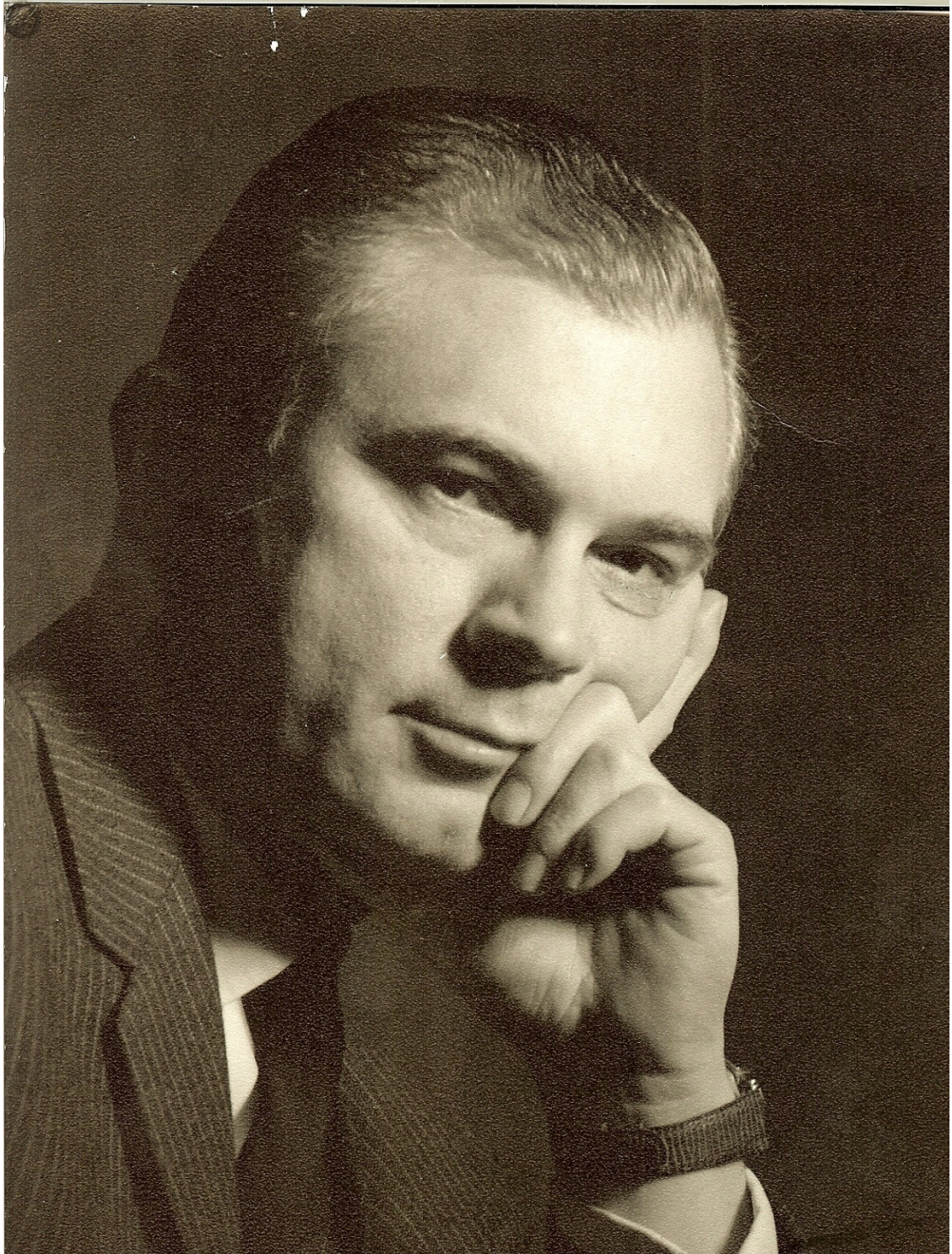




**SE TRANSCRIBE LITERALMENTE EL DISCURSO DE
CONTESTACIÓN DEL EXCMO. Sr. Dr. D. PEDRO LAÍN
ENTRALGO, EN EL QUE SE CITA EL *CURRICULUM
VITAE* DEL NUEVO ACADÉMICO ILMO. Sr. Dr. D.
CARMELO GIL TURNER.**

Señores académicos,

Señoras y señores:

Triple satisfacción me ha traído la petición con que mi amigo CARMELO GIL TURNER ha querido honrarme: ser por una tarde huésped de la Real Academia de Medicina de Bilbao, proclamar ante vosotros los méritos científicos y técnicos de un médico que sabe operar—ésta es la definición del cirujano que PLÁCIDO GONZÁLEZ DUARTE propuso un día—y dar mi personal respuesta al importante e incitante discurso que acabamos de oírle.

Estar en vuestra Academia es, por lo pronto, estar en Bilbao, sentir desde dentro de su realidad la poderosa condensación de vida y fortaleza que a lo largo de un siglo ha ido levantándose entre la falda del Pagasarri y los altos de Archanda y Achuri, contemplar de nuevo y de cerca una de las más tempranas y vigorosas puntas de vanguardia de España hacia Europa y de Europa hacia España; y es, por otra parte, descubrir cómo un puñado de bilbaínos no quiere conformarse con el poderío económico y técnico que la vida y la fortaleza de su ciudad llevan consigo, y aspira a la constitución de centros en los cuales la ciencia sea seriamente hecha y discutida. Cuando alcanzan a ser lo que en realidad deben ser, ¿qué son, si no, las Universidades y las Academias? En la escuela, decía hace ciento cincuenta años SCHLEIERMACHER, se enseña y no se investiga; en la Universidad se enseña y se investiga; en la Academia, en fin, no se enseña y son libremente discutidos los resultados de la investigación propia y ajena. Por vuestro propio esfuerzo habéis llegado a tener, amigos de Bilbao, un Museo de Bellas Artes que cuenta ya entre los mejores y más sugestivos de España. Pues bien: para que vuestra ciudad sea lo que debe ser, por vuestro propio esfuerzo debéis poseer cuanto antes una Universidad y una Academia de Medicina que realicen de veras lo que respecto de ambas instituciones SCHLEIERMACHER dictaminó. Y para que no todo quede en el campo de los requerimientos y los deseos y entre de lleno en el terreno de las esperanzas, así me lo hace esperar la vigorosa y ambiciosa profesión de fe en el saber quirúrgico con que CARMELO GIL TURNER ha querido entrar en vuestra renovada Academia.

Conocí fugazmente a vuestro nuevo compañero cuando en el viejo y lóbrego San Carlos, de Madrid, iniciaba con brío su carrera de cirujano; a través de amigos comunes he seguido el curso ascendente de una vida profesional y científica en que la decepción ocasional y la animosa recuperación se han producido más de una vez, y he asistido luego a su definitivo triunfo en el Bilbao de su nacimiento y su estirpe. Acaso en alguna ocasión haya añorado él la nonnata posibilidad—el ex futuro, diría vuestro y nuestro UNAMUNO—de un destino universitario que a estas alturas de su vida hubiera podido ponerle dentro de la hoy tan revuelta y desazonante Facultad de Medicina de Madrid. Pero estoy bien seguro de que si contempla objetivamente la obra que aquí ha realizado y la que con toda seguridad aquí va a realizar en los próximos años, en modo alguno estará descontento de haber regresado en 1952 a Euskalerría, siguiendo en la línea de su oficio la romántica consigna del bardo IPARRAGUIRRE. Y yo, que no reniego del Madrid en que vivo, aunque tantas veces me disguste, pero que más que a él quiero a la ancha y diversa España, de que en todo momento él debería ser cabeza y representación, de ningún modo considero un error que CARMELO GIL TURNER haya hecho en Bilbao y en Bilbao vaya a seguir haciendo lo que como fruto ya logrado y como fruto por lograr ha traído hoy al recinto de esta joven Academia.

Oíd, si no, lo que algunos de vosotros conocéis bastante mejor que yo. Después de tres años de trabajo experimental y de 109 operaciones en perros, en Bilbao construyó GIL TURNER un aparato pulmón-corazón para circulación extracorpórea, ideado por él y totalmente fabricado en España; y así, aunque el modelo haya sido luego reemplazado por otros más sencillos, nuestro compañero ha sido, me atrevo a pensar, el único español a quien se debe una innovación original en el dominio de la Cirugía cardíaca. En Bilbao ha sido el primero que entre nosotros ha tratado el asma bronquial mediante la extirpación del *glomus caroticum*; hasta 107 casos llevaba operados, con resultados más que alentadores, cuando en 1966 publicó la Memoria acerca del tema que le fue premiada por la Real Academia Nacional de Medicina. En Bilbao ha ido elaborando y poniendo en práctica la toracotomía bilateral simultánea para el tratamiento quirúrgico de diversas afecciones pulmonares, bronquiectasias, tuberculosis y quistes hidatídicos; en tal medida que, según fuentes para mí muy autorizadas, su experiencia en este tipo de operaciones debe de ser la más importante de Europa. En Bilbao, en suma, ha sido el pionero español de no pocas recientes novedades de la Cirugía torácica. ¿Hubiera logrado todo esto pasando a lo largo de veinte años de una Universidad a otra, en espera de la ocasión de acceder, pongamos al día a ANTONIO MACHADO, al «rompeolas—de las cincuenta y una provincias españolas»? Me permito dudarlo.

No quiero, sin embargo, desconocer o menospreciar el papel de Madrid en la brillante y firme carrera quirúrgica de CARMELO GIL TURNER. Entendámonos: esa carrera es a la vez obra suya, quiero decir, de su talento y su tesón, y producto de su circunstancia bilbaína. Pero me atrevo a pensar que algo debe también a la huella que en su alma pusieron dos maestros madrileños, ambos netamente complementarios entre sí: OLIVARES, con su colosal buen sentido clínico y quirúrgico, y, con su fulgurante y penetrante inteligencia, el malogrado ESTELLA. De ese doble y sucesivo magisterio fueron expresión escrita su tesis doctoral, «El enclavamiento intramedular de Kuntscher», sus primeras publicaciones científicas y, ya en un orden puramente técnico, una intervención quirúrgica rigurosamente original: la nefrectomía transtorácica que en 1952 realizó, en colaboración con PÉREZ CASTRO. Poco después de ese año, ya en Bilbao, el cirujano CARMELO GIL TURNER, que entre 1946 y 1947 había perfeccionado su formación en varios importantes hospitales norteamericanos—*Massachusetts General Hos-*

pital, de Boston, *Mayo Clinic*, de Rochester, *Barnes Hospital*, de Saint Louis, *Medical Center*, de Nueva York—, regirá el Departamento Quirúrgico del Grupo Sanatorial de Santa Marina y comenzará a volar por cuenta propia. Así lo acreditan bien cumplidamente los diversos logros que antes reseñé, las sucesivas distinciones que ha ido recibiendo—ponente de la Mesa Redonda sobre Tumores del Tórax (Barcelona, 1954) y de la II Reunión Nacional para el Estudio de las Enfermedades del Tórax (Valencia, 1959), miembro del Comité Internacional para la Rehabilitación de Enfermos Cardíacos y Pulmonares, miembro y Gobernador en España del *American College of Chest Physicians*, Presidente del VI Congreso de la Asociación Internacional para el Estudio de los Bronquios, Premio Nacional de la Real Academia Nacional de Medicina (1967), Presidente y Miembro de Honor de la Sociedad Española de Patología del Aparato Respiratorio, tantas más—, la lista de publicaciones que consigno al término de estas páginas y, *last but not least*, su legítima conquista de la jefatura del Servicio de Cirugía General del Hospital Civil de Basurto y su no menos legítimo acceso a la dirección del Departamento de Cirugía de la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social.

Mi oficio académico de historiador de la Medicina y el continuado ejercicio de él a lo largo de más de 30 años, me han dado cierta sensibilidad para percibir la condición y la peculiaridad melódica, si vale decirlo así, de la obra clínica y científica de los médicos. Pues bien: no contando lo que luego he de decir acerca del cirujano clínico que hoy ingresa en esta Academia, el examen atento de su vida profesional y de su producción impresa me ha permitido llegar a dos conclusiones: primera, que el curso ascendente de la vida científica de CARMELO GIL TURNER, tan patente desde que en 1944 entra como médico interno en el Hospital Provincial de Madrid, continúa vigoroso y no parece haber alcanzado todavía su máxima cota; segunda, que, como autor—a diferencia de tantos gárrulos firmantes de trabajos seudocientíficos como por ahí pululan; esos a quienes acucia, según una irónica y clemente frase de LAENNEC, «la prisa por hacer al público confidente de sus estudios»—, como autor, digo, este cirujano sólo publica cuando tiene algo personal que decir y cuando estima que ese «algo» posee importancia suficiente para ser publicado. Un hecho y una cualidad de valor inapreciable, si uno considera las responsabilidades docentes que muy pronto van a requerir la dedicación de su titular.

El *curriculum* profesional y científico de CARMELO GIL TURNER, acabo de decirlo, muestra al menos lince el carácter todavía vigoroso y ascendente de su vida y carrera; mas también nos lo hace ver, y con esto paso a glosar su hermoso discurso de esta tarde, el tema que para él ha elegido: la razonable conjetura—no la visionaria profecía—de lo que la Cirugía puede ser, va probablemente a ser cuando comience el siglo XXI. Salvo accidente imprevisible, este cirujano, nacido en 1918 y bien sano de cuerpo y de alma, llegará con mano todavía fuerte al último decenio de nuestro siglo y estará iniciando el sereno, mas no ocioso descanso de la senectud hacia el año 2000; y como para demostrar que desde hoy mismo piensa y espera ser, en la medida de sus fuerzas, bilbaíno co-agonista del costado quirúrgico de la Medicina de entonces, intenta vislumbrar con lucidez el camino que hacia él ha de conducirlo, y con arreglo a esa previsión planea la formación de los cirujanos sobre los cuales está ejerciendo y va a ejercer su magisterio. Citando palabras de ERNST BLOCH, acaba de hablarnos de la vocación de nuestra época por el futuro. Hombre y cirujano de esta época es él, y con su personal actitud y su discurso ha querido dar plena razón al famoso filósofo tudesco.

La memoria, escribió ORTEGA, no es sino la carrerilla que se toma el hombre para saltar hácia el futuro. La historia, he dicho yo más de una vez, es un recuerdo de lo que fue al servicio de una esperanza de lo que acaso sea. Apoyado sobre

estas dos sentencias he tratado de cumplir mi oficio de historiador, y pienso que con atención más y más vertida hacia el presente y hacia el porvenir, conforme más y más he ido acercándome al agri dulce confín de la vejez. No os extrañe, pues, que comience mi glosa al discurso futurista y proyectivo de nuestro cirujano bosquejando a mi manera el camino por el cual la Cirugía del pretérito está convirtiéndose en Cirugía del futuro; o bien, más precisamente, señalando al galope las tres magnas etapas de la actividad quirúrgica, desde que ésta se hace verdadera «técnica» en varios escritos del *Corpus Hippocraticum*, hasta la que CARMELO GIL TURNER tenía ante sus ojos hace tres años en sus «Reflexiones sobre la Cirugía actual» y, sobre todo, hasta la que ante nosotros ha previsto en su más ambiciosa reflexión de esta tarde. Helas aquí:

1.^a La Cirugía que se practica desde que esos escritos hipocráticos fueron compuestos hasta la introducción regular de la anestesia y la antisepsia; aproximadamente, 2250 años de la historia de la humanidad. Durante tan dilatado lapso temporal, las metas del cirujano fueron casi exclusivamente la evacuación (por ejemplo, de un empiema), la exéresis de formaciones patológicas externas o de miembros irrecuperables (amputaciones), la ligadura de vasos sanguíneos relativamente superficiales (recuérdense las tan osadas que realizaron ASTLEY COOPER y DUPUYTREN), la restauración de fracturas y luxaciones y la talla vesical. Nada más ilustrador, a este respecto, que la comparación de PETREQUIN en el estudio preliminar de su excelente *Chirurgie d'Hippocrate* (París, 1877-1878), entre la Cirugía de su tiempo y la hipocrática.

2.^a La Cirugía entre los años en que la anestesia, la antisepsia y la asepsia cobran vigencia general (juntas desde 1870) y la quinta década de nuestro siglo. Espectacularmente, la exéresis quirúrgica se extiende ahora hasta el interior de todas las cavidades del cuerpo, se constituyen plenamente la urología, la Cirugía endocrinológica y la neurocirugía, y el cirujano, plenamente incorporado ya a los más altos niveles de la Medicina científica y la fisiología, inicia resueltamente su propósito de restaurar quirúrgicamente la integridad de las funciones vitales alteradas por cualquier proceso morboso, sea éste o no sea de índole «quirúrgica»; desaparece, pues, la vieja división entre una patología «interna» y otra «externa».

El progreso en todos estos frentes de la actividad quirúrgica fue muy rápido entre 1870 y la Primera Guerra Mundial. A ese período pertenecen los primeros conatos de la Cirugía intratorácica (TUFFIER, SAUERBRUCH), de la moderna Cirugía vascular (SAN MARTÍN, GOYANES, CARREL) y de los transplantes de órganos (el propio CARREL). Pero, como acabamos de oír, el avance pierde su anterior *tempo* febril a partir de 1918; tanto, que algunos cirujanos llegarán a pensar que su oficio está alcanzando por entonces el techo de sus propias posibilidades.

3.^a La Cirugía desde 1940 hasta la actualidad; el fascinante período de la actividad quirúrgica de que con tanta autoridad, porque él ha sido activo y eficaz copartícipe en la empresa, nos ha hablado esta tarde CARMELO GIL TURNER. Nada debo añadir yo a lo que él ha dicho. Fiel a mi condición de historiador futurista y pensativo, me limitaré a señalar cómo la continuidad melódica del progreso de la Cirugía se está manteniendo en el presente vivido y va a mantenerse en el futuro vislumbrado, y a comentar luego, muy brevemente, la bien razonada visión que de éste nos ha ofrecido hoy nuestro compañero.

Durante los primeros lustros del siglo xx, decía yo antes, la terapéutica quirúrgica, informada ya por una mentalidad plenamente biológica, va a proponerse como tarea suprema la restauración de la integridad de las funciones vitales. El cirujano ya no se contenta quitando lo dañoso, dondequiera que esté, y «cortando por lo sano»; aspira a conseguir con su técnica que los órganos funcionen bien o, por lo menos, lo mejor posible. Como el internista de nuestra

época, de ser mero servidor de la naturaleza, según la venerable fórmula hipocrática, ha pasado a ser, siquiera sea incipientemente, regente y escultor de ella.

Pues bien: si esta intención ha comenzado a manifestarse frente a las diversas funciones vitales del ser humano, la circulación de la sangre o la actividad del hígado, ¿puede extrañar que en un futuro próximo se oriente con toda resolución hacia la función básica de que todas ellas son expresión parcial, esto es, hacia la vida misma? Como muy bien nos ha dicho CARMELO GIL TURNER, el cirujano de avanzada se está rápidamente convirtiendo—no por sí sólo; con la cooperación de internistas, hombres de ciencia y técnicos de toda índole—en «manipulador de la vida». ¿Cómo? Si no he entendido mal la lección, según las siguientes líneas principales:

a) El creciente gobierno técnico de la resistencia de los tejidos vivos a las hoy todavía no dominadas injurias de la anoxia.

b) La definitiva evitación del rechazo inmunitario en los trasplantes de órganos procedentes de individuos de la misma especie—de otros hombres, en el caso de la especie humana—o de una especie distinta.

c) La progresiva sustitución de órganos vivientes por artefactos técnicos; por tanto, la resuelta penetración de la bioingeniería en el campo de la terapéutica.

d) En definitiva, el regimiento cada vez más eficaz de la muerte biológica. Ningún cirujano, ni siquiera los más tentados por la ciencia-ficción, aspira, claro está, al logro artificial de la inmortalidad orgánica; pero sí aspira a la progresiva recuperación o salvación de organismos que ayer y todavía hoy parecían o parecen hallarse en un estado irreversiblemente «agónico» o «desesperado». El médico no puede ser el vencedor de la muerte, porque ésta es y seguirá siendo una forzosidad natural y absoluta de todo lo que ha nacido y vive, pero sí llegará a ser un poderoso gobernador del acto de morir. Lo cual hará que en el futuro vaya siendo más y más indefinido y dominable el dilema entre la sentencia «Este cuerpo ya está muerto» y el juicio «Este cuerpo aún está vivo y puede seguir viviendo».

El cirujano, manipulador técnico de la vida y, por tanto, regente y escultor de la naturaleza humana. ¿Para qué? ¿Sólo para restaurarla, cuando ha sido afectada por la enfermedad? El médico que sienta y vea en sí mismo un regente y un escultor de la naturaleza humana, ¿podrá evitar la tentación de aspirar a mejorarla mediante su inteligencia técnica? He aquí otra meta de la Medicina y la Cirugía del futuro: la promoción de una salud más alta y mejor, el logro de hombres que respecto de los actuales sean—de algún modo, en alguna medida—«superhombres», seres humanos con capacidades físicas hoy sólo imaginables y acaso ni siquiera sospechadas.

Problemas de todo orden—técnicos, morales, antropológicos—surgen y se arraciman ahora en nuestra mente. Y entre todos ellos, sobre todos ellos, tal vez, éste: nuevo aprendiz de brujo, mas no por las oscuras sendas del saber mágico, sino por los claros caminos del saber científico, ¿acabará siendo el cirujano, y con el cirujano el hombre mismo, un esclavo y una víctima de su propia técnica? Reflexionando sutil y patéticamente acerca de lo que la técnica es hoy y va a ser mañana para la humanidad, el filósofo HEIDEGGER veía hace pocos años como perspectiva histórica de nuestro tiempo el grave riesgo de «una noche del mundo», de «un invierno sin fin», y trataba de eludir ese sombrío pesimismo escudriñando el sentido metafísico de dos prometedores versos de HÖLDERLIN:

*Wo aber Gefahr ist, wächst
Das Rettende auch;*

o bien, en medido romance castellano: «Pero donde está el peligro—allí nace lo que salva». No nos dice el filósofo, sin embargo, cómo esa salvación podrá ser alcanzada. Pues bien, yo pienso que los médicos, metódicamente apoyados en una idea de XAVIER ZUBIRI, podemos conocer esa vía hacia «lo que salva». Para el cumplimiento de su faena diagnóstica, terapéutica y mejoradora, el médico debe, por supuesto, apelar a todos los recursos técnicos a su alcance; mas para juzgar acerca de los definitivos resultados de su empeño, necesita partir de un contacto inmediato y directo con el hombre que trata de diagnosticar, curar o mejorar—ese fundamento y origen de todo conocimiento que ZUBIRI ha llamado «impresión de realidad»—y repetir luego con ánimo comprobatorio su directo e inmediato contacto con el paciente—lo que yo he llamado retorno al origen—; y sólo cuando lo que al fin ve le permite el juicio diagnóstico: «Esto está *realmente* más claro», y el juicio terapéutico: «Esto está *realmente* bien», o «*realmente* mejor», sólo entonces quedará tranquila su conciencia. Su contacto inicial con la inmediata realidad del hombre, su contacto final con esa misma realidad y el hecho de basar sobre tal realidad sus juicios en tanto que médico—por tanto: una constante referencia de su saber a su «impresión de realidad»—, es lo que impide e impedirá siempre al médico ser esclavo y víctima de la técnica. He aquí, pues, nuestra grande y roborante conclusión: lo que moral y metafísicamente salva y salvará el hombre del peligro de la técnica es la suma de un hecho y una convicción, el hecho primario de moverse en la realidad y la profunda convicción de haber modificado técnicamente esa realidad para mejorarla.

Permitidme que ilustre esta apretada reflexión con una anécdota quirúrgica, oída a mi amigo MARIANO ZUMEL. Hace muy poco tiempo, uno de los más eminentes cirujanos suizos bregaba esforzadamente en el quirófano, fija la vista en el campo operatorio y atento el oído a los informes sobre el estado de las constantes biológicas, por salvar la vida de un paciente. «Profesor, tales y tales constantes están bajando alarmantemente», le dice el anestesista. Y el profesor replica con energía: «¡Déjeme verle la cara al enfermo!» Para tranquilizar a la vez su conciencia noética y su conciencia ética, la urgente exigencia de su mente y la apremiante exigencia de su moral, ese médico necesitaba practicar un «retorno al origen» y atenerse a una «impresión de realidad».

Así es también, por lo que de su oficio y de sí mismo nos dice, el cirujano que hoy ingresa en esta Academia. De él he aprendido yo dos estupendas sentencias. Una es la que hablando del cirujano francés QUÉNU solían decir sus discípulos: «No sólo es un gran cirujano, es nuestra propia conciencia». Otra, la que acerca del quehacer quirúrgico escribió una vez el cirujano inglés LORD MOYNIHAN: «Después de todo, la Cirugía no es más que un asunto moral». Un cirujano que en la plenitud de su vida mira hacia el futuro con ambición, inteligencia, técnica y conciencia; esto es CARMELO GIL TURNER. Muy sinceramente, queridos compañeros, os felicito por su incorporación a vuestra Casa y me felicito a mí mismo por la satisfacción que él me ha regalado pidiéndome que sea yo quien en vuestro nombre le dé, precisamente cuando acaba de franquear sus puertas, un cordial abrazo de bienvenida.

PUBLICACIONES DEL DR. CARMELO GIL TURNER

- Gangrena gaseosa: Recientes adquisiciones sobre su patología, diagnóstico y tratamiento. Rev. Españ. de Cir., 1, págs. 403-409; 1945.
- Fracturas de las dos primeras costillas. Rev. Españ. de Cir., 2, págs. 14-20; 1945.
- La osteosíntesis estable. Experiencia personal con el método de Küntscher. Rev. Españ. de Cirugía, 3, págs. 207-213; 1946.
- El tratamiento de las fracturas de clavícula por la osteosíntesis estable. Rev. Españ. de Cirugía, 1946.
- La heparina en Cirugía. Rev. Españ. de Cir., 4, págs. 98-105; 1946.
- Estado actual de la Cirugía del simpático. Anales del Ateneo Médico Leonés. Fas. 2, 1947.
- Conferencia pronunciada el día 6 de diciembre de 1946.
- El enclavamiento intramedular de Küntscher. Tesis Doctoral. Madrid, 1946.
- Diccionario inglés-español y español-inglés de términos médicos y biológicos, en colaboración con F. PLANS. Prólogo del doctor J. CASAS. Editorial Científico-Médico. Madrid, 1947.
- Lobectomía por cuerpo extraño intrabronquial y bronquiectasis. Bls. del Inst. de Pt. Médica, 4, págs. 186-191; 1949.
- Braquiesófago con ectopia gástrica. Rev. Españ., 39, págs. 172-179; 1950.
- Fibroma de pulmón. Rev. Españ., 41, págs. 111-114; 1951.
- En colaboración con L. L. AREAL: Neumocetomía por enfermedad quística abscesificada y bronquiectasias. Bls. Ins. de Pt. Médica, 6, págs. 141, 145; 1951.
- En colaboración con L. L. AREAL: Consideraciones clínicas y terapéuticas acerca de persistencia del conducto arterioso. Rev. Españ. de Cardiología, 6, págs. 1-13; 1951.
- Cierre del bronquio principal con espuma de gelatina. Trabajo experimental. Les Bronches, 1, págs. 327-334; 1951.
- Es posible evitar el retraso del diagnóstico del carcinoma del pulmón. Blos. del Consejo General de Colegio de Médicos, 1952.
- En colaboración con E. PÉREZ CASTRO: Nefrectomía transtorácica. Arch. Esp. de Urología, 8, págs. 97-128; 1952.
- La resección pulmonar en el tratamiento de la tuberculosis. Libro homenaje al doctor ROZABAL. Madrid, 1953.
- En colaboración con A. BUSTOS y R. SASTRE: La Asociación del Cáncer y de la Tuberculosis Pulmonar. Enfermedades del Tórax, 4, págs. 453-473; 1955.
- En colaboración con F. VARA y S. BOYERO: Resección bilateral del pulmón por tuberculosis en un solo tiempo operatorio.
- Quilangomas del mesenterio. Observación en tres casos. Cir. Ur. y Gine., 10, págs. 71-81; 1956.
- En colaboración con A. BUSTOS y R. SASTRE: Experiencia personal y resultados en la resección en la tuberculosis pulmonar. Rev. Clín. Españ., 60, págs. 211-219; 1956.
- En colaboración con A. BUSTOS y R. SASTRE: Hernia diafragmática de Morgagni. Cir. Ur. y Gine., 10, págs. 136-140; 1956.
- La infección, la anemia y el dolor en el cáncer. Impacto psicológico del cáncer. Gac. Med. del Norte, 12, págs. 173-180; 1960.
- Enseñanza y aprendizaje de la Cirugía. La formación del cirujano. Medicamenta, 37, páginas 326-331; 1962.
- En colaboración con el profesor V. GILSANZ: Lecciones de Patología Médica; se colabora escribiendo el capítulo de «Cáncer de pulmón».
- Características y modo de empleo de la bomba-oxigenador «Santa Marina» para la circulación extracorpórea. Cir. Urol. y Gin., 16, págs. 310-317; 1962.
- Tratamiento quirúrgico del asma bronquial. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina. Memoria galardonada con el Premio Nacional 1966.
- Reflexiones sobre la Cirugía actual. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina, 86, página 183; 1969.
- Misión docente de las Sociedades Médicas. Archivos de Bronconeumología, 7, pág. 179; 1970.
- Tratamiento quirúrgico de la isquemia de miocardio. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina, 87, 3; 1970.