

Retrospección quirúrgica *

Por el Dr. GABRIEL M. MALDA,
Académico de número.

En la marcha inexorable de la vida es siempre el tiempo quien decide y falla muchos de los acontecimientos adquiridos durante la lucha en el trabajo. En ocasiones el criterio los ratifica; en otros casos los niega, desplomándose el bagaje conocido ante la poderosa fuerza de un argumento.

El médico que ejerce su profesión con deontología afocada al mayor beneficio que puede proporcionar a su paciente, debe meditar la línea de conducta elegida para obtener el fin deseado.

Acontece en determinadas terapéuticas lo que Herbert Spencer dice de la conducta humana en general: "que no es absoluta sino relativamente buena; reconociendo que en la mayor parte de los casos en que no hay manera de obrar absolutamente buena, sino maneras de obrar más o menos malas, es imposible afirmar cuál es la menos mala."

Empero, la cirugía tiene el factor poderoso del tiempo, que nos hace ver nuestros triunfos, como también descubre nuestros errores.

El pensamiento fisiológico está prevaleciendo en las intervenciones quirúrgicas, pero yo no excluyo al lado de él los fundamentos anatómicos indispensables para verificar cualquier operación y el pensamiento estético exigido por nuestros pacientes.

Voy a tratar de una operación vieja, bastante vieja, de la antigüedad de Celso y Pablo de Eginge, pero que el tiempo no ha podido destronar, la ha hecho aún resurgir.

Me refiero a la terapéutica del **varicocele**.

Toda incapacidad, de cualquier género y grado, es causa de desgracia, directa e indirectamente; directamente, por el dolor que resulta de ejercitar una facultad insuficiente; indirectamente, por no cumplir o cumplir imperfectamente ciertas condiciones esenciales al bienestar.

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 3 de noviembre de 1943.

Por el contrario, la capacidad suficiente produce la felicidad inmediata y la prepara para el futuro.

Nuestros ancestros, con clara visión, encontraron en el tumor formado por la dilatación varicosa de las venas del cordón espermiático, una incomodidad, una molestia, una tara física, en otras ocasiones una invalidez, en otros pacientes, que legitimaba una operación.

Aparece la época de Morgagni y J. L. Petit, tiempos en los que se estudia la etiología y síntomas del padecimiento. Viene el final del siglo XVIII, produciendo una reacción y dando lugar a gran reserva en asuntos de cirugía venosa, por los accidentes graves que se veían aparecer, consecutivos a la operación que se seguía como sistema en aquellos tiempos: la resección entre dos ligaduras de las várices del cordón.

Se desecha la incisión con el bisturí, sustituyéndola por el machacamiento, la cauterización, las operaciones subcutáneas; pero ante la impotencia o el peligro de estos métodos quirúrgicos, se llega a la abstención. Esta fué borrada al advenimiento de la antisepsia, que rehabilitó muchas modalidades operatorias.

En los tiempos actuales, en que el servicio militar ha venido a ser obligatorio, en que todos los médicos hemos sido llamados al reconocimiento clínico de los conscriptos, debemos avivar los recuerdos acerca de este padecimiento de clínica y cirugía generales.

Es el momento oportuno, con este motivo, de fabricar estadísticas en nuestro medio acerca de muchos padecimientos que por indolencia o ignorancia pasan inadvertidos en los ciudadanos de nuestro país.

El que tiene un varicocele sólo consulta al médico cuando el tumor se hace de tal manera visible y voluminoso, ya que le alarma, o que le produce molestias y dolores.

Pero el varicocele es más frecuente de lo que se cree y las estadísticas de países extranjeros militan mucho en favor de esta idea.

En Inglaterra e Irlanda los informes de reclutamiento proporcionados por Curling, hablan elocuentemente en favor de su frecuencia; obteniendo una proporción de 23 por mil en los exami-

nados. Cifra que únicamente marca los tumores incompatibles con todo servicio militar activo.

No voy a pormenorizar la patología y clínica del padecimiento que son bien conocidas; recordaré únicamente su frecuente aparición al iniciarse la vida genital, siguiendo paralela sus períodos de brillo y declinación; obteniéndose una frecuencia máxima de los 15 a 25 años de edad, épocas de ingresar al servicio militar.

Se habla de causas congénitas; pero no se especifican ni se demuestran. En mi sentir clínico, todo lo que es indeterminado no lo acepto ni lo admito. Según Perier, es una aplasia, una dilatabilidad de las venas, que él llama falla de la buena calidad del tejido venoso. Palabras y más palabras, que quieren decir mucho y en realidad no prueban nada.

Existen causas secundarias que son más fáciles de admitir, más fecundas para explicar, porque algunas se ven, otras el razonamiento inductivo y deductivo las prueba.

Las dificultades que sufre la circulación venosa del cordón son admisibles en la explicación etiológica del varicocele. Los anatomistas y clínicos están de acuerdo.

El cordón espermático es región rica en vasos, fértil en nervios; comienza en el borde pósterosuperior del testículo y se termina en el orificio profundo del canal inguinal; en este largo trayecto recorre dos regiones importantes, la escrotal y la inguinoabdominal; dos lugares de intervención quirúrgica del varicocele según la técnica elegida.

Esencialmente el cordón está constituido por el canal deferente; elemento considerado como principal; pide ser reconocido primero, en toda intervención quirúrgica; su encuentro orientará al operador para seguir camino seguro y hacer una operación esencialmente anatómica como debe ser la practicada en esta región. El encontrarlo es lo que el proverbio dice: "al enemigo tenerlo de frente."

Todos los elementos del cordón son unidos por un tejido celular flojo y los envuelve una vaina fibrosa que es la túnica fibrosa de las bolsas. Membrana resistente en la porción escrotal, delgada y celulosa en la región inguinal, continuándose ahí con el fascia transversalis.

El cordón deferente se percibe al través de esta vaina por la palpación; la inspección es negativa para encontrarlo, aun la vaina abierta. Su consistencia firme lo descubre; en estados patológicos, en las deferentitis, cambian sus atributos; aumenta de volumen, se vuelve cuerda rígida y desigual; en la tuberculosis, moniliforme, sumamente duro en la blenorragia.

Empero, lo que importa conocer al cirujano cuando opera un varicocele, son las relaciones que afecta este cordón con los grupos vasculares que le rodean y aquellos que va a extirpar.

En su trayecto ascendente este cordón presenta como relaciones hacia adelante, el grupo vascular formado por la arteria espermática y las numerosas venas que la acompañan, unidas a otro elemento que también se encuentra delante de él: un tractus fibroso, resto del canal peritoneo-vaginal ya obliterado.

Hacia atrás del deferente se disponen grupos venosos clasificados como posteriores, que forman compañía a las arterias deferencial y funicular.

Estos diferentes grupos venosos se bautizan con el nombre de las arterias a quienes acompañan. El anterior es el grupo espermático; el posterior el deferencial.

Todas las venas del cordón nacen del testículo, a lo largo del borde interno del epidídimo; el grupo posterior desprendiéndose más bien de la cola del epidídimo y formando ahí en el anciano, un pequeño tumor varicoso que puede confundirse con núcleos tuberculosos por los endurecimientos de peri-flebitis a que da lugar.

Debe hacerse notar que el operador para separar estos grupos de venas lucha con un gran obstáculo, las anastomosis transversas que se envían unos vasos con otros y los mismos grupos venosos. Se trata de plexus, más bien que de venas independientes, peligro inminente de desgarrarlos y producir los temidos hematomas funiculares.

Es de interés recordar la manera como terminan estos grupos venosos, sitio del padecimiento a que hago alusión.

El grupo posterior termina en la vena epigástrica. El anterior, después de recorrer la fosa iliaca interna formando el plexus pampiniforme, pasa a la fosa lumbar, para finalizar reducido

a un solo tronco, a la derecha en la vena cava inferior, a la izquierda en la emulgente correspondiente.

Como lo bosquejaba en líneas anteriores, esta distribución final de las venas espermáticas se ha invocado para explicar la mayor frecuencia del varicocele izquierdo.

Con este boceto anatómico de la región del cordón, delineado en la parte más efectiva para verificar la operación de sus várices, quedan avivados los recuerdos para seguir las diferentes etapas de la técnica operatoria.

Debe precisarse que todo varicocele no connota indudablemente una operación. No es el volumen del tumor lo que obliga a operar. Hay varicoceles muy desarrollados que no producen dolores.

Desde el punto de vista clínico se admiten tres clases de varicocele. 1o. El que se desarrolla de manera rápida y continua: es el tipo agudo. 2o. Aquel que evoluciona progresivamente. 3o. Los varicoceles pequeños pero dolorosos, sea espontáneamente, sea despertado el dolor por el ejercicio, la locomoción, la estación vertical prolongada. La temperatura húmeda y caliente relajando las bolsas, aumenta los dolores. El frío y el reposo retrayendo el escroto, haciéndole desempeñar el papel de un suspensorio, éste levanta los testículos, vacía las várices engurgitadas y hace cesar el dolor.

Los dolores tienen localización inguino-escrotal. A veces irradian a la región lumbar o se propagan al perineo y al pene; se recrudecen en la micción y las erecciones.

Como ya lo he subrayado, no está el volumen del varicocele en relación con los fenómenos dolorosos. He tenido oportunidad en los reclutas que he examinado durante mis guardias, de encontrar varicoceles voluminosos sin que el enfermo haya tenido sospecha de su existencia.

Atribúyense los dolores a la compresión de filamentos nerviosos por el tumor; también se supone una neuritis intersticial consecutiva a la flebectasia de los vasonervorum.

Por regla general es fácil reconocer un varicocele; no obstante, en su iniciación pueden existir dudas e hipótesis. Cuando el tumor ha crecido son conocidas las comparaciones humorísticas y pintorescas que se han propuesto: un montón de lombrices; un

paquete de sanguijuelas; masa de intestinos de alguna ave, etc. Es difícil en estos casos ya avanzados perfilar el cordón deferente por la palpación verificada a través de las bolsas.

En algunos pacientes el diagnóstico no se presenta tan claro. Recuerdo un enfermo estudiado en una de mis clínicas, que dió lugar a discusiones de diagnóstico diferencial.

Este paciente presentaba una tumefacción escrotal izquierda muy dolorosa; había fiebre, un estado general septicémico; ausencia de infartos ganglionares inguino-cruales. Como antecedentes anamnésicos una blenorragia meses antes. El diagnóstico se inclinaba a un flemón escrotal en relación con una orqui-epididimitis. La operación despeja la incógnita.

El proceso supurativo estaba encerrado en la vaina fibrosa; no había propiamente flemón escrotal; la celulosa estaba congestionada. Cuando abrí la eritroidea y la fibrosa, salió el pus; las venas se presentaron marcadamente varicosas y lastimadas por un proceso flebítico agudo.

Si hubiese valorizado bien el dato negativo "ausencia de infartos ganglionares en las regiones inguino-cruales", habría precisado el diagnóstico. Pero en clínica nos sucede lo que en la vida en general, que hay relámpagos que nos deslumbran y no podemos apreciar su claridad. Los linfáticos del cordón que son los del testículo, del epidídimo, y de la hojuela visceral de la vaginal, van a terminar en los ganglios linfáticos lumbares y en el grupo pre-aórtico; justificándose en el caso particular la ausencia de infartos ganglionares en las regiones ya citadas, donde se terminan únicamente los de las envolturas escrotales.

Puede en otras ocasiones dudarse si se trata de una hernia, de un epiplocele principalmente, o de las várices mencionadas; pero las pruebas de Curling son decisivas y despejarán el diagnóstico.

Un varicocele a veces es sintomático de un tumor renal; este dato debe obligar siempre a explorar el riñón e investigar del mismo modo toda compresión abdominal o pélvica.

La terapéutica del varicocele es esencialmente quirúrgica; los años, nuestros grandes consejeros, lo demuestran a cada momento.

Para valorizar la oportunidad operatoria de un varicocele debe tenerse en consideración la rapidez de su crecimiento, el apocamiento físico que desarrolla en determinados oficios o profe-

siones; la perversión mental que puede traer; la intensidad de los dolores y sus irradiaciones; la distrofia testicular, la incapacidad genésica que determina; la coexistencia de lesiones (hernias, tumores del cordón), etc.

Antes de proponer la intervención radical en un varicocele, debe apelarse a recursos higiénicos y al consejo de usar un suspensorio permanentemente que favorece la circulación y mantiene las várices vacías, aproximándolas al anillo inguinal exterior.

La justificación de intervenir es exacta cuando los dolores, las condiciones psíquicas o lo voluminoso del tumor piden, exigen, la operación.

De tiempos muy atrás se han propuesto tres tipos de operaciones que no han desaparecido de los libros de técnica quirúrgica.

1o.—La resección escrotal; operación inspirada en el hecho del alivio proporcionado por la aplicación de un suspensorio. Substituir lo artificial con lo natural, reduciendo el escroto para así suspender el testículo, el epidídimo, y el paquete varicoso. Las técnicas para resecar varían principalmente por la simpatía que cada autor tiene a determinado procedimiento, según los éxitos por él logrados. Unos operadores usan los cortes a la Marion, resecando en el sentido vertical para copiar en la sutura final el rafé medio que exhibe la anatomía de las bolsas.

Otros resecan transversalmente. El uso de un largo clamp ligeramente curvo, que marque la parte de escroto que se va a resecar, lo siguen unos operadores. Otros practican la resección prescindiendo de la pinza y haciendo suturas en U que van en línea curva, colocadas atrás de la futura línea de sección.

Nimier aún ha propuesto un procedimiento que designa como ligadura sub-cutánea, en bolsa, del escroto, que no es sangrante y que produce el mismo efecto que la resección escrotal.

Empero, cualquiera que sea el camino seguido para resecar, se trata de una extirpación amplia de las bolsas, que deja como secuela una herida siempre sangrante por el gran número de vasos arteriales y venosos que la nutren.

Es difícil en este corte verificar una hemostasis perfecta, porque los vasos están muy unidos a la cara profunda de la dermis y al aplicar la pinza de forcipresura se toma también esa capa formando pliegues impropios para las suturas posteriores.

No pueden usarse la compresión o el taponamiento por falta de un plano resistente que los vuelva efectivos.

A mayor abundamiento, cuando se usa el clamp de resección, acontece hecho semejante al uso del tubo compresor de Esmarch aplicado a un miembro para verificar una amputación; sobreviene la parálisis vasomotora, muy engañosa, que exhibe un campo exangüe, para después producirse hemorragias profusas que dan lugar a los grandes hematomas infiltrantes de las bolsas con rumbo al pene y al perineo.

2o. Otro tipo de operación es la de Parona, consistente en la suspensión de las várices dilatadas por la vaginal invertida o por los haces de cremáster.

Permitaseme objetar que el pensamiento que afoca esta técnica es más bien teórico que práctico; la vaginal puede ser un buen medio de suspensión, pero el cremáster es un músculo cuyo desarrollo varía individualmente. En algunos operados o cadáveres lo he encontrado visible y desarrollado; en otros casos es imposible percibirlo porque intrinca sus haces con los de la túnica fibrosa. El haz púbico o el haz ilíaco pueden ser raquíuticos o casi no existir, y cuando se lleva ya forjado un programa operatorio, tiene que cambiarse porque las exigencias anatómicas así lo obligan.

Se me han presentado casos en los que la función existía viva, demostrativa, es decir el reflejo cremasteriano se presentaba, y al llegar a la operación encontrar sólo una túnica eritroidea rudimentaria, miserable.

Estas razones militan para no confiar en esta técnica ni pretender seguirla.

3o. El último de los procedimientos, quizá el más antiguo, es en los tiempos actuales el más usado en las clínicas del vecino país del Norte. "Los últimos serán los primeros", dice el viejo refrán. Un maestro de literatura, el Lic. José María Vigil, nos decía que los refranes eran la verdadera filosofía del pueblo, porque ellos traducían proposiciones universales, sea afirmativas, sea negativas. Aquí se confirman sus ideas; me refiero a la resección de las venas varicosas que hoy está de uso.

Esta operación puede practicarse siguiendo dos técnicas que aunque parecidas porque llevan el mismo pensamiento, sin embargo difieren en algunos detalles.

En una manera de proceder, la incisión de la piel comienza en la raíz de la bolsa, ascendiendo hacia la región inguino-abdominal, siguiendo trayecto paralelo al arco de Falopio, para dirigirse dos dedos encima de él a terminar en su parte media. Puede clasificarse esta incisión como una de las empleadas para operar la hernia inguinal. Este corte interesa piel, tejido celular, y ataca la pared anterior del canal inguinal.

Cuando esta incisión se ha practicado, el cordón surge envuelto de su eritroidea y fibrosa, arrastrando al testículo hacia la herida.

Fijado el cordón con la mano izquierda del cirujano, se procede a abrir su vaina en la parte superior; a este nivel corresponde ya al canal inguinal y allí se encontrarán troncos, no plexus venosos, lo que facilitará su hallazgo y su disección.

Como en esta región inguinal se van simplificando las venas, será más expedito el descubrir la arteria espermática y el canal deferente.

Se elige una gruesa vena, se liga y secciona abajo de la ligadura, disecándola hasta el lugar elegido para verificar la resección, donde nuevo hilo es colocado.

Se procede así con todos los troncos venosos hasta obtener los deseos del cirujano. Sólo quedan por hacer la hemostasis, la reconstrucción del canal inguinal y la sutura de la herida.

El comentario que se desprende de esta operación es favorable en lo que atañe a que atacando el cordón en su porción más alta no se necesitan delicados detalles anatómicos para encontrar el deferente y salvar la espermática; afrontando las venas en sus troncos se evita desgarrar plexus venosos que dan lugar a hematomas funiculares.

Empero, la incisión alta que requiere esta técnica deja cicatriz visible que no es agradable para el enfermo; además, como el corte ataca el canal inguinal, se debilita la pared del abdomen predisponiéndose a las hernias por esfuerzo.

Sin embargo, esta técnica la siguen en Francia Marion y sus discípulos, recomendándola y prodigándole alabanzas.

La misma resección del paquete varicoso puede llevarse a cabo por otra incisión aplicada únicamente a la pared escrotal.

Después de dividir escroto y dartos, se aborda el fascia de Cowper, separándolo por disección roma a la Doyen, y teniendo particular cuidado de ligar los pequeñísimos vasos que lo pululan, origen de grandes hematomas escrotales.

Es cierto que siguiendo esta vía se ataca al cordón en plenas várices; pero con anatomía disciplinada se dirige el operador a descubrir el enemigo más poderoso que allí tiene y que debe poner fuera de combate como tiempo primordial; me refiero al canal deferente, reconocible por la palpación. Cuando este canal ha sido distinguido sirve de base y de referencia para clasificar grupos venosos y orientarse en la disección, evitándose así desgarrar venas y trabajar sin orden.

Aislados los paquetes varicosos se ponen dobles ligaduras en sus extremidades proximal y distal, antes de seccionarlos y extirparlos.

Se pasa en seguida a otro tiempo también importante, la abertura de la vaginal y su eversión; como si se tratase de la cura radical del hidrocele.

Con esta maniobra en el tratamiento del varicocele se evita el hidrocele, que con relativa frecuencia aparece después de la operación. Evertida, o invertida la vaginal (como también se le llama), se practica una sutura en bolsa para fijarla alrededor del cordón.

En el campo operatorio se han dejado dos cabos venosos doblemente ligados: uno superior y otro inferior. El cirujano los toma delicadamente, los yuxtapone y los une por dos o tres puntos de sutura, levantando y fijando con esta maniobra el testículo.

Sutura de los labios de la fibrosa-eritroidea, de las partes superficiales de las bolsas y la operación está terminada.

Es a esta última intervención quirúrgica que acabo de describir, a la que están afocadas mis memorias, mi retrospectiva quirúrgica, título de mi trabajo. Puedo asegurar, hojeando las páginas de mi memoria juvenil, que fué de las primeras operaciones que vi practicar en el Hospital Militar de Instrucción cuando fuí filiado como alumno en ese plantel.

Un mayor médico cirujano bastante distinguido en aquella

época, el Dr. Casimiro Preciado, fué de los primeros en practicar esta técnica. El inició la modificación de invertir la vaginal y no limitarse a resecar el paquete venoso, sino también a yuxtaponerlo y suturarlo.

Aunque cirujano modesto el Dr. Preciado, fué de los primeros que se perfiló en aquellos tiempos dando autonomía a la especialidad de las vías génito-urinarias.

El no simpatizaba con la resección del escroto, por lo engañosa que es para la hemorragia post-operatoria. Los malos ratos que le había proporcionado, le hicieron abandonarla y sustituirla por la técnica que he descrito con la visión de sus modificaciones.

Pero cuando vi practicar al Dr. Young en el Hospital John Hopkins de Baltimore esta operación, recomendarla y ensalzar la yuxtaposición de los muñones, pude manifestarle que hacía más de 40 años que en México ya se practicaba esta técnica, causándole verdadera sorpresa. El mismo hecho se me repitió en mi reciente paso por la Clínica Mayo, donde de manera sistemática practican la resección de los plexus pampiniformes del cordón espermático en los estados varicosos. El libro que les sirve de ayuda de memoria a los ayudantes y enfermeras de aquellos hospitales para preparar las operaciones, sólo refiere esta técnica.

Pena causa que muchos de nuestros trabajos nacionales no sean conocidos en el extranjero por no haberse escrito, o también como sucede a menudo por no ser leídos en nuestro idioma.

La operación de la escisión de los plexus pampiniformes es vieja en nuestro medio, y mucho les pertenece de ella a nuestros maestros y amigos. El inolvidable profesor de operaciones de nuestra Facultad, el Doctor Ramón Icaza, nos hablaba de ella en cátedra con entusiasmo y seguridad. Los mayores médicos cirujanos del Cuerpo Médico Militar, Francisco Arellano y Federico Abrego, la practicaban en aquellos tiempos por el ejemplo que tenían en los éxitos de Casimiro Preciado.

La juventud es de por sí impresionable para todo aquello que significa sobresalir o realzar en actos de virilidad o quijotismo. Un episodio culminante en aquellos tiempos, del México viejo, cuya memoria e impresión perduró por muchos años, hizo que se nos

grabara más esta operación del varicocele, con la última técnica mencionada.

El Dr. Ramón Galán, médico militar también, quien daba anestesia en el Hospital en las operaciones difíciles o delicadas, nos platicaba a Francisco Mimiaga y a mí, que éramos alumnos del plantel en aquellos tiempos, la narración que voy a referir, y que hace resaltar las virtudes de la técnica ya especificada.

Decía el Doctor Ramón Galán lo siguiente: "Era el principio de una tarde del mes de agosto del año de 1894; el Dr. Casimiro Preciado operaba un varicocele en su consultorio, ayudado por un practicante, y yo daba el cloroformo. Acaba de resecar el paquete varicoso, cuando llaman con precipitación en la vidriera que comunicaba con su sala de espera. El enfermero acudió al llamado, anunciándole al doctor que había una persona que le urgía hablarle. La respuesta se comprende, no podía abandonar la operación. Viene la insistencia, y el nombre de quien deseaba comunicarse con él. Aproxímase el cirujano con las manos ensangrentadas hacia la puerta entreabierta. Era el Lic. Ramón Prieta, prominente personalidad en aquellos tiempos, que traía una orden del General Sóstenes Rocha para que sin dilación lo condujera a Preciado al lugar donde se iba a verificar un duelo.

"Se veía obligado el cirujano a que el practicante terminara la operación. Una orden del superior en la Ordenanza Militar, no admite excusa o pretexto.

"El Dr. Preciado confiaba en el éxito, apoyado en la sencillez y nobleza del método, que no da lugar a esas minuciosidades para hacer la hemostasis, como sucede en las resecciones escrotales.

"El Dr. Preciado tomó su maleta de cirugía de urgencia, despidiéndose de nosotros y haciendo sus últimas recomendaciones al practicante para finalizar la operación.

"Yo no podía distraerme de la anestesia para vigilar la técnica—decía el Dr. Galán—, y mis dudas se dirigían siempre a la marcha del período post-operatorio.

"La operación se terminó con felicidad; las horas pasaban y la noche apareció, enviándose el operado a su domicilio para cerrar el consultorio.

"Al día siguiente, en las primeras horas de la mañana, cuando

la prensa comenzó a difundirse por la ciudad, México se conmovía al saber la tragedia que había acontecido la víspera. El Coronel y Diputado Francisco Romero había matado en un duelo, verificado atrás del Panteón Español, al señor José Verástegui, administrador del Timbre en la época del General Porfirio Díaz.

“El duelo fué a pistola y en guardia alta, el proyectil, había entrado abajo de la axila derecha atravesando el pulmón y perforando la arteria pulmonar.

“Verástegui, hombre corpulento, y aún en la guardia, inclinó la cabeza, expulsó sangre por la boca y el cuerpo se desplomó, siendo recibido por los padrinos de ambos contrincantes: Coronel Lauro Carrillo, José Barreto, Lic. Apolinar Castillo, Ramón Prida y Gral. Sóstenes Rocha, que era el juez de campo. Al dirigirse el Dr. Preciado al herido y desgarrar sus ropas con extrema rapidez, ya estaba muerto!”

Esta trágica narración nos la hacía el Dr. Galán, a su vez referida a él por su amigo y compañero el Dr. Casimiro Preciado.

Todo esto siempre quedó grabado en nuestra mente, como sucede cuando la memoria es juvenil y fresca y los acontecimientos son emocionantes; parece que se estereotipan y nunca se olvidan.

Esta época a que me refiero era la época del México que se fué; hoy se piensa de otra manera; se obra de modo distinto. El tiempo acabó con costumbres que parecían inexorables por su fuerte arraigo; se creían incommovibles, y han desaparecido! Así como las costumbres han cambiado, la fisonomía señorial de la ciudad se va modificando. Muchas de las reliquias tradicionales se van entre escombros. Distinto es el México actual del que vieron con amor los ojos de nuestros antepasados! Uno de nuestros maestros de la Facultad, el profesor Maximiliano Galán, nos repetía en sus cátedras: “¡las ideas y las costumbres pasan, pero los hechos quedan!”

Como epílogo quirúrgico quiero manifestar que la operación del varicocele en aquellos tiempos causaba temor y zozobra, por la aplicación de la anestesia general que requería su técnica. El cloroformo era la droga que imperaba.

Al tomar el testículo y estirar los plexos espermáticos se produjo en varios casos el síncope respiratorio o cardíaco que trajo la muerte.

Este temor hizo que el Dr. Fernando López, Director del Hospital Militar en los tiempos a que hago alusión, comenzara a ensayar la anestesia local por las soluciones de cocaína. Sus éxitos fueron brillantes. Yo, en lo particular, uso para la operación del varicocele la anestesia local con novocaína combinada a la troncular con la misma sustancia.

Localizo la cara interna de la tuberosidad isquiática; a algunos milímetros hacia adentro introduzco mi aguja al tejido celular del perineo para inyectar 20 a 25 c.c. de solución al $\frac{1}{2}\%$. Me dirijo en seguida a localizar el anillo inguinal exterior; con una aguja larga a él penetro aproximadamente 4 cmts. de profundidad, inyectando también solución de novocaína pero al 2%.

La primera inyección va a producir la sección fisiológica de la rama perineal superficial del pudendo interno, que da sensibilidad a la piel de la parte posterior del perineo y del escroto. La segunda inyección va a producir la anestesia de los nervios abdominogenitales grande y pequeño, lo mismo que del génito-crural, todos los cuales van al cordón, testículo y bolsas. En seguida agrego una línea de anestesia local en el lugar futuro de mi incisión; con esta técnica la insensibilidad es perfecta.

Como final de esta retrospectiva quirúrgica, insisto en ratificar que tres móviles me impulsaron a elegir el varicocele como tema: 1o. Con el deseo de recordar los conocimientos sabidos sobre su clínica, para aplicarlos en el estudio de exploración que efectuamos en los conscriptos. 2o. El deseo también, que lo que nos pertenece en ciencia y arte se dé a conocer, se divulgue y propale en el extranjero. 3o. El que estos bosquejos clínicos sean pretexto para enunciar nombres que el tiempo ha cubierto con la lápida del olvido; que los cirujanos que he mentado en mi exposición, pasen lista de presentes!

Es imposible juzgar a un compañero en la vida como puede juzgarse a un personaje muerto. Sucede con los hombres lo que con los paisajes; la lejanía puede hacerlos resaltar, pero los desnaturaliza, porque la distancia atenúa sus contornos, vela sus rugosidades y los ahoga por la luz.

En estos tiempos de lucha, de ambición por el dinero, de egoísmo y dominación por el hierro, nunca debemos de olvidar a los desaparecidos! En cada uno de nosotros se agitan vidas pasadas;

todos recibimos y obedecemos inspiraciones que vienen de muy hondo, de muy lejos, de un más allá... Imitemos a aquellos distinguidos varones que antes de conquistar nuestras inteligencias, se ganaban nuestros corazones! El tiempo, que es siempre clemente, convierte el recuerdo en esperanza y el dolor en resignación. Lo único que nos queda a los que conocimos a aquellos médicos y vivimos a su lado, es tributarles inmarcesibles lauros de gratitud y cariño.