

Formación Científica y Moral del Cirujano

Por Juan Martín Allende

Señor Presidente de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas.

Señores Académicos, Señoras y Señores.

Mis primeras palabras las dedico a expresar mi agradecimiento a la Academia de Ciencias Morales y Políticas, por haberme designado Miembro Correspondiente Nacional.

Siento sobre mí, la responsabilidad que significa, integrar esta ilustre corporación, donde actúan las personalidades más eminentes de la cultura, la ciencia y la política de nuestro país.

Considero para mí un verdadero privilegio haber sido presentado por el Académico Mazzei, amigo dilecto y maestro ilustre de la Medicina Argentina.

Su obra difundida desde la histórica 1ª Cátedra de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, por donde pasaron muchas generaciones de médicos y donde formó brillantes discípulos; sus lecciones, conferencias académicas, publicaciones en revistas argentinas y extranjeras y sus libros, han contribuido a difundir sus ideas firmemente sostenidas de una medicina en permanente avance científico, pero manteniendo el espíritu de observación y raciocinio, centrando su acción en el hombre enfermo, en el hombre total con cuerpo y alma, con un respeto profundo por la persona humana.

La Moral y la Dignidad del Médico han sido tratadas por Mazzei y su talentosa y erudita compañera en páginas enjundiosas y bellísimas.

Gracias por vuestras generosas palabras.

En mi condición de Cirujano me ha parecido de rigor hacer mi presentación con una breve reseña de la evolución de la Cirugía a través del tiempo, convencido del valor de la historia en el conocimiento de una ciencia.

Cirujano es un término tomado del antiguo Griego, y se aplicaba al que hacía obra manual, que lo mismo podía ser

intérprete de cítara, carpintero o Médico que usa las manos para curar enfermos. En el *Corpus Hipocráticus*, colección de obras de la época más brillante de la Medicina del mundo antiguo, ya se aclara bien el sentido de la palabra, lo que está plenamente ratificado por el latino Celso, fiel intérprete de los sabios griegos. Cirujano es un médico que cura las lesiones por un acto manual (sutura de heridas, reducción de fracturas y luxaciones, curación de úlceras). La significación no ha cambiado en el curso de los siglos. La cirugía, de origen muy humilde en los tiempos prehistóricos, ha avanzado hasta alcanzar el progreso actual, que la ha transformado en Ciencia y Técnica de la más alta precisión, y con los resultados maravillosos que se han logrado con el dominio de órganos antes inaccesibles.

Considero que al estudiar la evolución de la Cirugía, se debe considerar una primera época que abarca todo el tiempo transcurrido desde la más remota antigüedad hasta mediados del siglo XIX. La segunda desde entonces hasta la cuarta década del siglo XX, y la última desde esa fecha hasta la actualidad.

De la primera época que comprende más de veinte siglos, destacaré rápidamente algunos hechos de gran significación, deteniéndome en la segunda, que marca el comienzo de la cirugía moderna, y en la tercera que ha superado por sus adquisiciones sorprendentes, la de todos los siglos.

La Cirugía nació del empirismo, como toda la medicina. La mentalidad de los hombres de entonces estaba orientada en un sentido totalmente diferente a la nuestra. Los descubrimientos importantes y a veces geniales de los primitivos no fueron fruto del razonamiento ni de la reflexión.

Han debido pasar siglos para que el hombre consiguiera despojarse de la mentalidad primitiva ilógica y mística. En este sentido se puede considerar decisiva la influencia de los griegos. Ellos fueron los verdaderos creadores de la ciencia médica y quirúrgica por el valor que dieron a la observación y el razonamiento de los hechos.

El documento capital por el cual la cirugía griega comienza a transformarse en ciencia es el *Corpus Hipocráticus*, colección de obras médicas reunidas para la Biblioteca de Alejandría en los comienzos del siglo III antes de J. C. Todos los autores coinciden en considerarlo como una compilación, y no como escritos de un solo hombre o de una sola Escuela. En esta colección se tratan los más diversos temas y desde el punto de vista de la cirugía, se puede recordar el Tratado de las Luxaciones, el de las Fracturas, el de las Palancas, el de las heridas de la cabeza, de las heridas en general, de las Hemorroides y Fístulas y el del Médico y el Consultorio Médico.

El déficit de la cirugía de Grecia que fue la insuficiencia en los conocimientos de anatomía, fue superado por Heráclito y Herasítrato de la Escuela de Alejandría, quienes practicaron las primeras disecciones sobre cadáveres.

Celso, erudito gentil hombre romano, publicó una obra de recapitulación, y el libro 7º lo dedica a la cirugía del período comprendido desde la fundación de Alejandría (331 años antes de J. C.) hasta la muerte de Tiberio (37 años después de J. C.).

En el segundo siglo de la Era Cristiana aparece un médico famoso: Galeno, que se instala en Roma. Fue un comentarista entusiasta y decidido de Hipócrates, sobre todo en lo que respecta a la cirugía. La anatomía y fisiología de Galeno, sacada de los trabajos de vivisección sobre animales, está plagada de errores y perduró por muchos siglos hasta el Renacimiento.

Galeno, no obstante la fecundidad de su obra en Medicina como en cirugía, retardó el progreso de la ciencia porque actuó en un tiempo "en que se prefería creer a discutir y más fácilmente se aceptaba el dogma que la crítica y más fácilmente aún parecía sacar de las obras de los grandes maestros las prescripciones que los principios" (Castiglioni).

La Cirugía bizantina durante los diez siglos de su existencia (395-1453), el mérito de haber impedido la destrucción completa de las obras griegas anteriores.

La Cirugía Hindú tuvo obras de mérito como la Susruta y forma parte su tradición, el haberse especializado en la cirugía plástica nasal.

La cirugía en el mundo antiguo no prosperó bajo la influencia de los árabes. Las invasiones de los bárbaros trajeron como consecuencia la destrucción de una buena parte de la cultura greco-romana.

Las influencias religiosas y políticas después de la conmoción producida, fueron terriblemente nefastas para el avance de la ciencia y muy particularmente de la cirugía. Reinó la escolástica como método filosófico aplicado a la teología, "la ciencia de las ciencias a la cual todas las demás servirán como doncellas humildes" (Zeno).

En la Edad Media, la anatomía, la medicina y cirugía vuelven a su estado primitivo, Galeno triunfa en esta época gracias a su teleología intemperante, y es la obra de Galeno mutilada y fragmentada la que usaban las Escuelas medievales.

Esta época de obscurantismo y retroceso de la Cirugía terminó en el siglo XVI en los albores del Renacimiento con la aparición de cirujanos como Ambrosio Paré, anatomistas co-

mo Leonardo da Vinci y Andrés Vesalio y fisiólogos como Guillermo Harvey, que rompieron con los principios galénicos y la cirugía volvió a vivir la tradición helénica.

Otra circunstancia un poco pintoresca favoreció a los cirujanos. La fístula de ano que padecía el gran rey Luis XIV conmovió profundamente a la corte y su tratamiento fue ampliamente discutido por médicos y cirujanos que debían afrontar tan tremenda responsabilidad. Finalmente se decidió operarlo, actuando el cirujano Félix, con instrumental especialmente preparado, logrando la curación de la fístula y cobrando 300 mil libras por la operación. Félix y su sucesor Mereschal siguieron gozando de la confianza del Rey hasta la muerte de éste en 1715 y la cirugía francesa del siglo XVIII se favoreció logrando levantar su prestigio perdido sobre todo entre las clases elevadas. Ultimamente en un cambalache de Dijón se han encontrado cuatro admirables cartas inéditas de Mme. de Sevigné, en una de las cuales hace una minuciosa descripción de la operación del rey Sol, que la soportó con un valor y estoicismo extraordinario, sujetado por cuatro ayudantes y sin lanzar un gemido.

A pesar de la transformación experimentada en los siglos XVI - XVII, los historiadores concuerdan en reconocer que en estos siglos la cirugía no es muy superior a lo que había sido en los primeros tiempos de la Era Cristiana; solamente hay adquisiciones de detalles sobre un mejor conocimiento de la anatomía humana.

En el siglo XVIII toma gran auge la Patología bajo el impulso del ilustre anatomista Morgagni propulsor del Método Anátomo-clínico, que echó las bases de una Patología Médica Científica.

Figuras muy brillantes se destacan en la cirugía de este siglo, J. L. Petit Lietaud y Desault en Francia, los hermanos Hunter, Percival Pott y Cheselden en Inglaterra y Antonio Scarpa en Italia y muchos otros que sería muy largo y tedioso recordar.

La Cirugía durante el siglo XIX debe considerarse en dos épocas distintas. En la primera mitad del siglo, poco o nada se diferencia con la del siglo anterior, su proceso se realizó a base de un conocimiento mayor de la anatomía topográfica y del perfeccionamiento técnico del novel cirujano en los trabajos sobre cadáveres. La patología quirúrgica adquirió un impulso considerable; la Anatomía patológica y la Fisiología experimental, recién nacidas, se desarrollaron rápidamente y dieron una mejor comprensión de los fenómenos mórbidos. El método anátoco-clínico de Morgagni se afianzó principalmente en la cirugía. Se fundaron sociedades científicas y aparecieron numerosas revistas que difundieron los conocimientos adquiridos.

Debo destacar en esta época nombres de ilustres cirujanos: Bichat, Dupuytren, Larrey, Cruveilhier, Lisfranc, Roux Delpech, Velpeau, Malgaigne, Chassainac, en Francia. En Inglaterra los hermanos Bell, Lestos, Astley, Cooper, Ferguson, Brodie y otros. En Alemania los hermanos Langenbech, uno de ellos, Bernardo, fundador de los Archivos Alemanos de Clínica Quirúrgica y de la Sociedad Alemana de Cirugía y Maestro de grandes cirujanos: Von Graefe, Dieffenbach, Esmarch y otros tantos. En Rusia: Pirogoff. En América: Mac Dowell, Emmel, Batley y Marion Sinms.

HUMANIZACION DE LA CIRUGIA

Hasta la época que nos ocupa, el dolor ocasionado por el bisturí del cirujano, contribuyó a mantener el descrédito de la cirugía.

El dolor del operado, fue la preocupación constante de los cirujanos durante muchos siglos.

Celso, el famoso médico del Emperador romano Tiberio, describió a los comienzos de la Era Cristiana la despiadada tarea de los cirujanos con las siguientes palabras: El cirujano resuelto a curar a los pacientes sometidos a su cuidado, debe ser sordo a los gritos y llantos y actuar sin hacer caso de los lamentos.

Dioscorides, médico militar en la misma época, emplea como anestésico, el vino de mandrágora, antes de las operaciones quirúrgicas y las cauterizaciones. En la Edad Media, Nicolás de Salerno, descubrió su esponja soporífera que servía para adormecer los enfermos antes del acto quirúrgico. La esponja colocada en una mezcla de opio, jusquiama jugo de mandrágoras y otros productos, era humedecida y colocada en la nariz del enfermo preciamente al comienzo de la operación. Este procedimiento que según parece tuvo su efecto más por magia que por verdadera acción anestésica, fue mencionado únicamente por Guy de Chauliac, uno de los representantes más respetables de la cirugía de la Edad Media.

En la primera mitad del siglo XIX grandes cirujanos como Dupuytren para no citar más que un nombre, mantienen los progresos alcanzados en el siglo anterior y lo llevan adelante, con el impulso dado a la anatomía patológica, la técnica quirúrgica y la clínica quirúrgica.

La creación de Academias y Sociedades Científicas, dan más difusión, al conjunto de conocimientos adquiridas.

La cirugía de principios del siglo XIX a que nos estamos refiriendo sufrió sobre todo en Francia, el terrible impacto de François Broussais, un déspota médico furioso y sanguinario como lo han llamado algunos historiadores, que creyó ver en todo la endoarteritis generalizada que no era más que

una lesión cadavérica o la gastroenteritis sistemáticamente encontrada sin fundamentos bien probados.

Las consecuencias terapéuticas fueron lamentables. Pretendió abortar todas las enfermedades por un tratamiento enérgico a base de dieta, aplicación de sanguijuelas y sangrías.

En Cirugía los principios terapéuticos de Broussais fueron desastrosos y es increíble que tanto Laennec y el famoso clínico Dupuytren, considerados los creadores de la Patología moderna, se hubieran dejado convencer por un irresponsable.

Es recién a mediados del siglo XIX que se descubrieron y aplicaron las propiedades anestésicas del éter y el cloroformo, que la cirugía deja de ser el drama sangriento del pasado en el que había en realidad dos víctimas que la sufrían, el enfermo y el cirujano.

La preocupación por el dolor del operado llevó a los cirujanos de esa época a recomendar el uso del alcohol en altas dosis y el opio, con lo que pretendían mitigar los sufrimientos del enfermo.

El dentista Morton, de Filadelfia, en 1846 con la ayuda del químico Jackson descubre y aconseja el uso del éter como anestésico para provocar el sueño y suprimir el dolor del operado. La preocupación principal de los cirujanos hasta esa época era el perfeccionamiento de la técnica y la precisión y elegancia del acto operatorio. La velocidad del operador contribuía a aliviar el dolor, pero no la suprimía; las operaciones se realizaban entre torrentes de sangre, pues aún no existían las pinzas hemostáticas. A todo esto se agregaba los gritos de desesperación y protesta de los pacientes que debían ser sujetados por fornidos ayudantes.

Los cirujanos con un alma generalmente endurecida e insensible, aguantaban estoicamente el cuadro trágico de sus operaciones, para la realización de las cuales tenían que hacer en algunos casos, alarde de su vigor físico.

Ya he recordado anteriormente que en esta época todavía oscura de la cirugía, hubo algunas figuras descolantes, que sintieron el peso de la responsabilidad y realizaron las más serias tentativas para superar el dolor.

Era tal la condición inhumana del acto quirúrgico hasta mediados del siglo XIX, que el gran Velpeau llegó a decir que consideraba una aberración pretender operar sin dolor, con la convicción de que éste fuera algo inherente a la cirugía. Dupuytren, el famoso cirujano francés brillante y violento al mismo tiempo, sufriendo de una pleuresía purulenta no se dejó efectuar una pleurotomía porque prefería morir en manos de Dios, antes que en manos de los cirujanos, y el no me-

nos famoso escocés James Joung Simpson, manifestó que el hombre que yace sobre la mesa de operaciones de nuestros hospitales quirúrgicos, corre más peligro de muerte que el soldado inglés en el campo de batalla de Waterloo. Ejemplos como los que acabo de mencionar son numerosos hasta mediados del siglo XIX, en que afortunadamente se inicia un período de menor crueldad. El progreso técnico se afianzó por un conocimiento cada vez más perfecto de la anatomía. Las operaciones se realizaban con rapidez y delicada técnica jamás lograda hasta entonces. El advenimiento de los anestésicos consiguió sacar de la mente de los operadores la obsesión de la velocidad en los actos quirúrgicos. Pero aún quedaba el terrible problema de la infección que siguió ocasionando un número considerable de muestes post-operatorias, las que según referencia de nuestros viejos maestros, ocurrían aún a raíz de las operaciones más simples.

En las conversaciones con mi padre, que alcanzó a vivir esa época mientras se desempeñaba como practicante interno en el Servicio de Cirugía del Hospital San Roque de Córdoba, en la histórica Sala de los Niños casi todos los enfermos operados infectaban sus heridas con la erisipela; él tenía que levantarse a las cinco de la mañana y acompañado de un practicante de enfermero que lo alumbraba con un candil, realizaba las curaciones a los pacientes, que tenían que soportar maniobras dolorosas e interminables. Anota en un párrafo de su tesis, rendida en Buenos Aires en 1888 la que versó sobre "La curación de las heridas por el método antiséptico", que "existía en la ciudad de Córdoba una casa de caridad, que indignamente lleva el nombre de Hospital. En ella la higiene sostiene perpetua lucha con la inmundicia.

Dos años he permanecido en ella, y en este tiempo casi todos los enfermos que se habían operado o los que entraban a la clínica con alguna lesión traumática, adquirían la erisipela, que se puede decir, era allí endémica". Este comentario les podrá dar una patética idea de lo que era todavía la cirugía en nuestro medio en la década de 1880 a 1890.

Con el gran avance científico que significó la creación de la Bacteriología por Davaine, Pasteur y sus innumerables colaboradores y sucesores en Francia por Klebs, Koch, Behring y otros en Alemania entre los años 1875 y 1890, la Patología Médica y Quirúrgica sufrieron profundas transformaciones con la solución del problema de la infección.

El método antiséptico de Lister tuvo su auge hasta 1886. Después de brillantes éxitos aparecieron sus inconvenientes y la asepsia por el calor seco o húmedo y por la ebullición vino a reemplazarlo definitivamente.

A todo esto debe agregarse la creación de las pinzas hemostáticas que permitieron cohibir la excesiva pérdida de sangre durante las operaciones.

CIRUGIA MODERNA

Los acontecimientos a que acabo de referirme fueron sucediéndose en el tiempo hasta 1875, que dieron paso a la cirugía moderna cuyo progreso desde entonces es continuo. De la cirugía puramente anatómica poco a poco se pasó a la fisiología. El sabio cirujano inglés John Hunter dio gran impulso a la investigación experimental en el siglo XVIII y en el siglo XIX se sucedieron numerosos investigadores que lo siguieron hasta llegar a Claudio Bernard que fue la figura más brillante de la fisiología del siglo XIX.

Con el avance en el campo experimental la cirugía dejó de ser simple arte para adquirir la categoría de ciencia.

La humanización motivó un cambio trascendental en el comportamiento y orientación del cirujano, ya que al variar el panorama contribuyó a despertar en él la atracción y el amor hacia el enfermo y un mayor sentido de la responsabilidad.

Los diagnósticos correctos, los cuidados pre y postoperatorios, la falta de preocupación por el tiempo que insumía el acto quirúrgico, la colaboración del laboratorio clínico, la radiología con su extraordinario perfeccionamiento, todo esto significó la disminución de la morbilidad y mortalidad, multiplicaron los éxitos y por sobre todo despertaron confianza y fe en los cirujanos, en su arte y su ciencia.

Los hospitales construidos a la usanza medioeval y sobre todo los Servicios de Cirugía, se fueron modernizando. Las salas de operaciones se transformaron en ambientes de serenidad, donde los enfermos llegaban tranquilos con la confianza puesta en el cirujano y en sus ayudantes que tenían la noble misión de entrar en sus almas con amor, piedad y sabiduría llevándolos al convencimiento de que la operación es necesaria y les ha de asegurar la salud y la vida.

Los progresos de las ciencias biológicas (química, física, fisiología y microbiología) contribuyeron en los primeros años del siglo en que vivimos al portentoso avance quirúrgico.

CIRUGIA CONTEMPORANEA

A partir de 1930 se sumaron: el perfeccionamiento de los métodos anestésicos, el mejor conocimiento del medio interno, el uso sistemático de la transfusión de sangre, plasma y expansores plasmáticos, para combatir el shock operatorio, la alimentación parenteral, hipercalórica, la hipotermia y la circulación extra corpórea impuesta en 1953 por Gibbon, que ha posibilitado la cirugía a corazón abierto, de deficiencias congénitas y adquiridas, de la arterioesclerosis coronaria y sus complicaciones, de los procesos vasculares intratorácicos, etc. Todo esto ha reafirmado el avance de la cirugía en forma

tal que se puede decir que en las últimas cuatro décadas, el arte y la ciencia quirúrgica, han progresado más que en todo el resto de los siglos.

Hoy en día el que sufre, piensa sin ningún resquemor que su mal puede ser solucionado por una operación y prácticamente no hay órgano al que no se pueda llegar para curar sus lesiones o modificar sus mecanismos. Procesos mórbidos antes inabordables a la cirugía, son ahora resueltos. Ya se registran legiones de seres humanos devueltos a la vida normal gracias a operaciones antes insospechadas.

Parecería que a la cirugía no le quedara por resolver nada más que el problema de los trasplantes de órganos, pues si bien la técnica está dominada quedan factores biológicos y morales que no se han solucionado.

Los quirófanos munidos de los más modernos aparatos electrónicos para valorar el estado de los pacientes, el instrumental completo y adecuado a cada caso, los equipos de anestelistas médicos y enfermeras especializadas que colaboran con el grupo quirúrgico, ha dado a las operaciones un gran margen de seguridad. La atención de los enfermos en hospitales modernizados transformó el ambiente desalentador de otros tiempos. Las nuevas orientaciones en la formación del cirujano, con el advenimiento de las residencias como método formativo, a lo que se agrega el avance de la enfermería, representan una mejora substancial para la buena marcha de los servicios y la atención de los pacientes.

El cirujano de hoy a cuya formación científica, moral y cultural me voy a referir más adelante, ha adquirido un alto sentido del deber y de la responsabilidad.

Todas las circunstancias mencionadas han contribuido a terminar con el temor que se tenía por la cirugía en el pasado a pesar de los riesgos en las grandes operaciones, que lógicamente puede haber y que nadie ignora.

MEDICINA Y CIRUGIA

El método experimental lo impuso Claude Bernard a mediados del siglo pasado con argumentos memorables que cambiaron fundamentalmente el rumbo de la cirugía suprimiendo la mística y el razonamiento a priori, creando y aplicando lo racional a la investigación científica.

A los cirujanos les corresponde tal vez la parte más decisiva en las realizaciones que siguieron a descubrimientos trascendentales, precisamente por su objetividad en la forma de trabajo. Las diferencias entre médicos y cirujanos se habían iniciado desde mucho tiempo atrás, existiendo una neta separación entre unos y otros.

En la edad media este divorcio llegó a ser más notorio y

al decir de Guy de Chauliac, cirujano y anatomista del siglo XIV, contribuyó a dificultar el desarrollo de las ciencias médicas. La cirugía se transformó en una hermana pobre de la medicina y hubo dos circunstancias que contribuyeron a crear esta deplorable situación: la influencia árabe que consideraba un sacrilegio provocar con las manos la pérdida de sangre del cuerpo humano, salvo casos particulares como las heridas de guerra, y la oposición de la Iglesia que en el Concilio de Tours en 1163 lanzó su proclama lapidaria "Ecclesia abhorret a sanguine", las consecuencias de este estado de espíritu de los médicos que eran en esta época clérigos o gente de la Iglesia, tuvo resultados fatales para la cirugía y su decadencia no tardó en ser completa (Lecene).

La cirugía vuelve al estado primitivo y cae en manos de barberos cirujanos y cirujanos ambulantes.

Esta situación, con muy honrosas excepciones sobre lo que no me es posible extenderme, duró mucho tiempo hasta los albores del Renacimiento con la aparición de figuras como Ambrosio Paré 1516-1590, que de cirujano barbero, después de permanecer tres años en el Hotel Dieu de París, desarrollando una inmensa labor con la observación y el estudio de los enfermos y conocimiento de la anatomía realizada sobre cadáveres, llegó a ser el más famoso cirujano de su tiempo por su esfuerzo personal y su inmensa práctica influenciada por la buena cirugía de los cirujanos griegos de quince siglos atrás.

La persecución de los médicos en contra de los cirujanos se prolongó hasta principios del siglo XVII. Garrison, en su historia de la medicina, nos recuerda la frase increíble del Decano de la Facultad de Medicina de París, Guy Patin (1601-1672), que tuvo la osadía de decir que los cirujanos son "lacayos con borceguíes... una raza de perversos, extravagantes, presumidos, que gastan bigote y manejan las navajas de afeitar". Este mismo petulante personaje de una medicina que terminaba, fue de los más virulentos opositores a los descubrimientos sobre la circulación de la sangre, llegando a decir, que la teoría de Harvey era paradójica, inútil, falsa, imposible, absurda y nociva.

Frente a estos detractores del progreso científico de la cirugía, que vivieron tanto tiempo aferrados a la medicina Galénica, ya en el siglo XIV un cirujano muy representativo de la época, Henri de Mendeville (1260-1320) se expresaba con las confortantes palabras que transcribe: "La cirugía es superior a la medicina, primero porque ella cura enfermedades, para las cuales la medicina es impotente; segundo, que ella cura enfermedades que no se curarían de otra manera, ni por la naturaleza, ni por la medicina (la medicina en efecto no cura ninguna enfermedad con bastante evidencia como para decir que se hubiera curado sin su concurso; tercero, las obras

de la cirugía son visibles y manifiestas, mientras que la de la medicina son ocultas, lo que es una felicidad para los médicos, pues si ellos han cometido un error sobre sus enfermos, esto no es evidente y si los matan, no es a cielo abierto; una falta de parte del cirujano, aparece con toda claridad y no se puede imputar ni a la naturaleza, ni a la fuerza de resistencia del enfermo, ni excusarse, ni acusar a otros”.

Esta lucha a veces despiadada entre hombres destinados a velar por la vida de los seres humanos duró hasta no hace mucho tiempo.

Afortunadamente, los grandes adelantos de las ciencias biológicas vinculadas con el arte y la ciencia médica quirúrgica han contribuido a poner fin a una lucha estéril.

Muchas de las enfermedades que eran puramente médicas, hoy pueden ser resueltas por la cirugía, la que a su vez ha perdido terreno en algunas afecciones, donde la medicina se ha impuesto, debido al enorme desarrollo de la farmacología.

En mi juventud oí decir a mis maestros que el cirujano es antes que nada, un médico habilitado para resolver el tratamiento del enfermo por la cirugía cuando ésta es necesaria.

El que no conoce a su enfermo en su integridad psicosomática y no hace nada más que operar es, en mi concepto, un peligro social, que podrá hacer maravillas con el bisturí, despertando asombro por su habilidad manual, pero su trabajo será parcial y con frecuencia errado, porque no tuvo en cuenta el problema de fondo que es el paciente que, o no lo conoce, o lo conoce mal, confiándose en las indicaciones de un colega que ignora los aspectos clínicos de la cirugía.

La lenta y general desaparición de la medicina y la cirugía individualista ha contribuido a unir cada vez más a médicos y cirujanos. El trabajo en equipo está dando sus frutos, con resultados que están a la vista, y ha eliminado totalmente la diferencia entre los dos bandos en pugna. Los servicios de medicina y cirugía trabajan muchas veces mancomunados y los enfermos son asistidos por grupos y no por profesionales aislados.

El trabajo en equipo y las especialidades médicoquirúrgicas han sido el fruto del inmenso desarrollo de las ciencias cuyos problemas no los puede abarcar una sola persona. En los Centros Médicos Universitarios en muchos países se han constituido unidades quirúrgicas hospitalarias que agrupan las diferentes especialidades bajo la dirección de un coordinador que preferentemente debe ser un médico o cirujano general, perfectamente capacitado para hacer la unión, proponer una síntesis y formar discípulos con temperamento quirúrgico o médico cuidadosamente seleccionados.

Linder, en un relato titulado de Prima donna a Jefe de equipo, llega a la conclusión de que si bien este sistema por las razones que él ha señalado es aceptado mundialmente, tiene aún reparos no resueltos todavía y recuerda a su antecesor Kirschner, cuando decía: "No es la operación sino el cirujano quien salva al paciente".

De la Fuente Chaos, con palabras elocuentes, nos manifiesta que la especialización es quizás la fuerza de mayor potencial en el progreso de la ciencia y cada día es mayor el número de prosélitos, porque es obra de nuestro tiempo histórico, ahorra esfuerzo y economiza tiempo, pero a su vez con lleva el germen de la regresión en el orden intelectual y espiritual.

Todas estas dudas sobre un sistema ya definitivo, serán indiscutiblemente superadas, asegurando al cirujano novel una correcta formación humanista, a lo que me voy a referir más adelante.

FORMACION DEL CIRUJANO

Quien aspire a ser cirujano debe, antes que nada, tener una excelente formación médica y además condiciones personales, morales, intelectuales y vocación bien probada al iniciarse en una disciplina de tanta responsabilidad.

El internado obligatorio y rotatorio que completa la formación médica debe realizarse inmediatamente después de terminado el ciclo de estudios antes de recibir el título universitario y, por consiguiente, antes de tener la autorización de ejercer la profesión.

El internado en los últimos años de la carrera en la categoría de Practicante, ha rendido múltiples beneficios como medio formativo del futuro médico, pero puede considerarse hoy superado. El estudiante de los últimos años está absorbido por el estudio y los trabajos prácticos y tiene muy poco tiempo para consagrarse al Hospital y si lo hace es en detrimento de su preparación y de las posibilidades de terminar sus estudios.

El internado obligatorio y rotatorio obliga al futuro médico a profundizar sus conocimientos en materias como Medicina Interna, Cirugía, Ginecología, Obstetricia y la Pediatría que son fundamentales para el buen ejercicio profesional del médico común, el médico práctico o indiferenciado como se ha dado en llamarlo.

Es el que ha llenado este requisito de ser buen médico, el que se puede considerar habilitado para entrar en la carrera de cirujano. El cirujano debe ser algo más que médico, pero nunca menos, decía Deaver el gran cirujano de Filadelfia.

VOCACION

La dedicación a la cirugía demanda además una capacidad bien demostrada en la vida de estudiante y de interno y una vocación firme para la especialidad elegida.

Jean Louis Faure, en su bello libro *Au Marge de la Chirurgie*, se expresaba con palabras que han quedado grabadas en mi mente: "El alma del cirujano es un alma desconocida y las emociones profundas que lo absorben y lo agitan no pueden ser analizadas más que por el que las siente". Esta vocación se ha despertado a veces desde los primeros años de la vida por la influencia familiar, cuando el padre u otros miembros de la familia se han desempeñado con brillo en el ejercicio de la Cirugía o al entrar en la Facultad de Medicina e iniciarse en los estudios anatómicos sobre el cadáver o en los trabajos de Fisiología en la experimentación sobre animales...

Más tarde, al ingresar al hospital bajo la influencia de un Maestro de Cirugía que despierta el respeto y la admiración del joven estudiante o en la guardia del hospital ante el espectáculo de problemas de difícil solución, muchas veces impresionantes, que gravitan sobre las mentes juveniles, se van descubriendo vocaciones insospechadas que luego se afirman en la vida del internado.

Configurada una vocación, nos hemos referido ya a la aptitud bien demostrada en la condición de estudiante o médico, sobre todo por la dedicación al cuidado de los enfermos y al sentido de responsabilidad puesto de manifiesto en todas estas tareas.

Les acabo de hablar de vocación por la Cirugía y de aptitud para ser Cirujano y me complazco en repetirles palabras que ya he dicho en otra oportunidad:

"La vocación es una disposición espiritual, la aptitud representa una condición mental que habilita para realizar una labor y que se puede valorar por test" (J. Orgaz).

Considero que el cirujano debe tener vocación y aptitud. El que es solamente apto, puede llegar a destacarse, pero si no tiene vocación auténtica, está predispuesto a no valorar la Cirugía en su verdadera grandeza y dimensión.

Son solamente aptos los que sueñan con las ventajas económicas que pueden sacar con la práctica de una Cirugía que si bien técnicamente es muy bien realizada, queda deshumanizada al faltarle el principio substancial de la creación: el Amor.

La formación moral y la conducta son condiciones muy necesarias en una especialidad como la Cirugía, que exige un gran dominio de sí mismo de parte de quien la ejercita, en-

frentado en más de una ocasión con situaciones graves que demandan equilibrio, ponderación y responsabilidad.

RESPONSABILIDAD DEL CIRUJANO

Hace algunos años al incorporarse a esta academia el Profesor Mazzei pronunció una brillante conferencia sobre Las bases de la Moral Médica. En esa oportunidad, recordando a Pierre Cabanis, dijo algo que me complace en repetir: "Bajo algunos aspectos, la profesión de médico es una especie de sacerdocio; en otros, es una verdadera magistratura. Su deber es dar a su espíritu toda la perfección y se vuelve tan sagrada que el más ligero olvido, la menor negligencia, tiene algo de verdaderamente criminal", y agrega Mazzei que, en medicina, la moral además de condición es una responsabilidad de quien la ejerce y cuanto más sólidas son las bases de esa moral médica, mayores son el sacerdocio, la magistratura y el sentido del deber, como lo pide la herencia irrenunciable del juramento Hipocrático.

El cirujano actual ha debido experimentar los grandes cambios sobrevenidos en el correr de los años, y a pesar de todo seguirá siendo un médico con todos los deberes morales que lo llevan a poner como "faro de la vida humana el ideal de perfeccionamiento ético" (Ingenieros). A todo lo largo de su carrera se verá acuciado con problemas de conciencia, que pondrán a prueba su responsabilidad.

El *primum non nocere* precederá al planeamiento y la ejecución de todo acto quirúrgico. Ningún propósito que no sea el bien y la curación del enfermo podrá interferir en la mente del operador.

El error que es posible que cometa de vez en cuando, como ocurre en todos los actos humanos, debe siempre tener una explicación que deje a salvo el prestigio y el honor de quien lo ha cometido.

La responsabilidad debe graduarla el que opera, limitando su actuación a la que conscientemente sabe que puede realizar, teniendo la suficiente humildad y lealtad consigo mismo para delegarla en los que han puesto a prueba su experiencia y capacidad.

Nuestras leyes son relativamente benignas en lo que se refiere a la responsabilidad médica. En otros países son muy severas y las consecuencias de errores pueden a veces llegar a anular definitivamente al cirujano que los cometió, tanto más si hay pruebas de negligencia o de falta de ética.

Este problema ha hecho crisis en los Estados Unidos y otros países de Europa.

En fecha reciente el Estado de California se ha visto asolado por una huelga médica destinada a crear presiones sobre

la legislatura del Estado, con el fin de que se dicte una ley que limite las indemnizaciones en los casos de errores quirúrgicos. Los jueces, al graduarlas, habían llegado a montos tales que tornaban prohibitivas las primas de seguro con que los cirujanos se protegían en casos de errores. En Estados Unidos este problema tiene ya trascendencia nacional y es de prever que la solución planteada en California será acogida por los demás Estados en que hasta la fecha no hubiera tenido solución. Asegurado el cirujano, la prima lo releva de otro costo pero siempre le resta el deber ético.

Los procesos célebres por errores quirúrgicos abundan en la historia. En la Edad Media se penaban los fracasos operatorios con severos castigos, lo que determinó en cierto modo una falta de interés por práctica de la cirugía.

El célebre código de Hammurabi, rey de Babilonia (1848-1905) antes de J.C. contiene leyes, algunas de las cuales fueron grabadas en un pilar, retirado de las ruinas de aquella ciudad. Hoy se exhibe en el museo de Louvre en París. En este documento se hacen revelaciones sobre la conducta a observar en la práctica quirúrgica.

“Al que tiene éxito al efectuar una operación para salvar la vista se le pagarán 10 ciclos de plata, y si el paciente la pierde, se le amputarán las manos al operador. Las penas serán menores tratándose de esclavos”. Esto prueba que las leyes que condenan los actos quirúrgicos errados o que son el fruto de la irresponsabilidad han existido desde los tiempos más remotos y en algunos casos fueron extremadamente crueles.

CUALIDADES DEL CIRUJANO

Todos los que se han ocupado del tema que hoy volvemos a tratar al hablar de las cualidades del futuro cirujano, se refieren a sus manos y a su habilidad manual.

Se ha hablado de manos livianas, de manos de mujer, creyendo que la configuración manual hace a la habilidad para ejecutar la acción de manejar el instrumental con que se opera. En realidad esto es fruto de la elaboración mental; es el cerebro que a través de los nervios y músculos dirigen las manos que ejecutan cualquier operación y se da el caso de manos pesadas con dedos gruesos y hasta deformes que, bien dirigidas, son aptas para desenvolverse con técnica y precisión (Aird).

Condición muy importante para el que se ha decidido a ser cirujano es tener buena salud y fortaleza física.

La cirugía actual de delicadeza y prolijidad, con frecuencia demanda horas de esfuerzos físicos y de atención difícilmente superadas por un organismo endeble.

También es indispensable un temperamento quirúrgico como se dice habitualmente, sin vacilaciones, pero con gran control de sus decisiones y equilibrio en sus reacciones emocionales para no vanagloriarse mucho de los éxitos, ni sufrir demasiado en los fracasos, sobre todo cuando se ha actuado conscientemente.

El cirujano novel debe tener una buena formación científica y le corresponde refrescar conocimientos de Anatomía, sobre todo de la Anatomía a punta de bisturí en el cadáver, de Fisiología, Anatomía Patológica, Química y Física. Es sabido que la Cirugía científica actual ha tenido un impulso extraordinario gracias al mejor conocimiento del medio interno, estas últimas disciplinas son las que han contribuido a este progreso.

Lo que acabo de decirles me recuerda las palabras de Aird, el gran cirujano inglés, refiriéndose a la importancia de la Química Biológica: "Nadie puede ser hoy un buen cirujano sin el conocimiento detallado de los procesos químicos que ocurren en el cuerpo humano".

"El enfermo quirúrgico es a menudo primeramente un problema bioquímico".

En cuanto a la Física, me basta recordarles los portentosos avances de la cirugía con las aplicaciones de la Física moderna, especialmente en el campo de la Cirugía Cardiovascular y del diagnóstico de muchas enfermedades quirúrgicas en general.

La Física nuclear ha brindado aportes de gran valor a la medicina y la Cirugía.

La orientación definitiva a la investigación en Cirugía exigirá en la tarea formativa del joven cirujano el conocimiento de la Bioestadística, Metodología y, como consecuencia, de las Matemáticas.

Para que los futuros cirujanos se puedan entrenar manualmente, las unidades quirúrgicas deben estar dotadas de un Departamento de Cirugía en animales. El ejercicio sobre cadáveres no es suficiente y debe efectuarse sobre tejidos con vida, que es lo que más aproxima a la cirugía aplicada a la curación del cuerpo humano enfermo. Este sistema se ha impuesto en los grandes centros quirúrgicos del mundo. En Estados Unidos y Europa he conocido Departamentos de cirugía en animales, montados con una infraestructura como la del Hospital más moderno, donde se trata al animal con la piedad y el cuidado que merece su sacrificio por el progreso científico y la salud del hombre. Mi propia experiencia me ha enseñado el valor de esta práctica que la implanté en mi ex Cátedra de Clínica Quirúrgica, a poco de tomar su dirección en 1935. En mi pequeño y modesto Servicio, dotado de los elementos indispensables, muchas generaciones de jó-

venes cirujanos han trabajado y siguen trabajando hasta ahora, cumplimentando su formación técnica y realizando investigación experimental en las diversas ramas de la cirugía.

No es solamente porque la cirugía no pueda progresar con la vivisección, sino también, y recordando palabras de Leriche: "Porque nada temple más el espíritu quirúrgico del noble cirujano, como la investigación sobre los animales". Ello exige para ser fecunda: una técnica impecable, un extremo rigor en la observación, una estricta humildad de espíritu, una larga paciencia, una constante ingeniosidad. Ella mata el dogmatismo y ella no permite la fácil actitud de escéptico.

Llenados estos requisitos de capacitación técnica y científica, forma también parte del programa de educación del joven cirujano la cultura humanista. El conocimiento de las lenguas vivas le facilitará las lecturas y el dominio de la bibliografía extranjera. El interés por los problemas del hombre y la sociedad en que vive, las lecturas selectas de clásicos antiguos y modernos, el culto por las manifestaciones del arte en todos sus aspectos, todo esto puede configurar la personalidad de un joven que pretende ser cirujano.

La cirugía antropológica demanda condiciones que han sido muy bien definidas por De la Fuente Chaos.

El cirujano humanista debe saber que la ciencia no cubrirá jamás de una manera total el campo de la medicina. Para que la Cirugía no quede reducida a una anatomía quirúrgica, ha de calar hondo en la esencia del ser y tener presente en el camino de su bisturí los valores humanos como la bondad, el sentimiento, la angustia y tantos otros que siguen para la ciencia en la noche oscura del tiempo.

El cirujano humanista debe saber que el enfermo es un hombre que quiere vivir, pero desea existir. Es decir, estar en su mundo y crear su personal destino.

Como último eslabón de la cirugía antropológica, ésta buscará, si ello es posible, la perfección del hombre, para ser algo más que una terapéutica paliativa sobre las alteraciones que la biología humana experimenta en su lucha con el contorno.

Para llegar a obtener el título de especialista en Cirugía se han seguido distintos caminos: uno de ellos, la asistencia controlada ha sido hasta hace poco tiempo la forma más frecuente entre nosotros.

Es el estudiante que por concurso ha salido practicante y ha elegido un Servicio de Cirugía o que simplemente ha llegado al anteúltimo curso o que ha terminado su graduación, obteniendo su título académico de médico, que se dirige con una solicitud verbal o escrita, pidiendo su agregación.

En otras ocasiones media una recomendación que lo aproxima al Maestro.

De esta manera el candidato queda librado a su propia iniciativa con un control muy limitado de la actividad que va a desarrollar, sin un programa y sin una adecuada dirección que lo oriente en su labor. Su formación, por lo tanto, no es progresiva ni metódica y está más o menos supeditada a la buena voluntad y espíritu de trabajo y disciplina de los jefes; su permanencia en el centro elegido es variable; cuando los cargos son rentados, es más constante.

Aunque la laboriosidad y el progreso de los egresados o Auxiliares Docentes depende del factor personal, la periodicidad en los cargos llenados por concurso ha mejorado esta situación en el ambiente universitario.

No ocurre lo mismo en los hospitales estatales, donde se hace la carrera médico-hospitalaria con inamovilidad del cargo y con concursos que no son siempre índice de la capacidad y méritos de los candidatos.

El sistema de la asistencia controlada ha dado y sigue dando sus frutos. Entre nosotros, tanto en Buenos Aires como en Rosario, Córdoba y otros centros estatales y privados del país, hemos tenido el ejemplo de Servicios Quirúrgicos bien organizados a cargo de cirujanos destacados que impartieron a los jóvenes graduados una educación metódica y progresiva. Me honro en recordar que de la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica de Córdoba han salido y siguen saliendo con este tipo de formación un número apreciable de brillantes cirujanos.

Considero que la asistencia controlada con cierto rigor y con la selección de los aspirantes por concursos supervisados por los jefes, puede ser aún mantenida como un paso intermedio hacia sistemas de educación más perfectos.

La formación del cirujano en las Escuelas de Graduados, también se la puede considerar, aunque en ellas, por lo menos entre nosotros, se da especial énfasis al perfeccionamiento del especialista más que a su formación.

Entre las excepciones puedo recordarles la Escuela de Graduados de la Universidad de Londres, espléndido organización que muy pocos países poseen y en la que en realidad se sigue un sistema formativo muy parecido al de residentes, aunque concurren también no residentes y graduados. La Escuela en 1962, cuando la visité en compañía de su Director, el Profesor Aird, disponía de 180 camas para Cirugía, atendida por nueve cirujanos residentes y trece no residentes, que pertenecían al personal técnico del Hospital Hammersmith.

La base de la enseñanza clínica es la instrucción al lado de la cama del enfermo que ocupa la mayor parte del tiempo

de que dispone el graduado. El resto se lo reparte entre salas de operaciones, las conferencias y los trabajos de investigación, las demostraciones de Anatomía Quirúrgica, Práctica de operaciones en cadáveres y reuniones Anatómo-clínicas.

Para los trabajos de investigación, el Hospital Hammsmith cuenta con laboratorios muy bien equipados. A la Escuela concurren graduados no solamente de Inglaterra, sino de otros países, especialmente los de la Comunidad Británica.

La formación preceptual al lado de un gran cirujano y continuada durante mucho tiempo es una manera de lograr una excelente capacitación y en nuestro país los ejemplos abundan, pero no se la puede considerar como sistema ideal porque no siempre es posible ponerla en práctica.

Finalmente nos resta considerar el sistema de residentes que, sin lugar a dudas, nadie lo discute en cuanto a su efectividad y se ha divulgado en casi todos los países de América. Fue William S. Halstead quien en 1889 en el John Hopkins Hospital de Baltimore ideó este nuevo sistema de educación médica y a él se le debe el nombre de Residencias Hospitalarias.

Su fundamento era dar profundidad a la formación y a la aplicación clínica de la investigación.

Allen O. Whipple ha sostenido que el establecimiento de las residencias en las clínicas quirúrgicas universitarias de los Estados Unidos puede ser considerada con justicia como el avance más grande de la educación en Cirugía que se registra a través de la historia.

En otros países como Inglaterra y Francia, de rancia alcurnia universitaria y científica, se han remodelado viejos sistemas que equivalen al de Residentes. En Inglaterra con los Registrar y Senior Registrar y en Francia con los externos e internos de hospitales.

En este último país, el puesto básico para lograr la formación quirúrgica ha sido hasta hace poco tiempo el interno de hospital, cargo al que se llega después de rigurosas pruebas y de donde han salido siempre los más grandes cirujanos franceses.

En nuestro país fue el Dr. Augusto Moreno quien inició en 1951 los cursos de Residentes de Cirugía en el Servicio del Policlínico Lanús. De este esfuerzo de trabajo salió un número apreciable de residentes y la divulgación de un sistema de educación del médico graduado todavía poco conocido.

En 1955 en Córdoba, en su Facultad de Medicina, presenté un proyecto que fue aprobado pero que no logró la sanción del Consejo Superior Universitario.

En 1957 se inició el Programa de Residentes en la Cátedra del Profesor Mario Brea, en el Hospital Durand, con diez residentes.

El Profesor Brea trasladó su Cátedra al Instituto de Clínica Quirúrgica, en el Hospital de Clínicas de Buenos Aires, donde se continúa hasta ahora y con éxito el programa inicial con las modificaciones y agregados que han surgido con la experiencia de varios años. Mientras tanto, se han creado residencias en otras especialidades con resultados satisfactorios.

Posteriormente a todo esto y sobre todo con la creación de las unidades hospitalarias dentro del Gran Buenos Aires, es posible afirmar que el sistema se ha impuesto en la Capital. No ocurre otro tanto en el interior, sobre todo en el ambiente de las Universidades, donde se carece de la infraestructura necesaria para imponer correctamente el sistema que se ha establecido precariamente porque faltan Hospitales modernos bien dotados de todos los elementos imprescindibles que requiere este método de enseñanza médicoquirúrgica.

Es de esperar que habiendo ya tantas Escuelas médicas en las Universidades de todo el país, las autoridades nacionales traten de dar solución a este problema de tanto interés social, asistencial, docente y científico.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA ETICA DEL CIRUJANO

He pretendido hacerles en una apretada síntesis una exposición que contemple por lo menos los aspectos más destacados de todo lo que concierne a la formación del cirujano moderno. Me resta, para terminar, decirles algunas palabras sobre el concepto que me merece el tan mentado y discutido asunto de la ética del cirujano en ciertos aspectos.

Ya lo he dicho en otra oportunidad, que no es tarea fácil valorar los actos que no se ajustan a principios éticos en el ejercicio de una profesión, y en cuanto a la Cirugía, el que lo ejercita debe saber ubicarse debidamente frente a sus colegas.

El respeto al colega, es una condición fundamental y las críticas deben ser frontales, constructivas y de alto nivel, evitando ocultar opiniones que pueden resultar en perjuicio del que las recibe y las ignora.

Grande es el compromiso que adquiere el cirujano con la sociedad que lo acoge y le brinda fe y confianza. En la relación con el paciente no cabe ningún tipo de ocultamiento, sobre todo en lo que se refiere a honorarios profesionales.

El advenimiento del trabajo en equipos que a medida que el progreso avanza, se va afirmando más, ha dado lugar muchas veces a la necesidad de cobrar honorarios en conjunto, el cirujano con otros profesionales que participan en la atención

de enfermo, pero en todos los casos, éste debe estar bien informado de lo que corresponde a cada uno de los actuantes.

La división de honorarios en forma oculta, para el paciente y sus familiares próximos, representan en mi concepto una falta de ética condenada por casi todos los Colegas Cirujanos.

La propaganda periodística sensacionalista que últimamente ha adquirido un auge alarmante ha malogrado a más de un cirujano de prestigio. Considero que una publicación de esa naturaleza es en cierto modo tolerable cuando importa divulgar un descubrimiento científico trascendental en el campo de la cirugía, siempre que no beneficie al autor y disimuladamente se encubran fines de lucro.

Con la creación del Colegio Argentino de Cirugía, entidad destinada a velar por el fiel cumplimiento de los principios éticos de nuestra profesión que en la actualidad se ha fusionado a la Asociación Argentina de Cirugía, se ha dado un gran paso adelante en la defensa de estos elevados propósitos.

Señores Académicos, Señoras y Señores:

Con harta frecuencia hasta hoy el cirujano ha sido considerado por el público profano como un simple operador. "El hombre de blanco, más o menos manchado de sangre", como dice Soupault en su bella obra "Chirurgie mon metier", quien agrega que la realidad es bien diferente. "En diversos trabajos, aptitudes muy distintas, el cirujano puede ser: operador, creador de técnicas, investigador y hombre de ciencia, clínico práctico o a veces Maestro.

Con justo título se puede decir, que todas las acciones concebibles, la del cirujano es la que debe satisfacer el mayor número de condiciones independientes las unas de las otras".

Esta definición contempla con toda su magnitud la posición del cirujano actual y nos da la explicación del porqué de la trascendencia del problema siempre cambiante de su formación, en un momento en que el desarrollo de la cirugía ha adquirido un ritmo vertiginoso.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Allende, L. M.*: Curación de las heridas por el método antiséptico. Tesis Doctoral. Buenos Aires, 1888.
- Allende, J. M.*: Conferencia inaugural del curso oficial de Clínica Quirúrgica. Córdoba, 1935.
- Algunas consideraciones sobre la cirugía y los cirujanos. Revista Argentina de Cirugía. 12:95-99; 1967.
- Aird, I.*: La formación del cirujano. Barcelona, Ed. Científico-Médica, 1963.
- Austregesilo, A.*: Moral biológica. Buenos Aires, Ed. Orientación Integral Biológica, 1945.

- Castiglioni, A.*: Historia de la medicina. Barcelona, Salvat, 1941.
- De la Fuente Chaos, A.*: Apuntes para una cirugía antropológica. Tomo 3, 2ª parte. Barcelona, Ed. Científico-Médica, 1964.
- Destaing, F.*: A la maniere de... Madame de Sévigné: la fistle du Roi-Soleil. Nouvelle Presse Médicale 4:431-4; 1975.
- De Vega, R.*: Perfil moral del cirujano. Valladolid, Sever Cuesta, 1973.
- Faure, J. L.*: En marge de la chirurgie. Paris, Les Arts et le Livre Ed., 1927.
- Garrison, F. H.*: Introducción a la historia de la medicina. Madrid, Calpe, 1921.
- Graham, H.*: Historia de la cirugía. Barcelona, Ed. Iberia, 1942.
- Ingenieros, J.*: Hacia una moral sin dogmas. Buenos Aires, Ed. Caymi, 1957.
- Lecene, P.*: L'évolution de la chirurgie. Paris, Ed. Flammarion, 1923.
- Leep, I.*: La nueva moral. Buenos Aires, Ed. Carlos Lohlé, 1972.
- Leriche, R.*: La philosophie de la chirurgie. Paris, Ed. Flammarion, 1951.
- Linder, F.*: De prima donna a jefe de equipo. Buenos Aires, Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía, 1959.
— Discurso inaugural del Congreso Internacional de Cirugía. Barcelona, 1973.
- Loudet, O.*: Vida y espíritu del médico. Buenos Aires, Kraft, 1952.
- Mazzei, L. D. S. de.*: Dignidad del médico y otros ensayos. Buenos Aires, López Libreros Ed., 1973.
- Mazzei, E. S.*: Anales de la Cátedra de Clínica Médica. Buenos Aires, López Libreros Ed., Tomo IX, 1968.
— Anales de la Cátedra de Clínica Médica. Buenos Aires, López Libreros Ed., Tomo XI, 1970.
— Qué es la medicina. Buenos Aires, Colección Esquemas, Ed. Columba, 1969.
— Grandeza moral del juramento hipocrático. Prensa Médica Argentina 61:1-6; 1974.
- Marañón, G.*: Vocación y ética y otros ensayos. Buenos Aires, Austral, 1946.
- Nicolini, R. C.*: Retrato, responsabilidad y conciencia del cirujano. Revista Argentina de Cirugía 26:8-12; 1974.
- Orgaz, J.*: Infancia y vocación. Córdoba, Assandri, 1953.
- Pío XII y las Ciencias Médicas.* Discurso en el Congreso Internacional de Cirugía. Buenos Aires, Guadalupe, 1961.
- Soupault, R.*: Chirurgie mon metier. Paris, Plon, 1966.
- Vasallo, A.*: El problema moral. Buenos Aires, Colección Esquema, Ed. Columba, 1966.
- Zeno, A.*: La cirugía ayer y hoy. Rosario, Ed. Cooperativa de Estudiantes, Facultad de Medicina, 1935.