

El comienzo de la cirugía moderna en Chile: A 140 años de la primera laparotomía con método antiséptico

Manuel Lizana-Corvera¹

The Beginning of Modern Surgery in Chile: 140 Years After the First Laparotomy Using an Antiseptic Method

This article commemorates the 140th anniversary of the first documented antiseptic laparotomy in Chile, a decisive moment that marked the beginning of modern surgery in the country. Surgical progress in the 19th century was achieved through the gradual control of bleeding, pain, and infection. In Chile, this transformation was driven by physicians trained in Europe, particularly Dr. Manuel Barros Borgoño, who introduced Lister's antiseptics at San Juan de Dios Hospital. The performance of the first laparotomy for intestinal obstruction became a turning point in national surgical practice. This work revisits a key date in Chilean medical history and pays tribute to the pioneers of scientific surgery.

Keywords: Laparotomy; antiseptics; history of surgery; Manuel Barros Borgoño.

Resumen

Este artículo conmemora el 140 aniversario de la primera laparotomía antiséptica documentada en Chile, un momento decisivo que marcó el inicio de la cirugía moderna en el país. El avance quirúrgico del siglo XIX se consolidó mediante el control progresivo del sangrado, el dolor y la infección. En Chile, esta transformación fue impulsada por médicos formados en Europa, en particular el Dr. Manuel Barros Borgoño, quien introdujo la antiseptia de Lister en el Hospital San Juan de Dios. La realización de la primera laparotomía por obstrucción intestinal representó un punto de inflexión en la práctica quirúrgica nacional. Este trabajo recupera una fecha esencial en la historia médica chilena y rinde homenaje a los pioneros de la cirugía científica.

Palabras clave: laparotomía; antiseptia; historia de la cirugía; Manuel Barros Borgoño.

La cirugía demoró siglos en desarrollarse debido a tres problemas principales: el sangrado, el dolor y la infección. El primero se resolvió con el advenimiento de la técnica quirúrgica, y el desarrollo de las ligaduras por Ambrosio Paré en el siglo XVI. El dolor se controló en el año 1846, con la aplicación del cloroformo por Morton. La infección de la herida operatoria se controló a partir de 1867, cuando el Dr. Joseph Lister describió el método antiséptico, basado en la aplicación de ácido fénico pulverizado en el campo quirúrgico. Este avance permitió dar inicio a una nueva era en la medicina: la cirugía moderna.

Introducción de la Antiseptia en Chile

El método de Lister se comenzó a implementar tanto en Europa como en el mundo con lentitud. En Chile, la situación era de un retraso profundo. Las curaciones en los principales hospitales se realizaban con cerato (manteca de cerdo) con resultados desoladores. Un giro rotundo se dio cuando el Dr. José Joaquín Aguirre gestiona en 1874 becas de estudio en Europa para cuatro médicos chilenos con el objetivo de aprender las distintas ramas de la medicina. Estos médicos fueron: Francisco Puelma, Máximo Cienfuegos, Vicente Izquierdo y Manuel

¹Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios. Santiago, Chile.

Recibido el 2025-07-11 y aceptado para publicación el 2025-08-17

Correspondencia a:
Dr. Manuel Lizana C.
manulizana@uchile.cl

E-ISSN 2452-4549



Barros Borgoño. Este último sería quien lideraría la transformación de la cirugía en el país¹⁻³.

Retornaron a partir de 1879, encontrándose con la guerra del pacífico en curso, y con múltiples heridos que requerían atención. En Santiago, en el Hospital de sangre Domingo Matte, ubicado en calle Lira, se atendía un número significativo de heridos de guerra. En este recinto los médicos recién llegados aplicaron por primera vez el método antiséptico. Los resultados fueron inmediatos: la infección se lograba controlar y desaparecía de las salas de los enfermos⁴ (Figura 1).

Destacó el Dr. Manuel Barros Borgoño, puesto que su estadía en Europa tenía como propósito el aprendizaje de la cirugía. Se había titulado de la prestigiosa Escuela de Medicina de París, siendo alumno de Championnière, ferviente seguidor de Lister. El éxito que alcanzó por su labor en el Hospital Domingo Matte lo proyectó como líder natural de la nueva cirugía. Las autoridades de gobierno y de la Universidad de Chile le asignaron una segunda cátedra de clínica quirúrgica, mientras que la cátedra titular la ocupaba el Dr. Ventura Carvallo. El Dr. Barros Borgoño obtuvo esta cátedra el 18 de abril de 1882, pero comenzó sus clases el 25 de junio. Ambas cátedras funcionaban en el antiguo edificio del Hospital San Juan de Dios^{5,6} (Figura 2 y 3).

La infección en el Hospital San Juan de Dios disminuyó drásticamente: la mortalidad pasó de un 18% en 1872 a un 11% al iniciar el tratamiento. Este hospital se transformó así en el epicentro de la enseñanza y la innovación quirúrgica en Chile, pero por un corto período³.

El nuevo método abrió las puertas a sitios no explorados como el abdomen y el tórax, dejando atrás las amputaciones de regla, y las ovariectomías sin antisepsia.

La Primera Laparotomía en Chile

La cirugía abdominal en Chile no existió, o al menos, no hay reportes en la revista médica durante su primera década (1872-1882). Con la introducción de la antisepsia, era cuestión de tiempo para que la laparotomía se abriera camino como herramienta diagnóstica y terapéutica.

Para referenciar cuando ocurrió este hito quirúrgico, debemos remitirnos al artículo “25 años de cirugía abdominal en Chile” del Dr. Luis Vargas Salcedo⁵, profesor entre 1925 y 1946. El Dr. Manuel José Barrenechea, único ayudante de las cátedras, entregó su testimonio al Dr. Vargas con relación al inicio de la cirugía abdominal:

“Sobre cirugía abdominal en Chile puedo decir terminantemente que antes de 1882 no hay absolutamente nada. La razón es muy fácil de comprender: todos los operados casi sin excepción morían de infección purulenta, y los casos raros que sobrevi-



Figura 1. Hospital de Sangre Domingo Matte, donde se inició la aplicación del método antiséptico de Lister en 1880. @ 2025 COLECCIÓN MUSEO NACIONAL DE MEDICINA. Facultad de Medicina Universidad de Chile.



Figura 2. Antiguo edificio del Hospital San Juan de Dios de Santiago (1552-1944). @ 2025 COLECCIÓN MUSEO NACIONAL DE MEDICINA. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

vían eran los operados por el sistema de la curación algodónada de Guérin, es decir, aquellos que tenían la suerte de no ser tocados hasta 10 o 12 días (Figura 4 y 5).

Ud. comprenderá, la enorme impresión que me produjo el cambio tan considerable en el tratamiento de las heridas, cuando mi mente, ayuna de conocimientos verdaderamente científicos, seguía las enseñanzas de la Clínica Quirúrgica rutinaria de aquellos años. Y digo rutinaria porque así lo era; no había allí ningún sistema ni método para tratar las heridas, todo se hacía según el parecer del practicante, quién tampoco tenía conocimientos científicos ni preparación, puesto que antes había sido mozo de la clínica.

La cirugía abdominal no podía existir; no había por aquel entonces ningún cirujano que tuviera el atrevimiento de abrir el abdomen y puedo asegurarle que hasta ese momento llega el antiguo período de la cirugía de Chile. Poco tiempo después, el presidente Santa María reorganizó la enseñanza de la medicina y dividió la clase de cirugía y clínica quirúrgica en dos cátedras.

En la clínica del Profesor Barros Borgoño se puso en práctica desde el primer momento la curación antiséptica y el más brillante éxito coronó su obra: desaparecía como por encanto la infección purulenta de las heridas.

Llegó así un día, cuya fecha no me es posible recordar con exactitud, en el cual debería ser practicada una operación abdominal; se trataba de una obstrucción intestinal.

A la hora en que debía comenzarse la operación ya nuestro pabellón estaba repleto de médicos y estudiantes que deseaban presenciar una intervención de tanta importancia, nunca efectuada en Chile.

Abierta la cavidad abdominal, el Profesor Barros Borgoño, buscaba afanosamente el sitio de la “torción(sic)” intestinal, cuando un suceso inesperado vino a interrumpir su curso: vómitos porráceos interrumpieron la operación y el paciente fallecía. Así terminó aquella primera laparotomía llamada a constituir una época en la cirugía chilena.”

A pesar del enorme significado de este hecho histórico, la fecha de esta intervención no ha sido destacada. La investigación del Dr. Vargas se inicia en 1886, lo que sugiere que esta cirugía se realizó con anterioridad.

El Dr. Lucas Sierra menciona en su libro “Cien años de Enseñanza de la Medicina en Chile” que las clínicas quirúrgicas quedaron definitivamente instaladas entre 1884 y 1885⁶. La sala San José, asignada al profesor Barros, luego de algunas reparaciones comenzó a funcionar en 1883².

Otro hecho relevante es que el Dr. Barros Bor-

goño fue elegido presidente de la Sociedad Médica en 1885, y su ayudante, el Dr. Barrenechea, fue nombrado director y editor de la Revista Médica de Chile para el período de 1885-1886⁷. El Dr. Barrenechea creó una sección llamada “Boletín de los Hospitales”, donde invitaba a publicar casos interesantes de la época.



Figura 3. Profesor Doctor Manuel Barros Borgoño, pionero de la cirugía en Chile. @ 2025 COLECCIÓN MUSEO NACIONAL DE MEDICINA. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

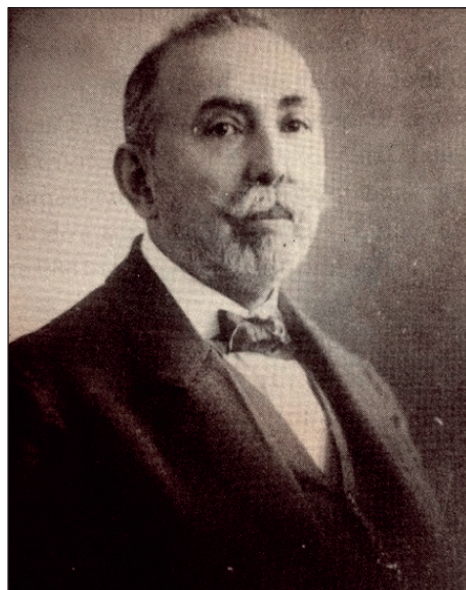


Figura 4. Dr. Manuel Barrenechea Naranjo, primer ayudante de la clínica quirúrgica del Dr. Barros Borgoño.

En este “Boletín” existe un reporte titulado “*Obstrucción intestinal por torsión de la S iliaca. Lavado del estómago. Laparotomía. Muerte*”. Este caso tiene la misma evolución del caso comentado por el Dr. Barrenechea⁸. El Dr. Ismael Bruna, presente en calidad de alumno en esa cirugía, y probablemente estimulado por esta experiencia, presentó su tesis en 1886 llamada “*Del tratamiento de las torsiones intestinales*”. En ella, presenta casos de 1884 a 1886, y sólo una cirugía por obstrucción intestinal. Por la ausencia de mayor experiencia, asevera: “*No traigo más observaciones de enfermos tratados quirúrgicamente debido a que en nuestros hospitales no se operan por un temor injustificado*”^{9,10}.

El Caso Histórico

Finalmente, este primer reporte documentado de una laparotomía con método antiséptico en Chile, y a la vez el primero por obstrucción intestinal, fue publicado en la revista médica de octubre de 1885, y su autor fue el Dr. Manuel José Barrenechea^{8,9}.

A continuación, se reproduce el caso en forma resumida:

“G. P., de 24 años, soltero, gañán, entró a la sala del Salvador del Hospital San Juan de Dios (Servicio del profesor Dr. Wenceslao Díaz) el 21 de julio de 1885.

		Salvo	Murió			Salvo	Murió
Dgo. 12	José Araya	Julio 29		Julio 31		Julio 29	
Salvo 6	Don Juan Suarez	id	31			Julio 29	
Salvo 21	Don Alvaro			Julio 25		Julio 25	
Dgo. 22	Benjamin Diaz	Agt 13					
Salvo 1	Valerio Rodriguez	Julio 30					
Dgo. 25	Valerio Diaz			Julio 19			
Dgo. 5	Valerio Lopez						
Domingo 19 de Julio de 1885							
Salvo 7	Don Pedro	Julio 5					
Salvo 4	Manuelita Ramirez	Agt 16					
Salvo 24	Valerio Cordova	Julio 5					
Salvo 3	Don Antonio						
Salvo 15	Don Juan						
Salvo 71	Don Pedro	Agt 23					
Salvo 6	Don J. C. Hernandez	Julio 10					
Salvo 11	Arolina Diaz	Julio 30					
Lunes 20 de Julio de 1885							
Dgo. 21	Don Juan	Agt 24					
Salvo 15	Don Juan						
Salvo 7	Don Juan	Julio 26					
Salvo 3	Don Juan	Julio 6					
Salvo 19	Don Juan	Julio 27					
Dgo. 19	Don Juan	Julio 21					
Salvo 74	Don Juan	Agt 28					
Salvo 21	Don Juan	Agt 10					
Salvo 14	Don Juan	Agt 13					
Dgo. 27	Don Juan	Agt 21					
Salvo 6	Don Juan	Julio 11					
Salvo 5	Don Juan						
Dgo. 30	Don Juan						
Salvo 24	Don Juan						
Martes 21 de Julio de 1885							
Salvo 23	Don Juan	Julio 21					
Salvo 12	Don Juan	Julio 12					
Salvo 13	Don Juan	Julio 27					
Salvo 34	Don Juan	Julio 29					
Salvo 29	Don Juan	Julio 23					
Salvo 19	Don Juan	Julio 19					
Salvo 3	Don Juan	Julio 25					
Dgo. 44	Don Juan	Julio 25					
Dgo. 29	Don Juan	Julio 25					
Salvo 6	Don Juan	Julio 25					
Salvo 26	Don Juan	Julio 25					
Salvo 31	Don Juan	Julio 25					
Salvo 16	Don Juan	Julio 25					
Dgo. 28	Don Juan	Julio 25					
Salvo 22	Don Juan	Julio 25					
Salvo 19	Don Juan	Julio 25					
Salvo 23	Don Juan	Julio 25					
Salvo 28	Don Juan	Julio 25					
Salvo 10	Don Juan	Julio 25					
Dgo. 27	Don Juan	Julio 25					
Salvo 21	Don Juan	Julio 25					
Salvo 22	Don Juan	Julio 25					
Salvo 31	Don Juan	Julio 25					
Miércoles 22 de Julio de 1885							
Salvo 13	Don Juan	Julio 25					
Salvo 29	Don Juan	Julio 25					
Salvo 21	Don Juan	Julio 25					
Dgo. 28	Don Juan	Julio 25					
Dgo. 44	Don Juan	Julio 25					
Jueves 23 de Julio de 1885							
Salvo 22	Don Juan	Julio 25					
Salvo 15	Don Juan	Julio 25					
Salvo 3	Don Juan	Julio 25					
Salvo 2	Don Juan	Julio 25					
Salvo 10	Don Juan	Julio 25					
Salvo 28	Don Juan	Julio 25					
Viernes 24 de Julio de 1885							
Dgo. 15	Don Juan	Julio 25					
Dgo. 17	Don Juan	Julio 25					

Figura 5. Libro de entrada de enfermos de 1885-1886 del Hospital San Juan de Dios. @ 2025 COLECCIÓN MUSEO NACIONAL DE MEDICINA. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Refiere que sus padres son de buena salud y que no ha tenido otra afección grave más que una disentería. Últimamente, hace diez días, después de haber bebido chicha en abundancia durante un día entero, en el cual no probó los alimentos, sintió un dolor agudo en la fosa iliaca izquierda, luego se propagó en la dirección del ascendente y transversal, sintiendo al mismo tiempo dificultad para la defecación.

Al siguiente día el dolor se extendió a todo el abdomen y se acompañó de un abultamiento comenzando en el mismo sitio, se hizo luego general a todo el abdomen.

Vinieron enseguida los vómitos de color verde y muy amargos, continuándose hasta el presente, sin ser muy frecuentes.

Examinado el enfermo, se observa que se trata, de una oclusión completa del intestino, en el cual parece no haber más remedio que una operación de laparotomía.

Creyendo que no hubiera aun esfacelo del intestino en el sitio de la oclusión, puesto que los síntomas generales y locales así lo manifestaban, se determinó remitir al enfermo a una de las clínicas quirúrgicas. El enfermo fue trasladado a la Sala del Carmen el día 22 de julio.

El profesor, antes de intentar una operación, ensayó el lavado del estómago. Salió una gran cantidad de gases y materias escrementicias. Después del primer lavado del estómago, que había producido algún alivio, se le administró una lavativa de agua por medio de una sonda en el recto, pero sin resultado.

El 23 de julio la temperatura es de 37,5°C, a las 3PM se hace un lavado. Al introducir la sonda se produce un abundante vómito fecaloideo. En la noche nuevo lavado seguido de una inyección de morfina.

24 de julio, ha tenido una noche más tranquila. Se practicó el último lavado. A la 1 PM, el meteorismo ha aumentado de nuevo, haciéndose mayor la dificultad de la respiración. Pulso frecuente, pequeño y depresible. Se determina practicar la operación.

En nuestra calidad de ayudante debíamos tomar una parte importante en la operación y ya con anticipación, durante las horas de la mañana, habíamos hecho lavar el suelo y las murallas de la sala de operaciones, mesas, bancas y otros objetos, con soluciones de sublimado y ácido fénico. Dos pulverizadores funcionaron durante tres horas consecutivas, junto con dos calentadores, para mantener la pureza del aire y una temperatura conveniente hasta el momento de la operación. Las esponjas nuevas fueron hervidas en ácido fénico al 5% y mantenidas por 20 horas en sublimado al 1/1000; los instrumentos,

lavados y jabonados, fueron mantenidos en ácido fénico al 5% desde 3 horas antes de la operación. Se tomaron por fin todas las precauciones que la antisepsia más rigurosa exige y se procedió a la operación bajo la anestesia del cloroformo.

24 de julio de 1885, 3 PM: La operación se hizo practicando una incisión, que partiendo desde 1 cm por debajo del ombligo, llegaba hasta un 1 cm por encima del pubis. Operando con sonda y bisturí se llegó hasta el peritoneo, que fue incidido sobre la sonda acanalada, no permitiendo que una sola gota de sangre llegase hasta la cavidad peritoneal.

Una vez abierta la cavidad abdominal, se introduce la mano en dirección a la S iliaca, y después de explorar esta región y el colon descendente con resultado negativo, se dirige la mano hacia el ciego tratando de encontrar el sitio de torsión. Como no se encontrase tampoco en este punto lo que se buscaba, se extrajo algunas asas de intestino delgado para explorarlo, no encontrando en ellas más que una pequeña desgarradura de la serosa, que se suturó con catgut fino.

Viéndose que hasta este momento nada se había conseguido todavía respecto al punto capital de la operación, se agrandó la incisión hacia arriba circunscribiendo con ella el ombligo por su lado izquierdo. Se presentó entonces luego a la mano del profesor un asa intestinal dilatada y fija por una parte en la pared posterior de la cavidad abdominal y por otra en la pared anterior. Estos dos puntos de fijación y la distensión exagerada del intestino daban la idea de estar muy cercano al sitio de la torsión; y el punto de fijación posterior correspondía indudablemente a ella, siendo el anterior nada más que adherencias del peritoneo visceral con el parietal. De esta manera se hacía imposible, sin desgarrar considerablemente el intestino, producir la destorsión, y en este caso se determinó hacer un ano contra natura (colostomía). Practicando la sutura del intestino con la pared abdominal para llevarlo a cabo, se tuvo la ocasión de observar un hecho de suma importancia; el pequeño agujero por donde había pasado la aguja con el hilo de catgut para la sutura daba salida a cantidad considerable de materias excrementicias líquidas contenidas en la cavidad del intestino; y esto no sucedió en un solo punto sino en todos los puntos que en este momento eran pasados por la aguja de sutura. Cada vez que esto sucedía se tenía cuidado de evitar su caída en la cavidad peritoneal.

En este momento de la operación un hecho gravísimo vino a ponerle término junto con la vida del paciente. Vómitos durante el sueño del cloroformo, obstruyeron por completo las vías de la respiración

y el enfermo murió asfixiado. Nada pudieron hacer los prolongados movimientos de respiración artificial que se hicieron durante una hora consecutiva.

En la autopsia se reconoció un vólvulo de colon sigmoides.”

A pesar del final desgraciado de esta primera laparotomía, se marca un antes y un después. El tratamiento quirúrgico pasó a ser una opción para la obstrucción intestinal, se comenzó a utilizar el “lavado de estómago”, y se descartaron las punciones transabdominales por inefectivas y perjudiciales.

Este primer procedimiento sentó las bases de la cirugía abdominal chilena, y en los años siguientes las laparotomías se multiplicaron, sus indicaciones se ampliaron, y progresivamente se abordaron más patologías (Figura 6).

El Dr. Lucas Sierra en su tesis de 1886 llamada “laparotomía exploradora”, reportó un paciente con un tumor intraabdominal que requirió una exploración por el mismo profesor Barros¹¹.

El Dr. Germán Valenzuela Basterrica, cirujano fundador de la Escuela Dental de Chile, publicó en 1892, “los progresos de la cirugía en Santiago”, y específicamente en el apartado de laparotomías, da cuenta de las cirugías realizadas por los doctores Charlín, San Cristóbal, Körner, Barros y Carvallo. Todas estas cirugías se efectuaron con posterioridad a julio de 1885, lo que reafirma el liderazgo del Dr. Manuel Barros Borgoño como máximo exponente quirúrgico de finales del siglo XIX¹².

Hoy, se realizan en forma rutinaria intervenciones quirúrgicas en el abdomen. Para alcanzar este desarrollo de la cirugía hubo un grupo de médicos



Figura 6. Dr. Manuel Barros Borgoño con sus ayudantes, los doctores Lucas Sierra y Marcos Donoso en el Antiguo Hospital San Vicente de Paul, 1902. © 2025 COLECCIÓN MUSEO NACIONAL DE MEDICINA. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

valientes que enfrentaron resistencias académicas, administrativas y religiosas. Triunfaron, y gracias a ellos, la cirugía moderna se abrió paso en Chile. Recordar el 24 de julio de 1885 no es un simple ejercicio de memoria: es rendir homenaje a quienes iniciaron la cirugía científica en nuestro país.

Bibliografía

1. Cornejo G. Introducción del método de Lister en Chile. An Chil Hist Med. 1967;9:55-64.
2. Laval E. Historia del Hospital San Juan de Dios (Apuntes). Asociación Chilena de Asistencia Social. Impreso por Stanley. Chile, 1949.
3. González I. Vida y Obra del Doctor Manuel Barros Borgoño. An Chil Hist Med. 1970;12:75-164.
4. Barrenechea M. Ligera reseña sobre la curación de las heridas según el “método antiséptico de Lister”. Memoria de prueba para optar al grado de licenciado. Rev Med Chile 1882;11:89-106.
5. Vargas Salcedo L. Veinticinco Años de Cirugía Abdominal. Anales de la Facultad de Biología y Ciencias Médicas. 1937;4:304-35.
6. Sierra L. Cien años de enseñanza de la medicina en Chile. Anales de la Facultad de Biología y Ciencias Médicas. Prensas de la Universidad de Chile. Chile, 1936.
7. Cruz-Coke Madrid R. Historia de la medicina chilena. Editorial Andrés Bello. Chile, 1992.
8. Barrenechea M. Boletín de Los Hospitales: “Obstrucción intestinal por torsión de la S iliaca-Lavado del estómago-Laparotomía-Muerte”. Rev Méd Chile 1885;14:191-6.
9. Reccius A. Historia y desarrollo de la cirugía abdominal en Chile. Editorial Zig Zag. Chile, 1948.
10. Bruna I. Del tratamiento de las torsiones intestinales. Boletín de Medicina 1886;3:118-25.
11. Sierra L. Contribución al Estudio de la Cirugía Abdominal. Laparotomía Exploradora. Anales Chilenos de la Historia de la Medicina. 1966;8: 199-204.
12. Valenzuela Basterrica G. Progresos de la cirugía en Santiago. Rev Med Chile. 1892;20:241-261.