

LA EVOLUCION DE LA CIRUGIA EN EL HOSPITAL GENERAL
DE MEXICO DURANTE 50 AÑOS

DR. RUBÉN VASCONCELOS.

PALABRAS PRELIMINARES

MAS QUE DESEO, siento la necesidad de que mis primeras frases en el seno de la Academia Nacional de Medicina sean para manifestar mi sincero reconocimiento, para los señores Académicos que se sirvieron proponer mi candidatura, así como para aquéllos que ocuparon su tiempo en formarse un juicio y emitir su voto, lo que aconteció en tal forma que junto a la cálida aceptación apareció la admonición saludable que me recuerda las limitaciones por superar y los errores por corregir. Con ello me han concedido uno de los más preciados galardones a que puede aspirar un médico cuyo interés se oriente principalmente hacia los aspectos culturales de la Medicina.

Mas es inevitable que toda situación honorífica, si ha de ocuparse con dignidad, traiga aparejadas responsabilidades indeclinables, y en mi caso la clara sensación de esta nueva responsabilidad es más intensa en virtud de haberseme otorgado un sitial en la sección de Cirugía General, cuya denominación permite diferentes interpretaciones dentro del campo tan variado de la Medicina moderna. Es por ello que he deseado presentar a ustedes en este trabajo inaugural algunas reflexiones sobre la Cirugía que me han ayudado a orientar mi criterio, y que espero sean de algún interés para mi docto auditorio.

* Leído el 14 de noviembre de 1956.

PREAMBULO

Son muy numerosas las investigaciones históricas que han determinado la forma y el momento en que fueron aceptados los cirujanos como miembros de la Profesión Médica, y creo que no es aventurado afirmar que precisamente por tener un origen distinto y por esta tardía aceptación queda establecida desde un principio la separación entre la Cirugía y la Medicina.

Cuando obedeciendo a la complicación creciente de la Medicina aparecieron las especialidades, se designó como "Medicina General" todo aquello que no era comprendido por el estudio especializado y que estaba regido por los principios comunes y las leyes fundamentales de la actividad médica.

Fué muy probablemente un desenvolvimiento análogo de la Cirugía el que creó las especialidades quirúrgicas y con ello también el sector de la "Cirugía General", en el que quedaría comprendido todo el acervo técnico y científico quirúrgico que es el fundamento de las jóvenes especialidades.

Planteado así el proceso evolutivo de las dos grandes divisiones de la medicina clínica, pienso que puede tener interés por sus implicaciones doctrinarias, docentes y hospitalarias, el análisis objetivo del fenómeno que se ha planteado, examinando para ello los hechos observables en nuestro propio medio.

Es por ello que juzgué de utilidad estudiar la evolución de la Cirugía en el Hospital General de México durante los 50 años de su existencia (1905-1955).

MATERIAL Y METODO

En 1905 se establecieron en el Hospital General un departamento de Medicina, uno de Cirugía, uno de Maternidad, uno de enfermedades infecciosas y finalmente, uno de Ginecología.

Para el presente trabajo se tomó en cuenta, primeramente, la totalidad del trabajo quirúrgico desarrollado en el Hospital durante los primeros doce meses de su funcionamiento.

Se registró también la variedad de anestesia empleada en cada una de las intervenciones ejecutadas y se juzgó de interés histórico consignar los nombres de los cirujanos que desarrollaron mayor actividad, o tuvieron la primacía en algún aspecto de la labor quirúrgica del Hospital.

Considerando por una parte que el fenómeno por estudiar era evolutivo a largo plazo y por otra, que habría sido muy difícil hacer el análisis de la totalidad del trabajo de los cirujanos del Hospital durante los cincuenta años en estudio, se adoptó el criterio de analizar un año de actividades quirúrgicas de cada 25, por lo que después de registrar los datos correspondientes a 1905, se registraron en la misma forma los correspondientes a 1930.

Debe observarse que mientras en 1905 toda la actividad quirúrgica se realizó en el llamado Anfiteatro Central, quirófono único para todos los cirujanos, en 1930 la cirugía Oftalmológica y de Otorrinolaringología no aparece en los registros del Anfiteatro Central, por haberse creado ya un quirófono especial destinado a este tipo de cirugía.

Para el año de 1955 el fenómeno que acabamos de señalar y que discutiremos después, se ha acentuado, por lo que al lado de los registros correspondientes al quirófono central, se han anotado los que resumen el trabajo de algunos servicios hospitalarios especializados que cuentan con anfiteatro propio. Ni la muestra de 1930, ni la de 1955 comprenden el total del trabajo quirúrgico del Hospital en esos años.

Para clasificar el material obtenido, se agruparon los diagnósticos por aparatos y sistemas orgánicos, y frente a cada enfermedad se anotaron las intervenciones que se practicaron, pues en muchos casos un mismo padecimiento es tratado por diferentes procedimientos quirúrgicos según la extensión o gravedad del trastorno, o también obedeciendo al criterio terapéutico del cirujano.

Los casos que no afectaban algún aparato o sistema, considerados como unidad funcional, se anotaron en un grupo llamado misceláneo.

En 1905 se practicaron 577 operaciones y los pacientes fueron 363 hombres y 214 mujeres.

La anestesia empleada en mayor número de casos fué el cloroformo que se usó en 356 pacientes. Le sigue la raquianalgia, con 153 casos y luego la anestesia local, usando cocaína, en 68 intervenciones. El éter como anestésico general, fué empleado en un solo caso.

Las anotaciones de este año aunque son muy escuetas, aparecen completas y bien ordenadas, por lo que sabemos que murieron 106 de los pacientes tratados en los servicios quirúrgicos. La mortalidad global es pues de 18.2%, siendo la mayor la que corresponden a los padecimientos digestivos (31.8%), y entre éstos es al absceso hepático al que corresponde el índice más elevado de mortalidad, ya que se registraron 33 defunciones entre los 71 operados (46.4%).

El mayor número de intervenciones practicado por un cirujano fué de 61, cifra que alcanzaron solamente los doctores Chacón y Díaz Lombardo; cinco médicos más, operaron más de 50 veces cada uno, de modo que este grupo de siete cirujanos realizó 421 operaciones.

De los registros de 1930 se tomaron 1,591 operaciones practicadas, 603 en hombres y 988 en mujeres. Desgraciadamente las anotaciones correspondientes a este año carecen del orden y del cuidado que encontramos en las de 1905, y es por este motivo que se desconoce el número real de defunciones, ya que están registradas únicamente 83. La raquiánalgia fué empleada en 1,264 intervenciones, y el éter que es el que sigue en número, en sólo 93 pacientes. Siete cirujanos realizaron más de 100 operaciones cada uno, con un total de 897 para el grupo y un máximo personal de 218 intervenciones, que ejecutó el doctor Manuel Castillejos. En segundo lugar aparece el doctor Mariano Vázquez, mi entrañable maestro, con 132 intervenciones.

La muestra de 1955, mucho mayor que las anteriores, arroja un total de 3,754 pacientes, de los que aparecen clasificados por sexos 2,472 pacientes, de los cuales 708 fueron hombres y 1,764 mujeres.

En este año las anotaciones han omitido totalmente la columna de resultados finales, por lo que no se conoce el número de defunciones.

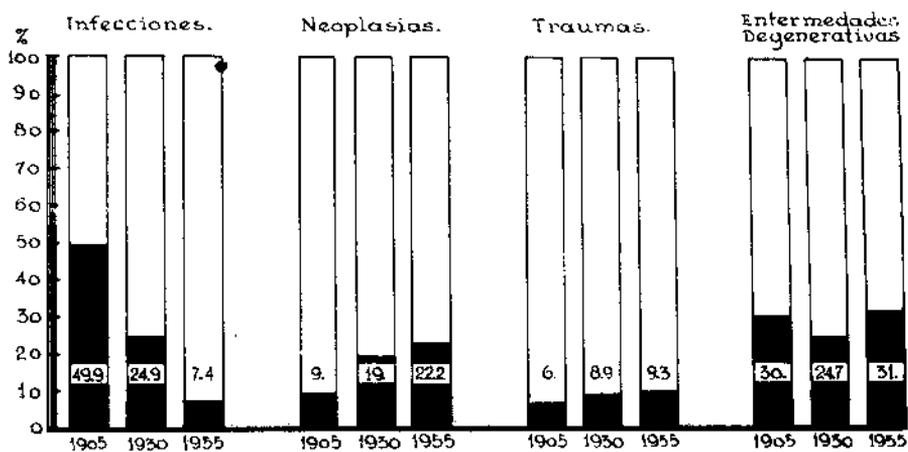
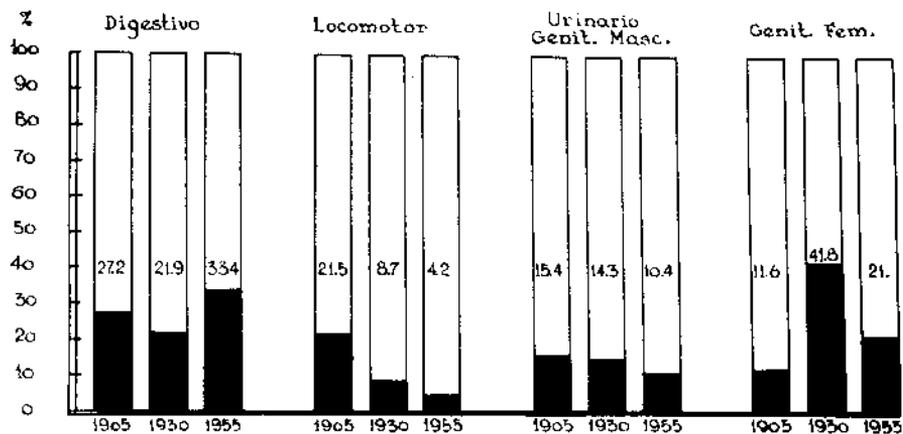
Por lo que toca a la anestesia empleada, fué de tipo general en 1,172 casos, pero no se especificó el agente empleado en 702 casos. La combinación ciclopropano-éter-oxígeno fué usada en 436 pacientes. La raquiánalgia se utilizó en 1,264 pacientes, y hubo de combinarse con algún anestésico general en 18 casos.

El total de casos que se examinan en este trabajo es de 5,925 pacientes. Las muestras en las que se hizo la distribución por sexos dan un total de 4,640, de los que fueron 1,674 hombres y 2,966 mujeres.

RESULTADOS

El complejo fenómeno que se ha tratado de estudiar, ofrece múltiples particularidades que más adelante serán discutidas. Las cifras consignadas, así como la distribución de los casos muestran desde luego un incremento considerable del trabajo quirúrgico del Hospital en los 50 años estudiados, pues la muestra de 1905 corresponde al 36.2% de la de 1930, al 15.3% de la muestra de 1955, y al 9.7% del total de los casos registrados (Fig. 1).

Es de anotarse también el incremento progresivo en el número de pacientes quirúrgicos del sexo femenino, que si en 1905 representó sólo el



37.1% del total de operados, en 1930 comprendió el 62.1% y en 1955 fué el 71.4%.

Otro hecho que puede registrarse es que en los servicios de cirugía general del Hospital se tratan casi todos los padecimientos que aparecen también en los servicios especializados, y en éstos a su vez, se registran muchos casos que no corresponden a la especialidad del servicio; es decir, que no se aprecia una delimitación franca de los campos de actividad de los diferentes pabellones. Las consecuencias de este proceder, aunque difíciles de juzgar, serán analizadas más adelante.

Para hacer la correlación de los resultados, se tomaron en cuenta por su gran volumen, los casos que afectaron los siguientes aparatos: Digestivo, Locomotor, Urinario y Genital Masculino y Genital Femenino (Fig. 2). Se encontró que las operaciones sobre el aparato digestivo fueron las más numerosas en 1905 y en 1955, ocupando también el primer lugar en el total de los casos registrados. Los porcentajes correspondientes para los tres años analizados y para el total, son los que siguen: Para 1905, el 27.2%; para 1930, el 21.9%. Para 1955, el 33.4%, y para el total de la muestra el 31.6%. Debe anotarse que se han considerado dentro de este capítulo las enfermedades de las paredes abdominales, y que de éstas las hernias son extraordinariamente numerosas.

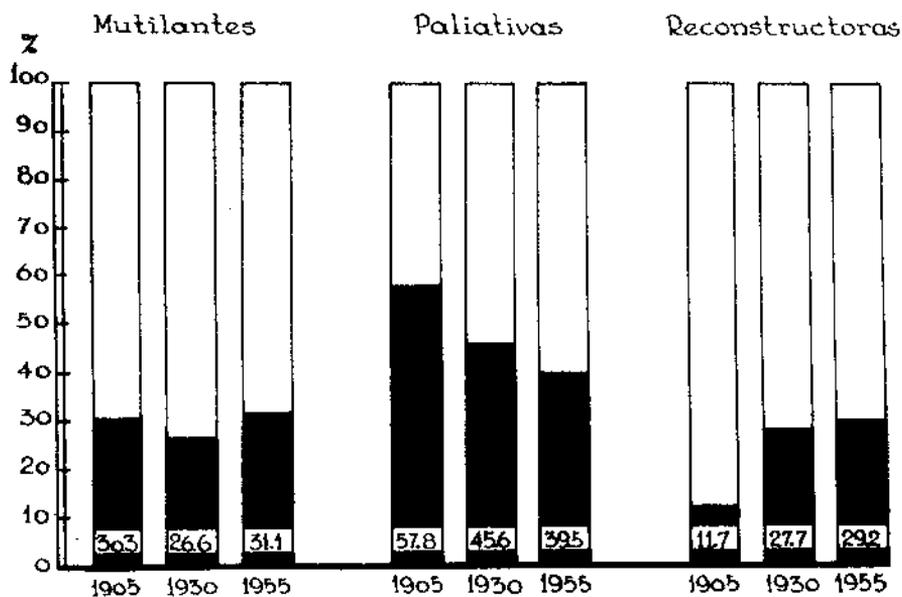
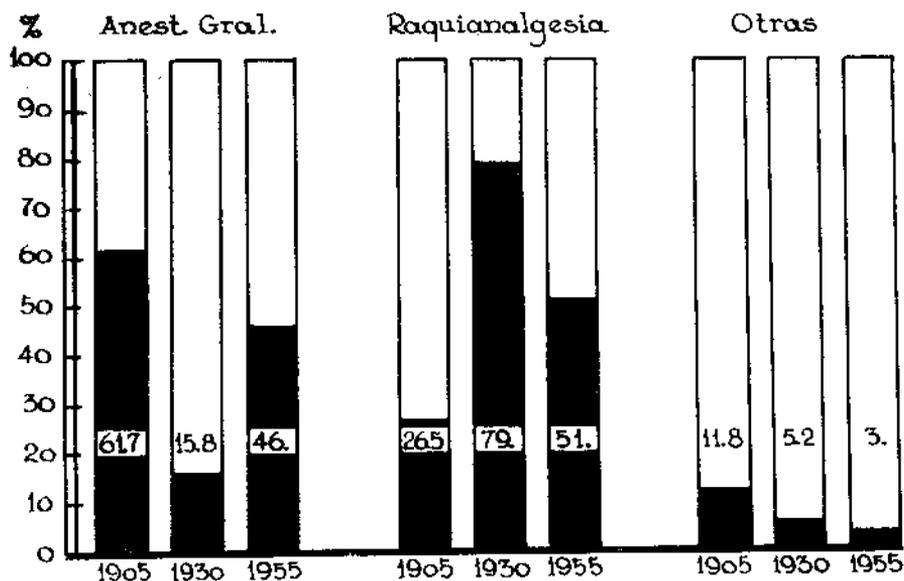
El aparato locomotor ocupó el segundo lugar en el total de operaciones realizadas en 1905 (21.5%) baja al 8.7% en 1930 y al 4.2% en 1955, quedando por fin en un 14% del total del trabajo quirúrgico estudiado.

Tocó el tercer lugar en 1905 a los aparatos urinario y genital masculino, con el 15.4% del total, pero como en el caso anterior, se registraron descensos en las otras muestras, correspondiendo el 14.3% en 1930, el 10.4% en 1955 y el 11.9% del total a este tipo de enfermedades.

Las intervenciones sobre el aparato genital femenino ocupan sólo el 11.6% en el año de 1905 y suben al 41.8% en 1930; representan el 21% del trabajo de 1955, y ocupan el segundo lugar del total con un 35.8%.

El resto de aparatos y sistemas representan fracciones muy pequeñas, y como no se contó con registros de los servicios de Otorrinolaringología, y sólo con registros de un trimestre del año de 1956, del Pabellón de Oftalmología, estas fracciones del material analizado, así como las correspondientes a los servicios de Neurocirugía, Cancerología y de Neumología, que aparecen solamente en la muestra de 1955, serán tomados en consideración al hacer el comentario de los resultados que aquí se consignan.

La segunda distribución del material consistió en clasificar los casos según el diagnóstico pre-operatorio en varios grupos característicos que deben



considerarse no desde el punto de vista etiológico, sino con el criterio de que fué la situación del paciente en el pre-operatorio inmediato la que sirvió para determinar el grupo en que se consideró a la enfermedad; así por ejemplo, las estenosis uretrales, aunque de etiología infecciosa o traumática, se consideraron como degenerativas, en virtud de que el proceso de fibrosis consecutivo a la infección fué el que determinó la operación, y no la noxa microbiana. Se obtuvieron así cuatro grupos (Fig. 3), el primero formado por padecimientos de origen infeccioso, que se subdividió en infecciones inespecíficas, infecciones específicas variadas (amibiasis, sífilis, blenorragias) e infecciones tuberculosas. Sumando los tres subgrupos de infecciones, obtenemos las siguientes cifras, que son de gran elocuencia: En 1905 el 49.9% de los pacientes eran operados a causa de una enfermedad de origen infeccioso. En 1930 ese por ciento había descendido al 24.9%, para alcanzar un mínimo impresionante de 7.4% en 1955.

El segundo grupo está constituido por las neoplasias sin hacer diferenciación entre benignas y malignas porque la terminología no es uniforme y porque no se cuenta con diagnóstico histológico o citológico. En estas enfermedades observamos una discreta tendencia al aumento en los servicios generales, con 9% en 1905, 19% en 1930 y 14.1% en 1955. Sumando a esta última cifra el 8.1% correspondiente al Servicio de Cancelorogía, se obtiene la cifra de 22.2%, que muestra un franco incremento en relación con la que encontramos en 1905.

El tercer grupo es el de los padecimientos traumáticos, en los que no se observa diferencia significativa, ya que en 1905 tienen un 6% del total; el 8.9% en 1930 y el 9.3% en 1955. Esto nos revela que el Hospital ha mantenido una conducta abstencionista frente a los padecimientos traumáticos que tradicionalmente han sido atendidos entre nosotros por los Hospitales para Emergencias.

Por último en el grupo de enfermedades degenerativas y metabólicas se agruparon en una forma un tanto heterodoxa, todos aquellos casos en los que el diagnóstico expresaba la existencia de un proceso crónico, genuinamente degenerativo o metabólico como el bocio y el hipertiroidismo o de naturaleza discutiblemente degenerativa como las hemorroides, o las hernias no traumáticas. También en este grupo, como en los traumatismos, los porcentajes registrados (30%, 24.7% y 31%) respectivamente, no muestran diferencia de interés.

No se tomaron en cuenta algunos padecimientos como la apendicitis crónica que aparece con gran frecuencia por no tener elementos suficientes para determinar su naturaleza, según comentaré más adelante.

La última correlación se obtuvo clasificando las operaciones realizadas en tres grupos cuya denominación, aunque puede parecer caprichosa, expresa en forma sencilla el carácter dominante de la intervención.

Para distribuir las operaciones en los tres grupos, adopté estas normas: Se consideró mutilante a toda operación que sacrificó un órgano o un miembro importante (incluyendo vasos). Se calificaron de paliativas todas las operaciones que auxilian al proceso natural de curación, a las que con sacrificio de órganos secundarios restauran la salud o funciones importantes. Fueron consideradas como restauradoras aquellas operaciones que devolvieron la integridad a un elemento orgánico importante (hueso, vaso) o restablecieron la normalidad de una función, logrando estos objetivos sin sacrificio de órganos o funciones principales o secundarias.

Analizando así el material (Fig. 4), se aprecia que en 1905 dominaba la cirugía paliativa, estaba en segundo término la mutilante y apenas lograba un 10% del total la cirugía restauradora; en 1930 apareció ya un considerable incremento de esta última a expensas de la paliativa, acentuándose esta tendencia en las cifras correspondientes a 1955.

DISCUSION

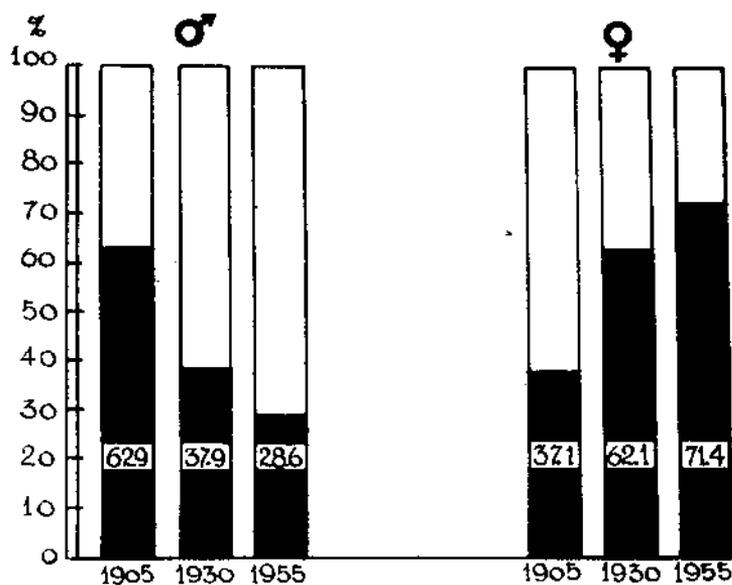
El material estudiado muestra con gran claridad que la Cirugía está profundamente ligada con los otros aspectos de la Clínica y de la terapéutica; así nos explicamos que a principios de siglo los cirujanos hayan tenido que luchar preferentemente con los procesos infecciosos, y que sus intentos terapéuticos se limitaran a operaciones mutilantes o paliativas de valor muchas veces aleatorio. Se antoja que en muchos casos la indicación y la técnica fueron guiadas basándose en un razonamiento empírico, empleando procedimientos también empíricos, y tan antiguos como la Humanidad, v. gr., la cauterización. Mas estos hechos que juzgados apenas a medio siglo de distancia se antojan primitivos, deben ser tomados como muestras del vertiginoso progreso que la Medicina toda y la Cirugía en nuestro caso, han logrado apoyándose en los descubrimientos logrados por los investigadores tanto del propio campo de la Medicina como de otras esferas tan aparentemente alejadas como la Física, la Química o las Matemáticas. Las armas terapéuticas y técnicas que esos investigadores han puesto en nuestras manos, han aumentado considerablemente nuestras posibilidades de acción efectiva.

Estas consideraciones también nos explican las modificaciones substanciales que ya se han señalado, relativas a la disminución de los padecimientos

infecciosos y al aumento correlativo del tratamiento quirúrgico de las enfermedades degenerativas y metabólicas, como consecuencia de la menor incidencia de aquellas y del notable incremento de las técnicas auxiliares. En este último aspecto, el progreso ha permitido el viraje de la cirugía desde mutiladora o paliativa hacia el campo de la restauración anatómica o funcional, y cabe aquí señalar la importancia que el incremento en la posibilidad de tratamiento quirúrgico del cáncer tiene, para que no se abata el índice de intervenciones mutiladoras, pues son éstas las que con más frecuencia se utilizan en el tratamiento de las neoplasias malignas, así como en el tratamiento de las enfermedades pulmonares, como aparece en el material estudiado.

El predominio encontrado de las enfermedades digestivas coincide con las altas cifras de mortalidad y de morbilidad de estas enfermedades en el país, aunque como ya lo hice notar debe tomarse en cuenta que se han incluido en este grupo las hernias de todas las variedades y la apendicitis crónica. Estos dos grupos de enfermedades en 1955 aportaron el 80.9% del total de operaciones sobre el aparato digestivo en ese año, en los servicios de cirugía general. Esta cifra contrasta fuertemente con la de 13% que corresponde al mismo grupo de padecimientos y operaciones que se efectuaron en el mismo año en el servicio especializado de Gastroenterología. Juzgo este caso como típico de las diferencias que se observan entre la cirugía general y la especializada, tomadas en sus aspectos técnicos y hospitalarios y no para juzgar al cirujano considerándolo factor determinante de la diferencia señalada.

En 1955 tienen ya plena madurez varios de los servicios especializados y las diferencias entre la conducta quirúrgica seguida en éstos y la de los pabellones de cirugía general, no son sólo cuantitativas, sino también cualitativas. Al señalar el hecho, sólo quiero apoyarme en él para enfatizar lo que me parece digno de encomio, o sea que en los servicios dedicados a una especialidad, lo mismo en el de Gastroenterología, que en el de Neumología, o en el de Urología, las técnicas quirúrgicas se utilizan junto con otras medidas terapéuticas también especializadas, sean médicas, físicas, dietéticas, o de otra naturaleza, lo que indudablemente debe ser considerado como una de las tendencias más avanzadas en el Hospital General, o sea la de integrar cada especialidad como una rama completa de la Medicina, creando así una nueva distribución de actividades que borraría la tradicional división entre servicios médicos y servicios quirúrgicos. Si se examinan los resultados obtenidos en 1955, se verá que esta tendencia ha logrado ya fecundas realizaciones.



1905 577 (total)

1930 1591 (parcial)

1955 3754 (parcial)

Esc.: ■ = a 100 casos

De ninguna manera debe concluirse de lo anterior que los servicios de tipo general deben desaparecer. Ya señalamos al principio y los resultados obtenidos lo apoyan, que en estos lugares el médico adquiere y se familiariza con los principios generales, básicos que le permitirán profundizar después en un campo especializado, y uno de los rasgos más alentadores que quiero subrayar en favor de estos servicios es la honradez con que anotan las discrepancias entre el diagnóstico pre-operatorio y el post-operatorio. Sin embargo, la existencia de estas discrepancias, así como la realización de operaciones de valor discutible como las numerosas apendicectomías por apendicitis crónica indican la necesidad de una revisión en los procedimientos clínicos pre-operatorios y en los métodos de comprobación post-operatoria. Esto sería una base indiscutible de progreso en muchos casos; por ejemplo en la apendicitis que estamos considerando, podríamos saber apoyados en abundante casuística bien estudiada, si tiene una existencia real y debe ser tributaria de la terapéutica quirúrgica, o tienen razón quienes como Thomas E. Machela (1), y Warren H. Cole (2) opinan que la operación por apendicitis crónica está a menudo injustificada.

Resumiendo este primer aspecto de la discusión podríamos decir que en el Hospital General, al lado de la evolución que necesariamente ha tenido la cirugía por las presiones propias del progreso de la medicina, apareció desde su fundación, y se ha incrementado después, un movimiento tendiente a borrar la separación de servicios médicos y servicios quirúrgicos, para integrar servicios o unidades dedicados a especialidades determinadas. Los resultados observables en las unidades mejor dotadas hacen aconsejables adoptar el procedimiento en los servicios de tipo general para crear unidades médico-quirúrgicas, lo mismo que nuevos servicios de especialidades que ahora se hallan dispersas y se observan insuficientemente desarrolladas, pues mientras todos los servicios especializados que han logrado su integración contribuyen en forma importante al progreso quirúrgico, los pabellones que se han destinado a un tipo de cirugía especial, pero sin abordarla con el criterio de estudiar simultáneamente los aspectos médicos y quirúrgicos de una especialidad, llevan una vida precaria a pesar de los muy encomiables esfuerzos de su personal. Buen ejemplo de esta situación es el de la cirugía cardíaca. Las intervenciones de este tipo casi no figuran en los registros oficiales del Anfiteatro, y sin embargo se ejecutaron en 1955 no menos de 30 comisuromías y 5 pericardiectomías según el informe obtenido del Jefe del Pabellón de Cirugía Endotorácica. Estos hechos permiten suponer que no falta el entusiasmo o el afán de progreso en los

cirujanos, sino la promoción de condiciones de trabajo más acordes con las posibilidades de la Cirugía actual.

Si comparamos el contenido de la cirugía de 1905 con el de 1955 veremos que muchos padecimientos han desaparecido o tienden a hacerlo, siendo uno de los casos más espectaculares el del absceso hepático que en 1905 representó el 12.3% de los casos del aparato digestivo, con la alta mortalidad que ya se ha señalado antes (46.4% de los operados por este padecimiento) y que en cambio en 1955 prácticamente no está representado.

Es oportuno señalar que la técnica quirúrgica empleada en el Hospital General en 1905, es muy similar a la que describe Samuel Navarro en su Tesis Inaugural del mismo año, según aparece en la Bibliografía Mexicana del Absceso Hepático del Doctor Raoul Fournier (3), y es también digno de mención el hecho de que el abundante material existente en el Hospital General sobre absceso hepático no haya sido estudiado en esa época, puesto que no aparece ninguna referencia en la magnífica recopilación de Fournier. De haberse aprovechado la abundante casuística de esos años se habría contado con argumentos objetivos para decidir la cuestión del tipo de tratamiento preferible en esta enfermedad, cuya tendencia a decrecer es franca en el presente estudio, lo que concuerda con los datos obtenidos por Bassols en 1937 (4) y con los de Célis y colaboradores publicados en 1951 (5).

Los hechos que acabo de consignar así como las omisiones ya señaladas en los registros operatorios permiten afirmar que sería conveniente mejorar en el Hospital General los sistemas de registro, archivo y estadística, como se hizo en 1942, pues gran cantidad de valiosas observaciones se pierden al cabo de poco tiempo haciendo imposible la observación o el estudio de casos cuyo interés aumenta con el transcurso del tiempo.

Por lo que se refiere a la calificación que se ha hecho de las distintas intervenciones quirúrgicas, creo que los términos "mutilante" y "restauradora" no tendrán objeción. En cuanto al calificativo de "paliativa" quiero agregar que no implica falta de reconocimiento al poder curativo de la cirugía, sino el desco de afirmar el principio de que esta disciplina médica no puede ni debe actuar aisladamente en nuestra época. Antes del acto quirúrgico deben realizarse infinidad de actos médicos, y éstos siguen presentes en el quirófano y junto al lecho del operado apoyando al cirujano. Juzgo pues que en la acción terapéutica las medidas quirúrgicas son a menudo precedidas y siempre complementadas por otros tipos de tratamiento, y además, y muy fundamentalmente por la tendencia natural a la cicatrización. Por esas razones califico de paliativas a las operaciones que

con sacrificio mínimo de órganos o funciones, favorecen francamente al proceso orgánico de restauración de la salud.

Para terminar haré unas breves consideraciones sobre los aspectos que ofrece la anestesia.

En las tres muestras estudiadas dominan la escena dos tendencias básicas: la anestesia general y la raquianalgésia.

Para la primera han variado los medicamentos empleados destacando en orden cronológico el cloroformo, el éter y la combinación de éste con cloroformo en 1930, y con ciclopropano en 1955. Para efectuar la raquianalgésia se empleaba en 1905 la cocaína, y en los años posteriores la novocaína y otros sucedáneos de la primera.

Aunque en la elección del tipo de anestesia intervienen muchos factores que es imposible analizar en este trabajo, señalaré los por cientos correspondientes a cada una de las tendencias señaladas (Fig. 5):

1905:	Anestesia general con cloroformo	61.7%
	Raquianalgésia con cocaína	26.5%
1930	Anestesia general (cloroformo solo o con éter) ..	15.8%
	Raquianalgésia con novocaína	79 %
1955	Anestesia general	46 %
	Raquianalgésia	51 %

CONCLUSIONES

- 1^a En el Hospital General de México existe una tendencia franca a la organización de servicios médico-quirúrgicos orientados hacia especialidades definidas.
- 2^a Los resultados observados en estos servicios muestran diferencias substanciales con los obtenidos en los servicios de tipo general.
- 3^a Los padecimientos quirúrgicos de origen infeccioso muestran un descenso muy acentuado en el lapso observado (del 49.9% en 1905 al 7.4% en 1955).
- 4^a Se observan ligeros incrementos en el tratamiento quirúrgico de padecimientos neoplásicos y degenerativos.
- 5^a El mayor volumen del trabajo quirúrgico observado corresponde a intervenciones realizadas sobre los aparatos digestivo, genital femenino, y urinario y genital masculino.
- 6^a Dividiendo las intervenciones quirúrgicas en mutiladoras, palia-

tivas y restauradoras, se observa poca variación en las primeras y un franco incremento en las últimas a expensas de las segundas.

- 7^a Sería de gran utilidad que las autoridades del Hospital General lograran establecer métodos más eficaces y uniformes para el registro y archivo de los documentos quirúrgicos y clínicos en general.

BIBLIOGRAFIA

1. *Machella T. E.* Chronic appendicitis or Appendiclausis. En Harrison T. R. y cols.: Principles of Internal Medicine. Mc. Craw-Hill Book Co. 1945. pág. 1571.
2. *Cole W. H.* Chronic Appendicitis. Citado en Thorek M.: Modern Surgical Technic. J. B. Lippincott Co. 1944, Vol. III. Pág. 1482.
3. *Fournier R.* Bibliografía Mexicana del Absceso Hepático. La Prensa Médica Mexicana. México, 1956. págs. 74-82.
4. *Bassols F.* Tratamiento de elección del Absceso Hepático. CAMEP. (Prensa Médica Mexicana) II, 7: 118-121. (Resumen en Bibl. Mex. del Absc. Hep.).
5. *Célis A y cols.* Complicaciones Respiratorias del absceso hepático. Rev. Med. Hosp. Gral. XIV, 7: 395-407.

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. RUBEN
VASCONCELOS *

DR. GUSTAVO BAZ
Académico de Número

ES TAREA GRATA PARA MÍ la de venir a comentar el trabajo inaugural que presenta el joven Académico, don Rubén Vasconcelos. Y digo que es grata, por tratarse de un joven profesionista, que tiene como antecedentes una brillante carrera, reconocida habilidad quirúrgica y gran sentido humano en el ejercicio de su profesión.

El Dr. Vasconcelos aporta en su trabajo el estudio de problemas estadísticos de gran interés para la organización y administración de hospitales en el futuro. Desgraciadamente ha contado con escasos y mal organizados elementos de estudio; pero a pesar de estas dificultades, triunfó su sentido analítico y puede presentarnos la síntesis de su laborioso y bien llevado estudio.

La aparición y progreso de las especialidades, la evolución de la asepsia, el incremento constante de los casos quirúrgicos, se deben fundamentalmente a dos razones - mejor conocimiento de la asepsia y perfeccionamiento de la anestesia.

En su análisis, el Sr. Dr. Vasconcelos hace hincapié en la necesidad de borrar los límites entre los servicios médicos y quirúrgicos, como de hecho

* Leído el 14 de noviembre de 1956.

se han borrado ya en algunas instituciones y van surgiendo las especialidades médico quirúrgicas.

Al terminar el Sr. Dr. Vasconcelos, resume en siete conclusiones su prolijo trabajo, de las cuales la séptima es la más importante: el interés extraordinario de que se perfeccione la bioestadística, organizando mejor los archivos de los hospitales en que se recojan las observaciones médico quirúrgicas, siempre completas.

Sr. Dr. Vasconcelos: Quiero expresar a usted mi sincero agrado al haber sido comisionado para comentar el interesantísimo trabajo de usted y le ruego acepte mi cordial felicitación, con el deseo de que sus éxitos médico quirúrgicos guarden siempre una trayectoria ascendente.

México, D. F., noviembre de 1956.

CURRICULUM VITAE DR. VASCONCELOS

DR. RUBÉN VASCONCELOS. Hizo sus estudios profesionales en la Escuela Nacional de Medicina y sustentó su examen recepcional el 3 de abril de 1934. Ha sido sucesivamente, en el Hospital General: Médico Interno por oposición, Médico Adscrito a los Servicios de Cirugía General y Neurovascular, Médico adjunto Subjefe de Servicio, por concurso. Ha representado a dicho Hospital en diversos Congresos y Asambleas; y también ha sido Secretario y Presidente del Colegio Nacional de Médicos "Eduardo Liceaga"; y sucesivamente, en la Escuela Nacional de Medicina, Ayudante de Clínica, Profesor de Propedéutica Quirúrgica; Profesor de Enseñanza Técnica Superior en las Escuela Superior de Medicina Rural, en la Escuela de Graduados del Hospital General, Subdirector de la Escuela Superior de Medicina Rural, de la Escuela Vocacional para Ciencias Biológicas del I. P. N. (por concurso); Subdirector del Hospital General, Jefe del Departamento Médico de la Dirección de Asistencia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y actualmente, Secretario General Auxiliar de la Universidad Nacional. Es miembro de varias sociedades cien-



tíficas y ha publicado 18 artículos, la mayor parte de ellos relacionados con neurocirugía y cirugía vascular.

Ingresó a la Academia el día 14 de noviembre de 1956 pasando a ocupar el sitial en Cirugía General.