

Trabajo original

La Cirugía y su Técnica [*]

(Ensayo crítico) — Por el

Dr. Leilio A. Zeno.

La cirugía, como ciencia aplicada, ría conquistado en estos últimos decenios un puesto que obliga a la consideración de todos los hombres. Como expresión de la cultura de nuestros días desarrolla, en gran escala, una labor técnica de beneficios extraordinarios. Esta obra lia sido posible gracias al advenimiento de la anestesia y de la antisepsia, sin cuyos recursos las tentativas quirúrgicas, durante siglos, no sobrepasaron, en la acción, las prácticas rudimentarias conocidas desde los tiempos de Hipócrates y Galeno.

El mismo desarrollo de las dis-

ciplinas anatómicas, que adquirió prestigios científicos verdaderos a partir del Renacimiento; no había marcado, sin embargo, un nuevo jalón a las actividades del cirujano. Aquellos conocimientos sólo sirvieron para plantear técnicas operatorios que no fueran sino especulaciones teóricas, o cuando más, prácticas de anfiteatro. Fue cirugía para cadáveres, a cuya tradición muchas escuelas médicas rinden aún en la actualidad un tributo exagerado y mantienen en su plan de estudios la clásica medicina operatoria, en perjuicio de la enseñanza de los fundamentos de la técnica quirúrgica contemporánea.

(*) *Introducción a una Conferencia dada en El Circulo Médico de Rosario sobre "Contribución a la Cirugía de la Cadera."*— 23 de junio de 1933.

O) *H. Cushing. — Intracranial Tumors. Note upon a series of 2.000 verified cases.. Charles Thomas, Springfield, 1932.*

(2) *"Consideraciones sobre la Traumatología en Rusia," por helio O. Zeno, Revista de Ortopedia y Traumatología. Año II. Julio 1932.*

(3) *Nuevos factores que determinan el perfeccionamiento técnico en el tratamiento de las fracturas," Por helio O. Zeno. Revista Latino Americana. Año XVIII, febrero 1933. N.º 209.*

Fue a partir del advenimiento de la Patología General que la Cirugía vislumbró sus posibilidades, las que por el feliz descubrimiento de los anestésicos y la asepsia, se convirtieron en una realización magnífica de ininterrumpidos triunfos. Al inaugurarse este período, la patología quirúrgica de las grandes cavidades absorbió la atención de la casi totalidad de los cirujanos, hecho que impuso un compás de espera temporario al progreso de la Cirujía de otras regiones orgánicas y en particular, a la de los miembros.

Históricamente era lógico que así sucediera. Por muchos siglos la Cirugía se había ocupado casi

pital de Boston, en 1929, se ocupaba exclusivamente del estudio de los tumores endocraneanos. Es a tal concentración de actividades que debemos al insigne neurocirujano una obra de incalculable valor, donde, en 147 páginas, nos hace conocer el fruto de sus observaciones sobre 2.000 casos de tumores endocraneanos (1).

La Cirugía de las Extremidades

Dominado, como dijimos, el campo de la Cirugía abdominopelviana, la que ha entrado en la práctica rutinaria de la labor quirúrgica, los actores que no se conformaban con seguir surcos ya labrados, se lanzaron a conquistar nuevas regiones. La Cirugía de los miembros es, al respecto, una especialidad que atrajo recientemente la atención de

los mejores cirujanos del mundo. Bien que históricamente las extremidades hayan sido el escenario de las primeras tareas quirúrgicas, su importancia se destacó en la última guerra por el excepcional número de heridos que originaban las armas de combate utilizadas. Desde entonces la Cirugía de los traumatismos está a la orden del día, gracias a que la vida moderna, con el desarrollo de la producción industrial y de los medios mecánicos de locomoción, así como también por el gran auge del deporte, originan un número crecido de siniestros. Las leyes del seguro contra accidentes y los intereses capitalistas que éstos ponen en juego como consecuencia de la responsabilidad patronal, obligada a indemnizar al obrero por las consecuencias que éste sufre debido

al siniestro, han creado una responsabilidad médica, cuya significación no había sido considerada hasta entonces. Es la responsabilidad económica que exige al médico que se ocupa de la asistencia del accidentado, reducir por todos los medios los gastos que demande el cuidado del obrero víctima de un accidente. Semejante punto de vista no puede satisfacerse más que con la organización racional de la asistencia del siniestrado, así como con el estudio de los métodos preventivos de las complicaciones y de aquellos recursos terapéuticos más eficaces para el restablecimiento de la función del miembro lesionado (2).

A tales fines se puede llegar acabadamente sin la intervención del método estadístico, que constituye el mejor recurso para valorar la eficacia de nuestra acción médica (3).

Se explica así el advenimiento de otra especialidad quirúrgica, que adquiere cada vez más importancia: la Traumatología que, con la Ortopedia, se viene incomparando como una disciplina universitaria bajo el nombre de Cirugía de los Órganos del Movimiento.

La Cirugía de la Cadera

Una de las últimas conquistas de esta vigorosa y floreciente disciplina se refiere al capítulo dedicado a las afecciones de la cadera.

Los conocimientos actuales sobre la Patología de esta importante articulación derivan del gran capítulo de Fisiopatología osteoarticular últimamente revisado. Del complejo de lesiones

agudas o crónicas, congénitas o adquiridas, tróficas o inflamatorias, traumáticas o tóxicas, se han ido diseñando entidades nosológicas precisas, cuya terapéutica es influenciada por la acción cruenta, en forma notable

La causa del porqué la cirugía de dicha región no ha entrado aún francamente en las prácticas cotidianas, se debe al predominio de una educación operatoria escolástica de valores puramente tradicionales. Con el pretexto del adiestramiento manual se absorbe la atención de los futuros cirujanos en el aprendizaje de técnicas concebidas en el Anfiteatro de Anatomía, la mayoría de las cuales no responden a ninguna orientación Fisiopatológica y por cuyo motivo raramente han encontrado aplicaciones en nuestras prácticas quirúrgicas. De ese orden de técnicas son las 16 operaciones que llevan nombres propios y que describe Farabeuf en su Tratado, al referirse a la resección de la cadera. Y esta obra inspira aun la orientación docente de muchos profesores que no han alcanzado a comprender que la técnica de nuestros días, nada tiene que ver con el arte en la ejecución. Así, por ejemplo, en un discurso pronunciado en la inauguración del III Congreso Argentino de Cirugía en 1931, se manifestó: "que si la técnica operatoria ha conseguido llegar casi a su apogeo, la Clínica Quirúrgica todavía tiene mucho que hacer en su ascenso progresivo."

Semejante divorcio entre la Clínica Quirúrgica y su técnica no existe.

La Técnica de ayer era un Arte y como tal un juego. La

Técnica Quirúrgica de hoy es una severa disciplina Científica.

Se concibe la técnica como el lenguaje de las ideas, de tal modo que ellas evolucionan a medida del progreso de dichas ideas. La técnica no es entonces una cosa cristalizada que ha "llegado casi a su apogeo/" sino una manifestación en constante cambio y mientras el cirujano inspire su acción en los nuevos conceptos científicos de Patología General y las conquistas de la Cirujía Experimental tendrá que renovar su técnica operatoria en un penoso y eterno aprendizaje.

Aquellos maestros que no se ajustan a semejante ley evolutiva, se exponen a perder su prestigio en el preciso momento en que los años y la experiencia clínica debieran darle mayores relieves. Así es que en el transcurso de varios años he debido atenuar con pesar, mi admira-

ción y estima de discípulo, frente a aquellos maestros que piensan que la técnica operatoria es una conquista definitiva o poco menos. Con este criterio los he visto ejecutar, por ejemplo, trasplantes tendinosos y artrodesis del cuello del pie con técnicas impecables para ser ejecutadas sobre el cadáver, como ejercicios operatorios, pero que la experiencia ortopédica las ha rechazado y substituido por otros recursos que responden a nuevos conceptos Fisiopatológicos. ,

Y lo que pasa para la Técnica Quirúrgica no es otra cosa sino la suerte que corre la Técnica en las Industrias o en cualquier otra actividad humana. En este sentido Osvaldo Spengler comete el mismo error-que algunos maestros de cirugía, al predecir la decadencia de Occidente por el simple hecho de que Europa ha revelado el secreto técnico de

la producción, a los países de color (el discutido filósofo incluye entre los africanos a los rusos y sudamericanos.) Dice Spengler que al exportar secretos, procedimientos, ingenieros, máquinas, el Occidente emancipa a los hombres de color de la tutela europea. Es este un error tan grande como suponer que la técnica quirúrgica es una cosa acabada.

Mientras los "hombres de color" aprenden con una maquinaria determinada, se van creando simultáneamente otros medios más perfectos que condenan a la ruina sus más recientes instalaciones. En este orden de ideas la aristocracia del talento creador jamás pierde su superioridad jerárquica, aun cuando los "coloniales" adoptemos sus recursos técnicos; me refiero a la supuesta superioridad europea tal cual la presenta el autor de "Decadencia de Occidente."

Hay una gran diferencia también entre el artesano operad";" y el verdadero maestro de la Cirugía. El artesano aprende su oficio, se ejercita en una **técnica** para explotarla luego indefinidamente como una profesión, sin alcanzar a comprender a veces que un nuevo recurso, un nuevo concepto técnico, puede decretar la inutilidad de sus conocimientos rutinarios, que hasta ayer **teñían** un campo de acción propio.

Durante siglos la técnica perseguía como finalidad exclusiva casi, alcanzar la máxima destreza. En tiempos de Larrey, el ideal de un cirujano era llegar a desarticular una cadera o amputar un brazo en breves minutos. Fue la exigencia de una era que ignoraba, entre muchas otras

cosas, la anestesia. Las virtudes de nuestros precursores pertenecían al dominio exclusivo de la actividad manual. Antaño la ejecución operatoria era un arte y se hablaba de estilo cuándo el cirujano realizaba su "golpes maestros."

He alcanzado a conocer un exponente de aquella escuela. Era un profesor de medicina operatoria que exteriorizaba su maestría delante de sus alumnos, trazando, en un segundo, un corte circular perfecto del brazo comprendiendo piel y tejido celular subcutáneo, que descubría la aponeurosis de envoltura muscular sin lesionarla.

La Cirugía era entonces un espectáculo más bien de feria. De ahí el poco prestigio académico de que gozaba el cirujano hasta no hace mucho.

Desde que disponemos de anestésicos diversos, la técnica no está ya supeditada al imperativo del tiempo, sino a concepciones planeadas científicamente e inspiradas en los conocimientos de Fisiopatología y Cirugía Experimental.

Por eso ya no se habla casi de técnicas anatómicas, pues los métodos operatorios actuales no surgen de los ejercicios cadavéricos. Se sobreentiende que el cirujano ha de conocer la topografía de la región que interviene. Es este un conocimiento elemental, adquirido oportunamente en otra disciplina básica, la Anatomía, desde que toda técnica quirúrgica, cualesquiera que sean sus fundamentos científicos, debe contar con la disposición topográfica de las estructuras sobre las que pretende ejercer su acción.

Técnica y Tailorismo Otro error conceptual de nuestros días, pernicioso para la cultura del futuro cirujano, es el de considerar como educación técnica el hecho de disponer de cierta manera, el instrumental y equipo quirúrgico. Son frecuentes las publicaciones y conferencias reveladoras de un confusio-nismo de principio lamentable, donde se describen minuciosamente la forma cómo debe tomarse el bisturí, qué puesto ha de ocupar el primero y segundo ayudante con respecto al operador, así como la disposición de la compresa en el campo operatorio. Inclusive se ilustran estas prédicas con fotografías y esquemas. Sin negarle un valor práctico a dichas preocupaciones, ellas tienen, con relación a la técnica quirúrgica, un significado subalterno, de orden casi doméstico.

La Técnica, según el concepto auténtico que le asignamos, vale decir, como la expresión del pensamiento quirúrgico, se inspira, dijimos, en el conocimiento científico moderno. La manera personal y meticulosa de disponerse a trabajar no es Técnica, por

elegante y espectacular que parezca; no es la Técnica en el nuevo sentido de la palabra, en el sentido cultural y realizador de una orientación quirúrgica. El comer, que es lo sustantivo, puede hacerse según las reglas de -ana, etiqueta rígida, que es lo secundario. Inclusive se puede uno indigestar con etiqueta, como se puede ejecutar escrupulosamente una operación quirúrgica innecesaria o funesta.

Cometeríamos el mismo error si consideráramos como técnica industrial al Tailorismo. Lo esencial en la producción, es el crear un sistema de máquinas. Luego, su explotación, o el estudio de los movimientos que el obrero cumple al servicio de la máquina, tiene un alcance especulativo, práctico, que es lo que constituye la preocupación de la escuela de Tailor.

Tan errónea era la educación quirúrgica, a base de ensayos cadavéricos, como lamentable es el actual empeño de estereotipio, que deja en el ánimo del estudiante de operatoria, una idea mecanicista de la Cirugía.

La Física, la Química, la Elec-

trotécnica ofrecen recursos instrumentales con los que los cirujanos generan nuevas posibilidades técnicas. Así, por ejemplo, el Radium, la Luz Fría, el Electrobisturí, etc. El conocimiento de las leyes de resistencia de los materiales ha permitido a Smith Patersen construir un elemento de prótesis ideal para la osteosíntesis en las fracturas de la cadera. Su clavo trilaminar está construido con el mínimo de material, origina la mínima destrucción de tejidos, al ser introducido y brinda el máximo de resistencia y fijación de los fragmentos. El metal inoxidable que nos ofrece la industria moderna, nos permite emplear prótesis internas de gran resistencia y tolerancia, haciendo posible, con su empleo, el tratamiento ambulatorio precoz de muchas fracturas del miembro inferior.

Por excepción se crean aún técnicas operatorias sobre conceptos puramente empíricos. A este último grupo de técnicas pertenece aquella que Whitman propo-

ne y utiliza con éxito para el tratamiento de las artritis deformantes de la cadera. Es así como, el pensamiento pragmático, puede inspirar todavía métodos operatorios de tanta utilidad como el que ha orientado al ilustre ortopédico neoyorkuino para solucionar tan eficazmente el problema terapéutico del morbus coxae senile.

La Cirugía de la cadera ha retardado su advenimiento porque las primeras tentativas cruentas ensayadas para la cura de la luxación congénita de la cadera y para el tratamiento de las fracturas del cuello del fémur, entre otras cosas, fueron seguidas de una mortalidad elevada, sea por shock, sea por complicaciones infecciosas. Los recursos técnicos actuales reducen a cero si prejuicio que se viene perpetuando en los tratados Comunes de Cirugía, los que se conciertan para desalentar al estudioso que pretende intervenir sobre la articulación coxofemoral. recordándole las experiencias lamentables de los primeros ensayos de Poggi, Hoffa y Lorenz.