

El origen de la ortopedia estadounidense

Henry H. Sherk

LA MEDICINA ESTADOUNIDENSE DE PRINCIPIOS DEL SIGLO XIX Y EL SURGIMIENTO DE LA ORTOPEDIA

En las primeras décadas del siglo XIX, la ortopedia estadounidense no tenía identidad. En aquella época, la mayoría de las personas desconocía el verdadero significado de la palabra inventada por Nicolas Andry. La expectativa de vida no era muy larga y, en materia de salud, la gente se preocupaba por sobrevivir a las epidemias que en forma periódica asolaban el país. En general, sólo los que sufrían enfermedades ortopédicas centraban su atención en los problemas ortopédicos. La fiebre amarilla mataba a miles de personas durante los veranos calurosos y plagados de mosquitos de Nueva Orleans, Charleston, Baltimore y Filadelfia. La viruela y el cólera también aparecían en escena regularmente de un modo espectacular y mortífero. Innumerables enfermedades como la difteria, la disentería, el sarampión y la tuberculosis amenazaban a los lactantes y los niños pequeños para las cuales no existían tratamientos eficaces.

Los médicos y los pacientes prestaban poca atención a las enfermedades crónicas del sistema musculoesquelético, características de las personas añosas que, a principios y mediados del siglo XIX, conformaban un porcentaje de la población mucho menor que en la actualidad. En 1800, sólo el 18% de los hombres blancos vivía más de 45 años, y la mediana de edad era de 16. En 1998, la expectativa media de vida al nacer de los hombres blancos era de 76,7 años; cualquiera que alcanzara los 75 años podía esperar sobrevivir otros 13 años, al menos desde el punto de vista de los seguros médicos.¹

En el siglo XIX, el sistema de educación y certificación de los médicos no podía satisfacer la demanda. Los hombres y las mujeres que habían recibido la mejor educación médica vigente no alcanzaban para atender a una población que se había sextuplicado, de 5,3 millones en 1800, a 31,4 millones en 1860.¹ Las enfermedades habituales, es decir, las enfermedades infecciosas exigían demasiado de los médicos como para que ellos se interesaran por las denominadas enfermedades ortopédicas, excepto, por supuesto, en lo referente al tratamiento del trauma musculoesquelético. Además, con los conocimientos de la época, los médicos no podían abordar de manera eficaz muchas de las enfermedades. Por consiguiente, surgieron numerosas alternativas paralelas a la línea dominante del progreso médico, como la fitoterapia, la hidroterapia y la homeopatía. Los médicos de mayor prestigio —educados en centros como Harvard y Columbia, y en las universidades de Pensilvania, Maryland y Carolina del Sur, entre otros estados— aplicaron tratamientos inútiles y a menudo dañinos hasta mediados de siglo; en realidad, no conocían nin-

guno mejor. Por lo tanto, el miedo al dolor, a la enfermedad e incluso a la muerte llevaba a los pacientes a aceptar casi cualquier cosa. Los médicos aplicaban sangrías, purgas, abrasiones, clismas (enemas realizados con grandes volúmenes de diversos tipos de líquido) y administraban medicaciones agresivas que, en realidad, enfermaban a sus pacientes. En un texto médico típico publicado en 1855 dirigido a estudiantes de medicina de la University of Pennsylvania, por ejemplo, para el tratamiento de la fiebre tifoidea un autor recomendaba «aplicar una sangría en las primeras etapas» y continuar con la administración de aguarrás por vía oral. Si eso no era suficiente, «en casos de delirio o coma pertinaces, a veces es muy beneficioso rapar al paciente y abrasarle todo el cuero cabelludo».² En contra de este tratamiento claramente inútil, en 1860, Oliver Wendell Holmes escribió: «Creo firmemente que si pudiéramos arrojar la medicina entera, como la empleamos hoy en día, al fondo del mar, beneficiaríamos enormemente a la humanidad...y perjudicaríamos enormemente a los peces».³

Así, muchas veces los pacientes buscaban médicos que no les causaran daño, aunque tampoco los ayudaran. La hidroterapia era muy atractiva por este motivo. Los profesionales que la aplicaban sostenían que los pacientes podían esperar aliviarse de casi cualquier afección mediante la inmersión en aguas supuestamente especiales. Estas aguas brotaban de la tierra en lugares como Saratoga Springs, en Nueva York; White Sulphur Springs, en Virginia; o Warm Springs, en Georgia. Debido a que eran templadas y amargas (tenían sabor a azufre) se consideraban curativas. La hidroterapia fue muy fructífera para los gerentes de los hoteles y de los *spas* que surgieron en esos lugares.⁴ La homeopatía, terapéutica concebida por Samuel Hahnemann a principios del siglo XIX, también fue atractiva porque era totalmente inocua. Hahnemann elaboró la teoría de que «lo similar cura lo similar», es decir, debe administrarse una dosis muy pequeña de un agente farmacológico que causa un síntoma para contrarrestar ese síntoma. Sostenía que el médico homeópata debía diluir un fármaco dado en forma seriada para que el paciente recibiera sólo una cantidad mínima de él. La ventaja de este sistema radicaba en que no causaba ningún daño y, así, el paciente mejoraba solo.⁵

Tal vez la ortopedia que se practicaba en las décadas de 1830 y 1840 fue atractiva por los mismos motivos; no causaba ningún daño y hasta podía ofrecer una mejoría. De hecho, proporcionaba algunos beneficios tangibles. La actividad física liviana, el descanso, los masajes y los soportes externos para la rigidez, el dolor y la deformidad del tronco o los miembros muchas veces ayudaban a que los pacientes se sintieran mejor y se recuperaran de su enfermedad. Los médicos ortopedistas ofrecían su arte sin el

curanderismo pomposo de aquellos que propugnaban las purgas, las abrasiones, las diluciones seriadas y los gerentes de los *spas*. Por estos motivos, en las primeras décadas del siglo XIX, el porcentaje relativamente pequeño de la población que padecía enfermedades musculoesqueléticas buscaba un tratamiento ortopédico. En realidad, el término «ortopedia» apareció en la bibliografía médica estadounidense a fines de la década de 1830, 100 años después de que Andry lo acuñara. Sin embargo, en Gran Bretaña y en Europa, surgió cierta confusión respecto del término adecuado para identificar la práctica de la clínica y la cirugía musculoesquelética. En 1741, «L'orthopédie» de Andry sobrevivió a los desafíos de la «Paedotrophia» de Scaevole de Sainte-Marthe y de la «Callipaedia» de Abbé Claude Quillet. En el siglo XIX, J. M. Delpech usó «l'orthomorphie» (1828) y Brichateau acuñó «Orthosomatie» (1833) en Francia, mientras que H. H. Brigg inventó «Orthopraxy» (1865) en Gran Bretaña.⁶ Todos los que acuñaron estos términos practicaban la clínica y la cirugía musculoesquelética, pero ninguna de sus designaciones se generalizó. Curiosamente, el término de Andry les ganó a todos.

A medida que la eficacia del tratamiento ortopédico se hacía más ostensible, y que las personas se familiarizaba con el término de Andry, se generalizó la idea de que este tratamiento podría implementarse con mayor efectividad en un único lugar, lo cual llevó al concepto del hospital ortopédico. Jean André Venel, un ginebrino, en 1790 abrió el primer hospital de estas características en Orbe, Suiza. Implementó la manipulación y los dispositivos ortopédicos para el pie bot, el decúbito dorsal para las caries vertebrales (tuberculosis), la calistenia y los aparatos ortopédicos para la escoliosis, y el tratamiento prolongado con tracción para las fracturas.⁶ En su libro publicado en 1968 sobre la historia de la ortopedia, Edgar Bick describe los numerosos hospitales ortopédicos que, después del exitoso emprendimiento de Venel, se abrieron en las décadas subsiguientes en Gran Bretaña, Alemania, Francia e Italia.⁶ Los propietarios de estas instituciones trataban a sus pacientes con reposo o actividad física, según la modalidad a la que se adhería la institución. En aquellos años, en Europa habían surgido dos corrientes de pensamiento ortopedista y los pacientes recibían la influencia de una u otra (descanso o actividad física) según los prejuicios de su médico (ortopráxico, ortomórfico u ortosomático). El hospital de Orbe de Venel parecía ofrecer una combinación racional de tratamientos.

En 1828, J. M. Delpech cambió el panorama al abrir su propio hospital ortopédico en Montpellier, Francia. Delpech había acuñado el término «l'orthomorphie»; creía en el tratamiento de las enfermedades musculoesqueléticas mediante la actividad física y el fortalecimiento muscular. Elaboró entonces el concepto de la tenotomía para recuperar el equilibrio de las fuerzas transarticulares generadas por «tensión muscular». Algunos años después, en 1831, G. F. Strohmeyer, cirujano alemán, adoptó la tenotomía quirúrgica de Delpech para explotar sus espectaculares efectos correctores del pie equino en su propio Instituto Ortopédico de Hanover. Antes de la cirugía antiséptica de Lister, la tenotomía implicaba importantes riesgos, debido a que se realizaba sin anestesia. Los que hayan leído *Madame Bovary*, de Gustave Flaubert, recordarán cómo Flaubert describe al irresponsable marido de su heroína intentando llevar a cabo el procedimiento. El paciente del Dr. Bovary se infecta y hay que amputarle la pierna. En consecuencia, la vida de los Bovary se desmorona aún más. El final del mismo Delpech fue trágico, como consecuencia del desastre quirúrgico que le provocó a un paciente. El tratamiento radical de Delpech para su varicocele terminó mal. En venganza, el paciente le disparó y lo mató.⁷

En los Estados Unidos, los empresarios, los médicos y los ciudadanos comprometidos que, en general, unían esfuerzos para abrir hospitales comenzaron a mostrar interés por la ortopedia en la década de 1860. En 1861, Buckminster Brown abrió en



Figura 1. Lewis A. Sayre.

Boston el House of the Good Samaritan Hospital (Casa del Buen Samaritano), un pequeño hospital privado, y Lewis A. Sayre (Fig. 1) abrió un dispensario ortopédico en el Bellevue Hospital de Nueva York. Brown es considerado como el primer médico que se dedicó en forma exclusiva a la ortopedia durante toda su carrera, y Sayer es reconocido como el primer Profesor de Cirugía Ortopédica de los EE.UU.; se desempeñó en la New York University, que después se llamó Bellevue Medical College.⁶

Valentine Mott (1785-1865), cirujano neoyorquino, en medio de su carrera se retiró seis años para recuperar la salud. Durante esos años, recorrió Europa y visitó a médicos y cirujanos famosos. En París se interesó por la ortopedia. En 1841, al regresar a su país, quiso abrir un hospital ortopédico en el área de Bloomingdale de Manhattan, en el Upper West Side de Nueva York. Sus amigos lo disuadieron, pero gracias a Mott, la idea de un hospital ortopédico había llegado a Nueva York.

El padre de Buckminster Brown, John Ball Brown, practicó la medicina y la cirugía en Boston durante las primeras décadas del siglo XIX. Se había interesado por el mal de Pott (*espondilitis tuberculosa*) porque fue la causa de la muerte de uno de sus hijos. El mismo Buckminster Brown contrajo la enfermedad, pero se recuperó. Apenas había iniciado su carrera, en 1838, el Dr. John Ball Brown abrió en Boston un consultorio ambulatorio llamado Orthopedique Infirmary (Centro Sanitario Ortopédico); Buckminster Brown se unió a su padre después de estudiar ortopedia con Strohmeyer, Little y otros destacados ortopedistas y tenotomistas de la época. Juntos, en 1861, los Brown abrieron el House of the Good Samaritan Hospital, después de que el joven Dr. Brown regresara del exterior. En 1883, Buckminster Brown donó 40.000 dólares a Harvard para establecer el Profesorado de Ortopedia John Ball y Buckminster Brown en esa institución.

Strohmeyer tuvo otros dos discípulos que fueron a los EE.UU. durante la primera mitad del siglo XIX. William Detmold llegó a Nueva York en 1837 y, poco después, realizó tenotomías y otros procedimientos ortopédicos en el Bellevue Hospital. Integró el ejército de la Unión durante la Guerra Civil, y luego volvió a Nueva York, donde murió.

Louis Bauer, que también había estudiado con Strohmeyer, emigró a Nueva York en 1853. Al año siguiente, participó en la fundación del German General Dispensary (Dispensario General Alemán) de Brooklyn, donde estableció un hospital ortopédico basado en el plan de Strohmeyer (el Dispensary finalmente se convirtió en el Downstate Medical Center de la State

University of New York). Bauer, que había dejado Alemania para evitar una condena por sus actividades políticas ilegales, no se integró fácilmente con sus colegas ortopedistas de Nueva York. En 1869, dejó la ciudad y se estableció en St. Louis, donde permaneció hasta su muerte, en 1898. En 1858 publicó un extenso texto sobre ortopedia, el que revisó en 1864 y en 1868. Tal vez el libro de 1858 haya sido el primero sobre ortopedia publicado en los EE.UU.⁸

HOSPITAL FOR THE RUPTURED AND CRIPPLED

En 1863, la Society for the Relief of the Ruptured and Crippled (Sociedad para el Alivio de los Quebrados y los Tullidos) abrió el primer hospital ortopédico importante de los EE.UU. (Fig. 2).⁹ En el acta constitutiva decía:

Que la actividad y los objetivos particulares de esta Sociedad serán proporcionar dispositivos quirúrgico-mecánicos hábilmente diseñados y tratamiento a los pacientes internados y ambulatorios que requieran soporte para la bipedestación y para la marcha, también vendajes, botas ortopédicas, y cualquier otro aparato adecuado para aliviar y curar a los tullidos, tanto adultos como niños y, en la medida en que se posible, ofrecer estos beneficios a los más pobres de la comunidad.

Así, la sociedad, en su carta constitutiva original, ponía énfasis en los dispositivos ortopédicos y en el soporte externo para los miembros y el tronco de las personas con trastornos musculoesqueléticos crónicos o defectos de la pared abdominal. El documento original no resalta las palabras ortopedia ni ortopedista; además, quienes fundaron el Hospital for the Ruptured and Crippled no tenían la intención de hacer de su institución un centro para el tratamiento quirúrgico de las anomalías musculoesqueléticas. Nombraron jefe de cirugía a James Knight, que ganó reconocimiento por la creación de un soporte especial «para contener las hernias». Aplicó sus habilidades y su experiencia en el diseño de dispositivos ortopédicos y soportes para el tratamiento de enfermedades incapacitantes congénitas y adquiridas de los huesos y las articulaciones. Knight ocupó el puesto durante 24 años.

El Hospital for the Ruptured and Crippled abrió en la 97 Second Avenue, Nueva York, en la casa del Dr. Knight, que transformó su jardín de invierno en un taller donde fabricaba dispositivos ortopédicos para sus pacientes, al mismo tiempo que convertía el edificio en un hospital con capacidad para internar a 28 pacientes. La sociedad le pagó una renta anual de 1.200 dólares durante los primeros tres años y después le compró el edificio por 15.000 dólares. Knight se desempeñó como director y Valentine Mott, William Van Buren, Willard Parker y John Carnochan,

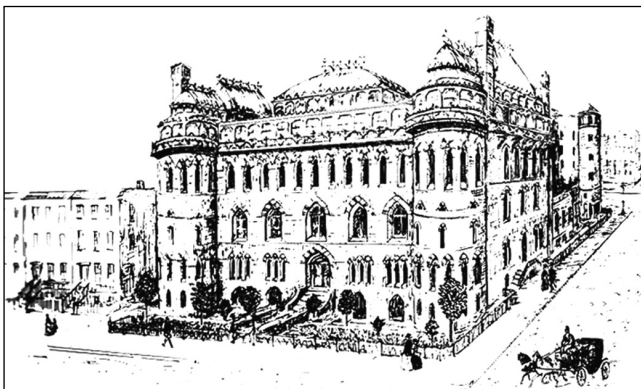


Figura 2. Hospital for the ruptured and crippled.

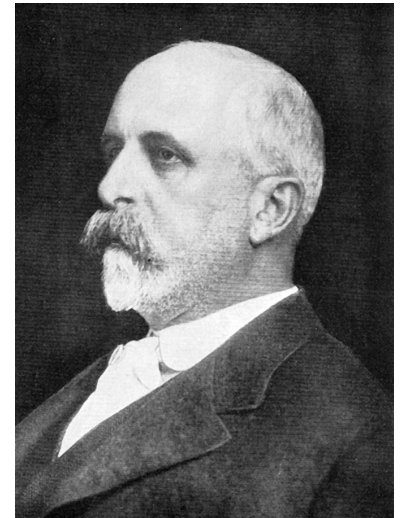


Figura 3. Virgil Gibney.

eminentes cirujanos, como especialistas. En el primer año de trabajo trataron a 828 pacientes, de los cuales 50 fueron pacientes pediátricos internados. No realizaban procedimientos quirúrgicos, sino que aplicaban a todos los pacientes algún tipo de dispositivo. Entre los pacientes hubo varias mujeres con prolapso uterino, a quienes Knight trató con un pesario que tenía las características de un dispositivo ortopédico. Rápidamente, la institución desbordó sus dependencias. Knight y sus colegas probaron con visitas domiciliarias para solucionar el problema, pero el consejo directivo decidió construir nuevas instalaciones en Lexington Avenue y 42nd Street. Knight diseñó el nuevo centro luminoso, aireado cómodo y con vistas al East River y al oeste que se extendían hasta Nueva Jersey. Sin embargo, no contaba con instalaciones quirúrgicas. En 1871, comenzó a trabajar con un asistente, Virgil Gibney, recibido de médico en el Bellevue Medical College de Nueva York (Fig. 3). En Bellevue, Gibney había recibido la influencia de Lewis Sayre. Según el punto de vista de Knight, Sayre le inculcó a Gibney la idea incorrecta de que los trastornos musculoesqueléticos podrían responder más rápida y exitosamente a la cirugía que al reposo prolongado y los dispositivos ortopédicos. Así, Knight y Sayre trazaron las líneas de fuego entre el tratamiento conservador y el tratamiento quirúrgico; al principio, Gibney estaba entre los dos. Knight llamaba a Sayre mentiroso, avaro y arrogante; se rehusaba a permitir la práctica de tratamientos quirúrgicos en el Hospital for the Ruptured and Crippled. En un informe de 1875, observó que se había hecho cargo del cuidado de numerosos fracasos quirúrgicos, supuestamente de Sayre, y no permitiría que eso pasara en su institución.

La situación cambió cuando tras la muerte de Knight, en 1887, Gibney fue nombrado jefe de cirugía del hospital. En 1884, fue obligado a renunciar a su puesto de trabajo a raíz del rechazo de Knight a la cirugía, pero sin éste, Gibney tenía rienda suelta. Durante varios viajes al exterior que realizó después de su renuncia, llegó a valorar el potencial de la cirugía antiséptica, y convocó a William Tillinghast Bull, cirujano entrenado en la antisepsia y el tratamiento quirúrgico de las hernias. Gibney y Bull forjaron una productiva relación profesional y realizaron cirugía ortopédica en el hospital. Gibney reconocía su falta de entrenamiento y habilidad quirúrgicos, pero con la ayuda de Bull pudo corregir esa falencia y transformar el Hospital for the Ruptured and Crippled (también conocido como «el hospital del Dr. Knight») de un «hogar para los incurables» en una institución donde podían emplearse las técnicas quirúrgicas y de rehabilitación más actualizadas para mejorar la calidad de vida de los pacientes de un modo espectacular. Cuando las circunstancias lo impusieron, los

médicos del hospital debían realizar una operación antes que depender de un «aparato». En 1894, Gibney expresó esta política del siguiente modo:

El cirujano ortopedista está preparado para hacerse cargo de un caso desde el comienzo hasta el final. Si con el aparato no se puede cumplir con las indicaciones, el cirujano deber llevar a cabo una operación, operación que debe realizar tan bien como cualquier cirujano general podría realizarla, y operación que puede complementarse con el uso sensato de los aparatos mecánicos, para conseguir el mejor resultado posible.

No tengo la menor intención de negar a ninguno de mis colegas una predilección especial por la implementación de sólo un aparato, o de un aparato asociado con una cirugía menor, o de sólo una operación; pero estoy realmente convencido de que para que nuestra especialidad progrese y mantenga su posición en el mundo médico y quirúrgico, el cirujano ortopedista debe estar preparado para hacerse cargo de cualquier emergencia que pudiera presentarse.⁹

Bajo la dirección de Gibney, el Hospital for the Ruptured and Crippled en 1888 comunicó haber realizado 237 operaciones, 46 de las cuales fueron para tratar abscesos causados por osteomielitis. Ese año también realizaron 162 tenotomías, 19 osteotomías y una resección de la articulación de la cadera. Los demás fueron procedimientos variados como curaciones y amputaciones de dedos supernumerarios. Según Gibney, los cirujanos usaron óxido nítrico como anestesia y observaron las precauciones marcadas por el listerismo, pero todavía abordaban el tratamiento quirúrgico con «miedo y cautela».⁹

Después de la Guerra Civil, se abrió otro hospital ortopédico en Nueva York, el New York Orthopaedic Hospital and Dispensary (Hospital y Dispensario Ortopédicos de Nueva York), dirigido por Charles Fayette Taylor. A mediados de la década de 1850, Taylor asistió como oyente a las clases del New York College y obtuvo el título de médico luego de sólo un año de estudio en la University of Vermont. Luego viajó a Londres para estudiar fisioterapia y terapia física. A su vuelta, a pesar de su fe en estas modalidades terapéuticas, no tuvo éxito en su profesión, y buscó una nueva forma de ganarse la vida: se afianzó en la ortopedia, diseñando, fabricando y aplicando dispositivos ortopédicos, en especial a pacientes con deformidades vertebrales. Le fue bien con su emprendimiento y puso un consultorio donde atendía a familias como la de Theodore Roosevelt. Le aplicó un dispositivo ortopédico a la hermana del futuro presidente, que se recuperó con el tratamiento y, cuando el padre de Theodore Roosevelt participó en la fundación del New York Orthopaedic Hospital, Taylor fue puesto a su cargo. Sin embargo, él no disfrutaba este puesto de responsabilidad y renunció. Se oponía firmemente a la cirugía ortopédica y tampoco administraba fármacos en sus tratamientos. Aunque fue uno de los fundadores de la ortopedia estadounidense, desempeñó un papel limitado en su desarrollo.

Taylor mantuvo relaciones hostiles con sus contemporáneos. La Rare Book Library de la New York Academy of Medicine guarda una extensa colección de material relacionado con la disputa entre Taylor y Sayre. En junio de 1873, Taylor presentó cargos de conducta poco ética contra Sayre, demandando que la academia investigara el tema y lo censurara.

Según los documentos de la Rare Book Library, el tratamiento que había implementado el Dr. Sayre en una niña llamada Fannie Foote no había sido exitoso. Fannie tenía un dolor tan intenso en la cadera, que gritaba con aprehensión aun cuando se le acercaban sus padres. A la hora dormir, se sentaba en el borde de la cama y rehusaba acostarse debido al intenso dolor. Después de un tiempo, los padres decidieron cambiar de médico. Prescindieron de Sayre y le pidieron a Taylor que se hiciera cargo del caso.

Sin duda, Taylor, a diferencia de Sayre, tuvo algo de éxito con sus dispositivos ortopédicos. Fannie comenzó a experimentar menos dolor, pero presentó una rigidez progresiva de la cadera.

Sin embargo, Sayre quedó en contacto con la Sra. Foote: le escribía cartas y las visitaba a ella y a su hija Fannie. Incluso le sugirió que lo dejara llevar a una de sus pacientes a la residencia familiar para comparar los progresos de Fannie con los de otra niña que tenía un problema similar. Cuando Sayre llegó sin anunciarse con su paciente y la madre, la Sra. Foote no estaba, pero Fannie estaba allí con una tía que lo invitó a pasar. Sayre sugirió que Fannie observara a la otra niña, y ella consintió. Entonces Sayre evaluó a Fannie; le levantó el vestido para palparle la cadera y evaluar la excursión articular. Cuando le dijo que tenía la cadera rígida, ella se aterrorizó, no tenía consuelo. En ese momento regresó la Sra. Foote, y Sayre se fue con la otra niña, su madre y su asistente, el Dr. Yale. Seguramente, antes de irse, Sayre hizo comentarios muy despectivos sobre el tratamiento que Fannie había recibido de Taylor. Al día siguiente, el padre de Fannie fue al consultorio de Sayre y le exigió que nunca regresara a su casa, a menos que fuera invitado. También le prohibió que volviera a evaluar a Fannie, a menos que se lo pidiera Taylor y sólo si Taylor lo acompañaba.

Lo que había hecho Sayre indignó a Taylor, que levantó ante la academia una queja exigiendo que se censurara formalmente a Sayre, lo cual era viable sólo a través de la creación de un comité de investigación. La academia reunió un panel de reconocidos médicos neoyorquinos para que investigaran el asunto. La investigación generó cientos de cartas y documentos. Más adelante, a medida que avanzaba la investigación, Sayre aseguró que la Sra. Foote lo había invitado a llevar a la niña afectada por un trastorno similar al de Fannie para evaluarla y que, mientras él estaba en la habitación de Fannie, ésta a su vez le había pedido que evaluara su cadera. Taylor no le creyó, y tampoco el Sr. Foote, que le escribió a Sayre una carta virulenta pidiéndole que se mantuviera alejado. Por otra parte, la Sra. Foote le escribió una nota tierna expresándole su devoción y gratitud por todo lo que había hecho por Fannie.

El panel entrevistó formalmente a todos los Foote, a la Sra. Birdwell (la tía), a Taylor, a Sayre, al Dr. Yale, asistente de Sayre, a todos los especialistas que habían evaluado a Fannie en distintas ocasiones, e incluso a la niña afectada por un trastorno similar al de Fannie (Nellie) junto con su madre. El panel también hizo planteos a Sayre, a Taylor y a la Academia sobre el costo de los servicios del estenógrafo que había tomado nota de todo.

Finalmente, ni el panel ni la Academia pudieron llegar a un veredicto. Las pruebas eran contradictorias, lo cual llevó a sugerirles a Taylor y a Sayre que dejaran a sus amigos decidir el asunto.

PHILADELPHIA ORTHOPAEDIC HOSPITAL

También se abrieron hospitales ortopédicos fuera de Nueva York y Boston. El destino de una institución que abrió en Filadelfia ilustra como el conservadurismo extremo limitaba el desarrollo de la especialidad. En 1867, cuatro reconocidos cirujanos de Filadelfia colaboraron para la apertura del Philadelphia Orthopaedic Hospital, aun cuando ninguno de ellos se hubiera identificado como ortopedista. Thomas Eakins, el artista de Filadelfia, inmortalizó a dos de ellos en sendos retratos: a Samuel D. Gross en «The Gross Clinic» y a D. Hayes Agnew en «The Agnew Clinic». Los otros dos, Thomas Morton y Henry Goodman, no alcanzaron ese nivel de reconocimiento pero en su época fueron exitosos y famosos. Entre paréntesis, Agnew participó en el equipo médico que asistió al Presidente James Garfield cuando fue herido, pero el rechazo por la antisepsia y la negación a explorar la herida para sacar la bala llevaron a la presentación de un absceso subdiafragmático con la consiguiente muerte de Garfield.

Ninguno de estos cirujanos pensó en la idea de un hospital ortopédico. En esa época, las operaciones que realizaban en sus centros quirúrgicos les concedía una gran reputación que atraía tanto a los estudiantes de medicina como a los pacientes. Sin embargo, después de la cirugía, los pacientes (especialmente los pobres) se las tenían que arreglar solos. Muchos de ellos, con frecuencia niños, para recuperarse requerían dispositivos ortopédicos, terapia física y cuidados de enfermería prolongados, pero nadie sabía qué pasaba con ellos, y tampoco les importaba. Sin embargo, hubo un hombre en Filadelfia que se dio cuenta de la importancia que tenía el seguimiento para estos pacientes.

Dietrich W. Kolbe había abierto un negocio en la vereda de enfrente del Centro Quirúrgico de la University of Pennsylvania para los pacientes que venían de operarse allí. Con frecuencia, los dispositivos que les aplicaba y que él mismo había fabricado, constituían la única asistencia posoperatoria que estas personas recibían. Kolbe sentía una gran compasión por ellos y le mencionó al Dr. Morton la difícil situación que los afectaba. Morton trató el tema con Gross, Agnew y Goodman. Finalmente, los cuatro cirujanos y un consejo administrativo lego que ellos convocaron redactaron una carta. En octubre de 1867, recibieron la aprobación judicial para establecer el hospital y ofrecer servicios a los pacientes con enfermedades musculoesqueléticas. Su objetivo no era operar pacientes en el Philadelphia Orthopaedic Hospital, sino asistir a los que requerían tratamiento incruento por un trastorno ortopédico o necesitaban rehabilitación posoperatoria. Los registros documentan una lista de deformidades incapacitantes como cifosis y escoliosis, artritis séptica, pie bot y genu valgo, entre otras.

Debido a que la mayoría de los pacientes eran de bajos recursos, los directores decidieron ampliar los servicios y convocaron a S. Weir Mitchell para establecer un servicio neurológico. Posteriormente cambiaron el nombre Philadelphia Orthopaedic Hospital por Philadelphia Orthopaedic Hospital and Neurologic Infirmary (Hospital Ortopédico y Centro Neurológico de Filadelfia). Mitchell, un rico y honorífico médico de Filadelfia, era especialista en lo que hoy se llama neuropsiquiatría. Inventó la «cura de reposo», que empleaba para tratar a mujeres acomodadas con depresión, y pasaba sus veranos escribiendo novelas históricas hoy olvidadas en su propiedad cercana a Bar Harbor, Maine. En el invierno, en el Philadelphia Orthopaedic Hospital and Neurologic Infirmary, dirigió un destacado servicio durante 40 años y sentó las bases para la práctica de la neurología en los EE.UU.

Después de la muerte de Mitchell, el hospital se deterioró y endeudó en forma gradual. Ya no se podía autofinanciar. En 1937, durante la Gran Depresión, la University of Pennsylvania absorbió su personal y bienes muebles. Un grupo de médicos locales adquirió el edificio, al que llamaron el «Doctor's Hospital» (el Hospital del Médico), pero esta iniciativa también fracasó y las instalaciones fueron demolidas. Desde el principio, había quedado claro que el tipo de ortopedia con «correas y dispositivos ortopédicos» no podía financiar una institución. Como había demostrado la experiencia del Hospital for the Ruptured and Crippled, tanto médicos como pacientes requerían más; para que la ortopedia sobreviviera como disciplina, los ortopedistas tendrían que operar a los pacientes.

ORGANIZACIÓN DE LA MEDICINA Y NECESIDAD DE UNA ASOCIACIÓN DE ORTOPEDIA

La ortopedia comenzó a unificarse como especialidad médica y quirúrgica reconocida a medida que los ortopedistas se multiplicaban y ofrecían a los pacientes una asistencia más eficaz en los hospitales ortopédicos. Este proceso fue significativo en los EE.UU. en la década de 1880, después de que la anestesia y el listerismo cobraron aceptación generalizada y se establecieron centros terapéuticos organizados en diversas ciudades importantes. Sin embargo, los médicos que se llamaban a sí mismos

ortopedistas y cirujanos ortopedistas no tenían un núcleo común y necesitaban unirse para establecer estándares, tratar el perfeccionamiento de sus técnicas terapéuticas y avanzar en su profesión. Esto se produjo en 1887, a partir de la fundación de la American Orthopaedic Association o AOA (Asociación Estadounidense de Ortopedia).

Sin embargo, la AOA no surgió *de novo*. Por el contrario, lo hizo a partir de otras organizaciones médicas y quirúrgicas que se formaron en respuesta a la necesidad de los estadounidenses del siglo XIX dedicados a casi todas las actividades comerciales, oficios y profesiones, de reunirse con sus pares en forma colegiada.

Las organizaciones médicas aparecieron en forma temprana en los EE.UU. En el siglo XVIII se formaron diversas sociedades locales y estatales: en 1735 surgió la Boston Medical Society y, en 1749, se formó una sociedad en Nueva York. La primera sociedad médica estadual se estableció en 1766, en New Brunswick, Nueva Jersey. Ésta y otras sociedades estatales y locales que surgieron luego imponían las normas de la asistencia médica por medio del control de la educación y la matriculación de los médicos, y mediante la exposición de los médicos fraudulentos. Sin embargo, estos nobles objetivos llevaron a la eliminación de la competencia y al favoritismo injusto. Además, las sociedades comparaban los honorarios correspondientes a los distintos tipos de procedimientos y distribuían listas con las sumas que los médicos debían cobrar por sus servicios. Las sociedades locales fueron criticadas por reunir información sobre la fiabilidad de los pacientes para pagarle al médico. Aunque, a los médicos les convenía contar con esa lista, esta práctica los desprestigió demasiado como para que las sociedades médicas pudieran mantenerla. A los legisladores de diversos estados les resultaba difícil el tratamiento de la regulación de la matriculación y certificación médicas, y el control de la profesión en general.¹⁰

Por lo tanto, en la medicina estadounidense de los primeros años del siglo XIX existía una necesidad real de orden y organización. La palabra «caótica» no es exagerada para describir la atmósfera en la cual se formaban los estudiantes de medicina. Las facultades de medicina de instituciones como la University of Pennsylvania, el Columbia College of Physicians and Surgeons, el Harvard College, los Departamentos Médicos del College de Maryland, en Baltimore, el Jefferson Medical College de Filadelfia y las universidades de Carolina del Sur y de Georgia ofrecían cursos de medicina y otorgaban títulos, pero muchos estudiantes podían obtener el título de médico mediante el aprendizaje informal con un médico matriculado y su posterior solicitud a la sociedad médica estadual e incluso a la local. Aunque el mecanismo exacto difería según el lugar, básicamente un comité de evaluación de la sociedad médica tenía que aprobar al aspirante a médico antes de otorgarle la matrícula.

Las sociedades médicas locales y estatales satisfacían necesidades regionales al imponer las normas para la educación, la matriculación de los médicos y la redacción de códigos de ética, pero hacia la década de 1840, algunos médicos creyeron necesario la creación de una organización médica nacional. En el pasado, las dificultades para recorrer grandes distancias hubieran impedido todo esfuerzo válido para imponer esas normas en el nivel nacional, pero un servicio postal cada vez más fiable y los mejores medios de transporte hicieron viable el concepto. Las líneas de ferrocarril entre ciudades y pueblos aparecieron en EE.UU. en la década de 1830. Veinte años después, se podía viajar más rápido de lo que hubiera sido posible a caballo o en diligencia en décadas anteriores. Esta revolución tecnológica e industrial acercó a la población y posibilitó el intercambio personal de ideas e información.

En 1846, la New York State Medical Society afrontó una situación delicada: la legislatura estadual había determinado que la sociedad ya no tendría el derecho exclusivo de evaluar y certifi-

car a los aspirantes para obtener la matrícula de médico.¹¹ Los legisladores habían decidido que cualquier médico, profesor o Universidad que enseñara medicina podría matricular a los estudiantes de medicina. Dado que los estudiantes debían pagar por su formación, los docentes y las instituciones tenían un incentivo para atraer a sus clases a tantos estudiantes como fuera posible. La simplificación del material de los cursos permitía que aún más estudiantes practicaran, lo cual se traducía en mayores beneficios económicos para los instructores, pero también en matriculados que no estaban capacitados para ejercer la medicina.

LA AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

La New York State Medical Society no pudo controlar esta situación. A su pedido, 28 sociedades estatales y varias sociedades médicas locales enviaron representantes al encuentro destinado a organizar lo que se convertiría en la American Medical Association (Asociación Médica Estadounidense), o AMA, en 1847. A pesar de la necesidad de realizar acciones grupales concertadas para corregir las prácticas abusivas imperantes en el campo de la educación médica, los delegados no lograron acordar un curso de acción. El primer encuentro de Nueva York se disolvió sin haber establecido una asociación formal. Al año siguiente, en Filadelfia, los miembros presentes se dieron cuenta de que estaban de acuerdo con respecto a la mayoría de los temas y fundaron la AMA.

Al principio, la AMA no progresó con su campaña contra el deterioro de la calidad de la instrucción médica. En aquella época, proliferaron fábricas de diplomas piratas de las que surgían médicos no calificados y hasta peligrosos que sólo habían pagado una cuota para recibir una matrícula para ejercer. Los abusos se volvieron tan peligrosos para la salud pública que los legisladores estatales tuvieron que reconocer los resultados de su legislación. En las décadas de 1880 y 1890, los estados comenzaron a establecer consejos estatales responsables de evaluadores médicos. La AMA se había comprometido a escribir un código de ética para los médicos y ejercía presión por causas como la recolección y la publicación de estadísticas fundamentales para estudiar las epidemias, las causas de muerte y los índices de mortalidad, entre otros.^{12, 13}

Los primeros años, la AMA reunió a médicos con antecedentes e intereses dispares que abordaban sus disciplinas de maneras diferentes, los que les interesaba más la cirugía que la terapéutica querían dedicar más tiempo al debate de sus propios temas. Antes de 1880, la AMA trató de satisfacer la necesidad de los cirujanos mediante la creación de una Sección Quirúrgica. Sin embargo, aquel año, Samuel D. Gross convocó a una sesión minoritaria de cirujanos en una asamblea de la AMA con el propósito de fundar la American Surgical Association (Asociación Estadounidense de Cirujanos) o ASA. Gross tenía la idea de que unos pocos y selectos cirujanos de los EE.UU. debían formar una asociación «diseñada para ser una sociedad quirúrgica exclusiva que separara la masa de la elite». El único requisito para ingresar sería tener «un nombre como cirujano».¹⁴ Las autoridades de la AMA cuestionaron la acción de Gross, observando que la ASA desmerecería el esfuerzo común y desviaría el prestigio de los miembros y su compromiso con su propia Sección Quirúrgica. Gross abordó este tema en su discurso como presidente de la ASA durante su segunda sesión, en 1881:

Si se dice que estamos asestando un golpe a la AMA, nosotros negamos esa acusación ligera. Por el contrario, vamos a fortalecer esa entidad despertándola de su sueño del durmiente Rip van Winkle e infundiéndole una nueva luz. En este momento, no podemos dañar ninguna sociedad existente ni por existir. Sólo podemos dañarnos a nosotros mismos si no cumplimos con nuestra obligación... y no le mostramos al mundo que somos trabajadores comprometidos y entusiastas, interesados en el progreso y el sufrimiento humanos.

Los soberbios comentarios de Gross sentaron las bases de la ASA, que aún es una organización de cirujanos pequeña y exclusiva. Mark Ravitch reunió y editó 100 años de *Transactions of the ASA*¹⁵ y observó que, a pesar de su aparente exclusividad, la Asociación exhibía una notable trayectoria de éxitos, por haber servido de foro para que los más destacados cirujanos de los EE.UU. trataran los avances de su profesión. En 1913, los miembros de la ASA establecieron una asociación quirúrgica nueva y más grande a la que denominaron American College of Surgeons (Colegio Estadounidense de Cirujanos) o ACS. A su vez, en 1937, éste estableció el American Board of Surgery (Consejo Estadounidense de Cirugía) o ABS. La ASA y el ACS también auspiciaron la primera revista científica de cirugía, *Annals of Surgery*.

Muchos de los primeros trabajos presentados en las sesiones de la ASA trataban las experiencias y los resultados de los miembros con lesiones y enfermedades musculoesqueléticas. También debatían tópicos mucho más generales como el listerismo y el papel de las ventosas y la sangría. En la década de 1880, los cirujanos todavía tenían poca experiencia con la cirugía abdominal y torácica; la mayoría de sus trabajos abordaban temas como la escisión articular por tuberculosis, la astragalectomía por pie bot y las maniobras para reducir fracturas y luxaciones difíciles.¹⁵

LA AMERICAN ORTHOPAEDIC ASSOCIATION

Siete años después de que Gross convocara la ASA, Lewis A. Sayre, miembro de la ASA, permitió que la asamblea organizativa de la American Orthopaedic Association (Asociación Estadounidense de Ortopedistas) o AOA tuviera lugar en su consultorio, en 285 Fifth Avenue, Nueva York, el 24 de febrero de 1887.¹⁶ Los registros muestran, después del debate y la discusión, «Diez votos a favor de la fundación de una asociación de estas características, y dos en contra; dos caballeros se abstuvieron de votar».

Sayre, considerado el cirujano ortopeda más destacado del mundo, no creía que fuera necesaria la existencia de una asociación de ortopedistas y aconsejó a los miembros presentes que se unieran a la ASA, de la que era miembro. Supuestamente, los ortopedistas formarían una asociación huésped con el auspicio de la ASA, pero los registros no especifican si Sayre había aclarado este tema con sus colegas. Sayre no se unió a la AOA en el momento de su fundación pero, dos años más tarde, aceptó la membresía activa y, en 1895, la membresía honoraria.

La AOA realizó su primer congreso anual en la New York Academy of Medicine el 15 y 16 de junio de 1887, cuatro meses después de que se realizara la asamblea organizativa en el consultorio de Sayre. El segundo congreso anual tuvo lugar en Washington D.C., en septiembre de 1888. Al año siguiente, el secretario de la AOA, Robert W. Lovett, compiló los trabajos que se presentaron en el primer y segundo congreso anual y los publicó como el volumen 1 de la *Transactions of the American Orthopaedic Association*, supuestamente financiado en parte por él mismo. La crisis de los mercados financieros que ocurrió en 1888 y 1889 trajo problemas económicos a la AOA; los informes publicados señalan que el Dr. John Ridlon y el Dr. Judson «iban a perseguir a los delincuentes (que no habían pagado la cuota) con una factura o una carta cada dos semanas». El resultado fue que «se pagaron todos los atrasos y las obligaciones», y las deudas de la asociación quedaron saldadas, de modo que para el cuarto congreso anual el informe de la tesorería mostraba un balance positivo de 103,70 dólares.¹⁶

En 1896, en el congreso de Buffalo, Nueva York (con Royal Whitman como presidente y John Ridlon como secretario), la AOA trató el tema de la publicación de una revista científica para reemplazar *Transactions*. Veintinueve miembros votaron a favor y once en contra, pero la mayoría de los votos negativos fueron de los neoyorquinos, que eran los miembros más prominentes

de la asociación. Sin ellos, es probable que la publicación no hubiera sido viable. Durante este tiempo, se abandonó el intento de lanzar una revista científica. Sin embargo, gradualmente, la oposición se debilitó y siete años más tarde, en 1903, el comité especial creado para evaluar las posibilidades de publicar una revista de ortopedia dio a conocer sus 16 recomendaciones, entre las que se incluía un título (*American Journal of Orthopaedic Surgery*), un apoyo financiero (1.000 dólares al año) y trabajos para publicar (los originales presentados en el congreso anual, contribuciones inglesas y alemanas, y «trabajos extraños y trabajos de la periferia»). La recomendación final del comité afirmaba: «Es probable que, de una forma u otra, pronto aparezca una revista estadounidense de ortopedia», insinuando que si no la publicaba la AOA, lo haría otro. En las recomendaciones también se observaba que la suscripción a una revista científica publicada fuera de la AOA les costaría a sus miembros tanto dinero o más que el que les costaría apoyar a su propia publicación y recibirla sin cargo, como beneficio por su membresía.¹⁶

Las actas del congreso de 1918 registran una resolución presentada por Mark Rodgers, entonces director de la *American Journal of Orthopaedic Surgery*. Rodgers observó que en Gran Bretaña los cirujanos ortopedistas acababan de fundar la British Orthopaedic Association (Asociación Británica de Ortopedistas) o BOA, y sugirió que los miembros de la AOA le ofrecieran a la BOA el uso de la *American Journal of Orthopaedic Surgery* como su publicación oficial. Los miembros aprobaron la moción. Ahora, la *American Journal of Orthopaedic Surgery* sería para los ortopedistas de los dos países; por lo tanto, la AOA tendría que cambiar el nombre que empleaba para la revista desde 1896. Veintidós años después de su lanzamiento, la *American Journal of Orthopaedic Surgery* se convirtió en la *Journal of Orthopaedic Surgery* y, en 1922, en la *Journal of Bone and Joint Surgery* o *JBJS*, nombre que conserva en la actualidad.¹⁷

En 1948, aumentó el número de los artículos presentados para su publicación y los trabajos provenían de muchos países diferentes, por eso el comité de redacción de la *JBJS* recomendó ciertos cambios a su organización auspiciante. Aquel año, aparecieron números británicos y estadounidenses por separado, «cuatro redactados y publicados en Gran Bretaña y cuatro redactados y publicados en los EE.UU.». En 1936, la *JBJS* observó en su portada que, además de ser la publicación oficial de la AOA y de la BOA, ahora lo sería de la American Academy of Orthopaedic Surgeons (Academia Estadounidense de Cirujanos Ortopedistas) o AAOS.

La AOA desempeñó un papel fundamental en el desarrollo de los ortopedistas estadounidenses por su participación en el lanzamiento de la *JBJS*. Durante muchos años, esta revista científica fue la única publicación donde los cirujanos ortopedistas pudieron publicar sus trabajos. Estos trabajos con revisión científica externa le otorgan una definición a la especialidad en los primeros años de su existencia.

EL AMERICAN BOARD OF ORTHOPAEDIC SURGERY

Los dos logros más importantes que encaminaron la ortopedia hasta nuestros días fueron la creación, a principios de la década de 1930, del American Board of Orthopaedic Surgery (Consejo Estadounidense de Cirugía Ortopédica) o ABOS y la creación de la AAOS. Ambas, al parecer, fueron producto de las iniciativas que comenzaron con la AMA. De hecho, un presidente de la AOA, Melvin Henderson, de Rochester, Minnesota, lo reconoció en el Congreso Anual de la AOA de 1932:

Hace ya más de veinte años, cuando quedó claro que la cirugía ortopédica estaba destinada a transformarse en un robusto miembro de la familia de las especialidades médicas, se formó la Sección Ortopédica de la American Medical Association. También en el Este, en el Medio Oeste y en el Oeste,

se formaron círculos ortopédicos y sociedades ortopédicas para facilitar el encuentro de aquellos que estuvieran interesados... En el Medio Oeste y el Oeste se formó el Central States Orthopaedic Club (Círculo de Ortopedistas de los Estados Centrales), al que pronto el carácter de círculo le quedó chico, por lo que se vio obligado a organizarse en la Clinical Orthopaedic Society (Sociedad Clínica de Ortopedistas). En la Costa Oeste se desarrollaron organizaciones similares...

El año pasado fue testigo del lanzamiento de la American Academy of Orthopaedic Surgeons, el sistema común que promete servir de nexo entre estos diversos grupos... para formar una sociedad.

La American Medical Association da su visto bueno y, bajo el ala de esta formidable organización, será mucho lo que logre este movimiento. La AOA, no oficialmente sino a través de sus miembros, y siempre con el acuerdo tácito del Comité Ejecutivo, ha promovido estos diversos movimientos.¹⁸

En las actas de la Sección Ortopédica de la AMA de mayo de 1932 se pueden encontrar más pruebas de su contribución a la fundación del ABOS y de la AAOS.^{19,20} En esta asamblea, Henry Meyerding propuso que la Sección Ortopédica de la AMA nombrara un comité especial para considerar el plan de establecer el ABOS. El National Board of Medical Examiners (Consejo Nacional de Evaluadores Médicos) presentó la propuesta a la Sección Ortopédica de la AMA; Meyerding insinuó la petición de que la Sección «aprobara su plan con beneplácito». W. B. Owen, de Louisville, presidente de la Sección Ortopédica, nombró un comité integrado por Meyerding, Philip Lewin, de Chicago, y J. Archer O'Reilly, de St. Louis. El ABOS fue fundado en 1934. Aunque el Discurso Presidencial del Dr. Henderson y las actas de la Sección Ortopédica de la AMA ofrecen escasas pruebas de la participación de la AOA en la fundación de la AAOS y del ABOS, una revisión del programa del primer congreso de la AAOS revela que prácticamente todos los trabajos fueron presentados por miembros de la AOA.

LA PROFESIÓN SOBREVIVE A LA GRAN DEPRESIÓN

FUNDACIÓN DE LA AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS

La AAOS celebró su primer encuentro el 19 de enero de 1933 en el auditorio de la Northwestern University Medical School. Los cirujanos ortopedistas estadounidenses eligieron un mal año para lanzar una organización profesional en el nivel nacional. Alrededor de tres años antes de que decidieran organizarse, en 1929, había caído la bolsa, y la economía nacional —en realidad, la internacional— no mostraba signos de recuperación. El Presidente Herbert Hoover trató de proteger la actividad económica estadounidense con la aprobación de la Ley Smoot-Hawley, que imponía un arancel aduanero sobre los bienes importados. También decidió apoyar la iniciativa de la Reserva Federal de inyectar capital en la economía con el compromiso de readquisición de bonos federales por 500 millones de dólares. Después, intentó asegurar la solvencia del Tesoro Nacional con la aprobación de un gran incremento impositivo; pero nada parecía surtir efecto. Hacia fines de 1932, veteranos de la Primera Guerra Mundial causaban disturbios en Washington D.C.; desesperados, los gerentes de banco ejecutaban hipotecas; y parte de la población comenzaba a vivir en chabolas denominadas «Hoovervilles». En noviembre de 1932, casi 1.500 quiebras bancarias despojaron a los ciudadanos de los ahorros de toda su vida. Además, la Ley Seca —basada en una enmienda constitucional de 1919 e implementada por la Ley Volstead— llevó a la violación sistemática de la ley y a la toma de control por parte de los gánsteres, sobre todo en las grandes ciudades. La confianza pública en el futuro colap-



Figura 4. Franklin Delano Roosevelt.

só y la tasa de nacimientos cayó a un nivel nunca antes registrado. La elección en 1932 del nuevo presidente, Franklin Delano Roosevelt, un hombre paralizado desde la cintura hasta los pies como secuela de un antiguo episodio de poliomielitis, sin duda habrá impactado a los votantes que percibían su selección como la puesta en juego de un irónico mecanismo de selección natural para el surgimiento de un líder nacional (Fig. 4).²¹

A pesar de este panorama, en 1933 los decididos miembros de la flamante AAOS se reunieron en Chicago en su primer congreso. El comité ejecutivo había tenido una reunión preliminar el día anterior a la inauguración formal, en la que se eligieron autoridades y se designaron comités. La organización tenía un distintivo sabor a Medio Oeste, al encontrarse por primera vez en la Northwestern Medical School en conjunción con la Clinical Orthopaedic Society o COS, fusión de los Midwestern y Western Orthopaedic Clubs (círculos de ortopedistas del medio oeste y del oeste).²²

Edwin W. Ryerson, de Chicago, fue el presidente de este primer congreso que comenzó el 12 de enero de 1933. Ningún orador del programa era oriundo de la Costa Este (a menos que se considere a W. E. Gallie, de Toronto). Dieciocho oradores ejercían en Chicago; el resto venía de Detroit, St. Louis, Memphis, Milwaukee, Minneapolis, Rochester, Minnesota, y Lincoln, Nebraska. Podemos imaginarnos que el congreso de la AAOS de mediados de enero en Chicago sin duda habrá contrastado con el congreso de la AOA de 1933 en Washington D.C.²³ En Chicago, el clima típico habrá mostrado temperaturas bajo cero, nieve, hielo y fuertes vientos, mientras que Washington D.C. habrá ofrecido días templados y un sol de primavera. Además, una revisión del programa revela que 30 de los 45 oradores del congreso de la AOA venían de ciudades de la Costa Este como Boston, Nueva York, Filadelfia y Baltimore. Sólo tres oradores del congreso de la AOA de 1933 en Washington venían de Chicago (uno de ellos, el Dr. Ryerson, había asumido la presidencia de la flamante AAOS nueve meses antes). El formato del congreso también era distinto. En el congreso de la AOA, los oradores presentaron trabajos cortos sobre temas específicos; en el congreso de la AAOS, se ofrecieron cinco simposios presentados por múltiples oradores que trataban un único tema, lo cual seguramente habrá dejado la impresión de que al congreso de la AOA, los médicos iban a dar a conocer sus investigaciones, mientras que al de la AAOS, iban a aprender.

El contexto histórico del congreso de la AAOS es significativo: estaban a punto de producirse acontecimientos que tendrían un tremendo impacto social y político. En enero de 1933, el New Deal todavía no se había implementado; Hoover era el presidente y Franklin Delano Roosevelt estaba por asumir.

El hecho de que Ryerson haya sido el presidente del congreso de la AAOS de 1933 no fue casual. Él había trabajado antes para crear una organización nacional grande que incluya a los cirujanos ortopedistas; había comenzado ya en 1912 cuando, como miembro fundador, también colaboró con la fundación de la COS. Esa organización sostenía encuentros regulares en todo el Medio Oeste, presentando pacientes presenciales a los miembros que asistían. Sin duda, Ryerson habrá pensado que la ortopedia no podía asistir satisfactoriamente a los pacientes que sufrían enfermedades musculoesqueléticas discapacitantes si los que la practicaban no se esforzaban por crear una organización nacional e inclusiva. En la asamblea de la COS del 29 de octubre de 1931,²⁴ los miembros se ocuparon de este tema y nombraron a Ryerson presidente de un comité para considerar la idea. Willis Campbell, Frank Dickson, Frederick Gaenslen, Ellis Jones, Philip Lewin, E. Bishop Mumford y H. Winnett Orr colaboraron con Ryerson en el comité, quien presentó un informe en el que recomendaba a la COS invitar a los médicos de los Estados Unidos que se consideraran cirujanos ortopedistas a concurrir a su congreso de 1932 para formar una sociedad natural. Además, el comité presentó un proyecto para la organización de esa sociedad. La exhaustividad del informe, listo para presentarse tan sólo 24 horas después de la primera reunión del comité, hacía pensar que tanto Ryerson como los miembros de su comité venían considerando el tema y que habían elaborado las recomendaciones. De hecho, el 11 de octubre de 1931, Campbell propuso el debate sobre la creación de una academia nacional de ortopedistas de esas características en el congreso de la AOA de Chicago, que tuvo lugar 18 días antes que la asamblea de la COS del 29 de octubre. Así, en 1932, cuando la COS se reunió de nuevo, Campbell estaba listo para recomendar que una organización mucho más grande, una academia nacional, convocara su propio congreso en enero de 1933, y propuso a Ryerson como su primer presidente.²⁵⁻²⁸

En el congreso de 1932, Willis Campbell fue el primer presidente elegido en asamblea abierta que se desempeñó hasta el segundo congreso anual, realizado en diciembre de 1934. Campbell merece una mención especial como fundador de la AAOS.²⁹ Enérgico e inteligente, desempeñó un papel decisivo en la creación de una academia nacional de cirujanos especializados en la patología musculoesquelética que ayudó a sus miembros a concienciarse sobre su gran potencial para curar al lesionado y corregir al lisiado. Campbell nació en Jackson, Mississippi, concurrió al Hampton-Sydney College, al Roanoke College y a la facultad de medicina de la University of Virginia. Primero ejerció la medicina en Memphis, Tennessee, pero enseguida se especializó en ortopedia. Esta decisión lo llevó a viajar a Londres, Viena, Nueva York y Boston durante cinco años. Después regresó a Memphis, donde permaneció el resto de su vida. Prácticamente todos los ortopedistas usaron el *Campbell's Operative Orthopaedics*, que desde su primera publicación, en 1939, fue revisado en numerosas oportunidades; la 10ª edición fue publicada en 2003. Cientos de cirujanos ortopedistas en formación se capacitaron en la Campbell Clinic de Memphis desde 1910, cuando Campbell organizó el Departamento de Cirugía Ortopédica de la University of Tennessee School of Medicine. Allí ocupó el cargo de Profesor de Ortopedia hasta su muerte, en 1941.

Un número de 1934 de la *JBJS* da cuenta del segundo congreso anual de la AAOS con dos breves reseñas: una en la página 214 y otra en la página 483. La segunda reseña dice: «Hubo seminarios dirigidos por hombres de vasta experiencia». Las autoridades electas para el congreso anual del siguiente año otra vez fueron oriundas del Medio Oeste, con la notable excepción de Philip D. Wilson, de Boston y Nueva York, que sería presidente del tercer congreso, en Nueva York.

Wilson provenía de una tradición médica que difería de la que enmarcaba a Campbell.³⁰ Nacido en Columbus, Ohio, Wil-

son recibió el título del Harvard College en 1904 y de la Harvard Medical School en 1909, con los honores de cum laude y *class president*. Gracias a estos logros realizó un internado en el Massachusetts General Hospital que, a su vez, le procuró un puesto en la «Harvard Unit» a las órdenes del famoso Harvey Cushing y, en 1915, en el servicio militar durante la Primera Guerra Mundial, con compañeros graduados en la Harvard Medical School, entre los que se encontraba Marius Smith-Petersen. Después de la guerra, Wilson y Smith-Petersen regresaron a Harvard. Cuando, a principios de la década de 1930, se abrió en Harvard el cargo de jefe del servicio de ortopedia, el elegido fue Smith-Petersen. Wilson, decepcionado, aceptó el cargo de jefe de cirugía del Hospital for the Ruptured and Crippled de Nueva York, en 1934. Allí, entre sus legendarios logros se encuentra el de cambiar el nombre del hospital por el de Hospital for Special Surgery (Hospital de Cirugía Especializada) y el de trasladarlo a su actual localización, en la East 70th Street. La elección de Wilson como tercer presidente de la academia y su buena disposición para aceptar el cargo otorgaron a la academia una intensa impronta de la Costa Este. De hecho, durante el año presidencial de Wilson, el congreso de la AAOS tuvo lugar en el Waldorf Astoria Hotel.

La *JBJS* respondió a todo esto dedicándole tres páginas al congreso.³¹ Hacia 1935, surgía el carácter nacional de la academia: oradores provenientes de Iowa City, Nashville, Seattle y Pueblo, Colorado, se unían a los que venían de Chicago, Nueva York y Pittsburgh, entre otras ciudades. Aquel año, la redacción de la *JBJS* decidió publicar el Discurso Presidencial de la AOA de DeForest Willard, y no las palabras que el presidente Wilson había dirigido a la AAOS. Sin embargo, Willard hizo respetuosas referencias a la flamante academia y habló de la «lucha» de los primeros años, en los cuales «la profesión médica y la población se resistían a reconocer la ortopedia como una entidad quirúrgica». Observó que, a principios del siglo XX, los ortopedistas no eran más que «mecánicos» dedicados a ajustar aparatos ortopédicos y «hombres de broche y correa», sin la capacitación suficiente como para operar pacientes. Sin embargo, en la Primera Guerra Mundial, surgieron numerosos cirujanos jóvenes y entusiastas (como Wilson) con experiencia, interés y habilidad para tratar lesiones y enfermedades musculoesqueléticas. La ortopedia atrajo a esos veteranos, y Willard observó que «el número de hombres especializados [en ortopedia] se multiplicó, de unos pocos a cientos». Admitió que la AOA no podía manejarse con esos números, pero esperaba que «la nueva American Academy of Orthopaedic Surgeons» proporcionara «un carril para la experiencia clínica y científica de la gran cantidad de personas que se estaban iniciando en la especialidad».³²

Al año siguiente, la academia se reunió en St. Louis.³³ La breve descripción del congreso publicada por la *JBJS* no refleja la energía que sintieron los miembros asistentes. Se expusieron 32 trabajos científicos y 38 trabajos técnicos, y se otorgó la medalla de oro, de plata y de bronce a los tres mejores trabajos. Otros cuatro trabajos recibieron una mención de honor.

En el congreso también se presentaron seis «audiciones»: (1) *Physically Handicapped Children and Adults* (Niños y adultos con discapacidad física), Dr. J. Archer O'Reilly, St. Louis; (2) *Progress in Orthopaedic Surgery* (Avances en cirugía ortopédica), Dr. Melvin Henderson, Rochester, Minnesota; (3) *Infantile Paralysis* (Parálisis infantil), Dr. Philip Lewin, Chicago; (4) *Modern Treatment of Bone and Joint Injuries* (Tratamiento actual de las lesiones óseas y articulares), Dr. Frank Dickson, Kansas City; (5) *Bone Tumors* (Tumores óseos), Dr. Henry Meyerding, Rochester, Minnesota; y (6) *Fractures* (Fracturas), Dr. J. Albert Key, St. Louis.

Ese año, el Discurso Presidencial de la AAOS fue pronunciado por Frank Dickson; la *JBJS* lo publicó completo.³⁴ Las palabras de Dickson proclamaron a la academia como una de las sociedades médicas más importantes de los EE.UU. Su discurso de

1935 hoy parece profético. No mostró inhibiciones al citar al ensayista y poeta inglés Joseph Addison: «Sin duda, el conocimiento es lo que, junto con la honestidad, eleva a un hombre por encima de otro». Enumeró los objetivos de la organización, entre los cuales estaba el de «la representación nacional... y la influencia para establecer la cirugía ortopédica, la elevación del nivel de educación en cirugía ortopédica, el estudio sistemático de los problemas ortopédicos, el intercambio más libre de información y de ideas, y una fuente de guía y consejo sobre asuntos públicos».

Dickson describió la ortopedia como un «un amplio campo que requiere una exhaustiva capacitación médica y un profundo conocimiento», y observó también que «es probable que la cirugía ortopédica sea la más amplia e integral de las especialidades médicas». Creía que el ortopedista debía reunir los conocimientos para tratar a los pacientes tanto incruentamente como quirúrgicamente por las enfermedades y los trastornos musculoesqueléticos. Su influencia sobre la educación y la certificación de los ortopedistas, es evidente todavía en la actualidad.

En concordancia con los tiempos que corrían, Dickson no se privó de realizar comentarios sobre la Gran Depresión: «En este momento de cambio y de gran agitación social, y en el que existe una necesidad tan clara de contar con seguridad social, al parecer hay una demanda creciente de cambiar la relación que existe entre la profesión médica y sus pacientes, la población». Sus comentarios sobre este tema no estaban llenos de esperanza y optimismo como otros fragmentos de su discurso, pero indudablemente Dickson aceptó «la obligación» que tenía la academia para con la población en la planificación económica general. Dado que la AAOS apenas tenía tres años, las palabras de Dickson parecían ambiciosas, tal vez hasta inapropiadamente ambiciosas pero, sin duda, su pragmatismo, buena voluntad y confianza habrán estado en perfecta sintonía con el público de médicos y cirujanos de 1936.

REFERENCIAS

- Grob GN. The Deadly Truth: A History of Disease in America. Cambridge: Harvard University Press, 2003; 121, 216.
- Wood GB. A Treatise on the Practice of Medicine (4.ª ed.). Philadelphia: Lippincott, Grambo & Co, 1855; 348.
- Numb RL. The fall and rise of the American medical profession. En: Leavitt JW, Numb RL (eds.). *Sickness and Health in America. Readings in the History of Medicine and Public Health* (2.ª ed.). Madison: University of Wisconsin Press, 1985; 187.
- Claridge RT. Every Man His Own Doctor. The Cold Water, Tepid Water and Friction Cure, As Applicable to Any Disease to Which the Human Frame Is Subject, and also the Cure of Diseases in Horses and Cattle. New York: John Wiley, 1849.
- Haggard H. Devils, Drugs and Doctors: The Story of Healing from Medicine Man to Doctor. New York: Blue Ribbon Books, Inc, 1929; 352-353.
- Bick EM. Source Book of Orthopaedics. New York: Hafner Publishing Company, 1968; 69, 489, 492.
- Keith A. Introduction of tenotomy, in *Members of the Maimed: The Anatomical and Physiological Principles Underlying the Treatment of Injuries to Muscles, Nerves, Bones and Joints*. London: Henry Frowde, 1919; 63-77.
- Bauer L. Lectures on Orthopaedic Surgery: Delivered at the Brooklyn Medical and Surgical Institute (2.ª ed.). New York: William Wood & Co, 1868.
- Beekman F. Hospital for the Ruptured and Crippled. A Historical Sketch Written on the Occasion of the Seventy-Fifth Anniversary of the Hospital. New York: Statistical Press, 1939.
- Sherk HH. Colleagues and Competitors: A Sesquicentennial History of the Camden County Medical Society: 1846-1996. Rochester: Johnson Printing Company, 1996.
- Shryock RH. Medical Licensing in America, 1650-1965. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1967; 34.
- Bender GA. The founding of the American Medical Association. En: *Great Moments in Medicine*. Detroit: Parke-Davis & Co, 1961; 226-237.

13. Shryock RH. The Development of Modern Medicine. New York: Alfred A. Knopf, 1947; 110.
14. Rutkow IM. The American Surgical Association. Arch Surg, 2000; 135:872. Medline.
15. Ravitch MM. A Century of Surgery 1880-1980. Philadelphia: JB Lippincott, 1981.
16. Ridlon J. The Beginnings of the Transactions and Journal of the American Orthopaedic Association. Am J Orthop Surg, 1918; 16:501-512.
17. British Orthopedic Association [editorial]. Am J Orthop Surg 1918; 16:308.
18. Henderson MS. Leadership in orthopaedic surgery: Presidential address before the American Orthopaedic Association. June 8, 1934. J Bone Joint Surg, 1934; 16:495-498.
19. AMA Section of Orthopedic Surgery. JAMA, 1932; 98:1914.
20. AMA Section of Orthopedic Surgery. JAMA, 1932; 98:1296.
21. McElvaine RS. The Great Depression: America 1929-1941. New York: Three Rivers Press, 1993.
22. Organizational meeting of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. J Bone Joint Surg, 1933; 15:550.
23. The forty-seventh annual meeting of the American Orthopaedic Association. J Bone Joint Surg, 1933; 15:548.
24. Brackett BE. History Lessons. AAOS Bulletin, July 1997. Available at <http://www2.aaos.org/aaos/archives/bulletin/jul97/histor.htm>. (Accessed March 7, 2007).
25. A tribute to the first president of the American Academy of Orthopaedic Surgeons: Edwin W. Ryerson (1872-1911). J Bone Joint Surg Am, 1965; 47:1274.
26. Meeting of Orthopaedic Surgeons. JAMA, 1932; 99:2192.
27. Orthopaedic Meeting. JAMA, 1933; 101:2059.
28. Badgley CE. The American Academy of Orthopaedic Surgeons. Orthopaedic Surgery in the United States of America. J Bone Joint Surg Br, 1950; 32:531-533.
29. Willis Cohoon Campbell (1880-1941). J Bone Joint Surg, 1941; 23:716.
30. Philip Duncan Wilson (1886-1969). J Bone Joint Surg Am, 1969; 51:1445.
31. The third annual meeting of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. J Bone Joint Surg, 1935; 17:514.
32. Willard DF. Presidential Address, AOA Annual Meeting. J Bone Joint Surg Am, 1935; 17:531.
33. The fourth annual convention of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. J Bone Joint Surg, 1936; 18:539.
34. Dickson FD. Presidential address. J Bone Joint Surg, 1936; 18:263.