HISTORIA DE LA MEDICINA

A propósito de la muerte de Cano de Aponte y los accidentes ecuestres

Sebastián Bravo G^a, Paula Molés P^a, Daniela Quiroga M^a,
Renzo Pancorvo P^a, Ricardo Espinoza G.

On the death of Gabriel Cano de Aponte

Gabriel Cano de Aponte was Governor of Chile since 1717 and until his death in 1733, being 68 years old. As a soldier, he was an experimented horse rider. The sequence of events that caused his death three months after an equestrian accident are unclear. A systematic clinical analysis of the later is the main objective of this review. Historians have documented Cano de Aponte's "inclination for unbridled fun and equestrian exercises". During a holiday, Cano de Aponte suffered a horse fall and subsequent crushing by the latter. It has been stated that a spinal lesion caused by the accident kept him bedridden for a period of three months, clear in reason and with intense pain, before his death. However, there is no evidence on historic data that conveys any typical sign associated to spinal injury following the accident. Therefore we suggest that Cano de Aponte suffered a complex pelvic ring fracture. The fact that he was prostrated, lucid, but suffered and intense pain best sustains the hypothesis of a pelvic fracture. After the initial period, one of the most common causes of death resulting from a pelvic fracture is deep venous thrombosis with secondary pulmonary thromboembolism. This must have been the sequence of events that most probably caused Cano de Aponte's death (Rev Méd Chile 2008; 136: 1213-8).

(Key words: Fractures, compound; Spinal fractures; Venous thrombo embolism)

Recibido el 3 de abril, 2008. Aceptado el 21 de abril, 2008.

Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Santiago de Chile.

^aAlumno de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.

Concluido el proceso de unificación del territorio español, las colonias dependían política y culturalmente del soberano. Así, el Reino de Chile, dependiente del Virreinato del Perú, tuvo como Gobernador a un representante nominado directamente por el rey. Desde el siglo XVI y hasta comienzos del XIX los gobernadores de Chile fueron 66. La serie se inició con don Pedro de

Valdivia en 1540 y concluyó con don Mateo de Toro y Zambrano, en el año 1810.

Durante el reinado de Felipe V, don Gabriel Cano de Aponte gobernó Chile por más de cinco quinquenios, y de su figura y muerte nos ocuparemos en este artículo. Hemos recurrido especialmente a la crónica que sobre su persona y administración nos dejó el historiador don Diego Barros Arana¹ quien, a su vez, recurrió a historiadores del siglo XIX y a documentos del Archivo de Indias. Es también primera fuente la "Descripción histórico-geográfica del Reino de Chile" de Vicente Carvallo i Goyeneche, publicada en el año 1875².

Correspondencia a: Dr. Ricardo Espinoza G. Fax 2141752.
E mail: respinoza@uandes.cl

GABRIEL CANO DE APONTE:
RESEÑA DE SU FIGURA E HITOS DE SU GOBIERNO

A su llegada a Chile, en 1717, Cano de Aponte era un militar experimentado, que había servido a la corona por más de treinta años. Incorporado al ejército con apenas diecisiete años, sirvió primero en Flandes como infante y luego bajo las armas de la caballería, “había recorrido con próspera fortuna todos los grados de la milicia”¹. Llegó a Chile con el grado de Teniente General de los Reales Ejércitos y era poseedor de la Cruz de Comendador de Mayorga en la orden de Calatrava, luego de haber sido Mariscal de Campo³. Natural de la villa de Mora, Toledo, en Castilla la Nueva, Cano contaba al momento de asumir su último cargo con cincuenta y dos años de edad, conservando “la arrogancia y los gustos de la juventud”¹. El mismo Barros Arana¹ añade: “Adquirió también Cano de Aponte las costumbres ligeras y desordenadas de los militares de la época, un gusto desenfrenado por las diversiones y ejercicios ecuestres, una pasión invencible por las aventuras de amoríos y galanteos, los hábitos de ostentoso lujo en los trajes...”. Fue justamente su afición por los caballos y juegos ecuestres, lo que lo llevó a la muerte.

Fue recibido por la Audiencia en Santiago de Chile en diciembre de 1717, en compañía de su segunda esposa, doña María Francisca Javiera Velasco de Medrano Navarra y Puelles³. Su llegada se produjo en un período marcado por dificultades: los continuos ataques por mar y tierra de corsarios ingleses a poblados chilenos costeros y a naves españolas; los reiterados levantamientos de los indios en la zona de Arauco próxima al río Bío Bío y, por último, el terremoto de 1730.

Con todo, y a pesar de conocidas prácticas irregulares durante su administración y actitudes de nepotismo a favor de un sobrino, los historiadores han colocado a este Gobernador “en el número de los mandatarios más laboriosos y más queridos que tuvo este país bajo el régimen colonial”¹, a lo que agrega Carvallo: “Fue buen Gobernador, y hasta ahora permanece su buena memoria, y aún viven algunas personas que lo experimentaron”². Cano se desplazaba al sur del país cada vez que la situación lo requería y se abocó a mejorar la infraestructura, dotando al país de más obras públicas. Bajo su gobernación se

mejoró la pavimentación de Santiago, se construyeron cementerios y se repararon caminos. También se preocupó de la recolección de la basura y del hermoseamiento de las calles. Impulsó la construcción de la Casa de Recogidas, proyectó una Casa de Moneda y un canal que uniera los ríos Maipo y Mapocho para mejor abastecer a la ciudad de Santiago de agua potable.

Socialmente, “Cano visitaba las casas de los particulares, asistía a tertulias, tomaba parte en los bailes; los jóvenes nobles y galanes... procuraban imitarlo en su lujo, en su apostura y en su lucimiento”¹. “Cano de Aponte era, además, muy aficionado a las aventuras galantes, tan impropias de sus años y de la seriedad de un gobernante”².

ALGUNOS ASPECTOS DESTACABLES DEL
SANTIAGO DE 1700, EN MATERIA DE SALUD

Parece de interés conocer los aspectos más relevantes del Santiago de la época, referentes a la situación sanitaria de la ciudad, los hospitales y las principales prácticas médicas, recogidos de A. Reccius en “Esculapio en el Reino de Chile”⁴ y en la “Historia de la Medicina Chilena” de Cruz-Coke⁵.

A comienzos del siglo XVIII, en Santiago, con una población estimada en 24.000 habitantes, ejercían quince médicos y cinco cirujanos; todos ellos formados en escuelas europeas, puesto que la Universidad de San Felipe comenzó a funcionar en 1756.

Las condiciones de trabajo de estos médicos eran miserables y sufrían del menosprecio social; el sueldo promedio de un médico, a fines del siglo, alcanzaba apenas 150 pesos, mientras el del Gobernador se elevaba a 10.000 pesos. En Santiago sólo existía el Hospital San Juan de Dios, con poco más de cincuenta camas, con “salas grandes, mal iluminadas y mal ventiladas, con ventanas estrechas y polvorientas...” donde, además: “reinaba ya ese olor repugnante de carne podrida y muerte; en el aire de las salas, saturado de lo que se llamaba miasmas de las heridas infectadas y de sustancias pútridas”. “Las heridas se curaban diariamente cuando no dos veces al día, pasándose una esponja empapada en manteca de cerdo, llamada cerato. La misma esponja iba de cama en cama y recorría todos los enfermos de las salas”.

En esas condiciones, se comprende que el médico jefe relatar a la Real Audiencia que los enfermos “no tienen más que una sábana y almohada el que alcanza de ellas...y los colchones saliéndose la lana por todos lados sin lavarse años, hirviendo de piojos que es menester andar con cuidado a los que se alleguen...”. Hay que agregar, en la ciudad, la insuficiente canalización del agua y la acumulación de cadáveres por falta de cupos en las iglesias.

Es entendible, por tanto, que la mortalidad entre los pacientes hospitalizados se situara por sobre 20%, y que las epidemias y la disentería fueran los temas médicos predominantes. Sobre la patología quirúrgica y traumática, las limitaciones eran aún mayores, estando disponibles sólo las inmovilizaciones sobre almohadones de avena en el caso de fractura, manteniendo inmovilidad completa el tiempo que fuese necesario.

EL EPISODIO FATAL PARA CANO DE APONTE

En Santiago, como en las demás ciudades planificadas por los españoles, el centro social por excelencia era la Plaza de Armas: habitualmente “un sitio eriazado en cuyo frente se encontraba la Iglesia, y donde se reunía el vecindario después de escuchar fervorosamente la misa y comentaba los sucesos... donde se celebraban las fiestas del patrono de la ciudad y se daban a conocer mediante el pregón las últimas novedades llegadas desde España o del Perú”⁶.

Cano de Aponte había solicitado al rey su remoción del gobierno y pese a haber recibido en marzo de 1733 la cédula real que lo permitía, debió permanecer al frente hasta la llegada de su sucesor. De este modo, el 26 de julio de ese año, participó de la celebración del aniversario del santo patrono de la ciudad, “días de regocijo y de fiestas públicas”¹. El Gobernador, “aunque su edad avanzada parecía deber alejarlo de los pasatiempos propios de la juventud y de los ejercicios corporales que exigen agilidad y vigor... conservaba su pasión por los juegos de equitación”¹. Como se corrían cabezas, el Gobernador acudió acompañado por muchos de los más notables vecinos para tomar parte en ellas: “Cabalgaba un brioso i

soberbio bruto, i se empeñó en hacerle poner las manos contra una pared. Se interesaron todos en apartarle de tan peligrosa evolución, pero su capricho hizo vanos los esfuerzos de aquellos caballeros, i castigando al bruto con la espuela le obligó a tocar con las manos la pared pero cayó de espaldas i tomó debajo de la silla al Gobernador. El golpe fue mortal, i con todo sobrevivió a esta desgracia más de tres meses...”².

Es de imaginar la conmoción ciudadana que provocó la referida caída, tratándose de un personaje público, querido por el pueblo y en día de fiesta. Siguiendo con Barros Arana: “Cano de Aponte fue conducido casi moribundo a su palacio; pero su robusta constitución le permitió sobrevivir tres meses y medio a aquel fatal accidente, así como la energía de su espíritu lo hizo soportar con entereza los sufrimientos, conservando incontestable el uso de su inteligencia”¹. “En efecto, las lesiones de Cano de Aponte eran indefectiblemente mortales o, a lo menos incurables por los médicos que había entonces en Chile. Los contemporáneos no nos han dejado ninguna indicación que pueda servir para caracterizar los efectos de aquella funesta caída que, probablemente, fueron una fractura o una luxación de la columna vertebral”¹.

Desde su lecho el Gobernador siguió atendiendo los asuntos de gobierno hasta el 29 de octubre, día en que dictó una providencia en favor del oidor más antiguo de la Real Audiencia para que asumiera todos los asuntos tocantes a la capitania general. Cano de Aponte falleció la noche del 11 de noviembre de 1733, a la edad de 68 años, “con intensos dolores”⁷.

Durante el periplo entre julio y noviembre se desarrolló la *preparatio mortis* de este recordado Gobernador⁷, con variados actos de reparación por faltas pasadas. Según Encina: “Al recobrar la lucidez se dio cuenta de que sus lesiones eran mortales, y soportó con entereza su lucha contra la muerte... plazo de gracia que consagró a rectificar los errores e injusticias cometidas”⁸. Tal actitud, que reafirma el conocimiento de que presentía su fin, “aumentaron su prestigio i el dolor público causado por su desgracia i su próximo fin”¹. Fue sepultado, en la iglesia de San Francisco en Santiago.

ANÁLISIS MÉDICO DE LAS POSIBLES LESIONES Y MUERTE DE CANO DE APONTE

Si bien la vida de Cano de Aponte ha sido detalladamente estudiada y sus obras reconocidas hasta el día de hoy, no tenemos conocimiento de un análisis profundo sobre la causa de su muerte. Está bien documentado que sufrió un accidente ecuestre, con un desenlace fatal en un período de tres meses y medio, más no están precisadas las posibles lesiones y la causa última de su muerte. Sólo nos ha quedado el antecedente de que caído y aplastado por el caballo, tuvo una pérdida transitoria de conciencia: "Al recobrar su lucidez se dio cuenta de que sus lesiones eran mortales"⁸, pero no evolucionó con un traumatismo craneoencefálico complicado (TEC) a juzgar por su capacidad, hasta el final, de llevar con agudeza los asuntos concernientes a la administración y "conservó incontestable el uso de su inteligencia"¹.

Sabemos que las lesiones resultantes del accidente lo postraron en cama por todo el período final y según los historiadores de la época se pudo tratar de "una fractura o una luxación de la columna vertebral", sin que se hayan planteado otras alternativas. Es relevante observar que, al menos cuando escribió sus crónicas Carvallo i Goyeneche², vivían aún algunas personas que habían sido testigo de los hechos. Más, también hemos dado una luz sobre la precariedad de la medicina de la época en este reino y, por tanto, de la incertidumbre de los diagnósticos médicos. Nuestro objetivo ha sido hacer un análisis que incluya otras posibilidades a la luz de los datos de que dispone la literatura médica actual.

Los accidentes ocasionados por caballos nos remontan a los períodos primitivos de la humanidad, relacionándolos con su uso en traslados y, fundamentalmente, en batallas. En cambio, en la época actual, más de 80% de los accidentes ecuestres ocurren durante actividades recreacionales⁹⁻¹¹. De los accidentes, más de 90% responden a caídas y coces^{9,12-14}; pero, los aplastamientos pueden ser los más graves: recordemos que un equino alcanza, con facilidad, 500 kilos de peso¹². En el caso que analizamos, se suma a la caída el aplastamiento, dato que en la experiencia de Hobbs¹⁵ provoca las lesiones más graves. Una observación de interés, aportada por Kriss¹⁶, es que el riesgo de una lesión grave parece estar en

función de la exposición acumulada más que al nivel de pericia del jinete. Este concepto podría ser aplicado a Cano de Aponte, de quien existen antecedentes para pensar que era un jinete experimentado, pero temerario. En la misma serie¹⁶, casi 40% de quienes sufrieron lesiones graves eran jinetes profesionales. El número de lesiones graves, por horas de exposición, se ha estimado mayor en jinetes de caballo que en corredores de autos o motocicleta⁹ y es de alrededor de una lesión por cada mil horas de monta¹⁷.

El espectro de lesiones en accidentes ecuestres, al menos en Estados Unidos de Norteamérica, se ha modificado en las últimas décadas. Si bien la mayoría de las lesiones son menores, alrededor de 15% de los accidentados requiere hospitalización¹⁵. Hasta la década de 1980, el TEC respondía hasta de 50% de las admisiones¹⁸; en la actualidad, su incidencia se ha reducido considerablemente, hecho que se atribuye al uso del casco protector¹⁸⁻²⁰. En series recientes, el TEC afecta entre 17% y 32% de los accidentados, manteniéndose como la principal causa de muerte tanto en adultos como en población pediátrica^{10,13,19,21}. No corresponde a la situación de nuestro personaje.

Como lesiones más frecuentes hoy figuran las de extremidad superior, la mayoría fracturas^{22,23}, y en forma casi paralela, las lesiones de tronco¹⁰. Entre estas últimas, 5% corresponde a fracturas de pelvis y entre 10% y 13% a lesiones espinales, siendo la localización toracolumbar la más frecuentemente afectada, en 78% de los casos^{9,12,20,24}.

Siguiendo esta última información, existiría mayor probabilidad de que la lesión de Cano fuese "una fractura o una luxación de la columna vertebral" como lo han relatado los historiadores¹. Contra ello, está el antecedente de que falleció "con intensos dolores", observación clínica que no es propia de un paciente con lesión medular. En cambio, la otra alternativa, una fractura de pelvis, también se corresponde con el tipo de accidente y la evolución relatada. En esos casos, el dolor es un elemento sustancial.

Para ambos tipos de lesiones, fractura de columna con lesión medular y fractura de pelvis, existen variadas causas que explican la mortalidad inicial. En el período más próximo a una lesión

medular, son las complicaciones respiratorias y la septicemia las que dan cuenta de casi un cuarto de las muertes. Por otra parte, en los lesionados medulares, el reposo en cama, la estasia venosa y el frecuente estado de hipercoagulabilidad determinan el desarrollo de trombosis venosas profundas en una proporción tan alta como 79%, con embolia pulmonar entre 16% y 37% de ellos²⁵. En períodos más tardíos se agregan como causa de muerte, los problemas urinarios^{26,27}.

Entre los pacientes con fracturas complejas de pelvis, cuya mortalidad puede sobrepasar el 50%²⁸, si se ha sobrevivido a las complicaciones hemorrágicas iniciales y los cuadros sépticos, es también la trombosis venosa profunda y embolia pulmonar una de las principales causas de muer-

te²⁹⁻³¹. Estudios de autopsia estiman que hasta 15% de las muertes por trauma son causadas por una embolia pulmonar³²⁻³⁴. Este cuadro frecuentemente evoluciona con múltiples crisis, en las cuales la sensación de muerte inminente es un hecho clínico habitual; recordemos la observación en tanto a que el Gobernador presentía su fin.

Nos parece verosímil que por el tipo de accidente, caída y aplastamiento por un caballo, Cano de Aponte, haya presentado una fractura compleja de pelvis, lo que explica el necesario reposo en cama y dolor, con lucidez de conciencia, correspondiendo el evento final a una embolia pulmonar. Por los hechos clínicos relatados, es una hipótesis que se suma a lo propuesto por los historiadores.

REFERENCIAS

1. BARROS ARANA D. *Historia Jeneral de Chile*. Tomo VI. Parte Quinta. Capítulos V y VI. pp 5-86. Rafael Jover, Editor. Imprenta Cervantes. Santiago, Chile, 1886.
2. CARVALLO I GOYENECHÉ V. *Descripción histórico-geográfica del Reino de Chile*. Tomo II en Colección de Historiadores de Chile y Documentos relativos a la historia nacional, Tomo IX. pp 256. Imprenta de La Estrella de Chile, Santiago, Chile, 1875.
3. MEDINA JT. *Diccionario Biográfico Colonial de Chile*. pp 165-166. Imprenta Elzeviriana. Santiago de Chile, MDCMVI.
4. RECCIUS A. *Esculapio en el Reino de Chile*. Capítulo XVII. pp 173-190. Empresa Editora Zig-Zag S.A. Santiago, Chile, 1967.
5. CRUZ-COKE R. *Historia de la Medicina Chilena*. Editorial Andrés Bello. Santiago, Chile, 1995.
6. RETAMAL J. *Cuadernos Históricos N° 5, La Sociedad Colonial*. Editorial Salesiana, Santiago, Chile, 1980.
7. GAUNE R. Una microhistoria de un viejo de la élite santiaguina y su itinerario hacia la muerte. Siglo XVIII. *Boletín de Historia y Geografía* 2006; 20: 133-169.
8. ENCINA F, CASTEDO L. *Resumen de la Historia de Chile*. Tomo I, Capítulo XXIV. pp 273-278. Empresa Editora Zig-Zag S.A. Santiago, Chile, 1964.
9. HAMILTON MG, TRANMER BI. Nervous System injuries in horseback-riding accidents. *J Trauma* 1993; 34: 227-32.
10. YIM VWT, YEUNG JHH, MAK PSK, GRAHAM CA, LAI PBS, RAINER TH. Five year analysis of Jockey Club horse-related injuries presenting to a trauma centre in Hong Kong. *Injury* 2007; 38: 98-103.
11. HENDRICKS KJ, ADEKOYA N. Non-fatal animal related injuries to youth occurring on farm in the United States, 1998. *Inj Prev* 2001; 7: 307-11.
12. ABU-ZIDAN FM, RAO S. Factors affecting the severity of horse-related injuries. *Injury* 2003; 34: 897-900.
13. NORWOOD S, MCAULEY C, VALLINA VL, FERNÁNDEZ L, McLARTY JW, GOODFRIED G. Mechanism and Patterns of Injuries Related to Large Animals. *J Trauma* 2000; 48: 740-4.
14. BJORNSTIG U, ERIKSSON A, ORNEHULT L. Injuries caused by animals. *Injury* 1991; 22: 295-8.
15. HOBBS GD, YEALY DM, RIVAS J. Equestrian injuries: a five-year review. *J Emerg Med* 1994; 12: 143-5.
16. KRISS TC, KRISS VM. Equine-Related Neurosurgical Trauma: A prospective Series of 30 patients. *J Trauma* 1997; 43: 97-9.
17. PAIX BR. Rider injury rates and emergency medical services at equestrian events. *Br J Sports Med* 1999; 33: 46-8.
18. LLOYD RG. Riding and other equestrian injuries: considerable severity. *Br J Sports Med* 1987; 21: 22-4.
19. CHITNAVIS JP, GIBBONS CL, HIRIGOYEN M, LLOYD PJ, SIMPSON AH. Accidents with horses: what has changed in 20 years? *Injury* 1996; 27: 103-5.
20. MOSS PS, WAN A, WHITLOCK MR. A changing pattern of injuries to horse riders. *Emerg Med J* 2002; 19: 412-4.
21. BARONE GW, RODGERS BM. Pediatric Equestrian Injuries: A 14-year Review. *J Trauma* 1989; 29: 245-7.
22. BIXBY-HAMMETT D, BROOKS WH. Common injuries in horseback riding. A review. *Sports Med* 1990; 9: 36-47.
23. GRIFFEN M, BOULANGER BR, KEARNEY PA, TSUEI B, OCHOA J. Injury during contact with horses: recent experience with 75 patients at a level I trauma center. *South Med J* 2002; 85: 441-5.
24. SIEBENGA J, SEGERS MJ, ELZINGA MJ, BAKKER FC, HAARMAN HJ, PATKA P. Spine fractures caused by horse riding. *Eur Spine J* 2006; 15: 465-71.

25. MARRION DW, PRZYBYLSKI GJ. Injury to the Vertebrae and Spinal Cord. In: Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE, eds. *Trauma*. Fourth Edition. McGraw-Hill, 2000; 451-71.
26. SODEN RJ, WALSH J, MIDDLETON JW, CRAVEN ML, RUTKOWSKI SB, YEO JD. Causes of death after spinal cord injury. *Spinal Cord* 2000; 38: 604-10.
27. FRANKEL HL, COLL JR, CHARLIFUE SW, WHITENECK GG, GARDNER BP, JAMONS MA ET AL. Long-term survival in spinal cord injury: a fifty year investigation. *Spinal Cord* 1998; 36: 266-74.
28. ESPINOZA R, ROSSI R, AGUILERA H, RODRÍGUEZ A. Fractura expuesta de pelvis. Una lesión para centros especializados. *Rev Chil Cir* 1999; 51: 233-40.
29. WILSON RF. *Handbook of Trauma*. Pitfalls and Pearls. Lippincott Williams and Wilkins. 1999; 422-30.
30. SCALEA TM, BURGESS AR. Pelvic Fractures. In: Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE, eds. *Trauma*. Fourth Edition. McGraw-Hill, 2000; 807-37.
31. ROTONDO MF, REILLY PM. Bleeding and Coagulation Complications. In: Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE, eds. *Trauma*. Fourth Edition. McGraw-Hill, 2000; 1267-85.
32. O'MALLEY KF, ROSS SE. Pulmonary Embolism in Major Trauma Patients. *J Trauma* 1990; 30: 748-50.
33. SHACKFORD SR, DAVIS JW, HOLLINGSWORTH-FRIDLUND P, BREWER NS, HOYT DB, MACKERSIE RC. Venous Thromboembolism in Patients with Major Trauma. *Am J Surg* 1990; 159: 365-9.
34. KNUDSON MM, COLLINS JA, GOODMAN SB, MCCRORY DW. Thromboembolism Following Multiple Trauma. *J Trauma* 1992; 32: 2-11.