

La cirugía plástica. Su importancia social (1)

L. Mir y Mir

*Jefe del Departamento de Cirugía Plástica
del Inst. Policlínico de Barcelona*

Nuestra intención en esta breve exposición, no es otra cosa, que tratar de esclarecer el significado (o concepto) y el alcance entre nosotros de esta nueva especialidad quirúrgica, denominada Cirugía Reconstructiva y Plástica, y en forma escueta Cirugía Plástica. No ha sido fácil tarea el llegar a un acuerdo unánime respecto a este punto, al parecer intrascendente, y tras múltiples consideraciones en Asambleas y Congresos, han quedado desterrados definitivamente, y de modo especial en el Nuevo Mundo, tanto anglosajón como latino, las variadas denominaciones de cirugía Maxilofacial, Reparadora o Estética, que entre otras privaban, a lo largo de la evolución de la especialidad.

Para llegar al estado actual y valorar la importancia y alcance de esta especialidad quirúrgica, creemos conveniente mirar atrás y asistir a su nacimiento, que podemos considerar simultáneo al del siglo XX, gracias al esfuerzo y a la fe de unos cuantos hombres, que lucharon con su estudio y su trabajo, hasta conseguir el rango que habían soñado para su especialidad.

De una parte, por ser en los Estados Unidos donde la Cirugía Plástica se halla más extendida y organizada, habiendo llegado a su máximo esplendor; y de otra, el haber tenido la oportunidad de convivir durante un año y visitar las principales clínicas de la especialidad en dicho país, es por lo que nos limitamos aquí a considerar el desarrollo y estado actual de la Cirugía Plástica en Norteamérica, sin olvidar, claro está, que incluso en nuestra época ha sido Europa la cuna de la misma.

(1) Conferencia pronunciada en el Seminario Médico del Inst. Estudios Gienenses el día 11 Febrero 1967.

Los precursores. — En la primera mitad del siglo XIX, la aportación americana en este campo de la cirugía es bien escasa, y puede decirse que sólo aquellos que visitaron Europa y conocieron o trabajaron con LISFRANCK, DIEFFENBACH y GRAEFE, entre otros, se interesaron y experimentaron en las transplantaciones de tejidos y en ciertas reconstrucciones faciales.

El primer cirujano americano que trabajó y nos legó sus enseñanzas en el campo de la cirugía plástica, fue JOHN PETER METTAUER (1787-1875), de Virginia, hijo de un cirujano francés que acompañó a LAFAYETTE. Fue él quien por primera vez en el nuevo mundo practicó la estafilorrhafia en 1827, con instrumentos ideados por él mismo. Describió asimismo varias técnicas operatorias del epispadias y del hipospadias. Se interesó en muchos problemas plásticos y usó las suturas de alambre en el tratamiento quirúrgico de la fístula véscicovaginal, doce años antes que SIMMS.

JONATHAN MASON WARREN (1811-1867), descendiente de cirujanos, profesores durante tres generaciones de la Universidad de Harvard, estudió en Europa con ROUX y DUPUYTREN entre otros. Fue el creador de la uronoplastia, y sus resultados son muy envidiables aún actualmente, (1 un fallo entre 24 casos). En su libro "Surgical Observations with Cases and Operations", publicado en 1867, dedica dos capítulos a la reconstrucción de la cara y del cuello, con 18 reconstrucciones nasales, blefaroplastias, etc. Al igual que su abuelo JOHN WARREN, recomienda intervenir los labios leporinos, pocas horas después del nacimiento.

THOMAS DENT MUTTER (1811-1857), estudió en Europa con LISFRANCK, VELPEAU, DUPUYTREN y LARREY. Poseía una extraordinaria habilidad quirúrgica, y describió con gran detalle las intervenciones sobre retracciones cérvicofaciales, empleando un colgajo pediculado de la región deltoidea.

JOSEPH PANCOAST (1805-1888), profesor de cirugía del "Jeffetson Medical College", publicó un tratado sobre Cirugía Operatoria (1844), profusamente ilustrado. Describe varias operaciones originales y entre ellas una sobre el cierre de hendiduras palatinas, otra para la reconstrucción de defectos nasales usando colgajos de la mejilla, y otra con rotación de colgajos también de la mejilla, para cubrir pérdidas de substancias el labio superior.

FRANK H. HAMILTON (1813-1881), acreditado cirujano de Búffalo, fue quien aplicó los colgajos pediculados de una pierna, para cubrir las úlceras crónicas de la otra; el éxito fue rotundo e inmensa su populari-

dad. Fue asimismo quien preconizó la operación retardada de los colgajos ("delayng operation"), para asegurar la circulación complementaria de los mismos y evitar su necrosis más o menos parcial. Publicó un tratado sobre "Elkoplasty, er Anaplasty Applied to the Treatment of Old Ulcers" en el año 1854.

GURDON BUCK (1807-1877) y DAVID PRINCE (1816-1889), fueron dos de los cirujanos que más se distinguieron en la reconstrucción quirúrgica durante la guerra civil norteamericana. Publicaron respectivamente "Contributions to Reparative Surgery in Its Application to the Treatment of Deformities Produced by Destructive Disease er Injury; Congenital Defects from Arrest er Excess Development; and Cicatricial Contracture from Burns", y "Plastics and Orthopedics. Three Reports to the Illinois State Medical Society in the Years, Respectively, 1864. 1867 and 1871".

JOHN T. HODGEN (1826-1882), de St. Louis, investigó y trabajó repetidamente sobre la transplatación libre de la piel, casi simultáneamente a REVERDIN, OLLIER y TIERCHS. En su artículo "Cell or Skin Graftin" (julio de 1871), relata sus experiencias, usando tres técnicas o métodos diferentes de injertos de piel, con tijeras, rascando, y sacando láminas de piel.

JOHN O. ROE (848-1915), fue quien por vez primera usó la vía endonasal en las rinoplastias correctivas (11 años antes que JOSEPH, de Berlin) en 1877. Ideó asimismo la reconstrucción de la columela a partir de un colgajo de mucosa labial, que atravesaba la base del labio superior. Poseía un alto sentido estético y una concepción escultórica de la cirugía reconstructiva, y valoraba en extremo el aspecto psicológico y su repercusión sobre el paciente.

ROBERT V. WEER (1838-1927), ayudante de GURDON BUCK, realizó a lo largo de su dilatada vida, importantes innovaciones técnicas especialmente en el campo de la rinoplastia.

GEORGE H. MONKS, de Boston 1853-1933), entre otras operaciones, describe una para el rinoftima ("hypertrophic nose"); escinde los tejidos hipertróficos, dejando delgados colgajos cutáneos, que usa eventualmente para cubrir la nariz denudada. En 1898, describe la reconstrucción de un nuevo párpado, a partir de un islote de piel vitalizado tomado de la región temporal; el pedículo vascular disecado llega a su nueva posición por tunelización subcutánea.

Creación de la especialidad.—Muchos son los autores que han contribuido a la emancipación de la cirugía plástica americana como especialidad quirúrgica definida e indiscutible, si bien gran parte del mérito

se debe al esfuerzo de dos hombres que dedicaron por entero su vida a la consecución de tal fin, y lograron la satisfacción inmensa de ver cristalizar con creces sus ideales de juventud y lucha. Nos referimos a VILRAY P. BLAIR y JHON STAIGE DAVIS (1871-1946), profesores en St. Louis y Baltimore, respectivamente.

En verdad, hasta la primera guerra mundial no fue reconocida oficialmente la importancia del papel a desempeñar por la cirugía plástica en los Estados Unidos (al igual que en Gran Bretaña y otros países). En junio de 1917 fue nombrado BLAIR como jefe de la cirugía plástica castrense norteamericana y poco después, y bajo sus órdenes, 15 cirujanos especializados y 15 dentistas-cirujanos orales, cruzaron el Atlántico para actuar cerca de los frentes de combate. Simultáneamente, se establecieron tres Hospitales militares en los Estados Unidos destinados exclusivamente a reparaciones y reconstrucciones plásticas, el "Jefferson Barracks", en Misouri, con el Dr. BLAIR como director; el "Walter Reed", bajo la tutela de ROBERT IVY, y el "Ft. McHenry", bajo la del Dr. GEORGE SCHAEFFER.

En 1919 J. S. DAVIS publicó su libro "Plastic Surgery", el primero de la especialidad en su continente, de indiscutible valor, fundamento y base durante muchos años para todos los que deseaban comprender y trabajar en cirugía plástica.

La primera organización americana, con participación de los cirujanos plásticos fue "The American Association of Oral Surgeons", creada en 1-21, convertida seis años más tarde en "The American Association of Oral and Plastic Surgeons".

Gradualmente, durante la década 1920-1930, gracias al incremento en importancia social y al reconocimiento de la especialidad, muchos fueron los Hospitales que establecieron Servicios de Cirugía Plástica independientes. En otros casos, funcionaban anexos a servicios de cirugía general u ortopedia.

En 1930 el Ayuntamiento de la ciudad de Nueva York creó cinco clínicas gratuitas de cirugía plástica, en cinco de sus hospitales propios.

En 1931 fue organizada una nueva sociedad, "The Society of Plastic and Reconstructive Surgery", convertida en 1941, a causa de su gran crecimiento, en "The American Society of Plastic and Reconstructive Surgery", compuesta en la actualidad de más de cien miembros.

El paso más significativo hacia el reconocimiento de la personalidad propia de la especialidad, fue la creación del "American Board of Plastic and Reconstructive Surgery", en junio de 1937, y su meta final la eleva-

ción a la categoría de "Major Board", en mayo de 1941, por "The Advisory Board for Medical Specialties of the American Medical Association", meta obtenida gracias a los laboriosos esfuerzos del Prof. VILRAY P. BLAIR.

Situación actual.—En los Estados Unidos, para ser diplomado en Cirugía Plástica es *condición indispensable* el poseer dos años de residencia (equivalente a nuestro médico interno) como cirujano general, y luego dos años más de residencia en un servicio de cirugía plástica. Tras esos cuatro años de práctica quirúrgica como postgraduado, y adjuntando los méritos que se posean (publicaciones, etcétera), puede solicitarse la obtención del diploma, que no siempre será concedido. En la actualidad pasan de 160 los Diplomados.

En el pasado conflicto mundial han sido más de 500 los jóvenes cirujanos que han recibido en centros hospitalarios adecuados, una aunque corta, suficiente preparación para resolver los problemas plásticos de tratamiento de las heridas, quemaduras, reparaciones inmediatas y secundarias, etc., lo que les ha capacitado para solucionar correctamente la mayoría de los múltiples problemas que se presentan a consecuencia de las nuevas armas y métodos de guerra. J. B. BROWN ha sido, en la pasada guerra, el jefe de la cirugía plástica norteamericana y a su vez director del gran Hospital militar "Walter Reed", dedicado por entero, como otros muchos, a esta especialidad quirúrgica.

Como ejemplo de su extensión, incluso en la vida social, citaremos que tan sólo en Nueva York pasan de 25 los Servicios hospitalarios dedicados exclusivamente a cirugía plástica.

Las instalaciones hospitalarias magníficas que tanto abundan en los Estados Unidos, así como su excelente organización, se hacen patentes una vez más visitando los servicios de la especialidad que nos ocupa, habiendo sido, bajo este aspecto, las que mayor impresión nos causaron, las del "Hospital Barnes", de St. Louis (con BLAIR, BROWN, BYARDS y McDOWELL) y del "Kahler Hospital de la Mayo Clinic" (con NEX, FIGL, ERICH y HÁVENI; en ambos servicios se trabaja intensivamente, mañana y tarde, operando tres y cuatro equipos simultáneamente.

En la actualidad la Cirugía Plástica norteamericana se halla en el acmé de su esplendor, se lucha y experimenta por doquier, e incluso existen varias tendencias ("escuelas") en la interpretación de ciertos problemas plásticos. Si bien tales diferencias no son lo suficientemente notorias para establecer separaciones definidas, no es difícil darse cuenta que mientras BLAIR, J. S. DAVIS y sus seguidores, constituyen la flor y

nata de la más pura escuela americana, AUFRICHT, entre otros, refleja la influencia del genio de su maestro JOSEPH, mientras que WOBSTER, CONVERSE y muchos más, no pueden negar sus repetidos contactos con Sir HAROLD GILLIES, es decir, con la escuela inglesa.

Alcance de la cirugía plástica.—A modo de frase breve, podemos resumir definiendo la cirugía plástica como “aquella parte de la patología quirúrgica que se ocupa de los defectos visibles congénitos o adquiridos, así como de evitar o prevenir estos últimos, mediante el empleo de principios y técnicas apropiadas”.

Aunque a primera vista pudiera parecer que la cirugía plástica trata de apropiarse parte de los cuadros nosológicos de otras especialidades, en especial de la traumatología y ortopedia, salta a la vista el error con sólo analizar exactamente el concepto y el objeto de dichas especialidades, así como el de la que nos ocupa. Existen, sí, ciertos problemas a resolver (en especial postraumáticos) en que la colaboración con el traumatólogo o el ortopeda ha de ser íntima, y afirmamos, dado lo que hemos visto y vivido en los Estados Unidos, que cuanto mayor sea dicha compenetración, más clara aparecerá la línea divisoria entre dichas especialidades. Lo mismo podemos decir con respecto a la cirugía general, y en menor escala también de otras especialidades (cirugía vascular, neurocirugía, odontología, oftalmología, otorrinolaringología, etc.).

En esquema, la cirugía plástica consta de cuatro grandes capítulos:

1. Tratamiento de las heridas y quemaduras y de las secuelas de ambas (deformidades, retracciones, pérdidas de substancia, queloides, reconstrucciones de partes de la cara, manos, pies, etc.).
2. Deformidades congénitas (labios leporinos, fisuras palatinas, sindactilia, nevus, ausencias de nariz, de orejas, etc., hipospadias, etc., etc.).
3. Deformidades adquiridas patológicas (enfermedad de Dupuytren, hemangiomas progresivos, úlceras postflebíticas y rebeldes, etc.), o quirúrgicas (cirugía reparadora del cáncer).
4. Cirugía estética propiamente dicha (rinoplastias, mamoplastias, lipectomías, etc., etc.).

Y para acabar, sólo me queda remarcar que debe desterrarse el apelativo de “Estética” para etiquetar la especialidad de que hablamos, ya que aquélla sólo es una parte de ésta (nos referimos a la parte quirúrgica de estética). En una palabra, apropiándonos la experiencia de los americanos, creemos inadecuada, a la par que de práctica peligrosa y falta de base científica y lógica, el pretender crear una especialidad de “Estética”

que aúne a la vez sus aspectos médico y quirúrgico. El aspecto médico de la estética no es sino dermatología pura, y debe resolverlo un dermatólogo, mientras que su aspecto quirúrgico forma parte de la auténtica especialidad de "cirugía reconstructiva y plástica", y, en todo caso, debe siempre resolverlo un cirujano.

CIRUGIA ESTETICA Y PREMATRIMONIO

En primer lugar y ante todo, recordemos que la cirugía estética es sólo una parte integrante de la cirugía plástica y reconstructiva, auténtica y definida especialidad quirúrgica. Creemos sinceramente que no existe una especialidad de estética, como la llama el vulgo, que aúne a su vez los aspectos médicos y quirúrgicos de la misma; para nosotros el aspecto médico de la estética es de orden exclusivamente dermatológico, mientras que su aspecto quirúrgico, único que nos concierne, entra de lleno en el campo quirúrgico especializado de la cirugía plástica.

Veamos, ahora pues, honradamente qué es lo que la cirugía estética puede lograr y cuáles son sus auténticas indicaciones. Es de gran interés aclarar estos puntos para mejor y más exacto conocimiento de la especialidad, así como para evitar intromisiones y charlatanería, que por desgracia existen y que al margen de toda seriedad científica tratan de aprovecharse de la novedad que representa la especialidad y de la singular atracción que para todas las clases sociales ejerce todo lo que sea embellecimiento (y en particular en el bello sexo).

Vamos a estudiar la cirugía estética, pues, con relación al prematrimonio, desde el punto de vista social y desde el punto de vista moral. En el aspecto social se estudian, asimismo, dos facetas: la social propiamente dicha, o sea la faceta objetiva, y la subjetiva, llamémosle también faceta psicológica. ¿Cuándo, pues, estará justificada la intervención para solventar defectos puramente estéticos?

Desde el aspecto objetivo salta a la vista que cualquier deformidad, ya sea congénita o adquirida, que llame poderosamente la atención y más aún si es en mayor o menor grado repelente, tal como labios leporinos, secuelas post-quemadura, etc., justifica sobradamente la intervención o

intervenciones plásticas necesarias para resolver o disimular tal defecto, al objeto de hacer más agradable la convivencia en sociedad. Muchas veces tales defectos impiden o disminuyen el éxito, no sólo personal, sino incluso económico y por tanto familiar, en la sociedad, siendo la causa de dichos fracasos y obstáculos que se interponen incluso en la vida profesional o de trabajo para tales pacientes. Claro está que en el aspecto prematrimonial tiene mucha importancia el solventar tales defectos, no ya solamente por lo que se refiere al bello sexo, a la mujer, sino también al hombre.

Vemos frecuentemente muchos (podemos llamarles) complejos, producidos por defectos post-traumáticos, post-quemadura, que sinceramente afectan más al hombre que a la mujer. Nos explicamos: la mujer posee más medios para, mediante cremas, afeites, etc., de orden cosmético, disimular pequeños o medianos defectos en la cara, en los labios, en las cejas, etc. El hombre por contra, no puede usar de tales afeites sin el menoscabo de su masculinidad y por tanto, la reparación de una ceja quemada, de unos labios traumatizados y deformes, o incluso simplemente de zonas post-traumáticas cicatriciales alopecicas en la región del bigote o de la barba, pueden constituir defectos que alteren la personalidad psíquica del paciente en mayor o menor grado, sobre todo en cuanto al problema de relación con el otro sexo se refiere, o sea el problema del prematrimonio.

Con ello estamos considerando la otra faceta: *la subjetiva o psicológica*, faceta muy variable en cuanto a su valoración; es decir, hay personas, individuos, que con pequeños defectos acusan gran trastorno de su personalidad, mientras que otras con defectos mayores e incluso objetivamente evidentes, no acusan ninguna reacción desfavorable psicológicamente y no se altera lo más mínimo su conducta, su carácter y por tanto, su personalidad. Es evidente que desde el punto de vista estético a estos últimos debería operárseles con mayor razón objetiva que a los citados con defectos pequeños. Ahora bien, la cirugía estética, como hemos dicho al principio, aúna ambas facetas y no es cirugía que deba corregir solamente y exclusivamente los problemas obvios, objetivos, que trascienden de un modo evidente a la vida social, afecten o no a la personalidad, sino que atiende y trata de corregir asimismo los defectos que sean o no notorios, o con una base real objetiva, aunque sea pequeña, alteren subjetivamente, psicológicamente, la personalidad del paciente, preocupándole exageradamente si se quiere, pero preocupándole de una forma manifiesta y pasando a constituir un verdadero problema para aquella persona. Nuestra cirugía por tanto, debe tratar de corregir el

defecto que trasciende a la personalidad del sujeto. Este es para nosotros el primer fin, o mejor dicho, la primera condición que exigimos antes de aconsejar la intervención desde un punto médico: 1.º Que haya objeto, o sea que el defecto sea objetivo aunque lo sea en menor grado y 2.º Que haya, asimismo, sujeto, es decir, sujeto alterado, sujeto con preocupación. Hablando en términos, hoy día muy vulgarizados, podemos resumir diciendo que es la cirugía de los complejos, pero entiéndase bien, la cirugía estética, en efecto, trata de suprimir complejos, pero complejos que tengan una base objetiva, una base real. No basta con que el paciente nos venga aquejando o diciendo que tiene un complejo si nosotros objetivamente no vemos la más mínima realidad del mismo. Debe existir médicamente hablando una base real, orgánica, aunque el componente psíquico (reflejándolo en términos fisiológicos), el componente funcional sea mucho más importante en ciertos casos. Entonces podemos aconsejar la intervención, cuando el componente real existe y el componente subjetivo, llamémosle funcional, es manifiesto.

Según nuestro criterio cuando el defecto es notorio, pero la alteración subjetiva del paciente no existe en mínimo grado, podemos asimismo aconsejar la intervención, ya que vamos a mejorar el paciente socialmente, físicamente para los demás, para la sociedad, aunque a él no le afecte apenas (siempre en mayor o menor grado existe el deseo de mejora en todos nosotros). Ahora bien, en los casos en que el componente subjetivo (componente funcional) y el componente objetivo (componente orgánico) sean ambos manifiestos, es evidente que no sólo puede aconsejarse, sino que a nuestro criterio *debe* aconsejarse la intervención. Desde el punto de vista del prematrimonio, aún quizá seamos algo más exigentes; quiero decir con ello que teniendo en cuenta lo que el matrimonio significa y la importancia quiérase o no que el aspecto físico puede ejercer en la felicidad de ambos cónyuges, creemos que la faceta objetiva tiene si cabe más importancia que en otras correcciones plásticas, no precisamente prematrimoniales. Me explicaré: una corrección nasal, una corrección de senos, etc., puede tener una indicación prematrimonial, teniendo en cuenta que la anormalidad objetiva, aunque de momento sea poco acusada por el otro cónyuge, al correr del tiempo y cuando la pasión o el enamoramiento ceden su lugar al cariño, al trato, a la amistad, pueden, repito, hacerse más patentes y ser preocupación, bien por parte del cónyuge o bien psíquicamente por la parte afectada de la anormalidad, que entonces valore subjetivamente en mayor grado a lo que antes, años atrás, más joven, no había aquilatado suficientemente y no había dado demasiada importancia. Después del matrimonio los va-

loran más, les dan más importancia, creen que pueden perder al cónyuge por aquel defecto que ellos, sea o no verdad, subjetivamente van supervalorando; por otra parte, no se atreven a plantear esta cuestión tan delicada, a exponer a la vista del cónyuge estas preocupaciones que podrían implicar cierta desconfianza. ¡Cuántas veces nosotros hemos podido comprobar que un accidente casual resuelve de una forma idónea, de una forma sin dificultades, todos estos problemas matrimoniales no expuestos a la luz, pero que en el trasfondo subjetivo de aquella esposa o en el ánimo más o menos consciente de aquel marido empezaban a tomar cuerpo, exagerando quizás incluso el defecto que antes no habían apreciado. Vemos en tales casos que el traumatismo, el accidente ha sido una excusa a la que se han cogido uno o ambos de los cónyuges con gran satisfacción, con gran contento para resolver de una vez esa cuestión que empezaba a trascender, a inquietar la paz y la felicidad de dicho matrimonio.

Consecuencia de todo ello no es más que insistir sobre este punto. Antes del matrimonio los defectos evidentes, objetivos, deben ser corregidos, sobre todo en casos en que no se manifiesta demasiada oposición por el que ha de ser el futuro cónyuge. Un novio jamás podrá decir: "sí, arréglate esta nariz", aunque hay excepciones sinceras, y a veces los más humildes enamorados son los más sinceros; pero es evidente que la resistencia que oponen en la mayoría de los casos suele ser una resistencia de compromiso y esto conviene tenerlo en cuenta y valorarlo en su justo medio. Las resistencias de compromiso equivalen a una tácita aprobación de aquella solución o arreglo del defecto, lo cual resulta interesante desde un punto de vista prematrimonial.

Y vamos ahora a considerar el segundo punto, el *aspecto moral* de la cuestión. ¿Es lícito o no es lícito el arreglarse un defecto, sea o no desde el punto de vista prematrimonial? Como dice Su Santidad Pío XII el deseo o el aspirar a una mayor belleza nada tiene de malo; el deseo de poseer esta mayor belleza es un deseo bueno, o al menos indiferente. Hay un grado de valores, mientras los valores en su jerarquía, los valores más altos, los valores espirituales no se sigan de un daño a consecuencia de este aumento o deseo de mejorar en un valor más bajo, en un valor físico, en un valor de tipo orgánico, en este caso el embellecimiento (valor puramente estético), repito, mientras no se siga de un perjuicio para el valor superior espiritual o anímico, no hay nada que decir. El ideal sería la belleza espiritual acompañada de la belleza física. Es evidente, que si la licitud o ilicitud de una intervención estética se plantea en cada caso con circunstancias que pueden aconsejar o no dicha

intervención es evidente, repito, que ante el caso prematrimonial las circunstancias llevan ya de por sí un sello de buena fe, podríamos decir, sello de bondad, de aspirar a mejorar para lograr una mayor atracción, una mayor valoración de lo que va a constituir la dote corporal física de la futura esposa, dote que ha de entregar a su marido, lo cual no deja de ser una justa aspiración que incluso viene revalorada por el sacrificio que siempre supone el someterse a una intervención quirúrgica, sacrificio doble, tanto desde el punto de vista físico, orgánico (es evidente que a nadie gusta una operación), como desde el punto de vista psíquico (a nadie puede tampoco gustar el hecho de reconocer que no se está satisfecho de sí mismo). Por lo tanto, no deja de ser un acto de sacrificio material, corporal y un acto de humildad, de sacrificio espiritual el someterse a una intervención quirúrgica prematrimonial con objeto de acrecentar la estimación, de acrecentar el bagaje de bienes, en este caso corporales, de belleza corporal para hacer de ellos entrega al cónyuge en el momento del desposorio.

Resumiendo, podemos decir que las circunstancias que pueden influir en pro y en contra de la licitud de un acto quirúrgico para embellecerse, en el caso de la consulta con objetivos prematrimoniales que llevan ya de por sí un grado tal de circunstancias buenas que difícilmente podrán ser anuladas por otras para cambiar el signo de esta intervención y hacerla mala por objetivos no confesables. En una palabra, la circunstancia del prematrimonio valora ya de por sí y enaltece con un grado más, la intervención estética.

Técnicamente existen también factores a tener en cuenta. No todas las intervenciones pueden ser realizadas con vistas prematrimoniales en cualquier tiempo, en cualquier momento antes del matrimonio. Hay que tener en cuenta la evolución postoperatoria, hay que tener en cuenta lo que el matrimonio supone en cuanto a embarazo, en cuanto a posible crianza ulterior y por tanto, hay ciertas intervenciones que deben ser aconsejadas, que deben ser, mejor dicho, realizadas sólo a cierta distancia del matrimonio, no demasiado cerca del mismo. Concretamente, así como la nariz, por ejemplo, no influye en la vida matrimonial en el sentido directo de sus consecuencias inmediatas y por tanto, puede operarse una nariz en cualquier época, aunque es lógico que si la nariz tarda dos o tres meses en desinflarse y aparecer normal (o al menos en un 90 por 100 de su aspecto normal), es lógico, repito, que se haga con suficiente antelación para no estropear, hablando en broma, la fotografía de bodas. Yo puedo decirles que incluso he operado a recién casadas. Recuerdo un caso que al tercer día del matrimo-

nio la primera cosa que pidió a su marido fue precisamente el arreglarse la nariz, en un momento que sabía que el esposo no le negaría nada. Ahora bien, la nariz misma puede operarse o puede ser requerida esta operación en una embarazada. Ante tal caso, creemos que es mejor esperar a que haya pasado la tercera *falta* por lo menos, para intervenir aquella nariz que, aunque no tenga una relación directa con el proceso del embarazo, siempre no deja de ser una interferencia en el estado general de la paciente y por lo tanto, conviene soslayar estos primeros tres meses en que hay ciertas posibilidades mayores de abortar; pero existen otras intervenciones que técnicamente no deben ser realizadas ni durante el embarazo ni en el prematrimonio demasiado cerca de la ceremonia nupcial. Me refiero concretamente a las intervenciones sobre los senos. La corrección de los senos hecha con métodos correctos no debe interferir la futura crianza o posibilidad de crianza de la madre y por tanto, creemos que deben operarse un año antes del matrimonio o deben operarse las casadas una vez acabado el período de lactancia y unos meses más y sabiendo que por lo menos en el momento de la intervención no están en estado.

Estos son solamente unos ejemplos para ver hasta qué punto el cirujano plástico puede requerir y concretar detalles de las circunstancias que concurren en cada caso y valorar no sólo el aspecto que decíamos antes, objetivo y subjetivo, sino también, como acabamos de ver, el aspecto técnico de la intervención a considerar y que influye en el que se recomiende, se aconseje o se demore la intervención o corrección estética que se pretende.

En resumen, queremos hacer patente el hecho de que la cirugía estética ha de ser y es en efecto, la expresión de la ciencia y el arte quirúrgico, que conjuntamente se aunan, no tan sólo para embellecer el cuerpo corrigiendo los defectos o deformidades físicas, sino también para embellecer el alma, liberándola de complejos que la encadenan y pueden llegar, incluso, a envilecerla. Y desde el punto de vista prematrimonial, solamente podemos hacer hincapié en dos aspectos. Por una circunstancia que enaltece la cirugía estética y que ayuda muchas veces a la felicidad de aquel matrimonio en ciernes y por otra parte, la existencia de ciertos problemas técnicos que pueden obligar a la supresión, a la demora o al consejo de espera, por lo menos, de estas intervenciones.