

Editorial

El Reto

El cambio que ya hace varios años se produjo en la cirugía al ser posible llegar a una lesión sin necesidad de grandes accesos operatorios evolucionó la cirugía de tórax y abdomen, en la actualidad la gran mayoría de los procedimientos en estas zonas se realizan con técnicas endoscópicas, desde luego los precursores de estas en la otorrinolaringología lo siguen haciendo como en urología y cirugía rectal.

Pero el cambio en la cirugía vascular ha sido más reciente pero no menos impactante. De los trabajos en la entonces Unión Soviética por Servilenko en el Burdenko que fueron puestos en duda sobre todo por el antecedente de los fraudes de Lychenko propiciados por Stalin, sucedió la aceptación de la Escuela Francesa con personajes como Benabid y Karavel y pronto su aceptación fue mundial y se impuso con médicos de reconocimiento mundial como Viñuela y Zenteno.

Cada vez es mayor el número de personas tratadas con estas técnicas tanto intrabdominalmente como en los aneurismas de la aorta antes con una tremenda mortalidad como en las coronarias y en las lesiones intracraneales y es de esperarse que en un futuro no lejano el mayor porcentaje de las intervenciones sean por esta técnica sola o en conjunto con la cirugía abierta.

Hay discusiones pero esto no es nada nuevo ni en la ciencia en general ni en la medicina en particular.

El doctor Miguel Jiménez nació en Amozoc, Puebla en 1813, fue el primer clínico mexicano que introdujo en México los métodos de percusión y auscultación, publicó sus acertadas observaciones de ciento noventa y siete pacientes, en varios trabajos sobre el diagnóstico y el tratamiento del absceso hepático.

Desde 1840 Jiménez en lugar de emplear la técnica abierta con riesgo de que el aire contaminara,

recomendaba utilizar un trocar para drenar estos abscesos, y así aislarlos de toda influencia exterior, intuía la necesidad de asepsia en las intervenciones quirúrgicas.

Su contribución clínica más notable fue establecer el diagnóstico diferencial entre tifoidea y tifo exantemático cuyos síntomas se confundían con facilidad.

En 1870 y 1872 fue presidente de la Academia Nacional de Medicina a la edad de sesenta y dos años el 2 de abril de 1875 falleció de un cáncer de vejiga.

Todas las generaciones incluso la nuestra gusta quejarse de la grave crisis que les tocó vivir, sin duda un mecanismo de defensa para justificar las tareas no cumplidas y las metas no alcanzadas o sólo para enfatizar los logros obtenidos pero recordemos la vida de Jiménez quien vivió una época crítica difícilmente comparable con alguna otra de México, tres años después del grito de Dolores, transcurrían otros ocho de guerra de Independencia y a los 34 años presenció la invasión del ejército americano y la pérdida de la mitad del territorio nacional, más tarde la guerra de Reforma la invasión francesa y el triunfo de la República, después de haber sido médico de Maximiliano, quien al parecer sufría una amibiasis.

Estos acontecimientos acompañados de miseria y enfermedades epidémicas no impidieron a Jiménez investigar, publicar, enseñar y desde luego cumplir con su misión de curar. Ni siquiera la enfermedad pudo doblegar su espíritu valiente y creador, ocho meses antes de fallecer publicó su último artículo científico.

El ejemplo de Jiménez es el del médico humanista que tiene la vocación de aliviar al hombre, razón que me llevó a invocar al médico de hoy, en particular al que se enfrenta a las enfermedades del órgano que nos hace diferentes a todos los seres vivos, el encéfalo.

Tratar el cerebro donde se efectúan las funciones motoras sensoriales e intelectuales de un ser humano, poder eliminar lo que perjudica sin dañar ninguna de estas funciones es la responsabilidad y el reto.

Comprender la complicadísima fisiología cerebral con sus millones de células y conexiones y el poder manejar sus delicadas estructuras ha sido un reto al ingenio, la perseverancia e inteligencia de muchos hombres a través de muchos años.

Contemplar la complejidad del sistema nervioso sólo se podía comparar con la emoción que se tiene al contemplar el firmamento lleno de estrellas en el desierto, donde casi se siente la mano de Dios.

La neurocirugía pasó por diferentes etapas a las cuales me referiré como un ejemplo de la evolución que ha tenido el pensamiento y la acción médica en esta especialidad al través del tiempo de las dificultades que se le han presentado y del esfuerzo que ha permitido vencerlas.

Existen antecedentes históricos interesantes de intervenciones neuroquirúrgicas en diversas partes del mundo representando el interés de aquellos médicos primitivos para curar a sus pacientes porque aunque es indudable que muchas de éstas intervenciones tenía un contenido mágico también es posible que tuvieran una justificación médica.

Se han encontrado cráneos trepanados correspondientes a la época neolítica en la región de Lozeres en Francia y en Egipto existe documentación de la práctica de la trepanación 3,000 años antes de Cristo para evacuar hematomas que producían hemiplejia con resultados satisfactorios.

Hipócrates recomendaba la trepanación en los traumas craneales y en Mesoamérica se practicaba tanto en México, como en Perú, sobre todo en la región de Paracas, algunas sin sobrevida, pero otras que se llevaron a cabo bastante tiempo antes de que el operado falleciera y quizá tuvieron el efecto terapéutico buscado.

En el siglo XVI Ambrosio Paré diseñó una serie de instrumentos que con algunas modificaciones se usan aún en la época actual, como el perforador, el trépano, la trefina, el protector de dura y en el siglo XVIII Diderot hizo una descripción detallada de la evacuación de un absceso cerebral y de la respuesta inmediata que tuvo el enfermo a esta intervención, lográndose además que el enfermo tuviese una larga sobrevida.

Este tipo de cirugía tenía alta mortalidad por lo que la trepanación guardó durante años un aura siniestra que parcialmente conserva entre los legos en la actualidad.

En contra de ella lucharon hombres que como Vesalio habían estudiado profundamente la anatomía y que habían aprendido en el anfiteatro de disecciones suficiente patología para poder afirmar que la cirugía podía lograr que el enfermo sanara.

Tenían en su contra, además de la superstición, la falta de anestesia, el desconocimiento del proceso infeccioso y la imposibilidad de curarlo, pero siguieron adelante.

En el siglo pasado se logran varios avances importantes que cambiaron el panorama.

En primer lugar los descubrimientos de Lister y de Pasteur sobre la asepsia y la antisepsia permitieron disminuir en forma muy importante el riesgo de las infecciones.

El segundo, el estudio de la localización de las funciones cerebrales desarrollado por Broca en material de autopsia desde 1861 y por las observaciones de Hitzig sobre este tema en 1870 y Bartholow en Cincinnati quien hizo las primeras estimulaciones eléctricas en el cerebro en un paciente con una lesión de la bóveda craneal que le permitía acceso al encéfalo.

El tercero, que tardó aún más en lograrse fue la adquisición de una técnica anestésica satisfactoria, esto junto con la posibilidad de practicar hemostasia y hacer transfusiones, modificaron radicalmente a la cirugía.

En 1879, Sir William MacEwen en Glasgow, llevó a cabo la extirpación de un meningioma en placa de la fosa anterior del lado izquierdo del cráneo y el enfermo se curó sin secuelas. Este mismo autor en 1883, evacuó hematomas subdurales crónicos localizados clínicamente y llevó a cabo una laminectomía para aliviar la compresión medular causada por una severa escoliosis.

Este cirujano informó en 1888 sobre los resultados de veintiún craneotomías y siete laminectomías con buenos resultados.

Contemporáneo de MacEwen fue Sir Victor Horsley quien nació en Londres en 1857 y obtuvo su título de médico en 1880. Interesado en la fisiología cerebral llevó a cabo experimentos mediante estimulación del encéfalo en animales y en 1886 informó de la extirpación de una cicatriz meningo-cerebral para tratar a un enfermo epiléptico, en 1887 hizo la primera laminectomía para extirpar un tumor intrarraquídeo, quizás un meningioma que estaba causando una paraplejia y en 1889 la primera radiculotomía retrogaseriana para el tratamiento de la neuralgia del trigémino.

En 1893 Allen Starr informó de 84 intervenciones ejecutadas por diagnóstico de tumor intracraneano, en 32 casos no se encontró el tumor y los 32 pacientes

fallecieron de los 52 casos en que sí se encontró la lesión, 15 fallecieron se tenía entonces una mortalidad de 50% en los tumores cerebrales y 80% en los del cerebelo.

Existían los hombres entusiastas, valerosos y con deseo de superación pero la neurocirugía requería mejores técnicas de diagnóstico, mejores técnicas anestésicas, mejor instrumentación y mejor ayuda farmacológica.

Entre 1890 y 1910 dos grandes cirujanos Frazier y Cushing daban aún un lugar importante a la cirugía paliativa, como son las descompresiones, que mejoraban parcialmente al paciente aunque produjeran grandes hernias del encéfalo.

En 1905 escribía Scarff que las intervenciones intradurables eran poco frecuentes, su mortalidad elevada y sus resultados funcionales, mediocres.

Aunque la neurocirugía había mejorado gracias a la asepsia y a la mejor hemostasia, persistía el problema de la anestesia por inhalación que había beneficiado en forma importante a la cirugía general donde de podían emplear técnicas de rápida ejecución.

Entre 1903 y 1930 la cirugía del sistema nervioso se transformó en la actual neurocirugía, se lograron métodos de diagnóstico más precisos, una técnica quirúrgica y un instrumental adecuado a sus necesidades además del empleo de procedimientos de asepsia y hemostasia rigurosos y eficaces medicamentos antinfecciosos.

Gracias a ello la neurocirugía avanzó y se logró la extirpación de todo tipo de tumores, se atacaron las malformaciones del sistema nervioso y de sus vasos y se empezó a corregir los trastornos funcionales como el dolor y la epilepsia, se trataron de corregir las occlusiones vasculares y se intentó la cura de los trastornos mentales mediante cirugía.

Esta época está dominada por la figura pionera de Harvey Cushing, su personalidad de un gran rigor moralista fue influida por su padre que antes de permitirle ir a la Universidad de Yale le hizo prometer que jamás bebería, ni fumaría, ni tendría una conducta inmoral.

Algunas de estas promesas no fueron cumplidas porque Cushing fumaba mucho y de vez en cuando tomaba alcohol.

En sus años de entrenamiento trabajó con Halsted del que no le gustaba la lentitud en el acto quirúrgico y con Osler con quien tenía una buena amistad y a quien admiraba por su sagacidad clínica.

La primera vez que en Londres vio operar a Sir Victor Horsley no le gustó la rapidez con que lo hacía a costa del trauma. Tal vez allí nació su decisión de

crear su propia técnica quirúrgica.

Con Sherrington trabajó un mes en la estimulación de la corteza cerebral del chimpancé. En 1912 fundó un servicio en el hospital Peter Bent Brigham en Boston que habría de ser el centro de la neurocirugía por muchos años.

Su técnica meticulosa y su personal cuidado de los enfermos cambiaron radicalmente a la cirugía. En 1927 Cushing reportó 300 intervenciones por vía transesfenoidal en tumores de la hipófisis con una mortalidad de 4%.

Sus resultados aparte de su cuidadosa técnica quirúrgica fueron debido a algunos avances tecnológicos sencillos pero efectivos, como son las "grapas" de plata, que con pequeñas modificaciones se usan en la actualidad, el uso de músculo o de fibrina para el control de la hemorragia en capa, que también continúan usándose, en 1926 empleo por primera vez el bisturí y coagulador eléctrico diseñado por Bovie para extirpar un meningioma muy vascularizado, sin causar mayor hemorragia.

Para abatir las infecciones insistía en que las heridas deben suturarse cuidadosamente y por planos, tanto así que decía que en su tumba se pusiera "*este hombre fue el primero que cerró la galea aponeurótica*".

A parte de sus grandes contribuciones técnicas, su obra científica sentó las bases para el desarrollo de la neuropatología y la neuroendocrinología. Persistió el problema de la dependencia en la clínica para el diagnóstico topográfico preoperatorio y de la anestesia general a la que Cushing había abandonado a favor de la anestesia local.

Este hombre tuvo que enfrentar graves problemas en su vida, la primera guerra mundial que interrumpió sus estudios y lo llevó al ejercito junto a Pershing en Francia, allí del infierno del soldado herido aprendió el manejo de las lesiones agudas; no obstante, que por una posible polineuritis apenas podía moverse, no interrumpió sus labores como médico militar y sólo en una ocasión según cuenta Davidoff no terminó una intervención quirúrgica en la que dejó que el cerrará la herida para ir al sepelio de su hija que había muerto en un accidente.

Supo pues superar la crisis nacional y personal gracias a su recio espíritu y determinación de seguir adelante.

El 5 de noviembre de 1918 en el número 68 de *Arch Neurocienc (Mex)* apareció un artículo firmado por un joven colaborador de Halsted, Walter Dandy, en el cual describía la inyección de aire en las cavidades ventriculares y la demostración de las mismas en placas radiológicas subsecuentes.

La ventriculografía y después el neumoencefalograma dieron a la neurocirugía el instrumento para lograr un diagnóstico de localización e impedir que volviesen a ocurrir las operaciones en que no se le localizaba el tumor. Cirujano de habilidad excepcional, pudo realizar extirpaciones totales de tumores del ángulo pontocerebeloso, secciones de trigémino y glosofaríngeo en fosa posterior y tumores del III ventrículo por vía transcallosa. En 1937 operó por primera vez un aneurisma poniendo una grapa en su cuello.

El diagnóstico de estas lesiones se había hecho posible gracias a la invención de la angiografía por un neurólogo portugués, Egaz Moniz en 1928. En 1944 publicó sus resultados de veintiséis aneurismas operados directamente, veinte curados y nueve defunciones operatorias. Un día a la semana lo consagraba al laboratorio donde trataba de encontrar solución a los problemas auditivos.

Este médico llevó a cabo su gran producción científica entre dos guerras mundiales y en medio de la gran depresión económica de 1929. En 1945, a la edad de 59 años murió súbitamente de un infarto cardiaco.

Otro grande de la neurocirugía de esa época fue Percival Bailey quien fue además neuroanatomista, neuropatólogo, neurofisiólogo y neuropsiquiatra.

Después de prolongados estudios en Estados Unidos de Norteamérica y Europa llegó en 1928 a Chicago donde tenía la intención de formar un gran centro de investigación neurológica. Esto que fue el sueño de su vida se vio frustrado por la enemistad que le tenía el presidente de la Universidad y sus colegas cirujanos lo que es un buen ejemplo de cómo un conjunto de personas adversas pueden frustrar una idea constructiva, quedaron sin embargo, como parte fundamental de su obra, sus alumnos entre ellos Bucy, Sweet, Cloward y Earl Walker todos ellos de fama mundial.

Un joven a quien le interesaba la pintura y estudiaba medicina por dar gusto a su padre, vio un día un dibujo de una neurona cuya bella forma lo indujo a estudiar el sistema nervioso, después de estudiar con Cajal, Leriche y Forester en Europa regresó a New York donde el doctor Archibald, jefe de cirugía de la Universidad de MacGill en Montreal, le ofreció la posibilidad de manejar unas camas de neurocirugía.

En 1928 Canadá no tenía la condición económica actual, sino era más bien un sitio poco conocido y atrasado. Gracias al esfuerzo, entusiasmo y dedicación de este joven médico que en 1932 cumplía 40 años se inauguró el Instituto Neurológico de Montreal

y por el trabajo de allí se llevó a cabo Wilder Penfield pasó a la posteridad como uno de los grandes pioneros de la neurocirugía.

Del otro lado del Atlántico, en Francia, Thierry de Martell inspirado e impulsado por Babinski hacía crecer a la neurocirugía francesa.

Este hombre de gran actividad y porte imponente, diseñó en 1911 un trépano mecánico para sustituir los instrumentos primitivos que se empleaban para la craneotomía, retractores autosostenibles para la exploración de lesiones profundas del cerebro que con modificaciones se emplean actualmente y el drenaje ventricular continuo para manejar la hipertensión intracranal.

Dos guerras mundiales interrumpieron en forma importante el trabajo médico de este cirujano y al entrar las tropas alemanas en París en junio de 1940 se suicidó.

En ocasiones, aún las circunstancias adversas pueden ser aprovechadas por hombres decididos para convertirlas en favorables, Clovis Vincent era un neurólogo y anatómista consumado que había asistido a Martell en la cirugía pero a la edad de 48 años se encontró en la necesidad de operar solo, porque éste, se encontraba en Bagdad operando a un importante personaje.

Al regreso de su jefe se produjo un rompimiento profesional y de amistad y ello obligó a Vincent a formar un servicio, equiparlo físicamente, con personal adecuado y gracias a ello se formó en 1934 el servicio de neurocirugía de la Pitié que logró el reconocimiento en 1938 de la facultad de París como el primer servicio formal de neurocirugía en Francia.

Este esfuerzo personal tremendo fue anulado por la ocupación alemana y en 1947 se retiró de la medicina antes de prestar sus servicios al invasor de su patria.

Compañero de esta creación magnífica fue Pierre Puech quien a la edad de 20 años había sido herido en el frente de batalla por la que recibió la Legión de Honor, después en el frente de Verdun le presentaron al médico del batallón, Clovis Vincent.

Con él volvió a la neurología y al mismo tiempo a recuperarse de sus heridas, una en el pulmón y otra en el nervio cubital que requirió una reeducación muy prolongada. Lograr todo esto y aprender a operar en cirugías que entonces duraban más de ocho horas con un patrón exigente que como Vincent se levantaba a las cuatro de la mañana, no fue fácil. Sin embargo, todo eso lo consiguió además de realizar importantes trabajos de investigación y hacer con Fishgold los trabajos pioneros en el uso de electroencefalograma en los traumatismos craneoencefálicos.

Principió a usar aunque con reticencia la psico-

cirugía en los enfermos psiquiátricos en el hospital Sainte Anne, a la edad de 53 años un infarto cardiaco le causó la muerte.

Otfried Forester neurólogo que estudió con Babinski y Wernike se convirtió durante la primera guerra mundial en un cirujano de gran prestigio lo cual le permitió llevar además a cabo las operaciones que como clínico había recomendado, como son las rizotomías posteriores y las cordotomías anterolaterales.

Mencionaremos que gracias a esta fama atendió a Lenin en 1923 de un infarto cerebral y posteriormente realizó su autopsia.

En Latinoamérica no obstante nuestros problemas económicos Alfonso Asenjo en Chile construyó un magnífico Instituto de Neurocirugía que desgraciadamente tuvo que abandonar para morir en el destierro después del golpe militar en su país.

Afortunadamente un esfuerzo similar de Manuel Velasco Suárez en nuestro país culminó con la construcción del Instituto de Neurología cuya labor junto con la desarrollada en el IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud, donde en el Hospital General fueron pioneros Clemente Robles y Mariano Vázquez, han dado como resultado que la neurocirugía mexicana haya recibido un reconocimiento mundial.

Habíamos mencionado que entre los adelantos de la neurocirugía había un problema no resuelto, la anestesia, ya que el éter y cloroformo en mascarilla abierta muy útiles en la cirugía general, causaban edema cerebral. Por esta razón la anestesia local con cocaína se principió a usar desde 1864 y desde 1905, la procaína descubierta por Elinhorn y Uhlfelder.

En 1934 se empezaron a emplear el pentotal y la intubación y en 1941 la tubocurarina como relajante.

A partir de 1945 la anestesia en hospitales civiles principio a recibir los beneficios de la experiencia adquirida en el conflicto bélico mundial.

A partir de 1960 los nuevos anestésicos como el fluotane, los corticoides, la ventilación asistida, la hiperventilación y el registro automático de signos vitales han permitido a los neurocirujanos el poder operar a los pacientes con tranquilidad y sin angustias de tiempo. Es indiscutible que el descenso de la mortalidad de las intervenciones se debe en gran parte a la alta calidad profesional de nuestros compañeros anestesiólogos y de sus modernos equipos.

La II guerra mundial, y los conflictos bélicos de Corea y Vietnam, graves acontecimientos que causaron desolación y muerte, al mismo tiempo propiciaron adelantos técnicos en equipos de registro, aleaciones de metales y técnicas quirúrgicas que han ayudado al

avance de la cirugía.

La microcirugía, los aspiradores ultrasónicos, los instrumentos de titanio y el uso de rayo láser son resultados favorables de estos penos y desagradables sucesos.

Hasta aquí podemos decir que la cirugía clásica constaba de dos grandes capítulos, la reparación que comprende la sutura de heridas, la consolidación de fracturas, la evacuación de abcesos y hematomas y la cirugía que lleva implícita la mutilación al extirpar un órgano enfermo ya sea infectado como un apéndice o una vesícula o afectado por un proceso tumoral como el pulmón o cerebro.

La neurocirugía funcional para controlar un síntoma molesto como son las rizotomías, la cordotomías o la coagulación de centros en los ganglios basales para las disquinesias en cierta forma es también mutiladora, aun cuando sus resultados sean benéficos para el paciente.

Se presentó entonces un nuevo enfoque de la cirugía y es la restauración del órgano afectado por uno sano, obtenido de otra persona ya sea un donador vivo o un cadáver.

El primer trasplante de tejido fue la transfusión, pero ésta no causó ninguna controversia puesto que la sangre se regenera rápidamente y su pérdida controlada no causa trastorno al donador, de allí, que su uso no causó crítica alguna sino al contrario, aceptación general, con la excepción de algún grupo religioso.

El trasplante de órganos ha tenido un camino más difícil porque necesariamente tiene algún peligro para el donador en el caso del riñón y no es compatible con la vida en los de cornea, pulmón, hígado, intestino y corazón.

Esta crisis ética de la medicina ha sido superada mediante la formación de comités especiales y legislación específica que permite garantizar a la sociedad que no se van a cometer actos en contra de la vida sino que al contrario, se va a tratar de prolongarla en las mejores condiciones posibles.

La aceptación universal del concepto de muerte cerebral ha permitido este gran avance médico en contra de opiniones adversas.

Persistía una prevención sobre la posibilidad de hacer trasplantes o implantes en el tejido nervioso.

Largos años de investigación en animales permitieron aclarar que si existe la posibilidad de hacer este tipo de operaciones.

Los trabajos de Sperry quien realizó trasplantes de ojos de rana, los estudios en ajolote que tiene posibilidad de regeneración de extremidades y la

siembra de tejido nervioso en cámara anterior en ojo de conejo permitieron asegurar que este tejido podía ser cultivado en condiciones especiales. En Portland, Zimmerman implantó células de lóbulo frontal de ratas jóvenes en ratas viejas observando cambios conductuales importantes.

El factor de crecimiento tisular que existe en el tejido fetal y que permite que se forme a partir de una célula todo un complejo sistema, aún no está identificado pero necesariamente debe estar presente y su manejo podrá permitir en un futuro el que se logre el viejo sueño de la recuperación funcional del tejido nervioso enfermo.

En México, Álvarez Bulla logró en animales de experimentación que el tejido parotideo implantado en silla turca adquiriera actividad funcional de hipófisis.

Los estudios neurobiológicos de transmisores de tipo de acetilcolina en la senectud y en la enfermedad de Alzheimer abren una nueva posibilidad terapéutica a este tipo de enfermedades consideradas hasta hoy como incurables.

Los experimentos de Nottebohm y Backlund en Suecia, implantando tejido de médula suprarrenal en cabeza de núcleo caudado en el tratamiento de enfermos con Parkinson abrió nuevas posibilidades para el manejo de esta incapacitante enfermedad.

El uso de tejido fetal para el tratamiento de estos enfermos o el empleo de células cultivadas para el mismo uso, abre grandes posibilidades en este nuevo capítulo de la neurocirugía que intenta devolver la integridad funcional al sistema nervioso.

Desde luego, muchos de estos trabajos han sido vistos con escepticismo, pero también con incredulidad vio Felipe II la proposición de Vesalio de operar a su hijo Don Carlos que había sufrido un trauma craneal y lo dejó morir sin tratamiento.

El denigrar a otro médico, el decir a los familiares que lo hizo está mal hecho y que aún le causó daño sólo para después decir y ahora sí yo lo voy a aliviar, es tener una actitud errónea y grosera que puede llegar a lo criminal si por causa de ello el colega sufre un acto agresivo de parte del paciente o de sus familiares.

Hagamos nuestro mejor esfuerzo, busquemos la mejor solución y tendremos el mejor resultado y una conciencia tranquila y si después de hacerlo el resultado no es lo gratificante que se esperaba hay que tener el valor de aceptar la derrota, de enfrentarse al fracaso y de no culpar de nuestros errores o limitaciones a otros. Es fácil decir, el anestesista, la enfermera, el ayudante, pero ésta no es la actitud de un ser humano que como el médico ha escogido libremente desempeñar un trabajo en el que se pueden tener

triunfos y agradables momentos pero también fracasos y amarguras.

Es necesario compartir la información de los avances en el campo médico, tener siempre un gesto de colaboración y amable trato para los que como nosotros luchan en este universo de la medicina. El menospreciar a otro médico por pensar que su acción no es tan importante como la nuestra, es ignorar que la salud es el funcionamiento normal de todos y cada uno de nuestros órganos y si bien la falla de algunos produce la muerte, la falla de cualquiera de ellos produce la enfermedad, el dolor y la incapacidad.

Si bien las responsabilidades del médico son muchas para con los demás y cuando en ellas fracasa esto es rápidamente reconocido, existen otras que son consigo mismo y cuya falta no se hace pronto aparente pero cuando lo hace deja al descubierto un grave problema interno.

El médico debe ser un estudioso permanente, tarea difícil porque requiere el conocimiento de idiomas que le permitan conocer la literatura mundial, tiempo y dinero para asistir a las reuniones, congresos y cursos que le permitan actualizarse.

La ciencia médica es cada día más amplia y cada vez es más difícil el poder dominarla, pero con empeño, con tesón, podemos conservar nuestros conocimientos al día. Si no lo tenemos, mal podemos desempeñar con acierto nuestra función.

El adquirir conocimientos para uno solo, es un acto egoísta y por lo tanto, poco ético, los conocimientos son para compartirlos.

La enseñanza a los estudiantes de medicina, a los residentes, a las enfermeras y a todo el personal de la salud que lo requiera es una función que aparte de ser necesaria, es gratificante porque allí en poco tiempo vemos nuestros esfuerzos retribuidos con la mejoría académica de las personas que nos rodean.

Esta es la forma de perpetuar el pensamiento humano y nuestra propia vida.

El individuo aislado poco vale y casi nada logra. El hombre es un animal gregario, gusta de la compañía de sus semejantes y los necesita para sus juegos y celebraciones.

El rito o la política requieren la congregación y si así es ¿porqué en un momento de duda no tener en la medicina esa relación?, ¿porqué no queremos aceptar nuestras limitaciones?

Si esa hubiese sido la actitud de nuestros antepasados que hace 15,000 años en estas tierras cazaban al bisonte y al mamut no hubiesen sobrevivido, ya que nunca habría podido lograr un individuo este tremendo cometido, que el grupo si hacía, y de cuyo éxito

dependía la sobrevivencia de todos.

Si no podemos hacer algo llamemos a nuestra ayuda a alguien que nos auxilie, sin pena, sin sentimiento de frustración, solo los semidioses como Hércules, podían por sí mismos llevar a cabo trabajos heróicos.

El hombre vive en sociedad y el médico debe de pertenecer a las sociedades médicas y en ellas desarrollar su esfuerzo si es que realmente es humano.

Decir despectivamente que son pérdida de tiempo o que no aportan nada es una muestra de insolencia, producto de la ignorancia.

Es fácil criticar, lo que es difícil es hacer las cosas mejor que los demás y la acción del médico no debe

limitarse a la relación con sus pacientes, sus colegas, o su hospital sino que su ética médica debe influenciar a su familia, a sus amigos, y a toda la sociedad en general.

Un hombre que puede ser guía de la sociedad y marcarle con su conducta personal el ejemplo que los demás deban seguir es el médico, con principios firmes, conducta recta, mente clara y por ende, con conciencia tranquila.

Dr. Humberto Mateos Gómez
Editor