

**Comentarios que se hicieron al Trabajo del Dr. Valdés,
en la sesión del día 16 de octubre de 1929.**

SE concede la palabra al doctor Valdés para la lectura de su trabajo de turno titulado "AL MARGEN DE MIL OBSERVACIONES CLINICAS", cuyo trabajo es ilustrado con proyección de datos estadísticos. Ya para finalizar interrumpe su lectura para mostrar en la pantalla un pequeño cuadro con un resumen de las operaciones practicadas completado con la proporción de mortalidad ocurrida. Explicando que alcanzan la más alta los casos ginecológicos, después los de apendicitis hasta terminar con los de especialidades que fueron los de menor número. Esta mortalidad en grupo—dice el doctor Valdés—, puede considerarse como baja, toda vez que no dá más que 4% sobre el total. Presenta otro resumen de la mortalidad con dos divisiones; una, la de todas las operaciones exceptuando las de **síndrome** abdominal y las de cáncer y otro de estas últimas, pudiendo observarse que la mortalidad por estas dos solas es casi igual a la de todas las demás intervenciones juntas, lo que demuestra la gravedad de estos padecimientos. Agrega que tiene la historia de todos los casos que relata solo que se abstiene de darle lectura porque ello resultaría muy largo, pero quedan esas historias a disposición de la Academia, por si alguien quiere conocerlas.

Concluida la lectura de su trabajo toma la palabra para comentarlo el doctor Castañeda y dice: He escuchado con complacencia el trabajo del doctor Valdés y me ha dejado gratamente impresionado. Cuando viví en Europa noté que se estima como muy pobre la cirugía mexicana, pero yo tengo la creencia de que aquí hay tan buenos cirujanos como allá y eso es fácilmente demostrable, por ejemplo: aquí está el doctor Villarreal que tiene 30 años de un ejercicio quirúrgico intenso y habrá realizado unas 600 operaciones por año; aquí está Rosendo Amor con 20

años de operador y unas 3 a 4,000 operaciones comprendiendo todos los aparatos y órganos del cuerpo; yo mismo en menor escala, tengo unos 20 años de venir operando en las clínicas, en Sanatorios, etc. y tendré 200 a 300 operaciones por año, o sean 5,000 aproximadamente; de modo que al menos por la cantidad ya se puede establecer algún parangón con los europeos. Alguna vez, cuando tenía mayor actividad, le decía yo a Rosendo Amor que por las circunstancias especiales en que me encontraba, tal vez yo era el que más operaba en México en ese momento, pero haciendo las cuentas resultó que él era el que operaba más; pero de todas maneras hay muchas personas que cuentan con miles de intervenciones. Seguramente que estos mil casos que nos presenta el doctor Valdés no son los únicos de su vida profesional sino que han datar de algún tiempo a la fecha, De modo que todo esto sirve para probar en el extranjero que en México ya hay cirujanos como puede haberlos en otras partes. Yo felicito a Valdés y deseo que le alcance la vida y la actividad para que nos vuelva a traer otros mil casos como estos. Naturalmente no es posible hacer referencia a todos los casos que él cita, pero hay que decir que algunas de sus conclusiones vienen a reforzar los principios que ya se conocen. En su estadística hay una laparotomía exploradora por cáncer del estómago; será por lo atrasados que estamos en México, que tiene tan pocos casos de estos cánceres del estómago, pero hoy se sabe que en cuanto se presenta el cáncer en el estómago deben hacerse las laparotomías, porque la laparotomía es inocente y el hallazgo de un cáncer incipiente, pues siempre es decisivo. Me gustó ver un caso de fístula con el duodeno, porque todavía deseo encontrar una fístula en conexión de la vesícula que nunca se me ha presentado. Respecto de la mortalidad del doctor Valdés, pues es buena, muy buena, porque una mortalidad de 4% ya puede calcularse como tal. En la estadística del Hospital de Jesús, la mortalidad quirúrgica es de 2 a 3% y con relación al estado terapéutico de las operaciones que venimos tratando, fue bueno el éxito quirúrgico. Por lo que hace a la anestesia que es también factor muy importante, se conoce que la ha estudiado muy bien y desearía que ampliara su idea. Agrega el doctor Castañeda que él no tiene la laboriosidad del doctor Valdés para sus trabajos tan detallados y minuciosos; pero ya se puede juzgar las cosas porque ha hecho unas 5,000 operaciones en el capítulo de su vida de médico y de éstas 2,000 de vientre que lo facultan para juzgar, opinar y comentar y con esa autoridad felicita al doctor Valdés por su magnífico trabajo y repite que desea le alcancen la vida y el corazón y la inteligencia para que nos traiga otros mil casos.

El doctor Villarreal dice que también para él fue una complacencia oír el trabajo tan minucioso del doctor Valdés, tan detallado que de cada enfermo a quien se refiere conserva la historia correspondiente. En cuanto a la manera de presentar la estadística—sigue diciendo el doctor Villarreal,—yo difiero del doctor Valdés porque frecuentemente se dice un tanto por ciento cuando solo se trata de 5, 10 o más operaciones y sería más acertado decir: “pues en 10 operaciones hubo tal mortalidad”, porque mientras no se llegue a cien es difícil precisar el porcentaje: esto es muy importante para saber qué seguridades se pueden dar al enfermo y vemos que cuando nos habla de la cirugía abdominal, que se obscurece la cosa, porque si se eleva el porcentaje lo mismo que en los cánceres, también se puede decir, “pues después de tantas operaciones que de tal naturaleza se tiene un tanto por ciento de mortalidad” y ni aún así se puede tener el por ciento exacto. En las intervenciones abdominales sí hay más defunciones. El trabajo que nos presenta indudablemente que en todos los otros sentidos es laborioso, solo que no se puede apreciar todo su mérito sin conocer las historias, las causas que motivaron la intervención, el número. En las defunciones de apendicectomía no se puede saber como estarían las cosas; en las otras apendicitis crónicas en que probablemente sólo se trataba de quitar el apéndice la mortalidad es menor. En las intervenciones ginecológicas, cuando se refiere al cáncer e interviene por la vía abdominal, también es grave la intervención, lo mismo que cuando se hace la **histerectomía vaginal**, que es una operación seria. Actualmente con la aplicación de los agentes físicos, se puede obtener más éxito después de aplicar los rayos X de onda corta; la **electrocoagulación** antes de hacer la **histerectomía** igualmente reduce mucho el riesgo operatorio; pero siempre que el cáncer haya cogido los ligamentos anchos será una operación grave y delicada a pesar de la acción del radio y de los rayos X no obstante que éstos ayudan mucho y pueden a veces dar una sobrevida y un alivio grande a los enfermos.

Otra cosa a que me quiero referir es la amputación del seno pues no estoy conforme con la denominación empleada; porque me imagino que la mayor parte de los casos fue por cáncer y entonces no debe haber sido solamente la extirpación de la glándula mamaria, sino de los dos músculos con todas sus aponeurosis más el vaciamiento axilar de manera que en estas condiciones la intervención también reviste mucha seriedad. A no ser que sus operaciones hayan sido por tumores benignos. El doctor Valdés no nos dice que un tratamiento anterior de radiación

de onda corta, practicado desde 3 o 4 semanas antes de la intervención pone al paciente en mejores condiciones para las consecuencias de la operación y para que pueda sobrevivir mayor tiempo, pero ello es innegable. Respecto a la anestesia, indudablemente que el doctor Valdés está al día, los procedimientos americanos le han impresionado y nos dice con entusiasmo el resultado que ha obtenido. Yo considero que todos los medicamentos son venenos y cuantos menos venenos se pongan dentro del organismo puede esperarse más éxito. Yo practico la anestesia regional y por infiltración, pero es solo solución de novocaína con adrenalina a fin de aumentar el anestésico y en cuanto a la cuestión del anestésico general yo sigo completamente fiel al cloroformo, y el éter, sobre todo en los enfermos con lesiones del riñón o del hígado no es buen anestésico, en las clínicas americanas es de grandes ventajas, pero para nosotros algunas de esas anestесias que requieren aparatos especiales, son muy costosas y si el cloroformo fuera tan grave ya se hubiera dejado y sin embargo se usa tanto en Francia como en Alemania y administrándolo cuidadosamente gota a gota, manteniendo un estado ligero de anestesia, los accidentes son muy remotos; yo no digo que no se empleen otros anestésicos pero el cloroformo todavía se usa. Ahora el etileno se emplea mucho pero es muy peligroso porque es sumaente explosivo y se han dado casos en que se han muerto el cirujano y el anestesista y, no lo sé, pero seguramente también el paciente. En los Estados Unidos donde hay muchos recursos pueden arreglar sus salas de manera que queden debidamente acondicionadas alejando la posibilidad de la explosión. Repito que el número de accidentes del cloroformo no es para rechazarlo de una manera general y es muy sencillo de administrar lo mismo que el éter. Vuelvo a felicitar al doctor Valdés por su trabajo tan bien documentado y tan extenso.

Toma la palabra el doctor López diciendo: Deseo hacer al doctor Valdés una pregunta: yo no oí que mencionara el etileno para las anestесias que practica y si lo mencionó no me dí cuenta de ello. A una señal negativa del aludido, el doctor López continúa diciendo: el doctor Valdés dice que no mencionó el etileno y realmente es muy interesante ésto; pues el etileno debe figurar entre los anestésicos generales más útiles, en cuanto al peligro como lo menciona el doctor Villarreal, está eliminado con el cuidado que tienen los operadores y anestesistas para evitar la explosión; en cambio esta anestesia presenta grandes ventajas, como la de ser enteramente inofensiva para los enfermos y desde este punto de vista está por encima de todos los

anestésicos; yo ví anestесias con etileno en mi reciente viaje a los Estados Unidos, llamándome la atención lo bien que se ha logrado aislar con laminillas de bronce las salas de operaciones, en las que todas las hendeduras aún las que quedan entre los mosaicos del piso, están cubiertas con laminitas de bronce que vienen a aislar completamente la sala y evitar así el peligro de los incendios. Sería muy bueno que un médico tan progresista como Valdés, usara este anestésico. Se dice que el etileno se evapora y el gasto es muy grande, pero esto se remedia usando aparatos especiales en los que el anestésico se guarda en tambores como los de protóxido de ázoe y oxígeno para hacer asociaciones de oxígeno y de etileno en cuya forma se mantiene mucho tiempo la anestesia.

Habla el Presidente diciendo: Yo quiero felicitar al maestro Valdés, porque precisamente la discusión que ha provocado su estudio demuestra lo muy útiles que son las estadísticas documentadas; este asunto se desdeña mucho en nuestro país y creo que es debido a ésto el que la mayoría de nuestros médicos no obstante sus facultades, no están casi nunca aptos para presentar trabajos científicos en los Congresos y la carencia de literatura médica mexicana, se debe a que despreciamos la estadística documentada; el doctor Valdés nos ha puesto un ejemplo más y yo lo celebro mucho y lo felicito.

Se concede la palabra al doctor Valdés quien comienza haciendo presentes sus expresiones de agradecimiento a las personas que han comentado su trabajo agregando que va a hacer algunas aclaraciones: Desde luego contesto al doctor Castañeda—continúa el doctor Valdés—que esta labor que reúne 1,000 observaciones clínicas no corresponde a toda mi práctica; desgraciadamente había seguido yo según la costumbre de enseñanza y lo que veía en todos los médicos, la práctica defectuosa de no llevar historias completas y tenía que hacer cálculos aproximados y decir pues, más o menos 200, por ejemplo, pero sin poder precisar. Este defecto que acaba de remarcar el Presidente es de gran importancia, sobre todo para presentar trabajos; en Corporaciones científicas extranjeras no dan ningún valor a los datos expresados al cálculo y que no van apoyados en documentos fehacientes. El trabajo que acaban de oír ustedes es sólo de mi práctica de 1923, en que organicé mi archivo, a la fecha; todas mis observaciones de otros 15 años más, están absolutamente perdidas y no podría utilizarlos para ningún asunto científico. Al doctor Villarreal le aclaro que efectivamente todas las amputaciones del seno, fueron amputaciones radicales con todos sus detalles y son muy pocas

entre ellas las parciales por tumores benignos. En cuanto a la invitación que el doctor López me hace sobre el uso del etileno, diré que no lo he empleado y no lo haré en muchos años porque este gas es extraordinariamente inflamable y no hay necesidad de que haya chispas eléctricas para que se produzca la explosión, bastan las chispas inapreciables a la vista o al tacto, de la electricidad estática; ;la chispa que nace del cuerpo del operador al tocar la mesa de operaciones es suficiente para motivar la explosión, por eso donde se usa este método de anestesia están de tal manera conectados con tierra, que en todas las junturas hay conexiones metálicas de bronce para establecer el contacto eléctrico sin interrupción, desde la máquina que contiene el etileno hasta el piso, de modo que unos con otros y todos en conjunto, quedan los objetos en contacto con los tubos del agua para que la electricidad estática que produce chispas al caminar con violencia una persona en una pieza, no resulte peligrosa. Esto es lo que en términos de electricidad se llama "dar tierra". Yo no podría arreglar por ahora mi sala en condiciones adecuadas y pienso como Villarreal en asuntos de clorofórmico: en Europa todavía se usa mucho, en cambio en los Estados Unidos está casi abolido; yo he visto operar a muchos cirujanos americanos en los principales hospitales de aquel país y aun cuando no he podido hacer un viaje a Europa, sí puedo decir que aún se usa y que antes era casi exclusivo, después vino el éter, más tarde el protóxido de ázoe y en la actualidad el etileno y también el éter. La anestesia por el **protóxido** de ázoe no es tan cara como se figurán, puede decirse que es de \$6.00 a \$8.00 por operación de una hora u hora y media y ésto no me parece mucho si va a dar mayores garantías al enfermo. Ninguna demostración mejor puede hacerse de la técnica, no digo de la aplicación sino de la técnica en conjunto, que la presentación de esta estadística en la que entre 1,000 operaciones no ha habido un solo accidente grave y puedo decir a ustedes que solo dos casos hemos tenido de accidentes medianos serios; uno fue por dilatación aguda del corazón con éter, en una monja extremadamente obesa a quien le operaba una de las más grandes hernias umbilicales y una vez abierta la hernia era imposible reponer la enorme masa de intestino que había en la hernia; estando terminando la introducción de la masa se presentó el accidente que había sido previsto, en parte, y se procedió a incorporar a la enferma y ésto bastó para que desapareciera el accidente; el segundo se produjo cuando ya estábamos usando el **protóxido** y ésto fue durante las primeras operaciones y debido a la falta de cono-

cimiento de la técnica; nos vino un accidente de larga duración, pero una vez que se recurrió a resucitarla con el mismo aparato y con unas cuantas respiraciones con oxígeno a presión fue suficiente para que pasara el accidente y pudiéramos continuar la intervención. En estos mil casos no ha habido ni un solo muerto y solo dos accidentes remediabiles y aún cuando dicen los libros que el cloroformo dá uno por 5,000 y éter uno por 15,000 yo creo que es más y ya vemos que en el flamante procedimiento de nuestro compañero García Marín, ha habido dos muertos y no van siquiera 500 operaciones efectuadas. Por lo demás agradezco mucho las felicitaciones que se han servido darme por mi modesto trabajo é insisto é invito a todos mis comañeros para que no desperdicien su trabajo sino que llevando sus historias, cosa no difícil cuando la costumbre se establece, se pueda formar lo que no hay hasta ahora, la literatura mexicana científica.

Vuelve a hablar el doctor Villarreal, diciendo: Como es un asunto de tanta importancia y trascendencia, la cuestión de la anestesia y como en México usamos el cloroformo y el éter exclusivaente; la novocaína para las otras anestias y la que el doctor Valdés tiene establecida en su sanatorio por el protóxido de ázoe; viendo los trabajos de los americanos, sería bueno que cada cual dijera de los accidentes que se le hayan presentado; porque si al doctor Valdés en su vasto número de operaciones de todas clases, no ha tenido un solo accidente mortal, es indudable que la anestesia por el cloformo y el éter bien llevada, da una mortalidad muy reducida; pero de todas maneras cuando se puede es mejor hacer una anestesia local. Cuando venga el trabajo del doctor García Marín ya nos volveremos a ocupar de este asunto.

Hace uso de la palabra el doctor Baz, y dice que la cuestión del anestésico es no solo que mate o que no mate, sino también las secuelas que pueden quedar y el cloroformo es el que más deja. Claro que si se muere un enfermo entre 5,000 casos no es nada, pero para mí es otro el problema que deja a los cirujanos para buscar un anestésico que intoxique menos, no solo de momento sino después—continúa el doctor Baz.—La anestesia por el alcohol es muy sencilla y bien lograda, pero las secuelas que deja son las graves; ya dicen que el alcohol no mata pero las hematurias que se ha logrado suprimir pueden presentarse. Yo quiero decir que creo que los mejores anestésicos son el protóxido de ázoe y la novocaína.

El doctor Villarreal dice que en efecto es de tomarse en consideración la secuela posterior y tanto el cloroformo como el éter tienen su se-

cuela, pero igualmente la novocaína, y no es inocente la cuestión de los anestésicos locales. Agrega que se están modificando mucho actualmente los preparados y dice, que vió en una estadística de más de mil casos en que se ha obtenido buen resultado con el amital sódico, pero los pacientes quedaron dormidos hasta 24 horas. Todos los anestésicos tienen algún peligro—sigue diciendo el doctor Villarreal—como substancias venenosas que son y está en el juicio del cirujano escoger el que pueda emplear. Yo me refiero al cloroformo y al éter porque son los que tenemos; porque en el servicio de hospitales un anestésico que para cada enfermo requiera un gasto de \$8.00 resulta pesado: en los Hospitales de Sangre como el “Juárez” donde se hacen 15 operaciones diarias ya resultaría muy caro.

Vuelve a hablar el doctor Baz, diciendo que por conducto del maestro Valdés les llega el amital sódico que él ha aplicado solo dos veces porque es malo, porque el enfermo se duerme muchas horas y ejecuta movimientos torpes que comprometen el éxito operatorio y los pacientes no recuperan el conocimiento después de la anestesia inmediata que tampoco los priva del dolor agudo y es un excitante tremendo y lo mismo pasa con el Sedorol. Para mí la anestesia intravenosa por este procedimiento es mala—concluye el doctor Baz.

El doctor Villarreal dice: anteriorente a la preparación sódica de este ácido se usaba Veronal con 24 horas de anticipación y a las 12 horas otra aplicación, después una inyección de morfina y en fin una preparación en regla y después de eso la aplicación intravenosa. yo no tengo experiencia personal en eso y estos asuntos, si no me gusta ser de los primeros tampoco de los últimos.

Hace uso de la palabra el doctor Casto Villagrana, diciendo: Dado que se ha tocado uno de los problemas primordiales de asuntos quirúrgicos y en vista del interés enorme que esto tiene, yo haría una proposición para que se invitara a cada uno de los académicos a que presentáramos un resumen de todas las anestias en la forma en que la hemos hecho, y es indudable que aunque no llevamos nuestros datos tan magistralmente como el doctor Valdés, todos sabemos algo sobre nuestra experiencia y sobre el anestésico y podemos decir cual es el anestésico que se emplea con mayor frecuencia en México, y todo esto nos haría reflexionar sobre la conveniencia de dejar a un lado los anestésicos intoxicantes que dejan secuelas

Habla nuevamente el doctor López como sigue: Voy a hacer una ligera observación acerca de lo que se ha dicho sobre los derivados del

ácido **barbitúrico**, que no deben considerarse con el entusiasmo con que los presentan los fabricantes; todos estos derivados son parte de la urea y mediante combinaciones variadas se ha producido un gran número de substancias como el **veronal**, el **dial**, el **luminal**, etc. que no son verdaderos anestésicos; desconocemos la naturaleza fisiológica de los anestésicos, no sabemos como obran a punto fijo sobre los centros nerviosos aunque se sabe que la acción de los hipnóticos y la de los anestésicos es semejante con una ligera diferencia en grado de acción de los hipnóticos y de los anestésicos es enteramente igual, aun todos ellos son disolventes de las lipoides cerebrales y sin embargo no obran igualmente sobre la sensibilidad general. La química está avanzando notablemente y por eso nos presenta estos productos terapéuticos en formas inyectables y no como antiguamente que se administraban por la boca. Este grupo de hipnóticos derivados de la urea no obran sobre el elemento dolor; cuando se ministran para combatir el insomnio, el enfermo que tiene dolor no se duerme; en cambio la morfina es un hipnótico analgésico. El cirujano siempre determina reacciones dolorosas, de tal manera intensas que ellas mismas se oponen a la acción contra la urea que es la que tiene el principal papel en la hipnosis, todos sabemos cuán tóxica es la urea y no debemos utilizarla si no conocemos su acción fisiológica aún cuando nos lo digan los fabricantes. Yo me permito decir que no sólo se tenga en cuenta la experimentación clínica sino también la acción fármaco dinámica que todavía es muy oscura.

Habla el Presidente pidiendo al doctor Castro Villagrana que concrete su proposición lo que este facultativo se dispone a hacer diciendo: Yo propongo que se forme una comisión para que invite a los académicos a que presenten datos estadísticos, no una estadística que comprenda datos muy complejos, pero sí los necesarios; los que hemos operado podemos presentar un resumen de las anestесias utilizadas y los accidentes ocurridos, y haciendo el cómputo de estos resúmenes se juzgarán un buen número de operados y se podrá saber los procedimientos que son mejores y los que más se utiliza, en fin el estado actual del anestésico entre nosotros.

El Presidente dice que no ha concretado su proposición y que es más práctico dirigir un llamado a los médicos en lugar de nombrar la comisión.