

REVISTA MEDICA

Director: Dr. JOAQUIN ZELEDON

TOMO IV

San José, Costa Rica, Junio de 1940
No. 74

AÑO VII

Las opiniones sustentadas por los autores son exclusivamente personales. Cuando la Revista acuerpe o impugne cualquier artículo, lo hará en forma editorial o de comentario.

Número suelto \$ 1.00
Suscripción anual . . . 12.00
Número atrasado 2.00

EDITORIAL

El presente número se edita en homenaje del Profesor Doctor José Arce, uno de los exponentes máximos de la Ciencia Médica Argentina y figura de mundial relieve en el campo de la Cirugía.

En la primera semana del mes de Mayo del corriente año, Costa Rica se vió honrada con la visita de tan ilustre huésped. Esta tuvo su origen en una acertada iniciativa del Doctor Carlos Luis Valverde, Cirujano del Hospital San Juan de Dios, ante la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina de la República, la cual acuerpó la idea y la gestión tuvo la mejor acogida de parte del Excmo. señor Ministro de la República Argentina Doctor E. Loudet, quien, animado de ese loable espíritu de Panamericanismo que ha mostrado siempre, prestó su eficaz colaboración para organizar y llevar a feliz término las recientes jornadas médico-quirúrgicas celebradas en San José y presididas tan honrosamente para nuestro país, por el eminente cirujano argentino. Debe recalcarse muy especialmente el apoyo material y espiritual que dió el entonces Presidente Electo y Presidente de la Facultad de Medicina Doctor Rafael A. Calderón Guardia, quien no escatimó esfuerzos para darle mayor auge y solemnidad a los diferentes actos organizados en honor del Doctor Arce.

Días inolvidables vivimos los médicos costarricenses durante la corta permanencia del eminente maestro. En efecto, el catedrático argentino es un notable científico que posee a fondo dotes de verdadero pedagogo. Opera y diserta con lenguaje sencillo y con técnica impecable. En su bisturi hay la seguridad de quien sabe lo que hace. Sus guías inseparables son la Anatomía y la Fisiología. Cada acto operatorio tiene un fundamento anatomo-fisiológico. Endereza, plantea o confirma el diagnóstico preoperatorio con la naturalidad del sabio, sin arrogancias pueriles. Es meticoloso y todos los detalles de la intervención los aborda personalmente. Sus asistentes oyen y se

concretan a pasar o sostener los instrumentos. Es la Escuela Francesa, argullen los entendidos. Sea como fuere, ese control absoluto de todos y cada uno de los momentos operatorios en forma tan personal, tiene que redundar al fin de cuentas en mayor provecho para los pacientes.

Vimos al Dr. Arce en laboriosas operaciones de alta cirugía. La precisión manual, la limpieza, originalidad y destreza nos impresionaron y nos enseñaron; pero, lo que más nos cautivó fueron sus frases y comentarios hechos al final del acto quirúrgico en los que se revelaba un verdadero clínico. Hay que posponer el amor propio de cirujano en muchos casos —nos decía— y confesar el error de diagnóstico para salvar la vida de un enfermo. La medicina y la Cirugía se completan, no deben oponerse. El mejor cirujano es el que salva vidas y no vanidades".

Hay un comentario final que no podemos prescindir de exteriorizar. Los médicos costarricenses, salvo raras excepciones, hicimos nuestros estudios de medicina en Universidades norteamericanas y europeas. Los profesores, grandes sabios muchos de ellos, exponen sus cursos en Inglés, Francés, Alemán, Italiano, etc. Acostumbrados por la fuerza de los hechos a oír o leer siempre en lenguas extrañas conferencias, lecciones, conversaciones, etc., hubo de emocionarnos hondamente oír en nuestra propia lengua al Prof. Arce disertar o conversar sobre temas médico-quirúrgicos con la misma o mayor capacidad y elegancia que aquellos inolvidables profesores que escuchamos en Europa, o en los Estados Unidos.

Un sentimiento de orgullo racial brotó de nuestros corazones. La República Argentina marcha a la vanguardia del progreso de la Ciencias Médicas. Ya no hay necesidad de cambiar de continente, de aprender lenguas extrañas para escuchar las sabias enseñanzas. La visita del Prof. Arce será de incalculables proyecciones dentro del campo de la vinculación científica interamericana.

Un ineludible deber de todo médico costarricense será el de guardar profunda gratitud hacia todas aquellas personas que contribuyeron en una u otra forma a hacer efectiva la visita del gran cirujano argentino.

Y, para ese portaestandarte de la Ciencia Latina, cuyo noble ideal se cristaliza en labor de abnegación, de alivio para el dolor material y moral, en su lucha contra la muerte, vayan desde esta hermana república, nuestros más cariñosos recuerdos y nuestros más fervientes votos de prosperidad y triunfo.

Joaquín Zeledón Alvarado

Dr. Rafael A. Calderón Guardia
Presidente de la República



Bajo cuyos auspicios y eficiente colaboración,
se pudieron celebrar las jornadas médicas
en honor del Profesor Dr. Arce.

Discurso del Dr. Calderón Guardia, entonces Presidente electo y Presidente de la Facultad de Medicina al entregar al Doctor José Arce el Diploma de Doctor "Honoris Causa"

—"No contamos actualmente en Costa Rica—ilustre y distinguido doctor Arce—con una Universidad. Ello significa que carecemos de una Escuela de Medicina y que todos los títulos de los que hoy nos honramos diciéndonos vuestros colegas, han sido conquistados en universidades extranjeras.

Tal referencia tiene, a los ojos de mi criterio, esta importancia: si es cierto que para la ciencia no hay fronteras porque las rebasa todas y alza el pendón de un concepto universal, también es verdad que los que fuimos a templar nuestro espíritu en lejanos hogares de la cultura, estamos propiciamente preparados y predispuestos para recibir—como la Facultad de Medicina de Costa Rica recibe hoy— a los representantes de la mentalidad científica de otros países, convencidos de que si en otras actividades del afán intelectual el intercambio es de valor incalculable, por lo que hace a nuestra disciplina de estudios tal intercambio—vale decir, tal entendimiento—es inapreciable porque nos funde a todos en una legión internacional que lucha sin tregua y sin reposo contra los enemigos implacables de la vida.

Yo experimento una íntima satisfacción al acogeros—ilustre doctor Arce—en el seno de la Facultad de Medicina de Costa Rica, en mi condición de Presidente suyo, y me siento orgulloso de expresar, en nombre y representación de todos mis colegas, que me doy exacta cuenta del honor que nos conferís con vuestra visita, enterados como estamos de vuestras elevadas prendas personales, de la significación profesional con que os singularizáis en vuestro país,—

la gran República Argentina—y del mérito científico con que os destacáis en el mundo entero.

Por ello, la Facultad de Medicina de mi patria quiere prestigiarse inscribiendo vuestro nombre luminoso en su escalafón y honrarse otorgándoos el título de miembro suyo. La tradición impone para estos casos una sola distinción: la de *Honoris Causa*. Sólo que a mi se me ocurre que los beneficiarios de tal honor somos nosotros que, de hoy más, podremos contar con un colega de vuestros altos e intrínsecos quilates científicos.

Servíos aceptar, doctor Arce, el título que hoy os conferimos y servíos pensar, asimismo, que éste es el primer eslabón de la cadena afectuosa con que os quisiéramos vincular a Costa Rica, en la seguridad de que así nos iremos acercando espiritualmente a vuestra bella y noble patria, en el sueño generoso de la fraternidad continental.

Ante Vos, distinguida señora de Arce, depositamos nuestro más rendido homenaje de simpatía y de admiración, por vuestra gracia y cultura, virtudes que os hacen digna compañera de nuestro eminente colega”.

N. d. l. D.—El conceptuoso discurso del Doctor Calderón Guardia fue contestado por el Doctor Arce con bellas y elocuentes frases recibidas con nutridos aplausos de la selecta concurrencia.

Acto seguido tuvo lugar una lucida recepción social en el suntuoso edificio de la Facultad que se prolongó por varias horas en medio del mayor entusiasmo y alegría de los médicos y sus familias presentes.



Doctor Enrique Loudet

Por el Doctor Solón Núñez.



DR. E. LOUDET

Excmo. Sr. Ministro de la República Argentina

Hijo del Doctor Osvaldo Loudet, laureado médico argentino, escritor y publicista prematuramente desaparecido y de Antonieta Tornú, hermana del famoso fisiólogo argentino Doctor Enrique Tornú, nació en Buenos Aires el 10 de Junio de 1891. Se graduó de ba-

chiller en el Colegio Nacional Central y de Doctor en Diplomacia y Cónsul Universitario en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Casó en 1921 con Matilde E. Frogone Becker, hija del laureado ingeniero y Profesor de la facultad de Ingeniería y Ciencias Exactas José Frogone.

Bibliografía.—Ha colaborado en las principales revistas de América y en la prensa diaria de Buenos Aires, especialmente en "La Nación". Ha dado conferencias en las Universidades de Buenos Aires, Santiago, Montevideo, Río de Janeiro, San Marcos de Lima y en otras numerosas tribunas prestigiosas. Rega Molina dice del Doctor Enrique Loudet: "Poeta y publicista de nota, se ha interesado sobremedida en todo lo que tiende a estrechar vínculos entre los países americanos. Su campaña en ese sentido es continua y acertada. Dueño de una clara inteligencia y una sólida cultura se ha destacado hasta el punto que su nombre y su obra goza de gran merecimiento en el continente y entre nosotros. Sus estudios revelan un pensador sereno, sin permanecer por eso ajeno a las inquietudes de la hora". Es autor de 52 trabajos entre los que se destacan "El libro blanco" (poesías); "Alberdi Escritor"; "La publicación de los archivos diplomáticos"; "Política Internacional Universitaria"; "El intercambio universitario y artístico como modalidad diplomática"; "Diplomáticos Poetas"; "Páginas de Historia Diplomática"; "Los mercados vírgenes de América Central y las Antillas"; "La Argentina como país productor"; "El Panamericanismo", etc. etc.

Cargos diversos.—En la administración pública ha ocupado diversos cargos de importancia ya en el Consejo Nacional de Educación, en la diplomacia y en la Universidad. Secretario del Cuerpo Médico Escolar de la Capital Federal. Secretario de la Presidencia del Consejo Nacional de Educación. Encargado de Negocios en los países de Centro América y Panamá. Miembro de la Comisión de Publicaciones del Instituto de Enseñanza General de la Facultad de Filosofía y Letras, Profesor de Historia y Jefe del Instituto de Geografía Económica de la Universidad de Buenos Aires, etc.

Ha tenido actuación en numerosos Congresos Nacionales e Internacionales en algunos con carácter de Plenipotenciario como en la Conferencia Comercial Panamericana de Buenos Aires (1935) y el II Congreso Internacional de Historia de América (1937). En la Conferencia Panamericana de Lima, en el Congreso Latino Americano de Criminología, etc. etc.

Distinciones.—Gobiernos e instituciones culturales lo han distinguido. La casi totalidad de países americanos le han condecorado por su labor americanista; la famosa Universidad de Charcas como la de Rio de Janeiro le han conferido el título de Doctor Honoris Causa; extensa es la nómina de los centros literarios, artísticos y científicos de los que es miembro honorario o correspondiente.

Ha recorrido las tres Américas casi siempre en misiones oficiales o de carácter universitario lo que le ha permitido vincularse a los hombres más eminentes de América y apreciar de visu el porvenir de los pueblos del nuevo Continente. Fundamentalmente el Doctor Loudet es un auténtico americanista.



**Datos biográficos del Profesor
Dr. José Arce**



Nació en *Lobería* (Prov. de Buenos Aires) el 15 Octubre 1881.
Estudios primarios 1887-1890, Secundarios 1891-1895.
Ingresó a la Facultad de Medicina de Buenos Aires en Marzo
de 1896 a los 14 años.

Se doctoró en Medicina y Cirugía en 1903, a los 21 años. Medalla de oro al alumno más sobresaliente de su curso.

A) Vocación por los estudios anatómicos. Miembro del Cuerpo de Disectores del Instituto de Anatomía Normal desde 1898 a 1905.

B) Profesor *ad-interim* de Anatomía Descriptiva de 1907 a 1910 y 1914.

C) Vocación por la Cirugía. Practicante Interno (18 puesto) del Hospital de Clínica (Hospital Escuela) 1901 y 1902.

D) Jefe de Servicio de Cirugía en los Hospitales Teodoro Alvarez, San Roque y Rawson.

Profesor Suplente de Cirugía en 1907.

E) Profesor Titular de Clínica Quirúrgica en 1919. Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital de Clínicas 1923. Fundador y Director del Instituto de Clínica Quirúrgica hasta la fecha.

Gobierno de la Universidad

Consejero de la Facultad de Medicina 1910-1912-1918.

Consejero de la Facultad de Medicina 1919-1922.

Rector de la Universidad de Buenos Aires 1922-1926.

Decano de la Facultad de Medicina 1936-1940.

Libros o folletos publicados

1.—Terapéutica Quirúrgica: tratado en 10 volúmenes.

Aparecidos 1.—Generalidades.

4.—Sistema Nervioso.

En preparación 7.—Abdomen.

2.—Historia de la Cirugía Argentina.

3.—Tratamiento de los quistes y tumores del pulmón.

4.—Quistes uniloculares del hígado.

5.—Apendicitis y su tratamiento.

Temas clínicos o quirúrgicos en los cuales ha producido obra original:

1.—Traumatismos craneanos.

2.—Bocio exoftálmico.

3.—Divertículos del esófago.

4.—Neumotórax previo en cirugía torácica.

5.—Ligamentopexia uterina.

6.—Heridas causadas por lápices de anilina.

7.—Gastrostomía y yeyunostomía procedimiento original.

- 8.—Laparotomía estrellada en las afecciones biliares.
 9.—Diagnóstico diferencial de los tumores endotorácicos gracias al neumotórax artificial.

Vida pública

Diputado al Congreso 1913, 1916, 1918, 1920, 1924, 1928, 1934, 1938.

Presidente de la Cámara de Diputados 1926.

Obra legislativa

- 1.—Ley 9254.—Creación de la Facultad de Ciencias Económicas.
 2.—Ley 11.333.—Construcción del nuevo edificio de la Facultad de Ciencias Médicas y Hospital Escuela.
 3.—Exención de impuestos a las herencias para lo legado a la Universidad.

Miembro de la Academia de Medicina de París.

Miembro de la Academia de Medicina de Cirugía de París.

Miembro de la Academia de Medicina de Roma.

Miembro de la Academia de Medicina de Madrid.

Miembro de la Academia de Medicina de Rumanía.

Miembro de la Academia de Medicina de Río Janeiro.

Miembro de la Academia de Medicina de México.

Doctor Honoris Causa de la Universidad de Madrid.

Doctor Honoris Causa de la Universidad de Río Janeiro.

Doctor Honoris Causa de la Universidad de *Temple University* Filadelfia.

Doctor Honoris Causa de la Universidad de Frankfort.

Miembro de casi todas las Asociaciones de Cirujanos del Uruguay, Brasil, Chile, Perú, México, Estados Unidos, Cuba, Alemania, Australia e Italia.

Rector Honorario de la Universidad de la Habana.

Gran Com. de la Corona de Rumanía.

Gran Oficial de la Orden de Alfonso el Sabio.

Gran Oficial de la Orden el Mérito (Chile).

Gran Oficial de la Orden Cruces del Sur (Brasil).

Comendador de la Legión de Honor (Francia).

Comendador de la Orden del Sol (Perú).

Comendador Corona de Italia.

Comendador de la Estrella de Rumanía.

Medalla de Oro de la Universidad de Hamburgo.



DR. MARIO LUJÁN F.
Secretario de Salubridad Pública y Protección Social

Discurso pronunciado por el Dr. Mario Luján al clausurarse la Asamblea celebrada por la Asociación de Médicos y Cirujanos en honor del Prof. Dr. José Arce

*Estimado Profesor Arce,
Señor Ministro de Argentina,
Estimados colegas:*

Yo creo, Doctor Arce, que las palabras sobran para expresar en términos muy sucintos el enorme beneficio que usted le ha hecho a los profesionales costarricenses. Hemos en realidad sentido el corazón de la Argentina cerca del nuestro, y hemos sentido el orgullo de ser hispanoamericanos. Hemos visto que nuestra profesión, que la ciencia médica tiene sus astros en el continente americano hispano y que su reflejo lleva una ánfora que va divulgando a través del mundo su potencia y virtud. Además ha hecho usted el milagro de que nos sintamos juntos, fraternalmente juntos, en una profesión en que el trajinar de los días no separa a cada uno hacia el lecho de dolor del enfermo, y de que pensemos que el porvenir de nuestra patria tiene parte muy fundamental en el porvenir de la higiene y la medicina. Además, Doctor Arce, hemos sentido que esa Argentina tan lejana, de hombres profundamente bondadosos—y en la bondad del corazón humano es donde está la fuerza superior del individuo—tiene en usted uno de sus ilustres exponentes. Debo dedicar, además, unas palabras a ese ilustre Ministro de Argentina, cuyo dinamismo ha puesto en movimiento la inercia habitual de nuestra pequeña república y quien ha podido remover con su voluntad todos los obstáculos para presentarnos esta maravillosa semana que nunca podremos olvidar. Y es necesario decir aquí de la manera más franca y cordial que ha sido también por la energía constante que pusieron el Doctor Valverde y el Doctor Bécche que se pudo llevar a cabo esta maravillosa semana en que hemos tenido al Doctor Arce aquí.

Cada vez, Doctor Arce, que usted pasa en un avión por nuestro cielo, llamado por la ciencia a los Estados Unidos, a Méjico, a Canadá o a Cuba, sepa que hay abajo corazones que le dicen que esta es su casa.

Errores en Cirugía

Conferencia dada en la Asociación de Médicos
y Cirujanos de Costa Rica, el 6 de Mayo 1940
por el Prof. Dr. José Arce

Al iniciarse el acto el Presidente de la Asociación pronunció muy expresivas frases de salutación al Doctor Arce y a la distinguida señora de Arce, al propio tiempo que le ofrecía el Título de Miembro Honorario de dicha Sociedad Científica Costarricense.

* * *

En primer lugar quiero agradecer al Doctor Fournier los amables conceptos con que me ha honrado esta noche delante de ustedes, y por intermedio suyo a la Comisión Directiva de la Sociedad de Médicos y Cirujanos el honor que me hacen de incorporarme a esta Asociación en carácter de Miembro Honorario. Quedo, pues, definitivamente incorporado a sus actividades, ya que espero que esta no sea la última vez que nos encontremos en Costa Rica o en Buenos Aires.

* * *

El tema que se me ha fijado para esta conferencia es "Errores en Cirugía". No sé si ha sido escogido con acierto, pero verdad es que hay un paradigma que dice que el error enseña más que la verdad. En consecuencia, desarrollaré el tema sin desligar por ello a los autores de la elección, de su responsabilidad.

Hablar de los errores en cirugía supone confesarse, por lo menos en algunos de los capítulos de la conferencia, confesarse honradamente diciendo la verdad, pero al propio tiempo exige—por la naturaleza misma de los ejemplos que pueden ser presentados y hasta para que la confesión no sea tan monótona—ciertos comentarios que

no le quitan aspecto científico a la charla, aun cuando permitan de tiempo en tiempo un poco de hilaridad en medio de cuestiones tan graves como son las contempladas cuando se cometen errores en cirugía.

La cirugía está íntimamente vinculada a la medicina; en realidad son la misma cosa, con la diferencia de que cuando el clínico se ha pronunciado estableciendo un diagnóstico determinado, lo único que los puede diferenciar es la terapéutica: se toma el camino de la medicina o el simple de la cirugía, en el caso de que sea indispensable una operación. De ahí que los errores en la cirugía suelen estar íntimamente vinculados a los errores de la clínica y la medicina.

Es conveniente en materia de errores en el arte de la cirugía distinguir entre errores de diagnóstico que conducen a error en cirugía, y los que se cometen como equivocaciones técnicas, operatorias, y aun los errores en materia de anestesia, que no son los más raros. Así dividido el tema podría terminar con algunas consideraciones generales sobre la filosofía que debemos extraer del error en nuestra ciencia y arte.

A propósito de errores de diagnóstico, voy a contarles la siguiente anécdota: En cierta ocasión me tocó operar en el Hospital de la Clínica de la Universidad de Buenos Aires tres casos que habían sido diagnosticados por un joven profesor agregado de la Facultad de Medicina de la citada Universidad. Según la tabla de operaciones del día estos tres enfermos debían ser operados por cálculos biliares, úlcera del duodeno y rasgadura del perineo. En este último caso se trataba de reparar por medio de la cirugía plástica la rasgadura del perineo producida por un tratamiento anterior. Al efectuar las operaciones comprobé que en el primer caso se trataba de úlcera del duodeno y en el segundo de cálculo biliar y no de úlcera del duodeno. Cuando se le llamó la atención, el joven profesor se disculpó manifestando que no había motivo de preocupación porque en definitiva si bien era cierto que el diagnóstico del primer caso correspondía al segundo y viceversa, en cambio en el tercer caso su diagnóstico había sido plenamente comprobado...

El error de diagnóstico es bastante corriente. Sin ir muy lejos, me parece que esta mañana cometimos un error de esta naturaleza: operamos a un enfermo por litiasis biliar. Sus síntomas eran cólicos, ictericia y ligeras perturbaciones gástricas. Nos encontramos con que la vesícula estaba sana, que no tenía cálculo,

transparente el color de la bilis, peritoneo normal. En cambio descubrimos que en la vecindad del duodeno había duodenitis con características externas de un úlcus típico. Errores como éste se habrán cometido mil veces en el curso de la cirugía de las vías biliares y de la patología gástrica por los mejores clínicos, porque la verdad es que estas dos enfermedades tienen características que las pueden hacer tan semejantes como para inducir a error. Como la vesícula estaba sana pensé en la posibilidad de que una apendicitis crónica fuese capaz de procurarnos la sintomatología que había presentado el enfermo al lado de la vesícula, y aproveché la oportunidad para hacer una apendicetomía. El apéndice no estaba enfermo pero fue extirpado. Luego procedimos por la misma incisión a hacer una gastroenterostomía posterior. Esto es lo que corresponde: el error de diagnóstico debe ser rectificado sin excesiva precaución; debe tratarse de poner los remedios en forma tal que el enfermo no sea perjudicado, realizando la operación correspondiente, que fue lo que hicimos.

Cuando el diagnóstico es dudoso o existe la posibilidad de caer en error, conviene, no obstante que no es indiferente entrar a ciertas cavidades como el cráneo, el tórax y el abdomen por una u otra vía, estar prevenido y abrir la cavidad en forma tal que el error pueda ser subsanado. Desde este punto de vista conviene que el criterio del cirujano sea ecléctico. Más de una vez se observa la actitud del cirujano que no busca la vía de más fácil acceso; la explicación consiste en que tiene duda acerca de la exactitud del diagnóstico y se pone en guardia a objeto de poder realizar las maniobras operatorias conducentes.

Es necesario, pues, estar siempre dispuesto a rectificarse en cirugía. Una ventaja de la cirugía es que permite hacer un examen anatómico, aunque limitado, del enfermo, lo que hace posible hacer la rectificación o ratificación del diagnóstico. *Es necesario que el cirujano sacrifique su amor propio y esté dispuesto no sólo a rectificarse sino a devolverse sin haber hecho nada.* El cirujano que por amor propio o por no desmerecer ante las personas que presencian la operación no quiere dar su brazo a torcer y sigue adelante con una operación que no es la que corresponde hacer, no es un buen cirujano. *El cirujano debe preocuparse del enfermo, jamás de sí mismo.*

El otro día ustedes vieron cómo sin estar plenamente ratificado el diagnóstico por la radiología, abrimos el vientre de una persona

en quien suponíamos la existencia de una úlcera en el duodeno. Realizamos la operación correspondiente pero encontramos que por todas partes el duodeno estaba virgen de lesiones. *El cirujano que persiste en llevar a cabo una operación fundado en un diagnóstico errado podrá ser un buen operador pero es un mal cirujano para el paciente.* Una vez comprobado el error hay que tener serenidad para lo que yo llamo "saberse volver". *No tener amor propio y saber volverse en camino es una gran virtud en el cirujano.* Cuando una vida puede estar puesta en peligro conviene discutir especialmente si se trata de una operación radical, por ejemplo la extirpación de un órgano, si se debe continuar la operación o si lo mejor es volverse. De mí sé decir que con enfermos pusilánimes o que exigen manifestaciones estrictas por parte del cirujano a veces resuelvo declararles lo siguiente: "Tenemos duda, existen dificultades, puede ser más grave de lo que presumimos, pero si usted está tan preocupado yo le adelanto a usted que si ha de ser puesta en peligro su vida, me volveré en el camino y no terminaré la operación por poco que sospeche que de queterla terminar voy a comprometer su vida". Esta manifestación trae un resultado inmediato: viendo que el cirujano habla con llanura, con sinceridad, el paciente le dice: "Haga todo lo que sea necesario, trate de curar mi enfermedad y si ha de comprometer mi vida, que se comprometa". No obstante haber ganado en esta forma la confianza del paciente, siempre que exista la posibilidad de que su vida sea comprometida es preferible no terminar la operación y volver atrás.

Les he referido también y me permitiré comentarlo más, un error de diagnóstico muy interesante. Es el relativo a los enfermos que por acción del sistema nervioso son capaces de simular una enfermedad y a veces manifestar síntomas concretos. Tal es el caso de un enfermo que se nos presentó sufriendo de dolores y *hematuria*. A pesar de que los rayos no ratificaban el diagnóstico, nosotros diagnosticamos una posible *litiasis renal* con cálculo no visible a los rayos X. El riñón fue abierto, de nuevo cerrado y puesto en su sitio, sin haber encontrado la piedra o *tuberculosis*. Dos días más tarde nos dimos cuenta con gran sorpresa que le había salido una afección que podía explicar los dolores. El hombre se nos presentó con *hemiplejia* del lado opuesto del riñón operado sin relación de ninguna clase con la enfermedad porque se le había tratado. Sospeché la posibilidad de un caso de afección nerviosa capaz de simular la enfermedad. Entonces fue que di intervención a un colega italiano que actúa en Buenos Aires. Me prestó un servicio de primer orden. Do-

mina bien todo lo que se refiere a hipnotismo y posee una fenomenal capacidad para producir anestias de carácter psíquico para curar enfermedades que no son accesibles para nosotros. El doctor a quien me refiero sometió al enfermo a uno de esos tratamientos que no se pueden trasladar de una persona a otra porque pareciera que el magnetismo en determinadas personas fuera de capacidad tal que no puede ser enseñado a otras y lo curó. Durmió al paciente, luego le ordenó que moviera primero su pierna sana, y luego la enferma. Cuando hubo demostrado que su hemiplejia no era orgánica sino funcional, lo despertó y le ordenó que moviese sus piernas, y con gran sorpresa pudo el enfermo realizar lo que se le ordenaba. Comprendimos entonces que habíamos sido víctimas de un error de diagnóstico. En poco menos de un año el paciente estaba completamente curado no sólo de su hemiplejia sino también de su afección renal.

* * *

Un fenómeno muy interesante que ha dado lugar a reflexiones de todo orden, médico-quirúrgico y médico-legal, es el del hermafroditismo. He tratado tres casos en que he tenido que corregir la atrofia vaginal empleando el método Baldwin a objeto de crear una vagina artificial. El segundo de estos casos fue único. En efecto, el paciente presentaba una depresión que podía ser un conato de la vagina. Nos llamó la atención de que ella manifestara que si bien era cierto que tenía relaciones sexuales con un hombre con quien pensaba casarse, cuando estaba en el colegio había tenido afinidad por sus compañeras. Asimismo nos llamó la atención algunas manifestaciones de sus órganos genitales, lo que nos hizo dudar de aquella persona fuera realmente una mujer. El asunto era grave: se trataba de una persona de veinticinco años de edad, inscrita en el Registro Civil como mujer, que había pasado toda su vida como mujer, que había tenido relaciones sexuales con un hombre y pensaba casarse con él. No quise tratar la atrofia vaginal porque consideré que lo mejor era dejar a los amantes en las condiciones en que se encontraban para que si habían de seguir practicando la pederastia lo hicieran sin necesidad de que el cirujano contribuyera a ella; pensé que si realmente no era mujer la paciente habría sido un caso de triple pederastia hacerle una vagina a un hombre. La paciente presentaba una hernia inguinal del lado izquierdo y un pequeño tumorcillo que podría ser una hernia del ovario. Para hacer la operación es indispensable hacer un tunel. Entonces, antes de empezar a hacer el tunel vaginal hice la laparatomía indispensable para eliminar el asa.

Abierto el vientre, no había órgano sexual de ninguna clase, no había matriz ni trompa a la vista. Era un caso de hermafroditismo, pero como había una hernia y un pequeño tumorcillo, traté de seccionar el *pedículo* y al hacerlo salió a relucir un testículo minúsculo del lado izquierdo en tren de descender, el cual resecaamos, y después de haber hecho la toilette del vientre cerramos éste. Pero se presentaba un problema: decirle a la paciente que no era mujer. Si existiera la menor posibilidad de transformarla en hombre el asunto se hubiera resuelto fácilmente. Pero no podíamos hacer absolutamente nada en este sentido porque aun cuando el clítoris era de bastante consideración en cuanto a su desarrollo, no había pene ni cosa por el estilo; la conformación externa era tan rudimentaria que parecía clítoris y no meato del pene. Habíamos cometido un error de diagnóstico quirúrgico y lo habíamos rectificado. Resolvimos el problema de esta manera: después de haber prevenido al médico de la localidad llamara aparte a la paciente y le dijera que no se le había hecho la vagina artificial porque se habrían corrido graves riesgos. Era una mentira piadosa, pero había que proceder así para no perjudicar la psiquis de la paciente. Me dijo que quería casarse. Le contesté: "Usted no debe casarse, tengo mis motivos para darle este consejo; hay muchas personas que llevan vida marital sin casarse; como no se ha podido realizar la operación, si se casa, podría ocurrir que su marido se cansa de usted y sobrevengan perturbaciones en el hogar que le pueden acarrear dificultades de orden civil". Pero a pesar de mis consejos la muchacha se casó con su novio y fueron ambos muy felices según referencias de los dos años hasta siete años después cuando murió a consecuencia de un bronconeumonia, sin que hubieran ocurrido dificultades en aquel hogar formado por un hombre y otro hombre vestido de mujer.

También me he referido a un error diagnóstico cometido en un caso en que llevé a cabo una neumotomía. En las operaciones de esta clase, que he realizado sólo he podido obtener por regla general una sobrevida de tres meses. En dos casos logré obtener una sobrevida mayor. En efecto, todavía vive con un solo pulmón un niño que sufría de bronquiectasis a quien hice una neumotomía hace tres años cuando tenía 12 años de edad. El otro caso era el de una mujer que anteriormente había sido operada, por un *melanoma* de la cara de tipo sarcomatoso. Como era chico había sido operado con bisturí eléctrico por un colabrador en la policlínica externa del Instituto. A los seis meses volvió la mujer quejándose de tos. Comprobamos una enorme sombra vecina al *hilio* en el pulmón izquierdo. Había

expectoración. De acuerdo con la técnica en estos casos tomamos el esputo e hicimos una *inclusión* en parafina del mismo, a objeto de hacer un corte para descubrir la presencia de células cancerosas en el esputo. Encontramos unas células en forma de ojos de cebolla del tipo *perlado*. Faltaban por completo los signos de la tuberculosis. Dijimos: "No hay más es una reproducción de su *melanoma* en el pulmón y vamos a hacer una neumotomía. Se hizo el neumotórax, se obtuvo el colapso total del pulmón escondido detrás de la sombra. Hicimos drenaje total. A los trece o catorce días después de haber sacado las *gasas* la herida está bien granulada con granulación roja. A los tres meses la herida había cerrado. A los pocos días de haber extraído el pulmón me llamó el jefe del laboratorio para decirme que no había encontrado tumor alguno en el pulmón pero que en cambio había comprobado la existencia de *tuberculosis*. Investigamos en el lóbulo superior y en el interior y encontramos un solo *tuberculoma solitario contra el hilo*. Era una masa no totalmente caseosa sino formada por miles de tubérculos característicos. No había lesión de ninguna clase en el resto del pulmón. A los 25 a treinta días encontramos bacilos de Koch. El error de diagnóstico era manifiesto. Teníamos la esperanza de poder curar a la enferma si en el otro pulmón no encontrábamos lesiones, pero cuando aparecieron en él bacilos nos dimos cuenta que aquella mujer difícilmente podía ser salvada, en efecto, a los siete meses falleció. Este caso se publicó en los Archivos de Cirugía de Estados Unidos. Yo pregunto: habría sido posible establecer el diagnóstico diferencial antes de la operación, antes de tener el tumor en la mano, una enferma que no presentaba los signos de la tuberculosis, pero que en cambio había tenido un melanoma sarcomatoso en la cara y cuyo esputo presentaba células sospechosas? Nos habíamos equivocado y tal vez habríamos obtenido una sobrevida mayor si no hubiéramos sacado el tuberculoma. Esto por lo que se refiere a errores de diagnóstico que el clínico cirujano puede cometer.

Qué debemos hacer en presencia del error operatorio? Hace dieciocho años visité la Habana en donde pasé tres semanas. Presidía la delegación de mi país al Sexto Congreso Latinoamericano y fui invitado a operar cuatro o cinco enfermos. Un día, entre otros enfermos operé a una negrita que tenía un enorme tumor fibroso de la matriz. Comprobé que la mayor parte del tumor estaba situado en el ligamento *ancho* del lado derecho. Abierto el ligamento ancho, fuimos avanzando hasta llegar al cuello de la matriz. En el momento en que cortaba el cuello de la matriz me di cuenta que ha-

bía abierto la vejiga que estaba en una posición anormal debido al tumor, circunstancia que no había advertido a tiempo. Otro cirujano tal vez habría tratado de disimular el error y de esta manera haber comprometido la vida de la enferma. ¿Qué hice? Mientras entregué el tumor al ayudante manifesté que la vejiga había sido abierta pero que no había quedado orina dentro de la cavidad abdominal. Tomé una aguja, la enhebré con catgut, cerré la brecha. Es decir, hice lo que correspondía: reparar el error cometido. Terminé la operación peritoneal quedando perfectamente bien el fondo de la pelvis e hice poner una sonda permanente en la vejiga de la negra quien curó en 8 o 10 días. Este es el error operatorio que debe ser contado y reparado en lugar de ser disimulado. Presenciaban la operación siete profesores y cien estudiantes por lo que hubiera sido mejor no haber cometido el error, pero lo que hubiera sido imperdonable era haberlo disimulado.

El error operatorio suele dar lugar a escenas emocionantes. Siendo Jefe de servicio en el Hospital Teodoro Alvarez de Buenos Aires, tuve que sacar un tumor del riñón derecho. El caso me había sido especialmente recomendado. Estos casos son los que dan más dolores de cabeza. El pedículo renal derecho es más corto que el izquierdo, pero cuando hay un tumor se acorta un poco más. Cuando tenía libre el tumor debía colocar una pinza en el pedículo con un golpe de tijera quité la masa renal dejando el pedículo. En el momento en que saqué el riñón se vino una ola de sangre del tipo de hemorragia que no era de una vena cualquiera; tampoco provenía de una arteria, lo que demostró que había seccionado o herido en una parte considerable de su amplitud la vena *cava* inferior. Imagínense ustedes lo que representa una hemorragia producida por sección de la vena cava, cuando en momentos pueden perderse de uno a dos litros de sangre, lo suficiente para producir la muerte. Ante un percance como este el cirujano debe procurar no perder la sangre fría. En las condiciones habituales en que es fácil operar no hay inconveniente en que me incomoden, pero cuando se presenta la dificultad no admito otra cosa que disponer de la herida asumiendo toda la responsabilidad. En situaciones como ésta el cirujano debe actuar con sangre fría muy despacio y muy ligero. Introduje dos dedos de la mano izquierda en el fondo de la herida y con el empleo de dos pinzas logré detener la sangre. Sequé el fondo de la herida y entonces pude comprobar que realmente la vena cava había sido seccionada en su totalidad. Ensayar una sutura era perder al enfermo. Entonces pensé que si no podíamos salvar al enfermo por lo menos

trataríamos de salvar un poco el honor profesional. Puse una ligadura abajo y otra arriba, coloqué un pequeño tubo para drenaje, cerré la herida, e hice que se le inyectara suero al paciente. El enfermo que había enfriado un poco, fue llevado a la cama y luego retirado de la sala de operaciones. Dije: "No veo cómo puede esta persona hacer la circulación de retorno; la sangre tendría que ir por las lumbares, pasar por detrás para llegar a las intercostales para llegar al corazón; mientras esto ocurre es lo más probable que perdamos a nuestro enfermo". Agravaba el caso la posibilidad de que la ligadura de la parte inferior hubiera comprometido el pedículo del lado opuesto, al riñón no extirpado. No sé si había una anomalía orgánica en el paciente que fuera la causante del error cometido. Como el enfermo padecía de edema de las dos piernas fue colocado en posición ligeramente inclinada, cabeza hacia abajo, las piernas elevadas. Al cabo de dos o tres días el paciente orinó y después de dieciséis o diecisiete días de drenaje salió del hospital con una pequeña mecha en la herida trasladándose al Tigre, de donde procedía. Al cabo de poco tiempo la herida había cicatrizado, desaparecieron los edemas de las piernas y su eliminación menor era de 800 gramos de orina. Desgraciadamente el individuo cambió de domicilio y no fue posible saber qué ocurrió con su vena cava presunta ligada. Evidentemente la vena cava fue comprometida y por haber conservado un poco de sangre fría el enfermo se salvó.

Recuerdo, así al pasar, de una oportunidad en que dando, no hace mucho tiempo un curso para graduados tuve que operar una prostatectomía supra pubica. En razón de que las condiciones del enfermo eran buenas, resolví, contra lo que habitualmente se acostumbra, hacer la operación en un solo tiempo. El especialista que me acompañaba me aconsejó que empleara agua y aire para llenar la vejiga. Entonces yo, haciendo un poco de broma dije: "Eso está bien para los especialistas; nosotros los cirujanos sacamos la próstata sin necesidad de agua y aire". Esta vez, como no corría peligro el enfermo tuve el pudor de lo que llamamos en Argentina compadrazgo, es decir demostración de vanidad, falta de fundamento, porque en el momento de abrir la herida comprobé había abierto el fondo del saco peritoneal. Como no se comprometía la salud del paciente y mi ayudante era del Instituto y persona muy discreta cerré el fondo del saco sin que se dieran cuenta los presentes del error cometido, y saqué la próstata. El día siguiente fui personalmente a la sala donde se encontraba el enfermo y constaté que se encontraba perfectamente bien.

Me referí anteriormente al error en materia de anestesia. En épocas pasadas estos errores eran más frecuentes. Voy a referirme a uno que pudo haber dado lugar a una cuestión judicial. Un día tuve necesidad de operar a un enfermo que tenía un tumor. La operación se le iba a practicar con anestesia local. Empecé a inyectar cocaína en solución del medio al uno por ciento. Habría inyectado tres o cuatro jeringas cuando con gran sorpresa se advirtió que el enfermo palidecía y al poco rato quedaba muerto sobre la mesa de operaciones. El caso no podía ser más desagradable; se trataba de un tumor del mediastino y de todas maneras tenía que morir el enfermo, pero nosotros no teníamos el derecho de matarlo. El paciente había sido víctima de un error que consistía en haberle inyectado cocaína al diez por ciento, empleado por los especialistas de la garganta y oídos. La solución había sido enviada por la farmacia con etiqueta que indicaba que era de la fuerza necesaria para la operación. El error pues, era imputable a la farmacia. Yo estaba en la duda de si estábamos moralmente obligados a denunciar lo ocurrido. Después de consultar al Director del Instituto llegamos a la conclusión que aunque el error era directamente atribuible a un empleado de la farmacia, y el responsable legalmente era el jefe de la farmacia, reportar el hecho a las autoridades era hacer una denuncia inhumana que habría comprometido al jefe de la farmacia que no tenía sino una responsabilidad indirecta, y además se trataba de un enfermo que estaba condenado a morir. En consecuencia, no se hizo la denuncia. Al inyectar al enfermo treinta centímetros cúbicos de cocaína en solución del 10 por ciento en vez del uno, habíamos inyectado tres gramos de cocaína en un enfermo que padecía la dificultad respiratoria propia de su tumor. Errores como éste hacen ver la conveniencia de que en toda buena organización quirúrgica los que tienen a su cargo ejercer el control de todo lo que se relacione con las operaciones controlen efectivamente todo lo que viene de fuera.

Sin embargo, errores como el que acabo de relatar no son los más graves. Los más graves son los que se cometen cuando por complacer al enfermo se le da una anestesia que no es la que corresponde dar. Cuántos enfermos hay que no quieren operarse en virtud de que la única forma en que es posible operarlos es aplicando anestesia local, y piden la anestesia general. Y cuántas veces los médicos no ceden ante este ruego por temor a que el enfermo sufra un shock. En la época en que se usaba el cloroformo y se daba éter, las complacencias producían ictericia subida al tercero o cuarto día si había

insuficiencia hepática, nefritis, o insuficiencia renal, y más de una vez el enfermo fallecía al sexto, sétimo u octavo día por acción tóxica de la anestesia general. Todas estas consecuencias eran imputadas a una complicación más o menos *vagamente existente*. Pero en la actualidad los adelantos en materia de anestesia y la creación de aparatos que permiten dar la anestesia general en mejores condiciones ha hecho desaparecer los efectos tóxicos, lo que puede considerarse como la gran conquista de la anestesia.

Los médicos también como los cirujanos, no tanto porque equivoquen el diagnóstico cuanto como por no querernos entregar a tiempo los enfermos por quienes podríamos hacer algo positivo, o los entregan cuando ya es tarde. Ocorre esto, por ejemplo, con los enfermos que padecen de cáncer del pulmón. Se hace necesario entonces, que los cirujanos reclamemos de los médicos que renuncien a hacer ellos la terapéutica cuando a nosotros nos corresponde hacerla.

Un partero de la edad de la antisepsia solía decir, refiriéndose al forceps, y que muy bien puede ser aplicado a los cirujanos:

"Señores, tengan cuidado con el forceps porque es un juego que calienta".

Se refería el partero al hecho de que el cirujano para articular el forceps, opera a como haya lugar y saca niño, *pero muerto*. Así digo yo, cuidado con el amor propio del operador porque de tiempo en tiempo constituye un jueguito que calienta.

Oportuno es recordarles el famoso apotegma "Errare humanum est". En una ciencia como la nuestra no puede existir la absoluta posibilidad de no equivocarnos nunca.
