

Comentarios al Trabajo del doctor Francisco Reyes

Dr. Ulrich. —Entiende que, en muchos casos de calculosis hepática, la vesícula llena de cálculos, y eliminada por completo de toda función, carece de peligro y pregunta al autor si será, realmente necesario, en esas circunstancias, hacer correr el riesgo de una operación para extirpar la vesícula.

Dr. Reyes. —Aun cuando la vesícula sea ya un órgano inútil no por eso deja de ser peligrosa; hay peligro de cancerización de aquella; los enfermos presentan a menudo serias perturbaciones, sobre todo gastro-intestinales. Por otra parte, dominando la cirugía abdominal, la operación de la extirpación casi no ofrece peligro para el enfermo.

Dr. Castro Villagrana. —Conoce las ideas y la técnica del autor respecto a la histerectomía total, y está de acuerdo con ellas. Desea se le ilustre acerca de si la incisión y técnicas recomendadas las hace el autor solo en ciertos casos, o si las considera recomendables en general, de preferencia a otros procedimientos.

Dr. Reyes. —La técnica que usa y que fué detallada en trabajo suyo anterior dedicado a la Academia, la considera preferible a otras, en general en todas las histerectomías, e incluye los casos de procesos inflamatorios crónicos, que citó el doctor Castro Villagrana. En su opinión se facilitan todas las maniobras con la incisión y la técnica que recomienda.

Dr. Rivero Borrell. —Se refiere a la parte que el autor dedica a las colecistectomías y dice que no está de acuerdo con que, sistemáticamente, al hacer las *apendicectomías*, se use una gran incisión o se amplíe la primitiva, para explorar las vías biliares. Con los procedimientos actuales, entubamiento duodenal, exploración de las vías con los rayos X etc., se puede hacer perfectamente el diagnóstico antes de la operación, y objeto en consecuencia la exploración sistemática durante la operación. Respecto al tamaño de la incisión, opina que en numerosos casos de apendicectomía basta una vía de tres centímetros, lo que abrevia la evolución de la secuela post-operatoria, deja una pequeña cicatriz, etc. Respecto del uso del alambre, se pregunta si no será peligroso en muchos casos algo que posteriormente se convertirá en un cuerpo extraño, y que puede ocasionar accidentes por más que, añade, también la seda es un cuerpo extraño, que facilita la localización de los microbios.

Dr. Reyes. —Las pequeñas incisiones se usan sobre todo para la extirpación del apéndice cuando *este está sano*. Con las verdaderas apendicitis, se presentan a menudo grandes dificultades, y la incisión de tres centímetros resulta cosa «de literatura», sobre todo considerando que se forma un

embudo, cuyo fondo tiene quizá 1 cm. $\frac{1}{2}$. Con una incisión de 6 cms. se hacen las exploraciones necesarias y se opera en mejores condiciones. Se muestra partidario de la apendicectomía profiláctica, y repite que con su incisión transversal se pueden perfectamente hacer todas las exploraciones que se necesiten. Respecto del uso del alambre manifiesta que en su serie de operadas no ha encontrado serio inconveniente para él; en tres enfermas se presentaron fistulas, pero que curaron finalmente sin dificultad; también con la seda ha obtenido buenos resultados; quizá las fistulas se deban a otras causas.

Dr. Rivero Borrell.—Insiste en que se hacen extirpaciones de apéndices *enfermos*, con incisiones de 3 cms. Lo ha visto hacer en el extranjero y aquí mismo.

Dr. del Raso.—La formación de cálculos depende en gran parte de causas generales; la extirpación de la vesícula solo en parte resuelve el problema, pues la causa general persiste, y, además, en cierto modo se vuelve a formar una vesícula nueva, por la continua secreción de bilis. El tratamiento operatorio, por tanto, no es el todo, y pregunta al autor qué tratamiento médico ha usado con sus enfermos, antes y después de las intervenciones.

Dr. Ramirez Eliso.—El trabajo del doctor Reyes ha suscitado se toquen asuntos de gran importancia. La pregunta del doctor del Raso es perfectamente pertinente, pues la formación de cálculos está íntimamente relacionada con perturbaciones del metabolismo de la colessterina, etc., y, en efecto, no basta operar; pero la respuesta es sencilla: tienen que intervenir cirujano y médico; éste manda a aquel el enfermo; y el cirujano se lo devuelve ya operado. No es el cirujano el que tiene que hacer todo el tratamiento. Respecto de la observación del doctor Ulrich, es cierto que la vesícula está frecuentemente eliminada, pero solo desde el punto de vista anatómico, pero ello no quiere decir que no haya perturbaciones y peligros; hay verdaderos síndromos a causa de la vesícula esclerosa, llena de cálculos, etc., a propósito de la palabra que mencionó, *síndromos*, el doctor Ramirez dice que se abusa muchísimo de ella, y particularmente en la Facultad de Medicina; el famoso «síndrome abdominal agudo» no indica muchas veces sino que no se pudo hacer el verdadero diagnóstico; añade que habría igual razón para decir: «síndrome cefálico agudo» o «síndrome agudo de los miembros inferiores»; solo que esto no se acostumbra, y con razón, las vesículas crónicamente inflamadas, y anatómicamente inservibles, ocasionan un síndrome que tiene semejanza con el de úlcera del duodeno. Se refiere enseguida al tamaño de las incisiones para las apendicectomías, y dice que está seguro de que muchas de las intervenciones se hacen con apéndices sanos, si no histológicamente, por lo menos clínicamente sanos, en casos de que las perturbaciones eran debidas a otras causas; la evolución lo prueba,

pues muchos operados, y particularmente operadas, continúan teniendo perturbaciones después de la apendicectomía. Para esos apéndices «sanos» sí bastan los 3 cms. que dice el doctor Rivero Borrell, pero para apéndices verdaderamente enfermos, casi siempre con adherencias, etc., se requiere efectivamente una incisión más amplia. Es cierto que se sacan apéndices por brechas de 3 cms., como también lo es que se hacen muchas otras cosas, pero a menudo con perjuicio del enfermo; califica de asunto de «malabarismo» a la extirpación a través de una vía tan pequeña. El que la incisión tenga 6 cms. nada significa; la simple sección quirúrgica del peritoneo con cuchillo filoso, no causa ningún choque, como está demostrado experimentalmente, en tanto que las maniobras exageradas de exploración los «jalones», el manipuleo intra-abdominal sí ocasionan choque quirúrgico.

Opina en favor de la exploración de las vías biliares, durante la operación, particularmente porque, a pesar de los medios modernos señalados por el doctor Rivero Borrell, el diagnóstico exacto de los padecimientos biliares es extremadamente difícil, y hay muchas sorpresas operatorias. Elogia el trabajo del doctor Reyes y manifiesta estar de acuerdo con las ideas de este cirujano.

Dr. Reyes.—El doctor Eliseo Ramírez, en cierto modo, ha contestado todas las objeciones que se hicieron a su trabajo y por ello no considera necesario replicar más ampliamente.

Dr. Perrín.—Está de acuerdo con el doctor Ramírez en que, sobre todo después de cierta edad, es muy raro encontrar apéndices «histológicamente» sanos; eso ha podido ver en su práctica. Corrobora la opinión del doctor Ramírez de que muchas intervenciones se hacen con apéndices «clínicamente» sanos y tan solo «histológicamente» enfermos.