

CIRUGIA GENERAL.

Conducta Moral, Operaroria, Técnica, y Científica del Cirujano.

ESCRITO, QUE PARA OPTAR A LA PLAZA VACANTE DE CIRUGÍA GENERAL, PRESENTA Á LA H. ACADEMIA DE MEDICINA DE MÉXICO EL DR. GONZALO CASTAÑEDA.

INDICE.

I. Proemio.—II. Conducta del Cirujano según el diagnóstico.—III. Actitud del Cirujano ante el pronóstico clínico y patológico.—IV. Comportamiento del Cirujano ante el pronóstico quirúrgico y terapéutico.—V. Cirugía radical y causal, cirugía paliativa ó sintomática.—VI. Cirugía mutilante, cirugía conservadora.—VII. Cirugía exploradora, cirugía de prueba.—VIII. Cirugía de urgencia, cirugía de complacencia.—IX. Cirugía preventiva, cirugía oportuna, cirugía extemporánea.—X. Cirugía estética, cirugía plástica, cirugía protésica.—XI. Cirugía inmoral, cirugía criminal.—XII. Otras Cirugías, Consideraciones Generales, Epílogo.

I.—PROEMIO.

La Convocatoria de la H. Academia de Medicina de México para cubrir en su seno la vacante de Cirugía General, me ha despertado la noble ambición, quizá exagerada y presuntuosa, de pertenecer a tan ilustre Cuerpo. Mi modesta talla profesional no alcanza, ni amerita sentarme con las glorias médicas de mi país y compartir con ellas en las lides del saber, sólo mi amor al estudio me alienta y anima para entregarme a su benevolencia y discernimiento. Si mi aspiración es atrevida, sírvame de alivio la majestad y suficiencia de mis jueces.

Más de quince años he ejercido la profesión médica; en este lapso he cultivado con particularidad la Cirugía en el campo que ofrece nuestro medio económico, científico y social. Para dilatar mis conocimientos y reformar mi educación quirúrgica hice una larga gira de estudios en Europa donde me fué dable seguir los trabajos y enseñanzas de eminentes maestros, en Hospitales y Clínicas de Londres, París, Berlín y Viena. En mi obscura carrera he conocido como asistente o actor problemas

quirúrgicos múltiples y varios y fruto de ello serán las ideas que condensaré en este humilde escrito. Se refieren a la conducta moral, operatoria, técnica y científica que debe asumir el Cirujano al comportarse como terapeuta; en mis afirmaciones *me guía mi propio criterio formado con lo que he visto y aprendido, con lo que he hecho y pensado, las expongo a la crítica y discusión de los peritos y doctos. Nada digo que sea ignorado por los sabios que me van a juzgar; pero con mi fisonomía profesional, con mi sello propio y personal es lo que al presente puedo ofrecer.*

Al desenvolver el plan de exposición ejemplificaré la doctrina para hacer más palpable y comprensible mi pensamiento.

II.

CONDUCTA DEL CIRUJANO SEGÚN EL DIAGNÓSTICO.

La terapéutica quirúrgica ha alcanzado mayores y más rápidos progresos que la terapéutica médica, por la especial circunstancia de poder rectificar ó ratificar en el vivo el juicio diagnóstico, pues por fino que sea el conocimiento clínico de una lesión o padecimiento no coincide en sus detalles con el que adquiere el operador cuando interviene; la operación ilustra y además completa la concepción etiológica o patogénica. En clínica quirúrgica el diagnóstico puede ser cierto, probable, hipotético e imposible; asume esos matices por la naturaleza misma de los síndromos o procesos y por el limitado caudal de artificios y arsenal explorador, que aunque vasto y rico no alcanza siempre para llegar a la verdad plena. Cabe considerar según eso el comportamiento y actitud del cirujano frente a esas situaciones diversas, pues su conducta será varia y acorde con el aspecto del problema.

Se dice que un diagnóstico es evidente o cierto cuando la marcha y cuadro de síntomas explican, sin sutilezas, ni artificios una hipótesis sentada, si por síntesis se procede, o analíticamente, cuando los datos físicos y subjetivos como elementos primos, bastan para integrar una entidad clínica o patológica de tal manera, que el saber o la conciencia médica quede exenta y libre de vacilación y duda. Con la posesión del diagnóstico

cierto de un padecimiento quirúrgico, cuyo postulado psicológico reside en el sentido íntimo, no ha lugar a discutir la operación conducente, ella se impone lógica y científica. El estudio quirúrgico amplio y completo de una cuestión patológica incluye naturalmente el conocimiento de las contradicciones; cuando éstas no se interponen de manera formal en la certidumbre diagnóstica, la intervención es necesaria y dogmática, se cumplirá sin transacciones pronta y serenamente. Hay en verdad casos en que es clínicamente posible llegar a esa altura; ejemplos: el abseso hepático, la fractura de la rótula, la hipertrofia prostática, etc., respectivamente, descubierta la bolsa purulenta, no hay que fiarse ni atenerse a las punciones terapéuticas, con valor y decisión se atacará el foco por el rumbo donde se aproxime o mejor se asome y por un túnel translumbar, por una brecha transpleural, por una abertura abdominal se vaciará y canalizará la colección de pus; roto el gran sesamoide rotuliano, no es quirúrgico acomodar vendajes y aparatos que coaptan de manera insuficiente, lo que practica un verdadero cirujano es la artrotomía, la limpia de coágulos de la cavidad, la corrección de la cápsula invertida y el afrontamiento y sutura de los fragmentos; ante el crecimiento de la glándula uretro-vesical cuya identificación es dable alcanzar con el sondeo, tacto rectal, citoscopia y el cortejo de síntomas, etc., júzgase un deber proponer o practicar la extirpación como remedio radical del prostatismo. La acometida será suprapúbica, transvesical, con la enucleación digital y canalización alta; la prostatectomía es así factible porque el órgano está envuelto en una cápsula disecable o aislable de otra vaina [excéntrica y fibrosa continente del plexus venoso, la operación que trata radicalmente al prostático es admisible porque ella sólo mata al cinco por ciento de los operados, mientras que el padecimiento atendido fuera de la cirugía evoluciona fatalmente y termina con la muerte.

Conclusión: frente al diagnóstico unívoco, evidente y cierto de un padecimiento quirúrgico, que no cura la higiene, la defensa orgánica o la medicación, la operación es obligatoria al cirujano y no potestativa.

No siempre la certidumbre corona un estudio clínico, frecuentemente la ciencia, el arte, la inteligencia del hombre solo llegan a la posesión de la probabilidad; ésta es la guía casi pe-

renne que conduce en Medicina, como en todo aquello que es empírico; pues con probabilidades se procede cuando se desconocen las causas y las leyes de los fenómenos. En virtud de estas premisas se comprende que la mayoría de los diagnósticos sean puramente probables, y por diagnóstico probable se entiende aquel que, aunque explica satisfactoria y suficientemente un cuadro sintomático, no es exclusivo y único, porque hay o puede haber otros estados o procesos que también lo expliquen o le sean compatibles; ejemplo, un embarazo extra-uterino. Clasifico este estado patológico entre los diagnosticables dentro de la probabilidad, porque un tumor ó lesión anexial con amenorrea pueden totalmente simularlo, porque en caso de ruptura es inevitablemente confundible el síndrome de la inundación peritoneal con una oclusión intestinal, o torción de un pedículo, etc. En situación tan angustiosa aun sin la certeza plena de una gestación tubaria debe abrirse el vientre, explorar y resear en caso positivo, el falso útero; la intervención, la justifica el considerando de que una laparotomía no mata, mientras que la anomalía gestatoria ya complicada determina u orilla con inminencia a una muerte trágica. *Conclusión: ante un caso quirúrgico grave o de creciente gravedad, aunque no se haya formulado un diagnóstico decisivo, y si sólo probable, el cirujano está autorizado a operar cuando el pronóstico es sombrío, advirtiendo la ambigüedad del problema para poner á salvo su reputación moral y científica.*

En ocasiones no escasas, frente a un enfermo, no bastan la ciencia ni el talento, no alcanzan la experiencia y el saber, ni un concienzudo examen para sentar un diagnóstico siquiera probable, porque el cuadro es atípico, larvado, incompleto; surgen entonces las hipótesis locas; las lucubraciones y la imaginación reinan en todo su imperio: en tan indecisa, vaga e informe situación el cirujano serio aunque lo impulse su brío, aunque lo anime su prestigio y suficiencia, no debe arriesgar ninguna operación, ni siquiera con el carácter de explorativa, esta cirugía como lo expondré más adelante, es aplicable a los diagnósticos probables, y no hipotéticos; ejemplo, un padecimiento cerebral sin cuadro clásico, cuyo diagnóstico oscila desde la simulación hasta la encefalitis, que parece neoplásico o supurativo, pero sin localización franca, que a alguien se impone como di-

námico o reflejo y a otro más como hemorrágico o vascular, que nada se asoma que fije el criterio para definir su naturaleza, etc., ese caso no es quirúrgico y si lo es, se ignora, porque la cirugía se funda en hechos y no en suposiciones, trepanar a ciegas es lanzarse en una aventura inmoral y anti-científica. *Conclusión: ante un diagnóstico hipotético no ha lugar a ninguna operación.*

Como anuncié hay diagnósticos imposibles, insospechables, y son los de aquellas enfermedades que aunque con existencia real y positiva por nada se pueden inferir o prever; ejemplo, un neoplasma maligno del riñón sin dolor, tumor, hematuria, etc., carente de signos de insuficiencia eliminatoria porque el resto sano del órgano y su congénere intacto bastan a la depuración orgánica: como ningún fin práctico en el orden quirúrgico se obtiene del estudio de esos diagnósticos imposibles, no cabe aquí considerarlos.

Esquemáticamente y con valor relativo puede así resumirse la doctrina: en las enfermedades quirúrgicas con posesión de un diagnóstico evidente y completo se *debe* operar, con un diagnóstico probable o presuntivo se *puede* operar, ante un diagnóstico sólo hipotético no se *debe*, ni se *puede* operar.

III.

ACTITUD DEL CIRUJANO ANTE EL PRONÓSTICO CLÍNICO PATOLÓGICO.

Antes de proseguir habrá que distinguir el pronóstico patológico del pronóstico clínico; el primero lo constituye y dicta la naturaleza íntima de la enfermedad, le es inherente e inseparable; ejemplo, el pronóstico del carcinoma, el cual es fatalmente mortal; su pronóstico clínico puede ser solamente grave, hasta benigno, si incipiente se descubre en región accesible o yace bien limitado en ciertas vísceras, en estas condiciones se amen- gua su gravedad positiva porque es curable por el arte; los ejemplos pueden multiplicarse con otros aspectos. El pronóstico clínico lo determina una suma de elementos, la esencia del mal, y factores extraños contingentes, los más disímolos, ejemplos: el pronóstico patológico de un fibroma es benigno, clínicamen-

te pueden agravarlo su acomodo, volumen, relaciones, nutrición, etc., idéntico pronóstico patológico corresponde a un quiste hídático, el cual pierde ese carácter si se desarrolla en el hígado y se reagrava si se asienta en el cerebro.

El pronóstico patológico asume múltiples matices cuantitativos; lo estudiaré, en obvio de la brevedad, solo en sus tres aspectos de mortal, grave y benigno. Frente el cirujano a un padecimiento de la primera categoría, el cual en su evolución lleva la muerte irremisible, la conclusión es clara y terminante, debe intervenir, operar sin vacilación, obrar con autoridad; ejemplo, un cáncer del útero. Esta dolencia cruel que no dominan la Medicina, ni la Higiene, es tributaria constante y forzosa de la Cirugía; apenas descubierto, si es aún operable, es precepto extirparlo pronta y totalmente; evitando siembras malignas se amputará el órgano inclusive el segmento alto de la vagina, los anexos, el parametrio y los ganglios, procediéndose así para evitar la reproducción. *Conclusión: ante un proceso del dominio quirúrgico y necesariamente mortal, el dogma es la intervención.*

Se dice que el pronóstico patológico de un síndrome, de un proceso o estado morbozo es grave, cuando considerado en abstracto o en doctrina es capaz de matar; con otros vocablos, cuando la muerte es posible, probable, pero contingente y no necesaria. En este grupo se incorporan innúmeros padecimientos médico-quirúrgicos, ante ellos ya se adivina cuán perpleja será la actitud del Cirujano, quien se orientará razonando y pensando; de tan vasta e interesante clase tomaré un ejemplo, la obstrucción calculosa del colédoco. Se concibe que la piedra enclavada en el canal excretor biliar puede recorrer el trayecto y caer en el duodeno, eso autoriza a esperar con prudencia; si pasan luengos días y no se coloran las heces, si se precipitan accesos frecuentes de calentura acusando la angiocolitis séptica, si se inicia el cuadro de la insuficiencia hepática por formación de la cirrosis biliar calculosa, se abandonará el tratamiento médico y se practicará la coledocotomía; esta grave situación como bien se ve puede asumir alta gravedad y matar, pero no de modo fatal porque se sabe, consta y se comprende que el cuerpo extraño obturador puede espontáneamente caer y el enfermo curar.

Semejante estado patológico teóricamente es modificable por la medicación, pero clínica y terapéuticamente entra en el do-

minio exclusivo de la Cirugía, cuando los artificios y recursos médico-higiénicos han fracasado: en estas condiciones el cirujano puede operar, debe operar; conocer el límite, la oportunidad, es atributo de la sagacidad, de la experiencia y del saber. *Conclusión: ante un caso médico-quirúrgico de carácter grave, el cirujano entrará en escena, cuando agotados y vencidos los recursos médicos, la operación se juzga menos grave que la enfermedad.*

Cuando el padecimiento o lesión es en absoluto o relativamente benigna y teóricamente quirúrgica, pero incapaz de matar, de mutilar, inquietando solo el bienestar y sin que turbe propiamente la salud, cuando el estado o condición mejor que enfermedad es anomalía inocente y leve, clínica, científica y moralmente hablando la actitud del cirujano debe ser expectante, pasiva, porque la cirugía no es un deporte, ni el cirujano un instrumento automático y ciego, sus actos los debe normar, reglamentar el buen sentido; ejemplo, trátase de una hernia inguinal; si es pequeña, indolora, reductible, si no la lleva persona de vida inquieta y un braguero la contiene y guarda sin molestia, etc., esa hernia será inoperable, que no se arriesgue el cirujano, pues es mucha operación para la enfermedad, el operador debe mantenerse limpio en su alto y noble puesto, que no lo mueva el lucro, la impertinencia o capricho del paciente, sino la lógica, el sentido moral y la hermosa inspiración de la ciencia y el saber. *Conclusión: ante un padecimiento de pronóstico patológico benigno, quiere decir, que no inutiliza o balda, que no daña, ni amenaza la salud o la vida, el precepto quirúrgico es la abstención.*

Lo que antecede, teoría y ejemplificación puede resumirse así: ante padecimientos de pronóstico clínico-patológico mortal, el cirujano procederá sin escrúpulos y prontamente; ante casos médico-quirúrgicos de carácter grave, deberá esperar y obrar a tiempo; en los estados que asumen aspecto patológico ó clínico benigno, aunque operables en principio, es ocioso e improcedente aplicarles el bisturí.

Las clasificaciones que vengo haciendo y las que seguirán son artificiales, convencionales, por consiguiente las unidades cambiarán su sitio, si desde distinto punto de mira fueren ordenadas; las clasificaciones en Medicina son a fortiori defectuosas y muy inferiores a las naturales que poseen la Química, la Zoología y la Botánica, en estas ciencias el puesto que toma cada uni-

dad o cuerpo es fijo y constante porque es el que realmente tiene en la Naturaleza. Conste además que los tipos que vengo delineando son por esencia polifásicos y yo los analizo solamente por una de sus fases; mirándoles otro aspecto son susceptibles de despertar o dar lugar a consideraciones nuevas y distintas; siendo por naturaleza heterogéneos y complexos los síndromos patológicos cabe aplicarles criterios múltiples y varios.

IV.

COMPORTAMIENTO DEL CIRUJANO ANTE EL PRONÓSTICO QUIRURGICO Y TERAPEUTICO.

El pronóstico quirúrgico de una operación se refiere al daño mayor o menor que en sí mismo lleva el ataque sangriento, el terapéutico alude al beneficio óptimo o mínimo que ese ataque determina en el enfermo y en la enfermedad; pueden concordar o existir en discrepancia; hay operaciones benignas que aportan un bien máximo, y graves cuyo alivio es problemático e inseguro; para aceptar una intervención quirúrgicamente grave, debe coincidir con un pronóstico terapéutico óptimo; no es lógico, ni se admite una operación peligrosa cuyo éxito o papel curativo es dudoso e incierto; el pronóstico quirúrgico carece de valor absoluto; asentar que la extirpación de un recto canceroso es grave, que la supresión de las hemorroides lo es menos y que la resección de una fístula anal es inocente es formar abstracciones sin valor positivo y concreto; la ofensa de una operación depende no sólo de las variantes del mal que la motiva, sino del paciente que la sufre y del operador que la causa; las enseñanzas estadísticas iluminan el juicio, los casos concretos se rigen por consideraciones particulares; para orientarse en el escabroso campo de la Cirugía hay empero que agrupar y clasificar los hechos, y en cuanto a pronóstico quirúrgico, las operaciones pueden dividirse en benignas, graves y gravísimas, climax que como dije ya, no siempre armoniza con su porvenir terapéutico; ejemplo de operación quirúrgicamente benigna, la raspa uterina; su técnica es tan inocente y fácil, tan elemental, que puede acometerla cualquier operador; por el contrario, no debe re-

solverla sino el especialista. Metrorragias por endometritis fungosa, metrorragias post partum o post abortum, por retenciones placentarias la piden, la exigen y son curadas por ella; pero si las pérdidas sanguíneas surgen por perturbación vascular refleja de un padecimiento anaxial, la raspa será inútil, superflua; dije que debe aconsejarla o resolverla un ginecólogo, porque si el parametrio, peritoneo o anexos yacen dolorosos e inflamados la operación estará contra-indicada. *Conclusión: frente el cirujano a una operación operatoriamente fácil y quirúrgicamente benigna, puede obrar; pero como puede convertirse en grave, debe pesar y definir sus contingencias y contra-indicaciones.*

La gravedad de una operación la fijan factores múltiples, el género de la enfermedad, la calidad del cirujano, la región anatómica, la duración, etc., aunque las hay graves por sí, e independientemente de las dificultades y peripecias operatorias; ejemplo: las nefrectomías, que lo son no precisamente por su técnica, sino porque implican la supresión de tan noble víscera. Para que una operación grave, porque pone en peligro la vida, sea digna de considerarse, debe oponerse a un padecimiento superiormente grave e irremediable por otros medios, no se concibe lo contrario; generalmente las operaciones graves son difíciles y vice-versa, las difíciles son graves; pero si los riesgos y peligros son evitables, supera la indicación, ejemplo, extirpación de los ganglios del cuello por tuberculosis o cáncer. No puede ser más sombrío el porvenir de un enfermo con los paquetes glandulares carotídeos y submaxilares infectados por el bacilo o la celdilla maligna, si permanecen allí lo van a aniquilar la caquexia o las metástasis, si quirúrgicamente es aún ello dable, hay que resolverse a eliminarlos radicalmente con su envoltura celular, hay que atacarlos y seguirlos total y profundamente hasta descubrir la carótida primitiva, la yugular interna y el nervio vago, esta penosa disección se simplifica si se hacen ligaduras previas y bien se buscan los planos de declive. *Conclusión: frente el Cirujano a una operación quirúrgicamente peligrosa o grave, debe decidirse a emprenderla, cuando el padecimiento al cual se opone se considera más grave todavía y capaz de matar abandonado a la expectación o tratamiento médico.*

Se comprende que la gravedad de una operación puede atenuarla la destreza de un operador, pero existen algunas tan crue-

les y ofensivas que ninguna habilidad puede quitarles ese carácter, a éstas las llamo muy graves o gravísimas; son despiadadas, sangrientas, capaces de dejar yerto en la mesa al paciente, subsisten porque el valor y anhelo del cirujano lo llevan hasta tocar las fronteras de la imposibilidad y de la resistencia humana; ejemplo, la extirpación de un pólipo naso-faríngeo o las maniobras para tratar las heridas penetrantes de vientre por armas de fuego, etc. La alta gravedad de esta intervención abdominal proviene de que hay que escudriñar y revolver los órganos de la gran cavidad esplácnica, de que es inevitable traumatizar con la busca de las heridas internas, la extensa y delicada serosa peritoneal, además, las suturas son prolijas, el choque incomparable; ¡pero ante qué enemigo se afronta!; para pensar en el éxito, habrá que proceder con urgencia, operar aprisa, aislar las bocas infectantes, hacer hemostasis, lavar, canalizar, inyectar, etc. *Conclusión: el Cirujano emprenderá una operación de las llamadas muy graves, aunque tema un fracaso, cuando el adversario morbosos es despiadado o mortal y ante quien nada hay más que oponer.*

Antes de proseguir, diré a propósito de este precepto, de los que le preceden y seguirán, que al formular conclusiones hay necesariamente que generalizar, y al valerse de esta operación de la Lógica se aventura uno a caer en la sutil red de las falacias y errar, sobre todo en clínica donde los hechos son escasamente comparables; pero sin recurrir a la inducción o generalización, es imposible sentar principios que normen el criterio, sin ese recurso de la ideación el conocimiento se reduciría o limitaría a almacenar hechos sin trabazón, reinaría por doquier el empirismo infecundo y no existiría la doctrina en el Arte de curar.

V.

CIRUGÍA RADICAL Y CAUSAL, PALIATIVA O SINTOMÁTICA.

Las tendencias cardinales de la terapéutica quirúrgica propenden a atacar y suprimir el origen primordial de los fenómenos morbosos, su ideal preferente es, debe ser, dirigirse a la causa y no a la consecuencia. Este capital pensamiento de la Cirugía deberá satisfacerse sobre todas las dificultades, sobre todos

los riesgos, no proceder así es fracasar y desprestigiar el arte. Tratar una fístula ó sea sin quitar el secuestro, abrir y vaciar un quiste hidático sin extirpar la membrana madre, quitar un cáncer sin llevarse los ganglios, operar un hidrocele sin reseca la vaginal, etc., no es inspirarse en la verdadera cirugía, no es comportarse como cirujano de talla. Ejemplificaré mejor la doctrina, tratamiento quirúrgico de la fiebre puerperal. La fiebre puerperal tiene en el aparato genital origen y localización varia, por ende hay que proceder según la clínica; si la causa reside en la vulva y perineo rotos é infectados, en la vagina o cuello en condiciones análogas, lo indicado y racional es desinfectar allí, avivar y afrontar las superficies cruentas; si el canal está indemne y hubo retención placentaria o inoculación exógena, si la sepsis asume gravedad y rebeldía y no la abaten la limpia, cauterización, lavados y canalización del endometrio, la presencia del cirujano se impone y practicará la histerectomía vaginal, siempre que la matriz en su heroica defensa haya acantonado al enemigo en su cavidad y cuerpo, si el caso es más simple y lo origina un loquiómetra por retroversión uterina, bastará reponer el órgano, si la infección se desbordó y cundió al parametrio supurándolo, se resolverá el problema con la colpotomía en declive; el proceso puede ofrecerse más extenso y grave, casi desesperado porque avanzó ya complicando las trompas, las venas, y traído el siniestro cuadro de la piohemia, entonces como recurso extremo, a través de una laparotomía se amputará el útero, se reseca el anexo, se ligará la vena hipogástrica para cortar la irrupción séptica, se canalizará, etc.

No siempre es factible o aplicable la cirugía radical o causal, porque la clínica, la anatomía o la patología se oponen; entonces, sólo entonces es permitido pensar en la cirugía paliativa o sintomática, que aunque inferior, brinda utilidad. Es arduo marcar el límite entre ambas, esa tarea incumbe al profundo saber y a la alta ciencia; para tranquilizar o afirmar la conducta hay que consultar e interrogar a la conciencia médica y ella responderá. Si las facultades no alcanzan para abarcar la cuestión, para abordar el problema clínico-quirúrgico, hay que retirarse vencido y ceder el puesto; si el cirujano no tiene elementos, porque al fin ni él, ni la ciencia son omnipotentes para cortar el

tronco o raíz del mal y se decide sólo a tratar el síntoma porque no es posible ir más allá, deberá sin dispensa alguna así exponerlo, advirtiéndole el valor y alcance del recurso y ni por asomo dar a entender que aquello curará; así queda en su sitio de hombre de ciencia, estimado y respetado, porque la sociedad juzga mejor al profesional modesto, pero honrado y serio, que al sabio sin moral, ni escrúpulos. Casos como los anotados son la punción de una ascitis por cirrosis atrófica del hígado, que no cura, pero alivia; la traqueotomía practicada por difteria o cáncer laríngeo que no aniquila el proceso, pero salva de las torturas de la asfixia; la ligadura de las uterinas por un fibroma sangrante e inoperable, etc. No cabe argüir que no costea agregar un nuevo riesgo, el quirúrgico, a una situación grave y sin salida, porque en general las operaciones paliativas son fáciles e inocentes; si en la traqueotomía citada se hiende entre dos ligaduras el istmo del cuerpo tiroide, la hemorragia es nula y para un ginecólogo la busca, aislamiento y ligadura de los ligamentos cardinales o hipogástricos, es elemental. *Conclusión: para todo cirujano completo y de conciencia, la cirugía radical o causal será la elegida y preferida, la paliativa o sintomática sólo cuando la primera es impracticable.*

VI.

CIRUGÍA MUTILANTE, CIRUGÍA CONSERVADORA.

Los términos mutilante y conservadora, siendo connotativos no requieren definición. El brillo de la primera es falaz, no atrae, repele; la segunda no brilla ni revela al operador; pero enaltece al cirujano. Hay que entenderlas y penetrarlas bien, porque la que desmembra y socava las regiones es sangrienta, pero heroica, cruel pero salvadora, y la que respeta y conserva los órganos, la que reduce al minimum los destrozos, si no es inspirada y bien elegida troca en fracaso el error. La cirugía mutilante, como carnicería científica es la que subsiste y prevalece frente a los magnos é irreparables destrozos, es la que impera en el flemon difuso y fulminante de los miembros, en los abscesos necesarios del tórax, en la cirugía anticancerosa, en la gangrena senil, traumática o diabética, etc.; sin discusión, en un derrame

purulento pleural con retracción definitiva del pulmón, reseca segmentos costales y suprimir la pared músculo-aponeurótica sobrante del hemi-tórax al ras de los límites externos de la bolsa, es superior a la punción o incisión, lavado y canalización del hueco grande y tenaz, sin esta maniobra se expone seguramente a la consunción del enfermo por la toxihemia e inagotable supuración; el ataque a un cáncer sin cortar lejos de sus límites sensibles y sin la supresión de los linfáticos y nidos ganglionares adyacentes, es simulacro de operación y la gangrena por endoarteritis obliterante que ya mina un miembro ó infecta el organismo sin presentar aún zona clara de limitación, lleva la mano armada muy distante de la región enferma; esta cirugía devastadora y grave no se impondrá, en principio, sino en los casos incurables por la cirugía que economiza mutilación.

La cirugía conservadora es la ideal en el orden moral, la suprema en el orden quirúrgico. Curar sin tocar el órgano, suprimir el proceso sin turbar un mecanismo, sin desmembrar una región es loable y meritorio; las aptitudes operatorias, los tamaños quirúrgicos se aquilatan y miden en el modo de cumplirla. En circunstancias iguales, el ginecólogo que a través de la vagina, abre el útero, disecciona el mioma, e íntegro o en fragmentos lo enuclea de su nido, que sutura y repone el órgano, supera al que en obvio de penas abre el vientre y amputa útero y fibroma; obrando así no sólo arriesga una operación más grave, sino que roba a la mujer lo que tiene de más noble y grande, la maternidad. Sirva otro ejemplo para ilustrar la superioridad incontrovertible de la conservación, sea la cirugía de la rodilla. Frente a un proceso inflamatorio o específico bacilar de esta articulación trocleana, según su extensión, intensidad y marcha puede recurrirse a toda una serie de recursos conservadores antes de resolver la mutilación del miembro: si la lesión o proceso fuera leve, la revulsión, compresión, reposo y medicación general serán lo primero, si coexisten un derrame inabsorbible y fungosidades incipientes, ha lugar a la punción evacuadora seguida de inyección glicero-yodoformada e inmovilización; la sinovectomía es de elección si siendo forzoso abrir la coyuntura los huesos están indemnes, y si las epífisis están ya interesadas, la resección subperióstica o la resección total de dichas extremidades sin la conservación de sus elementos generadores; la lucha

por la conservación del miembro puede llegar, cuando por los grandes segmentos resecaos el afrontamiento se dificulta, hasta intentar la osteogenesis llenando el espacio inter-huesoso con segmentos tibiales y fragmentos laterales avivados de los cóndilos; la desarticulación, la amputación serán el refugio último. *Conclusión: practicar de preferencia la cirugía que respeta los órganos, los miembros e integridad de los aparatos; cuando fuere imposible o insuficiente, adoptar la mutilante, pero sin restricciones ni trabas para que surta como curadora.*

VII.

CIRUGÍA EXPLORADORA, CIRUGÍA DE PRUEBA.

Una operación premeditada y típica se decide, lo dije ya, con un diagnóstico cierto: ante probabilidades diagnósticas lo que cabe y se practica son operaciones exploradoras o preliminares de la que será decisiva; existen, deben existir, no para diagnosticar sino para tratar, previa la ratificación o rectificación por ellas del juicio clínico; las hipótesis diagnósticas, las suposiciones vagas e informes no autorizan ninguna operación. El objeto de la exploración armada es afirmar un concepto que no es afirmable por la propedéutica, su papel y misión es completar la clínica y no sustituirla. Rigurosamente hablando casi todas las operaciones asumen ese carácter, porque el examen próximo e inmediato de las lesiones que facilitan los golpes de bisturí preparatorios, inspiran los detalles y conjunto de la obra última y definitiva. La cirugía exploradora posee vastos dominios, no sólo reina en los padecimientos internos y viscerales, también en los miembros; un osteo-sarcoma del fémur, una fractura abierta y complicada, un aneurisma poplíteo difuso, piden o exigen la amputación en el muslo, si al abrir los tejidos o seccionar el hueso se descubren uno u otro ya contaminados, infectados, la operación preideada habrá tenido intencional o inconscientemente carácter explorador, pues la definitiva será una amputación más alta o la desarticulación coxo-femoral. La exploración sangrienta tan importante y usada en la terapéutica quirúrgica es poco comprendida y trabajosamente admitida por el público no médico; según él, el cirujano, el arte,

deben saberlo todo, preverlo todo, frente a una dificultad o deficiencia del saber concluye injusto, que la culpa es del hombre y no de la ciencia; desconfiado, busca más y tropieza con el engaño. El cirujano de conciencia cuando haya de emprender una operación puramente exploradora deberá así llamarla y así exponerla; ejemplo, la cirugía renal; supóngase que por la anamnesis, sintomatología, examen físico, pruebas de eliminación, etc., se concluye que sufre el órgano excretor, que ya la radiografía mostró piedra o tumor, que la separación uretérica o vesical de las orinas enseñó que el pus, sangre o bacilos provienen de fuente unilateral, que avanzando más se dilucida que la glándula lleva tuberculosis o cáncer, pielonefritis o hidronefrosis, etc.; pues bien, aún después de tan fatigosa y ardua subida no se puede categóricamente afirmar qué operación conviene o se practicará, porque la posibilidad del error subsiste, y al intervenir se procederá con mira de exploración. Se hará una lumbotomía oblicua, para realizar, qué? no se sabe, ello dependerá de la comprobación diagnóstica y del estado y condiciones del órgano. Exteriorizado éste, viéndolo, palpándolo, puncionándolo, etc., se resolverá si ha lugar a una nefrectomía, a una nefrotomía y canalización de la pelvicilla, a la simple eliminación de cálculos, a una pura descapsulización si de nefritis esclerosa se trata, o a reponer el órgano y retirarse; sin los datos sensoriales es muy difícil, casi imposible, acertar y predecir la conducta ulterior. Ante un cáncer probable del estómago sólo una laparotomía exploradora decidirá si el diagnóstico fué correcto, sólo ella dirá si por causa de sus propagaciones al peritoneo, hígado ó colon es ya inoperable, si aún ha lugar a la gastrectomía o si por su tamaño y acción estenosante no permite sino una paliativa gastro-enterostomía. Sin la exploración armada, la cirugía acortaría sus límites, por fortuna es casi inocente; en verdad una cistotomía supra-púbica, una celiotomía, un trépano o lumbotomía, etc., prácticamente y por sí mismas por rareza matarán; muchas maniobras exploradoras sirven para algo más, por la abertura extraserosa alta de la vejiga bien se lava, canaliza y desinfecta ésta, un trépano que disminuye la tensión del líquido céfalo-raquídeo alivia la compresión cerebral, una laparotomía sencillamente exploradora y nula desde el punto de vista técnico es capaz de

curar aunque por mecanismo desconocido (acción del aire, de la luz, de la estimulación fagocitaria?) una peritonitis tuberculosa.

Operaciones de prueba llamo a aquellas que no han entrado todavía en el clasicismo quirúrgico, las discutidas aún en sus bases fundamentales, las operaciones que no apoyándose en una patogenia o etiología positivas figuran sólo como aventureras o ciegas. Puede decirse que todas las operaciones radicales o sintomáticas fueron en su origen experimentales, ya en el orden científico, ya en el terapéutico; las que surgieron lógicas y bien sentadas han prevalecido, v. g., la histerectomía, la apendicectomía, la iridectomía, etc.; pero otras que nacieron empíricas, fortuitas y que obran al azar no han prosperado y atraviesan todavía un período loco, diré así; ejemplo, la castración en la histeria, manías o psicosis de la mujer, la trepanación y simpactectomía cervical en los epilépticos, la extirpación de la tiroide en los basedownianos, etc.; otras que clasifico en la misma categoría, aunque racionales dentro de la fisiología patológica han sido impotentes y caminan al desprestigio, por ejemplo, la omentopexia que anastomosando la circulación porta con la circulación cava, pretende oponerse á la cirrosis atrófica del hígado. Yo creo que esa cirugía experimental, de prueba científica o terapéutica, sea la existente, sea la del porvenir, en principio no es desechable, porque posible es que de ella surja más adelante algún descubrimiento útil, opino sin embargo, que no deben ejercerle sino aquellos cuya habilidad y extensa práctica animan para probar e inventar, aquellos que disponen de un vastísimo campo hospitalario para multiplicar los hechos, compararlos e inferir algo en pro o en contra de la inovación; lanzarse a ejercer las operaciones de prueba sin prestigio es el suicidio profesional, lanzarse a la vivisección sin los elementos que exige un estudio científico es ocioso, inmoral y estéril.

Conclusión: la cirugía exploradora no abusiva, debe subsistir, debe imponerse y practicarse basada en un diagnóstico probable y un pronóstico serio; la cirugía de prueba no pertenece a la práctica general, es sólo aplicable á casos de excepción y muy personales.

VIII.

CIRUGÍA DE URGENCIA, CIRUGÍA DE COMPLACENCIA.

El campo de la cirugía urgente es amplísimo, incluye la cabeza y el cuello, abarca el abdomen y tórax, toca la pelvis, llega a los miembros, pocos órganos escapan a su dominio y pesado yugo. La urgencia, aunque extrema, es relativa, es de segundos en las hemorragias post-partum, o cuando un grueso vaso sangra; de minutos en el caso de cuerpo extraño esofágico o traqueal; de horas si de una hernia estrangulada o de una retención de orina se trata; de días en las luxaciones; de semanas en el cáncer. Su ejercicio requiere atrevimiento, resolución, saber, no todos la dominan, pero a todos obliga conocerla para enseñarla o practicarla y conjurar la muerte. En principio y rigor compete a todos los que se dedican al arte de curar; a un aficionado, a un estudiante, importa saber que la sangre que a borbotones corre por el canal vaginal de una puérpera ó parturienta, que el chorro siniestro que brota de la femoral herida se cohibe ligando apretadamente el vientre con algo que ciña o apriete contra la columna, la aorta abdominal; una estrechez pélvica máxima que pide la operación cesárea se afrontará, suprapúbica, transversa y extraperitoneal, si el amnios está abierto, o intraperitoneal si está cerrado, por cualquier médico sereno y diligente aun cuando no sea operador consumado, si aislado está o lejos vive de un tocólogo; un cirujano general sin titularse oftalmólogo puede sin escrúpulo realizar una iridectomía en el glaucoma agudo; debe, ciertamente, ante un dolor terrible e irradiante del globo ocular, encendida y dura la esfera, turbada la visión, etc. invadir campo ajeno y cortar al nivel del limbo esclero-corniano, excindir la hernia iriana y salvar el órgano. Para llenar las innúmeras e imperiosas exigencias del arte quirúrgico, dadas las condiciones de nuestro país, cabría la creación en la Facultad de México de un curso o asignatura que preparara a las generaciones médicas para cumplir debidamente obligación tan seria. Auxiliar sin demora al herido, al accidentado que se agota por hemorragia y que en síncope o choque amenaza morir es tan urgente y decisivo, que será letra muerta la codificación que veda tocar al lesiona-

do; tan solemne, augusto y noble es cumplir con la caridad y el deber, que ante un apuro patológico de instantes, la faz económica pierde su valor, el premio queda en la conciencia, en la satisfacción de haber impartido un positivo bien.

La cirugía de complacencia queda en el polo opuesto, aquella es necesaria, ésta contingente, la de urgencia se impone, la complaciente es de aplazamiento indeterminado; pudiera definirse diciendo que es la que se opone a un estado anormal que no mina la salud ni amaga la vida, la que se aplica al individuo físicamente enfermo, pero fisiológicamente sano y usando una frase paradógica e incorrecta, la que pida un paciente que no está enfermo; algunos ejemplos explicarán mejor; puede una mujer llevar un cuello cónico, una retroversión uterina inconsciente con cuadro negativo excepto la esterilidad y cuya mujer pide la operación o reposición y fijación del órgano para ser fecundada, éstas serían intervenciones de complacencia, porque ausentes las neuralgias o síntomas reflejos, carente el síntoma uterino, etc., nada más se proponen, ni van a curar; otra lleva una nefroptosis latente en lo absoluto, silenciosa totalmente; pero que descubierta produce histero-neurastenia, la paciente auto-sugestionada podrá creer y afirmar que mientras su riñón móvil y flotante no se fije y acomode continuará delicada y grave; aquí la nefropexia sería de pura complacencia, porque si su desequilibrio nervioso es serio cabría máximo una operación simulada; en un viejo presumido con un lipoma frontal, si no hay contraindicación general, está indicada la cirugía estética, pero sería ociosa otra cirugía si la deformidad le es indiferente, sería imprudente por pura complacencia operarlo si una arterio-esclerosis, diabetes o estado cardíaco hacen arriesgada la anestesia e intervención. La cirugía de complacencia no es de animar por benigna que sea; bien se sabe que en absoluto no hay operaciones benignas, el verdadero cirujano guardará sus bríos para casos mejores, que ya los tendrá. *Conclusión: el médico en general, frente a las operaciones de urgencia suma, si no hay especialista, o no puede esperarlo, debe proceder sobrepasando la cuestión económica; ante las de complacencia será cauto, inclinándose a la abstinencia.*

IX.

CIRUGÍA ESTÉTICA, CIRUGÍA PLÁSTICA, CIRUGÍA PROTÉICA.

La cirugía estética parece confundirse con la cirugía de complacencia; posee, no obstante, caracteres que la distinguen y apartan de ésta. La osteotomía que endereza el genu-valgum las intervenciones músculo-tendinosas u osteo-articulares que corrigen los pie-bots, el tratamiento de un labio leporino, el correctivo del ectropión, etc., no se intentan exclusiva y precisamente para moderar un defecto adquirido o congénito que afea, sino para atender las deficiencias funcionales consecutivas; en los ejemplos citados, respectivamente, para proporcionar mayor solidez, soltura y movilidad a los miembros, para facilitar y favorecer la succión del infante, para atenuar la inveterada opífera, etc. En la cirugía estética la conducta del cirujano es clara, no así la del operador, para él la situación es más embarazosa y comprometida; esta clase de cirugía está reservada para los especialistas expertos y fogueados, porque es delicada y fina, aunque hay casos fáciles y de simplicidad operatoria como la supresión de un dedo supernumerario, o la resección de una cicatriz facial deformante, etc., en la que con unos golpes firmes y netos de bisturí y con suturas subcutáneas paralelas a los bordes y no supercutáneas perpendiculares se resolverá el problema.

La cirugía plástica que llena las amplias brechas quirúrgicas y patológicas, los grandes huecos operatorios cubriendo heridas frescas o extensas superficies de rojas, limpias y turgescientes yemas, envuelve un pensamiento estético y un propósito quirúrgico, pues ella con la autoplasia, con el injerto epidérmico o dermo-epidérmico, ingeniosa idea del invento humano, alcanza a corregir defectos físicos y a abreviar largas cicatrizaciones. En concreto tiene aplicaciones múltiples y varias, tratar los cánceres faciales, llenar pérdidas de substancia por arrancamiento de la piel, cubrir el espacio cruento que deja la extirpación de un tumor; en las enormes quemaduras, en las úlceras varicosas etc. presta inmenso bien. Es laboriosa, su éxito estriba en la asepsia, en la técnica y en escoger inteligentemente el terreno y preparar debidamente la siembra. No

ejemplifico para no ser prolijo, sólo agregaré que su cultivo distingue al cirujano empírico y rutinario del consciente y sabio y que su práctica levanta y coloca al arte a la altura de su encargo y prestigio.

Prótesis en cirugía es la adición y acomodo en el cuerpo de un instrumento o aparato mecánico que tiende a imitar y suplir al similar que falta. Su papel es heterogéneo y complejo, ya puramente estético como la colocación de un ojo, nariz o pabellón artificiales, ya fisiológico como el aparato dinámico que comprimiendo intermitentemente el tórax ensancha y acrece la espiración del enfisematoso, como el tímpano artificial que refuerza las ondas sonoras y como las lentes divergentes correctoras de la miopía, o ya mecánico como el tubo rígido que se opone á la obstrucción nasal del rinoscleroma, los pesarios que retienen el útero en prolapso y como los miembros artificiales, corsés, bragueros, etc. La prótesis compete mejor al artífice que al terapeuta; el cirujano interviene sin embargo para inspirar, indicar y acomodar el accesorio, rectificar y revisar su funcionamiento. Prótesis quirúrgica, propiamente dicha, llamaría a la reposición de órganos dislocados, como la nefropexia aplicable a la ectopia renal, como la vagino o ventro-fijación de la matriz en retro-versio-flexión, a la reintegración anatómica de ciertas regiones, como un perineo desgarrado, la eventración, etc. y también a la suplantación de porciones del esqueleto por segmentos de huesos extraños. Siendo tan disímbola esta faz de la cirugía no da lugar a una generalización; la conducta la dictará el estudio de los casos particulares. *Conclusión: en el ejercicio de la cirugía mayor estética, plástica y protésica, en general el cirujano cederá el cargo al especialista; en la cirugía menor de las mismas, guardará su puesto.*

X.

CIRUGÍA PREVENTIVA, CIRUGÍA OPORTUNA, CIRUGÍA EXTEMPORÁNEA.

La cirugía es positiva cuando ataca procesos ó lesiones actuales y presentes inclusive sus consecuencias morbosas, lejanas y próximas, cuando se propone solamente prevenir contingen-

cias patológicas probables se llama profiláctica, la primera se opone a un enemigo indudable, la segunda a un desorden inseguro, pero altamente posible; la previsión inspira ésta y la autoridad científica obliga a imponerla porque el vulgo no concibe bien, ni admite sin trabajo, que sea necesario realizar algo serio y grave contra otro algo invisible que puede ser o no ser. Cirugía preventiva o profiláctica es la que se practica, por ejemplo, cuando por cólicos apendiculares de repetición se acuerda reseca en frío la cola vermiforme; al resolver la típica operación e incidir la fosa iliaca se procederá no cortando, sino disociando, separando en su respectiva dirección los haces fibrosos de los músculos oblicuos y transversos, así hechos los ojales se afrontan y cierran mejor los planos, las hernias son improbables; a la cirugía que precave pertenece la colostomía o ano iliaco que se practica cuando un cáncer inoperable y obturante del recto o de la sigmoide hacen temer la oclusión intestinal, esta operación cumplida con la técnica inglesa, que no apunto por economía de tiempo, es tan simple y rápida que consumada queda en cinco minutos. La cirugía preventiva funge por doquier, así se porta la traqueotomía precoz que pide el cáncer laríngeo, en ella se incorporan la episotomía que evita las rupturas perineales en ciertas aplicaciones de forceps, las incisiones hondas del flemón difuso e invasor que cortan la gangrena, la resección del aneurisma poplíteo que conjura la hemorragia, la uretrotomía que salva de la infiltración urinosa etc. esta hermosa faz de la cirugía es la más sugestiva, la más sabia y benéfica.

El arte de operar se condensa en adquirir hábitos de limpieza, en cortar y disecar, en aplicar pinzas, ligaduras y suturas, todo ello en un fondo de saber anatómico, es puramente mecánico y susceptible de dominarse con pulso, práctica y carácter; la habilidad así alcanzada es meritoria, pero no subyuga; lo que mide y aquilata al operador es la indicación y oportunidad de la acometida quirúrgica. Los dos ojos con que debe ver el operador terapeuta son la cirugía y la clínica; puede un artista de la modelación corpórea suprimir con habilidad, con éxito y sin reproche, con admirable técnica un piosalpinx gonocócico, por ejemplo; pero si la indicación o urgencia no es palpable, si no esperó que la naturaleza y medicación agotaran

sus influjos, porque consta que son muy capaces de adormecerlo o aniquilarlo, si confiado en su mano valiente y gloriosa se precipita, habrá realizado una brillante operación, pero innecesaria, ociosa y superflua, habrá aplicado un remedio excesivo y peligroso. Ejemplificaré con otro aspecto; dolores paroxísticos en el epigastrio, la dilatación y quimismo estomacal, hematemesis etc. pueden conducir a la afirmación de una úlcera redonda; el reposo, la dieta, los alcalinos, etc. pueden evitarla, curarla, pero pueden también matar por hemorragia, agotamiento, perforación o degeneración en carcinoma, concluir a priori si el caso ya pasó ó está pasando del terreno médico al quirúrgico, atrapar la oportunidad, la indicación terminante de la operación, es atributo del cirujano, que no es otra cosa que un clínico operador, la gastrectomía, pilorostomía, etc, gastro-enterostomía etc. que el caso pida es atributo del artífice quirúrgico y podrá cumplir debidamente, pero si es de memoria ejecutada, si no la funda una necesidad terapéutica revelará al operador; pero no al cirujano. En los altos y complejos problemas de terapéutica quirúrgica es indispensable la asesoría de un especialista en la clínica interna, su valioso contingente ayudará a orientarse y dirigirse mejor en los escabrosos y oscuros campos quirúrgicos.

Un padecimiento legítimo y francamente quirúrgico deja de serlo cuando por sus propios avances o irreparables alteraciones llega a etapas en que toda cirugía es imposible o extemporánea, este capítulo debe dominarse para no aventurar operaciones inútiles y tardías, ejemplo, una parálisis del nervio ciático poplíteo externo por compresión neoplásica, huesosa, por residuos inflamatorios traumáticos, etc. si ella data de luengos días su deliberación ya no hará retroceder las parálisis y contracturas musculares, las deformaciones del miembro, ni las alteraciones tróficas y sensitivas; aún cuando se considere el caso quirúrgicamente operable, clínicamente no lo será, la operación resultaría extemporánea; un razonamiento análogo es aplicable a la fractura o luxación del raquis con compresión medular, para alejar o conjurar las consecuencias de tan inmenso traumatismo, no hay que sujetarse al reposo, coaptación y reposición ciega de las vértebras, se debe descubrir la zona deforme para hacer el diagnóstico exacto y reponer los

huesos heridos o dislocados directamete y bajo el director visual; pero antes de que los desórdenes físicos sean irreparables, a tiempo, antes que el terrible y mortal síndrome del decúbito agudo, con su cortejo urinario, trófico, paralítico y sensitivo pongan el caso fuera de todo recurso.

Las operaciones extemporáneas constituyen un fracaso, están proscritas; desgraciadamente es fácil caer en el error porque la inoportunidad terapéutica de muchas es cognoscible solo a posteriori. *Conclusión: la previsión y la oportunidad forman el alma de la Cirugía, saber que no es tiempo todavía para intervenir, o que la ocasión pasó es ser gran cirujano, es un deber ineludible profundizar la acometida sangrienta, estudiar y meditar antes de obrar.*

XI.

CIRUGÍA INMORAL, CIRUGÍA CRIMINAL.

Los médicos mexicanos podemos con orgullo pregonar que en nuestro país no se ejerce la cirugía que denomino así; pero yo bien sé que en el extranjero existe esa práctica dolorosa y como pudiera cundir en nuestro medio, en son de protesta y para condenarla en solemne ocasión, le dedicaré unas líneas. Practicar la colporraffia, la colpoperinorraffia etc. en una mujer mundana y sin escrúpulo para prepararla a una aventura o a un matrimonio inmerecido, ser coautor inconsciente en un complot tan indigno y vergonzoso, es deshonar el glorioso escarpelo, es ejercer una cirugía altamente inmoral. Complacer por interés o debilidad a una mujer desgraciada, tonta y malévola, provocándole el aborto es criminal, tan criminal si oculto e injustificado se comete, como útil y benéfico si lo indica u ordena el buen sentido médico; se decide por vómitos incorregibles, por asistolia, brightismo, tuberculosis aguda etc. y se afronta, si el cirujano tiene para ello tamaños, practicando la hysterotomía anterior, replegando la vejiga y desprendiendo digitalmente el huevo; después se raspa, se sutura y canaliza el útero, ritual que se cumple en diez o quince minutos; verificar así un aborto a la luz de la ciencia y de la moral médica enaltece, honra, verificarlo entre sombras y guiado por el do-

lo es delictuoso. Esterilizar a una mujer que cobarde huye de las penalidades físicas y sociales de la maternidad, hacerla infecunda porque teme la prole, sin que causas extrañas lo justifiquen, es delinquir, es cometer un delito. Nuestro Código Penal tiene un vacío en este particular porque no menciona ni marca castigos para el esterilizador convicto; un artículo conducente previsor alejaría la posible falta. La facultad de esterilizar a una mujer existe en la ciencia médica y la sanciona la vindicta social; con ese derecho, sereno el cirujano puede consumir la operación, contando con el ajeno consentimiento cuando resuelve, por ejemplo, practicar la vajino-fijación del útero, por una retro-versio-flexión móvil o adherente del órgano a causa de metrorragias, dolores, peligrosos y repetidos abortos, etc., esta prótesis genital pide el aniquilamiento de la fecundidad, porque como atada queda la matriz ello orilla a los partos distócicos; la esterilización se cumple muy fácilmente resecaando en el curso de la operación principal los segmentos ístmicos de las trompas. Con propósito esterilizante no debe tocarse la matriz, tampoco los ovarios por los desequilibrios y desórdenes orgánicos que su supresión origina; si para atrofiar un útero fibromatoso, o por otras razones se decidiera una ovariectomía, puede hacerse sin abrir la cavidad abdominal exteriorizando las glándulas por sendos canales inguinales; esta técnica que propongo como original mía, me consta ser factible. *Conclusión: sin fundamento o indicación terapéutica clara y bien definida, está al cirujano vedado practicar operaciones que envuelven un crimen o reprueba la moral.*

XII.

OTRAS CIRUGIAS. CONDICIONES GENERALES. EPILOGO.

Los distintos aspectos de la cirugía que he brevemente considerado, pueden verse desde otros puntos de vista y observación, cabría estudiar la cirugía ciega, la simulada, la imposible, etc., no me detendré en su examen y calificación, y concluiré abarcando nuestro científico arte de curar con algunos conceptos generales.

El soldado de sangre y ya fogueado es bravo al combatir, pe-

ro teme y rehuye la guerra porque conoce sus horrores, es temerario, en la lucha, pero la evita porque sabe que es despiadada y cruel; si la decide por altas razones y grandes móviles entonces la emprende brioso con todas sus potencias y energías y le dedica todo su talento y valor; así, como el soldado debe ser y conducirse el cirujano en las empresas quirúrgicas, evitará la sangre, rehuirá el ataque inmotivado, agotará su ingenio y saber antes de empuñar su filosa arma, porque bien debe saber los riesgos, las zozobras y temores que envuelve su peligroso encargo; pero si algo superior lo resuelve a obrar, se alistará condensando todos sus elementos y facultades. Explorando más el simil podría decir que así como mientras más soldado es un militar menos ama la guerra, así también es mejor cirujano el que opera menos. Como nuestro alcance intelectual es finito y nuestros recursos pobres hay que dudar de sí mismos, aun dentro de la suficiencia; como los caminos del campo quirúrgico son inmensos, y dilatados sus confines, no es posible dominar ni a fondo conocer los accidentes para guiarse mejor y tomar la vía que marcan la ciencia y la moral: ante una situación dudosa y grave hay que buscar y escuchar ajenas y doctas opiniones, sean favorables, semejantes o contrarias y no ejercer la alta cirugía sin asesor ni consejero, ni tampoco invadir las operaciones de rigurosa especialidad; apremiar sí hasta empujar a la mesa del sacrificio si se abriga la convicción íntima y el universal asentimiento de que se va a curar o traer un bien real y positivo; pero ante acometidas de porvenir dudoso y contingente problemático e indeciso no lanzar el ultimatum siniestro de ser o no ser; frente a situaciones semejantes lo que el deber, la ciencia y la moral autorizan es plantear la cuestión con claridad y honradez, exponer y pintar el futuro incierto y esperar que el criterio, conveniencia o necesidad del paciente resuelvan y determinen. Nada garantizar, nada protestar, por nada responder respecto del pronóstico quirúrgico, porque la medicina no es la matemática, apenas conocemos fenómenos; pero ignoramos las causas y las leyes; lo que sí se puede afirmar con rotunda seguridad y convicción es que se cumplirá con los principios de la ciencia, con las reglas del arte y nada más, porque el éxito no es súbdito incondicional del hombre. El cirujano, como el médico, tiene la divina potestad de ahorrar el dolor, pues ahorrar-

lo siempre; su mano prodigiosa salva, pues impartir la salvación que es caridad; y en el sanatorio, en el hospital, en el hogar inspirarse al obrar con el inmortal precepto "no hagas a otro lo que no quieras para tí".

He concluido, Señores Académicos, he robado vuestro tiempo porque nada de lo que he escrito ignorais: mi escrito deja la ciencia en el mismo nivel en que la han colocado los predestinados del genio y del talento, no a todos nos es dable ofrecer dádivas o legados inmortales, mi propósito ha sido bien modesto, estampar aquí mi criterio moral, mis convicciones científicas, exponer, como dije al principio, el fruto de lo que he visto y aprendido, de lo que he hecho y pensado; no soy creador, solamente estudio y procuro comprender y penetrar el espíritu práctico y filosófico de las enseñanzas de los mentores y maestros. He llamado al augusto recinto de la Academia, si mi voz desautorizada no se escucha, me retiraré tranquilo y sereno: profeso que no es mengua fracasar en las grandes empresas.

Marzo de 1911.