

El perfil cambiante del cirujano en México en los últimos 30 años

VICENTE GUARNER*

Hace 30 o quizá 40 años floreció en México un espléndido movimiento histórico filósofo que vino a representar una manera propia y legítima de pensar y que encaminó el conocimiento del valor de México en el contexto de la cultura universal. Esta corriente en el pensar se enfrentó, por vez primera, a la realidad Mexicana, sin timidez, sin ocultamientos y sin complejo de hipereestimación. Se admite que fué el eternamente llorado Samuel Ramos quien iniciara este juicio analítico filosófico que más tarde continuarían Alfonso Reyes, Antonio Caso, Octavio Paz, José Gaos, Edmundo O'Gorman, Leopoldo Zea y el llamado grupo Hiperión. German Somolinos intentó aplicarlo al campo de la medicina en un bello y feliz ensayo intitulado *Lo Mexicano en la Medicina*. La cirugía no ha disfrutado hasta ahora de un análisis semejante.

En *El perfil del hombre y la cultura en México*, el filósofo Samuel Ramos decía en 1934: "La finalidad última de toda actividad espiritual no es la obra de cultura en sí, sino el desarrollo de la personalidad humana".

El tema de esta mis reflexiones, que hoy expongo en torno al destino de la cirugía en México en estos tres últimos decenios, me ha llevado a meditar acerca de las potencialidades de los que han practicado y practicamos esta disciplina, toda vez que es en el hombre donde radica siempre el principio y el fin de todo saber y de toda cultura. Cultura o conocimiento, apuntó Max Scheler, no es en última instancia "una educación para algo, ni se da solo en provecho de tal o cual adiestramiento, sino que todo aprendizaje existe siempre en beneficio de lo que el hombre quiera o desea ser".

Este ensayo constituye un breve perfil, tan solo trazado a lápiz, del cirujano en México. No pretende, de ninguna forma, ser un fotograbado, éstos suelen ser detallistas y por lo mismo tediosos y cuanto más fotográficos son, más pierden nitidez con el correr de los años.

Desde luego, un bosquejo podrá guardar un parecido más o menos fiel de acuerdo con la visión de aquel que contempla el modelo y de mano que ejecuta los trazos, pero, con algo de generosidad podrá considerársele como un juicio conceptual y crítico que opina con el conocimiento que dispensa el haber sido testigo acucioso de la perspectiva misma de su existencia y con la propiedad que, desde luego, otorga el haber resultado, al mismo tiempo, beneficiado con su fenómeno evolutivo.

Perfil es un vocablo que quiere decir muchas cosas. Su primera acepción viene del latín *filum* o hilo y es por ello que en su conotación original se aplicaba al dobladillo de un vestido, para más tarde referirlo al contorno de un objeto, imagen de la que derivarían los verbos dobladillar o perfilar y a seguimiento tantos otros de cotidiano empleo como: enfilear y desfilar. Pero también hay que advertir -y presumo que en ello debe haber residido la razón por lo cual la coordinación de estas jornadas tuvo la deferencia de haberme solicitado el tema- que como perfil se señalan, en el sentido filosófico literario, los rasgos que le dan carácter a una obra del espíritu. De esta forma hablamos de una doctrina de perfiles definidos en oposición a aquella de perfiles desdibujados. En pintura se dice: Corromper los perfiles, cuando el aprendiz deja de ajustarse el contorno trazado por el maestro. La cirugía posee rasgos definidos y el discípulo debe avenirse siempre y desde el principio sin corromperlo, al perfil delineado por el maestro hasta que, llegado el momento, aquel comienza a trazar su propio perfil, mecanismo que se repite de progeñe en progeñe y cuya observancia permite cono-

*Académico numerario.

cer, además, las variaciones en los rasgos de una a otra generación dentro de un proceso evolutivo que ha sido siempre, hasta ahora, un paso que va, de lo de menos valor a lo de más valor.

La cirugía contemporánea constituye asimismo uno de los logros alcanzados por los sueños de la razón. La imaginación del hombre cuando es abandonada por la razón, crea monstruos, como en el famoso aguafuerte de Goya. La razón unida a la imaginación ha dado vida a la cirugía de esta segunda mitad de siglo que constituye un sistema prolífico en conocimientos multidisciplinarios con plenitud de procedimientos técnicos y lleno, a la vez, de reglas de conducta. Podríamos decir que es y cada día lo será aún más, la culminación de múltiples disciplinas y, al mismo tiempo, de elaborados métodos técnicos que requieren para su realización, tanto de un arduo aprendizaje, como del desarrollo de disposiciones manuales muy particulares.

Aquí podría uno preguntarse el porqué de esta caprichosa selección de los últimos 30 años en el análisis del perfil del cirujano en México. Quizá la razón fundamental haya residido en que precisamente he vivido durante los mismos en contacto directo con la evolución de la cirugía y me he interesado por su proceso histórico; primero en su carácter universal y después en el nacional. Quizá, además porque como apunta Ortega, treinta años no es una cifra cualquiera, sino que significa la unidad efectiva que articula el tiempo histórico y lo constituye, y treinta años es una etapa decisiva en la vida humana. Asimismo, porque el correr de estos últimos tres decenios ha hecho que nos encontremos en una etapa fascinante en la evolución de la cirugía, la que incluso no escapa a la vista de los mismos profanos.

Cuando nos referimos a la medicina como el arte de curar, pensamos, tácitamente, en la cirugía y consideramos al cirujano como el mayor artesano entre todos los que ejercen la profesión médica, si bien, más que artesano resultaría más apropiado agregarle, casi siempre, el epítome de artífice, porque en tanto el primero ejecuta un acto en forma mecánica, el segundo viene a ser el autor o el crador de cierta obra y el arte por definición es la manera como se hace o como debe de hacerse determinada cosa. En todo acto quirúrgico interviene siempre la expresividad o el sello de aquel que lo lleva a la práctica. Esto en la jerga común se refiere con admiración: ¿has visto a fulano, como trabaja las hipospadias? En cirugía resulta fundamental el dominio del procedimiento, pero cada ejecutante le imprime su propio modo, su estilo característico, su forma de interpretación, circunstancia que confiere el acto operatorio un aspecto totalmente distinto cuando es realizado por uno u otro cirujano.

Muchas veces me he puesto a reflexionar acerca de lo curioso de este oficio nuestro, envuelto en esa solemnidad casi mística del quirófano de nuestros días, que hace que estemos ataviados en forma extraña y que casi, como en el misticismo filosófico, explora la profundidad al mismo tiempo que calla y especula con los hechos. No cabe duda que las vocaciones constituyen algo misterioso. En mis indagaciones por conocer la opinión de psicoanalistas que han tenido ocasión de examinar en algunos esta inclinación por la práctica de esta rama de la medicina, apuntan éstos, que existe, casi in-

variabilmente, un común denominador de agresividad en las personalidades analizadas, la que en ocasiones llega inclusive a tener, disimuladamente, visos sádicos, pero que encubre, asimismo, un cierto componente masoquista, dentro de un marco general de personalidades que en su favor son, las más, fuertemente perfeccionistas. Freud señaló que en el ser humano el instinto agresor, al moderarse y ser domado y encauzado hacia un objetivo determinado, tiende a proporcionar el yo. La satisfacción de sus necesidades vitales y de este poder sobre la naturaleza, derivan, sin duda, fuertes personalidades egocentristas.

En otras palabras, el hombre se libera y realiza sus aspiraciones porque la energía se emplea en superar la naturaleza y la obra realizada se sublima. Pero también en el acto quirúrgico suele haber un componente de angustia que es percibido claramente, cuando el que opera, grita y a veces hasta vocifera en la sala de operaciones. Esto fué muy común en el México de los años 40 y 50 y representaba muy posiblemente, un exponente de la herencia de las viejas escuelas europeas de cirugía. Yo recuerdo un cirujano de una institución privada de México que pasaba toda la intervención lanzando improperios a sus ayudantes. Hace unos días entré en la sala de operaciones vecina a la donde yo trabajaba y observé que, 30 años después, uno de los ayudantes de entonces operaba lanzando a sus asistentes los mismos improperios que él recibiera de su maestro: como si el tiempo nada hubiese cambiado.

Hacia los años 50 en que inicié mi formación quirúrgica, el cirujano general en México conservaba todavía una gran influencia francesa. En cirugía, como en anatomía predominaban los libros de texto de esa procedencia. Los prosectoros de Paris, el Forge, el Duplay, el Marion, el Farabeuf, el Pauchet; muy pocos recomendaban el Kirschener, que era alemán, en tanto algunos comenzaban a leer la Práctica Quirúrgica de la Clínica Lahy, cuya primera edición acababa de aparecer en 1950 y lo más "avant garde" estaban suscritos a las Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. En el Hospital General de la Ciudad de México había, en aquel entonces, dos clases de cirujanos: los generales y los especialistas. Los cirujanos generales operaban en el anfiteatro central construido en forma de hemiciclo en cuya parte rectangular se disponían las mesas de operaciones en número de cuatro, en formación paralela, mientras en la parte circular se encontraban las bancas destinadas a los observadores.

En ese entonces, la única separación entre los espectadores y los cirujanos era, exclusivamente, una pequeña barda y en aquellas bancas, sentados, en ropa de calle, permanecíamos mañanas enteras admirando a nuestros maestros a solo dos o tres metros de distancia.

La anestesia se llevaba a efecto, las más de las veces, con raquia, procedimiento que iniciara en Oaxaca en 1900 el Dr. Ramón Pardo y que después difundirían Darío Fernández y Gustavo Baz. Era la época en que el tiempo operatorio constituía, todavía, parte esencial de la intervención, porque de otra manera se pasaba el efecto anestésico. También era el propio cirujano quién supervisaba la anestesia mirando de vez en cuando de soslayo la cara del paciente por encima del arco de la mesa de operaciones. El enfermo llegaba al anfiteatro proveniente del nabellón en una camilla empu-

jada por un mozo y recorría los jardines del hospital, primero para ser intervenido y una vez finalizada la operación, para regresarlo de inmediato a su cama, después de un nuevo paseo bucólico por los jardines. Esto mismo debe de haber acontecido en aquel entonces en los hospitales parisinos, El Hotel Dieu, el Hospital de San Louis o el Cochin, que guardaban una estructura semejante a la del Hospital General, construido por el arquitecto Roberto Gayol hacia 1905, en pleno Porfiriato, después de haber encontrado inspiración en el Hospital Virchow de Berlín y en el Hospital General de Hamburgo, así como en otros Hospitales Europeos. El cirujano, por su parte, también recorría los jardines del hospital para dirigirse desde su pabellón al anfiteatro, con su uniforme blanco con el que entraba a la sala de operaciones y su traslado lo hacía casi siempre acompañado del resto del equipo quirúrgico, aunque el maestro solía distinguirse de los demás porque iba enfundado en una bata de lana para protegerse de los cambios de temperatura, lo que a la vista de todos le confería a la escena un cierto carácter de estampa hogareña.

Durante varios meses permanecí en un pabellón de cirugía general con maestro por quién sentí profunda admiración por su prontas decisiones y su gran habilidad quirúrgica a las que sumaba una fuerte personalidad. La selección de los casos la efectuaba el día anterior con la frase: ¿Que tenemos para mañana?. Uno de los médicos adscritos le enumeraba los diagnósticos y acto seguido pasaba a la distribución de las operaciones, más o menos como sigue: "Yo me echo el estómago" "Usted, Roberto, la histerectomía", y: ¿Cree Usted que zutano y mengano puedan entrarle a la eventración?. No recuerdo haberle visto, casi nunca, revisar los casos que iban a intervenir. Se confiaba en los diagnósticos establecidos por sus colaboradores y si acaso, veía las placas radiográficas.

Era como la mayor parte de los de su época, un cirujano general completo, que con extraordinaria destreza hacía frente a todos los problemas que se le planteaban, desde un conducto arterioso hasta una desarticulación de cadera. Fue aquella una época en que la mayoría poseían, porque lo anhelaban y porque en ello se cifraba fundamentalmente la evolución postoperatoria, una técnica quirúrgica depurada, ligada, estrechamente, a un buen conocimiento anatómico.

El cirujano solía ser anatomista por antonomasia, y el profesor de anatomía, lo mismo que el profesor de disección eran, con frecuencia, cirujanos, Don Fernando Quiróz Gutiérrez fué, y no hay que olvidarlo, un excelente urólogo y durante mi época de interino en el Hospital General tuve el honor y la oportunidad de ayudarlo a operar enfermos del pabellón 4. La habilidad ha sido una cualidad casi proverbial en los cirujanos de México. Bastaría con recordar que los conquistadores preferían como lo relata Gomara, Herrera o el mismo Bernal Díaz, curarse las heridas a manos de los indios, que de los médicos españoles. Los primeros habían adquirido gran experiencia con las lesiones producidas por esa suerte de arma blanca que llamaban mecahuítl, erizada de hojas de obsidiana dispuestas en forma de dientes de sierra. Los cirujanos aztecas estaban acostumbrados a suturar las heridas con cabellos (Tzontli) o con pelo de animal y disponían también para ello de

fibras vegetales. Las suturas se hacían mediante puntos como puede inferirse de las figuras donde aparece Xipe-totec o como lo describe en sus espléndidas figuras el admirable y prodigioso Sahagún.

En todo lo que va del siglo, México ha tenido grandes figuras en la Cirugía General; Darío Fernández en el Hospital General, Gustavo Baz en el Juárez, Julián Villareal, González Méndez, García Noriega, Mariano Vázquez, Clemente Robles y muchos que sería largo citar. Pero me he preguntado varias veces, como también les he preguntado a otros cirujanos que han vivido la misma época: ¿Hubo en México escuelas de cirugía general? Algunos de los grandes dejaron uno o dos discípulos cuando más, pero lo que se llama una escuela en la que un grupo continúe las ideas del maestro, su forma de trabajar, sus rasgos particulares, su interés por un campo determinado. Ello no aconteció en cirugía general, aunque sí se observó, en forma definida, en la cirugía especializada como Urología, Gastroenterología, Neurocirugía, Cirugía, pulmonar, Ginecología, Cirugía reconstructiva y en muchas ocasiones hasta se ha llegado a advertir el desarrollo de varias escuelas dentro de una misma especialidad.

La Educación Quirúrgica

La educación quirúrgica hacia los años cincuenta en el Hospital General de la Ciudad de México era continuación de la iniciada por el maestro Aquilino Villanueva en 1942, donde los médicos residentes vivían uno o dos años en el Hospital y en forma rotatoria pasaban por diferentes pabellones. En éstos, debían compartir su aprendizaje con los médicos externos que acudían al servicio y ante los cuales los residentes se encontraban casi siempre en desventaja porque, en general, los externos que seguían el sistema de aprendizaje de preceptor o mentor a alumno, que era en ese momento el más común, se hallaban protegidos por el jefe, quién les solía dar mayor número de oportunidades quirúrgicas aunque, fuera del horario matutino, los residentes intervenían en la cirugía de urgencia del Hospital, en la que a la vez, competían con el jefe de residentes el que, como es de suponerse, escogía lo más sustancioso del material quirúrgico. No existía un sistema piramidal como el que hay en nuestros días. No había tampoco un programa en forma de sesiones para los residentes, aunque éste sí figuraba en la cirugía especializada, particularmente dentro de los Institutos.

La educación quirúrgica no se formalizó para alcanzar su etapa actual hasta el desarrollo de los grandes centros hospitalarios que, de común acuerdo con la división de estudios superiores, establecieron programas que se ciñen a los lineamientos de una educación sistematizada. Yo no recuerdo en los años 50 haber visto, como lo hemos hecho en los últimos decenios y como se acostumbraba siempre en las Universidades Norteamericanas a los profesores de los cursos entrar casi invariablemente como ayudantes del residente de último año para asistirlo y guiarlo en las operaciones. El plan actual de enseñanza quirúrgica encontró su fundamento en el programa que iniciara en Norte America, James Stewart Haldstead quién, a su vez, se inspiró en los regímenes Europeos Germanos introducidos por Lagenbeck en Berlín y por Billroth en Viena, los que adap-

tó y modificó, poniendo fin en los Estados Unidos al antiguo sistema de preceptoría o tutorado bajo el cual habíanse educado en México nuestros maestros y en parte muchos de nosotros.

En 1904, Haldstead publicó un excelente ensayo titulado: *El adiestramiento de un cirujano* que en esencia y con escasas modificaciones, resulta vigente todavía en nuestros días. Asimismo fué Haldstead, y ello viene a confirmar un concepto esencial en cirugía un espíritu devotamente progresista, que no sólo se encauzó por el campo de la enseñanza, sino también por el de la investigación. Su largo profesorado en el John Hopkins (1889-1922) resultó relevante por su carácter académico, su orden y sus constantes innovaciones quirúrgicas. A su muerte le sucedió Dean Lewis que, en contraste con su antecesor, no mostró inclinación alguna por la investigación, y me permito citar aquí este ejemplo para resaltar la importancia del binomio enseñanza investigación, y con ello el John Hopkins sufrió, una regresión que duró hasta que Alfred Blalock, que había recibido una amplia educación en cirugía, experimental, desarrolló notablemente la investigación con lo que la citada institución recobró su prestigio académico universal.

En México, el Dr. Gustavo Baz, como Secretario de Asistencia en el período presidencial del general Manuel Avila Camacho (1940-1946), tuvo la visión de aprovechar la interrupción del contacto con la medicina Europea, como consecuencia de la segunda guerra mundial, para abrir las relaciones con la medicina Norteamericana, entonces una carrera de expansión sin precedentes y ello transformó la cirugía dentro de la medicina nacional y, consecuentemente también, la educación y la investigación.

La educación quirúrgica de postgrado adolece indudablemente, aún hoy, de defectos. Existen por una parte diferencias en la patología de las distintas instituciones donde se imparte la enseñanza y en ocasiones en los Hospitales de una ciudad y dentro, inclusive de una misma institución, puede haber patologías variables. No es igual, por ejemplo, el material clínico que se observa en el servicio de cirugía general del Hospital de la Raza, que aquel que pueda encontrarse en el Hospital General del Centro Médico Nacional. Es distinto un curso de postgrado en uno de los grandes hospitales privados donde el porcentaje de estudios postmortem resulta bajísimo que el de un hospital de concentración del ISSSTE o de uno de los Institutos, donde el mismo tanto por ciento es alto. Existen, además, otros muchos factores como el que se relaciona con los profesores adjuntos o con los médicos de base del servicio donde se imparte el curso en cuanto a su sentido de la enseñanza de la cirugía, a la actualización de sus conocimientos, a su interés académico o al tiempo que dedican a sus actividades docentes, así como, a su capacidad para estimular o despertar inquietudes en los alumnos. La consecuencia de estas variables es la disparidad existente entre los programas de postgrado y los resultados que se obtienen.

La Investigación

En el decenio de los años cincuentas, era escasísima la labor que podía realizarse en cirugía experimen-

tal en México. Existían algunos laboratorios, aunque casi todos mal equipados, hasta el punto que difícilmente podríamos considerarlos como verdaderos locales para la investigación quirúrgica. Quizá el que podría escapar a esta consideración fuese el del Instituto Nacional de Cardiología. No alcanzaría el espacio para relatar la investigación clínica que ya existía en cirugía en aquel entonces en los pabellones o servicios de algunos de los grandes hospitales y en los Institutos, como el Hospital Infantil, fundado en 1943. Cardiología en Abril de 1944 y el Instituto de Nutrición 1946. En el Hospital General merece citarse un cirujano especialista que, en condiciones adversas, comienza desde 1947, sin más armas que talento y tenacidad a desarrollar una labor de gran mérito con la introducción de la angiocardiógrafa. Me refiero al Dr. Alejandro Célis. Hoy, existen en México muchos departamentos de cirugía experimental, algunos acompañados del bioterio correspondiente. Los hay en los grandes centros hospitalarios de la medicina socializada, en el Centro Médico Nacional desde 1963, en la Raza, en el ISSSTE, en los Institutos, en la Facultad de Medicina, y todos ellos trabajan y dentro de sus distintas posibilidades resultan productivos. La investigación y la enseñanza forman en cirugía un binomio inseparable, porque, como decíamos en párrafos anteriores, la primera constituye un complemento imprescindible de la segunda. Es, en estos laboratorios donde los residentes de cirugía se plantean cuestiones, realizan protocolos, aprenden a cuidar con esmero de los trabajos de investigación y, al mismo tiempo que efectúan experimentos, aprenden técnicas refinadas de cirugía vascular y de microcirugía y van tomando consciencia de que una interrogante desencadena siempre otra y muchas más, y ello despierta y cultiva su constante y profunda curiosidad hacia nuestra disciplina.

La Especialidad en Cirugía

La especialización en cirugía fué en gran parte, y sobre todo en un principio, el resultado de la especialización quirúrgica: la urología, la gastroenterología, la cirugía pulmonar. Especialidades que al mismo tiempo que iban desarrollándose y perfeccionándose restaban terreno a la cirugía general y reducción su campo de acción. La especialización ha entrañado, sin duda, una gran fuerza expansora de progreso y en el terreno quirúrgico ha propiciado la enseñanza y la investigación, pero de igual forma ha reducido en el especialista su visión y su sentido de conjunto, lo que le ha restado muchos de aquellos recursos que el cirujano general posee hace 30 años. Los grandes hospitales de concentración deben contar con cirujanos especialistas y si se desea además con cirujanos super especializados, pero a los hospitales generales, sobre todos aquellos ubicados en la provincia, les resulta vital e indispensable, para cumplir su cometido, contar con un cirujano que cumpla amplios campos de acción y que se encuentre igualmente capacitado para efectuar una traqueotomía que una cesárea o para resolver un traumatismo de mano.

Un cirujano general no es aquel que puede hacer una docena de operaciones, que alguien pudiera considerar como esenciales sino el que puede resolver todos los problemas quirúrgicos, excepto aquellos que por su escasa frecuencia o por su alta tecnología, requieran de

un adiestramiento especializado. Existe en nuestro medio una indudable declinación de la cirugía general, declinación de la que es responsable en parte la educación quirúrgica actual. Ortiz Monasterio llevó a cabo una encuesta entre 20 cirujanos generales calificados con bien o muy bien al finalizar su adiestramiento, entre los cuales 90 por ciento no sabían hacer un trépano descompresivo, el 25 por ciento no eran capaces de practicar una tranqueotomía y ninguno se encontraba en condiciones de tratar quemaduras del 10 al 30 por ciento. La desaparición de la cirugía general es un fenómeno que, a mi modesto entender, no puede permitirse un país como el nuestro con recursos económicos limitados y grandes extensiones territoriales. Es, desde luego, un fenómeno universal que quizá nosotros estemos padeciendo más que otros, pero donde la mejor terapéutica para evitar su extinción, reside en cuidar con esmero de los programas de postgrado, que deben comprender un mínimo de cuatro años y un análisis cuidadoso de las rotaciones.

En otro orden de ideas, el cirujano en México ha participado, por otra parte, en ese continuo prosperar de la cirugía mundial, asimilándose siempre de inmediato a sus adelantos e incorporando, desde el principio, los nuevos procedimientos con la capacidad que implica el saber filtrar de lo novedoso lo que va a ser definitivo porque su razón natural le ha permitido separar lo trascendente de lo que no lo es.

Nuestros maestros eran, esencialmente, grandes anatomistas y también técnicos depurados. Fueron aquellos cirujanos que continuaron la labor de los que introdujeron la asepsia y la antisepsia. A las amputaciones y desarticulaciones del siglo pasado siguieron otros procedimientos ablativos: la gastrectomía, la tiroidectomía, la neumonectomía y hasta la pancreatoc-tomía. Más tarde, hacia los 60, el cirujano se encaminó mucho más hacia los aspectos funcionales. Fué su inquietud constante la conservación de la función y para ello la integración del órgano. Un ejemplo de lo que antecede lo constituyó la cirugía actual de la úlcera péptica. Al terminar el decenio de los 60, se despertó un vivo interés hacia el conocimiento de la fisiología celular y el cirujano se identificó con los estudios bioquímicos y metabólicos e hicieron su aparición las modernas unidades de cuidados intensivos y con ellas un gran acopio de trabajos de investigación acerca de la respuesta me-

tabólica al acto quirúrgico y al trauma, investigación que fué propiciada grandemente, por desgracia, por la guerra de Vietnam.

Por último, el cirujano de los 70 contempló, más que nunca, la inmediata posibilidad de sustituir unos órganos por otros, para lo cual hubo de compenetrarse, por vez primera con los estudios inmunológicos, ciencia cuya historia inició, precisamente, un cirujano: Eduardo Jenner y que debe gran parte de su actual desarrollo a las contribuciones realizadas en el terreno de los transplantes.

En los últimos 30 años, la cirugía en México ha seguido un verdadero progreso evolutivo; favorecido, sin duda, por los programas de enseñanza, que, aunque todavía imperfectos, existen hoy como sistemas establecidos. También han contribuido al progreso de la cirugía la especialización y la construcción de los grandes centros hospitalarios. La influencia, empero, de ciertas medicinas y de ciertos países en cirugía, el gran acopio de trabajo y las constantemente nuevas tecnologías amenazan, con romper el criterio de unidad de nuestra disciplina y algo más grave todavía, han conducido al cirujano actual, salvo honrosas excepciones, a su divorcio con el humanismo. Los cirujanos de hoy saben más y hacen mucho más en campos más restringidos, pero embebidos en un mundo tecnológico ostentan menos inclinaciones humanísticas que las que tenían nuestros maestros. Siento que no existe mayor mutilación espiritual en un cirujano, como por supuesto lo es también en un médico, que la ausencia de cultura humanística, cuya simiente se adquiere desde el principio, aunque sea menester cultivarla a lo largo de toda la vida.

El humanismo en nuestra profesión no constituye un lujo ni un refinamiento que tiene como a alguien le ha escuchado decir, todavía hace muy poco, la oportunidad de pasar el tiempo en frivolidades disfrazadas de retribuciones espirituales. Humanismo implica, desde luego, cultura, pero también es comprensión del hombre en sus anhelos y en sus miserias, es estimar y apreciar lo bueno y lo bello y también aquello que es justo en la vida. Es, en esencia, lo único que, en nuestro mundo de hoy, nos lleva todavía a concordar la vida con el pensamiento.