

LOS PROGRESOS DE LA CIRUGIA OCULAR

Discurso de recepción en la Real Academia
de Medicina y Cirugía de Barcelona, leído
por el académico electo

Excmo. Sr. Dr. HERMENEGILDO ARRUGA LIRO

CONDE DE ARRUGA

en el acto de su recepción, el día 2 de
marzo de 1952.

Discurso de contestación del

Excmo. Sr. Dr. L. GARCIA-TORNEL Y CARRÓS

Académico numerario



BARCELONA

1952

**LOS PROGRESOS DE
LA CIRUGIA OCULAR**

LOS PROGRESOS DE LA CIRUGIA OCULAR

Discurso de recepción en la Real Academia
de Medicina y Cirugía de Barcelona, leído
por el académico electo

Excmo. Sr. Dr. HERMENEGILDO ARRUGA LIRO

CONDE DE ARRUGA

en el acto de su recepción, el día 2 de
marzo de 1952.

Discurso de contestación del

Excmo. Sr. Dr. L. GARCIA-TORNEL Y CARRÓS

Académico numerario



BARCELONA

1952

Excmo. Sr. Presidente,
Dignísimas autoridades,
Señores académicos,
Señoras, señores.

Mis primeras palabras expresan el sentimiento que domina en mi espíritu, el de la gratitud.

Agradezco profundamente el honor que me confieren los doctos miembros de esta Academia al nombrarme compañero suyo. Hago extensivo esta gratitud de un modo muy especial a mis maestros y a mis colegas oftalmólogos de España y del extranjero que bondadosamente me han distinguido concediéndome un prestigio en el cual fundarían probablemente su decisión los miembros de esta Academia, prestigio que en su mayor parte debo a ellos mismos que siempre me estimularon en el esfuerzo para el progreso de la especialidad y me lo recompensaron generosa y excesivamente.

Al escoger un tema para cumplir con el precepto reglamentario dudé en desarrollar a fondo un asunto de la especialidad como se acostumbra en la mayoría de las veces, lo cual aunque hubiera sido quizás más interesante para los oculistas, no lo hubiera sido para la mayoría de personas que asisten a esta ceremonia.

He escogido un tema sintético de los progresos realizados por la cirugía oftalmológica a los que yo he asistido desde que empecé como estudiante de 2.º año de Facultad al entrar en 1903 como practicante en la clínica del Dr. Menacho en la que mi padre era ayudante, hasta hoy día.

Procuraré hacerme comprender, en lo posible, de todos. A los que no están muy avezados en la especialidad oftalmológica les pido benevolencia por si algunos detalles de técnica no les son del

todo asequibles. También pido benevolencia a los oculistas al comentar las cuestiones anticuadas o sobradamente conocidas.

LOS PROGRESOS DE LA CIRUGIA OCULAR

Durante este lapso de tiempo en que he vivido la especialidad, desde el año 1903 hasta hoy, el progreso de la oftalmología ha sido debido al perfeccionamiento de las técnicas y del instrumental. Los dos grandes factores que determinaron el avance de la cirugía en general que fueron la anestesia y la asepsia, son anteriores al período antecitado. Los otros dos grandes factores que modernamente han mejorado el rendimiento de la Cirugía en general, que son: el uso de las transfusiones de sangre y de los antibióticos, no han influenciado mucho la oftalmología, puesto que en esta especialidad no hay pérdidas de sangre importantes y las infecciones son muy raras dada la facilidad de operar asépticamente, en campo operatorio limpio y sin tocar la herida mas que con un extremo de los instrumentos que no tocamos con las manos.

Como dato curioso citaré el hecho que en los primeros tiempos de mi aprendizaje oftalmológico en la clínica del Dr. Menacho, los instrumentos para operar eran hervidos y sumergidos en una cubeta de porcelana que vendía la casa Lüer de París, provista de ranuras y espacios para colocar dichos instrumentos. Según había oído contar muchas veces a mi padre a esta manera de desinfectar los instrumentos se había llegado pasando por otras curiosas fases. La primera era la desinfección con solución de ácido fénico en la que los instrumentos permanecían durante una hora. Era la conducta a seguir según la escuela de Lister. Después de Pasteur se generalizó la esterilización por ebullición y así se adoptó en la Clínica del Dr. Menacho. En los primeros tiempos las sales de cal que quedaban depositadas en la superficie de los instrumentos después de hervidos eran consideradas muy perniciosas por lo cual se quitaban con un lienzo *limpio de colada*, pues considerando dichas sales una suciedad, a ellas se atribuían los casos que se infectaban. Bien pronto se cayó en lo absurdo de esta idea, pero de todos modos para evitar las sales, se hervían los instrumentos en agua destilada o se ponían sumergidos en el agua en que ha-

bían hervido debiendo esperar unos quince o veinte minutos a que se enfriara.

Actualmente nos parece ridículo que hace 50 años se consideraran perjudiciales las pequeñísimas cantidades de sales de cal depositadas sobre los instrumentos; también es posible que dentro de 50 años consideren los médicos que es ridículo que antes de dar una inyección después de haber restregado la piel con alcohol, nos demos por satisfechos cuando sabemos que en pocos segundos el alcohol no mata las bacterias.

También es curioso hacer notar que en tiempos pasados se había usado como apósito el algodón fenicado y los pacientes oculares, llevaban en su vendaje y al lado de la nariz constantemente un manantial de perfume no muy agradable.

A principios de este siglo ya se generalizó el uso de los autoclaves y los instrumentos se hervían en solución de carbonato de sosa para evitar la oxidación o se esterilizaban en estufa seca, primero a gas y después eléctrica. Mas tarde se usaron los vapores de formol especialmente para instrumentos no metálicos.

Previas estas generalidades y en la imposibilidad de señalar el progreso habido en estos 49 años en cada uno de los sectores de la cirugía oftalmológica, me ocuparé solo de las entidades más importantes a saber: la *obstrucción lagrimal*, la *catarata*, el *desprendimiento de la retina* y el *injerto de córnea*.

TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCION LAGRIMAL

En este capítulo figura con el mayor contraste el tratamiento que se usaba contra la obstrucción de las vías lagrimales hace cuarenta y pico de años en que inicié mis estudios de la especialidad y el tratamiento que se sigue hoy día.

En aquel tiempo los pacientes con lagrimeo por obstrucción del conducto lagrimal eran tratados con sondajes repetidos. Al recordar la insistencia con que dichos enfermos acudían diariamente o cada dos o tres días al oculista para pasarles la sonda, sorprende la paciencia que era necesaria por parte del enfermo y del médico. Recuerdo pacientes cuyo tratamiento duró muchos meses y a veces años, hasta que se cansaban o que por suerte se curaba el lagrimeo, cosa relativamente rara, pues el lagrimeo que no se cura

con los primeros sondajes, difícilmente cura después. Lo que ocurre a veces es que después del sondaje queda unas horas o días el ojo sin llorar, lo cual anima al paciente, pero la retracción cicatricial de los tejidos que tapizan el conducto lagrimal, que se hieren al practicar el sondaje, hace cada vez más difícil de obtener la permeabilidad definitiva de dicho conducto.

Los enfermos seguían el tratamiento de sondajes empezando por la sonda número 1 hasta la número 6; la progresión era a veces muy lenta, pues las sondas gruesas eran más dolorosas. Además cada vez que se aumentaba el calibre de la sonda, se empezaba por dejarla solo unos minutos, que se prolongaban cada vez más hasta llevarla una hora o dos. En la clínica de mi maestro el Dr. Menacho, los pacientes lagrimales formaban tertulia en una salita aparte, con la sonda puesta.

Cuando al mismo tiempo que existía la obstrucción lagrimal había supuración del saco, el lavado que el oculista practicaba antes o después del sondaje, mantenía el ojo limpio, que dejaba amenudo de serlo si el paciente no continuaba acudiendo al oculista. Esto favorecía su constancia en proseguir el tratamiento.

Estuvo en boga durante algunos años el pasar una corriente eléctrica con un polo en la sonda colocada en el conducto lagrimal y el otro polo en un electrodo sujeto con una mano. Unos eran partidarios de usar el polo positivo en la sonda, otros el negativo, otros los alternaban. Esto por sí ya demuestra que el resultado curativo era escaso o nulo.

Con estas prácticas tan poco eficaces se trataban desde hacía muchos años los pacientes lagrimales, hasta que la cirugía mejoró la suerte de algunos de estos enfermos, especialmente los que tenían supuración del saco lagrimal, practicándoseles la extirpación de dicho órgano.

Con dicha intervención se evitaba la supuración y disminuía en parte el lagrimeo que la infección exacerbaba, pero el lagrimeo que quedaba definitivamente era una tortura especialmente en personas sensibles y nerviosas.

Fué necesario que un rinólogo de Florencia llamado Toti tuviera la feliz idea de crear una nueva vía de desagüe del saco lagrimal a las fosas nasales agujereando el hueso, para mejorar la suerte de los enfermos con lagrimeo. Esta operación fué perfeccionada por Dupuy Dutemps de París por medio de la sutura de la

pared del saco a la mucosa de las fosas nasales, a la que llamó dacriocistorrinostomía, nombre que por ser tan largo se ha reducido a la palabra dacriostomía. Se trata de una operación a veces muy difícil pero que constituye un perfeccionamiento mejorando hasta 96 por ciento el número de éxitos.

A pesar de sus ventajas esta operación no se ha generalizado pues la mayoría de oculistas no la practican debido principalmente a su dificultad ya que es de larga duración, pues si con mucha práctica se puede hacer en 15 ó 20 minutos, las primeras veces que se practica exige un tiempo mucho más largo.

Dupuy Dutemps usaba un escoplo y un martillo para perforar el hueso; pero lo desagradable que es para el enfermo y para el operador esta técnica, obligó a lograr la perforación ósea por otros medios. Personalmente hice construir unos trépanos accionados por un pequeño motor como el de los dentistas que hacen más cómoda la operación. Nuestro distinguido compañero el Dr. Bordás y el Dr. Burch, han ideado unas fresas que son muy útiles para agrandar el agujero óseo sin lesionar la pituitaria.

Un capítulo aparte de esta operación es su aplicación a los casos de lagrimeo consecutivo a la extirpación del saco lagrimal.

Practiqué la operación por primera vez en 1934 con ocasión de una anécdota curiosa.

Había operado de dacriostomía a una muchacha de 22 años doncella de servicio, que tenía una obstrucción del conducto lagrimal izquierdo. Como que había sido operada años antes de extirpación del saco lagrimal derecho, notaba la diferencia de resultado, sintiéndose muy molesta por el lagrimeo del ojo operado primeramente. Tanta fué la insistencia en quejarse de su lagrimeo, que le propuse a guisa de prueba inócua (ya que no podía empeorar su estado), intentar hacer desembocar los canaliculos lagrimales en la fosa nasal.

Efectué la operación que fué relativamente fácil por ser el hueso muy delgado, suturando la pituitaria junto al extremo de los canaliculos en el punto en que habían sido cortados al extraer el saco lagrimal.

Con gran satisfacción y sorpresa tuvimos la suerte de que continuara permanentemente el drenaje, quedando la enferma curada de su lagrimeo.

A los colegas a quienes contaba el hecho les costaba creer en

la posibilidad del restablecimiento del drenaje lagrimal sin existir el saco, por lo cual cuando tuve tres pacientes operados que se prestaron a ser mostrados a los colegas, los presenté en la Sociedad Oftalmológica de Barcelona en sesión del 25 de Junio de 1935.

Desgraciadamente la operación es a veces muy difícil, sobre todo si el hueso es muy espeso, pues queda el extremo interno del canalículo lejos de la pituitaria (1). Debido a ello sólo obtuve la curación en un 60 % de casos que actualmente es de 80 %.

C A T A R A T A

En estos 48 años de mi vida oftalmológica el contraste entre la forma en que se operaba la catarata entonces y hoy es muy notorio.

En aquellos tiempos no se operaban los enfermos hasta que eran ciegos o casi ciegos; todavía en personas de poca cultura subsiste la idea de que las cataratas han de estar maduras para ser operadas, lo cual prácticamente equivale a decir que los pacientes han de estar casi ciegos.

Afortunadamente hoy día los individuos afectos de cataratas pueden operarse cuando con el ojo de mejor vista ya el trabajo de lectura y escritura es dificultoso, y digo el ojo de mejor vista, porque si un ojo ha perdido mucha vista por catarata y el otro tiene visión suficiente para el trabajo, no es del caso operar el ojo de menos vista, pues después de la operación, la diferencia de tamaño de las imágenes en un ojo operado de catarata y otro que no lo es, (2) produce una confusión tan grande y molesta, que hay que utilizar solo un ojo y tapar el otro. Para ello es mejor no operar hasta que el ojo de mejor vista (como he dicho antes) esté dificultado de leer.

Recientemente se señala como indicación operatoria en los casos de catarata en un solo lado, la inclusión de una lente de material plástico en lugar del cristalino extraído.

La técnica de la operación ha cambiado muchísimo en el pe-

(1) Si el canalículo es corto como sucede frecuentemente, la operación es muy difícil. Hay que recurrir a otras operaciones prescindiendo del canalículo.

(2) La substitución del cristalino por un cristal en las gafas produce un aumento de tamaño de las imágenes de un 20 por ciento aproximadamente.

ríodo de tiempo antes citado. En aquel tiempo no se cosía la herida por lo cual los operados tenían que estar quietos en cama sin moverse para nada durante cuatro o seis días. Recuerdo de personas que operadas de un ojo, no se dejaron operar del otro para evitar estas molestias. La mayor seguridad se obtuvo suturando la herida según la técnica de Kalt y Suárez de Mendoza y paralizándolo el músculo orbicular de los párpados según la técnica de Vant Lint y Rochat. Al mismo tiempo Elschinig y nosotros empleamos la anestesia retrobulbar. En estas condiciones los operados solo guardan un día de cama, y pueden en caso de tratarse de enfermos cardíacos o asmáticos, estar siempre sentados después de la operación.

Las técnicas se han también perfeccionado mucho en estos últimos cuarenta años. La adopción por la gran mayoría de oculistas de la extracción intracapsular o total, ha constituido un progreso manifiesto, al extraer la catarata entera y no dejar los restos que constituyendo la catarata secundaria, obligaban a practicar una segunda operación. Me es grato hacer constar que en la adopción de esta modalidad operatoria tuvo gran influencia la labor de nuestro colega y amigo el Doctor Ignacio Barraquer, difundiendo por todas partes las ventajas de la extracción intracapsular.

El instrumental ha sido adaptado a estas modalidades técnicas, perfeccionándose cada vez más.

Es agradable hacer constar en favor del prestigio científico de España que el instrumento con que más cataratas se extraen actualmente en el mundo sea la pinza que tuve la suerte de idear hace unos 20 años. A principios del año 1950 consulté a los principales fabricantes de instrumentos de cirugía ocular, cuantas pinzas de catarata de mi modelo habían vendido. Las respuestas recibidas dan una suma de veintitrés mil pinzas vendidas hasta la primavera de 1950 que continuaron un ritmo de venta de más de mil pinzas cada año. (1)

(1) Los principales instrumentistas comunicaron haber vendido el siguiente número de pinzas: Luer, de París, 10.000; Dugast, de París, 4.950; Müller, de Chicago, 1.950; Meyrowitz, de New York, 1.500; Storz, de St. Louis, 1.000; Grieshaber, de Schaffhausen, 809; Weiss, de Londres, 700; Wurach, de Berlín, 300; Bagó, de Buenos Aires, 285; otros fabricantes en conjunto, 2.000.

El aparato de nuestro distinguido colega Dr. Barraquer para extraer la catarata por medio de la ventosa constituye una pieza mecánica muy perfecta, especialmente el modelo fabricado en Barcelona por el instrumentista Sr. Ybáñez. El proceder no ha tenido toda la divulgación que merece a pesar de las estadísticas publicadas (1) debido probablemente a la complicación del aparato, pero su autor es merecedor del homenaje de todos por el esfuerzo realizado y por el prestigio que para nuestro país representa, especialmente para nuestra Barcelona que casualmente ha sido la cuna de los instrumentos más conocidos para operar las cataratas.

DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA

En este capítulo se consigna la mayor transformación terapéutica quirúrgica de estos últimos años, no solo en el campo de la oftalmología sino en toda la cirugía pues esta enfermedad ha pasado de ser incurable o casi incurable, a curable en un 80 % de casos, proporción que sería mayor si los enfermos acudieran pronto al oculista cuando notan la pérdida de visión.

Ello es debido al descubrimiento de un oculista suizo: el Profesor Gonin de Lausanne a quien no puedo nombrar sin dejar de rendir el homenaje más fervoroso.

El descubrimiento tiene tanto mayor mérito por cuanto no fué un descubrimiento debido a un azar, como ha ocurrido con otros grandes descubrimientos, sino que fué el fruto de una serie de estudios y reflexiones de este insigne Maestro, iniciados en 1920 y basados en el examen anátomo patológico de ojos con desprendimientos de retina enucleados y en el de los fondos oculares de los enfermos atacados de esta grave enfermedad.

La trascendencia de este descubrimiento se aprecia al saber que una quinta parte de los ciegos adultos lo eran por desprendimiento de la retina.

(1) En un trabajo publicado en «Clínica y Laboratorio» el mes de junio de 1949, el Dr. Barraquer dice: que «en la actualidad obtiene un 999 por mil de éxitos en la operación de la catarata senil». Estas estadísticas hechas seleccionando los casos, no son convincentes para los colegas.

Cuando Gonin publicó sus primeros resultados muy pocos le siguieron. Tuve enseguida interés en saber lo que hacía el maestro, pues conocía su probada honestidad profesional, por lo cual aproveché la ocasión de ir a Lausanne y ver la técnica y los resultados que obtenía que en aquel período eran solo de un 25 % de éxitos.

Seguidamente puse en práctica lo que aprendí y en el Congreso Internacional de Oftalmología de Amsterdam de 1929, expuse mis resultados que eran análogos a los de Gonin y confirmaban la idea genial del maestro, que era la siguiente: Antes de desprenderse la retina se desgarrá, por el agujero pasa el humor vítreo a situarse entre dicha membrana y la coroides levantando cada vez más la retina. Esto es favorecido especialmente por los movimientos del ojo. Si se consigue cerrar el agujero de la retina, esta se reaplica y se cura el desprendimiento.

Esta patogenia es la cierta en la gran mayoría de casos, por lo cual siempre que se descubra el sitio donde están los desgarros, la operación tiene por objeto cerrarlos.

Gonin usaba para ello un cauterio produciendo una soldadura con vaciamiento del líquido sub retiniano.

Las técnicas y el instrumental se han perfeccionado mucho y son varios los oculistas que hemos contribuido a ello; en lugar preferente hay que citar a Weve, Amsler y Lindner entre otros. Por mi parte ideé un separador para tener buen campo operatorio que usan casi todos los oculistas que practican esta operación. Hoy día en vez del cauterio se usa la diatermia coagulante como medio preferido y el porcentaje que hace 20 años era de 25 % de curaciones, ha llegado como he señalado antes, a un 80 %.

La mayor dificultad está en la gran variedad de formas clínicas, que obligan a un estudio muy particular y a veces muy difícil de cada caso, y por ende las operaciones son también de técnica muy variada. Así como si se presencian varias operaciones de catarata y otra dolencia ocular, se comprueba que casi todas ellas son iguales, al presenciar operaciones de desprendimiento de retina se observan grandes variedades de técnica, lo cual hace más difícil señalar normas de conducta generales. Cada caso debe ser operado a su manera.

He de hacer constar para salir al paso de la idea que algunas personas tienen de esta enfermedad en vista del gran progreso hecho en su tratamiento, de que hoy día es una enfermedad de po-

ca importancia que se cura fácilmente, que no es así, sino que aunque se curan la mayoría de los casos, continua siendo una enfermedad grave, que hay que cuidar con esmero y disciplina por parte del paciente, pues el reposo post-operatorio es un factor importantísimo para la curación.

Por cierto que la tarea del oculista no es siempre muy grata, pues en los primeros tiempos de practicar estas operaciones cuando se curaba un enfermo adquiría el hecho caracteres de milagro y si no se curaba se aceptaba el resultado como previsto dada la gravedad de la afección. Hoy día por el contrario para muchos pacientes si se cura es lo más natural y si no se cura es un fracaso del oculista.

Afortunadamente ciertos pacientes aprecian la labor profesional, que en esta enfermedad es de la que ponen a prueba también la voluntad y paciencia del médico y nos recompensan con su gratitud.

Para terminar este capítulo quiero reiterar el agradecimiento y la veneración al maestro Gonin con el que nos unía un mutuo y profundo afecto y hacer resaltar a la par su gran sabiduría, su hombría de bien. Citaré en prueba de ello lo que fué su última voluntad: Tenía tres hijos y dividió su capital en cuatro partes, uno para cada uno de sus tres hijos y otra para los ciegos, para los que él decía que no había sabido curar.

Pocos actos humanos llevan la sublimidad de este gesto del maestro Gonin, que tanto bien ha hecho a la humanidad.

Por ello como ya dije en el Congreso Internacional de Londres del año 1950 cuando un enfermo curado de desprendimiento de retina me estrecha la mano en señal de gratitud, pienso en Gonin, porque sé que una parte de esta gratitud la merece él.

INJERTO DE CORNEA

Contrariamente a lo que muchos creen, no es una operación que se haya ideado y puesto en práctica recientemente. Desde hace muchos años se había intentado dar vista a los ciegos con opacidades en la córnea por medio de la extirpación de la córnea.

opaca y la colocación de un injerto de córnea transparente en su lugar.

Los injertos hechos con córneas de animales fueron siempre ineficaces, pues aunque se lograra implantar la nueva córnea, se opacificaba siempre. Los injertos hechos con córneas humanas tampoco daban muy buenos resultados; sólo en estos últimos veinte años los progresos de las técnicas y especialmente del instrumental, han permitido mejorar los resultados y hacer más accesible la operación a los colegas.

A estos perfeccionamientos contribuyeron principalmente Filatow, von Hippel y Elschmig. Modernamente muchos hemos colaborado en esta obra; pero principalmente hay que citar a Paulfique, Sourdille, Franceschetti y especialmente Castroviejo, que ha sido quien más injertos ha efectuado en los Estados Unidos, teniendo técnicas originales, lo cual es motivo de satisfacción para todos los españoles, a lo cual uno mi más entusiasta homenaje.

Aparte del problema técnico, esta operación lleva consigo el problema de obtención de córneas. El medio más cómodo es la utilización de córneas de ojos enucleados por lesiones que no interesan la córnea. Mas como no siempre se tiene la ocasión de tener ojos en tales condiciones, se han utilizado ojos de cadáver, lo cual tiene también sus dificultades.

Para ello en los Estados Unidos de América, en febrero de 1945, se fundó por iniciativa de un oculista de New York, el Dr. Townley Paton, lo que se llamó Banco de Ojos, análogamente a los Bancos de Sangre para transfusiones. Esta institución fué organizada y es todavía dirigida por una persona benemérita en alto grado, Mrs. Breckinridge, residente en New York, señora casi ciega que logró tener éxito en el proyecto obteniendo grandes cantidades de dinero de personas bienhechoras y haciendo una propaganda en los periódicos y en la radio para que los ciudadanos ofrecieran antes de morir sus ojos para ser utilizados en beneficio de los enfermos de los ojos. La Cruz Roja contribuyó al proyecto y las Compañías de aviación cedieron circulación urgente y gratuita a los ojos enucleados.

De esta manera se disponen de buena cantidad de ojos en varios Centros de Estados Unidos. No sólo sirven para curar ciegos y otros enfermos de ojos, sino para estudios. El Dr. Kirby ha propuesto que se usen los sobrantes para aprendizaje de los

nuevos oculistas y para ejercicio quirúrgico en los concursos a cátedras y a servicios hospitalarios.

En otros países se ha copiado la idea; en Francia existe un banco, en París y en abril último se inauguró otro en Perpignan, al que tuve el honor de asistir.

En España tenemos una ley del 18 de diciembre de 1950, en la que se fijan las condiciones bajo las cuales pueden utilizarse los ojos de cadáveres, que resumidas son: por una parte, que el finado en vida hubiese dado la conformidad de que sean utilizados sus ojos o que los familiares no se opongan a ello y por otra el control por terceras personas (médicos y Director del establecimiento) del fallecimiento y de las enucleaciones.

La dificultad de la operación en sí reside principalmente en lograr que queden bien coaptadas las dos superficies que podríamos llamar cruentas, es decir, el borde del agujero de la córnea opaca y el borde del trasplante o injerto de córnea transparente. El epitelio de la cara anterior de la córnea y el endotelio de la cara posterior conviene que se suelden pronto para impedir que el humor acuoso por dentro y las lágrimas por fuera, empapen el tejido propio de la córnea, el cual se hincha y opacifica al hidratarse. Como que el ojo tiene siempre una presión interna superior a la atmosférica, hay que contar que en el proceso de soldadura del injerto, hay momentos de oclusión de la herida si las superficies no se adaptan bien, en los que la presión intraocular vence, lo cual se repite varias veces hasta que se fortalece la soldadura y la presión intraocular no entreabre ya la herida.

Para fijar el injerto se usan varios métodos, ya sea con hilos que partiendo de la vecindad de la herida pasan por encima del trasplante, ya por recubrimiento conjuntival, ya por sutura directa del injerto transparente a la córnea sana. Para lograr dicho tiempo operatorio sin maltratar el trasplante, ideé una pinza que la sujeta adecuadamente.

Los resultados que se obtienen son cada día mejores. La primera lista de casos por mí operados que publiqué en 1939 (1) comprendía 26 casos de los que sólo 6 dieron buen resultado. Hay que hacer constar que eran casos muy malos, generalmente ciegos.

(1) «La operación de injerto corneal», *Ophthalmología Ibero-Americana*, 1939, núm. 1 y «La greffe cornéenne», *Archives d'Ophthalmologie*, avril 1939.

asilados o casos desahuciados, que en mis viajes en el extranjero durante la guerra anti-comunista española, me eran presentados para ser operados como tentativas in extremis.

Hoy día el porcentaje de éxitos pasa en los casos favorables del 90 %, para descender a medida que las condiciones del ojo receptor son peores.

Con ello termino esta conferencia a igual que como empecé, es decir, reiterando mi gratitud a los colegas académicos y a los oculistas de España y del extranjero que tan buenos fueron siempre conmigo.

Discurso de contestación del
Excmo. Sr. Dr. L. GARCIA-TORNEL Y CARRÓS
Académico numerario

Ilmo. Sr. Presidente,

Excmos. e Ilmos. Señores,

Ilres. Sres. Académicos,

Señoras y Señores.

Siempre supone fiesta mayor para esta Real Academia la solemne ceremonia de ingreso de un Académico, porque significa sumar un nuevo valor a los que constituyen en conjunto esta secular Institución, guardiana en sus archivos de pretéritas glorias cuyos reflejos aún no se han extinguido y celosa mantenedora, en el presente, del fuego de la tradición de los grandes méritos y excelsas virtudes que fueron y son séquito envidiable de la Ciencia Médica Española.

No es fácil conseguir la entrada en esta Casa con título que da derecho a condominio.

Salvo en casos como en el del que os dirige la palabra, en los que hay que atribuir el hecho no a méritos propios sino a bondad ajena, es necesario, es imprescindible, presentar, como en las Ordenes de Caballería, las pruebas de limpieza de sangre que, en nuestra Orden de la Medicina, son una vida consagrada al alivio de la enfermedad, el amor al desvalido y al enfermo, el deseo constante de estudio y perfección, la inquietud que mueve a la investigación científica, la publicación de conocimientos, observaciones y experiencias que sirvan de provecho a los demás y aun otras condiciones que, reunidas, son la ejecutoria de nobleza en el ejercicio de la más bella de las profesiones.

Y cuando un compañero, señalada una vacante, se cree en condiciones para aspirar a ocupar el sillón vacío, aporta todo su

historial a la Academia y ésta, después de un análisis severo, en votación secreta decide «sí» o decide «no».

Y yo puedo aseguraros que la votación favorable supuso para los que hemos tenido tal fortuna y honor, una de las mayores alegrías de nuestra vida.

La elección del Dr. Arruga ha constituido un caso de excepción.

Son tantos y tan grandes sus méritos, su figura científica tiene tal relieve internacional, que no ha sido él quien ha llamado a las puertas de la Real Academia, sino que ha sido la Real Academia quien ha llamado a las suyas para decirle: «Ven con nosotros. Acude a la Real Academia cuyas puertas encontrarás abiertas de par en par, para que penetres en ella como en tu propia casa. Ven a ocupar el lugar que por derecho propio te corresponde, por cuanto has enaltecido, a la vez a nuestra Patria y a nuestra Ciencia.»

Y hoy, magna fiesta y fecha memorable, el Dr. Arruga, con emoción invencible, se prepara a recibir la honrosísima Medalla que le acredita como Real Académico.

Y séame permitido expresar el reconocimiento más profundo por el honor que se me confiere al hacer que sea yo, tan poca cosa, quien le acompañe como padrino en este acto inolvidable.

Nunca podré olvidar los momentos en que este padrinazgo, prueba para mí de un sincero afecto y una consideración que me conmueven, me permite codarme con personalidad de tal categoría y unen mi nombre al suyo en un día fausto para la Real Academia de Barcelona.

Interesantísima es la figura del Dr. Arruga.

Todos los que me escuchan estarán de acuerdo conmigo en que hay hombres en los que es fácil adivinar cuál es su profesión.

Excluyo, desde luego, de condición semejante a aquellos a quienes el trabajo imprime huellas tan visibles en sus manos callosas o en su rostro atezado, que no permiten duda sobre el hecho de que aquellas manos empuñaron pesados instrumentos o de que aquel rostro fué azotado por el viento y quemado por el sol. Y a aquellos otros cuya indumentaria o uniforme, o su desaliño personal, que para ellos es también una clase de uniforme, es público pregón de su ocupación o de su arte.

Me refiero a aquellos a los que un conjunto de entremezclados

factores espirituales reflejados en el soma, señala con algo, difícil de expresar, que la Real Academia de la Lengua define, en sentido figurado, como «apariencia, modo o figura de las personas» y que conocemos con el expresivo nombre de «aire».

¡Cuántas veces este «aire» que tan distintas formas adopta: marcial o místico, enérgico o abúlico, inteligente o torpe, canalla o señor, aristócrata o plebeyo, virtuoso o sensual, soñador o panista, nos ha hecho sospechar y acertar condiciones morales, hábitos o profesión de hombres o mujeres de los que ignorábamos todo antecedente!

No ocurre así con el Dr. Arruga.

Quien no le conozca y contemple su figura, que difícilmente pasa inadvertida, es posible que se pregunte: ¿quién debe ser? ¿a qué dedica su vida? Difícil es adivinarlo.

Trasladado a otras épocas y lugares, podría muy bien ser la estampa de hidalgo castellano, enjuto de carnes y firme corazón, dispuesto a defender con riesgo de su vida el honor de una doncella o el derecho atropellado. A volar en alas de cualquier noble quimera.

Estampa de caballero a quien el Greco no hubiera desdeñado volver a retratar con la mano en el pecho.

Con su cabello ensortijado un poco revuelto y su mirada profunda, podemos imaginarlo en otros tiempos en los victoriosos Tercios de Flandes como esforzado capitán, odiado de los enemigos y amado por las enemigas, llevando al cinto la espada de cincelada cazoleta y atrevido gavilán, sólo capaz de ser manejada por brazo de hercúlea fortaleza y gritando con nuestro poeta al que pretende arrebatarla:

«¡Cuidado!, que tenerla

no es lo mismo, pardiez, que mantenerla.»

O, por el contrario, vistiéndolo el burdo sayal de penitente y sometido a mortificaciones de la carne con ascéticos ayunos y abstinencia de todo regalo corporal, o en la paz y silencio del cenobio, entregado a la meditación y al estudio, buceando sin reposo en in-folios e incunables; pero con el pensamiento fijo en encontrar el camino de perfección que conduce a Dios.

También la silueta del Dr. Arruga tiene perfiles y acusados trazos de artista.

¿Músico? ¿Pintor? ¿Poeta? ¡Qué más da! Lo que es cierto

es que posee todo el hábito externo del hombre soñador, del hombre que al «pensar alto y sentir hondo», como dijo nuestro clásico, se aleja de las prosaicas realidades de la vida y busca infatigable en la armonía, en la rima o en la luz, la suprema expresión de la belleza.

Pero en esta o en aquella época, artista o militar, monje o caballero, lo que nunca hubiera sido posible es que el Dr. Arruga fuese una vulgaridad.

En cualquier tiempo y en cualquier actividad hubiese destacado como figura de excepción, como «fuera de línea» y hubiese ascendido a la difícil cima de la celebridad que tan pocos alcanzan y las trompetas de la fama hubiesen sonado jubilosamente en su honor.

Pero, por fortuna para nosotros, ha nacido en nuestro tiempo y ha sido Médico y dentro del campo de la Medicina ha cultivado la Oftalmología.

Y el elegir tal profesión y tal especialidad, ha hecho posible que reuniera en admirable conjunto todas las cualidades que fragmentariamente pudo poseer en otra actividad y condición.

Porque por ser médico ha poseído la hidalguía y la rectitud del caballero.

Por ser médico ha sentido en su corazón el amor al prójimo y ha repartido los inmensos beneficios de su saber con la ardiente y pródiga caridad del monje.

Por ser médico ha necesitado y ejercido virtudes netamente castrenses, como el valor y la serenidad, para combatir con peligrosos y traicioneros enemigos y al entrar en batalla no ha empuñado una pesada tizona, sino un escalpelo casi ingrávito. Pero así como Núñez de Arce dice en el «Vértigo» que «hay veces que pesa más un pensamiento que un Mundo», el frágil instrumento se cae de las manos del que no sabe manejarlo si percibe en su conciencia el enorme peso de la responsabilidad.

Y ha sido artista. Artista de tal naturaleza, que alguna de sus obras no podemos calificarlas de milagros porque el milagro es privativo de Dios; pero nos hacen pensar que la Bondad Divina permite algunas veces contemplar hechos que parecen milagros para que los hombres se convenzan de su omnipotencia y de su misericordia.

Arruga no ha copiado la luz. Ha hecho más. Mucho más.

Con sus manos de artista mansalino ha encendido la luz en ojos que parecían apagados para siempre.

En la historia del nuevo Académico parece dibujarse la predestinación porque hijo de médico y oftalmólogo entra en contacto con la especialidad que tanta gloria ha de reportarle y a la que él tanta ha de proporcionar, cuando es un muchachuelo que estudia segundo curso de la Facultad.

Inicia sus conocimientos oftalmológicos al lado de su padre y del entonces famoso oculista Dr. Menacho.

En la clínica de ese maestro continúa durante toda la carrera porque ha surgido ya en su ánimo la vocación irresistible.

Terminado brillantemente el período escolar, es muy grato para mí consignar que es el Ayuntamiento de Barcelona quien le concede una beca y marcha al extranjero.

Es el primer vuelo de Arruga. Tal vez el único que emprendió para ir a aprender, porque de entonces acá ha volado muchas veces para ir a enseñar.

Dos años permaneció en el extranjero repartiendo el tiempo entre Francia y Alemania.

Dos años de estudio constante en los que pudo saturarse no sólo de las más modernas técnicas, sino adquirir una madurez científica que estimaba indispensable como fundamento necesario porque no le satisfacía poseer únicamente la habilidad manual aunque tuviera, por extraordinaria, apariencia taumatúrgica.

Convencido además de que la famosa sentencia de Letamendi sobre «el médico que sólo sabe Medicina» era aún mayor verdad aplicada al especialista que sólo sabe de su especialidad, aprovechó el tiempo para recorrer clínicas médicas y quirúrgicas y conocer los últimos adelantos en las prácticas de Laboratorio.

Por eso cuando regresa a Barcelona con tanto y tan valioso bagaje, tiene la satisfacción, en plena juventud, de ser el primero que pone en práctica una de las técnicas de laboratorio que mayor trascendencia han tenido en la Medicina moderna: la reacción de Wassermann.

La puesta en marcha de esta reacción serológica, conocida hasta entonces en nuestra ciudad sólo en forma teórica, tuvo lógica y extraordinaria resonancia en el ámbito médico.

Y fueron numerosos los compañeros que, no porque pesaran sobre ellos antecedentes penales patológicos, sino impulsados ex-

clusivamente por el interés científico, rogaron al Dr. Arruga les practicara la famosa reacción. Para satisfacción general y para contener sonrisas maliciosas, debo manifestar que todas dieron resultado negativo.

Ya desde entonces la gráfica del prestigio del Dr. Arruga es una línea que asciende sin cesar.

Pronto se sabe que todas las operaciones, todas (permitidme la palabra) las prestidigitaciones posibles en el ojo humano, las realiza con suprema habilidad. Y el renombre crece y crece.

No es compatible con su manera de ser el pecado de avaricia, de la peor avaricia que es guardar para sí lo que se sabe, y lo demuestra el número de sus publicaciones que sería inoportuno citar aquí detalladamente y que en resumen son: 27 sobre catarata, 33 sobre desprendimiento de retina, 11 sobre dacriostomía, 5 sobre injerto de córnea y 49 sobre temas diversos. Es decir, un total de 125 trabajos que han sido publicados en las más importantes revistas o han sido dados a conocer en Congresos de la especialidad.

Pero a estas publicaciones hay que añadir tres obras que han dado ya la vuelta al mundo: «Desprendimiento de retina», «Etiología y patogenia del desprendimiento de la retina» y su célebre tratado «Cirugía ocular», que bastaría por sí solo para consagrar su nombre.

Como corolario de una vida ejemplar de intensidad científica y honestidad profesional, de aportaciones magníficas a la Ciencia Médica y de lucha denodada en favor de los posibles ciegos, pronto llegó la FAMA.

Y esa diosa voltaria, que tantas veces con sus halagos y mentiras se conduce como una meretriz, para él ha guardado la exquisita e inalterable fidelidad de esposa casta.

Y ha sido ella la que le ha obligado a salir de su casa, ella la que le ha cogido fuertemente de la mano para que no intentara escapar si daba oídos a la tentación de su modestia y le ha hecho recorrer de triunfo en triunfo los continentes civilizados para recolectar los más preciados galardones a que puede aspirar un hombre de ciencia.

Para no fatigar a los oyentes y no molestar al recipiendario, diré que hoy el Dr. Arruga, además de miembro honorario del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España y Presidente honorario de la Sociedad Oftalmológica de Barcelona, es

Presidente honorario de la Sociedad Hispano-Americana de Oftalmología, miembro honorario del Real Colegio de Cirujanos de Edimburgo (honor sólo excepcionalmente concedido), miembro honorario de la Academia de Medicina de Méjico y miembro de honor de las Sociedades Oftalmológicas de Grecia, Argentina, Brasil, Egipto, Chile, Chicago, Rosario y Córdoba.

Quiero subrayar con trazo especial que al Dr. Arruga le ha sido concedido un premio que para el oftalmólogo supone algo go parecido, en su ramo, a nuestra Laureada de S. Fernando o en otros campos, literarios, científicos o sociales, al premio Nobel.

Me refiero a la «Medalla Gonin» que se concede cada siete años al que es elegido en votación secreta por los miembros del Comité Internacional de Oftalmología constituido por doce oculistas representantes de doce naciones distintas.

Este galardón supremo es entregado al elegido por el Jefe de Estado del país donde tiene lugar el Congreso Internacional.

El último Congreso se celebró en Londres y por enfermedad de S. M. británica impuso la Medalla al Dr. Arruga el hermano del Monarca, Duque de Glowcester.

Pero sería imperdonable que no pusiéramos de relieve otro aspecto y otra consecuencia de la labor del Dr. Arruga. Lo que ha contribuido con sus viajes, conferencias y trabajo profesional a que nuestra España fuera mejor conocida.

Aparte de los Congresos el Dr. Arruga ha ostentado la delegación de nuestro país en múltiples Asambleas y Convenciones internacionales en las que es costumbre que en la primera sesión se levanten por turno los delegados para anunciar en alta voz su apellido y a continuación el nombre de la nación que representan.

Sé por modesta experiencia la emoción y orgullo que produce este momento cuando se está lejos de la Patria y si, por algún motivo, se sospecha que el ambiente es hostil.

Es fácil imaginar el cuadro. Están reunidos docenas de hombres de ciencia que tratan de llegar a un acuerdo sobre algún problema o sobre los términos en que debe desarrollarse la lucha contra una determinada lesión o enfermedad. Sucesivamente van poniéndose en pie los diversos delegados. Llegado su turno, un hombre se levanta y dice en tono modesto: Arruga. En aquel instante todas las miradas convergen en él. Son muchos los que desean contemplar en carne y hueso al sabio que solo conocen a través de

sus libros. Y a continuación en medio de un silencio que impresionaba suena otro nombre: España.

Y cuando en lugar de actuar públicamente lo hace en el terreno profesional la repercusión es también enorme.

Dos ejemplos nada más bastarán para demostrar mi aserto.

En una ocasión el Dr. Arruga es requerido por el Presidente de la República del Brasil, Getulio Vargas, para que opere a su padre, anciano de 94 años. La operación se realiza con éxito completo y el Presidente ruega al Dr. Arruga le indique el importe de sus honorarios. La respuesta del Dr. Arruga es la siguiente: «es un honor para España y para mí que V. E. haya confiado la salud de su padre a un médico español».

Insiste repetidas veces al Presidente y ante la invencible negativa de nuestro compañero Getulio Vargas estrecha fuertemente su mano y le dice: «hace Vd. honor a su Patria y es un magnífico ejemplo de la hidalguía española». Y con muestras de gran emoción le estrecha entre sus brazos. Horas más tarde es concedida al Dr. Arruga la Gran Cruz del «Cruceiro Do Sul».

Trabaja en otra ocasión en un país también americano. Se niega a percibir honorarios por su labor y acepta únicamente voluntarios donativos que se reúnen en una caja especial y que antes de abandonar el país suman varios miles de dólares que son entregados a diversos establecimientos benéficos.

Su conducta causa tal impresión que un gran poeta americano, en momentos en los que la miserable y calumniosa campaña contra España adquiriría mayor violencia, publica una poesía de la que entresaco estas bellísimas estrofas:

Del Dios que nada crea estéril o infecundo
y te bendijo genio cuando viniste al mundo.
Vienes de aquella Patria generosa y valiente
que derramó sus glorias por todo el Continente.
La que dió a nuestras cunas el cuento de la abuela.
La que fundó el cimiento de la primera escuela.
«España de los sabios» «Patria de los artistas»
«España del heroísmo» «Patria de las conquistas».
Con esa tara inmensa del linaje fecundo
tu gloria se vincula con la gloria del mundo.
Este mundo de América que es un mundo cristiano
Te admira como sabio y te proclama hermano.

Y así una vez y otra vez y otra vez, España ha sido enaltecida, honrada y admirada a través de la labor de un español.

¿Para cuantos médicos, para cuantos enfermos desparramados por el mundo existe un binomio perdurable que repiten con admiración y devoción: España-Arruga o Arruga-España?

Dichosos mil veces aquellos que por sus extraordinarios méritos pueden pensar sin loca vanidad que son a la vez hombres y estandartes.

Dichoso y envidiable el Dr. Arruga que puede afirmar que al levantarse o al actuar ante los doctos grupos extranjeros lo que hace en realidad es izar a las alturas, para que ondee victoriosa, la bandera española.

No podía pasar inadvertida tan excelsa tarea científica y patriótica ni a nuestro Gobierno ni a nuestro Caudillo.

El primero le concedió la Gran Cruz de la Orden de Alfonso X el Sabio.

El Caudillo de España en uso de atribuciones exclusivas de Jefe de Estado le incluyó en la lista de la Nobleza española confiriéndole el título de Conde de Arruga.

Nadie ha osado discutir ni la oportunidad ni el acierto de tal concesión.

Ya se ha dicho que ni el Rey hace nobles ni el Papa hace Santos, sino que lo que respectivamente hacen es reconocer la nobleza o reconocer la santidad.

Y si antaño la nobleza solo podía ser alcanzada y reconocida por hechos de armas que eran demostraciones de fidelidad al Monarca y contribución al engrandecimiento de la Patria y al brillo de su historia, hoy, con plena justicia, se reconoce que todas estas condiciones se pueden cumplir tanto en el servicio de las armas, «ensanchando Castilla al paso de su caballo», como ensanchando España al paso de los descubrimientos, del progreso científico o del trabajo.

Y es lógico que se consideren pares los que con heroico esfuerzo y desprecio de la propia vida aumentaron el poderío patrio y los que enriquecieron material y moralmente al país con su labor cotidiana y admirable en la Ciencia o en el Arte o impulsaron la Industria y el Comercio, si, palpitando en sus entrañas el sentido

cristiano de la riqueza, intentaron borrar el rencor de miles de almas proporcionándoles medios para vivir con dignidad de hombres, único medio de experimentar el goce, la alegría de vivir.

El Dr. Arruga al recibir el título de Conde adquiriría una categoría especial que solo poseen los que son los primeros en el tronco genealógico de una Casa noble.

Mucho se aprecia en la nobleza la circunstancia de su fecha.

La antigüedad es una satisfacción y un mérito; pero este mérito pierde gran valor si los que ostentan un título o poseen pergaminos se limitan a vivir del esplendor pretérito y consideran que fueron suficientes los hechos de su antepasado para que ellos queden libres de sacrificio y esfuerzo y no tengan porque añadir brillo propio a los cuarteles de su escudo.

Recuerdo un hecho histórico que me permito referiros.

S. M. el Rey D. Alfonso XIII, de tan grata memoria, concedió un título del Reino, con grandeza de España, a un hombre benemérito que acudió a Palacio, en unión de otros varios nobles y de sus respectivos padrinos, el día señalado por S. M. para celebrar la solemne ceremonia de cubrirse ante el Rey en virtud de privilegio reservado a los Grandes de España.

Terminada la fiesta cruzóse en uno de los pasillos del Alcázar el protagonista de esta historia con el Duque de... no importa el nombre, quien en tono de amable condescendencia le dijo: «te felicito. Ya somos iguales.» A lo que respondió nuestro personaje: «Te equivocas. Yo no soy igual a tí. Yo soy igual al primer Duque de... no importa el nombre.»

Y tenía razón; es al primero a quien hay que atribuir el máximo honor porque es el que inicia, el que crea, el que funda una Casa, una estirpe cuyas sucesivas generaciones han de apoyar sus derechos y su condición social en las gestas del fundador.

Fundador de estirpe es el Conde de Arruga y proclamemos que difícilmente podrá fundamentarse el reconocimiento de una nobleza en bases más dignas de ello: haber conquistado para España los máximos honores por medio de armas que logran victorias sin heridas que restañar ni muertes que hagan gemir: La ciencia y el amor al prójimo.

Y si algún menguado e ignorante osara preguntarle sobre el origen de su título, el Conde de Arruga podría utilizar la misma.

orgullosa respuesta que dió Beehoven a un impertinente y decirle: «Mi nobleza proviene de aquí y de aquí» y señalar sucesivamente la frente y el corazón.

... ..

Habéis oído relatar al Dr. Arruga los progresos de la cirugía ocular en casi medio siglo.

Siempre ofrece interés extraordinario en Medicina el examen retrospectivo. El comparar procedimientos, teorías y técnicas de otro tiempo con lo que hacemos hoy. Ello prueba el inmenso avance realizado y estimula a perseguir y a alcanzar mayores perfecciones.

Imaginemos la sala especial de un oculista de otro tiempo destinada a los afectos de obstrucción lagrimal, con la animada tertulia de los pacientes, cada uno de los cuales llevaba colocada la respectiva sonda y demostraba con hechos lo acertado del calificativo de paciente que también merecían otros enfermos al soportar sin protesta los efluvios aromáticos de los diversos antisépticos.

No he alcanzado yo la era antiséptica; pero sí, su influencia sobre la época posterior en la que todavía se utilizaban en las curas de heridas infectadas diversos antisépticos, líquidos o sólidos que casi todos poseían la cualidad de oler fuerte y casi siempre mal.

Era curioso. Parecía que a mayor olor y más desagradable correspondiese un mayor poder bactericida.

Un polvo antiséptico, anterior a mi tiempo, el yodoformó, de olor intensísimo e inconfundible, gozó de gran predicamento para el tratamiento de algunos aspectos de ciertas enfermedades que se llamaban «secretas». Ignoro la eficacia del medicamento; pero desde luego, lo que es cierto es que el enfermo iba revelando su secreto a todos los que pasaban por su lado.

El ácido fénico, al que alude el Dr. Arruga, fué durante mucho tiempo el rey de los antisépticos quirúrgicos. El Prof. Forgue (e. p. d.) en su magnífico manual de Patología Quirúrgica recuer-

da cuando en los quirófanos no solo se sumergían los instrumentos en soluciones fenicadas en las que se empapaban también las compresas y las tallas sino que por medio de un pulverizador especial se lanzaban al aire soluciones de este antiséptico para obtener lo que se llamaba el *spray*.

El Prof. Forgue comenta jocosamente que se pretendía cazar los microbios al vuelo.

Digamos de paso que si, al comentar el pasado, algunos detalles nos hacen sonreír, en nada disminuyen la admiración y la veneración que sentimos por aquellos hombres de talento insigne y voluntad de hierro que supieron luchar y triunfar en condiciones de inferioridad manifiesta y abrieron los caminos que, abruptos y casi intransitables antaño, hoy seguimos con seguridad y comodidades con las que ellos no contaron ni pudieron soñar.

Sin embargo el progreso de la cirugía ocular en estos últimos tiempos, tal como dice el Dr. Arruga, no ha sido debido a las causas que tanto han influido en los maravillosos adelantos de la Cirugía en general y me refiero especialmente a los procedimientos de anestesia y a la comprensión de lo que suponen para el resultado final el prólogo y el epílogo del acto quirúrgico, es decir, lo preoperatorio y lo postoperatorio. Y aunque todo esto haya coadyuvado a los éxitos en oftalmología quirúrgica es evidente que la mayor parte de sus últimos triunfos los debe al perfeccionamiento de las técnicas y del instrumental.

Sin embargo ello no basta para obtener los éxitos.

Es indispensable que esas técnicas delicadísimas y esos instrumentos que parecen juguetes, sean utilizados por hombres que a la par reúnan una habilidad manual congénita, apta para la labor de filigrana, y un espíritu de agudísima sensibilidad siempre tensa y capaz de vibrar al menor contacto, como una cuerda de violín; pero incapaz de romperse o de desafinar aunque el arco que arranque sus sonidos sea la emoción.

No todos sirven para practicar la cirugía ocular. Confieso que yo, habituado por cierto a una cirugía más agresiva y, en ocasiones mutilante en extremo, no he podido presenciar con serenidad algunas operaciones oculares y reconozco que cuando el oftalmólogo ha insinuado su fino cuchillete en la córnea, instintivamente he realizado un gesto, signo de miedo, que algunas veces los toreros

en un momento de la lidia efectúan sin poder evitarlo: he vuelto la cara.

¿Qué causas influyen en esta psicología, en esta espiritualidad del oftalmólogo?

Hace bastantes años un famoso psiquiatra, muy aficionado a Freud, al subconsciente y a los complejos, sostenía en una conferencia que la elección de especialidad por parte de los médicos dependía muchas veces de factores diversos, llámesele complejo, subconsciente o como se quiera. Y así, afirmaba que en muchos de nosotros, los cirujanos, existe un impulso agresor acompañado de una curiosidad semejante a la infantil cuando abre la tripa de un caballo de cartón o desmonta un juguete mecánico; que muchos ginecólogos se sienten atraídos por el bello sexo; que bastantes tisiólogos han sido o son tuberculosos, y así pasó revista a diversas ramas médicas o quirúrgicas.

Lo que no nos dijo, aunque se lo preguntamos cuando terminó, fué qué motivos subconscientes creía que influían en la elección de su propia especialidad.

Yo creo, por lo que se refiere al oftalmólogo, que esa habilidad, esa delicadeza casi femenina de sus manos, tan difícil de adquirir que por eso la llamé congénita, ha de responder o está en conexión con una psiquis también exquisitamente delicada que acaba de dibujarse por el contacto con los enfermos de su especialidad y, en particular, con los ciegos.

Es indiscutible que el ciego adquiere una psicología propia, con matices que conmueven.

Contando con vuestra bondad me permito un pequeño escolio para señalar a la ligera las profundas diferencias que existen entre los que padecen uno de los defectos más graves que pueden afectar a los sentidos corporales: la sordera o la ceguera.

La sordera intensa supone un déficit considerable en el trato social que el defecto convierte en difícil e incluso en imposible.

El sordo, con las excepciones de rigor, procura evitar el trato con los semejantes porque siente y comprende su inferioridad al no oír lo que se habla y teme al ridículo de hablar demasiado alto si no oye sus propias palabras o demasiado bajo si estas reúnan en exceso en su órgano alterado. Y poco a poco se vuelve huraño, desconfiado, receloso, busca el aislamiento, le domina una especie

de rencor contra su propio defecto y muchas veces parece o es en realidad, un misántropo.

Por otra parte el defecto ha sido objeto de burlas crueles y el tipo del sordo ha sido escogido repetidas veces en cuentos y comedias como motivo a propósito para excitar la hilaridad.

Sin embargo ¡cuantos dramas ignorados ha ocultado la sordera! ¡Cuantos sufrimientos morales ha padecido el sordo! ¡Cuantas inquietudes y torturas ha provocado el tratar de disimular un defecto que puede, en ocasiones, trascender a la vida privada, truncar un porvenir, segar ilusiones o vallar un camino!

Ejemplo tremendo de todo ello nos lo proporciona uno de los genios musicales de todas las épocas; Luis Van Beethoven. El hombre a quien sentado al lado del Director (porque hacía ya tiempo que estaba imposibilitado de dirigir) y de espaldas al público la noche del estreno de su celeberrima «Novena Sinfonía» hubo que advertirle para que saludara al público y correspondiera a las ovaciones... porque ni siquiera había oído el estruendo de los aplausos.

Pero dejemos que hable él. Entresaquemos de su testamento, redactado en 1802, cuando contaba 32 años de edad, unos párrafos que estremecen.

Dice Beethoven (1): «¡Oh hombres que me creéis cruel, intratable o misántropo y que tal me representais! ¡Cuan injustos sois conmigo! No conocéis las secretas razones que me fuerzan a parecer de este modo. Mi corazón y mi ánimo se inclinaban naturalmente a la benevolencia cuando niño y sentía el vivo deseo de realizar actos de caridad; pero considerad que de 6 años a esta parte, vivo sujeto a triste enfermedad».

«Nacido con un temperamento vivo y ardiente, sensible a los atractivos de la sociedad, me veo obligado a retirarme antes de tiempo y cuando he querido sobreponerme a mi mal y olvidarlo no he podido y ha crecido mi tristeza con mi dificultad de oír.»

«Me era imposible decir a los hombres: hablad más alto, gritad, porque soy sordo, ¿como confesar ese defecto de un sentido que debía ser más perfecto en mí que en los demás?»

«No, no puedo. No me censuréis pues porque me veais recluso y solitario... para mí no existe en el trato ni descanso, ni inti-

(1) Trad. Félix Clement.

midad, ni mutuas expansiones..., no puedo acercarme a nadie y vivo como un desterrado.»

«Cuantas veces me dirijo a alguien, se apodera de mí la terrible inquietud de que va a descubrir mi estado. Así pasé en el campo la mitad de este año obligado por mis sabios médicos a cuidar mis oídos. Sin embargo cuando a despecho de los motivos que me alejaban de la sociedad me acercaba a ella, a que pesares no me exponía si alguien, cerca de mí, oía el sonido de una flauta y yo nada; o el canto de un pastor, y yo nada! Tal era mi desesperación que poco faltaba para poner fin a mi vida. Solo el arte detiene mi mano....

Y tú, hermano Carlos, en cuanto haya muerto, ruega al profesor Schmit, en mi nombre, que describa mi enfermedad y añada esta descripción a este escrito, para que el mundo se reconcilie conmigo.

Hablo por experiencia; la virtud me ha sostenido en la desgracia y si no paré en el suicidio, a vosotros y a mi arte lo debo.»

Beethoven vivió bastantes años después de escrito este testamento; pero la tragedia que palpita en sus párrafos le acompañó hasta la muerte.

El recuerdo de este gran drama vivido por Beethoven debe obligarnos a evitar, en lo que nosotros dependa, el aumentar la pesadumbre y el dolor de un semejante para quien su defecto es una constante tortura moral. Pensemos que al mirar con descaro o simplemente con indiscreción una pierna parálitica, una columna vertebral retorcida o una cicatriz que afea el rostro, podemos ahondar heridas que por ser del alma son más dolorosas que ninguna y o tardan mucho en cicatrizar o no cicatrizan jamás.

Muy distinto es lo que ocurre con el ciego.

Dos afecciones han merecido ser tratadas con especial simpatía por artistas y literatos: la tuberculosis y la ceguera.

En relación con la primera, la literatura nos ha proporcionado una serie de figuras enfermizas, delicadas como flores de estufa, extinguidas tristemente en ambientes diversos, hábilmente descritos.

Y dejando aparte la inmortal figura del autor de Estudios, Valses, Polonesas, Nocturnos y Baladas que tantas veces han regalado nuestros oídos, con seguridad la mayor parte de nosotros ha asistido conmovida al fallecimiento en el cuarto acto

(porque las desgracias ocurren casi siempre en el cuarto acto) de la infeliz Violeta o de la simpática Mimí y ha comprobado la fuerza de la música, ya que sólo el poder de las melodías de Verdi o de Puccini puede lograr el que consideremos compatibles la muerte por tisis galopante o por tuberculosis cavitaria con ciertas opulencias que parecen ser privilegio de gran número de sopranos.

Nunca el ciego ha sido objeto no ya de chacota o burla, sino ni siquiera de ironía y si nosotros mismos, en alguna ocasión, hemos tenido que echar mano de nuestra educación y de nuestro propio dominio para contener una sonrisa ante la respuesta incoherente de un sordo, nunca tuvimos que recurrir a estos resortes ante cualquier error posible de un ciego y si aquél, como antes indicamos, ha servido como tema jocoso, el ciego o la ceguera han constituido motivo y fuente de inspiración para grandes artistas que nos legaron cuadros y esculturas admirables que podemos contemplar extasiados en las más famosas pinacotecas y galerías de Europa.

Rara vez el ciego es irritable. Rara vez también deja de admirarnos y conmovernos su resignación ante la tremenda desgracia que sufre y su carácter bondadoso y equilibrado.

Diríase que al ciego le ocurre un especial fenómeno. Como si al quedar sumido en tinieblas y condenado a constante oscuridad por fuera, se iluminara por dentro y su vida interior adquiriese una intensidad excepcional. Diríase también que la privación de la visión le aparta de las tormentas de la vida y le proporciona una plácida y admirable serenidad.

Y estas condiciones tan favorables al cultivo del espíritu han dado origen a que los ciegos hayan legado a la posteridad obras inmortales.

Nos bastará recordar a Milton y a Homero.

Nuestro Menéndez y Pelayo dice de Milton en sus «Ideas estéticas de España» que «fue precursor de las más audaces doctrinas religiosas y políticas que desde el siglo XVII han conmovido al mundo; sospechoso de arrianismo, acérrimo contradictor de la jerarquía episcopal, apologista del tiranicidio, de la soberanía popular omnimoda, de la absoluta libertad de imprenta y del divorcio, es, por un fenómeno nada infrecuente en la historia literaria, clásico puro y conservador rígido de la tradición lite-

raria... y es el mismo sombrío y terrible poeta puritano que grabó con buril de fuego los combates de los ángeles y las desesperaciones de Satanás vencido».

Nosotros hemos de recordar que aquel hombre de vida agitada, amigo de Cromwell, defensor en célebre publicación del derecho del pueblo inglés a ejecutar al desgraciado Rey Carlos I y que fué, en una palabra, un auténtico revolucionario, perdió totalmente la vista y llevaba ya años de ceguera cuando, abandonado de sus hijas, su joven y abnegada esposa con el «buril de fuego de la inspiración de Milton» según la brillante imagen de nuestro célebre polígrafo, grabó las páginas inmortales del «Paraíso Perdido».

Y de Homero, el aedo griego, el rapsoda calificado de padre de la poesía épica y cuyo nombre según algunos autores significa «el que no ve», hemos de recordar que los que han profundizado en el estudio de sus obras sostienen que en el asedio de Troya, tema fundamental de La Iliada, lo que señala Homero es la antítesis entre Oriente y Occidente, el peligro que para Europa significa el Continente Asiático, el choque entre civilizaciones opuestas que han de despertar odios raciales, ambiciones de dominio y han de conducir fatalmente a sangrientos conflictos que no dejaron de producirse más tarde, llámese el adalid César, Pompeyo o Alejandro. Y dejemos en interrogante el nombre que reserva el futuro, si Dios no lo remedia.

Admirable videncia la de este ciego que en sus trovas recitadas nueve o diez siglos antes de Jesucristo adivinó calamidades y el camino por donde vendrían los que habían de intentar el derrumbamiento de Europa.

A tantos siglos de distancia los hechos se repiten y los ciegos y sordos morales se niegan a abrir los ojos y a escuchar la voz profética que con tanta anticipación anunció la suerte que correrían nuestro Continente y nuestra civilización si no se colocaban a tiempo firmes obstáculos que impidieran la entrada, o al son del clarín de guerra o al más peligroso de falsos himnos pacíficos, las hordas de un Gengis Khan.

¿Acaso el ciego conserva en secreto una remota y constante esperanza de recobrar la visión?

No lo sabemos. Tal vez no lo sepamos nunca porque esos secretos íntimos del que espera, del que imagina o del que sueña

no se revelan a nadie, porque es precisamente el secreto la clave del placer de la ilusión o del aliento que caldea el alma.

Pero lo que si podemos comprender es que no debe existir alegría comparable a la alegría infinita del que vuelve a ver.

Poder del genio es acortar las verdaderas reacciones del espíritu aun sin haberlas, quizás, estudiado o analizado a través del prisma de la ciencia.

Por eso el coloso de Beyrouth, cuando despierta de su prolongado sueño a Brunilda, al ponerla en pie y abrir sus ojos no la hace dirigirse al héroe que la contempla embelesado y absorto, ni expresar su gozo por su vuelta a la vida, ni su asombro por verse de nuevo erguida, sino que entre acordes solemnes de perenne belleza y de grandiosidad impresionante hace que sus primeras palabras sean: «¡Salve oh sol! ¡Salve oh luz! ¡Salve oh fúlgido día! Gracias sean dadas a los dioses inmortales que me permiten contemplar de nuevo las bellezas de la tierra».

Sí. Inmensas, incomparables han de ser la alegría y la emoción del que fué ciego y percibe de nuevo un rayo de sol o contempla una figura amada o atisba el color.

Pero no menos intensas y profundas han de ser las que experimenta aquel que obró el prodigio.

Porque el mayor premio reservado a los que practicamos cualquier aspecto de la cirugía, es que al contemplar nuestras manos salpicadas de sangre imaginemos que han podido ser instrumento indirecto de la Bondad divina.

Ligados para siempre quedan desde entonces el enfermo y su médico.

Aquél, queda atado por ligaduras perdurables de gratitud hacia quien le salvó de una noche perpetua. Este permanecerá unido a quien en él confió, no por el recuerdo de un triunfo logrado, que con facilidad conduciría a la soberbia, sino por otro más puro y sublime en el que se mezclan las inquietudes sufridas por él y la felicidad que pudo devolver a un semejante.

Dos rasgos conmovedores citados por el Dr. Arruga quiero traer de nuevo a colación porque comprueban cuanto afirmo:

Uno es del Prof. Gonin, dedicando una importante parte de su fortuna a los ciegos. A los que, según él, «no había sabido curar».

¡Cuántos comentarios podrían hacerse sobre esta sencilla frase

de un sabio, pronunciada desde la altura de vértigo de su celebridad universal!

¡Cuánta humildad! ¡Cuánto amor a los desgraciados! ¡Qué ejemplo para tanto infusorio orgulloso convencido de que no hay más mundo que la gota de agua en que se mueve!

El otro es del propio Dr. Arruga, que nos refiere que cada vez que recibe una prueba de gratitud de sus pacientes, su pensamiento vuela a Gonin para que reciba una parte de aquella gratitud.

Nada de extraño hemos de ver en todo esto.

Las almas gemelas es lógico que sigan idénticas conductas y nos ofrezcan y descubran idénticos sentimientos.

Tampoco podemos pasar por alto otro hecho indiscutible que aunque se deduce indirectamente de la lectura del trabajo del Dr. Arruga, era ya conocido sobradamente por nosotros.

Hoy, al hablar de catarata, o de desprendimiento de retina o de injerto corneal, es forzoso hablar en primer término de Arruga, de Barraquer, de Castroviejo. Es decir, resulta preciso citar nombres españoles, indiscutiblemente españoles, totalmente españoles.

Si pecáramos de vanidosos podríamos afirmar que para curar la ceguera material y la ceguera moral, la Providencia, en estos momentos difíciles, quiere valerse de hombres de España.

Sin exageración de latino afirmamos que, por lo menos, medio mundo anda ciego y bordea diversos precipicios a cual más hondo en cualquiera de los cuales corre el peligro de estrellarse.

¿Por qué no implorar del auxilio divino la multiplicación de hombres capaces de arrancar la venda de los ojos de esa humanidad que no es ciega, pero está ciega?

Señor Presidente: La tarea que me fué encomendada ha terminado pero no han dado fin mis dudas sobre si logré la finalidad perseguida, aunque el trabajo lo realicé con todo el amor y la veneración que me inspira la figura del Conde de Arruga.

Voy a acompañarle hasta el estrado para que le sea impuesta la presea propia de los Reales Académicos y mientras esta ceremonia ritual se cumple yo me dirigiré a las Alturas para rogarle a

Dios le conceda larga vida en bien de los hombres y a nosotros el don de la visión de las cosas terrestres y el de las verdades eternas.

Para pedirle que si su Providencia nos envía hombres capaces de disipar las nieblas que oscurecen y anulan nuestra vista, nos proporcione medios para combatir las cataratas y los desprendimientos de retina que ciegan el espíritu.

«¡ Luz ! ¡ Más luz !», clamaba Goethe al morir. Luz, más luz, hemos de pedir nosotros.

Luz para lo natural. Luz para lo sobrenatural. Para que cuando aquella se vaya apagando y no sean suficientes las manos de un Conde de Arruga para que alumbre de nuevo, porque es la vida la que se apague, nos ilumine la Fe y ella nos mantenga la esperanza de que la plegaria que nuestra Iglesia ha de dirigir en solicitud de que la LUX PERPETUA brille para nosotros, ha de ser escuchada.

Y así podremos contemplar la luz verdadera. La que no ha de extinguirse nunca.