

Conferencia inaugural de la Cátedra Clínica Quirúrgica

POR EL PROF. DR. CHARLES A. PY, (CONTRATADO)

Señores:

Embárgame cierta emoción al tomar la palabra en esta Universidad tan antigua, una de las primeras establecidas en la América del Sur. Es un orgullo para mí el ser llamado a colaborar con vuestros eminentes Profesores a la educación médica de una juventud activa, estudiosa y llena del deseo de aprender. En estas condiciones, estoy persuadido de que la tarea a veces ingrata del Profesor, será facilitada y de que los resultados conseguidos serán para mí un precioso estímulo.

El señor Decano nos ha pedido empezáramos nuestra enseñanza con una lección inaugural. Es, en efecto, una costumbre que seguiré muy gustoso, pues me permite rendir un homenaje público a los maestros que me han enseñado. Voy a presentarlos ante vosotros, pues para ellos guardo a veces un verdadero culto: siempre un respetuoso: gratitud. Espero que así los conoceréis un poco y, si consigo comunicaros algún sentimiento de admiración para con ellos, habré pagado en parte mi deuda de reconocimiento.

El primero por orden cronológico, el primero también por su influencia sobre mí porvenir fué el Profesor Reclus, una de las más grandes figuras de la cirugía francesa del fin del siglo próximo pasado y del comienzo del actual, arrancado brutalmente por la muerte, en 1914, a sus trabajos y al cariño de sus alumnos. Espíritu fino y claro, veía en su clínica estudiantes y médicos del mundo entero. Empecé mi carrera como "stagiaire" de ese cirujano en el Hôtel Dieu, pues, en Francia comenzamos el "stage" ya desde el primer año. De

modo que, novel estudiante, fuí vivamente impresionado por la precisión de aquel hombre, por su enseñanza de carácter muy paternal, y, sobre todo, por el amor y respeto que mostraba para con sus enfermos. No quería oír queja alguna en sus salas. Las curaciones más dolorosas prefería hacerlas él mismo, y, a fuerza de paciente suavidad, volvía más soportable el dolor imposible de evitar. Cuando era necesario determinarse a una intervención quirúrgica, siempre decía: "Antes de hacer cualquier cosa a un enfermo, poneos en su lugar a vosotros mismos o a una persona de íntimo afecto vuestro." Le gustaba "causer" con nosotros, y en nuestro oficio en que cada caso clínico plantea un problema diferente y en que la teoría del libro no puede proporcionar sino un esquema, nada vale tanto como el ejemplo; la discusión de un diagnóstico o de un tratamiento enseña más y es más provechosa que una larga disertación del todo teórica. Con estas modalidades de enseñanza se había fundado una escuela cuyos alumnos continuán la tradición.

¿Cómo no estimar en mucho a un hombre tan escrupuloso, y, siendo uno joven, cómo no anhelar seguir sus huellas? Pues, desde aquel entonces, la cirugía fué para mí el único afán. La medicina no era sino un medio, una base. Si emprendí la gran labor que representa la preparación del internado en los Hospitales de París, si me sacrifiqué prolongando varios años mis estudios, es por que tenía a la vista la imagen de aquel Maestro venerado, con su ejemplo que seguir.

El contacto de aquel hombre que razonaba en alta voz ante nosotros y para nosotros, me enseñó lo que no puede ningún libro: la probidad médica, el saber reconocer un error y confesar una ignorancia para sacar de ello en caso dado una lección. Decía él en una de sus clínicas: "A pesar de la vivacidad que uno tiene en defender sus ideas, yo espero haber dominado el pueril amor propio que siempre quiere tener razón. Aparece cada día un hecho nuevo que destruye o confirma o modifica nuestro primer concepto de las cosas; hay que tenerlo en cuenta escrupulosamente. Jamás eludí objeción alguna; sobre muchos puntos, me han convencido mis adversarios, y me apresuré en reconocerlo. Es que en cirugía

nuestras opiniones se traducen en actos graves. Hay que dudar, pues, de nuestra infalibilidad, y aceptar la crítica, pesarla estricta, lenta y largamente para que los enfermos no paguen por su desastre los caprichos de nuestra vanidad."

Ese era el pensamiento del Maestro, ése su espíritu científico.

En cuanto a su obra, fué universal. Habiendo llegado a la cirugía, en una época en que la infección y los peligros de la anestesia general hacían de la operación un caso temido al cual no se resignaba sino en casos extremos, se había afeitado, desde el principio de su carrera, en demostrar las ventajas de la tintura de iodo y de la anestesia local. Actualmente eso parece de una corriente vanalidad; pero en aquel entonces fué una verdadera revolución y era de ver el contento de mi llorado Maestro al contemplar el éxito de la causa que había defendido: el uso de la tintura de iodo universalmente adoptado, y la anestesia local practicada por todos los cirujanos.

Dejó su nombre a una afección de los senos: la enfermedad quística cuya descripción clínica no ha experimentado cambio alguno. Aficionaba la anatomía patológica, así como la bacteriología, ciencia que había visto nacer. Se había ocupado del furúnculo como del fibroma, del hallus valgus como del cáncer de la lengua, del ainhum como de las quemaduras. Con tres colegas suyos "agregés" había hecho un tratado de patología externa que ha estado en manos de muchas generaciones y en el cual los cirujanos de hoy han tomado las bases de sus conocimientos. Si bien tuvo que ser modificado para mantenerse al día, si bien ha precisado nuevos colaboradores, si bien el tratado de los 4 "agregés" ha llegado a ser el de los 9, y después el de los 11 "agregés", el libro subsiste en su fondo y muchas páginas no han podido ser cambiadas. La inteligencia que dirigió ese texto lo había hecho de una vez definitivo. En los periódicos de la época del Maestro encontraréis su nombre bajo los títulos más diversos y en todas partes llevaba esa su claridad en la exposición, como la exactitud en la descripción y la prudencia en las conclusiones.

Durante mis comienzos en el Hospital bajo una dirección tan animadora, en el anfiteatro de disección, estaba bajo las

órdenes del Doctor Toupet. Este era entonces Prosector. Joven, brillante, lleno de ardor, conseguía interesarnos en la disección, fijar en nuestros espíritus la anatomía, y mostrarnos la importancia del conocimiento exacto de la posición de cada órgano. Exponía con notable precisión, cada palabra tenía su valor. Cuando tomaba el bisturí o la sonda acanalada, manifestaba su virtuosidad y quedábamos admirados al ver el grado de perfección a que ascendía su destreza manual. Habiendo sido interno de Reclus, había adquirido y conservado su sello característico: franqueza y amor para con los enfermos. Pero, formado en una escuela más reciente, tenía cierto desdén para las teorías sutiles y los sistemas prematuros, como también una robusta confianza en sí mismo que provenía de su técnica impecable y de la práctica de una asepsia rigurosa. He sido más tarde su externo y luego su interno, por ende pude conocerlo mejor.

La enseñanza le gusta y si la guerra no hubiese venido a interrumpirlo en la vía de los concursos, retardándolo varios años y creándole cargos nuevos, con seguridad sería uno de los actuales "agrégés". No ha podido resistirse al deseo de formar a los jóvenes y cada año dicta para los internos cursos de técnica quirúrgica cada vez más concurridos, en los cuales cada uno viene a aprender "lo que hay que hacer y lo que no hay que hacer". Para él cada operación es una sucesión de gestos perfectamente determinados hasta en sus pormenores. Ha asistido a las operaciones de los grandes Maestros de Francia y de Europa, anotado cada una de sus costumbres, y adquirido de cada uno de ellos lo que le parecía preferible, y después en su propio trabajo se ha asimilado lo visto. Lo que nos ofrece en sus cursos es el resultado de sus investigaciones, de sus observaciones, con la adaptación en su experiencia personal. Lleva su enseñanza hasta ayudar a sus internos y por una argumentación razonada de toda una operación determina cada pormenor con una perfección tal que sería difícil conseguirla con el trabajo solitario hecho con la única guía del libro. Nos inculca el gusto del movimiento hecho con reflexión y sobriedad que permite ir rápido sin apresurarse y ser dueño de cualquier contingencia en los aconteci-

mientos. Son estas cualidades eminentemente quirúrgicas que justifican la fama que goza actualmente.

Es más que un Maestro para mí. A su lado encuentro siempre los consejos sabios, las palabras atentas que se buscan junto al amigo de nuestra confianza. Los alumnos son miembros de su casa, toma a pecho sus intereses, aún antes de que se lo soliciten. Y sé de casos en que no vaciló en sacrificarse personalmente para algunos sin decirles nada. Le agrada prestar servicios, pero odia los agradecimientos.

Sus trabajos son principalmente de "mise au point". Su nombre no se separará de la cirugía gastrointestinal. Por fin, se esfuerza actualmente en vulgarizar en Francia las inyecciones de adrenalina intracardiaca que le han permitido en casos de síncope por anestesia realizar verdaderas resurrecciones.

Mi Maestro Robineau es todo lo contrario: austero y frío. el primer contacto con él es glacial; rara vez lo he oído cumplimentar a un alumno. Y sin embargo, cuando se lo conoce mejor, cuando la convivencia con él permite apreciarlo, ¡qué hombre de corazón tan bueno y escrupuloso! Lo ha leído todo, en todo ha reflexionado y se ha hecho su opinión sobre cuanto se relaciona con la medicina. Con él, nada de palabrería, solamente hechos y resultados; en mi opinión, es el cirujano de mejores estadísticas; citaré una sola a modo de ejemplo: en las colectomías, donde sus colegas tienen una mortalidad muy elevada, tiene una sola defunción por cada 30 operaciones. ¿A que se deben esos resultados estupendos? Es muy difícil saberlo, pues ese hombre es un silencioso. Ni una palabra durante la operación: esto levanta polvareda y manda microbios al campo operatorio. Hay que espiar cada uno de sus gestos y procurar sacar de él una enseñanza. Admiro la paciencia de los médicos espectadores quienes durante horas, sin moverse ni hablar, miran. Mi Maestro Toupet tenía una técnica reglada, iba ligero; mi Maestro Robineau no la tiene y va despacio.

Tiene sus principios para operar, principios muy generales que le permiten adaptarse a todas las circunstancias y emprender con seguridad cualquier clase de cirugía. En cuanto a su lentitud, la tiene voluntariamente: "Más tiempo se tarda en



operar, menos los enfermos *sont choqués*", solía decir. Por otra parte, ¡qué suavidad! Nada de estirar, nada de arrancar. ¡Qué limpieza! Jamás pierde sangre inutilmente: liga cada vaso antes de cortarlo, y cada tajo sale muy limpio. ¡Qué minuciosidad! Verifica cada puntada, él mismo hace cada ligadura. Pero también al terminarse la operación, ¡qué seguridad y qué impresión de "fini"! Desde hace mucho enseña que el éxito de una operación depende en gran parte del acto quirúrgico, de los cuidados ante y post-operatorios que dirige personalmente, pero también, y en grado no menor, de la esterilización y de la anestesia. No descuida nada para evitar el menor accidente por ese lado: hojas que registran la temperatura de los autoclaves, tubos testigos, esterilización con un aparato modificado por él mismo después de verificaciones y experimentaciones bacteriológicas. En cuanto a la anestesia, tiene preparados cada año uno o dos externos que la tienen a su cargo exclusivo. A más de su servicio de cirugía, dirige en el Necker el centro anticanceroso. En Francia, para luchar contra el cáncer, se han creado, al lado de algunos servicios de cirugía y en combinación con ellos, centros que tienen sus especialistas dotados de aparatos de radioterapia profunda y de tubos de radio. Es éste un gran recargo de trabajo ante el cual no ha retrocedido.

Si bien el cáncer es una afección que siempre le ha llamado la atención, hay otras enfermedades recién entradas en el campo de la cirugía, a cuyo estudio se entregó de lleno llegando a ser muy pronto uno de los más expertos en ellas: son las afecciones nerviosas, el tumor del cerebro, el de la médula, las neuralgias del trigémino. Esa cirugía muy especial parece ser muy a propósito para él, su paciencia no se cansa, su destreza, su minuciosidad salen iguales después de 4 horas de operar sobre un ganglio de Gasser. Es juego para él una cordotomía, y sin embargo no parece a priori cosa muy fácil cortar únicamente el cordón sensitivo de una médula. Naturalmente se ha ocupado de la cirugía del simpático, pero frente a resultados muy pasajeros, abandonó casi ese género de terapéutica. Buscando siempre la perfección, ha descrito, para las coelotomías de que os hablaba antes, una técnica muy especial

que reconstituye los planes anatómicos. En fin, para llegar a la cirugía de los huesos, su asepsia rigurosa en todo el material le permite envolver un hueso como el fémur, sobre un largo de 10 o 15 centímetros dentro de un manguito de bronce, de aluminio, reducir y reemplazar un cuello del fémur fracturado por un tornillo de hueso perfectamente ajustado, y más aún, como hace dos años, reemplazar toda una extremidad inferior del húmero por una pieza de acero envuelta en caucho, que reproduce las superficies articulares; desde hace dos años aquel operado del brazo derecho, empleado en una oficina, ha vuelto a desempeñar en su trabajo. Son éstos resultados que consiguen pocos cirujanos.

Junto a mi Maestro, el Profesor Schwartz, encontré ante todo la enseñanza. Profesor agregado de la Facultad, encargado de cursos como titular, su mayor placer es verse rodeado de alumnos. Con él nada de lecciones sabias y presuntuosas, nada de enseñanza pedantesca. Con sus alumnos, cada mañana visita sus salas, y en cada enfermo encuentra la ocasión de hacer unas preguntas a sus alumnos, y lo que pide no es la última hipótesis sobre el cáncer o una sutileza de diagnóstico. No. Pregunta lo que es absceso, un lipome, una hernia; lo que quiere, es saber buscar la fluctuación, examinar una fractura, hacer un enyesado, reconocer una apendicitis. Lo que desea es hacer de sus estudiantes unos médicos capaces de establecer un diagnóstico, de reconocer la urgencia de una operación, de llamar a un cirujano en tiempo oportuno. Exige de sus alumnos una asistencia puntual, de la cual les da el ejemplo, un trabajo personal como el que lo caracteriza. Sin ese trabajo que verifica por sí mismo, llega hasta a rehusar un certificado de "stage". Considera que es junto a la cama del enfermo donde se aprende y que el que no trabaja y no desca instruirse es indigno de ser un médico. Para enseñarnos la psicología del enfermo, hace a veces consultorio interrogando y dando receta al enfermo, y, una vez que éste ha salido, nos explica su conducta, sus consejos, mostrándonos el por qué de tal o cual tratamiento y cómo influyen sobre nuestra decisión el carácter y la posición social de cada uno. Es ésta una enseñanza

eminentemente práctica, y por eso cada año los estudiantes acuden numerosos a sus salas.

Partidario decidido, como Reclus, de la anestesia local, exige de sus internos que muchas operaciones se hagan sin dormir al enfermo. Se adelantó a describir, hace unos años, el modo de asociar el radio y la cirugía aplicando el radio directamente, y en especial en el cáncer del útero. En fin, guardará su nombre la amputación abdomino-perineal del cáncer rectosigmoideo que fué el tema de su trabajo en el congreso francés de cirugía, en 1926.

Con la certidumbre de haber aprendido mucho con él, tengo el grato recuerdo de aquel año pasado junto a un Maestro de una exquisita urbanidad, de carácter siempre igual y de inalterable amabilidad. Cualidades muy notables en un cirujano, pues los de esta especialidad tenemos fama, a menudo muy merecida, de gente regañona, que no regatea sus expresiones y manifiesta en palabras picantes sus impacencias. Harto lo saben nuestros ayudantes.

Algo diferente, pero no menos agradable ha sido el año que pasé en el servicio de mi Maestro Labey. Aquí no hay "stagiaires" con largas "causeries" al lado de los enfermos. Estamos en la gran actividad de Lariboisière, se trabaja todo lo que se puede. Cada operado queda el minimum de tiempo, pues otros esperan su turno; por eso se suceden numerosas las operaciones durante todo el año. Bajo la vigilancia del Maestro, el aprendizaje es rápido. Ante los buenos resultados que se consiguen, se tiene una confianza absoluta en sus críticas, en sus palabras sensatas, en sus consejos que tienen la garantía de muchos años de experiencia y de centenares de intervenciones. A más de todo lo que trae la cirugía general con una gran proporción de ginecología, busca particularmente la cirugía del estómago. Esa especialidad la trae a muchos enfermos que estudia personalmente en la radiocospia. En esta cirugía tiene una técnica sencilla y determinada, minuciosa; opera con lentitud, pero así su trabajo es esmerado, no deja nada al azar. Y es tanta la costumbre que realiza las más difíciles suturas con mucha facilidad. Tiene elegancia en el gesto, en el cual no se ve esfuerzo alguno. Dirige el centro antican-

ceroso del Lariboisière. Ahí, pude nuevamente presenciar los beneficios del radium, y ver que en ciertas localizaciones del cáncer sólo él puede curarlo. En otras, tal vez por falta de una técnica apropiada o de medios bastante poderosos, no es todavía sino una ayuda para la cirugía, ayuda preciosa que cicatriza una llaga, puerta abierta a la infección, pero que no esteriliza el cáncer: la exéresis es el medio seguro de curación. Ahí, he visto de cerca esa organización en la cual cada enfermo tiene su hoja de observación, y sale acompañado por enfermeras de visita, que en caso necesario lo llevarán otra vez al médico. Método perfecto cuya ejecución exige abnegación y paciencia, pero que permitirá darse cuenta de los resultados de la lucha entablada contra el flagelo del cáncer.

En fin, si os digo que fué encargado en el Congreso francés de Cirugía, hace 3 años, del informe sobre el tratamiento del fibroma uterino, podréis apreciar la fama que goza entre sus colegas.

Pasé de este servicio al de Profesor Chevassu. En el Hospital Cochin es jefe del servicio Ricord, que acaba de edificársele y del cual ha trazado los planos y dirigido la ejecución, adaptándolo todo para el examen rápido y completo de los enfermos, desde la consulta hasta la operación. Rodeado de numerosos especialistas: radiólogos, anatomopatólogos, bacteriólogos, químicos, lleva sus investigaciones con método y practica el examen de la función renal hasta en los últimos pormenores.

Digno sucesor de los grandes maestros de la urología, ve a muchos estudiantes franceses y a numerosos médicos extranjeros asistir a sus cursos, a sus visitas, al examen de sus enfermos, a sus operaciones, pues en todo encuentra un tema de enseñanza. Muy erudito, conoce a fondo su especialidad; operador de conciencia, es muy prudente en sus intervenciones; clínico maravilloso, posee el más fino de los tactos: no hay tumor del testículo del que no llega a determinar el diagnóstico al encontrar una nudosidad, un punto fluctuante, un detalle de consistencia que le permite una interpretación exacta.

Siempre activo, dirige su servicio con una disciplina del todo militar. Cada uno tiene su trabajo bien delimitado que

debe cumplir so pena de reprensión. Cada mañana encuentra un verdadero informe en su despacho y en un cuarto de hora ya sabe cuanto ha sucedido en su servicio. Esto le permite distinguir inmediatamente los casos interesantes a donde hay que llevar a los alumnos y transformar su visita en una larga lección clínica, agradable de escuchar. La mañana pasa así demasiado pronto, y uno aprende sin esfuerzo, con gusto.

Al lado de mi Maestro Cathala encontré consejos y educación medical. En su servicio, donde hay hasta 5.000 partos por año, he visto y tratado casi todos los casos que pueden ocurrir. Bajo la dirección del Maestro aprendí a esperar. Su ejemplo me ha formado en esa escuela muy especial para un cirujano. Pero si bien se ocupa de la parturienta, no menos se ocupa de los demás periodos de la genitalidad de la mujer: la esterilidad, los trastornos de las reglas, los trata a menudo con éxito, como también en general toda la ginecología.

Buen cirujano, ha descrito un procedimiento de cesárea alta sin exteriorización, procedimiento muy usado actualmente y de excelente resultados. Como partero, es uno de los más reputados: su calma, su paciencia son proverbiales, no recuerdo haberle oído alzar la voz. Ultimamente fué encargado en la escuela del profesor Bar de dictar cursos en castellano; lo que quiere decir que le gustaba enseñar, y él fué quien me animó venir a un país de habla castellana.

Con él terminé mi internado. Por eso evoco su recuerdo con cierto sentimiento, que significa para mí el fin de años muy agradables.

Señores, ya he terminado con mis Maestros. En esta exposición demasiado corta a mi parecer, pienso haberos mostrado mi estima para con ellos, y también la diversidad de las enseñanzas que he recibido.

Pienso haber cosechado en estos diferentes servicios el conocimiento de mi oficio, y creo haber asimilado de mis Maestros lo que me convenía. Desde luego, podréis apreciarlo, ya que he venido para comunicároslo. Pero antes de empezar los cursos quisiera deciros una palabra sobre las condiciones en las cuales operamos hoy día.

Los exámenes, las técnicas, los veremos según las circuns-

tancias clínicas durante el año. Pero hay dos factores de capital importancia, sin los cuales nada sería la cirugía, que dominan la evolución de ésta, y que me propongo presentaros hoy: son la asepsia y la anestesia.

La asepsia empieza con Pasteur. Merced a los admirables experimentos de este sabio sobre la generación espontánea, merced a sus demostraciones perentorias del 1860 al 1878, pudo la cirugía emprender su desarrollo. Hasta aquel entonces, el cirujano era poco menos que el barbero de la edad media. Se ocupaba de las llagas, de las fracturas que conocía clínicamente bastante bien, quedando sin embargo sin recursos contra algunas, no pudiendo sin la radiografía explicarse el por qué no se mantenían las reducciones o no se consolidificaban los huesos. Amputaba un miembro con destreza y rapidez, cortaba heridas, cánceres superficiales hasta a veces con el cauterio: el hierro candente era lo mejor; sin saberlo, esterilizaba así por el calor. Es al calor a que Pasteur aconsejaba recurrir para destruir los gérmenes; ya en esa época decía, hablando a los cirujanos de la Academia de Medicina: "Si tuviera el honor de ser cirujano, sabiendo, como lo sé, los peligros a que exponen los gérmenes de los microbios esparcidos en la superficie de todos los objetos y particularmente en los hospitales, no sólo no usaría sino instrumentos de una limpieza perfecta, sino que después de haberme limpiado las manos con el mayor cuidado y de haberlas pasado rápidamente por la llama, sin mayor inconveniente que el del fumador que hace pasar un ascua de una mano a la otra, no usaría sino hilas, vendas, esponjas expuestas previamente en un aire llevado a la temperatura de 130 a 150 grados, y nunca emplearía sino agua que hubiese alcanzando la temperatura de 110 a 120 grados. Todo esto es muy práctico. En esa forma no podría temer sino los gérmenes en suspensión en el aire alrededor de la cama del enfermo. Pero la observación nos muestra cada día, que el número de esos gérmenes es casi insignificante comparado con el número de los que están esparcidos en la polvareda en la superficie de los objetos o en las aguas comunes más límpidas."

He aquí lo que profesaba Pasteur hace mas de 50 años. ¿Se ha encontrado algo mejor? ¿Se ha modificado ese parecer? Se

puede contestar que no, de una manera general. Pero ¡cuánto tiempo ha sido necesario para llegar al triunfo de esas ideas, a la realización de esas concepciones. En fin, actualmente todo el mundo admite que es necesario hacer hervir el agua bajo presión a 120° ,—esterilizar a 160° — 170° los objetos dañados por el agua, como los instrumentos,—esterilizar a 120° — 130° lo que puede soportar el calor húmedo, como las compresas, pues aquello de la humedad es una noción nueva que se agrega a la esterilización. Háse establecido netamente por experiencias de laboratorio, que éste es un factor importante para librarse de los microbios y de los esporos; el que resiste al calor seco a 160° nada puede en el vapor de agua a 130° ".

Después de los consejos de Pasteur hubo otra modificación debida a la vulgarización del caucho. Yo no creo que jamás se haya uno llameado las manos, precaución por otra parte ilusoria y pasajera, pues diez minutos después del lavado más concienzudo, todas las glándulas no tocadas por la limpieza segregan y abandonan los microbios que contienen; la superficie de la piel se cubre de nuevo de una rica flora microbiana. Se había ensayado, después de limpiarse y descostrarse las manos, de cubrirlas de barniz hasta el antebrazo para tapar los poros. Pero a este régimen ninguna piel resistía. Cuando Terrier tuvo la idea de emplear este producto entonces nuevo; el caucho y los guantes que servían para proteger las manos del obrero contra los ácidos o los productos caústicos, los utilizó para proteger al operado contra el aporte de microbios por las manos de su cirujano. Fué una gran mejora, y, poco después, Chaput creó el modelo definitivo que todos conocéis.

Lister, después de los descubrimientos de Pasteur, quiso luchar contra los gérmenes con productos químicos: fué la era de los antisépticos. Tuvo en un principio más boga que la asepsia por el calor, a causa de su empleo más fácil. Nada más sencillo, en efecto, que tener un recipiente lleno de una solución determinada donde se sumergen instrumentos y compresas; mientras que la esterilización por el calor exigía la "mise au point" de autoclaves, de Poupniels y de cajas que pueden cerrarse y plomarse hasta la operación. Pero actualmente con los aparatos de que disponemos, aquello está de más y los Hos-

pitales han perdido ese olor de ácido fénico tan característico y debido a los servicios de cirugía.

Hay que hacer una excepción para la esterilización con el formol. Esta es casi la única para las vías urinarias en que se emplean instrumentos de óptica, sondas de goma que no soportan el calor. Era necesario aquí conservar una desinfección de baja temperatura, y ella se realiza mediante los vapores de formol emanados de pastillas de tri-oximetilena, ora en frío durante 24 horas, ora a 60° en 4 horas.

En cuanto a la limpieza preoperatoria de la piel, subsiste también la tintura de iodo, o bien, para las regiones sensibles y cuando se opera con anestesia local, la esencia de gomenol.

Para las heridas infectadas se admite aún emplear antisépticos según el método de Lister. Pero es una noción que tiende, según parece, a desaparecer. El campo de un antiséptico se reduce a la superficie de la herida; el pus, los exsudados, las partes mortificadas fijan los antisépticos que los coagulan o se descomponen. Resulta de ello que el producto, o bien se vuelve inactivo antes de llegar a los microbios, o bien los cubre de un coagulado protector bajo el cual pululan a su antojo. Por eso se acude cada vez más a los agentes físicos: sea por la "mise á plat" de la herida, con el bisturí antes de una infección demasiado grande, o por acción lítica de productos como el líquido de Dakin y por la irrigación continua de Carrel que destruye rápidamente los tejidos en descomposición campo de cultura y antro de microbios,—sea provocando exsudaciones osmóticas que operan un verdadero lavado desde adentro hacia afuera. Y entre todos el que da los mejores resultados, es la helioterapia. Nada modifica tan profunda y rápidamente una herida. Si se trata de microbios poco resistentes, como el pio-ciánico, el estafilococo, el vibrión séptico, se consigue la esterilización en 2 o 3 sesiones. Si la infección es antigua, si contiene estreptococo, si la herida es honda, anfractuosa, aún con lesión ósea, pero sin semestros ni cuerpos extraños, la esterilización se conseguirá, seguida de epidermización, mucho más rápidamente que con cualquier otro método. Aquí, en este país subtropical, bajo este sol poderoso cuyos rayos ardientes mal-

decimos a veces, la helioterapia me parece particularmente indicada, siempre posible, al alcance de todos.

En cuanto a la vacunoterapia a la manera de Besredka, que llega a la inmunización local por los caldos bacterianos, parece que ese método tenga porvenir, pero es demasiado reciente y no ha dado aún conclusiones definitivas. Lo que puede decirse de él, es que sus resultados son muy hermosos y animan a continuarlo.

Habéis visto que en la preparación del acto operatorio que es la asepsia, en la lucha contra el microbio, hay acuerdo sobre una sola arma: el calor. Para la otra parte que es la anestesia, ya no sucede lo mismo, y con el correr del tiempo parece establecerse que la anestesia "omnibus" es una concepción anticuada: el procedimiento excelente para tal operación lleva a una catástrofe en tal otra.

Al principio se pidió a la anestesia suprimiera el dolor; hoy, la cirugía toca regiones más difíciles, y los actos quirúrgicos vienen a ser más delicados; por eso el cirujano pide a la anestesia asegure una inmovilidad orgánica perfecta. La aparición de reflejos que salen de la herida operativa, bajan la tensión y crean el "choc", ha obligado a llevar la anestesia más adentro, sin que por eso produzca taras orgánicas que pudiesen comprometer el porvenir. Con métodos nuevos o más exactos, con anestésicos nuevos, se ha llegado no a suprimir del todo esas taras y reflejos, pero por lo menos a disminuir en mucho su número, y actualmente, si uno se conforma con algunas reglas esenciales bastante sencillas, se puede encontrar en los anestésicos una casi seguridad.

A su aparición, la anestesia general fué muy criticada. Magendie, en 1847, protestaba en la Academia de las Ciencias contra ciertos cirujanos "que ponen a los pacientes en estado de cadáveres, que cortan y despedazan impunemente, faltando a la razón y exponiendo a consecuencias peligrosas para la seguridad pública". Desde entonces, la extensión tomada por los anestésicos generales ha obligado a un estudio sobre la manera como penetran y se fijan en el organismo (Nieloux), y también sobre los accidentes que provocan. Los veremos sucesivamente para cada uno de los cuatro que se disputan la prima-

cía: cloroformo, éter, cloruro de etilo, protóxido de nitrógeno.

El cloroformo fué un tiempo el más empleado porque es agradable para el enfermo, bastante fácil de dar, y porque procura una anestesia profunda. Se elimina bastante pronto, después de 7 horas prácticamente ya no hay más en la sangre. Pero si se lleva la anestesia hasta la muerte, el bulbo y el miocardio son los que fijan la mayor parte del producto. La muerte no llega por asfixia, sino por paro del corazón. La respiración artificial no la impide producirse. Es éste un gran peligro. Además tiene una acción nociva para el hígado y el riñón, acción muy notable en los infectados.

Se comprenderá fácilmente que el éter, aunque dando anestésias menos perfectas, le haya ganado terreno poco a poco. Rápidamente fijado por la sangre, se elimina pronto y a las 4 horas ya no queda rastro alguno. No tiene esa acción electiva y paralizante del cloroformo sobre el bulbo. Levanta la presión sanguínea. Se le reprocha complicaciones pulmonares, debidas a su eliminación por las vías respiratorias. Pero como esas complicaciones no se producen sino después de operaciones sépticas, Poncet muy bien pudo decir que esas neumonías por eterización son neumonías por infección operatoria que tienen su origen casi exclusivo en pequeñas embolias partidas de la herida.

Al lado de esos dos anestésicos antiguos ya, hay otros dos más recientes:

el cloruro de etilo, que se fija muy pronto en la sangre, se elimina en 10 minutos; aún en gran cantidad en la sangre actúa poco sobre los órganos esenciales, pero dado en alta dosis produce una contracción de los músculos respiratorios, el tórax se fija en la inspiración muy brutalmente y el enfermo muere asfixiado.

el protóxido de nitrógeno que produce el sueño en estado de asfixia; pero una sola respiración provoca la hematosis y elimina casi instantáneamente el gas. La anestesia es pues una sucesión de asfixia; por eso, es muy a menudo irregular y poco usada para las operaciones en el abdomen.

Estos dos últimos cuerpos no son tóxicos, pero la dosis anestésica está muy cerca de la que provoca accidentes mortales.

les. Por eso no pueden ser empleados sino por personas acostumbradas, por anestesistas de profesión.

Con estos datos experimentales uno puede ser eclético: el cloroformo se emplea sobre todo con los enfermos que tienen lesiones pulmonares y los ancianos; el éter con los niños, los cardíacos y en la cirugía nerviosa; el cloruro de etilo en las intervenciones cortas, en los miembros y el tórax, el protóxido en los mismos casos, y además es especialmente indicado para los hipertensos.

No quisiera dejar los anestésicos generales sin hablaros de la anestesia al somnifeno inyectado en las venas. Está en sus principios. Algunos operados son muy agitados y no deja de impresionar ese sueño de varios días. Pero es posible que perfeccionado llegue a ser un precioso anestésico.

A pesar de esa multiplicidad de productos, la anestesia general pierde más y más terreno cediéndolo a la anestesia localizada. Desde que se tiene producto casi inofensivo como la estovaína, la sincaína o el clorhidrato doble de urea y de quinina, que da una anestesia de varios días, se recurre cada vez más a esos métodos. Es cierto que son más molestos para el cirujano, porque la intervención, al comprender dos tiempos, se prolonga; pero ¡qué seguridad para el enfermo!

La anestesia local, tal como la preconizaba Reclus, infiltrando plano por plano, con un trazo continuo, cuando va a cortar el bisturí, es poco usada. Exige un largo aprendizaje y mucha paciencia. Sin embargo Reclus y su alumno Piquand hicieron con ella hasta histerectomías; pero ¡qué paciencia era necesaria al cirujano y al enfermo!

La anestesia troncular que lleva el anestésico al contacto directo de un tronco nervioso, lo insensibiliza cuando menos durante tres cuartos de hora. Es un procedimiento más elegante; el operado tiene que soportar unos cuantos pinchazos, pero después de ese mal rato está tranquilo y el cirujano no tiene más que trabajar en zonas insensibles. Fué llevada a su perfección por Pauchet y actualmente es muy empleada. Si bien en ciertas regiones como los eplácnicos requiere especialistas de mucha actuación, por otra parte, para la cabeza, el cuello, la cara, el tórax, la pared abdominal, una parte de la cirugía gás-

trica y aún la gastro-intestinal, está en todas las manos y da excelentes resultados.

La anestesia epidural, imaginada por Cathelin en 1901, muy tentadora, pues es inofensiva y se consigue con una sola inyección, es muy difícil acertarla.

Y por fin llego a la anestesia raquídea, aún muy discutida actualmente. En un principio se asustaron de los accidentes irremediables que ocasiona y ciertos cirujanos la proscriben sistemáticamente. La hipotensión que provoca no puede ser discutida, la posibilidad de difusión bulbar del líquido anestésico, muy a menudo no puede explicarse, y produce una apnea brusca, duradera, sin dolor, con más o menos angustia; la reacción meníngea excepcional no por eso es menos cierta. Las parálisis oculares sobre todo parecen tener su explicación en antecedentes específicos; en fin, la cefalalgia duradera muy dolorosa es debida a una hipotensión intracránea mecánica. Todos estos accidentes hacen que esta anestesia no deba usarse sino con circunspección y en casos bastante bien limitados. En los ancianos, los hipertensos, para la cirugía de los miembros inferiores, para las operaciones sobre el intestino grueso, el recto, el útero, el silencio abdominal que procura, la ausencia de toxicidad hacen de ella, según creo, el mejor anestésico.

Señores, pensáis tal vez que he desarrollado demasiado estas cuestiones accesorias: la asepsia y la anestesia. Pero pensad que sin ellas no hay intervención posible, pensad que un cirujano, por diestro que sea, no puede responder de nada y tendrá catástrofe imprevistas, si su anestesista comete una falta, si su esterilización no es perfecta.

Basta desde luego seguir los progresos de la cirugía que parece esperar la mejora de esos dos factores para ir más adelante; mientras no se tuvo sino una asepsia relativa, no se han tocado sino lesiones inflamatorias, y sólo se abría una pleura, un peritoneo cuando eran infectados. Cuando apareció la asepsia, se atacó el peritoneo, serosa que se defiende relativamente bien. Ahora, siendo ya casi perfecta la asepsia, no hay región que no se pueda abrir: las meninges, las sinoviales articulares, el pericardio. En fin, fueron necesarios anestésicos perfectos, que no dejan ninguna preocupación, y suprimen todo reflejo, para

permitir las intervenciones gastro intestinales que exigen una calma abdominal completa, las Wertheim o amputaciones abdomino-perineales del recto que son muy "choquantes" con una anestesia incompleta. Pero tranquilos por ese lado, los cirujanos han podido dedicarse al gesto, determinar la técnica, y, hoy, no hay órgano para el cual no se puedan encontrar varias vías de acceso, de las cuales cada una es determinada desde la incisión de la piel hasta su sutura. Evidentemente cada uno lo hace según su temperamento, su criterio, sus costumbres. Este aconseja aislar un ureter con la tijera, este otro con la sonda acanalada; aquel no quiere trabajar sino con la punta del instrumento; aquel otro, confiado en la asepsia de sus guantes, no tiene reparo en meter prudentemente el dedo en un foco operatorio. Por eso no voy a pasar revista a esas técnicas y sus pormenores; los veremos todo en el curso. Pero lo que quiero deciros desde ya, es que un tumor, doquiera se encuentre, es accesible cuando es exacto su diagnóstico. En el cerebro, el cerebelo, con una trepanación se abre una luz suficiente, pero la localización es muy delicada y sólo se puede extraer el tumor una vez sobre 30 o 40 casos. En la médula y el canal raquídeo, merced al lipiodol, se llega a localizaciones en extremo exactas y con alguna práctica esa operación no corre el peligro de una gran mortalidad. El riñón, los órganos abdominales tienen fácil acceso. En el pulmón se han hecho intervenciones, sea por heridas, sea por afecciones diversas con resultados desiguales desde luego. El mismo corazón, que fué respetado durante mucho tiempo, ya no está al abrigo de una intervención; sus heridas suturadas y curadas empiezan a ser bastante numerosas; hasta se han operado sínfisis del pericardio.

Para los miembros, la cirugía de las articulaciones tal vez se ha extendido, pero sobre todo la osteosíntesis ha llegado a ser muy corriente. Nada más tentador, en efecto, ante una fractura, que restablecer a la vista la continuidad y mantenerla con un anillaje o con una lámina atornillada. Desde el punto de vista anatómico y radiográfico es un gran adelanto, pero no parece que hayan mejorado siempre los resultados funcionales. La boga de esas operaciones las vuelve más fre-

cuentes, pero muchos accidentes han sido señalados: infección, atraso en la consolidación, hasta pseudoartrosis. Por eso actualmente se reservan esas síntesis para casos muy determinados: fémur, antebrazo, tibia en ciertos casos, rótula y olécranon, y en general todas las fracturas yuxta-articulares. Para las demás, sólo una lesión nerviosa concomitante, una reducción o su sostenimiento imposible justifican su empleo.

El acto operatorio ha llegado a ser tan anodino que se hace cirugía estética: se elevan los senos, se borran las arrugas, se endereza la nariz. Es ésta una cirugía especial con la cual hay que ser muy prudente.

En cuanto a los injertos, son de uso corriente: injertos cutáneos para cubrir una extensa superficie cruenta y conseguir una epidermización más rápida, injertos óseos en las pseudoartrosis, en el mal de Pott, injertos nerviosos debidos a pérdidas de sustancias, hasta injertos glandulares para suplir a una naturaleza deficiente.

Ante semejante desarrollo, con el perfeccionamiento correspondiente de los instrumentos, los cirujanos se han dividido el trabajo. En ciertos grandes centros, disponiendo de recursos suficientes en enfermos y material, cada órgano tiene su especialista. Hay cirujanos que no hacen sino sacar apéndices, otros curan hernias; conocí a uno que no hacía sino secciones retrogasserianas. Es una exageración que no puede dar resultado sino con la condición de tener un servicio central de competencia del todo superior, y, según los resultados obtenidos, yo no creo que el enfermo salga ganando mucho en eso.

Sin llegar a ese grado de división, comprenderéis, señores, que la cirugía no es una profesión en que se pueda entrar sin preparación. La variedad de las afecciones que trata, la multiplicidad de los métodos que sigue, la práctica manual que exige sobre la base de una cultura medical ya completa, hacen que uno no se pueda improvisar cirujano. Por eso no procuraré que todos seáis operadores; aún si lo quisiera, no lo podría: la práctica necesita un material humano que no tenemos todavía. Además sería hacerles un mal servicio: os daría el deseo de operar y estoy seguro de que no podríais satisfacerlo. Ante todo quiero que seáis médicos. A vosotros acudirán los en-

fermos, a vosotros incumbe la pesada tarea de establecer un diagnóstico, vosotros tendréis la alta responsabilidad de aconsejar un tratamiento. Y ¿cómo hacerlo si no hubiereis aprendido de qué recursos dispone la patología externa? Para hacerlo no hay sino una manera, como para verlo no hay sino un lugar: el Hospital. Ahí comprenderá el estudiante lo que haya leído en los manuales, ahí fijará de una manera concreta todo cuanto no era hasta entonces sino una palabra. Por el ejemplo, aprenderá a examinar un enfermo, se educará en la disciplina de la observación. No es fácil interrogar a un enfermo: discernir lo importante en la mar de palabras en que algunos nos hunden, arrancar a un callado su historia, he aquí empresas en que uno no acierta en un principio. Después buscar signos físicos, mirar exige ya alguna práctica, palpar es todo un arte. Veréis qué diferencia de forma, de consistencia, de movilidad, dos estudiantes pueden dar a una misma masa. Tactar no se aprende en pocos días, es preciso educar los dedos, ver por la operación lo que corresponde a lo que hemos sentido, y poco a poco darse cuenta por sí mismo de las precisiones que se pueden hacer en un examen. A más de esos procedimientos de investigación, espero poder mostraros cómo con un material de endoscopía, de radiografía, de electricidad, se puede llegar a precisar un diagnóstico, en forma distinta que basándose sobre la ley de frecuencia.

En fin, con una estrecha colaboración con la clínica médica, con los exámenes que tendremos que pedir en los servicios de especialistas, con las investigaciones que se nos harán en los laboratorios de anatomía patológica o de bacteriología, os mostraré cómo se puede examinar a un enfermo completamente, establecer un tratamiento y en qué medida se puede dar un pronóstico. Os daréis cuenta de que la enfermedad es una entidad compleja y de que en medicina nadie debe desconocer a su vecino; no hay tabique de por medio entre cada especialidad, es necesario al contrario su asociación para llegar al resultado que buscamos y que nos pide el enfermo: saber su afección y quitársela. Dado el diagnóstico e instituido el tratamiento ¿habréis cumplido toda vuestra tarea y podréis creer que ella ha terminado? Eso sería algo presuntuoso y pensar

que la evolución de una enfermedad tiene reglas muy absolutas. Cada afección evoluciona y cada cual en forma diferente. Todos los tratados clásicos os dicen que no hay enfermedad, sino enfermos. Los gérmenes tienen su virulencia, los terrenos su resistencia. Todos esos factores actúan, a veces más, a veces menos. Muy a menudo hay que seguir a un enfermo durante varios días, ponerlo en observación antes de dar un fallo. Ya véis el interés que hay en ver al enfermo cada día, en apuntar hasta en sus pormenores toda modificación que pueda producirse, y ésto sólo una estadía en el Hospital, de varios meses, os lo enseñará. Es con este trabajo constante, cotidiano, cómo llegaréis a comprender lo que es la evolución de una enfermedad, a conocer el síntoma importante, a corregir vuestros errores. Es con este trabajo regular y metódico como se ha llegado a hacer de la clínica lo que es hoy; nuestros Maestros no han hecho otra cosa.

Si consiguiera ese resultado, habré cumplido la mayor parte de mi misión. Pero espero algo más. Quisiera aún que al salir de la clínica quirúrgica estuviéseis en condiciones de hacer la pequeña cirugía. Cuando hayáis aprendido a reconocer una afección, cuando estéis convencidos de las ventajas que vuestro enfermo puede sacar del auxilio de un cirujano, no me quedará sino mostraros lo que debéis saber hacer, cuáles son, entre las afecciones quirúrgicas, las que debéis tratar habitualmente y las que la urgencia os hace un deber de tomar por vuestra cuenta. Habiéndoos hecho palpar así las dificultades de esta profesión, comprenderéis mejor sus posibilidades, seréis tal vez un poco menos exigentes para con vuestros colegas; pero también sabréis la gran confianza que se puede tener en sus procedimientos.

Con ese precioso bagaje de conocimientos podréis abandonar la Facultad y mostraros dignos de vuestro título de Doctor en Medicina.

Peró recordad que el médico es un hombre de ciencia. Merced a la multiplicidad de las revistas, a la gran publicidad dada a los diarios medicale, las observaciones, las estadísticas permiten seguir al día los progresos, aprovechar la experiencia y lo que han visto vuestros colegas. Por vosotros, por

vuestros enfermos, es necesario contribuir al edificio. Una vez terminados sus estudios, el médico no debe considerarse como el más bello producto de la ciencia y despreciar los libros. Un tal médico ya quedaría atrasado respecto de los acontecimientos. No aprovechando la ciencia en bien de sus enfermos, no cumpliría su tarea.

En resumen, os diré: examinad bien a vuestros enfermos, aprended a sacarles todos los síntomas, aprended a observar; en una palabra, aprended a cultivar la medicina, pues lo necesitaréis durante toda vuestra carrera.

¿Eso querrá decir que os aconsejo no hacer sino medicina? No, señores; por el contrario, me sería muy agradable ver a algunos de entre vosotros dedicarse a esta rama de la profesión que yo elegí, guiarlos y enseñarles técnica operatoria, hacerles repetir sobre el cadáver las operaciones que me hubiesen visto practicar, y aún hacerles operar. No tendré la pretensión de hacer de ellos, yo solo, unos cirujanos. En cuanto a mí, quise ver a varios Maestros; lo mismo os deseo. Aquí tenéis Profesores, cuya fama justifica el valor y cuya experiencia os será de mucho provecho.

En fin, si he podido haceros apreciar la cirugía francesa, y despertar en vosotros el deseo de conocerla más a fondo, con verdadera alegría os veré llegar a Francia, y, de desearlo vosotros, guiaré vuestros pasos.

He aquí cuanto deseaba deciros en esta lección inaugural. Siento no haber podido hacerlo en castellano. Sé que entendéis todos el francés, pero escucharme ha sido para vosotros un esfuerzo. Os lo agradezco tanto más cuanto más sostenida ha sido vuestra atención.
