

EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA ABDOMINAL EN LOS ÚLTIMOS
VEINTICINCO AÑOS

POR EL

DR. J. PI-FIGUERAS

CIRUJANO DEL HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO

BARCELONA

Es evidente que, por fortuna, no han resultado proféticas las palabras de ERICHSEN cuando, en 1873 (en el College Hospital de Boston), dijo que la Cirugía no podía avanzar más porque existían partes intocables. Estas partes intocables han ido cayendo una a una bajo la actuación audaz, es cierto, pero consciente, vigilante y cuidadosa, de los cirujanos, y en el momento actual podemos decir que no quedan ya en el organismo humano sistemas ni órganos intocables, ni intocados, para la Cirugía. La evolución progresiva de ésta tiene aspectos evidentemente comunes o paralelos para diversas de sus ramas; pero yo he creído conveniente limitar mi comentario a la cirugía abdominal, porque es la que he practicado más intensamente, la que he seguido de una manera más activa en mis años de ejercicio profesional y, por consiguiente, mis impresiones referidas a ella tendrán el valor de lo vivido. Tal vez de esta forma no resulten tan áridas ni estériles las palabras que voy a pronunciar y podáis perdonarme con mayor indulgencia el tiempo que habré de retener vuestra atención. Reconozco los inconvenientes que la elección de mi tema lleva consigo y, sin duda, es posible que el enfoque de la cuestión sea excesivamente subjetivo, poco real, a través de lo que he vivido yo o de lo que me he imaginado vivir. Tal vez la evolución que yo creo ver en la cirugía abdominal sea, en gran parte, reflejo de mi propia evolución. Sin duda, es muy difícil evitar este escollo; es posible que lo que a mí me parecen cambios, novedades o evoluciones no lo sean en realidad, porque en cualquier rincón del mundo, en París, en Alemania, en Estados Unidos, hace veinticinco años practicaban técnicas que solamente mucho después se han generalizado, pero que existían ya entonces. Opino que, en todo caso, esto sería el detalle o la excepción, no el conjunto ni la norma general, y lo que me interesa evocar es el término medio de la cirugía abdominal en el momento presente, no la excepción, que entonces, como ahora, deben existir.

No hay duda que hace más de cincuenta años no quedaban ya en el abdomen órganos por atacar quirúrgicamente. BILLROTH, en el año 1894, había realizado ya operaciones de cáncer gástrico y practicado resecciones intestinales; había visto cómo su discípulo WOLFLER establecía la gastroenterostomía y có-

mo MICKULICZ intervenía en el esófago practicando resección segmentaria. Esta labor de BILLROTH en su cátedra de Viena no era única, y al mismo tiempo y en diversas partes del mundo intervenían también en las vísceras abdominales. Así, VOLKMANN, en Leipzig, fué el primero en operar el cáncer del recto. La vesícula fué ya intervenida en el año 1882. En 1883 ya se practicaba la colostomía. En 1889, MACBURNAY estableció su doctrina sobre el valor de la inflamación apendicular y sobre su tratamiento quirúrgico. En 1893, HUSCHER curaba la perforación gástrica. No es exagerado afirmar, pues, que a comienzos del último cuarto de siglo, hace veinticinco años, en el momento en que iniciamos nuestro estudio, la técnica quirúrgica propiamente dicha, en lo que a la cirugía del abdomen se refiere, estaba ya fijada desde hacía mucho tiempo. Poca cosa podríamos encontrar en los tratados de técnica de aparición reciente que no se hallara ya en los de hace veinticinco años. La abertura y cierre del abdomen eran tan perfectamente reglados como hoy. Las vías de accesos a los órganos, su disección y liberación, su vascularización, la técnica de las suturas viscerales, todos los grandes conceptos y detalles de tipo técnico, en fin, eran perfectamente conocidos.

De otra parte, la habilidad manual de nuestros antecesores era magnífica, hasta podría decir prodigiosa en muchos casos, y en términos generales superior a la media de los cirujanos actuales. La necesidad de operar velozmente, para reducir a un mínimo la duración del acto operatorio, les obligaba a ser mucho más rápidos y hábiles en sus maniobras; esta necesidad ha perdido valor para el cirujano actual, que no debe temer al tiempo, puesto que de la duración de una intervención ya no se devían peligros serios, a veces fatales, como ocurría antaño.

Sin embargo, a pesar de tales antecedentes, no creo que pueda negarse por nadie que el progreso de la cirugía abdominal en estos últimos años ha sido enorme. Por el número y calidad de las intervenciones, por sus resultados inmediatos y lejanos, por la cantidad de cirujanos que las practican, el cambio operado es realmente extraordinario. Los que hemos vivido nuestra juventud en aquella época, nos damos cuenta de él con sólo cerrar los ojos y recordar. Pero a los más jóvenes, a los que no han tenido ocasión de vivir personalmente este cambio, les recomiendo que lean y comparen las publicaciones del año 1925 con las de hoy, y encontrarán muchísimas más intervenciones, operaciones mucho más radicales y, sobre todo, resultados extraordinariamente distintos a los que se obtenían en aquella época. ¿Qué ha ocurrido, pues? Para analizar detenidamente qué es lo que ha pasado, dónde reside y a qué es debido el progreso de la cirugía abdominal, creo interesante estudiarlo en cuatro apartados, que se refieren al diagnóstico, a las indicaciones, a la anestesia y a la medicina paraquirúrgica.

DIAGNÓSTICO

No hay duda de que en el diagnóstico de las enfermedades abdominales, como en el de todas las demás en general, el avance realizado en el último cuarto de siglo es muy considerable. Este progreso se caracteriza por un conocimiento más completo y preciso de muchas enfermedades y, sobre todo, de sus fases iniciales; asimismo, por la identificación de nuevos procesos hasta hace poco desconocidos o de conocimiento incompleto, que se han podido individualizar y que antes se confundían con otros de análoga localización o de sin-

tomatología parecida. La evolución progresiva del diagnóstico es debida, en nuestro concepto, a dos causas fundamentales. Por una parte, a la radiología; la era radiológica de la Medicina está en pleno desarrollo. Poco a poco, gracias a los avances de la técnica y a los mejores conocimientos de los especialistas, la sintomatología radiológica de las enfermedades abdominales se ha enriquecido con tal cantidad de conocimientos, que permiten diagnósticos insospechados hasta hace relativamente pocos años.

Recordemos, por ejemplo, que la colecistografía es de adquisición tan reciente, que el descubrimiento de GRAHAM y COLE data tan sólo de 1924. Sin embargo, la colecistografía ha cambiado por completo el panorama del diagnóstico de las afecciones de la vesícula biliar y ha influido, asimismo, en el de las vías biliares en general. Otros ejemplos muy demostrativos son los de la patología del esófago abdominal, del diafragma y de muchas afecciones del intestino delgado, que de hecho tan sólo en nuestra era radiológica ha sido posible descubrir.

Reconocer el importante papel de la exploración radiológica en el diagnóstico de las afecciones abdominales quirúrgicas no significa que yo minimize el valor de la antigua clínica hipocrática. La anamnesis y la exploración meticulosa conservan, en patología digestiva, todo su altísimo valor; pero sería, sin duda, negar la evidencia no admitir que los síntomas adquiridos mediante el descubrimiento de RÖNTGEN han venido a completar de una manera poderosa nuestras posibilidades para el conocimiento de las afecciones abdominales.

Otro factor que ha intervenido notablemente en la evolución de nuestros conceptos sobre muchas de estas afecciones ha sido, sin duda, y ello constituye una gloria para la Cirugía, los hallazgos operatorios. Esta vivisección que es, en realidad, todo acto quirúrgico, ha acumulado una enorme cantidad de nuevos datos y de conocimientos forzosamente ignorados por nuestros antepasados, contribuyendo de una manera extraordinaria a conocer ciertos aspectos de las lesiones de los órganos abdominales, a relacionarlos con las perturbaciones funcionales o con la sintomatología general, a aclarar muchísimos puntos oscuros o completamente desconocidos, hasta que las intervenciones quirúrgicas se han prodigado a diario. Añádanse a estos factores los progresos de los exámenes de laboratorio y en otras exploraciones complementarias, como la endoscopia, etc., y una mayor instrucción médica y aun profana; todos ellos han contribuido para la aparición de una nueva era en los conocimientos patológicos. Sin duda, no es excesivo afirmar, como se ha hecho, que, debido a ello, sería conveniente, tal vez necesario, arrinconar los museos de anatomía patológica de antaño, porque no son más que almacenes de piezas patológicas o de órganos afectados en períodos finales de las enfermedades, períodos de escaso interés clínico a los que no se debiera llegar, pues la terapéutica, para ser eficaz, necesita actuar pronto, y para poder actuar pronto es necesario diagnosticar con precocidad.

Los progresos en el diagnóstico y su decisiva influencia sobre la terapéutica quirúrgica de las enfermedades abdominales se han producido análogamente en las situaciones de emergencia y en las fases no agudas o de cronicidad. Basta recordar los progresos en el diagnóstico de las perforaciones gástricas, por ejemplo, que hoy es posible hacer en el acto, gracias a un conocimiento preciso de la sintomatología y el apoyo de las exploraciones complementarias; lo mismo podríamos decir del diagnóstico de las oclusiones, agudas o subagudas, y de las afecciones agudas del apéndice, que, en el momento actual, son casi siem-

pre diagnosticadas y tratadas antes de las primeras veinticuatro horas, mientras hace veinticinco años su diagnóstico precoz era excepcional y el tratamiento en fase aguda discutido o rechazado de lleno por muchos clínicos.

Hace veinticinco años, lo habitual, en los casos de abdomen agudo, era que cuando se llamaba al médico, o cuando éste estaba en condiciones de poder hacer un diagnóstico, habían transcurrido con creces las horas útiles para la terapéutica; lo corriente era ver enfermos en fases avanzadas de peritonitis difusa, en las cuales todos los tratamientos contaban con posibilidades de éxito muy limitadas; por el contrario, era muy raro que llegaran al cirujano pacientes en las fases precoces, por falta de diagnóstico, de indicación, o por la oposición familiar.

Podríamos multiplicar los ejemplos refiriéndonos a las afecciones crónicas o por lo menos sin tratamiento urgente. En mis primeros años de ejercicio profesional no recuerdo haber visto una sola neoplasia de colon que se sometiera al cirujano antes de la fase oclusiva que tanto perjudica para las posibilidades del tratamiento y que, además, significa siempre un estado avanzado en la evolución de la enfermedad. Lo mismo podríamos decir de la colédocolitiasis. Para la mayoría de los médicos y cirujanos, el síndrome incompleto de la litiasis coledocal, que hoy se conoce tan bien, no existía, y ordinariamente no se llegaba ni a sospechar la posibilidad del cálculo de colédoco, hasta que lo ponía en evidencia una ictericia obstructiva de larga duración, de gran intensidad, acompañada de angiocolitis, o sea, no solamente de una fase avanzada de la enfermedad, sino con complicaciones que agravaban notoriamente las condiciones locales y generales del paciente.

Hoy, de la colédocolitiasis, como de otras afecciones abdominales, se conocen los síndromes mínimos, que, en la gran mayoría de los casos, son suficientes para permitir una orientación diagnóstica acertada o, por lo menos, para conducir a la busca de nuevos síntomas, mediante los cuales se pueda llegar a un diagnóstico exacto en momento oportuno. Por otra parte, además de la mejor preparación de los médicos, también la de los pacientes y de sus familiares ha contribuido a crear un clima de confianza, gracias al cual es posible actuar en la exploración y en la terapéutica con rapidez notablemente superior a la corriente en épocas pretéritas.

Aunque, por desgracia, tampoco hoy ocurre siempre así. Es lamentable, pero todavía falta labor en este sentido. Al médico general, que tiene que ocuparse de tantos procesos, de tantas dolencias diversas, con pocos medios y escaso tiempo para documentarse, no se le puede exigir lo mismo que a los especialistas o a los grandes servicios hospitalarios.

Pero sí se le puede exigir al médico general una labor de orientación de los pacientes, de canalización hacia donde existen aquellas posibilidades de diagnóstico precoz. En el momento actual, la labor del médico general debe consistir esencialmente en esto, que es su razón de existir: guiar a los pacientes hacia los especialistas o hacia los centros que reúnan condiciones para emitir diagnósticos precoces.

Sin duda, también la práctica de reconocimientos médicos frecuentes, sistemáticos, contribuye poderosamente al mismo fin. Así lo ha demostrado el estudio metódico de los niños y jóvenes escolares, que hoy son reconocidos cuidadosamente en muchos centros de enseñanza; gracias a ello se descubren muchas lesiones iniciales ignoradas, que, tratadas a tiempo, han permitido conseguir magníficos resultados. Algo análogo convendría hacer periódicamente

en los adultos, sobre todo después de los treinta y cinco años, y éste sería uno de los mejores caminos para la lucha anticancerosa en el futuro. Mi propósito en esta conferencia ha sido ocuparme del pasado, no del futuro; pero permítame una corta digresión para decir que tal vez en años venideros la posibilidad del conocimiento de la perturbación funcional anterior a la lesión anatómica de muchas afecciones conducirá a resultados terapéuticamente mejores que los actuales, y que, posiblemente, muchas afecciones que hoy llegan a constituirse serán detenidas en su iniciación, en la fase de trastorno funcional, impidiendo su llegada al período anatomopatológico. Entonces la Cirugía quedaría sin muchos de sus objetivos actuales, pero posiblemente se abriría un ancho campo para la Cirugía fisiológica, este ansiado sueño de LERICHE, que en algunos aspectos ha sido ya realidad.

INDICACIONES

En el capítulo de las indicaciones quirúrgicas de las afecciones abdominales se han realizado indudables progresos por diferentes motivos. En primer lugar, debido a mejores conocimientos patogénicos y diagnósticos y a contar con mejores medios complementarios de exploración; en segundo lugar, porque el cirujano ha podido ser más médico o más biólogo, es decir, más científico que en años pretéritos.

Los primeros puntos los creo evidentes. Indudablemente, para sentar una buena indicación es preciso un diagnóstico concreto. No es conveniente, ni innocuo, confiar a la exploración quirúrgica el diagnóstico de las afecciones. El término *laparotomía exploradora* debería desaparecer de nuestros programas operatorios; hemos de reconocer que, por fortuna, cada vez va empleándose menos. Hoy es raro que el paciente vaya al quirófano sin una seguridad completa en el diagnóstico y, por consiguiente, sin que el cirujano cuente ya con unas indicaciones preconcebidas respecto a la táctica y a la técnica operatoria que le han de guiar en el transcurso de la intervención.

En cuanto al otro punto, que se refiere concretamente al cirujano, se revela en la evolución que, ya desde el comienzo de la moderna Cirugía, se iba perfilando poco a poco. No hay duda de que los primeros cirujanos (y no me refiero a los de la época preantiséptica, sino a los posteriores a PASTEUR y LISTER, poseedores ya de la anestesia y de la hemostasia, que permitieron instaurar científicamente la técnica quirúrgica moderna) fueron más artistas o más artesanos que biólogos. El cirujano era a veces carpintero, otras fontanero, otras mecánico, es decir, simplificaba su espíritu y su obra en el sentido de querer resolver por medios manuales los procesos patológicos, análogamente a como haría uno de estos artesanos trabajando sobre la madera, sobre las tuberías o sobre los aparatos mecánicos. No se olvidaba que el sujeto de la cirugía era el organismo vivo, pero se desconocían sus complicadas reacciones. Así, gran parte de los primeros trabajos de la Cirugía moderna estaban dedicados a intervenciones inspiradas en un concepto estático, mecánico; ejemplo, las pexias, por confiar en que si un órgano desplazado se reponía a su situación anatómica normal, iban a modificarse los trastornos patológicos que afectaban al enfermo. La realidad se encargó de modificar este concepto puramente mecanicista, y las pexias de la mayor parte de los órganos están hoy abandonadas porque los hechos se han encargado de demostrar que, en los próxicos viscerales, lo menos impor-

tante suelen ser las ptosis en sí y que otras causas son las responsables de sus manifestaciones patológicas.

Un comentario análogo podríamos hacer a propósito del empleo de materiales extraños. Sin duda, fué muy humano pensar que, en determinados casos, para reparar conductos alterados, sería fácil y útil el empleo de materiales extraños. Ante una vía biliar estenosada, por ejemplo, parecía lógico sustituirla por un tubo de material extraño; pero la experiencia enseñó que el organismo, con sus leyes inmutables, tolera mal esos cuerpos extraños. Lo que debía facilitar, en definitiva, dificultaba, y el propio cuerpo extraño origina procesos de fibrosis, favorece la infección, es decir, conduce por caminos absolutamente distintos de los que el cirujano había imaginado.

La misma úlcera en boca anastomótica, baldón de la Cirugía gástrica, esta enfermedad nacida a consecuencia de la actuación del cirujano, es, en gran parte, también un ejemplo de lo que estábamos diciendo. Parece lógico que si existe una estenosis que dificulta el tránsito por el canal piloroduodenal, una intervención de derivación, realizada entre el estómago ectasiado y una porción más baja del intestino, deba producir resultados favorables, y, sin duda, así es en muchos casos. Pero la naturaleza se ha encargado de demostrar que no siempre acepta esta intervención basada en conceptos puramente hidromecánicos, sino que en buen número de ocasiones, y por diferentes motivos que no es ésta la ocasión de examinar, el organismo responde, como en son de protesta, contra la intervención realizada, produciendo una nueva enfermedad, en muchas ocasiones peor y de tratamiento más difícil que la que había motivado la primera intervención.

El cambio del concepto que hemos llamado mecánico al biológico se ha registrado también, en estos últimos años, a propósito del tratamiento quirúrgico de determinadas afecciones, casi todas pertenecientes a la patología abdominal de urgencia. Tal es el caso de la pancreatitis aguda, en la que, después de una serie de intentos quirúrgicos, hemos llegado a conocer que en la fase aguda de la enfermedad la indicación correcta es, precisamente, no intervenir. Tal es el caso también de ciertos tipos de oclusión intestinal que no son tributarios de una intervención inmediata, puesto que con un tratamiento incurrente, mediante la intubación y otras medidas de restablecimiento de los mecanismos alterados por el hecho oclusivo, se consiguen resultados terapéuticos muchísimo mejores que los que se obtenían con la intervención sistemática inmediata. En definitiva, hemos ido aprendiendo que el tratamiento quirúrgico no significa necesariamente la oposición al tratamiento médico ni ha de vivir de los fracasos de éste; que un juicio ponderado, basado en amplios conocimientos clínicos y biológicos, es indispensable para establecer las indicaciones quirúrgicas en los casos y en los momentos en que su acción pueda ser más eficaz y sus peligros menos considerables.

ANESTESIA

Este es, sin duda, un capítulo en el que se han registrado cambios trascendentales en los últimos veinticinco años. Un poco antes, yo he vivido todavía la época en que el anestesista era el último elemento del equipo quirúrgico. Era habitual que al llegar un nuevo interno, estudiante de los primeros cursos, a un servicio quirúrgico, se le encomendara primero la misión de preparar, es decir, lavar y rasurar las regiones que iban a ser intervenidas. Después de este

entrenamiento, que de ordinario era de breve duración, se consideraba ya útil al interno para el trabajo de la sala de operaciones. Como primera providencia se le entregaba la mascarilla, el abrebotas y el tiralenguas, una botella de cloroformo y otra de éter, y quedaba convertido ya en anestesiista, relevando a su inmediato antecesor de lo que se consideraba pesada carga. Tan poca era la importancia que se concedía a una técnica que después se ha convertido en fundamental. Esta incomprensible falta de importancia concedida a la anestesia fué cambiando progresivamente, por lo menos en nuestro ambiente, alrededor de 1920, gracias a la introducción en nuestros servicios del aparato de OMBREDANNE, que significó ya un extraordinario progreso, y a la difusión de las técnicas de anestesia raquídea y local. Entonces se inició una verdadera preocupación por la anestesia y, entre nosotros, una envidia por los países más ricos o más avanzados (Estados Unidos, Alemania, Inglaterra), que disponían de hermosos aparatos con gases y mecanismos automáticos, casi de leyenda. Parecía que el problema de la anestesia, que ya había entrado en la especialización, iba a resolverse mediante complicadas maquinarias o nuevos productos frutos de los avances de la química, cuando he aquí que hemos asistido a un cambio fundamental que, a mi juicio, abre una nueva era en la historia de la Cirugía. Se trata de la introducción del curare.

KEEN, hace ya bastantes años, reclamaba para el anestésico ideal tres condiciones fundamentales: suprimir el dolor, abolir la conciencia y carecer de peligros. Debe añadirse a ellas otra: inmovilidad y relajación muscular, la más difícil de conseguir, porque suprimir el dolor y la conciencia se puede obtener con facilidad, sin peligros y con diversos anestésicos; pero conseguir una inmovilidad absoluta, una anestesia quirúrgica perfecta y profunda, comporta riesgos considerables. Las investigaciones de químicos, fisiólogos y cirujanos se orientaron en el sentido de buscar en nuevos productos anestésicos un mayor margen de seguridad, mientras se confiaba al empleo de aparatos más o menos complejos, casi siempre muy complejos, la obtención de la anestesia ideal, sin que, desgraciadamente, llegaran a acercarse a ella. Ha sido necesario, como decía, un cambio radical, la entrada a una nueva senda, la que ha permitido el progreso. Primero, el convencimiento de que la anestesia tiene importancia trascendental para la práctica quirúrgica condujo a la creación de los anestesiistas especializados, y son estos abnegados colaboradores del cirujano quienes con sus conocimientos específicos han contribuido prodigiosamente a perfeccionar esta rama de la terapéutica quirúrgica.

Se llegó, pues, en nuestro periodo, a la introducción en la práctica diaria de la respiración controlada, la cual posibilitó el paso siguiente que ha cambiado por completo la faz de los problemas anestésicos. Este paso ha sido la introducción del curare y de las sustancias curarizantes. La anestesia sigue ahora una vía distinta.

Antes, o la anestesia no era profunda, o su acción sobre el organismo vivo era francamente peligrosa durante la intervención y perjudicial después de ella. El umbral de la anestesia quirúrgica, en cirugía abdominal especialmente, era de dimensiones demasiado semejantes al umbral de la muerte para que no limitara o condicionara la acción de los cirujanos.

Los progresos de la anestesia y los de la reanimación hacen fácil de comprender hoy lo que se había llamado *temperamento quirúrgico*, que se consideró indispensable para los cirujanos hasta bien entrado el siglo actual. El temperamento quirúrgico era un conjunto de cualidades de rapidez operatoria y

de audacia, un poco o un mucho espectacular, que los jóvenes de hoy difícilmente pueden comprender. Era casi imposible operar, como quería LECENE, con el cerebro y no con los reflejos. La aparición del curare y las sustancias curarizantes ha cambiado por completo el aspecto del problema. Hoy ya no le pedimos al anestésico que suprima los reflejos, que produzca un silencio abdominal completo con total relajación de los tejidos; esto se lo pedimos a una droga que no tiene nada de anestésica, pero que, sin embargo, cumple a maravilla esta función, y así nos hallamos hoy con la agradable posibilidad de poder realizar las maniobras operatorias con una relajación muscular absoluta, con un silencio abdominal perfecto, mientras el paciente se mantiene en el primer periodo de la anestesia quirúrgica de antaño, superficialmente dormido, tan sólo para que no se dé cuenta del acto operatorio ni de la inmovilización a que le ha reducido el curare, reducida la acción tóxica del anestésico a tan escasa proporción, que le exime de peligro.

Algo tan importante como este nuevo aspecto de la anestesia ha sido la instauración de los equipos de reanimación. Tal vez esto sea difícil de comprender para las nuevas generaciones, que ya se han encontrado en los quirófanos con la actuación de unos elementos que se dedican a mantener el tono general del paciente mientras el cirujano opera. La sistematización de estas prácticas es recientísima; hace relativamente pocos años, el paciente estaba sometido solamente a la vigilancia somera del anestesista, que de vez en cuando le tomaba el pulso, que a menudo daba al cirujano la voz de alarma y le requería para una rápida terminación del acto operatorio o asistía impasible a la instauración del shock. Daba la sensación de que el concepto mecanicista de la Cirugía a que me he referido antes inspiraba también este aspecto. El cirujano operaba como si el paciente no fuera un ser vivo sujeto a acciones y reacciones, o como si no se contara con una terapéutica capaz de evitar graves accidentes en el quirófano, la producción del shock quirúrgico y, en definitiva, una aminoración de otras condiciones notablemente influyentes en la mortalidad operatoria. Quisiera recordar (y os pido perdón por lo que pueda tener de inmodestia) que fué por el año 1940 cuando presenté a la Sociedad de Cirugía una comunicación a propósito de la profilaxia del shock quirúrgico en las grandes intervenciones abdominales; por aquel entonces, en nuestro país, y pocos años antes en casi todos los países, apenas se concedía importancia a estos hechos. ¡Cuántas veces se tenía que terminar rápidamente una intervención porque el enfermo se agotaba! Es fácil comprender el nervosismo que se debía apoderar del ánimo del operador ante las desagradables perspectivas que se presentaban para el resultado de la operación y ante la necesidad de actuar con rapidez para terminar un acto operatorio que era tan mal tolerado. Comparemos esta situación con el panorama de hoy en nuestros quirófanos mientras los enfermos son sometidos a largas intervenciones abdominales, como amplias resecciones de colon o del recto, gastrectomía total, etc., que suelen prolongarse dos horas y media o tres, y, sin embargo, el paciente sale del quirófano con la misma tensión arterial, con el mismo pulso con que había ingresado.

El shock quirúrgico prácticamente ha desaparecido, y no porque se haya avanzado gran cosa en conocimientos patogénicos, sino porque hemos aprendido a evitar en el operado la instauración del primer proceso que lo anuncia visiblemente: la hipotensión. Impedida ésta, los demás mecanismos, los demás círculos viciosos no llegan a establecerse y el shock no se establece. Esta ha sido una conquista relevante de los últimos años, que nos permite realizar

grandes intervenciones con un riesgo mucho menor del que se corría anteriormente. Es justo reconocer que corresponde a la Neurocirugía el mérito de la incorporación al equipo quirúrgico de los elementos que cuidan específicamente de la vigilancia y de la reanimación del operado en colaboración o bajo la dirección del anestésista, y que tan magníficos resultados ha producido en todas las especialidades quirúrgicas.

MEDICINA PARAQUIRÚRGICA PRE Y POSTOPERATORIA

He aquí otro factor fundamental en la evolución de la Cirugía moderna. Es también difícil de comprender por qué a los tratamientos pre y postoperatorios se les concedió tan poco relieve hasta hace muy pocos años. Tan sólo después de la primera guerra mundial se encuentra alusión, en algunas publicaciones, a ciertos métodos o técnicas que tienen una vaga relación con lo que hoy comprendemos con el nombre de cuidados pre y postoperatorios. Tal vez fueron los cirujanos urólogos los primeros que describieron la conveniencia de estudiar en algunos aspectos el estado general del enfermo y sus posibilidades ante el tratamiento quirúrgico, pero de una manera muy elemental. Se investigaba la uremia, se obtenía la constante de AMBARD; es decir, ante la posibilidad de una claudicación renal, de una insuficiencia, de una intoxicación urémica de tipo crónico, en muchos de los enfermos urológicos se investigaban especialmente estos datos y se intentaba un tratamiento encaminado a impedir grandes trastornos postoperatorios. Pero hace veinticinco años, nada o casi nada se hacía como preparación de los pacientes que iban a ser operados por afecciones abdominales. Algunos lavados gástricos en los retencionistas, y no precisamente como tratamientos, sino para acostumarlos a los que serían necesarios después de la intervención. Es cierto que no se había llegado todavía a la aplicación terapéutica de las vitaminas, ni se conocían los bacteriostáticos, ni los antibióticos, ni la intubación intestinal. Tampoco contaba gran cosa el equilibrio hídrico o mineral ni las perfusiones endovenosas que hoy se usan con profusión, aunque es lamentablemente cierto que todavía hay cirujanos que lo juzgan imposible porque les atribuyen reacciones temibles. Desde luego, es éste un concepto nacido de la comodidad. Reconocemos que en nuestro país existen dificultades—no en balde somos un país pobre—; pero, a pesar de ello, el que quiere resolver el problema de los sueros endovenosos exentos de pirógenos lo tiene al alcance de la mano como los muchos servicios que lo han resuelto.

La conducción del postoperatorio ha realizado avances considerables a causa de la experiencia que se ha ido adquiriendo y de los nuevos medios terapéuticos. No hace falta resaltar que el descubrimiento de FLEMING ha sido trascendental también para los pacientes quirúrgicos. De golpe, los antibióticos nos han deparado un medio efectivo de lucha contra las infecciones, y esto ha modificado totalmente las posibilidades de lucha en el postoperatorio.

Se ha precisado, en fin, el tratamiento de los íleos mecánicoinflamatorios, la prevención del shock tardío, de las hemorragias, de las atelectasias pulmonares, y con todo ello, junto con los poderosos medios actuales de lucha contra la infección, se ha conseguido una notable mejora en la morbilidad y mortalidad postoperatoria.

Un gran progreso lo ha constituido, asimismo, la movilización precoz del operado, que no es nada nuevo, pero que, sin duda, ha sido revalorizado última-

mente gracias a los trabajos de CAMPEANU y otros cirujanos. Aunque ha habido exageraciones, fruto de un desmedido afán de espectacularidad, es indudable que la movilización y el levantamiento precoz de los operados ha contribuido poderosamente a la prevención de numerosas complicaciones, al acortamiento del postoperatorio y a la rápida rehabilitación del operado, esto último en estrecha alianza con una orientación más biológica en los problemas de la alimentación de los pacientes quirúrgicos.

Quisiera esbozar brevemente, antes de terminar, los métodos y técnicas que se emplean hoy habitualmente, referidas a los distintos órganos del abdomen, y hacer resaltar sus diferencias con las de hace un cuarto de siglo.

ESTÓMAGO Y DUODENO

Sigue siendo el tratamiento quirúrgico del úlcus y de sus complicaciones el que proporciona mayor número de intervenciones gástricas. Estas se prodigan, sin duda, mucho más, al propio tiempo que ha aumentado el contingente de cirujanos que las llevan a cabo. Pero mientras veinticinco años atrás se hallaba todavía en discusión el valor de las que pueden llamarse intervenciones menores (gastroenterostomía, resecciones parciales, piloroplastias), hoy está universalmente admitida la superioridad de la resección subtotal, que es la única empleada por la inmensa mayoría de cirujanos. La gastrectomía amplia tiene, hasta cierto punto, fundamentos empíricos, constituye una excesiva mutilación para curar una enfermedad localizada; pero los resultados la justifican, indudablemente, mientras no dispongamos de otro medio mejor. Sobre todo, cuando se ha conseguido reducir la mortalidad hasta cifras bajísimas en los servicios especializados.

Sin embargo, la prueba de que la gastrectomía sistemática en el tratamiento del úlcus, a pesar de unos resultados inmediatos y lejanos decididamente favorables, no satisface plenamente el espíritu de los médicos ni cirujanos, la tenemos en el entusiasmo con que fué acogido, hace pocos años, un nuevo intento de cirugía funcional; me refiero a la vaguectomía de DRAGSTED. Desgraciadamente, los resultados no han correspondido a las esperanzas, y aun en el úlcus duodenal la sección de los vagos, sola o acompañada de gastroenterostomía, parece conseguir escasas curaciones permanentes. En cambio, se apunta como una técnica de decidido valor para tratar el úlcus anastomótico post resección. Este, por fortuna poco frecuente, pero origen de graves problemas terapéuticos cuando se presenta después de gastrectomías amplias y correctas, cura bien después de la vaguectomía, evitando nuevas resecciones más extensas o la gastrectomía total en estos inveterados productores de úlceras.

Las neoplasias gástricas siguen siendo tributarias del tratamiento quirúrgico, porque éste es, por ahora, el único medio capaz de obtener alguna curación. Pocas, es verdad, pero algunas, que seguramente serían más todavía si el diagnóstico precoz lo fuera realmente, o mejor aun si se trataran a tiempo ciertos procesos precancerosos del estómago y no se olvidara demasiado a menudo que la úlcera gástrica debe ser considerada siempre como sospechosa. Por lo demás, la evolución de los últimos años ha residido en un notabilísimo aumento en las cifras de reseabilidad de las neoplasias gástricas, aunque este esfuerzo ha sido débilmente correspondido por un aumento en el número de curaciones definitivas. Ello explica los nuevos intentos de buscar una mayor radicalidad en la gastrectomía total con la extirpación amplia de los pedículos linfáticos, no en

los casos avanzados, sino en los considerados como precoces, idea defendida entre nosotros por USUA, aunque, en mi concepto, tampoco este cambio va a permitirnos progresar mucho, puesto que el mal pronóstico de las neoplasias gástricas deriva, probablemente, de la riqueza linfática del estómago y de la multiplicidad de sus pedículos, que facilitan la difusión precoz contra la cual se estrellan las exéresis más extensas.

La gastrectomía total ha sido sistematizada en estos años y ha entrado en las posibilidades de todo cirujano de digestivo, para el tratamiento de las neoplasias del fórnix y del cardias. Sin duda, ello ha sido debido en gran parte a la vía transtorácica, hecha inocua gracias a la anestesia con respiración controlada y a los antibióticos. La vía transtorácica aplicada a las operaciones de los órganos digestivos altos (esófago, estómago) ha sido una de las más brillantes conquistas de la Cirugía en la época de nuestro relato. Asimismo, la anestesia actual ha facilitado el tratamiento de las hernias diafragmáticas, mientras el conocimiento de sus síntomas clínicos y radiológicos ha aumentado el número de diagnósticos en forma insospechada.

HÍGADO Y VÍAS BILIARES

Permitidme recordar de nuevo que la colecistografía de GRAHAM y COLE data de 1924 y que el magnífico libro de PINÓS, que tanto contribuyó a popularizarla entre nosotros, es de 1928. Esto explica suficientemente la evolución de la cirugía biliar en nuestro período. Diagnósticos precisos, exactos, en fases precoces de la litiasis vesicular. Freno a la fantasía de muchos que habían conducido a verdaderos excesos en las indicaciones de la colecistectomía a base de supervalorizar la colecistitis crónica no litiasica, o los trastornos funcionales de las vías biliares. Aumento de intervenciones por litiasis biliar y disminución notabilísima de su gravedad. He aquí un favorable resumen. Bien es verdad que se mantiene sobre la mesa el tema de las llamadas secuelas de la colecistectomía, sobre el cual tanto cabría hablar. Aunque muchas de tales secuelas no es justo cargarlas a la colecistectomía, sino a menudo a defectos de indicación; con frecuencia, a fallos de técnica (ectomías incompletas, lesiones quirúrgicas de la principal, cálculos olvidados en el colédoco, pancreatitis), porque la cirugía de las vías biliares requiere meticulosidad, cuidado exquisito, conocimiento y experiencia, condiciones que no siempre reúnen los que se lanzan a practicarla. Otras secuelas no tienen relación alguna con la colecistectomía, ni tan sólo con la afección que a ella obligó, porque se pueden tener cólicos hepáticos y a la vez dispepsias que nada tienen de relación con la afección vesicular, o bien otros procesos digestivos o extradigestivos absolutamente desligados de las vías biliares y que seguirán después de la colecistectomía, a pesar de ésta y no como su consecuencia.

La colangiografía preoperatoria de MIRIZZI y los métodos radiomanométricos de CAROLI y de MALLETT-GUY son técnicas de esta época, nacidas precisamente del deseo de perfeccionar los resultados de la colecistectomía. Asimismo, los intentos de cirugía funcional sobre los esplénicos, sobre las ramas nerviosas del pedículo hepático o sobre el esfínter de Oddi, si bien hasta ahora métodos de excepción, revelan el mismo afán.

En la cirugía de la vía principal también hemos avanzado considerablemente, gracias, sobre todo, a la mayor precocidad en el diagnóstico y al mejor conocimiento de los síndromes. Nuestros medios actuales permiten realizarla con

tales garantías de éxito, que asombrarían a nuestros antepasados. Ellos debieron tratar casi siempre casos avanzadísimos, con la célula hepática profundamente afectada por ictericia obstructiva de larga duración o por angiocolitis, causa, en los pacientes, de deplorables condiciones para intentar una intervención quirúrgica. Ha sido en estos años cuando nos ha venido la ayuda, no solamente de los antibióticos, sino del conocimiento de los procesos de formación de la protrombina, y de los elementos necesarios para la coagulación y la facilidad de influir en ellos mediante vitamina K, las transfusiones de sangre y otros medios con que hoy contamos para evitar la tendencia hemorrágica de los enfermos ictericos. En este orden de cosas debo hacer resaltar el cambio notable que significa el incremento del desagüe interno por medio de la colédocoduodenostomía, frente al empleo casi sistemático del desagüe externo con el tubo de KHER por los cirujanos de hace veinticinco años.

En la cirugía del páncreas y del bazo debo consignar la importante aportación de un querido colega, y, para mi honor, discípulo, el doctor GÓMEZ Y GÓMEZ, que con sus estudios embriológicos ha demostrado las posibilidades de movilización de estas vísceras que tanto facilitan la técnica de las intervenciones a realizar en ellos.

En los quistes de páncreas, las cistoanastomosis y las fistuloanastomosis son operaciones de los últimos años, que han demostrado de una manera evidente sus posibilidades y sus resultados.

Asimismo, pertenecen a esta época los intentos de tratamiento de las neoplasias, que han conseguido éxito, en algunos casos, mediante la operación de WHIPPLE. Toda una serie de conocimientos anatómicos, fisiológicos y técnicos, sumados a la escasa importancia del tiempo como factor de gravedad operatoria, han permitido que la operación de WHIPPLE, aun reconociendo que se trata de una intervención excepcional, pueda llevarse a cabo y que exista alguna esperanza en las neoplasias de la ampolla de Vater y del páncreas, consideradas incurables hasta hace pocos años.

El intestino delgado tiene, en realidad, pocas afecciones quirúrgicas, pero el avance de su cirugía ha sido considerable. Por una parte, gracias a los nuevos métodos de exploración radiológica puros o asociados a la intubación, que permiten diagnósticos más precisos. Por otra, al sondeo intestinal asociado a la aspiración, método de tan altísimo valor coadyuvante en las oclusiones agudas que lo tiene, asimismo, en las crónicas, pues permite mantener el intestino sin distensión, en reposo y sin alteraciones en la circulación de sus paredes, todo lo cual ofrece grandes seguridades para las suturas, evitando así las dehiscencias.

En la cirugía del intestino grueso es tal vez en donde la evolución registrada en este período ha conducido a un cambio más radical de técnicas y de resultados. En realidad, la mayor parte de la cirugía del intestino grueso es la cirugía de las neoplasias, y éstas, contrariamente a lo que ocurre con las gástricas, tienen grandes posibilidades de curación. La neoplasia del colon es de crecimiento lento, invade también lentamente los linfáticos y se propaga con lentitud a los tejidos vecinos. Por tanto, las garantías de un tratamiento radical, sobre todo si se realiza precozmente, son muy considerables; por lo menos, un 50 por ciento de los operados por neoplasias del intestino grueso permanecen curados después de los cinco años.

El cambio no ha sido debido solamente al diagnóstico precoz—digamos precoz, aunque podría serlo, a menudo, mucho más—. En mis primeros años de médico no recuerdo haber visto ingresar en los servicios ninguna neoplasia de

colon que no estuviera en fase avanzadísima de su desarrollo, casi siempre con oclusión completa, y con gran frecuencia, además, acompañada de flemones y abscesos perineoplásicos, todo lo cual ocasionaba enormes dificultades a todo intento de tratamiento radical. Esta era la razón de aquellas técnicas complejas que se veían obligados a realizar con objeto de disminuir la gravedad de la resección cólica. Intervenciones de exteriorización, intervenciones con abocamiento de los cabos intestinales a la pared, es decir, operaciones por tiempos, eran casi obligadas en toda la cirugía cólica. La situación actual es totalmente distinta. En el colon derecho se ha establecido ya de una manera sistemática la hemicolectomía derecha en un solo tiempo, sin derivación de ninguna clase. En el colon izquierdo podemos decir que se marcha ya en el mismo sentido: la colectomía ideal es posible en ciertos casos, lo mismo que en el colon derecho, con restablecimiento inmediato de la continuidad en un solo tiempo, sin derivación externa, aunque esta derivación sea todavía preciso realizarla, en algunas ocasiones, mediante una sencilla cecostomía, a veces como tiempo previo. Como veis, el cambio ha sido extraordinario. Realmente parecería una osadía sorprendente a los cirujanos que desaparecieron de este mundo hace veinticinco años que los de hoy se vieran capaces de realizar con éxito una colectomía, más o menos extensa, intraabdominal, en un solo tiempo y sin derivación, no ya previa, sino ni en el mismo momento de la intervención. En cambio, esto es hoy una realidad, y lo es, como he dicho, no solamente debido a la actuación quirúrgica, a los avances en la preparación y en la técnica, a los antibióticos, sino, de una manera especial, a las posibilidades diagnósticas, que nuestros colegas internistas y radiólogos han sabido aprovechar brillantemente.

Análogas palabras podríamos decir en cuanto a la gran cirugía del recto, que es también habitualmente la cirugía de las neoplasias.

La cirugía del cáncer rectal se practicaba en algunos pocos centros veinticinco años atrás. En Viena, después de HOCHENEG, lo mismo que en Londres gracias a los trabajos de MILES, ya desde principios del siglo, la cirugía del cáncer del recto había llegado a un cierto grado de esplendor.

Pero esto eran casos aislados y probablemente con unos resultados muy distintos de los que hoy se obtienen en todo el mundo.

Se ha impuesto la idea de las intervenciones por vías combinadas abdominoperineales a abdominosacras; se ha conseguido llevarlas a cabo en un porcentaje elevadísimo de casos, y no sólo esto, sino que con un avance más, y gracias a los mejores conocimientos de la anatomía patológica y de las vías de propagación de las neoplasias rectales, puede realizarse, en muchos casos, la reconstrucción de la continuidad intestinal y restablecimiento del mecanismo normal de la defecación, evitando las colostomias definitivas; esta mutilación, que a veces constituía un elemento prohibitivo para que los enfermos se decidieran a operarse.

De ginecología abdominal, tan sólo cuatro palabras para significar cuán extraordinaria ha sido también la evolución. Hoy es muy raro observar aquellos grandes tumores o quistes enormes, que antes se veían con profusión en nuestras enfermerías. Esto ha posibilitado la cirugía conservadora en muchos casos, mientras hace veinticinco años apenas se realizaba en la cirugía ginecológica abdominal otra intervención que la histerectomía subtotal o total en todos los casos. Las anexitis graves han sido disminuidas, asimismo, notablemente gracias a la eficacia de los antibióticos y de los medios fisioterápicos.

En cuanto a la cirugía abdominal de urgencia, la evolución, por el mayor conocimiento de algunos procesos que conducen a los cuadros de abdomen agudo, ha sido realmente extraordinaria. Y lo ha sido, sobre todo, porque el significado del abdomen agudo y sus necesidades quirúrgicas ha sido cada vez mejor comprendido por los médicos, entrando en el área de los conocimientos habituales, y todo lo que antes eran diagnósticos tardíos, indecisiones y vaguedades, han desaparecido en gran parte. Y, así, vemos hoy cómo las perforaciones gástricas, por ejemplo, acuden casi siempre a manos del cirujano a las pocas horas, con lo cual las posibilidades de tratamiento se aumentan considerablemente. Incluso ha sido posible, gracias al diagnóstico precoz, que se haya podido defender el criterio de radicalidad que significa la resección gástrica en úlcus perforado, con lo cual se consigue su curación definitiva.

Lo mismo podríamos decir de la apendicitis. Yo recuerdo todavía, cuando estudiaba patología quirúrgica abdominal, en 1923, cómo se esforzaba el profesor BARRINA en hacernos comprender la necesidad ineludible de intervenir las apendicitis agudas en caliente, como se llamaba entonces, sin esperar a su enfriamiento, que muchas veces, en lugar de tal, lo que se obtenía era la producción de una peritonitis difusa. Estas ideas, que hoy están en el ánimo de todos, en el convencimiento de médicos y profanos, eran discutidas todavía no hace más de veinticinco años y aceptadas tan sólo por una reducida minoría. Desde entonces hemos aprendido, sobre todo a expensas de la apendicitis, a no temer al peritoneo, sino a las causas que lo agreden, va que aquél tiene, por el contrario, unas defensas magníficas. La cuestión es llegar antes de lo que va a ser muchas veces inexorable, la peritonitis difusa, teniendo en cuenta que la agresión inicial, aunque sea externa, necesita un cierto tiempo para poder desembocar en ella, y este tiempo es la fase útil o de seguridad para la intervención quirúrgica.

Pues bien: si no el descubrimiento, por lo menos la difusión de esta verdad, que casi parece perogrullada en el momento actual, marca también la evolución de la cirugía de urgencia en los últimos veinticinco años.

Algo análogo podría decir por lo que se refiere a las oclusiones intestinales. ¡Con qué celeridad llegan hoy, de ordinario, los pacientes correctamente diagnosticados a nuestros centros quirúrgicos, mientras hace veinticinco años rara vez veíamos, más que ocluidos, moribundos! Ciertamente, la evolución en el tratamiento de las oclusiones intestinales no ha sido fruto tan sólo del diagnóstico precoz, sino también de los nuevos conocimientos adquiridos sobre la oclusión y su síndrome humoral, el valor de la distensión y las posibilidades de su terapéutica, gracias a la intubación intestinal. Hace menos de veinte años que la intubación intestinal ha entrado en la práctica diaria; es una cosa casi incomprendible que, teniendo la sonda de Einhorn a mano, practicándose sondajes duodenales, no se hubiera comprendido la enorme utilidad de la aspiración del contenido intestinal en los ocluidos.

En las peritonitis difusas hemos aprendido definitivamente que lo importante es su profilaxia; que el peritoneo tiene, como decía antes, una fase de seguridad o de defensa ante las agresiones, que es cuando realmente es posible tratarlas con éxito, pero mediante un tratamiento causal. En cambio, en la peritonitis difusa avanzada no podemos contar con una terapéutica quirúrgica, y si no es posible realizar todavía un tratamiento causal mediante intervenciones de poca manipulación, es preferible el incurto: combatir la infección mediante antibióticos; la distensión intestinal y sus consecuencias, con la aspiración endo-

digestiva; sostener el tono general; en fin, confiar a medios incruentos unas posibilidades de curación que, aunque muy remotas, pueden alcanzarse en algún caso.

Hemos aprendido, asimismo, que entre los procesos productores del llamado abdomen agudo existen algunos que, si bien son tributarios de una estrecha vigilancia quirúrgica, no requieren la intervención inmediatamente. Así ocurre en las colecistitis agudas, en las pancreopatías agudas, en ciertos tipos de oclusión intestinal; esta matización de las indicaciones ha sido fruto de los últimos años. Ante un caso de abdomen agudo, en el momento actual, no puede satisfacerse este diagnóstico genérico, porque tenemos posibilidades de hacer con frecuencia un diagnóstico causal correcto que, con el conocimiento de la etiología de la enfermedad, nos llevará a una intervención quirúrgica inmediata en muchos casos, mientras en otros nos aconsejará la abstención con vigilancia quirúrgica. Pero esto únicamente es posible hacerlo cuando se cuenta, no sólo con una experiencia y un conocimiento clínico de estos problemas, sino, además, con los medios necesarios de laboratorio, de exploración radiológica, de vigilancia ininterrumpida; con un trabajo de equipo, en fin, que permita dar seguridad a los diagnósticos y, en definitiva, salvar en muchos más casos la vida de los pacientes.

* * *

La característica más destacada de los últimos veinticinco años de cirugía abdominal, como de toda la cirugía, ha sido, en mi concepto, la progresiva mejora registrada en los resultados inmediatos de las intervenciones quirúrgicas. Yo llamaría a esta etapa la de la lucha exitosa contra la mortalidad operatoria. No hace falta que cargue vuestra atención, de que ya he abusado, con estadísticas y cifras que lo demuestren. Están al alcance de quien quiera consultarlas y creo que no nos hace falta a los que ya tenemos edad para contemplar en visión retrospectiva personal lo que ha ocurrido en este cuarto de siglo. Por otra parte, no se nos puede regatear a los cirujanos una cierta contribución en la elevación progresiva, hasta alarmante para algunos economistas, del promedio de vida humana, fenómeno tan relevante en los últimos años, a pesar de todo lo que se conjura en contra: desde la bomba atómica a las motocicletas.

Sin embargo, no resisto a la tentación de exponer algunas cifras tan sólo. Son de LEHMAN y BECKER, y se refieren al Hospital Universitario de Virginia. Informan sobre el resultado de 20.137 casos tratados por el Departamento de Cirugía y Ginecología en un período de doce años (1934 a 1945, inclusive). La curva de porcentajes anuales de mortalidad quirúrgica muestra una caída continua desde el comienzo hasta el final del período, descendiendo desde un máximo de 71 por ciento, en 1934, hasta un mínimo de 25 por ciento, en 1945. Si se comparan los seis primeros años, con una cifra porcentual de 63, con los seis años siguientes, que ofrecen un 34 por ciento, se obtiene un descenso del 46 por ciento. Análogamente, la mortalidad en la oclusión intestinal fué de un 27 por ciento durante los seis primeros años, descendiendo a un 15 por ciento en los seis últimos, lo cual representa una disminución en la mortalidad del 44 por ciento, o sea, casi exactamente el mismo descenso obtenido para el conjunto de los casos tratados.

«Los resultados han sido registrados con orgullo propio del cirujano, pero sin atribuirles un origen exclusivamente local. El mismo progreso puede ser demostrado en cualquier clínica quirúrgica progresista como el resultado de la

contribución a los conocimientos médicos en todo el mundo», dicen LEHMAN y BECKER.

Sin duda, cifras semejantes y deducciones análogas podrían obtenerse en todos los grandes centros quirúrgicos del mundo, aunque sea justo reconocer que no en todas partes, en el medio rural o en las poblaciones pequeñas, por ejemplo, se puede contar todavía con los recursos necesarios para practicar la gran cirugía abdominal con los medios que tenemos a nuestro alcance en las ciudades populosas o en los grandes centros hospitalarios. Pero ello no es obstáculo para afirmar que la mortalidad postoperatoria en la cirugía abdominal de elección ha de quedar hoy reducida a cifras bajísimas y relacionadas con factores que podríamos llamar imponderables: la embolia, un fallo cardíaco, alguna muy rara dehiscencia de sutura; y algo parecido debe de ocurrir en la cirugía abdominal de urgencia cuando ésta se basa en diagnósticos precoces, en indicaciones precisas, y se cuenta con los medios indispensables para trabajar correctamente en la forma que hoy es posible hacerlo. Quien no obtenga resultados de este tipo tiene la ineludible obligación de pensar que algo no funciona en su caso, que algo falla en la preparación, en la técnica o en el cuidado postoperatorio de sus pacientes. Lo que no puede hacerse es tranquilizar la conciencia, o intentarlo, con desprecio olímpico de las estadísticas e imaginando que las cifras del prójimo son falsas. Nuestros deberes profesionales y, por encima de todo, la caridad cristiana nos exigen a todos un constante afán de perfección y una voluntad sin tasa.

Dos son los factores que, desarrollados en nuestra etapa, han conducido a los resultados actuales: uno, la anestesia en sus nuevas modalidades; otro, la medicina paraquirúrgica, adjetivo con el que queremos señalar el conjunto de conocimientos en que se basan los tratamientos incruentos empleados con motivo de una intervención operatoria. Ambos han conducido al cirujano a un trabajo en equipo que, si bien aparentemente le hace perder brillo y personalidad, se le compensa con creces por la mayor seguridad que han adquirido las palancas de mando de la nave que le toca pilotar. Tal vez exista cierto peligro de que esto pueda conducir al desarrollo de una actitud de desprecio por la técnica quirúrgica, o de complacencia en los riesgos de las grandes intervenciones, basada en la creencia de que la medicina paraquirúrgica eliminará todas las imperfecciones de una operación defectuosamente realizada. Esta actitud debe ser combatida vigorosamente, sobre todo en los jóvenes cirujanos, más expuestos a ser víctimas de ella.

El cuarto de siglo que ha motivado nuestro relato ha sido, indudablemente, fecundo en resultados. El maravilloso descubrimiento de FLEMING sería suficiente por sí solo para hacerlo brillar con luz propia en la historia de la Cirugía. Quiera Dios concedernos su ayuda a todos, especialmente a los que trabajamos en este santo Hospital, para que podamos conseguir en adelante mayor perfeccionamiento en nuestra actuación en bien de nuestros semejantes, y que en la revisión que al final de otro cuarto de siglo podrá hacer alguno de nuestros sucesores, le sea posible reconocer una nueva evolución favorable de la Cirugía, y que, para conseguirla, nuestra generación no ha regateado tampoco entusiasmo, esfuerzos ni desvelos.