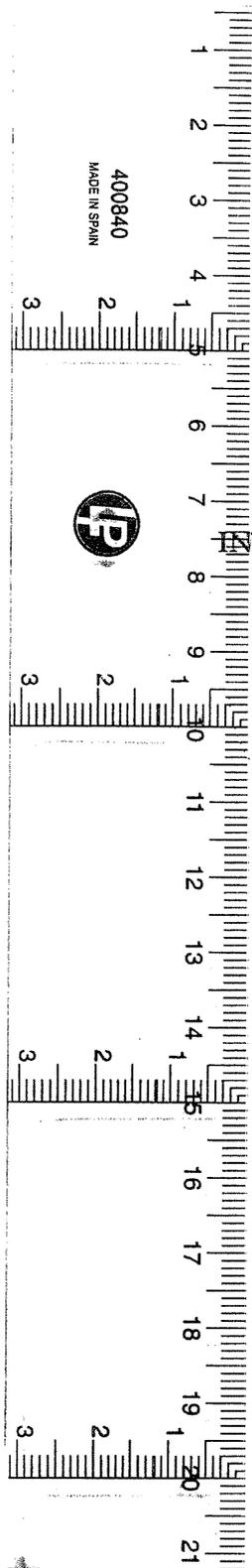


DISCURSOS

PRONUNCIADOS EN EL ACTO DE  
INVESTIDURA DOCTOR "HONORIS CAUSA"  
DEL PROFESOR

HELMUT WOLFF

UNIVERSIDAD DE GRANADA  
MCMLXXXVI



7

# DISCURSOS

PRONUNCIADOS EN EL ACTO DE  
INVESTIDURA DOCTOR "HONORIS CAUSA"  
DEL PROFESOR

HELMUT WOLFF

UNIVERSIDAD DE GRANADA  
MCMLXXXVI

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA  
GRANADA  
Sala: \_\_\_\_\_  
Estado: 154  
Número: 86462

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA  
GRANADA  
N.º Documento 86462  
N.º Copia 86464

# DISCURSOS

PRONUNCIADOS EN EL ACTO DE  
INVESTIDURA DOCTOR "HONORIS CAUSA"  
DEL PROFESOR  
HELMUT WOLFF



UNIVERSIDAD DE GRANADA  
MCMLXXXVI

PRESENTACION  
del Profesor  
HELMUT WOLFF  
por el Profesor  
RAFAEL VARA THÖRBECK

UNIVERSIDAD DE GRANADA.  
DISCURSO INVESTIDURA DOCTOR "HONORIS CAUSA".  
Depósito legal: GR. 384/1986. Edita e imprime: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada. Antiguo Colegio Máximo. Campus Universitario de Cartuja. Granada.

*Printed in Spain*

*Impreso en España*

Excmo. Sr. Rector Magnífico.  
Excmos. e Ilmos. Señores.  
Claustro de Profesores y Alumnos.  
Señoras, Señores:

Cumplo hoy con el honroso deber de presentar ante ustedes al O.M.R. Prof. Dr. H. Wolff, catedrático de Cirugía de la centenaria y famosa Facultad de Medicina, La Charité de Berlín.

Es imposible, en este corto espacio de tiempo, glosar su lección Magistral sobre Humanismo y Cirugía, ni tampoco las diversas facetas de la personalidad de tan ilustre colega, ni por supuesto sus relevantes méritos científicos.

De ahí, que me limite exclusivamente a comentar someramente algunos factores del tema actual y apasionante del Humanismo y Cirugía, para resaltar a continuación algunas de sus cualidades.

Una de las preocupaciones del hombre de nuestro tiempo es el humanismo, como lo prueba el gran número de ensayos y trabajos realizados a este respecto.

Pero el término de "humanismo" en sí significa muy poco, por cuanto que es un término de contorno vago y sentido cambiante, aunque siempre sugestivo, no existiendo sistema filosófico, credo religioso o doctrina política que no lo reclame para sí o afirme estar en posesión del verdadero humanismo.

Al parecer, fue Cicerón el primero en utilizar el término "humanitus" en el que Granel (1959) señala como elementos estructurales un cierto sentido del amor y por tanto de la convi-

vencia, la "philantropia" de los griegos y la educación o "paideia". A lo largo de la historia el término de "humanismo" ha sido un símbolo representativo de un anhelo de nuevos horizontes, de superación y esperanza y en suma, como un intento de recuperar de una forma pura la "esencia de lo humano". Para Heidegger "*humanismo es preocupación por el ser del hombre, por lo que el hombre es en el fondo de su ser*".

No es pues de extrañar, que en este momento de "aceleración histórica", en el que vivimos, los sistemas filosóficos, religiosos y políticos sean múltiples, creándose y periclitando unos con suma rapidez, permaneciendo otros durante más tiempo. De ahí, que los "humanismo" inherentes a estos sistemas sean múltiples y lo que es más importante se hallen todos o casi todos en una situación conflictiva de unos con otros. Así el humanismo existencialista, el marxista, el cristiano, el vitalista, el del trabajo, el científico, el técnico o el intelectual. Hay pues, parece palpable, una crisis del humanismo, humanismo que al fin de cuentas no es sino la expresión de una actitud vital, de una mentalidad concreta o si se prefiere de una filosofía de la "praxis".

Todos estos humanismos, que podríamos englobar en el término de Humanismo Contemporáneo, nacen o aparecen como consecuencia de dos hechos contemporáneos transcendentales:

- 1.- La pérdida de los valores tradicionales, que han conducido al hombre solo, sin mundo y sin Dios, de tal suerte que como dice Zubiri "empieza a sentirse inseguro en el universo".
- 2.- La tecnificación. En efecto, el desarrollo gigantesco de la técnica ha modificado profundamente la manera de existir el hombre en el mundo. La técnica, hasta cierto punto, constituye el modo concreto de cómo el hombre actual existe entre las cosas. El "homo sapiens" ha ido cediendo su puesto al "homo faber" (Zubiri, 1963).

Bajo la influencia del positivismo y del pragmatismo se creyó en la casi omnipotencia de la ciencia y en el dominio de la naturaleza por la técnica. De hecho, el hombre gracias a su inteligencia práctico-técnica, ha conseguido influir sobre el cosmos de modo creador y de esta forma ha conseguido limitar o extinguir estímulo

los del medio externo que actúan permanentemente sobre los animales (Buchner).

Theilard de Chardin (1955) admite la existencia de una capa pensante o Noosfera superimpuesta a la Biosfera por obra de un grupo social eminentemente progresivo que constituye el "homo sapiens". El hombre ha ido construyendo gracias a la técnica y utilizando las potencias de la Tierra, una capa que cada vez es más suya que del Cosmos.

Pero si bien este progreso de la técnica, ha determinado un gran avance material, no es menos cierto que este materialismo ha creado una crisis existencial y espiritual, y como un esfuerzo de devolver su sentido de ser al hombre y su razón de existir, en cuanto a persona humana que es, aparece en estas últimas décadas el humanismo de la índole que sea: existencial, cristiano, marxista, vitalista, etc.

Pues bien, la Medicina en general y la Cirugía en particular, se encuentran actualmente dominadas por la ciencia y la técnica. Resultado de lo cual es la progresiva deshumanización de las mismas, no por cuanto que la Ciencia o la Técnica la deshumanicen por sí mismas, sino porque los hombres que las emplean o la sociedad en la que viven no ha sido capaz de reaccionar ante los rápidos y prodigiosos adelantos científicos y técnicos, incrementando o aumentando su espíritu humano, su humanismo.

Es decir, y como señala López Ibor (1965), la raíz íntima de esta situación hay que buscarla en la diferencia de progreso que existe entre las ciencias naturales y las ciencias humanas. Las primeras, han dado saltos gigantescos en los últimos 100 años, en cambio las segundas parecen montadas sobre una lenta carreta, indiferentes a la rápida aceleración de los tiempos. Más que indiferente, diríamos que incapaces de avanzar al mismo ritmo.

La deshumanización de la Cirugía tiene serios peligros, que fueron ya señalados, por lo menos algunos de ellos, en las "Recontres Internacionales" en 1951 y que a nuestro juicio podrían esquematizarse en:

- 1.- Pérdida de la capacidad de diálogo entre el cirujano y el hombre enfermo. Es evidente, que el hombre es, ante todo, un ente

social, un ser convivente y sin tener en cuenta esta radical condición dialógica del ser humano, no es posible entender al hombre enfermo, que es un modo de ser el hombre, con su expresión y repercusión totalitarias. La deshumanización de la Medicina y de la Cirugía, entraña sustituir el concepto de hombre-enfermo por el de caso-clínico, es decir, el grueso protocolo lleno de radiografías, análisis e informes complementarios, ausente de todo calor humano, nacido del contacto directo y afectivo del cirujano con el enfermo.

2.- La deshumanización progresiva de la Medicina puede llevar al cirujano con una confianza excesiva en las posibilidades de la técnica y una cierta exaltación científica, a querer más y atreverse, haciendo del enfermo un objeto científico o un aparato más, olvidando la condición humana del paciente, que requiere sea tratado con el amor y respeto que se debe a un semejante. De esta suerte y como dice Grassi, "el sabio puede ser tan inhumano como un bárbaro".

3.- La utilización de métodos exploratorios que no son necesarios para el estudio correcto del paciente y que implican algún riesgo, así como el ensayar en el hombre métodos operatorios que no son en principio viables o se hallan todavía en fase experimental.

Es el cirujano que en aras del progreso de la ciencia y con la seguridad que le confiere el desarrollo de la técnica, opera sin reparar en sus límites y en los de la propia ciencia en un momento determinado (sin prejuicios de que en épocas ulteriores estos límites puedan ampliarse) utilizando al hombre como un animal de experimentación, olvidando su condición de sujeto y persona.

El más elemental humanismo, exige de cada uno de nosotros, no llevar al olvido la preocupación por lo humano y el profundo respeto a la persona, para no sobrepasar lo que está permitido y hacer sólo lo que está al alcance de los conocimientos actuales, renunciando por tanto en favor del hombre-enfermo a parte de nuestra propia condición de hombre, quien "siempre quiere más de lo que puede y puede más de lo que debe" (De Lubac).

Sin embargo, estos problemas tan palpitantes en el momento

actual, rebasan evidentemente el concepto de humanismo y deshumanización, cayendo bajo el dominio de la Teología o cuando menos de la Deontología profesional.

4.- La tecnificación de la Medicina, junto con la dictadura de los aparatos a que se refiere Leriche, que no impiden que el enfermo muera, pero eso sí con sus constantes hidroelectrolíticas perfectamente compensadas, pongo por caso, es la dilución de la responsabilidad entre los distintos componentes de un equipo. La responsabilidad que el médico y más aún el cirujano tiene sobre la vida del enfermo, al disgregarse entre los componentes de un equipo, disminuye, y al minimizarse facilita el planteamiento de indicaciones excesivamente audaces, como justificación del progreso, olvidando el precepto evangélico: de no quieras para los demás aquello que no quieras para tí mismo.

Es evidente, que la humanización de la Cirugía requiere ineludiblemente que la responsabilidad de la vida del enfermo recaiga exclusivamente sobre el jefe del grupo o del equipo cuya autoridad debe ser máxima y aceptada por todos.

5.- La aceleración de las Ciencias Naturales y sobre todo de la Técnica, con un auténtico "diluvio de conocimientos" impelen al cirujano con un criterio de ahorro de tiempo y esfuerzo, hacia la especialización. La especialización, que no es sino una fragmentación de los saberes, deshumaniza por completo a la Cirugía ya que la aleja de la síntesis creadora, de la visión totalitaria, antropológica, del hombre enfermo. Cuando un especialista, desde el comienzo de su carrera, se consagra a una minúscula parte del cuerpo, su conocimiento del resto es tan rudimentario que es incapaz de comprender bien, ni siquiera la parte en que se ha especializado (Alexis Carrel).

6.- La Seguridad Social. Es evidente que la tecnificación de la Medicina por una parte y la conciencia social del hombre contemporáneo por otra, determinan una politización de la Medicina, cuya primera manifestación es la Medicina Social o la socialización de la medicina. Este hecho, que tiene como objetivo, que todos los hombres sean iguales ante la enfermedad, revela la crisis del clasismo. La discriminación de una

medicina para hombres libres y ricos, libres y pobres y esclavos, señalada por Platón con tanta donosura en "La República" y en "Las Leyes" nos parece hoy inadmisibles.

El ser humano como ente social, ha de poseer entre otros muchos derechos: libre expresión, trabajo, etc., el de ser asistido en caso de enfermar. Se impone por tanto la socialización de la Medicina.

Pero al convertirse la práctica de la Medicina en problema social, al socializarse la Medicina, ocurre que esta Medicina socializada no se ocupa del hombre tal como éste es en realidad, es decir como ser convivente, dialógico, en relación con los demás, formando el prójimo parte integrante de su anatomía, unido por mil lazos a sus semejantes, religado, en el sentido de Zubiri, a sus creencias y vinculado a sus antepasados, sino que la Medicina socializada considera al hombre, como dice Rof, empleando el mismo anticuado criterio que en el siglo XIX, "como ser puntiforme, como conjunto de realidades puntiformes, que consumen mercancías, gozan individualmente y deben ser medicados con arreglo a sus derechos individuales".

De ahí el inadecuado planteamiento de la Seguridad Social, cuya absoluta necesidad nadie discute. Basada la planificación social de la Medicina en principios económicos y de rendimiento y nacida de un mundo técnico acaba necesariamente tecnificando, es decir, deshumanizando a la Medicina.

La Seguridad Social, al menos en España, llega a anular la personalidad del médico desde el punto de vista profesional, suplantándola por las instalaciones sanitarias, y la gran máquina técnico-administrativa.

Tan es así, que los enfermos, sometidos a una intensa propaganda, por cuanto que no olvidemos que la Seguridad Social no es más que la politización de la Medicina, se desinteresan por la personalidad del médico y del cirujano, cuyos nombres ni conocen, sabiendo exclusivamente que fueron intervenidos en tal o cual Institución. No sienten la inquietud de dialogar con quienes han tenido su vida en las manos, deslumbrados por la garantía que para ellos representa el divulgado progreso científico-técnico de la Institución. Sólo ante la muerte, hacen abstracción de la

máquina técnica en la que confiaron y centran su atención en lo concreto del médico o del cirujano y en el plano de lo personal. Al no establecerse este diálogo el médico queda reducido a un mero técnico funcionario y el enfermo a un caso clínico.

Pero es que la despersonalización del acto médico, la deshumanización, se acentúa aún más si consideramos que el enfermo la mayoría de las veces no puede elegir a su médico, que le es impuesto por la administración, siendo esto exponente de la pérdida de la más elemental libertad.

El coloquio singular que es, según Duhamel, el acto médico, desaparece de esta suerte, siendo sustituido por un frío contacto entre el paciente y la autoridad de un técnico. Médico y enfermo no tienen nada en común y personal, son simples engranajes de una máquina que ellos mismos han construido. (Le Loirier).

Pero la deshumanización de la medicina socializada se acentúa aún más, debido a la organización y planificación de la misma bajo un aspecto puramente económico y de rendimiento.

En efecto, el trabajo en cadena y en serie, como si de un simple funcionario se tratase, siguiendo un criterio de ahorro de esfuerzo y de economía del tiempo, origina una masificación del acto médico. El acúmulo excesivo de enfermos en un mismo consultorio o en un quirófano, impiden no ya que el médico trate de conocer antropológicamente al hombre enfermo, sino que muchas veces no es posible el simple conocimiento del hombre enfermo como sujeto, es decir de su esfera somática y mucho menos de la psíquica. Se da el caso de enfermos que llegan a la mesa de operaciones sin que el cirujano les conozca como personas, no como caso clínico, ni ellos sepan quién les va a intervenir. En estas condiciones es imposible que aparezca esa vinculación en un "nosotros" a la vez cooperativo e interpersonal.

Por otra parte en todas estas Instituciones se ha dado paso a la especialización en infinidad de pequeñas parcelas del saber quirúrgico, que gozan además de una independencia absoluta científica, no administrativa, sin que sean coordinadas por unos no especialistas, por un patólogo en el sentido de Hunter. El resultado es que el enfermo sea estudiado, exhaustivamente si se

quiere, desde los distintos puntos de cada especialidad, pero al no existir alguien integrador de estos saberes parciales, al no preocuparse de conocer al enfermo en su total dimensión humana y patobiográfica, muchas veces no son diagnosticados, ni correctamente tratados, convirtiéndose en los típicos enfermos o mejor dicho, casos problemas, cuyo número se incrementa incesantemente.

Todas estas y algunas más deficiencias tiene a nuestro juicio la Medicina socializada, cuya necesidad como sistema indispensable para que todos los hombres sean iguales ante la enfermedad, nadie discute.

Las cualidades, del D.M.R. Prof. Dr. H. Wolff, podrían compendiarse en una breve fórmula definitiva:

Ha llegado a nuestro Claustro un auténtico amigo y cirujano universitario del Siglo XX.

Analícemos someramente esta aseveración:

#### *Amigo:*

Mucho se ha escrito sobre la amistad, desde la Grecia de Platón hasta nuestros días, pasando por los magníficos libros "Sobre la amistad" de Laín Entralgo, y "la Urdimbre afectiva" de Rof Carballo, mis viejos y añorados maestros.

Sin embargo entiendo que este sentimiento afectivo es siempre distinto, como diferente es el hombre según sus circunstancias. Por eso me atrevo a decir que mi amistad con H. Wolff que trasciende a todo lo que representa España es singular, pues singular son los tres principales supuestos de toda amistad:

*La benevolencia:* es decir tolerancia, comprensión, liberalidad, entendida de acuerdo con Marañón, Hernando, Río Ortega, ¿Qué mayor prueba de tolerancia puede exigirse de la benevolencia de H. Wolff al aceptar, comprender sin compartir, nuestros tan distintos modos de vida e incluso nuestra diferente filosofía existencial?

*Igualdad:* Es difícil para un "español de a pie", incluso como en mi caso cargado de honores y méritos científicos, *sentirse* en su plano de igualdad con otros cirujanos, a veces mucho menos conspicuos de allende nuestras fronteras. Aceptémoslo o no,

hasta ahora, al atravesar los Pirineos hemos sido considerados como ciudadanos del Mundo si, pero de segunda o tercera categoría. H. Wolff y su entorno cultivó con exquisita delicadeza este concepto de igualdad. Tanto yo, como cualquiera de mis ayudantes, médicos o enfermeras, nos sentimos en la Charité como iguales, considerados siempre en relación con nuestra individualidad, es decir como personas, y al decir personas queremos decir la ciencia del Ser y la filosofía de nuestro existir.

El tercer supuesto de toda amistad es la "comunidad en el vivir" lo que Aristóteles llamó "*Koinönia*". A pesar de nuestra diferente filosofía existencia religada, en el sentido de Zubiri por un lado, materialista-dialéctica por otro, "La comunidad en el vivir" fue siempre única, ya que el médico, el cirujano, ante el hombre-enfermo, que no es el hombre con su enfermedad ni la enfermedad en el hombre, sino el fenómeno unitario hombre-enfermo, que es una manera de ser del hombre, actuó siempre, desde tiempos Hipocráticos de igual forma, al margen de sus personales creencias, es decir tratando de ayudar al hombre-enfermo, curándolo o por lo menos aliviándole de sus dolores.

Pero H. Wolff no es sólo, el amigo, amigo de España y en especial de la Universidad de Granada con la que firmó hace más de un quinquenio un acuerdo de intercambio científico que se ha cumplido año tras año, precediendo así el convenio entre la Universidad de Berlín y la Complutense de Madrid, sino también un *auténtico cirujano universitario*.

Cirujano, es decir un médico especialmente experto en Cirugía. ¿Mas qué entendemos por Cirugía?

Señalaba Laín en 1961 que la "Medicina constituye la solución dada por el hombre a un problema genuinamente humano, el de tratar de ayudar a la curación del hombre enfermo". Del problema médico puede decirse por lo pronto que tiene una doble faz: es a la vez teórico y técnico. Teórico porque frente a un enfermo, podemos preguntarnos qué es la enfermedad y qué el estar enfermo y para ayudar eficaz y efectivamente al hombre afecto de enfermedad de habernos dado una respuesta, la que sea, a estas dos cuestiones previas. Técnico en el sentido de la

“Tekhne” griega porque esta ayuda al médico debe prestarla, sabiendo o debiendo saber por qué hace lo que hace.

Estos mismos presupuestos, teórico (Patología Quirúrgica) y técnico (Terapéutica Quirúrgica) fundamentan el concepto de Cirugía, la cual como dijera Bichat, comparte con la Medicina todos sus grandes preceptos, ya que del tronco común que es el Arte de curar, Medicina y Cirugía son ramas que se entrelazan y confunden. Cirujano es pues, el médico que lleva a cabo su quehacer pertrechado con el contenido doctrinal y técnico de la Cirugía.

A pesar de que a principios de nuestro siglo podían diferenciarse enfermedades cuyo tratamiento era fundamentalmente médico de otras cuya terapéutica era exclusivamente quirúrgica, en el momento actual y debido a los adelantos de la Ciencia, no pueden diferenciarse enfermedades médicas o quirúrgicas, sino solamente enfermos, que según su estado o evolución exigirán un tratamiento fundamental médico o quirúrgico. La Patología es única e indivisible. Sin embargo la Patología Quirúrgica tiene su razón de existir, su contenido doctrinal que no es un conjunto de enfermedades o especies morbosas sino la peculiar manera que tiene el médico, en este caso el cirujano, de ver e interpretar los hechos en función a su tratamiento quirúrgico.

Existe pues una “Mentalidad quirúrgica”. En las postrimerías del siglo XX el hombre con su ciencia y técnica, que no son más que la expresión de sus dos más viejas aspiraciones: conocimiento y dominio, ha llegado a crear instrumentos, artificios capaces de modificar lo que hay de naturaleza en el hombre y de potencias naturales en su organismo. La técnica quirúrgica no se contenta ya con “servir” a la naturaleza (a la *vis medicatrix naturae* de los hipocráticos de la escuela de Cos), sino que la “fuerza” tratando que ésta le obedezca. Valga como ejemplo el auge actual de los trasplantes sobre cuya efectividad, problemas éticos y deontológicos que plantean, no conviene ahora detenerse.

Pero junto a la “Mentalidad quirúrgica” el experto en cirugía ha de reunir una serie de cualidades, que se han mantenido inmutables, a través de los tiempos y que fueron magistralmente expuestas por Hipócrates en sus diversos escritos: “Sobre las

heridas de la cabeza”, “Sobre las fracturas”, “Sobre las articulaciones”, “Sobre la medicina antigua”, etc.

La cirugía, como técnica manual que es, requiere, en primer término, una “Eurritmia”. El cirujano, quirotécnico o experto en el uso de las manos, ha de saber enplear éstas terapéuticamente con movimientos bien medidos, elegantes y, sobre todo, eficaces. Pero como señala Rof Carballo, la medicina y mucho más la cirugía en razón a su contenido técnico, no se comprende en el momento actual como un hecho individual, sino colectivo, llevado a cabo por un “*equipo*” constituido por el cirujano Jefe, ayudantes, anestesistas, instrumentistas, circulantes y mozos de quirófano. La eurritmia no puede referirse en el momento actual, exclusivamente al cirujano, sino a todo su *equipo*, que ha de estar perfectamente adiestrado y conjuntado para ejecutar cualquier intervención quirúrgica no sólo con brillantez sino especialmente con *seguridad*. Para el equipo quirúrgico interesa sólo la correcta ejecución del acto operatorio y no la brevedad de su duración. Mas cometería un grave error quien confundiese la seguridad y la eurritmia operatoria con la lentitud y laboriosidad en el acto operatorio, sino que éste variará entre el “presto” y el “adagio” según lo requiera el momento de la intervención, procurando aunar junto a la seguridad, la rapidez y sobre todo la delicadeza con objeto de traumatizar y lesionar mínimamente la intimidad celular y textural, para minimizar las alteraciones endocrino-metabólicas postraumáticas que toda agresión accidental o quirúrgica desencadena sobre el Organismo.

Quien haya visto operar al Prof. H. Wolff en la Charité no puede dudar de su eurritmia, ni la del *equipo* que ha sabido conjuntar en torno suyo. A pesar de todas las luchas de clase existentes tanto en su medio hospitalario como en el nuestro, ha encontrado el respaldo suficiente para imponer sus criterios y conformar su equipo pudiendo así asumir la responsabilidad plena de cada una de sus actuaciones. Desgraciadamente en nuestro medio, y desde hace ya más de dos años, estos presupuestos no se han dado y la eurritmia y con ella la seguridad y la rapidez del acto quirúrgico han desaparecido de los quirófanos en los que me permiten actuar.

Pero la eurritmia por sí sola no basta. Señala Hipócrates en su libro "Sobre Medicina Antigua" que la calidad del cirujano es diferente según la inteligencia. Si bien es cierto que la inteligencia no basta para ser buen cirujano, habremos igualmente de convenir que sin ésta de poco o nada valdría la destreza manual más exquisita. La mano terapéutica ha de ser guiada por un saber científico sabiendo, o debiendo de saber, lo que con su actuación hace o pretende hacer. Todo buen cirujano ha de ser no sólo un buen operador sino además un auténtico patólogo. John Hunter, el gran cirujano y fisiólogo del siglo XVIII es sin duda la figura histórica decisiva en la conquista del amplio y profundo saber que ha de presidir toda técnica operatoria, por simple y elemental que ésta sea.

Una breve revisión del curriculum de nuestro ilustre colega, así como la rápida ojeada al gran número de sus publicaciones científicas, nos demuestra que el Prof. Dr. H. Wolff es un auténtico cirujano general, un verdadero patólogo en el más puro sentir hunteriano.

La última cualidad cardinal de todo buen cirujano es la Eubulia. La mano del operador así como la de los integrantes de su equipo, no sólo debe ser guiada por la inteligencia y la razón, sino también ha de ser el instrumento del corazón, de la buena voluntad.

La admiración y cariño que sienten los enfermos por H. Wolff de lo que puedo ser fedatario, por mis viajes a la República Democrática Alemana, se debe a que consigue crear un clima de confianza y comprensión que hace que cirujano y paciente queden vinculados en un "nosotros" a la vez cooperativo e interpersonal. Y es que en la actualidad el hombre ha de ser considerado más que como un ser racional, como un ser *convivente*. Sin tener en cuenta esta radical condición dialógica del ser humano, no puede constituirse una antropología ni mucho menos una antropopatología o antropología del hombre-enfermo, que es una manera de ser del hombre con su expresión y repercusión totalitarias.

Nadie, señalaba Lain, osará discutir hoy la eficacia objetiva de una intervención quirúrgica o un fármaco, mas para que sea óptimo el efecto terapéutico de una u otro, es de todo punto nece-

sario que cirujano y enfermo queden mutuamente vinculados en un "nosotros" cooperativo e interpersonal. El paciente quirúrgico llega al cirujano, como persona humana que es, con una carga afectiva de ansiedad, angustia, miedo y esperanza, que ha de ser perfectamente comprendida y valorada. Por otra parte, el cirujano y su equipo son responsables directos, por su actuación de la vida o devenir del enfermo. Es evidente que sin una corriente mutua de afecto, confianza, comprensión, sin un "nosotros" a la vez cooperativo e interpersonal, no puede llevarse a buen término ni el acto quirúrgico ni la delicada fase de la enfermedad postoperatoria.

Por guiar la inteligencia y el corazón la eurritmia de sus manos H. Wolff es un auténtico cirujano. ¿Pero qué es *ser además un cirujano universitario*?

A mi entender, la característica fundamental de todo docente es la *generosidad*, la voluntad de entrega total, de enseñar todo lo que se sabe y reconocer aquello que se ignora.

El catedrático de Cirugía ha de poner a disposición de quienes quieran aprender nuestro sublime Arte, no sólo sus conocimientos, sino también la posibilidad y los medios de adquirir otros más amplios y variados. Esta generosidad no se crea sino que es vocacional e inherente a esa pasión de amor del que enseña hacia los que reciben sus enseñanzas. Esta total entrega del maestro ha de llevarse a cabo sin aspirar a ningún tipo de reconocimiento, ni oficial ni de sus discípulos, pues la gratitud es una moneda mucho más preciosa que el oro y por ello más rara.

La generosidad, escribía Pedro Pons, insigne catedrático de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Barcelona, es la condición sublime y propia de todo maestro. La condición de maestro es superior con creces a la de padre, pues aquél enseña a quien no conoce y le da, lo que el padre no siempre puede dar: una personalidad sin la que nuestra vida poco representa.

¿Quién de los de mi equipo o Escuela tanto médicos como enfermeras pueden dudar de la generosidad del Prof. Dr. H. Wolff?

Por su mentalidad quirúrgica, por su vocación docente, nuestro

ilustre colega es, como formulé inicialmente, un auténtico cirujano universitario. Pero también como resumí al iniciar este discurso, es algo más entrañable: un auténtico amigo, y por eso dejarme terminar estas pobres palabras mías con un poema inédito de D. Gregorio Marañón, y los conocidos versos de Schiller.

Yo me pregunto: Señor,  
¿Es que hay alguna verdad  
por encima del amor?  
Y oí una voz interior  
que me dijo: la amistad

Wen der grosse Wurf gelungen  
eines Freundes Freund zu sein...

¡He dicho!

## ETHIK, VERANTWORTUNG UND RISIKO IN DER CHIRURGIE

Unter allen Teilen der Medizin ist der Effekt der Chirurgie der sinnfälligste, diese Feststellung von AULUS CORNELIUS CELSUS am Beginn unserer Zeitrechnung getroffen, hat heute noch die volle Gültigkeit. Der Eingriff in die körperliche Integrität des Individuums geschieht unter Setzen einer Verletzung und geht mit einer mehr oder weniger starken Veränderung von Organfunktionen einher. Hinzu kommt, daß die Eingriffe unter Ausschaltung des Bewusstseins erfolgen und somit die Patienten dem Erleben des Ereignisses entzogen, dem Vorgehen des Arztes willenlos überantwortet bleiben. Diese Besonderheit der operativen Therapie stellt an den Chirurgen besondere Ansprüche, ohne damit eine höhere Bewertung dieses Faches zu verbinden.

#### *Das Risiko als Grundproblem der Chirurgie*

Das chirurgische Vorgehen war schon immer mit einem mehr oder minder hohen Risiko behaftet. Die wissenschaftliche Entwicklung der Chirurgie der letzten 50 Jahre hat bei der überwältigenden Mehrzahl von Eingriffen zu einem risikoarmen Verlauf geführt und damit der Chirurgie das derzeitige breite therapeutische Terrain eröffnet. Jedoch stehen auch heute Operationen mit einem hohen Risiko an, die in unserer Gesellschaftsordnung eine spezifische Betrachtung erfordern.

Diese Problematik wird auch zukünftig nicht bedeutungslos, denn der wissenschaftliche Fortschritt bringt weiterhin neue, zunächst mit einem hohen Risiko einhergehende Eingriffe, die durch weitere Vervollkommnung des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes zu mehr oder weniger risikoarmen Eingriffen werden können.



Als Risiko verstehen wir die objektive Unbestimmtheit des Handlungsausganges, die hier in der Beschaffenheit des krankhaft gestörten Organismus und in dessen nicht vorhersehbarer Reaktionsweise, bezogen auf den jeweiligen Eingriff, wurzelt.

Von Risikooperationen ist zu sprechen, wenn es um einen Eingriff zur Behebung einer lebensgefährdenden Störung geht und dabei die Gefahr des negativen Ausgangs durch unmittelbaren Eintritt des Todes besteht. Risikooperationen mit ihrer Unkalkulierbarkeit liegen zwar weitgehend im wissenschaftlichen Neuland, wobei der betreffende medizinische Erkenntnisstand und entsprechend die Beherrschung von gefährlichen Reaktionsweisen noch mehr oder weniger unzulänglich sind. Aufgrund der Systembedingungen des menschlichen Organismus lässt sich bei schwerwiegenden Gesundheitsstörungen und Eingriffen zu deren Behebung auch das Risiko des tödlichen Misserfolges grundsätzlich nicht ausschliessen. Der Organismus des Menschen ist ein so kompliziertes biophysikalisches, biochemisches System, dessen Reaktionsweisen nicht vollständig vorherzusehen sind, so dass jeder operative Eingriff unvorhersehbare Reaktionen auslösen kann bis zur Funktionslosigkeit des gesamten Organismus. Da diese Reaktionsweisen individuell differenziert und vielfältig sind, besitzen allgemeine Erfahrungswerte nur eine beschränkte Aussagekraft.

Es muss nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass auch heute jeder operative Eingriff mit einem gewissen Risiko einhergeht, das statistisch gesehen z.T. als kaum beachtenswert erscheint, für den Betroffenen aber alles bedeuten kann.

Das Risiko, bei dem der Tod als das Wagnis im negativen Verlauf dem Chirurgen gegenübertritt, lässt sich nur schwer in Zahlen fassen. Bei welcher Letalitätquote ist eigentlich von einer Risikooperation zu sprechen? Hier liesse sich antworten, dass alle Eingriffe, die mit einer Letalität von mehr als 20% im postoperativen Verlauf einhergehen, Risikooperationen darstellen. Dieser Prozentsatz ist jedoch nur von allgemeinem Interesse, für den einzelnen ist das individuelle Risiko entscheidend, und das kann unter Berücksichtigung des spezifischen Status weit unter

dem Durchschnittswert oder auch weit darüber liegen. Deshalb besitzt jeder Mensch aufgrund individueller Gegebenheiten (Schwere der Krankheit, Allgemeinzustand, Abwehrlage usw.) auch sein rein persönliches Risiko.

### *Die Entscheidungssituation*

Eine spezifische und verantwortungsbewusste Aufgabe im Fachgebiet der Chirurgie liegt dann vor, wenn der Arzt eine Entscheidung zu treffen hat, wobei der vorgeschlagene Behandlungsweg mit einer grossen Wahrscheinlichkeit auch die Beendigung des Lebens bedeuten kann. Anderen Fachgebieten liegen solche Entscheidungen ferner, sie erleben seltener schon bei der Indikationsstellung eine so unmittelbare Konfrontation mit der Frage "Leben oder Tod". Zumal tritt das negative Ereignis in der Chirurgie besonders evident in Erscheinung. Ursachen und Wirkung sind auch von Laien als folgenschwerer Verlauf erkenn- und wertbar.

Zum Verständnis der ethischen Probleme bei diesen schwierigen Entscheidungen ist es notwendig, den Patientenkreis zu charakterisieren bzw. die Krankheitsprozesse darzulegen, bei denen solche schweren Entscheidungen notwendig werden.

1. handelt es sich meistens um Patienten mit einem Krebsleiden von besonderer Lokalisation oder mit einer extremen Ausbreitung: z.B. fortgeschrittener Magen-, Bauchspeicheldrüsen-, Gallengangs-, Leber-, Lungenkrebs oder Hirntumoren mit Übergreifen auf Nachbarorgane.
2. handelt es sich um Patienten mit gutartigen Leiden, die uns aber in Schweregraden gegenüberreten, bei denen aussergewöhnliche Massnahmen mit hohem Risiko notwendig werden, wie z.B. bei schweren degenerativen Herzerkrankungen, schwer korrigierbaren -missbildungen, terminalen Leberinsuffizienzen infolge Zirrhose, Missbildungen der Gallengänge, schweren Veränderungen an den grossen Gefässen (Aneurysma usw.).
3. sind es schwerstverunglückte Menschen, sog. polytraumatisierte, wo operative Massnahmen akut notwendig werden,

um das Leben zu erhalten, z.B. wenn mehrere Organe verletzt worden sind, Organe des Thorax, Abdomens und Schädels.

Allen drei Kategorien von Patienten ist gemeinsam, dass nicht nur ihre Gesundheit, sondern unmittelbar ihr Leben bedroht ist. Dieser Sachverhalt könnte zu der voreiligen Schlussfolgerung führen, die Erhaltung des Lebens müsse im Vordergrund stehen, und dazu seien alle Möglichkeiten, auch die ausgefallensten Massnahmen, gerechtfertigt. Jedoch bei eingehender Betrachtung kann man die Frage so einfach nicht beantworten.

- Das menschliche Dasein ist zeitlich begrenzt. Kein Arzt, auch nicht der Chirurg, kann das Ende bestimmen oder abwenden, er kann u.U. nur das Leben verlängern. Auch jede Krankheit hat einen zeitlichen Ablauf. Bei den meisten Krankheiten ist die frühzeitige Behandlung notwendig und am erfolgreichsten. Aber auch ohne eingreifende Behandlung und demzufolge ohne ein Risiko kann der kranke Mensch noch weiterleben. Da das Leben das einzige, nicht wiederbringbare Gut des Menschen ist, müssen die Bemühungen dahin gehen, den Behandlungsweg so zu wählen, dass das Leben recht lange erhalten bleibt und nicht durch therapeutische Massnahmen zusätzlich verkürzt wird.
- Jedes Leben besitzt einen qualitativen Inhalt. Wird es durch die Krankheit bzw. die Risikooperationen so verändert, dass kein Sinn mehr erkennbar wäre, dass es subjektiv und objektiv nur Qual wird, –z.B. beim Eintritt von geistiger Insuffizienz, vorzeitiger seniler Demenz, hochgradiger Pflegebedürftigkeit usw.–, muss man sich eingehend überlegen, ob man das Risiko und zusätzlich einen solchen Ausgang wählt bzw. in Vorschlag bringt.
- Auch gewisse Prioritäten in der Behandlung von Schwerstkranken können in besonderen Situationen, z.B. im Kriegszustand, bei Massenunfällen usw., notwendig werden und den Arzt aus Gründen der Versorgungskapazität zu Entscheidungen zwingen. Beim Massenunfall müssen die nach ärztlichem Ermessen hoffnungslos Schwerstverletzten (schwerste Schädelverletzungen, Zertrümmerungen usw.) in der Versorgung gegenüber den errettbaren Schwerverletzten zurückgestellt werden.

Bei den Überlegungen für solche Risikobehandlungsmethoden müssen also der Zeitfaktor der voraussichtlichen Lebensdauer, die verbleibende Lebensqualität und die gegebenen Dringlichkeiten unbedingt Berücksichtigung finden. Ein Arzt, der solche Entscheidungen in persönlicher Verantwortung zu tragen hat, muss als Persönlichkeit hohe moralische Qualitäten aufweisen.

### *Moralische Grundsätze*

Die Ethik als philosophische Wissenschaft vom Sittlichen und von der Moral und –auf die spezifischen moralischen Aspekte der Medizin bezogen– die ärztliche Ethik, befassen sich mit Verhaltens- und Denkweisen, mit Wertvorstellungen, Normensystemen und Handlungsmotiven. Schliesslich bestimmen auch die weltanschaulichen und politischen Einsichten als charakteristische Momente die moralische Qualität des menschlichen Verhaltens in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens. Die wesentlichen Moralnormen des Arztes im Altertum sind im Hippokratischen Eid formuliert. Davon haben nur bestimmte Teilaspekte heute noch eine gewisse Gültigkeit: z.B. den Patienten keinen Schaden zufügen, grösste Sorgfalt walten zu lassen und nach bestem Wissen und Können zu handeln.

Auch bestimmte Grundsätze des Urchristentums haben Ärztegenerationen im positiven Sinne geformt und Arztpersönlichkeiten hervorgebracht, die zutiefst von humanistischen Idealen durchdrungen waren und auch für soziale Belange eintraten.

Das wichtigste ethische Spezifikum eines Arztes in unserer Gesellschaftsordnung ergibt sich aus seinen beruflichen Verpflichtungen gegenüber dem individuellen und gesellschaftlichen Bedürfnis, Leben und Gesundheit zu erhalten. Daraus leitet sich der erste Grundsatz im Moralverhalten eines Arztes ab.

1. Bewusstes Streben zur unbedingten Hilfeleistung einem anderen Menschen gegenüber, verbunden mit Einsatzbereitschaft unter Zurückstellen persönlicher Interessen.

Diese Forderung muss immer wieder betont werden, da darin die Motivation gerade für die Behandlung Schwerstkranker liegt und der Erfolg bei Risikomassnahmen entscheidend von der bewussten Einsatzbereitschaft abhängig ist. Wenn auch das

Grundanliegen des Arztes damit formuliert wäre, so kann es nicht als ausreichend angesehen werden, um dem heutigen Anliegen des ärztlichen Berufes gerecht zu werden. Weitere Grundsätze und moralische Normen müssen unbedingt für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit gefordert werden.

2. Aneignung eines gründlichen fachlichen Wissens, das Bemühen, sich wissenschaftlich laufend fortzubilden und neue Erkenntnisse mit Sorgfalt einzusetzen.

Im Hinblick auf Risikooperationen muss die diesbezügliche Krankheit nach Schwere, Verlauf und Dauer bekannt sein, und alle möglichen Behandlungswege müssen kritisch abgewogen werden. Diese fachlichen Vorbedingungen für eine richtige Entscheidung erhalten aber erst durch die eigene moralische Einstellung ihren ethischen Wert, d.h. bei diesen Überlegungen darf nur das wissenschaftliche Kalkül der Hilfeleistung dominieren. Es ist kein Platz für Überlegungen, die den moralischen Normen fremd sind, z.B. nicht für Scharlatanerie. Letzteres kann eine durchaus vertretbare Methode in Misskredit bringen.

3. Eine kritische Einstellung gegenüber jeder Behandlungsmethode und natürlich die Kritik der eigenen Behandlung.

Risikooperationen müssen einer besonders strengen kritischen Bewertung unterliegen, wobei die eigenen Ergebnisse ausführlich analysiert werden müssen. Damit soll nicht einem Nihilismus das Wort geredet werden. Ein Chirurg ist ein Optimist, oder er ist kein Chirurg. Die bescheidene kritische Selbsteinschätzung der eigenen Möglichkeiten, nicht die "intellektuelle" Überheblichkeit, ist ein wichtiger Bestandteil des ärztlichen Handelns, besonders des Chirurgen.

4. Ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten, das auf der Gleichberechtigung, auf der Würde der Persönlichkeit basiert, freimütig und herzlich ist.

Gleichberechtigung heisst, dass der Patient das Recht hat, seine Meinung offen anzubringen, dass der Arzt verpflichtet ist, diese Meinung anzuhören und sie zu respektieren. Der Grundsatz, dass der Patient bei vorhandener geistiger Einsicht und Kritikfähigkeit über sein Schicksal selbst entscheidet, bleibt unan-

getastet. Die Aufklärung des Patienten über seinen Zustand, gerade bei Risikoeingriffen, ist eine unbedingte Notwendigkeit. Die Aufforderung, selbst mitzuentcheiden, indem man in angebrachter Weise die möglichen Alternativen des weiteren Krankheitsverlaufes darlegt, entbindet den Chirurgen zwar keineswegs von seiner Verantwortung, es erleichtert aber die Entscheidung und schafft das notwendige Vertrauensverhältnis, das zum erfolgreichen Gelingen entscheidend mit beitragen kann. Oft wird diskutiert: soll der Patient bis ins Detail aufgeklärt werden, besonders bei unheilbaren Krankheiten, z.B. Krebsleiden in fortgeschrittenem Stadium? Diese Frage kann meines Erachtens nicht generell beantwortet werden, weil jeder Mensch für sich ein Individuum im wahrsten Sinne des Wortes ist. Ich habe wiederholt erlebt, dass nach einem kurzen, nur andeutungsweise geführten Gespräch der Patient nach keiner weiteren Auskunft verlangte und vertrauensvoll den notwendigen therapeutischen Massnahmen zustimmte. Verständnis aufbringen für die jeweilige Situation und für unterschiedliche Persönlichkeiten ist ein ethisches Moment. Am besten hat sich der Grundsatz bewährt: "Was der Arzt sagt, muss wahr sein, aber nicht alles, was wahr ist, muss er sagen". Es ist durchaus möglich, dass der Schwerstkranke in seiner besonderen Konfliktsituation durch eine zu weitgehende Aufklärung noch weiter verunsichert wird. Auf das individuelle richtige Mass kommt es an.

5. Ein gezieltes Zusammenwirken mehrerer Ärzte verschiedener Fachgebiete bzw. die Hinzuziehung Erfahrenerer, um den Krankheitsprozess in seiner Gesamtheit besser zu erkennen und zu behandeln.

Gerade beim Risikoeingriff ist die fachliche Zusammenarbeit vor allem mit dem Anästhesisten, aber oft auch mit Ärzten anderer Fachgebiete, notwendig. Der Rat des Fachkollegen oder des Erfahreneren sollte bei dem geringsten Zweifel an die eigenen Möglichkeiten eingeholt werden. Es zeugt von einer angemessenen moralischen Verantwortung, einen Patienten, dessen Krankheitsprozess das eigene Wissen und Können überschreitet, rechtzeitig einer ausgewiesenen Behandlungsstelle zuzuführen.

### *Organtransplantation als spezifische Risikooperation*

Die bisherigen Ausführungen hatten die Definition des Risikoeingriffes und die ethischen Normen für Ärzte im allgemeinen und im einzelnen für die Verantwortlichen im chirurgischen Grenzbereich des Risikos zum Inhalt.

Abschliessend sollte jedoch noch eine spezifische und risikoreiche Behandlungsmethode, nämlich die Organtransplantation, Erwähnung finden, bei der auch die genannten Gesichtspunkte zutreffen, jedoch weitere Aspekte von Interesse sind.

Zwei Organtransplantationen, die Herz- und die Leberübertragung, gehören heute noch zu den chirurgischen Eingriffen mit einem hohen Risiko. Das Risiko ergibt sich einerseits aus den noch groben Wissenslücken bezüglich des Funktionsausfalls der betreffenden Organe, des Funktionsverhaltens und der operativ-technischen Schwierigkeiten, andererseits aus den noch ungeklärten Fragen der Transplantationsimmunologie. Deshalb wird die Erfordernis eines solchen grossen und ökonomisch teuren Eingriffs oft in Frage gestellt, und es werden ethische Bedenken geäussert.

Jede neue Methode, bezogen jeweils auf die Schwere des Eingriffs, geht mit einem erhöhten Risiko einher, und darin macht auch die Organtransplantation keine Ausnahme. Es gilt vielmehr, die risikotragenden Wissenslücken schnell zu schliessen. Die Möglichkeit des Erfolges ist international durch Überlebenszeiten von über 10 Jahren nach Herz- und Lebertransplantation erbracht und somit das Erreichen einer Lebensverlängerung bestätigt worden.

Die Indikation für grosse Organtransplantationen wird z.Zt. nur bei sonst infausten Leiden gestellt, wenn es keine andere Möglichkeit der Therapie gibt, die messbare Erfolge aufweisen könnte. Die Alternative ist nun unvermeidbares Ableben oder die mit grösstem Risiko belastete Chance der Lebensverlängerung.

Handelt es sich um jüngere Menschen mit der Einwilligung, diese Chance wahrzunehmen, und wenn auch eine noch so geringe Aussicht auf eine Lebensverlängerung besteht, ergibt sich für den Arzt die moralische Motivation und die Verpflich-

tung zur Hilfeleistung aus der Überlegung, das Kostbarste des Menschen, das Leben, zu verlängern.

Ein weiterer Aspekt hinsichtlich der Organtransplantation ist die ethische Einstellung zur Organspende. Sie basiert auf gegenseitiger menschlicher Hilfeleistung, und sie wendet sich nicht nur an Ärzte, sondern an alle Menschen.

Unbestritten und unverzichtbar sind der Anspruch und das uneingeschränkte Recht auf das eigene Leben. Dieses Recht darf niemals und von keinem angetastet werden. Solange noch ein Funke Leben vorhanden ist, muss um den Erhalt des Lebens gekämpft werden. Wenn aber das eigene Leben vorbei ist, der Individualtod eingetreten ist, liegt da nicht in der Bereitschaft, im Totsein noch einmal Leben zu spenden, sein Organ einem Totkranken zu geben, damit er die Chance erhält, weiterzuleben, ein grosser und so mit dem Leben und der Menschheit versöhnlicher Gedanke? Ist diese Bereitschaft nicht ein hoher Grad sittlicher Reife, getragen von einem tiefen Humanismus, ein hoher ethischer Anspruch, im Angesicht des Todes seinen Mitmenschen zu helfen? Der Chirurg, dessen Handeln segensreich oder zerstörend sein kann, ist schliesslich nur seinem Gewissen verantwortlich. Seine Erfolge werden bestimmt von der Bereitschaft zum Risiko und seiner hohen ethischen Einstellung.

Berlin, 10.5.1986

EL PROCEDER QUIRURGICO: ETICA Y RIESGO

H. WOLFF

AULUS CORNELIUS CELSUS dijo en el año 25 de la era cristiana: "Inter omnes partes medicinae chirurgiae fec-tus evidentissimus". Esta particularidad destaca la cirugía de las otras disciplinas pues la cirugía no requiere de una ética especial. Los principios éticos principales no se distin-guen de los de las otras disciplinas médicas.

La ética en general es la ciencia filosófica de lo ético y de la moral, la ética médica concierne los modos de comporta-miento y de pensar, las concepciones de valor, los sistemas de las normas y el comportamiento del médico. La concep-ción del mundo y sus políticas, determinan también la cuali-dad moral de la conducta humana en todos los terrenos de la vida. Las normas de moral esenciales del médico en la Anti-güedad, están formuladas en el juramento de Hipócrates. De esto ciertas partes tienen todavía validez; por ejemplo: no hacer daño al paciente, dedicar la máxima atención y obrar con toda la ciencia y habilidad. También ciertos prin-cipios del cristianismo primitivo formaron a generaciones de médicos en sentido positivo, y generaron personalidades médicas que estuvieron profundamente penetradas por los ideales humanísticos y abogaron también por intereses sociales. El prestar auxilio e intervenir a favor de los pobres, humillados y débiles, contribuyeron en el pasado a formar nuestra reputación y nuestro respeto de médico. Si

nos separamos de ello se vería afectada la reputación del médico.

Señoras y señores. ¿Cuáles son las cualidades morales que se demandan para el médico; para el cirujano como personalidad?

- 1.- *El auxilio consciente e incondicional*; consciente aspiración al auxilio incondicional del hombre ligada con el empeño y la renuncia a intereses personales.
- 2.- *Disponer de los conocimientos con cuidado*. En conexión con esto la adquisición continua de conocimientos especiales exactos. La enfermedad tiene que conocerse en su gravedad, desarrollo y duración. Hay que ponderar críticamente todas las maneras posibles de tratarla. Solamente considerando los conocimientos científicos se puede tomar la justa decisión. Aquí no hay lugar para reflexiones que sean ajenas a las normas morales.
- 3.- *La posición crítica frente a cada tratamiento así como a nuestros rendimientos*. Las operaciones tienen que evaluarse de una manera rigurosamente crítica, analizando continua y detalladamente los propios rendimientos. La modesta y crítica autovalorización de las propias posibilidades y no la soberbia intelectual, es una parte importante del proceder médico, particularmente del cirujano.
- 4.- *La relación de confianza entre el médico y el paciente* basada en la igualdad de derechos, y en la dignidad de la personalidad, es sincera y cordial. Igualdad de derechos quiere decir que el paciente puede decir francamente su opinión y que el médico está obligado a escucharla y respetarla. Queda intangible el principio de que, el paciente, debido a su inteligencia y capacidad de crítica,

decide sobre su destino. La aclaración completa al paciente sobre su estado de salud principalmente ante grandes operaciones, es una necesidad incondicional.

- 5.- *La cooperación premeditada de varios médicos* de diferentes especialidades, respectivamente la consulta de peritos para mejor reconocer y tratar el proceso de la enfermedad en su totalidad. Sobre todo ante grandes operaciones la cooperación interdisciplinaria, en primer orden con el anestésista, pero muchas veces también, con médicos de otras especialidades es indispensable. Es una responsabilidad moral, trasladar con tiempo al paciente, cuyo proceso de enfermedad sobrepase las propias ciencia y capacidades, a un lugar de tratamiento de confianza.

Señoras y señores: La particularidad decisiva en que se basa la cirugía es el riesgo del proceder operativo. Las operaciones estaban siempre expuestas, a un más o menos alto riesgo. El desarrollo científico de la cirugía de los últimos 50 años ha logrado un considerable detrimento de riesgos, en la mayoría de las operaciones y con esto se le abrió a la cirugía, el amplio terreno terapéutico actual. Sin embargo siguen existiendo operaciones con un alto riesgo.

*¿Qué entendemos por un riesgo?*

Como riesgo entendemos la indeterminación objetiva del resultado del proceder, una indeterminación que se basa en la constitución del organismo patológicamente disturbado y que su manera de reacción no es previsible, respecto a una operación determinada.

Hablamos de una operación arriesgada cuando se trata de una intervención para liquidar un disturbio mortal y en esto consiste el peligro de una salida negativa, y la entrada

inmediata de la muerte. Operaciones arriesgadas con su no calculabilidad encontramos en gran parte de la científica tierra virgen, donde los conocimientos médicos y el control, sobre las maneras de reacción del organismo son todavía demasiado escasas. El organismo del hombre es un sistema biofísica y bioquímicamente tan complicado, cuyas maneras de reacción no son perfectamente previsibles, que cada intervención puede provocar reacciones inesperadas que provoquen la muerte.

También hoy, cada operación representa cierto riesgo. Para cada quién es decisivo su riesgo individual, y él puede estar muy por encima, o muy por debajo del promedio general, considerando el estatuto específico. Por eso cada hombre es propietario de su riesgo en base a su constitución individual (gravedad de la enfermedad, constitución general, capacidad de resistencia).

El cirujano está ante una tarea particularmente difícil cuando tiene que decidirse. Pues el tratamiento propuesto —la operación arriesgada— puede significar, sabiendo que las perspectivas de sobrevivir son escasas, con gran probabilidad la muerte. Otras especialidades no conocen en este grado tales decisiones. Ellas se enfrentan raramente o nunca, ya con la indicación dada, a la inmediata disyuntiva entre “vida o muerte”, cuanto más negativo es el suceso más particulamente evidente aparece en la cirugía. También los laicos saben reconocer y apreciar las causas y los efectos de los trascurros fatales.

Señoras y señores. Podría creerse que estaría justificado, en caso de padecimiento mortal, la aplicación del más grande riesgo en cada operación arriesgada. Pero esto es una concepción demasiado simple. Hay que tomar en consideración las reflexiones siguientes:

- La existencia humana es temporalmente limitada. Ningún médico, incluso el cirujano, puede determinar o conjurar el fin, él puede solamente prolongar la vida. Cada enfermedad tiene también su trascurso temporal. En la mayoría de las enfermedades es necesario el temprano tratamiento que también es el más exitoso. De igual forma, sin un tratamiento radical y por consecuencia sin un riesgo operativo, el hombre enfermo puede en ciertas circunstancias seguir viviendo más, o menos tiempo. Como la vida es el único bien del hombre que no se le puede devolver, hay que empeñarse en elegir el método de tratamiento que conserve la vida el mayor tiempo posible y que no la acorte por medidas terapéuticas ensayadas. También días y semanas pueden representar felicidad.
- Cada vida posee un contenido cualitativo. Cuando ella debido a enfermedad o a operación arriesgada se cambia, de tal manera que no tenga ya ningún sentido, y donde subjetiva y objetivamente solamente es un martirio, por ejemplo; con entrada de insuficiencia mental, demencia, alta necesidad de atención, en este caso hay que examinar concienzudamente si es compatible con la dignidad del hombre, hacer todo lo que hoy en día es posible.
- Surge una situación excepcional cuando hay que dedicar ciertas prioridades al tratamiento de enfermos graves como por ejemplo en estado de guerra, en accidentes de masas, etc. en los cuales, el médico está forzado a tomar difíciles decisiones, a causa de la capacidad de atención. En un accidente de masas los más gravemente afectados desesperados, Según el juicio médico —gravísimo traumatismo del cráneo, demoliciones,

etc.—tienen que ceder naturalmente la atención médica, a aquéllos que albergan todavía esperanza de salvación.

Señoras y señores. El cirujano, cuyo proceder puede ser benéfico a destructor, es responsable, a fin de cuentas, solamente ante su fuero interno. Sus éxitos se determinan por su disposición al riesgo y su actitud ética.

En relación con esto permítanme tocar un problema referente al transplante de órganos. Aquí se trata de la actitud ética frente a la donación de órganos. Esta actitud es puramente una categoría ética; que se basa en la ayuda humana mútua y concierne no sólo a los médicos sino también a todos los hombres.

Señoras y señores. La existencia y el ilimitado derecho a la vida son indiscutibles e irrenunciables. Este derecho no debe ser tocado jamás ni por nadie. Mientras haya todavía la menor esperanza de vida hay que luchar por su conservación. Pero cuando la existencia termina, cuando la muerte se presenta, ya no se tiene otra posibilidad de brindarle nuevamente la vida; que donar un órgano del cuerpo a un moribundo para que tenga la esperanza de seguir viviendo. ¿No constituye esta disposición una actitud grande y enormemente conciliadora con la humanidad y con la vida? ¿Esta disposición de ayudar a su prójimo incluso en presencia de la muerte, señoras y señores? ¿No es un alto grado de madurez moral basado en una profunda humanidad y en una elevada concepción ética?

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA DE GRANADA



900086464



UNIVERSIDAD DE GRANADA  
SERVICIO DE PUBLICACIONES