

PROFESOR HANS FINSTERER

Dr. Max Walterskirchen (1)

El Profesor Hans Finsterer murió en Viena el 4 de noviembre de 1955. Es bien conocido como creador en la cirugía del estómago, pero trabajó con la misma jerarquía en la cirugía del colon y recto como también en la de las vías biliares. Luchó para imponer las resecciones más amplias del estómago, por la conservación del esfínter anal y por un procedimiento más eficaz y certero contra la litiasis de las vías biliares.

Nacido en 1877 en un pueblito de la Alta - Austria, de familia campesina pobre, cumplió la enseñanza secundaria en Salzburgo y los estudios universitarios en Viena donde se graduó de médico en el año 1902. Desde muy joven tuvo que ganarse la vida. Cumplido el servicio militar obligatorio ingresó a la Clínica del Profesor Hochenegg, después de un año de trabajos en anatomía patológica. Hochenegg había ya en 1887 conseguido la resección por vía sacra del cáncer del recto con anastomosis circular y dado de alta a su enferma continente y curada. Finsterer siguió el mismo camino. Trabajando desde 1907 a 1909 como asistente sin sueldo de la Clínica del Prof. Hacker, discípulo de Billroth, se vio muy impresionado por el uso de la anestesia local, con el consiguiente alivio del post - operatorio. En 1910 reingresó a la Clínica Hochenegg donde en 1913 fue nombrado Privatdozent y se quedó allí hasta 1918. Fue nombrado Profesor en 1920. En 1923 fue invitado a los Estados Unidos y demostró de Nueva York a San Francisco sus métodos; en 1938 volvió a los Estados Unidos y en 1950 cumplió nuevamente con una invitación para dictar conferencias y recibir su nombramiento como "Master of

(1) Agradezco a la Sociedad de Cirugía del Uruguay y a sus autoridades, el honor de poder expresar estas líneas de homenaje a mi maestro.

Surgery”, discernido por el International College of Surgeons. Ejerció como jefe quirúrgico uno tras otro en varios departamentos hospitalarios, desde 1919 a 1951, permitiéndosele permanecer en su cargo más allá de los límites generalmente impuestos al servicio público por la edad.

Finsterer tenía cualidades muy aptas para su carrera. Se dedicó a toda hora con diligencia insuperable a la cirugía, operando más de 10.000 enfermos, publicando más de 300 trabajos entre libros y revistas en varios idiomas y asistiendo a muchos congresos. El fue cuidadoso tanto de la preparación de sus ayudantes como del control de sus enfermos. Cuando ingresé como su ayudante, Finsterer mismo me ayudó durante mis operaciones enseñándome sus métodos durante meses y él solía quedarse en el hospital durmiendo en un sofá para aconsejarme durante mi guardia. No era yo un joven asistente, pues tenía 36 años y Finsterer era un célebre Profesor de 68 años, pero él quería estar seguro que cada enfermo sería tratado como él deseaba, para el bien del mismo. Personalmente operó todos los días en el departamento del hospital, empezando a las 7 1/2 y efectuando por lo menos dos grandes operaciones hasta las 2 de la tarde. Las operaciones más difíciles y de éxito dudoso, Finsterer quería que se las asignaran a él. Entre las 5 y 6 volvía de su consultorio a pasar casi corriendo por las salas para consultar con uno de sus ayudantes que vigilaba las horas de la tarde. Dotado su departamento hospitalario únicamente de dos ayudantes y 6 médicos rentados, resultaba posible con tan poco personal efectuar las 5 á 10 operaciones diarias, la policlínica diaria y dar la más cuidadosa asistencia a los operados por la gran abnegación y disciplina exigidos de parte del jefe y por su ejemplo personal. Finsterer obligó a sus médicos a dar hasta las inyecciones. Los demás médicos del servicio eran huéspedes y voluntarios en parte rentados por Finsterer. Se procuró siempre por la mayor eficiencia del personal y del material quirúrgico. Cuando comprobó la insuficiencia de la esterilización de las salas operatorias, llegó a regalar a su servicio un modernísimo equipo de esterilización.

Finsterer encontró un gran sostén y tranquilidad en su profunda fe católica que practicó sencillamente con tal evidencia que su creencia no parece separable de su personalidad. Otra

fuelle de su producción era la tranquilidad de su hogar, en donde encontró el mejor cuidado de parte de su señora y de sus hijas. Perdió su único hijo durante la última guerra, en Rusia.

Finsterer fue un innovador en el acto quirúrgico en la época en que comenzó. Trabajó sin tener en cuenta cuántas horas pasaran con mucho cuidado, muchísima paciencia y suma exactitud anatómica. Por ejemplo no lo vi nunca aislar a un cístico, dejándolo rodeado por tejido conjuntivo adherente. Su modo de operar estaba ligado con el empleo de la anestesia local y le permitió abordar los mayores problemas de la cirugía antes del año 1914, sin examen de las proteínas de la sangre, del hematocrito y de las transfusiones. Por su técnica y sus nuevos métodos alcanzó los triunfos que lo hicieron famoso.

Como tema de su clase inaugural Finsterer eligió en 1913: *La importancia de la anestesia para el éxito de las laparotomías*, en la cual comprobó que las muertes postoperatorias atribuidas al llamado shock en verdad eran originadas por daños a consecuencia de la narcosis general mientras que la anestesia local dejaría al organismo sus fuerzas para una mejor defensa contra; la parálisis intestinal, peritonitis y complicaciones pulmonares. En la monografía del año 1923: "Los métodos de la anestesia local en la cirugía abdominal y sus éxitos", amplió el tema y comprobó el éxito. Esta monografía fue traducida y editada en Nueva York por la famosa Rebman Comp. Comparó la mortalidad de 14,7 % en las resecciones del estómago efectuadas en narcosis general con la mortalidad de 3,5 % lograda con la anestesia local en 1.375 resecciones. Finsterer siguió durante toda su vida en la misma convicción, si bien no desoyó los grandes progresos de la anestesia general. En su departamento hospitalario fue efectuada toda la cirugía abdominal mayor incluso la de urgencia con anestesia local.

En el año 1914, Finsterer había publicado por primera vez su método típico de resección del *estómago*. Este método que hoy lleva su nombre llegó a ser mundialmente conocido y empleado. Facilita resecciones muy amplias, da un postoperatorio no complicado y excelentes resultados alejados. En 1918 propuso la resección de las *dos terceras* partes del estómago para el tratamiento de la úlcera duodenal en vez de la mera resección del

antro, propuesta por otros. Finsterer quería con esta proposición eliminar no únicamente el reflejo originado en el antro, sino que también el achicamiento del área mucosa productora del ácido clorhídrico y eliminar la posibilidad que reflejos originados en otra parte encontraran un órgano de reacción demasiado grande. En el mismo año, año muy importante para el desarrollo de la cirugía gástrica, a pesar de todos los graves cambios que este mismo año sufrió su patria, fue publicada por Finsterer la resección por *exclusión* de la úlcera duodenal no resecable, que hoy también lleva su nombre. Dio con este método al cirujano una muy buena ocasión de prevenir situaciones difíciles y hasta irreparables. Tuvo que defender este excelente método en varias publicaciones. Ultimamente durante el congreso alemán de cirugía en 1939 y por publicaciones en 1950 y 1952. En caso de la aguda y abundante *hemorrhagia* de una úlcera crónica propuso también en 1918 por primera vez en contraposición con el tratamiento médico usual hasta la fecha la resección de la úlcera sangrante lo más pronto posible. Muchas veces publicó Finsterer su opinión alrededor de este problema urgente, que era uno de los que más le tocó en el alma. Yo se muy bien cuanto le alegraron las experiencias favorables con la resección temprana propuesta por él, hechas en todas partes del mundo. Cuando le escribí que en el Uruguay somos partidarios de la resección temprana de la úlcera crónica sangrante, él contestó que tuvo "la mayor alegría".

Otro problema que tomó muy en serio, fue el *cáncer del estómago* y de los intestinos. Convencido de la necesidad de una resección amplia, tuvo con su técnica paciente y menos shockante resultados en verdad sorprendentes. Muchas veces dijo a sus discípulos: "Si el cirujano consigue salvar la vida de uno entre diez enfermos por medio de la operación que sin las intervenciones estarían condenados a morir, ha realizado una gran obra". Finsterer era contrario de toda selección de estos casos. Gran alegría le causó tener noticia del Sr. G., de 86 años en 1950 en Nueva York, a quien había liberado en Viena el 2 de julio de 1934 de su cáncer del estómago con invasión hepática a pesar que una anterior intervención en la Mayo Clinic, Rochester, lo había considerado inoperable. En 1949 informó de 117 casos de *gastrec-*

tomía total por cáncer alto, efectuados desde 1913 por vía abdominal en anestesia local al lado de sus 1.572 resecciones subtota-les (*) y presentó entre ellos 9 enfermos con sobrevida de 5 - 9 años. Ya en 1930 había publicado 340 casos de resecciones subtota-les con una mortalidad de 6,1 % — entre ellos 14 enfermos de 70 - 78 años con una muerte — y comprobado que la resección del estómago junto con partes de otros órganos invadidos por el cáncer, como páncreas, colon, hígado o esófago tenían una mortalidad postoperatoria más alta (41 %), pero el idéntico porcentaje de sobrevida. Sobrevivieron 30,1 % a los cinco años. Su departamento hospitalario publicó en 1948 los 1.473 enfermos de cáncer del estómago ingresados del 1 - I - 36 al 1 - I - 48, entre ellos 1.350 (93,7 %) operados y 811 tratados por resección. De los 246 reseçados hasta el 1 - I - 43 sobrevivieron a los cinco años 31,4 %.

Una monografía "*La Cirugía del Colon*", fue publicada en 1952. Voy a mencionar los capítulos referentes al tratamiento quirúrgico de la constipación grave y al cáncer del colon. No puedo entrar en detalles. Finsterer consideró la resección del colon como procedimiento típico en la constipación grave y prefirió la hemicolectomía izquierda. De 36 enfermos así tratados vivieron 34 curados de 1 - 15 años después de la intervención, entre ellos 7 de 10 - 15 años después de la operación. En la cirugía del cáncer del colon como en la del recto Finsterer tuvo tres puntos de vista: la mortalidad post - operatoria, la sobrevida y el mantenimiento de la continencia. Para este último fin decidió usar el *intestino delgado para interponer* en los grandes defectos por extirpación cólica. Referente a los dos primeros puntos, publicó 133 casos reseçados desde 1916 al 1934, con una mortalidad de 21 % y una sobrevida de 5 - 26 años en 63 casos y 216 casos reseçados en el servicio del hospital entre 1935 al 1945 con una mortalidad de 29,1 % y una sobrevida en 86 casos de 5 - 10 años.

En abril 1954 publicó Finsterer sus "Experiencia de 43 años sobre 942 casos operados de *cáncer del recto*". Experiencia bastante amplia y bastante larga para juzgar los problemas de la

(*) Resección subtotal equivale a resección casi total por cáncer del estómago.

cirugía del recto. Con toda esta experiencia Finsterer pudo seguir en la opinión de su maestro de 67 años antes y opinó que será siempre posible mantener el esfínter — órgano insustituible — si el cáncer se encuentra en la altura del Douglas y en algunos casos si la sede de la enfermedad está todavía más abajo. Finsterer prefirió usar tres métodos: la resección abdominal con extraperitonización de la anastomosis, la resección abdominosacra con anastomosis en la herida sacra y la extirpación de todo el recto por vía abdominoperineal con ano iliaco en los cánceres del ano y de la mitad anal de la ampolla. Ciertamente que en el curso de su larga experiencia había usado muchos métodos más. En resumen notó que los cánceres bajos tenían mayor mortalidad postoperatoria y menos porcentajes de sobrevida en frente de los cánceres de la mitad superior de la ampolla y del recto pelviano. A pesar de su criterio de mantener el esfínter tenía mejores resultados con la resección y anastomosis (54,1 % de sobrevivientes en 5 años), que con la extirpación de todo el recto (33,4 % de sobrevivientes en 5 años). La revisión de los enfermos comprobó además que más de 90 % de los resecados resultaron continentes no sólo para materias sólidas, sino también para gases y materias líquidas.

No contento con el postulado que hicieron Enderlen y Hotz en 1923 a base de 12.000 operaciones de las vías biliares a efectuar la *colecistectomía* en los años más jóvenes del enfermo probó Finsterer (1935) a base de su experiencia personal en 995 operaciones (1951) de vías biliares, que la *colecistectomía* efectuada en las primeras 48 horas de una *colecistitis* aguda da mejores resultados que la operación tardía. 79 *colecistectomías* efectuadas de 1910 a 1940 en las primeras 48 horas, tenían una mortalidad de 3,8 % y de los 10 enfermos más viejos de 70 años murió 1, mientras 136 operaciones tardías efectuadas durante el mismo tiempo y entre ellas 7 *colecistostomías* tenían una mortalidad de 16,9 % y de los 15 enfermos entre 70 y 86 años murieron 5. Ciertamente que entre los últimos 136 operados había los enfermos más graves y de malas condiciones — pero llegaron en estas condiciones porque no fueron operados en las primeras horas del ataque.

Finsterer era partidario de la *coledocoduodenostomía* y usó

el tubo de Kehr solamente en excepcionales casos. Si la anastomosis no estaba indicada, cerraba el colédoco completamente. Las principales indicaciones para la coledocoduodenostomía según Finsterer son: 1) La existencia de varios cálculos en la vía biliar profunda; 2) la colangitis; 3) la dilatación del colédoco por estenosis en la papila cicatrizada o comprimida por inflamación del páncreas. De 126 coledocoduodenostomías del departamento hospitalario, murieron 3 por dehiscencia de la sutura y peritonitis. La mortalidad post-operatoria total era 16,6 %. La revisión de los 75 casos operados entre 1935 a 1947, comprobó 67 casos que eran de 3 a 15 años, completamente curados 89,3 %.

Una vida que dio muchos frutos en bien de la humanidad se ha terminado. Una vida ejemplar por su dedicación absoluta y su seriedad. Ciertamente que Finsterer fue honrado por muchas asociaciones quirúrgicas en América y en Europa. Pero también esto lo hizo con tanta modestia que ni nosotros sus ayudantes lo supimos cuando recibió tales honores. No se habló de estos asuntos en su servicio. "No he hecho nunca más que mi deber", dijo el profesor a quien llamábamos "Papá" cuando no estaba presente.

Varios de los resultados enumerados en este trabajo actualmente son superados por otros servicios. Pero los resultados de Finsterer fueron alcanzados en la "edad media" de la cirugía moderna y en parte con enfermos desnutridos y hasta sin los remedios necesarios, como lo pueden juzgar únicamente quienes lo han visto. Sus resultados fueron alcanzados por un agotamiento total de las posibilidades en el acto operatorio y por la asistencia médica más cuidadosa.

Ahora descansa, gran maestro!

BIBLIOGRAFIA

(Al.) = original publicado en idioma alemán.

Anestesia local.

"Los métodos de la anestesia local en la cirugía abdominal y sus éxitos".

Viena 1923, Edit. Urban u. Schwarzenberg. (Al.).

English version by Dr. Burke, printed by Reimann Comp., New York.

Wiener Klinische Wochenschrift, 1913, pág. 1560. (Al.).

The Choice of an Anaesthetic for Abdominal Surgery. Brit. Jour. of Anaesthetic, 1932, Vol. IX, 4 and X, 1.

Brit. Med. Journ., 1926, 2, p. 290.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Estómago y duodeno: resección.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1914, 128, 514. (Al.).

Gastric and Duodenal Ulcers and their Complications. Journ. of Int. Coll. of Surg. 1949, XII, 5, 599.

Úlcera duodenal.

Zentralblatt für Chirurgie 1918, 434. (Al.).

Zentralblatt für Chirurgie 1940, 610. (Al.).

Wiener Klinische Wochenschrift 1950, 62, Nr. 35 - 37. (Al.).

Wiener Medizinische Wochenschrift 1952, 102, p. 612. (Al.).

Hemorragia.

Wiener Klinische Wochenschrift 1918, 31, 521. (Al.).

Traitement chirurgical de l'hémorragie profuse aiguë de l'estomac. Journal de Chirurgie 1933, 42, 673.

Surgical Treatment in acute Hemorrhages of peptic Ulcers. Journal of the Mount Sinai Hospital 1951, Vol. XVII, 6.

Cáncer.

Archiv. für Chirurgie 1930, 159, 30. (Al.).

Experiencias médicas durante mi viaje por los Estados Unidos. Wiener Klin. Wochenschrift 1950, 62, Nr. 18 - 19. (Al.).

Proc. Soc. Med., London 1938, 32, 183.

Curaciones después extirpación total del estómago por carcinoma. Krebsarzt 1949, 4, p. 165. (Al.).

Haeffner: Resultados del tratamiento quir. del cáncer del estómago. Krebsarzt 1948, 3, p. 217 y 248. (Al.).

Colon y recto.

"Chirurgie des Dickdarms". Edit. Maudrich, Viena 1952. (Al.).

Traitement chirurgical du cancer de colon gauche et rectum. Presse méd., 1939, Nr. 36.

Restitution of rectal continence after radical operation for carcinoma of the colon and rectum. J. I. C. S., 1950, 14, 635.

43 años de experiencia en 942 casos op. de cáncer del recto. Langenbeck's. Arch. y Deutsche Ztschrft. f. Chir. 1954, 279, p. 282 (Al.).

Vías biliares.

Enderlen y Hotz, Archiv. für Chirurgie 1923, 126, 264 y 284. (Al.).

Exitos inmediatos y alejados del tratam. quirúrg. de la coledocitis. Wiener Klinische Wochenschrift 1935, Nrs. 28, 29, 30. (Al.).

Tratam. quirúrg. de la coledocitis aguda y operación inmediata. Wiener Medizinische Wochenschrift 1951, 101, p. 4 (Al.).

Resultados del tratam. quirúrg. de la ictericia. Wiener Archiv. f. Innere Medizin 1941, 35, p. 177, (Al.).

Résultats immédiats et Succès définitifs de la Cholédoco - Duodénostomie externe. Bull. et Mémoires de la Soc. d. Chir. d. Marseille, 1935, IX, 10.

Walterskirchen: Choledocoduodenostomie. Wiener Klin. Wochenschrift, 1950, 51, 966. (Al.).

Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 1938, 64, p. 1252.