

DE MATASANOS A CIRUJANOS



JOSEPH LISTER Y LA
REVOLUCIÓN QUE TRANSFORMÓ
EL TRUCULENTO MUNDO
DE LA MEDICINA VICTORIANA

LINDSEY
& FITZHARRIS

Tras la pista de un héroe perdido de la ciencia, este libro nos desvela el truculento mundo de la cirugía victoriana conjurando el ambiente de las primeras salas de operaciones y sus admirados «matasanos»: hombres sin miramiento elogiados por su habilidad y fuerza bruta al operar, antes de la invención de la anestesia.

En vísperas de una profunda transformación de la medicina, estos pioneros, conscientes de que las secuelas de la cirugía eran más peligrosas que las dolencias mismas, estaban desconcertados por las recurrentes infecciones que se producían tras las intervenciones y que mantenían las tasas de mortalidad obstinadamente altas. Pero, en un momento en que la cirugía no podría haber sido más peligrosa, una figura emergió inesperadamente de las sombras: un joven médico, un cuáquero de talante melancólico llamado Joseph Lister, que resolvería el mortal enigma de la causa de las infecciones y cambiaría el curso de la historia de la medicina.

A lo largo de estas páginas, Fitzharris nos retrata el siniestro período comprendido entre 1850 y 1875, presentándonos a un elenco de personajes —algunos de ellos brillantes, otros directamente criminales— que frecuentaron las sucias escuelas de medicina y lúgubres hospitales donde aprendieron su oficio, las macabras morgues donde estudiaron anatomía, y los cementerios ocasionalmente saqueados en búsqueda de cadáveres que diseccionar.

A mi abuela, Dorothy Sissors,
acicate de mi vida

Cuando un científico distinguido pero anciano afirma que algo es posible, es casi seguro que tenga razón. Cuando afirma que algo es imposible, es casi seguro que esté equivocado^[1].

ARTHUR C. CLARKE

La tarde del 21 de diciembre de 1846, cientos de hombres se agolpaban en la sala de operaciones^[*] del hospital University College, donde el cirujano más famoso de la ciudad se preparaba para fascinarlos con la amputación de una pierna por la mitad del muslo. Cuando se presentaron allí, no sabían que iban a ser testigos de uno de los momentos estelares de la historia de la medicina.

La sala de operaciones se hallaba atestada de estudiantes de medicina y espectadores curiosos, muchos de los cuales llevaban consigo la suciedad y la mugre de la vida cotidiana en el Londres victoriano. El cirujano John Flint South comentó que las avalanchas y las peleas por conseguir un sitio en una sala de operaciones no eran diferentes de las que se producían por conseguir un asiento en el patio de butacas o el palco de un teatro^[2]. Los asistentes se apretujaban como sardinas enlatadas, en las últimas filas eran constantes los empujones para ver mejor, y a menudo se oía gritar «¡Esas cabezas!» cada vez que a alguien se le interponía una. En ocasiones había en esas salas tal cantidad de gente hacinada que el cirujano no podía operar hasta que se hubiera despejado parcialmente. A pesar de que era diciembre, el ambiente allí dentro era sofocante, rayando en lo insoportable. Y el calor resultante del hacinamiento de los cuerpos resultaba insufrible^[3].

El público estaba compuesto por un grupo de hombres eclécticos, algunos de los cuales no eran ni médicos ni estudiantes de medicina. En las dos primeras filas de una sala de operaciones solían estar los *hospital dressers*, como se conocía a los auxiliares que acompañaban a los cirujanos en sus rondas y que transportaban las cajas con los materiales necesarios para vendar heridas. Detrás de ellos se colocaban los alumnos, que no dejaban de darse empujones y cuchichear en las últimas filas, así como invitados de honor y otros miembros del público^[4].

El voyerismo médico no era nada nuevo. Había comenzado en los escasamente iluminados anfiteatros anatómicos del Renacimiento, donde cuerpos de criminales ejecutados eran diseccionados ante espectadores cautivados como si se tratara de un castigo adicional por sus crímenes. Previo pago, los espectadores observaban a los anatomistas extraer del vientre de cadáveres ya en descomposición vísceras de las que no solo brotaba sangre, sino también fétido pus^[5]. La macabra demostración se acompañaba en ocasiones de las rítmicas y nada apropiadas notas de una flauta. Las disecciones públicas eran «teatrales», una forma de entretenimiento tan popular como las peleas de gallos o el hostigamiento a osos. Pero no todo el mundo tenía estómago para contemplar aquello. El filósofo francés Jean-Jacques Rousseau dijo de esta experiencia: «¡Qué espectáculo tan horrendo es un teatro anatómico! ¡Cadáveres apestosos, carne amoratada, sangre, intestinos repugnantes, horribles esqueletos, vapores pestilentes! Creedme cuando os digo que ese no es el sitio donde yo buscaría entretenimiento^[6]».

La sala de operaciones del hospital University College se parecía más o menos a otras existentes en la ciudad. Consistía en una plataforma parcialmente cerrada por gradas semicirculares que ascendían hasta una gran claraboya que iluminaba la zona central. Los días en que las nubes

ocultaban el sol, gruesas bujías alumbraban la escena. En el centro de la sala había una mesa de madera con señales reveladoras de carnicerías anteriores. Debajo de la mesa se había esparcido serrín por el suelo para que absorbiera la sangre que pronto brotaría de la extremidad amputada. Casi todos los días, los gritos de los que se sacudían bajo el cuchillo se fundían discordantes con los ruidos cotidianos de la avenida: risas de niños, charlas de gente y tránsito de carruajes.

En la década de 1840, la cirugía era una práctica repulsiva con muchos peligros ocultos. Debía evitarse a toda costa. Los riesgos no eran pocos, y muchos cirujanos se negaban en redondo a operar. Se prefería limitar su alcance al tratamiento de dolencias externas, como afecciones de la piel y heridas superficiales. Los procedimientos invasivos eran escasos y distantes en el tiempo, y este era uno de los motivos por los que tantos espectadores acudían a las salas de operaciones cuando había una intervención quirúrgica. En 1840, por ejemplo, solo se realizaron ciento veinte operaciones en la Royal Infirmary de Glasgow. La cirugía era siempre el último recurso, y solo se llevaba a cabo en casos de vida o muerte^[7].

El médico Thomas Percival aconsejaba a los cirujanos cambiar sus delantales y limpiar la mesa y los instrumentos entre intervenciones, no con fines higiénicos, sino para evitar «todo lo que pudiera infundir horror^[8]». Pocos seguían sus consejos. El cirujano operaba con un delantal manchado de sangre, rara vez se lavaba las manos o los instrumentos, y llevaba a la sala el inconfundible olor a carne podrida al que los de su profesión se referían alegremente como la «vieja y buena peste de hospital».

Cuando los cirujanos creían que el pus era una parte natural del proceso de curación, en lugar de una siniestra señal de sepsis, la mayoría de las muertes estaban causadas por infecciones postoperatorias. Las puertas de aquellas sa-

las eran las puertas de la muerte. Resultaba más segura una operación en casa que en un hospital, donde las tasas de mortalidad eran de tres a cinco veces más altas que en el ámbito doméstico. Ya en 1863, Florence Nightingale declaró: «La mortalidad real en los hospitales, especialmente en los de las ciudades grandes y superpobladas, es muy superior a la que se esperaría de cualquier cálculo de la mortalidad por la misma clase de enfermedades entre los pacientes tratados fuera del hospital^[9]». Pero recibir tratamiento en casa era caro.

Las infecciones y la suciedad no constituían los únicos problemas. La cirugía era dolorosa. Durante siglos se buscó la manera de que lo fuera menos. Aunque el óxido nitroso había sido reconocido como analgésico desde que el químico Joseph Priestley lo sintetizara en 1772, el «gas de la risa» no se usaba normalmente en la cirugía porque no se confiaba en sus resultados. El mesmerismo —que debe su nombre al médico alemán Franz Anton Mesmer, inventor en la década de 1770 de la técnica hipnótica— tampoco había hallado aceptación en la práctica médica corriente del siglo XVIII. Mesmer y sus seguidores creían que cuando ponían sus manos en los pacientes ejercían alguna influencia física sobre ellos. A su parecer, esta influencia producía cambios fisiológicos positivos que ayudaban a los pacientes a sanar, además de conferirles poderes psíquicos. La mayoría de los médicos no estaban convencidos.

El mesmerismo gozó de un breve resurgimiento en Gran Bretaña durante la década de 1830, cuando el médico John Elliotson comenzó a realizar demostraciones públicas en el hospital University College durante las cuales dos de sus pacientes, Elizabeth y Jane O'Key, eran capaces de predecir el destino de otros pacientes del hospital. Bajo la influencia hipnótica de Elliotson, afirmaban ver a Big Jacky (nombre que daban a la muerte) flotando sobre las camas de los que más tarde morirían. Pero cualquier interés serio

que pudiera haber por los métodos de Elliotson duró muy poco. En 1838, el director de *The Lancet*, la principal revista médica del mundo, tendió a las hermanas O'Key una trampa y estas confesaron su fraude, desenmascarando a Elliotson como un charlatán.

El escándalo todavía seguía fresco en la memoria de los asistentes al hospital University College la tarde del 21 de diciembre, cuando el renombrado cirujano Robert Liston anunció que había probado la eficacia del éter en un paciente. «¡Caballeros, hoy vamos a intentar emplear el truco yanqui para hacer insensibles a los hombres!»^[10], declaró mientras se dirigía al centro del escenario. En cuanto empezó a hablar, se hizo un silencio absoluto en la sala. Al igual que el mesmerismo, el uso del éter era visto como una técnica extranjera sospechosa para dejar a las personas en un estado de conciencia bajo. Se lo denominaba el «truco yanqui» porque había empezado a usarse como anestésico general en Norteamérica. El éter se había descubierto en 1275, pero sus efectos estupefacientes se sintetizaron en 1540, cuando el botánico y químico alemán Valerius Cordus elaboró una fórmula revolucionaria que consistía en añadir ácido sulfúrico al alcohol etílico. Su contemporáneo Paracelso experimentó con el éter en pollos y observó que cuando las aves bebían el líquido, caían en un sueño prolongado y despertaban indemnes. Concluyó que la sustancia «calma el sufrimiento sin perjuicio alguno y alivia el dolor, mitiga las fiebres y evita complicaciones en toda enfermedad»^[11]. Pero pasarían varios cientos de años antes de que se probara en humanos.

Ese momento llegó en 1842, cuando el médico Crawford Williamson Long protagonizó el primer caso documentado de utilización del éter como anestésico general en una operación para extirpar un tumor del cuello de un paciente en Jefferson, Georgia. Desgraciadamente, Long no publicó los resultados de sus experimentos hasta 1848. A esas altu-

ras, el dentista de Boston William T. G. Morton se había hecho famoso en septiembre de 1846 por haber usado el éter en un paciente mientras le extraía una pieza dental. Un periódico publicó un informe sobre este procedimiento eficaz e indoloro, lo que indujo a un destacado cirujano a pedirle a Morton que le ayudara en una operación de extracción de un gran tumor en el maxilar inferior de un paciente en el hospital General de Massachusetts.

El 18 de noviembre de 1846, el doctor Henry Jacob Bigelow escribió lo siguiente sobre este avance en *The Boston Medical and Surgical Journal*: «Durante mucho tiempo, idear un método para mitigar el dolor en las operaciones quirúrgicas ha supuesto un problema importante en la ciencia médica. Pero por fin se ha descubierto un agente eficaz para este propósito^[12]». Bigelow describía a continuación cómo Morton había administrado al paciente lo que él llamaba «letheon» antes de comenzar la operación. Se trataba de un gas bautizado con el nombre del río Leteo de la mitología clásica, que hacía que las almas de los muertos olvidaran sus vidas terrenales. Morton, que había patentado la composición del gas poco después de la operación, mantuvo en secreto sus componentes, incluso para los cirujanos. Sin embargo, Bigelow reveló que en él podía detectarse el olor dulzón del éter. Cuando los cirujanos se apresuraron a probar los efectos del éter en sus pacientes, la noticia de la sustancia milagrosa capaz de dejar a las personas inconscientes durante la cirugía se extendió rápidamente por todo el mundo.

El médico estadounidense Francis Boott recibió en Londres una carta en la que Bigelow le informaba con todo detalle de los hechos cruciales acontecidos en Boston. Intrigado, Boott persuadió al cirujano dental James Robinson para que usara el éter en alguna de sus muchas extracciones dentales. El experimento tuvo tal éxito que Boott corrió al hospital University College para hablar aquel mismo día con Robert Liston.

Liston era escéptico, aunque no lo bastante para dejar pasar la oportunidad de probar algo nuevo en la sala de operaciones. Por lo menos ofrecería un buen espectáculo, algo por lo que era conocido en todo el país. Accedió a utilizar el éter en su siguiente operación, programada para dos días después.

Liston se presentó en Londres en un momento en que los «médicos caballeros» tenían un poder y una influencia considerables sobre la comunidad médica. Formaban parte de la élite gobernante y ocupaban la cima de una pirámide facultativa. Actuaban como guardianes de su profesión, admitiendo solo a hombres que a su juicio eran de buena cuna y elevado nivel moral. Eran estudiosos con muy poca praxis que utilizaban sus mentes, y no sus manos, para tratar a los pacientes. Su formación se basaba en los clásicos. Durante esa época era frecuente que los médicos prescribieran un tratamiento sin realizar primero un examen físico. De hecho, algunos dispensaban consejos médicos solo a través de cartas, sin ver antes al enfermo.

En cambio, los cirujanos provenían de una larga tradición centrada en la formación basada en la experiencia, y su valía dependía en gran medida de la competencia de sus maestros. La suya era una labor práctica que debía enseñarse mediante el precepto y el ejemplo. Muchos cirujanos de las primeras décadas del siglo XIX no habían estudiado en la universidad. Algunos eran incluso iletrados. Inmediatamente por debajo de ellos estaban los boticarios, cuya misión era dispensar fármacos. En teoría, existía una clara separación entre el cirujano y el boticario. Pero en la práctica un hombre que había sido aprendiz de cirujano también podía trabajar como boticario, y viceversa. Esto originó una cuarta categoría no oficial: la del «cirujano-boticario», que era similar a la del actual médico de cabecera.

El cirujano-boticario era el médico de primera instancia para los pobres, sobre todo fuera de Londres.

Despuntaba el año 1815 cuando una forma de educación sistemática empezó a implantarse en el mundo médico, impulsada en parte por una demanda de uniformidad que iba extendiéndose por el país frente a un sistema fragmentado. Para los estudiantes de cirugía de Londres, la reforma conllevó la necesidad de asistir a clases y recorrer las salas de los hospitales durante un mínimo de seis meses antes de obtener una licencia del cuerpo administrativo de la profesión: el Real Colegio de Cirujanos. Por toda la capital empezaron a proliferar los hospitales de enseñanza, el primero en Charing Cross en 1821, al que siguieron el hospital University College y el King's College en 1834 y 1839, respectivamente. Si alguien quería ir un paso más allá y hacerse miembro del Real Colegio de Cirujanos, tenía que dedicar al menos seis años a la formación profesional, que requería tres años en un hospital, presentar por escrito informes de seis o más casos clínicos y someterse a un agotador examen de dos días que a veces incluía disecciones y operaciones practicadas en un cadáver.

El cirujano inició así su evolución de técnico mal formado a moderno especialista quirúrgico en esas primeras décadas del siglo XIX. Como profesor en uno de los hospitales de enseñanza recién construidos en Londres, Robert Liston fue una figura muy importante en esa transformación.

De un metro ochenta y nueve de estatura, Liston era veinte centímetros más alto que el varón británico de estatura media^[13]. Había basado su reputación en la fuerza bruta y la rapidez en una época en que ambas habilidades eran fundamentales para la supervivencia del paciente. Los que acudían a presenciar una operación podían perderse algo si apartaban la vista siquiera un instante. Los colegas de Liston decían que cuando amputaba, «al brillo de su cuchillo le seguía tan instantáneamente el ruido del aserrado

que ambos actos parecían casi simultáneos^[14]». Se decía que tenía el brazo izquierdo tan fuerte que podía usarlo como torniquete mientras manejaba el cuchillo con la mano derecha. Una auténtica proeza, pues requería una fuerza y una destreza inmensas; de hecho, los pacientes solían revolverse contra el miedo y el dolor intenso que les causaba la actividad del cirujano. Liston era capaz de amputar una pierna en menos de treinta segundos, y para tener las dos manos libres a menudo sostenía el cuchillo ensangrentado entre los dientes mientras trabajaba.

La rapidez de Liston era al mismo tiempo un don y una maldición. En una ocasión, seccionó de manera accidental el testículo de un paciente junto con la pierna que estaba amputando. Su percance más famoso (y posiblemente apócrifo) lo tuvo en una operación durante la cual actuó con tanta rapidez que cortó tres dedos de su ayudante y, al cambiar de cuchillo, hizo un tajo en el abrigo de un espectador. Tanto el ayudante como el paciente murieron más tarde de gangrena y el desafortunado espectador falleció allí mismo de la impresión. Es la única cirugía de la historia de la que se dice que tuvo una tasa de mortalidad del 300 por ciento.

Los riesgos de *shock* y el dolor limitaban los tratamientos quirúrgicos antes de aparecer los anestésicos. Un texto quirúrgico del siglo XVIII decía: «Los métodos dolorosos son siempre los últimos remedios en manos de un hombre que sea verdaderamente capaz en su profesión; y son el primer recurso, o más bien el único, de aquel cuyo conocimiento se reduce al arte de operar^[15]». Quienes estaban en situación tan desesperada para tener que someterse al cuchillo debían soportar un dolor inimaginable.

Las lesiones vistas en las salas de operaciones también podían afectar a los estudiantes espectadores. El obstetra escocés James Y. Simpson huyó de una amputación de mama cuando estudiaba en la Universidad de Edimburgo. Ver

los tejidos blandos levantados con un instrumento similar a un gancho y al cirujano preparándose para hacer dos largas incisiones alrededor del pecho fue excesivo para él. Se marchó abriéndose paso entre la multitud, salió de la sala, cruzó todas las puertas del hospital y se dirigió a Parliament Square, donde declaró con el aliento entrecortado que quería estudiar Derecho. Por fortuna para la posteridad, Simpson —que descubriría el cloroformo— fue disuadido de cambiar de disciplina^[16].

Aunque Liston era muy consciente de lo que esperaba a sus pacientes en la mesa de operaciones, a menudo minimizaba los horrores para que no se pusieran nerviosos. Apenas unos meses antes de su experimento con el éter amputó la pierna de un niño de doce años llamado Henry Pace, que sufría una hinchazón tuberculosa en la rodilla derecha. El chico preguntó al cirujano si la operación le dolería, y Liston respondió: «No más que sacarte un diente^[17]». Cuando llegó el momento de la amputación, llevaron a Pace a la sala con los ojos vendados y sujetado por los ayudantes de Liston. El muchacho contó seis cortes de sierra antes de que su pierna cayera. Sesenta años después relataría su caso a los estudiantes de Medicina del University College de Londres —sin duda, todavía con el horror de la experiencia fresco en su memoria—, sentado en el mismo hospital en el que había perdido la extremidad^[18].

Como muchos cirujanos que operaban en una era preanestésica, Liston había aprendido a armarse de valor ante los gritos y las protestas de los enfermos atados a la mesa de operaciones salpicada de sangre. En una ocasión, un paciente de Liston que había ido a que le extrajeran un cálculo de la vejiga huyó aterrorizado de la sala de operaciones y se encerró en el lavabo cuando iba a comenzar la intervención. Liston salió tras él con paso decidido, rompió la puerta y llevó a rastras al paciente, que no dejaba de gritar, de nuevo a la sala de operaciones. Allí lo ató antes de pa-

sarle un tubo metálico curvado por el pene para llegar a la vejiga. Luego deslizó un dedo por el recto para palpar la piedra. En cuanto Liston la localizó, su ayudante retiró el tubo metálico y lo sustituyó por una vara de madera que sirvió de guía para que el cirujano no rompiera fatalmente el recto o los intestinos del paciente al comenzar a cortar dentro de la vejiga. Una vez que la vara estuvo en su sitio, Liston hizo una incisión diagonal a través del músculo fibroso del escroto hasta alcanzar la vara de madera. A continuación, utilizó la sonda para ensanchar el orificio, rasgando la próstata en el proceso. En este punto, retiró la vara y utilizó pinzas para extraer la piedra de la vejiga.

Liston —de quien se decía que tenía el cuchillo más rápido del West End— hizo todo esto en poco menos de sesenta segundos.

Pocos días antes de Navidad, el veterano cirujano mostró un frasco al personal reunido en la nueva sala de operaciones del University College de Londres. Se trataba de éter líquido, que acabaría con la necesidad de llevar a cabo las operaciones con rapidez. Si lo que aseguraban los estadounidenses era cierto, la cirugía podía cambiar para siempre. Sin embargo, Liston no dejaba de preguntarse si el éter no sería más que otro producto de la charlatanería que tendría poca o ninguna aplicación útil en ella.

Había mucha tensión. Apenas quince minutos antes de que Liston entrara en la sala de operaciones, su colega William Squire se había dirigido a la nutrida concurrencia para pedir un voluntario con quien practicar. Un nervioso murmullo recorrió la sala. Squire sostenía en la mano un aparato que parecía un narguile árabe de vidrio con un tubo de goma y una máscara con forma de campana. Había diseñado el aparato el tío de Squire, un farmacéutico de Londres, y dos días antes lo había utilizado el cirujano dental James Robinson para extraer una muela. Los asistentes lo en-

contraban extraño. Ninguno de ellos se atrevió a que experimentaran con él.

Exasperado, Squire ordenó a Shelldrake, el portero de la sala, que se sometiera a la prueba. No era la mejor opción, porque estaba «obeso y pletórico, y tenía un hígado sin duda muy acostumbrado a los licores fuertes^[19]». Squire colocó suavemente el aparato sobre el rostro carnoso del hombre. Tras unas cuantas aspiraciones profundas de éter, el portero saltó de la mesa y huyó de la sala, maldiciendo al cirujano y al público con toda la capacidad de sus pulmones.

No habría más pruebas. El momento ineludible había llegado.

A las dos y veinticinco de la tarde, llevaron a Frederick Churchill —mayordomo de treinta y seis años de Harley Street— en camilla. El joven padecía osteomielitis crónica de la tibia, una infección ósea bacteriana que le había inflamado y torcido mucho la rodilla derecha. Se le había practicado la primera operación tres años antes; le habían abierto la zona inflamada y extraído «unos cuantos cuerpos de formación irregular» cuyo tamaño variaba desde el de un guisante hasta el de una haba grande. El 23 de noviembre de 1846, Churchill volvió al hospital. Días después, Liston le hizo una incisión en la rodilla e introdujo por ella una sonda. Liston buscó el hueso, con las manos sin lavar, para asegurarse de que no estaba suelto. Ordenó que la abertura se lavara con agua caliente, luego se vendase y se permitiera al paciente descansar. Pero a los pocos días el estado de Churchill empeoró. Pronto experimentó un dolor agudo que se propagaba desde la cadera hasta los dedos de los pies. Esto volvió a ocurrirle tres semanas más tarde, y Liston decidió amputarle la pierna.

Churchill fue trasladado a la sala en camilla y lo colocaron sobre la mesa de madera. En el caso de que el éter no surtiera efecto, dos ayudantes allí presentes tendrían que sujetar al aterrorizado paciente mientras Liston le secciona-