

Del clasicismo al minimalismo y al impresionismo, ¿qué nos espera?

Conferencia Rafael Casas Morales 2010

NATÁN ZUNDEL, MD, FACS*

Palabras clave: arte; historia; cirugía.

Realmente para mí es un gran honor que la Asociación Colombiana de Cirugía me designara como Orador de la Conferencia Rafael Casas Morales, año 2010, especialmente, cuando al revisar con mayor profundidad, figuraba no sólo el profesor Rafael Casas Morales, sino los ilustres cirujanos que me precedieron en este podio en similar ocasión, en particular dos de ellos, parcialmente responsables de mi presencia hoy aquí.

Cuando recibí la comunicación oficial de la Asociación Colombiana de Cirugía, y entendiendo que se trataba de algo más filosófico y humanístico, empecé a pensar sobre qué quería hablar, qué mensaje quería o sentía debía enviar, especialmente a ese grupo de jóvenes que estudian Medicina y sueñan con convertirse en cirujanos, pero también a mis contemporáneos y, por qué no, hacer un reconocimiento a mis predecesores y maestros. Por eso, decidí que quería, que debía, dar mi propia perspectiva de los eventos y cambios que la Cirugía ha

tenido, y cómo los he vivido en mi proceso de comenzar y convertirme en cirujano, proceso que hasta hoy ha durado 26 años desde el inicio de mi residencia.

Como enamorado permanente de la Historia, observador embelesado pero aún muy lego del arte, decidí comparar las tres diferentes etapas de mi proceso con tres momentos del arte; aunque tienen el mismo nombre que les asigné a estas tres etapas, no estaba seguro si el contenido, el título de éstas o la búsqueda e intenciones de los cirujanos y de los artistas iban en direcciones similares u opuestas, lo cual hizo mi lectura y travesía mucho más interesantes aún.

Con base en mis memorias, experiencias y conceptos básicos, decidí denominar las tres etapas de mi proceso en orden cronológico como clasicismo, minimalismo e impresionismo, pero también, consideré una cuarta etapa, si alguna vislumbro, y de ahí el título de esta presentación.

Para empezar, quiero mostrarles un video; ustedes saben que yo soy un hombre al que le fascinan los videos y las nuevas tecnologías. Pienso que una imagen, sea pintura, escultura o video, vale más que mil palabras. Un padre puede decirle mil veces a su hijo que no diga mentiras, que es malo, etc., pero la primera vez que el padre o la madre le dicen a su retoño: “Shhh...”, dile al que me está llamando por teléfono que ya salí”, el niño entiende la relatividad de las palabras.

¡Qué mejor ejemplo que este video, para comenzar haciendo énfasis nuevamente en que lo que voy a

Conferencia dictada durante el XXXVI Congreso Nacional de Avances en Cirugía en julio de 2010 en Bogotá.

* Profesor de Cirugía, Florida International University, FIU, Herbert Whitmer College of Medicine; cirujano consultor para Cirugía Mínimamente Invasiva y Bariátrica, Fundación Santa Fe de Bogotá; miembro Comité de Cirugía Bariátrica, Asociación Colombiana de Cirugía

Fecha de recibo: 26 de julio de 2009

Fecha de aprobación: 28 de julio de 2009

presentar hoy es mi perspectiva, mi interpretación, mi analogía, mi “cómo me fue”!

Clasicismo

Empecemos con el clasicismo, o los clásicos. Comencé mi viaje en el tiempo y, también, preferí empezar con cada término en el arte y luego con su análogo quirúrgico. Aprendí que el clasicismo se divide básicamente en dos etapas.

La primera etapa es la de los clásicos, la Grecia antigua y algo de la romana, que se ha dividido en temprana alta y en tardía. Fueron estos años antes de Cristo, desde la victoria de Grecia sobre Persia, hasta que murió Alejandro Magno, y pasó simultáneamente en una época que, tal vez, fue uno de los periodos históricos más impresionantes de la humanidad. Fue cuando la ciencia y la filosofía, como las conocemos hoy, empezaron a florecer.

En el arte, fue la escultura la que más sobresalió y entre los escultores, Fidias, Mirón y Policleto, en el siglo V a. C. Lo que a mí me interesa, básicamente, es que estos artistas se preocuparon por la elegancia de la forma y por la perfección de la técnica. Estamos hablando de muchos cientos de años antes de Cristo. Por ejemplo, aprecien la maravillosa obra del *Discobolus*; representa a un deportista, un lanzador de disco, obra originalmente en bronce (c 470-440 a. C.) y cuya autoría se atribuye a Mirón (480-440 a. C.). Es una representación extraordinaria, una obra maestra para el estudio del movimiento. El deportista que estamos viendo en la obra está en el momento previo a lanzar el disco y podemos apreciar en detalle no sólo la tensión de cada músculo de su cuerpo, detallada por el artista, sino la tumefacción de las venas en sus brazos, por el esfuerzo físico. Esta copia en mármol, está en el *Museo Nazionale Romano* en Italia. Eso es lo que tiene una escultura como ésta, en la cual el detalle y el estilo eran importantes.

Se dice que Praxíteles fue el escultor más famoso de todo el siglo IV y su *Hermes*, que se encuentra hoy en el *Museo Arqueológico de Olimpia*, en Grecia, es espectacular. Como se puede apreciar, el dios griego Hermes, hijo de Zeus y de Maya, hija del titán Atlas, conocido también como mensajero de los dioses, protector de los viajeros, está cargando al joven Dionisos.

Cada detalle de esta escultura no sólo está muy bien logrado, sino que, además, la figura ya no tiene la rigidez de otras previas. Y, por supuesto, no podemos dejar pasar a la Venus de Milo (130-100 a. C.), cuyo nombre se origina en la isla de Melos, donde fue descubierta esta escultura en 1820. Hoy la pueden apreciar en el *Musée du Louvre*, en París. Básicamente, representa a la diosa siendo admirada por los jóvenes atletas griegos, en el gimnasio cívico de Melos.

El clasicismo se define como una corriente de pensamiento estética e intelectual que tuvo su apogeo en los siglos XVIII y XIX, abarcó desde 1730 a 1820, aproximadamente, y se llama clasicista porque estuvo inspirado en los patrones estéticos y filosóficos de la Grecia clásica.

Apareció como una rebelión contra el manierismo (1530-1600) que tenía entre sus representantes figuras como Tintoretto y El Greco quienes, a su vez, habían creado el manierismo y *el caravaggismo* como una reacción anticlásica, que cuestionaba la validez del ideal de belleza defendido en el Alto Renacimiento.

El significado peyorativo del término manierismo comenzó a utilizarse más adelante, cuando esa “manera” fue entendida como una fría técnica imitativa de los grandes maestros previos (Rafael, Leonardo, Miguel Ángel).

Los hermanos boloñeses Annibale y Agostino Carracci, así como su primo Ludovico Carracci, fueron los primeros en iniciar esta nueva corriente clásica. Decidieron que eso no era para ellos, que por qué ellos tenían que hacer exactamente lo que todo el mundo hacía y decidieron crear una nueva cultura que llamaron el “clásico” y decidieron volver otra vez a los clásicos de Grecia y hacer sus propias pinturas, de su propia forma. Es suficiente el apreciar la obra maestra de Annibale Carracci, la bóveda de la Gran Galería del *Palacio Farnesio*, en Roma, inspirada en la Capilla Sixtina de Miguel Ángel.

La frase que me llamó la atención fue su objetivo, su fin: “Enseñar tanto la técnica artística como la formación humanística”, además, inspirada en los patrones estéticos y filosóficos.

¡Qué importante! ¡Qué pensamiento claro! La mayoría de estos grupos clásicos no sólo enseñaban una

técnica, sino que enseñaban la ética, la moral y la parte humana de cada procedimiento técnico que iban a hacer. ¿Les suena? ¿Les recuerda algo? ¿Les trae a la mente alguna ocupación?

Ahora, si aprecian una pintura de Luis XIII, porque fue simultáneamente en esa época, durante su reinado y el de Luis XIV, el Rey Sol, cuando más los clasicistas hicieron sus obras verán ¡qué atención al detalle!, ¡a la belleza!

La obra *Atalanta e Hipómenes* es la introducción a uno los pintores que representó este clasicismo, Guido Reni (1575-1642). Cada detalle de su obra, cada componente de la misma, tenía una calidad basada en unos principios y conocimiento de la técnica. Su obra más conocida es el fresco del techo del *Casino dell'Aurora* del *Palacio Pallavicini-Rospigliosi*, en Roma, y representa a la divinidad Aurora, con Apolo en una carroza, acompañados de mujeres que danzan de alegría a su alrededor. Espectacular, un clásico.

Ya no en Italia, sino en Francia, la obra de Nicolás Poussin, *Los pastores de Arcadia* que se encuentra en el *Musée du Louvre*, en París, representa a unos pastores con detalles muy claros, que le permiten al observador reconocer dicha ocupación, mirando una tumba que tenía la inscripción “*Et in arcadia ego*”, en una de las zonas más bonitas de Italia donde dicen que nada malo pasa, porque esa zona es muy segura. La inscripción en latín (lengua clásica) quiere decir “Y en Arcadia estoy” y hace referencia a la muerte, e implica que la muerte va a estar, puede estar, en cualquier parte. A estos conceptos fue a los que estos pintores se dedicaron en el clasicismo y Annibale Carracci decidió volver a darles la belleza y la estética, el toque clásico, a estas pinturas.

Esta época es muy grande desde el punto de vista artístico, intelectual y humanístico; recordemos que es la misma época de la tan reconocida música clásica; algunas de sus luminarias fueron Franz Joseph Haydn, Wolfgang Amadeus Mozart y Ludwig van Beethoven.

Viajemos ahora un poco en la máquina del tiempo que fue utilizada en la película *The time machine* de George Pal, y miremos nuestros clásicos, nuestros clasicistas en la Medicina, la Cirugía.

No hace falta que nos extendamos en Hipócrates, ni hablar de Galeno, a quienes podemos comparar con los clásicos iniciales, nuestros clásicos tempranos. Gracias al doctor José Félix Patiño aprendí a querer a *La Iliada* de Homero, y en sus recomendaciones para aprender a leerla, publicadas en *Tribuna Médica* en 1994, se menciona esto mismo que estamos hablando y abro comillas:

“[...] los orígenes de la cirugía se remontaron a esa misma Grecia antigua donde empezaron los clásicos, y en *La Iliada*, Macaón y Podalirio son los hijos de Esculapio”.

Continuemos con más clásicos, pasando por Ambroise Paré y ya nos estamos acercando un poco más a los que ya serían los clasicistas, nuestros clasicistas, que teniendo algunos conocimientos básicos de ciencia, filosofía, ética y estética, querían hacer algo mejor; por ejemplo, Theodor Billroth (1829-1894), afamado cirujano austriaco, nacido en Alemania, a quien se le atribuyen, entre otras, la primera esofagectomía (1871), la primera laringectomía (1873) y, tal vez la más conocida, la primera gastrectomía exitosa para cáncer de estómago, con sus dos diferentes derivaciones, Billroth 1 y 2 (1881), que hasta el día de hoy se aplican. Cirugía obviamente abierta con una técnica quirúrgica depurada; pero aún más importante, tal vez aun más que su habilidad técnica y su concepción quirúrgica, Billroth fue fundamental en el establecimiento de la primera escuela moderna de pensamiento quirúrgico.

Pasemos a este prohombre de los Estados Unidos, William Halsted, quien fue grandemente influenciado por los métodos de educación quirúrgica de Billroth y es considerado el padre pionero de la moderna residencia en cirugía. ¿Pueden apreciar la concatenación, similar a la conexión que vimos en el arte? Halsted (1852-1922) nos llevó a la cirugía moderna.

Esos son nuestros clasicistas, esos nuestros clásicos; a partir de ellos todos aprendimos y ésta fue la primera de mis tres etapas. Yo aprendí de los clásicos, aprendí de mis profesores (mis propios clásicos) cómo se operaba, la técnica quirúrgica era supremamente importante, depurada; pero también me enseñaron de ética, de moral. Me enseñaron a cuidar a los pacientes y muchas cosas más.

Aprendí también de sacrificio, que no es nada comparable con el de otros antes y, posiblemente,

después de mí. Hace un par de meses leí la biografía de William Halsted, escrita por un cirujano plástico del *Johns Hopkins Hospital* ⁽¹⁾, y de todas las cosas que probó e intentó para mejorar la medicina, la anestesia y la cirugía. Como algunos de los pintores, se volvió adicto a la cocaína, probándola para ver sus efectos anestésicos. Decidí probarla y ya no pudo dejarla. No existe mucha diferencia entre lo que hicieron algunos pintores hace muchos años.

Entonces, comparo las dos situaciones. La terminología es similar, los individuos diferentes. Los clásicos del arte, nuestros clásicos; pero esto es más lo que me llama la atención en medicina y cirugía cuando hago el parangón. ¿Recuerdan las frases que mencioné al principio? ¿Las frases que decía de la pintura, del arte? Ellas eran:

1. “Se preocuparon por la elegancia de la forma y la perfección de la técnica”,
2. “Enseñar tanto la técnica artística como la formación humanística” e
3. “Inspirada en los patrones estéticos y filosóficos”.

Nuestros clásicos se basaban en similares principios aplicados a diferentes actividades, con cosas comunes. No nos estaban enseñando sólo a operar. A mí mis profesores me enseñaron también de la vida, de la manera más decente y moral de vivirla, y eso es lo que aprendí de los clásicos, esa es mi primera etapa.

Minimalismo

Mi segunda etapa fue la cirugía mínimamente invasora y, aunque no conocía mucho de esto, el término minimalismo existe en el arte. Según la definición de la Real Academia de la Lengua Española, es “una corriente artística que usa elementos mínimos y elementos básicos”.

El minimalismo se originó básicamente en los Estados Unidos, después de la segunda guerra mundial, como una rebeldía contra el arte, contra la decoración y contra la arquitectura de esa época.

El término minimalismo también se usa para describir una tendencia a reducir los objetos a sus elementos necesarios, en diseño y arquitectura.

Donald Judd (1928-1994) fue uno de los principales exponentes de este movimiento artístico que floreció en los sesentas. Como principio y concepto, buscaba mantener la esencia del objeto artístico como un todo y, para lograrlo, se debían quitar las “distracciones”: dejar sólo lo esencial, lo mínimo.

Se caracterizaba, entonces, por la austeridad, las formas geométricas y, en el caso de Judd, también por el uso de materiales industriales. Es importante anotar que su ensayo *Specific objects*, que publicó en *Arts Magazine* en 1965 ⁽²⁾, es reconocido como el manifiesto del movimiento minimalista.

Observen una decoración minimalista, una escultura minimalista. Tal vez es en arquitectura, siguiendo algunos parámetros de constructores japoneses, donde más éxito tuvo el minimalismo. Por ejemplo, el *Monumento para V. Tatlin I*, que fue hecho con tubos de luces fluorescentes. La mayoría de sus obras, como la de otros minimalistas, se llama *Untitled*, o sea, sin título. Encontré un pintor que tiene las obras *Sin título I*, *Sin título II*, *Sin título III* y *Sin título IV*; mostraban mínimas cosas y si ustedes quieren buscar un poquito el detalle, miren que en detalle, no hay. Pero ese es el minimalismo y es el uso de lo mínimo necesario o lo mínimo por mostrar, realmente, no algo trascendental en el mundo del arte.

Viajemos nuevamente en el tiempo, en esta oportunidad usando el carro que se usó en la película *Back to the future* del director Robert Zemeckis, que fue un éxito de taquilla, especialmente en su primera versión de 1985. Y vamos a viajar a una época cercana para nosotros, los finales de los 80, principios de los 90, cuando hace explosión la cirugía mínimamente invasiva.

Para nosotros, nuestro minimalismo es la cirugía de mínima invasión, y tendríamos que mencionar a muchos cirujanos que han hecho aportes para este proceso. Aunque empezó temprano (1910), desde Hans Christian Jacobaeus (con algunos instrumentos), no es sino hasta que aparecen modificaciones tecnológicas más avanzadas pero, más importante aún, el concepto de incisiones más pequeñas, menos trauma, menor respuesta biológica, etc., que hace explosión y se manifiesta en múltiples formas y procedimientos.

Es necesario mencionar como un homenaje, a Kurt Semm, ginecólogo muy conocido para los que hacemos

laparoscopia, por todos sus estudios que se iniciaron en los 60 (igual que el minimalismo, coincidencia...), por las burlas que sufrió por su inventiva y porque falleció hace pocos años, a la edad de 76.

Además, Eric Mühe, de Alemania, quien el 12 de septiembre de 1985 realizó la primera colecistectomía por laparoscopia, como lo relata Cervantes. Philippe Mouret, François Dubois, Joe Eddie Reddick, Douglas Olsen, y muchos otros propulsores que hacen lo que nosotros consideramos la cirugía mínimamente invasora, no sólo en cirugía general, sino en muchas otras especialidades.

Es tan interesante la tecnología de avanzada aplicada al concepto de menor trauma y menor respuesta biológica, menor dolor, estética, etc., que en el quirófano puedo estar tranquilamente haciendo la misma gastrectomía de Billroth, pero por laparoscopia; el paciente saldrá mucho más rápidamente para su casa, Y en la otra sala pueden estar practicando una pancreatectomía con mínima invasión, con cinco trocares, manteniendo una adecuada y pulcra técnica quirúrgica. Además, la tecnología nos permite ver mejor de lo que se veía anteriormente. La técnica sigue siendo depurada, adaptada a este nuevo concepto, a esta nueva teoría quirúrgica.

Es difícil tener dudas hoy sobre la importancia que, para la cirugía, para los pacientes y para los cirujanos, tiene la cirugía por laparoscopia. La preocupación es una que comparto con algo que también le oí decir ya hace unos años al doctor Patiño y es que tenemos que plantear, teníamos que haber estructurado, una nueva teoría quirúrgica, porque realmente no es solamente un cambio de técnica. Los conceptos han cambiado, las cosas han cambiado y, por ello, podemos realizar esta maravilla de cirugías mínimamente invasoras.

No apareció como una rebeldía, no se originó para ir contra principios clásicos. Por el contrario, los principios y las bases de la cirugía y la técnica quirúrgica se mantienen, se modifican para ser aplicados con menor invasión y lograr para nuestros pacientes todos los beneficios que eso conlleva. Eso sí, este minimalismo nuestro acarrió desde un principio discusiones filosóficas, éticas y morales que aún están en discusión.

Como se puede apreciar, el minimalismo del arte y el minimalismo nuestro van en direcciones completamente opuestas; el clasicismo, los clásicos y nosotros tenemos direcciones exactamente iguales.

Impresionismo

Pasemos a la tercera etapa, que estoy viviendo ahora, y que en el arte es el impresionismo.

El impresionismo es un movimiento pictórico francés de finales del siglo XIX, que apareció como una reacción contra el arte académico. Se caracterizó por la simpleza de los detalles, las texturas claras y la intención de darle brillo a los placeres ordinarios de la vida diaria. Aunque pareciera simple, no lo es. Cada objeto se ubica cuidadosamente para que contribuya a la idea final.

El concepto es que el detalle no existe, lo único que importa es el efecto final y ese es el concepto básico del impresionismo. La impresión final va por encima del detalle. Por eso, estas pinturas se aprecian mejor a distancia que de cerca.

Todo empezó cuando Claude Monet (1840-1926) en Francia, hizo su primera pintura, que llamó *Impresión: sol naciente*. Esta pintura ya no tiene nada que ver con las pinturas clásicas que veíamos antes. Los críticos de arte lo humillaron. El crítico y humorista Louis Leroy (1832-1883), escribió en el periódico *Le Charivari*, haciendo un juego de palabras con la obra presentada. Decidieron, desde ese día, llamarlos impresionistas, como una burla, aunque todos sabemos hoy que el impresionismo fue una de las corrientes más importantes que ha tenido el arte. La razón por la que se burlaban la resumieron diciendo que los impresionistas no se basaban en lo que ellos llamaban “conocimientos sólidos”. Ellos salen a pintar, no les interesa el detalle, no estudiaron para hacerlo, ni técnica, ni conceptos. Pintar y ya.

Esto escribieron los críticos en Inglaterra en los periódicos de la época:

“[...] Es tan falsa esta ilusión como si los presos de una prisión (Bedlam) en Inglaterra recogieran piedras y se imaginaran que encontraron diamantes”.

Nadie los quería dejar exponer en las galerías. Los rechazaban permanentemente. Después de ver que sus trabajos seguían siendo rechazados, el emperador Napoleón III, en 1863, decretó que se le permitiría al público juzgar este arte por ellos mismos y autorizó la creación de la Sala de Exposición de los Rechazados (*Le Salon des Refusés*). Aunque parte del público que asistió lo hizo sólo con la intención de burlarse, la publicidad logró atraer más visitantes y se pudo mostrar esta nueva tendencia en el arte de la época.

Claude Monet hizo también la pintura que llamó *Puente japonés* y quisiera que la comparen con *La Aurora*. Son diferentes, pero artísticas ambas.

Édouard Manet (1832-1883) fue a mirar lo que hacía Monet y lo encontró trabajando en su barco, y ahí era donde él pintaba. Le pidió permiso para pintarlo y de ahí salió una de las obras más famosas de Manet, que se titula *Monet trabajando en su bote*. Es muy bonita, está muy bien hecha y tiene un poco más de detalles, pero los críticos la comentaban y, si ustedes la miran, pueden apreciar el porqué de algunas de las críticas. Por ejemplo, ustedes ven algún detalle de los ojos, no; decían, no son ojos, son pepitas negras y compárenlos con los ojos de una las pinturas clásicas de antes. Cada detalle está pintado, es una pintura completamente diferente.

Y, cómo no hablar de Pierre Auguste Renoir (1841-1919). Una de las obras más conocidas de él, *Le Bal au Moulin de la Galette*, que pintó en 1876. A la vez, es una de las más criticadas de esa época por las mismas razones que expresé anteriormente. Porque nada de lo que ustedes pueden apreciar en este cuadro tiene detalles, según los críticos; vemos un concepto global muy bonito, pero el que se acerque a esta pintura no ve sino unos trazos de pintura que no necesariamente son detallados. Muchas de sus obras se encuentran en el *Musée du Louvre* en París.

Son tantos los artistas de la época, pero cómo no incluir a Auguste Rodin. Porque en esa misma época, los escultores decidieron realizar algo bajo similar concepto. Los escultores dijeron “Yo por qué tengo que hacer lo mismo que hicieron los griegos: mirar cada detalle y darle al público una visión total. Yo quiero darle una visión parcial, yo quiero mostrar una parte y le dejo a la imaginación del público lo demás”. La obra *La mano de Dios* es realmente increíble y las críticas que le

hicieron en esa época fueron que, al hacer esta escultura, dejó la mitad de la piedra sin esculpir, que nunca terminó todo lo que quiso decir, que dónde está completamente la mano, que dónde están completamente las figuras. Después, Rodin hizo otra obra que enervó aún más a los críticos. Decidió esculpir a otro escultor, que se llamaba Jules, y a esta escultura de Jules la dejó sin detalles.

Edgar Degas, cuyo nombre completo era Hilaire Germain Edgar De Gas, que odiaba el término impresionista, es el autor de la bella pintura denominada *La cantante con un guante* y de *La bailarina*, además de otras obras maravillosas.

Solamente un americano perteneció a este grupo, se llamaba James Whistler. A los veintiún años se fue a vivir a Inglaterra, y lo menciono no porque fuera muy conocido, lo menciono porque al final él me permite mencionar uno de los mejores conceptos filosóficos que funden a los artistas con nosotros, los cirujanos. Este pintor y sus obras eran un poquito distintos. Su obra más reconocida se llama el *Nocturno en azul y plateado del lago de Venecia*, pintada en 1879, y después hablaremos de una anécdota que es muy diciente.

En la más moderna máquina del tiempo, vamos a viajar a mi tercera etapa, la que yo siento que estoy viviendo en la actualidad: el impresionismo. ¿Por qué? Porque nosotros estamos abordando la cirugía de otra manera y hay múltiples conferencias relacionadas: cirugía por orificios naturales, transoral, transvaginal, de un solo puerto, una sola incisión, robótica, y todas las cosas que ustedes han conocido que ahora parecen ser parte de la cirugía mínimamente invasora, pero que no necesariamente parten del mismo concepto ni son iguales.

Ahora, a nuestros quirófanos los hacemos aparecer bonitos, modernos e innovadores, para que, cuando el paciente entre, diga “este hospital sí tiene tecnología, este hospital sí debe ser bueno”. Nuestro impresionismo se volvió eso, impresionar a alguien, a las compañías de seguros, a los pacientes, a los colegas. Los que me conocen, bien saben que adoro la tecnología y saben perfectamente lo que estamos haciendo en técnicas innovadoras.

Por ejemplo, en la gastrectomía transvaginal introducimos un puerto por la vagina para no dejar cicatriz

visible y completamos el ciclo: la gastrectomía que ustedes hacían con técnica abierta, que después se hizo por laparoscopia, ahora se puede practicar por vía transvaginal, y extraemos la pieza quirúrgica por la vagina.

Esto tiene implicaciones éticas y morales muy serias: ¿se debe hacer o no se debe hacer?, ¿se puede hacer o no se puede hacer?, ¿la debe hacer todo el mundo o la puede hacer todo el mundo?

Pero la quería traer a colación porque se está haciendo y, tal vez, con mucho orgullo nosotros hicimos las primeras mangas gástricas transvaginales (como cirugía bariátrica) del mundo que están publicadas y, realmente, hacemos pocas por muchas razones. Primero, porque no se le pueden hacer a los hombres; segundo, porque sólo se la hacemos a mujeres después de la edad fértil. Aunque la semana pasada salió el primer artículo en el que veo que, independientemente de la edad fértil de la mujer, están haciendo cirugías transvaginales a mujeres de 18, 20 o 22 años, después de que lo acepten. Por lo tanto, el número de casos es muy limitado.

La cirugía de un solo puerto. En un plazo de dos años pasé de ver una compañía produciendo un puerto para cirugía de puerto único a más de 8 y para ser utilizada en un solo procedimiento quirúrgico, a tratar de emplearlo en múltiples procedimientos en diferentes especialidades, pero sin tener nosotros todavía ni el instrumental necesario, ni los conocimientos claros en relación con la implementación de un solo puerto.

Pero, hoy por hoy, nada se vende más que el concepto de puerto único y nada impresiona más a los pacientes. Y, repito, los que me conocen saben que estoy haciendo cirugía de un solo puerto, y aunque estamos entrenando en un solo puerto, no se puede dejar de ser crítico. Salió muy temprano al mercado, porque había que hacerlo así, antes de que nadie más lo vendiera. Hay que impresionar a los demás, hay que hacer el nombre primero y, claro, aunque los puertos se han mejorado, eso no quiere decir que tengamos mejores cirugías o mejores cirujanos o estemos mejor entrenados en esta nueva modalidad.

Pero, además, me pregunto: ¿poseemos el instrumental para usar por estos puertos? Yo diría que no. Estamos en pañales, no tenemos muchas de las herramientas que necesitamos, pero no importa. El cirujano de avanzada le dice a una paciente: “Le voy hacer una cirugía de un

solo puerto, no le queda ninguna cicatriz, es casi magia y, si además, quiere, se lo saco por la vagina”. Si la señora no sale impresionada, yo no aprendí nada de Renoir. No sé como impresionar a nadie y eso es lo que estamos haciendo parcialmente ahora.

Al extraer una vesícula por un solo puerto no queda cicatriz visible alguna pero, ¿hemos demostrado que tenga alguna ventaja? En ese proceso vamos los que estamos tratando de demostrar que tiene alguna ventaja, que no es sólo estética y ahora sí el ciclo se completa. El mismo estómago que saqué por vía transvaginal, que sacó Billroth a cielo abierto, que extrajimos por laparoscopia, ahora lo estamos extrayendo por un puerto único, cirugía que ya hemos estandarizado en 40 minutos por vía laparoscópica; se han vuelto cirugías de dos horas. La crítica es que se trabaja incómodo, sin adecuada visualización, ¿sólo para beneficio cosmético y con mayor riesgo, por lo menos, teórico? La respuesta es, lo estamos probando y yo también trabajaba incómodo cuando hice mi primera colecistectomía por laparoscopia y ni hablar de la primera vez que hice una apendicectomía abierta en el Hospital de La Samaritana; me gasté como tres horas y casi lloro. Por eso, lo miro con mente abierta, pero crítica.

No podemos volver a pasar, ni podemos justificar de forma alguna una nueva curva de aprendizaje, con las complicaciones que conlleva.

De verdad ¿quieren impresionar? Entren a una sala de cirugía, de las que se nos venden ahora como concepto: laparoscopia y endoscopia. ¡Qué bueno! Pero... , nosotros no estamos entrenados en endoscopia y ahora estamos diciendo, “Bueno, hagamos endoscopias en animales”. Nosotros no operamos animales. El paciente que está acostado en esa mesa no es una gallina, no es un marrano, no es un perro. Entonces, no se puede hacer la endoscopia a un gallo, una laparoscopia a un marrano y después ir a practicarla a un humano porque le salió bonita en la gallina. No es lo mismo, no es ético, no es moral.

El robot. Nunca he visto tantos en tantos hospitales, hay robots en casi todos los clósets de los Estados Unidos, pero hay centros en donde los robots se están usando para todo. ¿Será que unos sí lo saben usar y hay otros que no saben? No. O, ¿es que el robot se mercantilizó también? Bien utilizado, en ciertos procedimientos, con el

entrenamiento adecuado, es supremamente bueno y el costo se justifica. Mal usado, su uso indiscriminado no es bueno, pero nadie le muestra al posible cliente ese lado malo, controversial, sino solamente le muestran las ventajas.

Y, esto es lo que se viene, un robot para manipular a través de un puerto único. No hemos podido aprender a usar un solo puerto por laparoscopia, pero ahora ya lo vamos a hacer con el robot; aunque en mi mente y en teoría, el robot sea mejor para un solo puerto que yo, como se aprecia en diversas circunstancias.

Esto otro sí es increíble. Si le decimos a un paciente que por endoscopia le voy a hacer cirugía de obesidad, sólo introduciendo este gastroscopio, el paciente se impresiona. La mitad de ustedes, los que están aquí, se van impresionados y hay otro endoscopio, que parece un niño que yo metí allí adentro y que con sus manos está cosiendo y operando todo. Impresionante. Impresiona.

Pero, ¿quién está usando esto de verdad? Por ahora, nadie. Sólo en marranos y en otros modelos animales, pero se lo muestran al paciente; le va a practicar una cirugía para la obesidad por endoscopia, va a quedar como un príncipe y el paciente sale completamente impresionado.

Ésta es la otra de moda: una sola incisión. Ésta sí es con la que menos comulgo todavía, porque con un solo puerto, por lo menos, por una sola incisión estamos poniendo un puerto y luego cierro el defecto que hice en la fascia. En esta otra, por una sola incisión en el ombligo se van a colocar tres puertos y, claro, se llama cirugía de una sola incisión; pero es que una laparotomía es de una sola incisión también. Y se introducen tres trocares con ninguna facilidad para manejar instrumentos por una sola incisión y está de moda porque el paciente sale con una sola incisión. Yo he visto los cirujanos sufriendo con esto, la fascia queda como una coladera, como un queso suizo, pero nadie le dice esto a uno ¿Por qué? Porque es muy bueno hacerle una cirugía por una incisión e impresionar al paciente y conseguir más pacientes que los demás.

No voy a referirme tanto a NOTES (*Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery*), pero lo que realmente hemos visto de endoscopia para obesidad es infortunado. Miren. Tan bonito como en un marrano,

se puede hacer casi una gastroplastia vertical bandeada sólo con un gastroscopio. Pero, hoy por hoy, sabemos que como técnica quirúrgica para la obesidad no sirve para nada; pero, de pronto, si las hacemos por endoscopia, ¿si vale la pena?, ¿para qué las hacemos por endoscopia?, ¿sólo porque lo podemos hacer?, ¿para impresionar a quién?

Cuarta etapa

Ya hemos comparado las tres épocas que he vivido desde el punto de vista de la cirugía, con tres épocas del arte. Ahora, continuemos con lo prometido. La parte final es ¿qué nos espera? Y vuelvo otra vez con una de mis imágenes de video. Ya les voy a explicar por qué la tecnología puede ser engañosa como lo mostró el video, ya sea por internet o por celular. No somos nosotros los cirujanos, es el mundo en general. Se le introducen a uno a su cuenta y hay ahora siete Natán Zundel gastando nuestro dinero. Eso es complicado, es peligroso.

No sabía cómo relacionarlo bien con el arte hasta que encontré este libro, *Masters of deception* ⁽³⁾ y pensé: ¿será que en eso es en lo que nos iremos a convertir nosotros?, ¿vamos a estar engañando a nuestros pacientes?, ¿vamos a estar alejándonos de lo que nos enseñaron nuestros profesores?

Pero, ¿quiénes son los pintores, artistas de este libro, los *Masters of deception*? Son Escher y Dalí. No estamos hablando de cualquiera, estamos hablando de artistas que producen ilusiones ópticas, pero con bases importantes y habilidades excepcionales.

Por ejemplo, en la obra de Rob Gonsalves que se llama *Una casa de árbol en el otoño*. Uno no sabe si la casa está en el árbol, si la casa está en el piso, si es una sola casa, si son dos casas y esa es la idea; la idea es producir una ilusión óptica para que el pobre individuo que la esté mirando no entienda exactamente qué es lo que está pasando. Lo comparo con la época en que usábamos todos esos términos médicos tan nuestros, para explicarles a los pacientes qué era lo que estábamos haciendo. Pero observen la belleza de la obra, la calidad de la pintura, que no es mala.

A mí me gusta ver las cosas prácticas y soy una persona simple, y eso es lo que he querido mostrar, mis

preocupaciones, y compartirlas. Ya mencioné algunas. Otras son que en todas partes del mundo los políticos decidieron que la salud es de ellos, que la salud debe ser manejada por ellos y deciden quién se opera, quién no se opera, cuántos se operan, cuánto se le paga al cirujano, quién se gana el dinero y quién no gana el dinero. Cada país tiene sus propios políticos pero, al ser la salud un negocio tan grande, quieren estar involucrados, quieren su porción. Esta situación, esta intromisión va a ser permanente porque hay tanto dinero en lo que nosotros hacemos, que es mejor si se lo llevan los políticos o las compañías, que si se lo llevan los médicos o los cirujanos. Ese es uno de los aspectos más preocupantes, ¿hasta dónde vamos a dejar que los políticos se entrometan?, ¿que grupos diferentes al cuerpo médico decidan nuestro presente y futuro y el de nuestros pacientes?

Ésta es mi siguiente preocupación para el futuro. En otra pintura del artista Scott Kim, de estos maestros de la ilusión, en un estilo que llaman ellos inversiones, las palabras o los objetos al ser reflejados forman otra palabra; la palabra enseñar con la palabra aprender, en inglés, *teach and learn* son casi una misma palabra al ser reflejadas en una superficie lisa. Así me crié yo. A mí me enseñaban y yo aprendía. Eso sí, yo tenía que buscar mi tiempo para leer, pero a mí me enseñaban y yo aprendía: la una era el reflejo de la otra. Así, tuve mentores que me enseñaron a operar y no andaba por ahí metido en un simulador, leyendo lo que podía para después llegar a cirugía a ver si alguien me iba a enseñar. Como mencioné anteriormente, también dichos mentores me enseñaban de otros aspectos de la vida, de ética, de la moral, me enseñaban con su ejemplo hasta cómo portarme en mi casa, me enseñaban de cirugía. El mentor se ha perdido.

Esta otra pintura no lo puede describir mejor: los cirujanos, los médicos, se están haciendo solos. Esta bella pintura de Escher, que se llama *Drawing hands*, donde una mano está pintando a la otra, sin ayuda alguna. Así, es parte de la enseñanza actual. La mano derecha mía le está enseñando a la mano izquierda a operar y la izquierda le está enseñando a la derecha, y las dos son muy ignorantes. Les falta experiencia y no hay nadie que sepa más, que me esté enseñando, no están los tutores, no está el mentor. Se le dice al residente, “vaya a un simulador; cuando aprenda a hacer los nudos, vuelva; cuando vea bien los videos de la técnica quirúrgica, vuelva”. Yo no digo que estas ayudas sean

malas, pero no es todo. No reemplaza al mentor. Por eso pienso que esa es mi otra preocupación.

Yo sí tuve la suerte de tener dos buenos, excelentes, mentores. Uno de ellos falleció anoche, Álvaro Caro Mendoza, profesor, jefe, maestro y amigo. El doctor Caro me enseñó a operar, me enseñó a ver la vida de una manera muy importante y su forma de hacerlo era con un humor satírico o botando las gafas al piso. Cualquiera de las dos cosas funcionaba con nosotros sus residentes; con ambas terminábamos llorando igual todos.

Una de las anécdotas de él que más recuerdo es que un día, cuando estaba en tercer año de residencia, vino un señor de una empresa, una de estas compañías grandes que manejaba La Samaritana desde el punto de vista de compañías porque lo demás era caridad. Consultó por un sangrado muy leve de vías digestivas altas, para lo cual no tenía que hacerle nada en ese momento. Lo iba a mandar para la casa; igual, estaba estable, con un cuadro hemático normal y no había endoscopia por las noches en La Samaritana. Me dijo: “Yo soy tal y tal, de tal empresa, así que exijo; usted me tiene que hospitalizar”. Le dije: “Usted podrá ser Pedro Pérez, pero yo no lo voy a hospitalizar”. Insistió y peleó tanto que, después de tres horas lo hospitalicé para que no me molestara más. Lo hospitalicé y pasó una queja al director del Hospital, quien me llamó y me dijo: “Natán, ¿qué es esto?” Le expliqué: todos somos iguales; que él sea tal y por cual, de tal empresa, no es una indicación para hospitalizar a nadie que yo sepa (eso se llama la ingenuidad de la juventud). Me dijo: “Le voy a pasar una carta al doctor Caro y que él solucione el problema”. Inmediatamente fui donde el doctor Caro y le dije: “¿Por qué diferentes privilegios para las personas y tratamientos diferentes, si todos somos iguales?” Me dijo algo que hasta el día de hoy no se me olvida. “Zundel, usted es muy joven para entender que sí, que todos somos iguales, pero es que hay unos más iguales que otros”. Yo espero que el doctor Caro esté en el cielo con los más iguales porque se lo merece y de eso aprendí. No sólo me tranquilizó: no dejó que me pasara nada, pero ya entendí. Aunque ciertos grupos e individuos, o aun los políticos, creen que hay unos más iguales que otros, realmente en lo que nosotros hacemos nadie debería ser más igual.

Seguía pensando y aumentaban mis preocupaciones: ¿qué nos espera? Me fui al diccionario a buscar qué es la formación clásica y encontré estas cosas.

La posesión de una formación intelectual –ésta es la descripción de formación clásica. Poseer una cultura clásica, tradicionalmente, era una excelente educación. Entonces, había que aprender letras humanas, humanidades o lo que se conocía como humanística. Sin embargo, a partir del siglo XIX, con toda la pelea de los academicistas y los impresionistas, hubo una separación entre la formación humanística y la científica, y en eso estamos hoy y ahí radica parte de los problemas.

Esto se ha denominado el problema de las dos culturas y esa es mi siguiente preocupación. Este señor, caballero, profesor, maestro y ejemplo de Colombia para el mundo médico, no necesita presentación. Ustedes lo conocen. Es el doctor José Félix Patiño, la otra persona de quien he aprendido un sinnúmero de cosas, mi otro mentor. La biblioteca debe ser una inmensa parte de toda su casa, con la biblioteca que ustedes conocen, que él lee y es parte trascendental de su diario vivir. Aunque yo le he oído muchas de sus conferencias, no voy a decir que todas, y he leído la mayoría de lo que escribe, me sorprendió algo que me encontré en internet, hace un par de meses, el discurso de bienvenida que le dio el doctor José Félix a los estudiantes de Medicina de la Universidad de los Andes.

Lo que le he oído es un concepto de las teorías clínicas y me encontré esta publicación, copia de su discurso de bienvenida a los nuevos estudiantes de Medicina de la Universidad de los Andes, y sentí escalofrío. Eso fue hace un año y, entre todas las palabras que les dice el doctor Patiño, incluye que él quisiera estar sentado ahí con ellos, que los envidia, que eso sería buenísimo para él, etc. Estaba feliz y les expresó eso. Extraje estos párrafos de la transcripción de su discurso: “[...] ustedes van a pasar por materias que no les parecen de medicina, porque la medicina es ante todo una actividad intelectual y es humanismo; es sobre eso que se construye el aprendizaje clínico”. No es operar, no es el más rápido, no es el que venda y comercie, no es el maestro de la impresión, sino es incorporar esta parte intelectual y el humanismo al aprendizaje clínico, a nuestras vidas.

Entonces, todo lo que se viene es negro. ¿Sólo se ven nubes negras, como en esta otra pintura? Yo no estoy seguro. No quisiera pensar que sean tan negras. Quiero ver una luz al final del túnel. La luz del túnel que

yo veo es ésta y la quiero comparar otra vez con estos dibujos de los maestros de la ilusión.

La que más me gustó fue esta obra que se llama *Visiones de El Quijote* (1989) de Octavio Ocampo. Cuando ustedes la ven en su concepto global, ven la cara de Don Quijote pero, al acercarse, al apreciar el detalle, observamos muchas, pero muchas más cosas dentro de la pintura: los molinos, la figura completa del Quijote sobre su caballo, con su Sancho Panza al lado; los perros, las locuras y las alucinaciones del Quijote. ¡Qué interesante!, múltiples imágenes, aun detrás de toda esta ilusión forman otra sola imagen.

Será que aplicado a nosotros, esto que vemos por fuera, la imagen global de nuestra situación como médicos y específicamente como cirujanos, en un mundo tan convulso e impredecible, ¿está también formada por otras miles de múltiples imágenes, que son bases sólidas, compuestas y basadas en historias de grandes prohombres de la medicina y de millones de soldados hormiga que los seguimos como nuestros mentores? ¿Forman un solo todo que es nuestra bella profesión? Eso espero.

Y detrás de las cosas que estamos viendo, de nuestro impresionismo, hay historia, hay cosas para mostrar. Es nuestro impresionismo de bases científicas, de cirugía basada en la evidencia, de estudios con pruebas y de nuestros mentores. El mentor no se puede acabar; el mentor es de las cosas más importantes que tuve, que tuvimos o que hemos tenido todos.

También les mencioné anteriormente que iba a traer a colación una anécdota del único impresionista americano, del artista James Abbott Whistler. Les voy a decir por qué esta anécdota de la historia de su vida como artista se refleja tanto en la nuestra como científicos, como cirujanos.

Un crítico de la época escribió una crítica salvaje sobre la obra de Whistler: “Doscientas guineas por una pintura que realizó en muy corto tiempo es un robo” y la demanda llegó. En el juicio, el juez le preguntó esto a Abbot Whistler: “Usted realmente, ¿pidió 200 guineas?, usted, realmente, ¿pidió esa enorme cantidad por una pintura de sólo dos días?” Lo que contestó James Whistler como artista no nos puede representar mejor a nosotros: “No, yo lo pedí por el conocimiento de toda

una vida. Nunca le hubiera podido dar esa pintura en dos días, si no hubiera hecho todo lo que hice en mi vida”.

Para terminar, esta enigmática y controvertida pintura de la *Mona Lisa*, que es un ícono, fue la filosofía y es un símbolo de una época: todavía tiene a la gente pensando de qué se reía. Yo, personalmente, encontré en los Estados Unidos una actriz y filósofa que se volvió mi filósofa para operar. Cada vez que voy a operar, antes de entrar, vuelvo y me repito la frase de esta filósofa, que es una actriz muy bonita. Ustedes la recordarán por bonita, yo la recuerdo por sus palabras. Esta actriz se

llama Brooke Shields y, cuando estaba hablando como representante de los no fumadores, dijo esto: “Si usted se muere, perdió una parte muy importante de su vida”. Pienso que así es como tenemos que comportarnos con nuestros pacientes. Todo el conocimiento de una vida es para esto.

Estimados amigos, colegas y maestros, cada vez que yo voy a entrar a operar, pienso que si mato a alguien, esa persona pierde una parte importante de su vida. Y antes de hacerlo, lo pienso dos veces.

Muchas gracias

Key words: *art; history; surgery.*

Referencias

1. Imber G. Genius on the edge: the bizarre double life of Dr. William Stewart Halsted. New York: Kaplan Publishing; 2010.
2. Judd D. Specific objects. Arts magazine. Yearbook 8. 1965:74-82.
3. Seckel A. Masters of deception: Escher, Dali and the artists of optical illusion. New York: Sterling Publishing Co., Inc.; 2004.
4. Cervantes J. Historia de la colecistectomía laparoscópica. En: J Cervantes y JF Patiño. Cirugía Laparoscópica y Toracoscópica. McGraw-Hill Interamericana. México, D.F., 1997.
5. Patiño JF. Cirugía de invasión mínima: una nueva teoría quirúrgica. En: J Cervantes y JF Patiño. Cirugía Laparoscópica y Toracoscópica. McGraw-Hill Interamericana. México, D.F., 1997.

<p>Correspondencia: NATÁN ZUNDEL, MD, FACS Correo electrónico: drnazuma99@yahoo.com Bogotá</p>
