

El proceder quirúrgico orientado por el pensamiento fisiológico *

Por el Dr. GABRIEL M. MALDA

Invitado hace pocas noches a una velada literaria organizada por uno de mis hermanos para escuchar a un filósofo del Oriente que en estos momentos nos visita, éste eligió como tema de su disertación "El Infinito-Lo Absoluto y Lo Finito". Al terminar aquella conferencia, en lo particular expuse mi sentir, lamentando que no hubiera habido ampliaciones o comentarios que hubieran venido, no a atacar, sino a apoyar los pensamientos esbozados por el conferencista. Nadie como el médico puede apreciar cotidianamente muchos de los problemas que la naturaleza humana exhibe en el capítulo de lo "Incognoscible", y tal vez en el mundo biológico es donde se hace más patente y marcada la página filosófica de la relatividad de todo conocimiento, y donde se pone en relieve con claridad meridiana que la mayor parte de las ideas científicas son símbolos y no nociones reales.

A medida que el mundo va evolucionando, ha tomado más incremento la convicción de que la inteligencia humana es incapaz de un conocimiento absoluto; que la realidad, velada siempre por las apariencias, queda nublada o permanece desconocida. Puede asegurarse que nuestras nociones no son absolutas, que la verdad de hoy viene a ser destronada por la negación del mañana, y que el término absoluto como el término infinito son inconcebibles para el cerebro humano. En el terreno de nuestra profesión como en el terreno de la ciencia en general, la explicación avanzada debe conducirnos a lo inexplicable.

Todos estos pensamientos y consideraciones surgieron en mi mente y hubiera deseado tomar parte a título de comentarista llevando fecundo contingente de ejemplificaciones, de casos vividos, de ejemplos clínicos observados que hubieran sido elocuentes

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 16 de noviembre de 1938.

pruebas objetivas de mucho de lo que se trató aquella noche, revestidas de impresionante realidad como acontece con todo lo que se refiere a problemas biológicos.

Las operaciones mentales que constituyen el razonamiento para edificar un diagnóstico han tomado incremento considerable de materiales constructivos con la brillante adquisición de la radiología, y el caudal de datos que proporciona el laboratorio en sus diferentes fases; pero la investigación fisiológica en su vertiginosa carrera pasa por los horizontes de la ciencia prodigándonos observaciones y nuevas interpretaciones relacionadas con fenómenos cuya explicación envolvía el impenetrable velo del misterio.

Bullían en mi cerebro en aquella velada los recuerdos de un pasado en el que se detenía la explicación de una causalidad, o se estrellaba una hipótesis patogénica ante la imposibilidad de la experimentación. Hoy que nuevos senderos se han abierto en busca de la adquisición de la verdad, día a día con luz meridiana se descubre el mecanismo íntimo, fisiopatológico, que da un pronóstico y marca el tratamiento que debe seguirse.

Con esfuerzo nemotécnico y avivando el pasado, aquel tiempo vivido y casi borrado, en que los recuerdos se van esfumando por el paso de esos implacables que se llaman los años, surge en mi imaginación con cierta claridad uno de los primeros enfermos que se me confió siendo estudiante en el segundo curso de clínica quirúrgica. Un anciano pasando los setenta años revelaba en su actitud y semblante los estragos que el ateroma y la arterio-esclerosis habían producido en las diferentes partes de su cuerpo. Su expresión de dolor conmovía a los que pasando visita con el profesor fijábamos en él nuestra mirada. Estudiado de cerca, temía todo tocamiento en una de sus piernas porque al más ligero contacto aumentaban marcadamente sus dolores. Aquella pierna se veía enjuta, pálida, con placas de esfacela esparcidas en la región anterointerna y dos dedos del pie apoderados por la gangrena. Refería en tiempos anteriores haber sufrido de calambres que se iniciaban al subir una escalera, levantar un cuerpo pesado o correr para alcanzar el escalón de un tranvía. El dolor era tan vivo que lo obligaba a inmovilizar el miembro, o de lo contrario perdía el equilibrio hasta caer. En esa terrible situación se encontraba cuan-

do aparecieron manchas diseminadas que se clasificaron como placas gangrenosas.

Se trataba de una gangrena "senil", fácil de diagnosticar en aquella época; porque el padecimiento de estudio muy antiguo, era bien conocido de los antepasados en el terreno de la medicina. Su nombre mencionado en los labios del pueblo francés; dos de sus reyes, Luis XIV y Luis XVIII, terminaron su poder devorados por la cruel enfermedad. Los diagnósticos exactos en aquellos tiempos, confirmados por las autopsias. Costumbre era cuando un rey moría, practicarle la necropsia; Carlos IX fué el primero cuyo cuerpo se inspeccionó de esta manera. El decano y cirujanos de la Facultad eran los encargados del trabajo, y los procesos verbales de las autopsias figuran en los registros de la Escuela de Medicina de París.

Una carta escrita por Madame de Maintenon al Arzobispo de Rouen, es una historia clínica completa y admirable, referente a la enfermedad de Luis XIV, y la descripción del padecimiento fué escrita veinte días antes de la muerte del gran rey.

En "Las Muertes Misteriosas de la Historia", se encuentra con lujo de pormenores, todo el padecimiento de Luis XVIII, y conmueve el espíritu lo bien que fué llevada la historia clínica del poderoso y lo bien expresados boletines que durante su extrema gravedad en el mes de septiembre de 1824, lanzaban al pueblo los médicos encargados de atenderlo, Portal, Alibert, Montargu, Distel, Dupuytren y Thevenat.

Tan viejo el padecimiento como la misma historia; pero poco se ha progresado en los intentos de detenerlo, de yugarlo, de evitar el espectáculo horripilante de presenciar la muerte del cuerpo en que se vive. La impresión dolorosa que en mis albores juveniles produjo el enfermo a que he hecho referencia, siempre me llevaba a hojear con interés la obra de patología que caía en mis manos, buscando con avidez el tema de las gangrenas siempre con la idea de una novedosa terapéutica. El escepticismo era la dolorosa respuesta.

Impresionante esta terrible enfermedad por el dolor y la muerte parcial de nuestro cuerpo, estimula a buscar el alivio de la parte patética y descubrir los medios de dar vida a tejidos sentenciados

a una muerte futura. ¡Problema arduo, espinoso, y colmado de dificultades!

El dolor, compañero inseparable de la claudicación; de esta claudicación intermitente, magistralmente descrita por Charcot en los miembros inferiores, desde el año de 1856; un síndrome, no una entidad morbosa; expresión clínica de la isquemia de un miembro cuyo sistema arterial se encuentra comprometido, en el que una arteria principal se ha obliterado y ya no suministra la cantidad de sangre necesaria que pide el ejercicio. Observaciones que despertaron nuevos descubrimientos de claudicaciones intermitentes en los miembros superiores, en vísceras como el cerebro y la médula, y claudicaciones gástricas o intestinales, gobernadas por mala circulación en la aorta abdominal. Todo posible y verificable en épocas y tiempos, explicándose con simplista patogenia "la isquemia", y una etiología copiada, locomoción exagerada, esfuerzo, frío, emociones y períodos difíciles de digestión.

Hoy como ayer, hay acuerdo en que el sexo masculino y la edad avanzada representan una etiología predisponente; el estigma terrible lo llevan determinadas razas; judíos de Polonia o Rusia y japoneses pagan el amargo tributo; lo pagan aun los deleitados con el tabaco, consuelo al que recurren en el dolor, y medio de llevar al paroxismo el goce. Excesos de placeres en la buena mesa, conduciendo a perturbaciones discrásicas, la hipercolesterinemia, la hiperglicemia y la azoemia. Todo posible, todo realizable, predisponiendo al estrechamiento u obstrucción del bazo, causa determinante del padecimiento. En algunos casos, que podría calificar de quirúrgicos, es un traumatismo arterial o una ligadura la que da el síndrome; esto es excepcional pero factible. Durante largo tiempo que trabajé en el Hospital Juárez, recuerdo enfermos con machacamiento de los miembros inferiores que, salvados de la amputación, permanecían con fenómenos dolorosos y perturbaciones motoras, que obligaban a expedir un certificado de alta con la característica "impotencia funcional definitiva".

Un proceso de arteritis obliterante progresiva, que llega a obstruir más o menos un vaso, es el mecanismo frecuentemente encontrado; que se haya producido esta arteritis por la sífilis, el ateroma, la diabetes, la trombo-angeitis obliterante, o infecciones de diferente orden, así como intoxicaciones o discrasias y casos

indeterminados, todo puede acontecer. Mr. P. Weil ha lanzado la hipótesis de que las intoxicaciones de origen digestivo podían determinar el síndrome, incluyendo las harinas impuras conteniendo cuernecillo de centeno.

Todo lo anteriormente expuesto, era conocido o vislumbrado desde la época de los Luises, y leyendo al Dr. Cabanes en muchas de sus narraciones, el espíritu queda convencido que nuestros antepasados eran clínicos victoriosos con visión muy adelantada; pero si un paso firme y efectivo se pretende dar en el terreno del progreso terapéutico de la terrible dolencia, debe ser analizando lo que pueda referirse a su patogenia, pues conocer el mecanismo íntimo del fenómeno es desgarrar la nube que da la sombra para ver la estrella que da la luz. En el pasado como en el presente, nadie ha dudado que en una arteria importante es donde se verifica el drama morboso. Las comprobaciones de nuestros predecesores, sencillas, rudimentarias, reducidas a la palpación del vaso y a la percepción de sus latidos, han sido aristocratizadas por el esfignomanómetro, el oscilómetro, confirmando estos instrumentos con la seguridad del número lo que modestamente declaraban los clínicos de la antigüedad.

La inventiva de la investigación avanzada y atrevida, no teme, buscando el convencimiento y la verdad, recurrir a medios peligrosos, expuestos, como la inyección de lipiodol en las arterias, tomando radiografías consecutivas. Ni en el pasado ni en tiempos presentes, se duda o discute que la estenosis u obliteración del vaso es protagonista de los fenómenos. Lo único que siempre se ha preguntado, es: ¿cómo fenómenos permanentes, inmutables, podían engendrar un síndrome intermitente? Charcot, con su genial talento adelantando sus pensamientos en vertiginosa carrera que llega hasta nuestros tiempos, deslumbrándonos por su intuición, marca con seguridad y firmeza proféticas, que en el pensamiento fisiológico está la explicación, y de ella partirían nuevas nociones terapéuticas, que su avanzada vida no pudo ya presenciar.

Con preclaro talento explica que el vaso estrecho da lo que puede; suficiente para la vida del miembro; pero cuando éste pide más en el movimiento o en el esfuerzo, no puede complacerlo; Claudio Bernard lo ha demostrado experimentalmente; un músculo cuando trabaja tiene necesidad para cumplir con ese trabajo

de alimentarse con una cantidad seis veces mayor de sangre que cuando está en reposo; de otra manera viene la contracción clásica, es decir. el calambre, y se enciende el dolor.

Que el factor mecánico existe no se duda; pero sí se conviene que en la mayoría de los problemas clínicos la unidad causal es la excepción y la pluralidad la regla que impera, envolviendo de dificultades las interpretaciones biológicas.

Un factor funcional se asocia y aparece; el espasmo de las arterias, dinamismo poderoso que se demuestra con pruebas positivas y negativas. En el momento de la crisis se ha podido sorprender el enfriamiento del miembro y la disminución de las oscilaciones o aun su desaparición en el aparato, fenómeno que no aparecería si fuera únicamente el obstáculo mecánico el agente causal; que no ha cambiado en lo más mínimo. En los estudios de Babinski está anotado que ha obtenido la suspensión de la crisis por la inmersión del pie en agua caliente, esta inmersión distal no pudiendo influir en el obstáculo altamente colocado, a todo esto se asocia como positivo, el conjunto de maniobras que excitando los vaso-motores, producen el "angio-espasmo" (frotamiento superficial de la piel, masaje, movilización activa).

Como pruebas negativas, se invocan algunas observaciones encontradas en operaciones, autopsias, o con la inyección de lipiodol, que no han revelado obstrucción alguna.

Las hipótesis mecánica y funcional tienen derecho para ser aceptadas, y un capítulo de conciliación de donde nazca una teoría mixta debe establecerse.

El estudio pormenorizado del mecanismo fisio-patológico del fenómeno tiene un doble alcance; 1o., el buscar explicación a la crisis dolorosa, y 2o., el procurar sumar un contingente de datos para comprender la gangrena del miembro afectado.

Refiriéndose al dolor, se esgrime contra el calambre el hecho de que se han sorprendido músculos flácidos durante lo más álgido del ataque, y se duda del espasmo arterial, comentando lo poco fácil de reducir el calibre de un vaso cuando ha perdido su elasticidad.

Un nuevo pensamiento fisio-patológico se ve aparecer, que fija la atención y edifica comentarios hacia la orientación de una terapéutica novedosa.

El mecanismo esencial de la claudicación intermitente es la "anoxia relativa de los músculos". Estos son llamados a ejecutar un trabajo en un momento dado que no pueden, porque el alimento de oxígeno proporcionado por la sangre es deficiente, inadecuado. El gran fisiologista Lewis ha mostrado con la serenidad y seriedad propias de su raza, que un dolor con atributos idénticos al del miembro enfermo, puede despertarse por trabajo muscular exagerado en el miembro normal, siempre que la circulación sea interrumpida. Como pruebas concluyentes sé han presentado pacientes sufriendo de esta dolencia, en los que el principio, el desarrollo y la duración del dolor eran exactamente los mismos en el miembro que padecía, que los provocados por el ejercicio y obstáculo circulatorio en el miembro sano. Más apoyo a la concepción lo dan las investigaciones de Pickering y Mayne en los anémicos ileos de sus arterias, produciendo a voluntad el dolor por el trabajo muscular agobiante. Kissin también exhibe el dolor análogo al calambre, invitando al ejercicio exagerado a una persona sujeta a la anoxia, producida artificialmente por la respiración de aire con proporción baja de oxígeno.

Los experimentos de Lewis han ido muy allá, y sus escrúpulos han llegado hasta descubrir que la causa directa del dolor no es precisamente la falta de oxígeno en sí mismo, sino la excitación de los nervios sensitivos por los productos metabólicos del trabajo muscular, que no son destruidos por la oxidación, y así eliminados, sino aglomerados por falta de oxígeno.

Pruebas y más pruebas podría acumular apoyando estas concepciones fisiopatológicas, tomadas de los estudios de Katz-Lindner, Landt, Kissin y el mismo Lewis; pero repugnándome siempre las copias descaradas en los trabajos científicos sin que exista algo de quien los escribe, por eso no voy más adelante. La naturaleza química del factor dolor se desconoce, pero se busca con ahinco por la grandiosidad que tendría en el orden terapéutico; se le cree ácido y no volátil, fundándose en que el bicarbonato de sosa ingerido, permite exagerar el ejercicio antes de que venga el dolor.

Refiriéndome a la gangrena, cuando es definitiva como acontece en el ateroma, el acuerdo es unánime: la tromboarteritis ha obliterado definitivamente el vaso; pero la discusión nace en el

retroceso de placas de esfacela aparecidas en el curso de arteritis estenosantes. En estos últimos casos ¿la esfacela ha nacido por un espasmo añadido a lesiones ya existentes? ¿Es la consecuencia de traumatismos ligeros pero repetidos, y limitados a un mismo punto mal alimentado, mal nutrido, como lo prueba el hecho de las localizaciones en los sitios donde el pie se apoya? ¿O es el resultado de agentes microbianos enviados por la circulación? Suposiciones e ideas, vagarosas, veleidosas, que pueden vivir y sostenerse; pero que ante una lógica severa, flaquean lastimadas por el escalpelo del razonamiento y la investigación. Aquí también puede caber tomar en consideración el factor "anoxia" para explicar las placas de esfacela, que serán definitivas si de una manera prolongada aquella sangre deja de acarrear el oxígeno necesario para la vida y nutrición de las celdillas; pero que si por causalidad eventual se modifica la química de la sangre, la muerte de los tejidos se detiene.

Reconocer la causa y precisar el mecanismo fisio-patológico de la patogenia, no es un lujo o escrúpulo de investigación, sino como ya lo he dicho en líneas anteriores, tiene el alcance de edificar un pronóstico, y dar a luz una terapéutica patogénica.

El pronóstico de la claudicación intermitente es siempre serio funcionalmente; pero no siempre "quo ad vitam". La etiología decide el porvenir de estos enfermos. En heridas vasculares, por ejemplo, veía en mi servicio de "Juárez", presentarse los síntomas dramáticos y el tiempo iba disipando el cuadro alarmante, restaurándose la circulación por vías de vuelta. El pronóstico favorable en lo general en arteritis sifilíticas que se yugulan ante el tratamiento específico.

En la enfermedad de "Leo Buerger" y en algunas claudicaciones de causa no definida habrá que ser reservado; puede verse el "statuo quo" prolongarse, o la gangrena aparecer sin detenerse.

En estos últimos casos, la etiología es insuficiente para imaginarse el porvenir de estos enfermos, y sólo el análisis escrupuloso de la patogenia decidirá el fallo.

Si se presenta una patogenia indubitavelmente mecánica demostrada por la prueba negativa del baño del pie, la desaparición de las oscilaciones en el instrumento, y el abatimiento del ángulo de suficiencia circulatoria, el pronóstico es malo. El fantasma de

la gangrena se cierne sobre el desventurado enfermo. Cuando la revisión de todos estos experimentos se invierte en una expresión halagadora, llevando el criterio a la idea de perturbaciones vasomotoras, el pronóstico se dulcifica y consuela.

Fundamento indiscutible en el pronóstico, es también la salud general del enfermo. Un centro circulatorio no comprometido, un ateroma, ausente o no avanzado, buena imagen hematológica, son risueñas esperanzas para disipar la meiopraxia de los tejidos.

Pasando al capítulo del "tratamiento", dos son los puntos nebulosos donde se afoca nuestra visión: la etiología y la patogenia.

Desgraciadamente, la búsqueda minuciosa de antecedentes causales no siempre es positiva, y el clínico tiene que conformarse imponiendo una terapéutica dirigida a la patogenia probable del síndrome. La frecuencia de la intoxicación tabáquica hace que se prohíba al paciente fumar si es fumador, y, aunque discutida esta etiología, nadie puede negar que la nicotina tiene acción dinámica sobre el aparato cardiovascular. La sífilis, aunque no ostensible en varios casos, a título de prueba se administra bismuto y mercurio, dando sorpresas agradables. Tal vez factores infecciosos ocultos se dobleguen al mismo tratamiento.

Cuando la imagen de lesiones ateromatosas anuncia ser la causa de los desórdenes que presenciamos, el terapeuta tiembla ante este arduo problema. El ateroma como la vejez están más allá del poder humano; la fuente de Juvencio los investigadores sueñan encontrarla a cada momento; pero se les nubla como visión fantástica en lontananzas de su imaginación.

Las arteritis obliterantes, por lo general, tienen un origen infeccioso o tóxico; pero demostrándose el factor endócrino en algunas de ellas el pensamiento fisiológico vuelve a surgir, y se mece novedoso y atrayente en este orden de ideas.

La suprarrenal es protagonista; por su médula angiotónica, por su corteza rigiendo el metabolismo de los lipoides, principalmente de la colesteroína que se deposita en las paredes de los vasos; la calcemia, modificada también, señala el desequilibrio de las paratiroides, y el pensamiento fisiopatológico orienta la cirugía para dirigirse a ellas, como ha orientado a practicar suprarennectomías o la simpatectomía.

La cirugía en estos casos es invocada; pero en otras circunstancias el mismo pensamiento fisiopatológico defiende a nuestros pacientes de caer desesperados bajo el yugo cortante. Vienen a la defensa la insulina por su acción trófica sobre los endoteliums vasculares, sobre los lipoides en circulación, sobre los depósitos de colessterina. Vienen también fundadas en la fisiología las opoterapias por extractos ováricos, o por inyecciones de sangre de mujer aplicadas al sexo masculino, pensamiento engendrado por el antagonismo entre las secreciones ováricas y la suprarrenal; la hiperepinefría se encuentra en la mayoría de arteritis obliterantes, y crece en cierta inmunización femenina, producida por el ovario. Todas estas terapéuticas aplicadas con más o menos fortuna van dirigidas a arteritis de la juventud, pues cotidianamente las vemos fracasar en ancianos agostados por el dolor y la desesperación, como si la vejez no tuviera derechos para ser consolada. Defendiéndolos de la gangrena y la mutilación subsecuente, van dirigidos todos los métodos curativos que con fundamento fisiológico procuran obrar sobre los vaso-motores, y modificar la fluidez de la sangre por substancias químicas o por procedimientos fisioterápicos.

Desgraciadamente en esta clase de enfermos, acontece lo que con otros muchos; que un poder misterioso, un destino que se opone se enfrenta ante nosotros, nulificando los tratamientos empleados y obligando a pensar en la cirugía.

¿En qué forma el arte quirúrgico puede cooperar a la curación de esta dolencia? Hacia dos puntos puede afocarse el criterio: al dolor o a la mutilación cuando la gangrena aparece.

La simpatectomía periarterial y la supra-renalectomía apoyadas en principios fisiológicos debía cristalizar los anhelos terapéuticos; pero desgraciadamente los resultados no corresponden y las estadísticas son desconsoladoras.

¡Llegar a mutilar un paciente porque él mismo lo pide, en la intensidad de su dolor, y en el paroxismo de su desesperación! En mi opinión ¡nunca hacerlo! Sólo la gangrena justifica tan tremendo sacrificio, y cuando el caso se me ha presentado, he recordado el capítulo "La Convención", en la inmortal obra del "Noventa y Tres" de Víctor Hugo. "La mirada se detiene en presencia de esa cúspide; todo lo que es grande inspira horror sagrado. Toda cima

parece una exageración. Se ve el abismo, no la sublimidad; se ve el monstruo, no el prodigio". En verdad la pena que acompaña a la idea de mutilar, detiene la mano quirúrgica, encadenando, oprimiendo, nulificando los dos atributos que debe tener el verdadero cirujano: "precisión y decisión" —"ni antes ni después"— debe ser todo a tiempo.

El deseo de conservar, el horror que inspiran las intervenciones mutilantes despiertan la inventiva y la terapéutica se enriquece día a día mucho más.

Una modesta cooperación en el tratamiento de este padecimiento me permito aportar en estos sintéticos apuntes.

Era la primavera del presente año cuando visité a un anciano de 70 años de edad a quien su médico había diagnosticado gangrena de la pierna izquierda, y propuesto a un cirujano para decidir el momento oportuno de intervenir quirúrgicamente. Me limito a sintetizar; tratábase de un ateromatoso; la arterio-esclerosis ostensible en vasos, piel y otros tejidos; la expresión de intenso dolor era su semblante; semi incorporado en su cama sostenía con sus dos manos la pierna izquierda sitio de los más crueles dolores, que refería ser continuos exacerbándose con todo movimiento y en el decúbito supino. Estudiado con detenimiento exhibe por parte del aparato circulatorio una aorta dilatada, área precordial algo ensanchada, tensión arterial elevada, y nada de particular al examen físico de los otros aparatos y sistemas. El expediente de laboratorio marca urea aumentada y colessterina elevada en la sangre; las reacciones sifilíticas negativas. El estudio funcional del riñón, negativo en alarmas; orina normal.

La inspección de la pierna hace ver una palidez amarillenta definida, de la rodilla al pie, e interrumpida por placas azuladas esparcidas; los dos primeros dedos del pie estaban ennegrecidos. La palpación percibe la frialdad que recuerda la de la muerte.

Si los dolores subjetivos estaban irradiados del tercio superior hacia el pie, en cambio una anestesia a la exploración se encontraba en la distribución del tibial superficial: fenómeno de la "anestesia dolorosa". El funcionamiento de la rodilla, pie, y articulaciones de los dedos, imposible de verificar, el dolor lo impedía. Latidos no perceptibles a la palpación en la pediosa y en la poplítea; el esfignomanómetro no revelaba presión arterial en toda

la pierna, pero el oscilómetro movía ligeramente su aguja. La prueba del baño de pies era negativa. Los reflejos estaban normales.

La prueba de la fricción con el éter producía rubicundeces en algunas zonas. La reacción hiperhémica de Moskowicz daba rubicundez en todo el miembro, y la investigación de la raya vasomotriz de Cosasesco era halagadora.

Ante la escena clínica que expongo, el porvenir de aquella pierna era comprometido y dudoso. En el terreno de las hipótesis había la inclinación a creer que el proceso seguiría rumbo a la gangrena y por final la amputación.

La clínica y el laboratorio iban a marcar las indicaciones. Quitar el dolor, y dirigirse a disminuir la obliteración del vaso; abatir la urea, la colessterina, etc. La insulina implantada al lado de alimentación apropiada, el citrato de sosa y vaso-dilatadores.

Tres semanas habían pasado cuando la repetición de las pruebas en el laboratorio exhibían abatimiento de urea y colessterina; pero los dolores y el estado físico de la pierna eran los mismos, aún progresando las lesiones en sus sitios.

Presenciando los dolorosos acontecimientos, viene a mi mente el recuerdo del fenómeno fisiopatológico "de la anoxia", y apoyándome en él, inyecto en el tercio superior del muslo, 600 cms. de oxígeno, con un débit de 30 por 10 minutos. Eran las 17 horas en aquella tarde, y el paciente me refiere después que dos horas habían transcurrido cuando comenzó a experimentar una sensación de bienestar y tranquilidad, que en mucho tiempo no había logrado. Verdadera euforia con disminución de dolores, entrando a un sueño tranquilo y reparador.

Estimulado por aquellos resultados, dos días después hago la misma aplicación, y durante dos semanas continúo la terapéutica con el oxígeno. Los dolores habían desaparecido completamente. El estado de sufrimiento con que me recibía en cada visita, se había cambiado en una expresión sonriente y de contento. Pero algo sorprendente para mí; las lesiones de la pierna las veo modificarse; el miembro ya no está tan frío, las vetas azuladas han desaparecido, la anestesia de la piel se disipó; las placas azuladas se han esfumado en algunas partes. Envalentonado con estos resultados, prosigo con el mismo tratamiento, y dos meses después, todo indicio de gangrena había desaparecido. Comienzo a retardar

mis aplicaciones, una vez por semana, y continúo actualmente este programa. Cuatro meses después de mi primera aplicación, vi eliminarse dos pequeñas escaras al nivel de la rodilla, descubriendo una cicatriz rosada. El dedo grueso del pie volvió a la vida, quedando la uña momificada.

En la actualidad, mi enfermo camina y todos los movimientos de su miembro se verifican. El frío es lo único que lo molesta a veces, produciendo cierta dificultad para los movimientos. Todas sus funciones normales y un apetito devorador.

“Una golondrina no hace verano”, proloquio vulgar pero que protesta con calor contra la tendencia, la propensión a generalizar, sed insaciable de razonar dimanada del entusiasmo. Mi inolvidable maestro de lógica el Dr. Porfirio Parra, nos insistía mucho en que el entusiasmo debilita la fábrica intelectual induciéndonos a formular rápidamente conclusiones; el anhelo de una solución pronta y halagadora, expone a ser poco riguroso en la calificación de la prueba, y a aceptar la primera que se presenta, con tal que apoye la conclusión a que el entusiasmo nos arrastra. Lo vemos en la vida práctica a cada momento; porque uno o dos hombres de determinada nacionalidad han cometido errores, aplicamos nuestra mala voluntad a todos los de su raza. Porque usando un medicamento se haya observado la curación de una enfermedad, creemos que ha de curar en todos los casos, y solemos recomendarlo como una panacea. Esta misma tendencia sofisticada nos lleva a generalizar en el tiempo y en el espacio nuestra conciencia presente. Felices hoy, creemos que la felicidad durará siempre. Si poseedores de una fortuna o de un puesto político en determinada época, el sofisma conduce a creer que aquellas comodidades durarán siempre. En fase contraria y agostados por el dolor, creemos que nuestro dolor será eterno.

Los sofismas no consisten únicamente en infracciones a los preceptos lógicos; sus raíces son en algunos casos, más profundas, más hondas, son flaquezas de la naturaleza humana; responsable de ellas la inteligencia y las otras facultades del espíritu. El mismo Bain conviene que el sofisma no sólo es del dominio intelectual, y habla de los sofismas “extra-lógicos”, refiriéndolos a predisposiciones del espíritu humano.

Cuando se razona, por más que se eleve el que discurre a un

plano superior, lo invaden siempre las pasiones que lleva consigo, los afectos, sus propósitos, sus inclinaciones.

Es frecuente referir como ejemplificación a Newton y a Laplace, en el terreno matemático, incólumes, extra-humanos, casi divinos, y por contraste contemplarlos en el oleaje de las pasiones, cuando Newton toma un sillón en la Cámara de los Comunes, y Laplace la cartera del Interior al lado de Bonaparte.

No quiero caer ni en falacias de sensibilidad, ni en sofismas de deseo, lo anticipo y lo expongo; al referir el caso clínico a que he hecho alusión, he procedido de manera desapasionada e imparcial, observando impassible el resultado de mi experimentación. Aplicado el oxígeno, el dolor cesaba, el calor del miembro volvía, la sensibilidad objetiva se revelaba normal. Suprimida la oxigenoterapia, la sintomatología se volvía a encender. Era la aplicación del método de las variaciones concomitantes; podrá en otros enfermos variar el resultado, el fenómeno de la pluralidad de causas con que frecuentemente nos enfrentamos en la clínica humana, explica las no idénticas condiciones. Pero el apoyo fisiopatológico que tomo es novedoso y demostrado, "la anoxia", y si la fisiología no nos miente, mi proceder es legítimo.

El pensamiento fisiopatológico detuvo la mano quirúrgica, marcó otro camino, y obligó al cirujano a enfrentarse con nuevos horizontes. "Renovarse y evolucionar, deben ser los astros que orienten siempre nuestra vida, en la inmensidad del océano biológico".

He procurado ya en mi edad madura apartarme de la influencia sofisticada del hábito o de las asociaciones intelectuales que engendren prejuicios o preocupaciones. Lo que Lombroso llama misonismo o aversión a toda novedad, es la consecuencia del influjo poderoso del hábito sobre el espíritu, y del influjo especial que la misma causa ejerce sobre el entendimiento, estableciendo asociaciones. La edad es activo coeficiente de hábito y la vejez consolida, afirma y enaltece sus antiguos hábitos, volviendo refractario al hombre a todo cambio en el orden intelectual y oponiendo resistencia a cambiar de opinión. Bain expone como ejemplo demostrativo algo referente a nuestra profesión, expresando que, al anunciarse el descubrimiento de la circulación de la sangre, ningún médico de más de 40 años creyó en aquel prodigio.

Empero, debemos contemplar con serenidad lo novedoso siempre que tenga bases sólidas; conocer todo, y no permitir que se estanquen las ideas, los deseos y las voliciones que, asociadas, constituyen la personalidad mental que se llama carácter; de lo contrario, fatalmente el hombre, llega a la inercia, y como lo expresé hace algunos años al vulgarizar el origen de la fiebre amarilla: "Todo lo que se estanca o detiene, simboliza la muerte".

Algunos conceptos en relación con el cáncer *

Por el Dr. ROSENDO AMOR

La extraordinaria complejidad en el o en los problemas del Cáncer, ha dado lugar en todas las épocas, muchas de éstas ya lejanas, a que se elaboren hipótesis y teorías geniales que llevan en ellas toda la fuerza del pensamiento humano y algunas la fecunda semilla de la verdad claramente esbozada muchos años antes de hoy, al hablar de causas internas y condiciones propicias, que la investigación de la ciencia actual se ha encargado de comprobar en muchos de sus aspectos con su admirable disciplina en la investigación, condiciones propicias que nacen, se acumulan y producen sus efectos en el organismo sobre un sitio u órgano fatalmente seleccionado por estar poco defendido o estar tarado por la acción repetida o constante de ataques agudos o subagudos, hasta formarse lesiones crónicas. En donde nacerá tarde o temprano y en el momento más oportuno, el llamado momento constitucional, el primer brote de cáncer propiamente dicho.

Las modernas investigaciones acerca del cáncer consideradas en su aspecto biológico, han venido destruyendo o modificando antiguas hipótesis o teorías y reconsiderando prejuicios o pensamientos casi olvidados, surgiendo nuevas ideas como es lógico suponerlo, posibles verdades dentro de la complicada investigación en la etiogénesis de este terrible padecimiento. En la lucha tan esforzada toma participación la Clínica y el Laboratorio, con todos los recursos poderosos de que dispone ahora, descubriendo numerosos es-

* Leído en la sesión del 30 de noviembre de 1938, como contribución de la Academia a la celebración de la *Semana Internacional contra el Cáncer*.