

Historia de la Apendicitis en el Uruguay



Hospital Pinilla
Paysandú



Hospital Maciel
Montevideo

Dr. Washington Lanterna

Paysandú - Uruguay - Diciembre de 2005

Prólogo

Decía Francis D. Moore, «*que el profesor en los servicios hospitalarios, deben siempre que sea posible, proporcionar datos históricos, a sus educandos. Porque en general la historia de la medicina no se incluye en los currículum clínicos, ni tampoco en las visita clínicas o en las sesiones de anfiteatro, por el escaso tiempo disponible, y la urgencia de resolver los problemas clínicos. El Instructor o el Profesor, debe aprovechar todas las oportunidades para interesar a los educandos y residentes, en la historia de la medicina, y estimular la investigación y realización de trabajos en la especialidad.*»

En el caso que nos ocupa en este trabajo, el conocimiento de la historia de la apendicitis es de suma importancia para el cirujano que opera estos enfermos, y supongamos a un residente que debe atender a un joven, con fiebre alta y oscilante, con un absceso pélvico que sobreviene después de una apendicitis, y el tacto rectal muestra un absceso neto en la pelvis. Es cosa posible que este residente intente resolver el problema con la antibiótico terapia correspondiente, Desconociendo la historia de esta enfermedad que ya se resolvió a finales del siglo XIX, donde se mostró la importancia de la evacuación del pus del plastrón apendicular abscedado. Esto surge del conocimiento de los cirujanos que crearon las técnicas y los medios para curar esta afección que tantas vidas costo a la humanidad. Que a partir del siglo XI se reconocía como afección del hemiabdomen derecho, o como cólico miserere cuando terminaba en una peritonitis generalizada.

Cuanto mas edad tiene el cirujano, mas hechos a vivido y atestiguado, en parte por el solo transcurso del tiempo, o porque ha estudiado, o escrito sobre algún aspecto de la historia.

Si se analizan las complicaciones, o resultados deficientes en la asistencia hospitalaria en nuestros días, se advertirá que muchos fueron innecesarios y en verdad Yatrogenicos. Algunos dependen de la torpeza del cirujano, pero otros provienen del desconocimiento de los antecedentes históricos de los procedimientos utilizados.

En las ultimas décadas del siglo XIX se produjeron extraordinarios adelantos en las técnicas quirúrgicas, que sucedían en las instituciones en que se practicaba la cirugía en los EE.UU. que al comien-

zo estuvieron basadas en las escuelas francesas, de allí la concurrencia de los cirujanos americanos a los servicios de cirugía de París. Para la teoría de la cirugía, quizás el ejemplo mas gráfico fue el nuevo criterio sobre la apendicitis que culminó con el artículo trascendental de Reginald Fitz en 1886. El no solamente dio la debida perspectiva a la evolución intrínseca de tal enfermedad (historia natural), sino que también pidió a los cirujanos que operaran antes de que se perforara el apéndice. Una vez que la teoría ilumino el camino, los cirujanos como Charles Mac Burney, de Nueva York, trataron de crear la mejor vía de acceso para extirpar la apéndice. De allí en adelante los criterios diagnósticos y la incisión aun llevan su nombre.

Es la intención de este trabajo el mostrar las alternativas en el diagnostico y tratamiento de la apendicitis aguda, que comienza desde los albores de la cirugía, y después de múltiples estudios y publicaciones se pudo llegar a finales del siglo XIX y comienzos del XX, a la comprensión total de esta afección que fue motivo de tantas discusiones entre los médicos, que aun ya avanzado el siglo XX en la cuarta y quinta décadas del siglo, habían médicos generales que desconocían los elementos básicos para el diagnostico y tratamiento de esta afección.

También fue de suma importancia para la cirugía de los últimos decenios del siglo XIX, la aceptación lenta del empleo de las técnicas de antisepsia de Lister.

Hubieron en los EE.UU. tres cambios que fueron fundamentales para el desarrollo de la nueva cirugía, 1) El establecimiento de la American Surgical Association en 1880, 2) La aparición de una revista dedicada exclusivamente a la cirugía, *Annals of Surgery*, en 1885 y 3) La inauguración del John Hopkins Hospital, dirigido por Williams Halstead en 1889 donde se sentaron las bases de una verdadera escuela de cirugía, en pabellones, clínicas, y laboratorios.

La historia de la apendicitis incluye ejemplos de gran resistencia al cambio en los conceptos, observaciones tempranas brillantes pero no aceptadas, apoyo emocional a visiones insostenibles, la importancia del factor tiempo y finalmente el desarrollo de una solución altamente satisfactoria. G. Rainey Williams 1981.

Apendicitis: historia del desarrollo de su conocimiento

Tomaremos como base de este capítulo el artículo del Profesor **Velarde Perez Fontana** en memoria de los Dres, **Garibaldi Devincenzi, Manuel Albo, José Iraola, y Domingo Prat**, en ocasión del cincuentenario de la instalación del Servicio de puerta del H. Maciel.

El autor conoció de cerca al Prof. **Velarde Perez** en su pasaje por las guardias del H. Maciel como Externo e Interno, en la década del 50, y siempre nos llamó la atención la enorme cultura histórica dentro y fuera de la medicina, cosa que nos relataba, las más increíbles anécdotas de todo tipo y pasábamos horas escuchando sus spiches. Era el tiempo de que tenía el servicio de cirugía que ocupaba la Sala Navarro.

El conocimiento de la Apendicitis se remonta a una época no tan lejana, y fueron los Cirujanos y patólogos Americanos que pusieron las bases del conocimiento de esta afección, que desde la antigüedad trunco tantas vidas jóvenes, sin poder los médicos hacer nada para poder salvar la vida de esos pacientes.

Los procesos inflamatorios de la FID. Se registran desde la antigüedad, en la literatura médica, pero se desconocía el origen apendicular de esas inflamaciones del abdomen derecho, que se atribuían a las Tiflitis. Este origen apendicular y la conveniencia de extirpar el apéndice lo más precozmente posible, se debe a la Memoria de **Reginal H. Fitz (1843-1913)** Este médico de Boston y que estudió en Viena con **Rokitansky**, publicó una Memoria en 1886, que es el origen del conocimiento y progreso de la cirugía del apéndice. Poco después, en 1888 **William Mayo**, publica un trabajo de la inflamación del ciego y su apéndice, en que reconoce el nuevo concepto de **R. Fitz**. El trabajo de **Fitz** se tituló «*Perforating inflammation of the vermiform appendix, with special reference to its Diagnosis and Treatment*» El trabajo presenta 209 casos de tiflitis y peritiflitis, y 257 casos de apendicitis perforante, y vio que los síntomas eran los mismos en ambos procesos. Descubrió que una vez

perforada la apéndice la peritonitis no siempre es generalizada, y que a menudo se localizaba en forma enquistada. Este es el trabajo fundamental para el conocimiento de la patología del apéndice y a partir de allí comienza el estudio de esta afección..

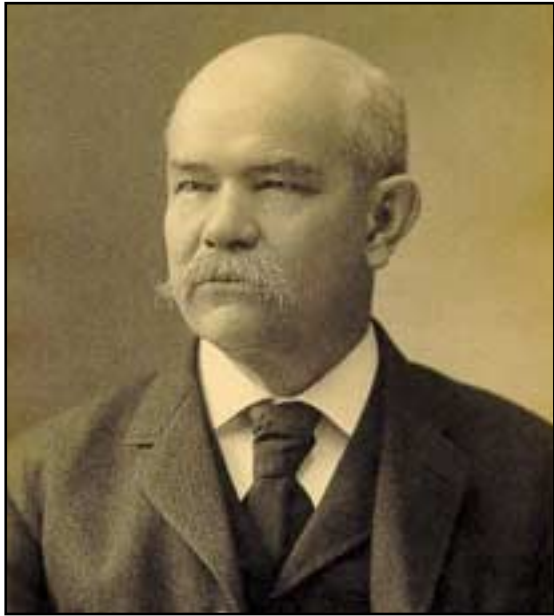
En un segundo trabajo **Fitz** determina que las tiflitis y las peritiflitis no son más que fases de la patología primaria, que es la apendicitis.

En ese momento el cirujano actuaba después que el ataque agudo había cedido, porque la gravedad del ataque determinaba que se debía operar en el período de calma y de esa manera Fitz fijó el término 3 días después del comienzo, en todos los casos. Otros autores no aceptaron el criterio de **Fitz** sobre el momento de operar, y de esa manera sobreviene una discusión que demoró 50 años en terminarse. Y en esos 50 años muchas vidas pagaron el tributo a la conducta abstencionista de los cirujanos.

Entonces el cirujano de Chicago **John B. Murphy**, presentó un trabajo con 8 casos a Chicago Medical Society en el año 1889, haciendo esta profética afirmación, «*Tenemos el convencimiento que dentro de pocos años todos los casos diagnosticados como peritiflitis, se operaran inmediatamente, ligando el apéndice y extirpándolo si fuera posible*» Esta operación es la única que puede darle una garantía al enfermo, y darle la seguridad que no vuelva a repetirse». En el mes de diciembre de 1889, es decir al mes siguiente **Charles Mac Burney** decía la misma afirmación. En 1892 N. Eisenrath médico del hospital Cook County de Chicago publicó las historias de 10 casos de apendicitis tratadas en ese hospital.

Entonces el criterio de extirpar la apéndice para curar la afección y evitar su recidiva, se extendió al mundo entero, y fueron aceptadas, en Francia por, **Talamon, Reclus, Jalaguiery Dielafoy, C. Roux en Lausana. Treves en Inglaterra y Mickulicz y Kroenlien** en Alemania.

Si bien la extirpación del apéndice fue aceptada por todos los cirujanos del mundo, determinar el momento de la operación siguió en una larga discusión.



Reginal Fitz



Charles Mc Burney



Halstead



Halstead en su juventud:
nació y creció en la ciudad de Nueva York. Graduado en el colegio de Yale, clase 1874. Interno en The New York Hospital en 1875.



W. Osler



Howard A. Kelly



Cushing y Halstead



Los 4 doctores: W. Welch - W. Osler - H. Kelly - W. Halstead



Los hermanos William y Charles Mayo



John Benjamin Murphy



La llamada *Clínica de Murphy*, corresponde a un anfiteatro con 500 asientos donde se dan clases clínicas con el paciente. También se hacían demostraciones operatorias. Como se ve el acto quirúrgico era una demostración pública, a la que concurría una amplia variedad de espectadores

En 1894 **George R. Fowler**, Del St. Mary Hospital de Nueva York publicó el primer libro sobre el tema, en este trabajo decía «*La distensión abdominal progresiva, a medida que la peritonitis se vuelve menos localizada y la parálisis intestinal se vuelve más y más marcada, sin excepción la parálisis intestinal completa que ocurre con la peritonitis es la antesala de la muerte. La aplicación del hielo, cuyas propiedades curativas han sido sobre estimadas solamente sirve para aliviar el dolor*». Se muestran dos laminas en color, que muestran las lesiones patológicas progresivas del apéndice inflamado, que conducen la necrosis, la gangrena y la perforación. Este cirujano que fue pionero en la lucha contra la apendicitis y el cólico miserere que tantas vidas costó a la humanidad, como una ironía del destino murió de una peritonitis, consecutiva a la extirpación de un apéndice gangrenoso, complicada por un íleo grave post-operatorio Fue uno de los mas prolíficos escritores en la literatura médica con mas de 100 artículos clínicos y de cirugía. Fue autor de dos grandes libros de texto: «**A Treatise of Appendicitis**», año 1894 y «**A Treatise of Surgery**», año 1906.

En el año 1894, luego del trabajo de Fowler el cirujano de Brocklyn **John Rushmore**, publicó un notable trabajo sobre las apendicitis cuyas conclusiones fueron:

- 1) *La apendicitis es una enfermedad quirúrgica desde sus comienzos.*
- 2) *Su diagnostico en general no es dificultoso.*
- 3) *En caso de dudas la laparotomía esta indicada.*
- 4) *La apendicectomía ofrece la mejor chance de curación inmediata y alejada.*
- 5) *La operación se debe hacer lo mas precozmente posible.*

Estas conclusiones que hoy día están aceptadas fueron aceptadas por los cirujanos pero no de manera completa pues hubieron médicos que ponían en tela de juicio esas conclusiones.

El libro de **Charles Talamon** es el primer libro sobre apendicitis publicado en el mundo, aun anterior al de Fowler en este libro se insiste por primera vez de la teoría de la cavidad cerrada, y del cólico apendicular. Además fue el que vulgarizó las nuevas teorías de la apendicitis entre los latinos.

Howard A. Kelly en 1905 publica una monografía sobre el tema, que marca una etapa en la difusión de la nueva era para el tratamiento de la apendicitis.

El año 1900 es otra etapa importante, para el tratamiento de la apendicitis como lo fue la posición de Fowler en la que consistió en poner al paciente en una posición podríamos decir semi-sentado, mas precisamente levantando la cabeza de 12 a 16 pulgadas, dando así al plano del enfermo una inclinación de 12 a 15 grados sobre la horizontal. Con esto se pretende llevar el material infeccioso a la pelvis y parte inferior del abdomen. Esta posición fue adoptada por la mayoría de los cirujanos, pero posteriormente cayó en desuso.

En 1904 J. B. Murphy presentando 2000 casos, señaló los siguientes puntos de interés, 1) operación rápida, con poco manipuleo abdominal, 2) posición semi-sentada entre 15 y 45 grados. 3) administración de grandes cantidades de suero fisiológico, de uno a tres litros por el Recto, lo que a continuación se llamó, suero a la Murphy.

En 1902 Albert J. Ochsner presenta un trabajo sobre 1000 casos « Si vemos un caso de apendicitis entre las 24 y 36 horas del comienzo, cuando la enfermedad esta limitada el apéndice ,se debe extirpar, la apéndice, después de este periodo creo firmemente que se debe esperar que el ataque desaparezca.»

El criterio de Ochsner tuvo el propósito de disminuir la mortalidad que llegaba a un 7%, pero también hay que considerar formas de apendicitis que, después de una acalmia traidora, que parece mejorar se agrava de una manera espectacular llegando a la peritonitis.

En esa época los cirujanos del Río de la Plata seguían los postulados de la escuela francesa como lo fueron Navarro y Arrizabalaga, y muy pocos conocían a los cirujanos Norteamericanos

Mas adelante mostraremos un material del **Dr. Alberto Langon**, cirujano francés que llevo en un barco militar en 1904 y se quedo en Uruguay y en el año 1910 entra a trabajar en el H. Pinilla de Paysandú, donde ya desde 1902 estaba operando **Lorenzo Lombardini** también recibido en París y contemporáneo de Navarro.

Hemos encontrado en publicaciones más recientes opiniones que difieren respecto a los hechos históricos que nos mostró el Dr. Velarde Perez.

En la revista **Pelvic Surgery** del año 2001 hay un trabajo de **John Russel** titulado «**Anecdotes on Appendicitis.**» **Charles Mac Burney MD** (1845-1913). En él dice que la primera descripción del apéndice fue hecha por el médico anatomista **Berengario Da Capri** en **1521**. Pero aun antes el apéndice estaba en los dibujos anatómicos de **Leonardo da Vinci** (1452-1519), pero no fue publicado hasta el siglo XVIII. También está en el Atlas de **Andrea Vesalio** (1514 -1564) denominado *Humani Corporis Fabrica*. Y antes aún, se han visto lesiones inflamatorias del abdomen en las momias Egipcias.

La 1era. extirpación de un apéndice ocurrió en octubre de 1735, cuando **Claudius Amyand**, operó en el H. St. George de Londres, un niño de 11 años con una hernia escrotal fistulizada, y abriendo la hernia se encuentra con el apéndice perforado por un pin, que daba la fístula Cecal. Extirpa la apéndice y el epiplon, curándose el paciente.

El médico Frances **Mesticier** en una autopsia de un enfermo que murió de un absceso de la F.I.D. encontró una apéndice grande con un pin en su cavidad y erosionó el órgano y originando el abseso.

En 1812 el cirujano **John Parkinson** en un niño que muere a las 48 hs. de tener dolor en FID. y vómitos, encontrando en la autopsia el apéndice agudamente inflamado, con un coprolito en su interior, aclarando que no existía enfermedad en el ciego y la apéndice proximal, únicamente estaba enferma la punta del apéndice.

Después en 1830 **Goldbeck** un estudiante de **Heidelberg**, presentó su tesis de Inflamación de la FID. con 30 casos clínicos y describe los síntomas y signos de la apendicitis como los sabemos hoy. Sin embargo cree que la causa del proceso era la inflamación primaria de del ciego, que él denominó Peritífilitis. Este trabajo agregó más confusión a la literatura por el resto de la centuria.

En 1848 **Henry Handcock**, presidente de la Sociedad Médica de Londres, reportó un abseso de FID, en una embarazada que curó con el drenaje quirúrgico.

La primera apendicectomía exitosa, con diagnóstico de peritífilitis fue realizada en 1880 por el Ginecólogo **Robert Lawson Tait**, de Birmingham, que también fue el primero que operó un embarazo ectópico, practicando una Salpingectomía.

Se debe dar crédito al trabajo del cirujano **Vilermay** que presentó a la Academia de Medicina de París un trabajo «*Observation of use in the inflammatory condition of the Cecal Appendix*» y describe dos ejemplos de dos casos de apendicitis agudas que llevaron a la muerte de los enfermos.

Francois Melier agregó 6 autopsias adicionales de apendicitis, y sugiere claramente la posibilidad de la extirpación del apéndice en 1827..-

Ese trabajo de Melier fue ignorado pues tuvo la oposición del Barón Guillaume Dupuytren, cirujano jefe del Hotel Dieu de París, quien continúa diciendo que el proceso era una peritífilitis. En forma infamante dijo «*I have been mistaken, but I have been mistaken less than other surgeons.*»

En junio de 1886 **Reginald Heber Fitz** profesor de Anatomía Patológica de la Universidad de Harvard leyó en el primer Congreso de la Asociación Americana de Médicos en Washington un trabajo titulado «*Perforating inflammation of the Vermiform Appendix, with especial reference to its early diagnosis and treatment*» Allí realiza una lucida descripción de los signos y síntomas, y describe en detalle los cambios patológicos de la afección. Además usa por primera vez el término Apendicitis y urge la temprana extirpación quirúrgica del apéndice. Después de este trabajo los términos de Tiflitis y Peritífilitis prácticamente desaparecieron.

En 1897 ocurre una anécdota extraordinaria, siendo Harvey Cushing residente del Hospital John Hopkins en el día 16 de setiembre, después de perder un paciente operado de apendicitis por él, Cushing se diagnostica una apendicitis a él mismo, y pide a sus colegas Senior, Halstead and Osler que lo operen, a lo que estos se niegan. Entonces Cushing al día siguiente se interna al hospital por su cuenta y prepara todo para ser operado y convence a Halstead quien lo lleva a sala de operaciones y lo interviene. No queda duda que hubiera ayudado en la operación de ser humanamente posible.

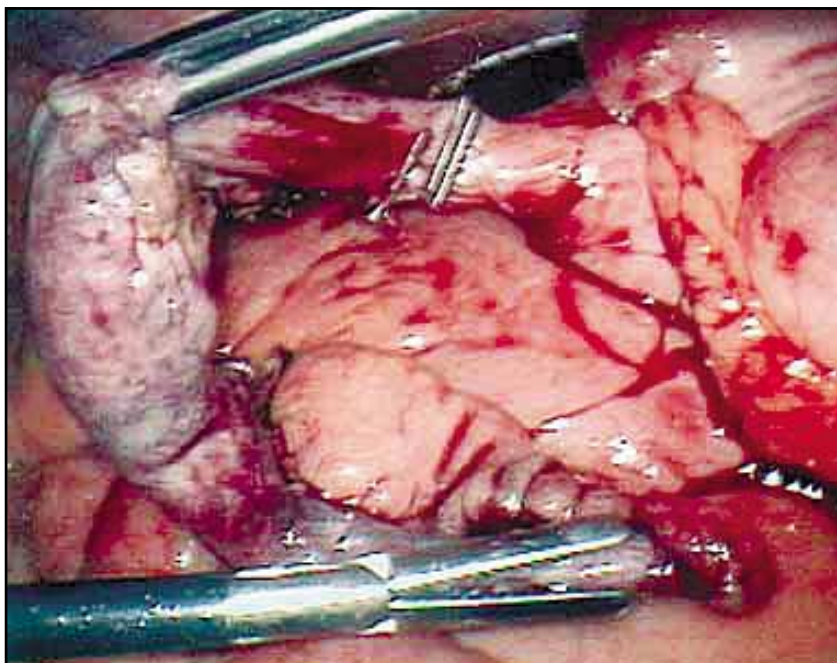
La historia de la medicina ha asociado el nombre de **Mc Burney** con la apendicitis pues fue el primer cirujano que describió una manera fácil para detectar la inflamación de la apéndice, que se denominó el punto de Mac Burnay zona de máximo dolor a la presión de un solo dedo, colocado a un tercio de la distancia entre la Espina iliaca antero superior, y el Ombligo. También insistió en el diagnóstico y la cirugía precoces, y en 1894 describe la incisión que lleva su nombre.

También encontramos otro trabajo de **P. Mirilis, y J.E. Skandalakis, de la Emory University, School of Medicine. Atlanta EE.UU.** donde aprecia el rol de **Frederick Treves** en la historia de la anatomía y cirugía del apéndice. Dicen estos autores, la apendicitis aguda fue descrita por **Wilhelm Ballonius** en 1734. James Parkinson describe la peritonitis como una importante complicación de apendicitis aguda perforada.

John Homans presenta un caso de apendicitis en un niño de 11 años operado precozmente, en abril de 1886, a la Suffolk District Society .

Luego tenemos el reporte del **Dr. R.Fitz** colega de Homans, que presento el 18 de junio de 1886 en la American Association of Physicians, justo 2 meses después del trabajo de Homans en Boston.

Fitz es el clásico ejemplo del anatomopatólogo que muestra el camino al cirujano, en esa presentación Fitz claramente diferencia entre la operación precoz, en una apendicitis, de un drenaje precoz, de un absceso. El creía que el diagnóstico de la apendicitis en sus primeras etapas, (Catarral), era muy difícil, pero esta apendicitis puede evolucionar a la ulceración y aún a la peritonitis y la muerte. El negaba que se debiera esperar la aparición de una masa visible y fluctuante antes de la operación y que la peritonitis comenzaba entre el segundo, tercero y cuarto días. Analizando las muertes por peritonitis, más de la mitad de los



pacientes murieron en la primer semana. Estableció el dicho «*if it is appendicitis, it is rupture in four days*».

La historia de la apendicitis, según este autor es fascinante, dando los siguientes datos, en 1735, **Claudius Amyand**, extirpó una apendicitis fistulizada en una hernia escrotal. **Lawson Tait**, extirpó un apéndice que estaba dentro de un absceso pelviano en el año 1880.

Abraham Groves extirpó un apéndice en 1883, y **Charles Mac Burney** en 1889.

Von Mickulicz, en 1884, **Treves** en 1887, **George Thomas Morton** en 1887, es de notar que el hermano y un hijo de este cirujano murieron de apendicitis.

Una anécdota extraordinaria es la apendicitis del Rey Eduardo VII, quien comenzó con dolor en la FID, dos semanas antes de la coronación. Es llamado Treves, el 18 de junio de 1902, pero el Rey se niega operarse y concurre al banquete del 23 de junio, pero al día siguiente estaba gravemente enfermo. Entonces Lister habla con el Rey, de que todos los médicos están de acuerdo con la operación, pero el Rey se sigue negando. Treves debe hablar francamente, pero el Rey insiste que debe ir a la Abadía de Westminster. a lo que Treves responde que irá seguramente en un cajón, allí el rey acepta la cirugía, que consistió en un drenaje del absceso, sin extirpar el apéndice. Luego de lo cual, el rey fue coronado, y Treves recibe los títulos nobiliarios correspondientes.

La Apendicitis en el Uruguay

El Profesor **Alfredo Navarro**, fue el mentor de la apendicitis en nuestro país. El primer documento sobre el conocimiento de la apendicitis en nuestro país fue, en 1896, en su trabajo publicado en la revista titulada la Facultad de Medicina, Nro. 10. Pero la apendicitis era ya conocida en la Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina y en el Hospital de Caridad. Cuyo primer profesor fue **José Pugnolini**.

Dice el Profesor y amigo Jorge Lockart en su gran libro La Historia del Hospital Maciel «*Cuando en Europa no eran aceptados los conceptos americanos sobre la apendicitis, sólo en Francia se hicieron eco de la conducta intervencionista dos cirujanos, Poncet y Jaboulay, quienes operaron 34 casos entre 1891 y 1892. En 1897 en nuestro medio Navarro ya había operado apendicitis, lo cual indica que ya conocía los trabajos americanos. Jaime Oliver que trabajaba con Lenguas fue de los primeros que operaron apendicitis en Montevideo*»

Luego tenemos el documento que trata la

apendicitis en nuestro país, que fue la Tesis de **Juan Aranguren** del año 1898, basado en observaciones clínico-operatorias de Navarro. En este trabajo se presenta las 5 primeras apendicectomías realizadas por Navarro, en las que realizó la incisión de **Roux**.

Antes de terminar el siglo XIX **Luis P. Mondino** opera una apendicitis aguda, encontrando un trozo de escarbadietes dentro del apéndice. Se realizó esta operación en los altos de Brocqua y Scholberg, en la ciudad vieja, calle Sarandí.

En setiembre de 1896 **Navarro** operó a un niño de 7 años con una perforación apendicular, en la convalecencia de una tifoidea. Es la primera comunicación de una peritonitis apendicular en nuestro país y describe un nuevo síntoma del dolor en el punto de emergencia del N. Femoro Cutáneo.

Segun el boletín demográfico de la ciudad de Montevideo dirigido por **Joaquín de Salterain**, con respecto a los casos de apendicitis figuran :

En este año **Arrizabalaga** presenta el informe

Año 1900	noviembre: 1 caso	diciembre: 2 casos	
Año 1901	marzo: 1 caso	junio: 3 casos	noviembre: 1 caso
Año 1902	diciembre: 1 caso		
Año 1903	un total de 26 casos		
Año 1904	13 casos		
Este fue el año de la guerra civil y muchos cirujanos salieron a campaña.			
Año 1905	25 casos		
Año 1906	18 casos		
Año 1907	20 casos		

al 3er. Congreso Latinoamericano de Medicina y ya la apendicitis se conoce mejor y la mortalidad por su causa se registra. Este notable trabajo de **Arrizabalaga** «sobre la indicación quirúrgicas en las apendicitis agudas, hizo progresar el conocimiento de las apendicitis en nuestro país».

En Francia aparecen los trabajos de **Dielafoy, Roux, Jalaguier**, en el congreso francés de Cirugía y **Arrizabalaga** siguiendo estos criterios estableció, las siguientes conclusiones.

1) Toda apendicitis diagnosticada en las primeras 24 hs. debe de ser operada.

2) Pasando el 3er. día deben operarse las

apendicitis agudas que se acompañe de:

- Peritonitis generalizadas.
- Fenómenos acusadores de apendicemia.
- Colecciones supuradas peri-apendiculares

A partir de este informe, se adopta su criterio y comienza a renovarse la cirugía de la apendicitis aguda.

Dos años después de creado el Servicio de puerta del H. Maciel (1912) **Domingo Prat** presenta el 25 de diciembre de 1914, a la Sociedad de Medicina de Montevideo, los resultados de 10 apendicectomías operadas en las primeras horas (24) sin mortalidad..

Los 4 cirujanos de puerta del H. Maciel

«El cuarteto de Urgencia» según el libro del **Prof. Mañe Garzón**, los **Dres. Manuel Albo, Domingo Prat, Garibaldi Devincenzi y José Iraola**, que hacían las guardias de dicho hospital, siguieron las directivas de la Sociedad de Cirugía de París. Mientras **Enrique Estrázulas y José Zamaran** fueron los primeros en seguir la escuela Americana. Y fueron **Luis P. Mondino**

y **Manuel Albo** que continuaron la lectura de los libros americanos. **Mondino** practicó en Montevideo la incisión de Mac Burney, para otros fue **José Zamaran** el que practicó por primera vez esta operación. En 1914 **Lorenzo Merola** publicó una nota sobre apendicectomías difíciles, que tuvo onda repercusión en el ambiente.



José Pugnali



Manuel Nieto



Enrique Lamas



Alfredo Navarro



Luis P. Mondino



Arrizabalaga

«El Cuarteto de la Urgencia» de la puerta del Hospital Maciel



Domingo Prat



José Iraola



Garibaldi Devincenzi



Manuel Albo

En el 1er. Congreso Médico Nacional del año 1916, hicieron una comunicación de 30 casos de apendicitis operadas en caliente, sin mortalidad.

Los autores inspiraron su conducta en los trabajos de Murphy. Usaron la incisión de Mac Burney, suero post operatorio a la Murphy, y posición de Fowler.

En el mismo congreso el **Dr. Alberto Roldán** (al que luego veremos al hablar de los casos de Paysandú) presentó 20 casos sin mortalidad operados en el Sanatorio Lamas y Mondini, y dio a conocer la pinza de Lamas, para tomar el apéndice sin herirlo.

En el año 1918 el Dr. **D. Prat** publica un extenso trabajo « *Apendicitis aguda el tratamiento inmediato, en cualquier momento de su evolución* » monografía que tiene todas las adquisiciones clínicas hasta esa época. Esta serie fue de 48 casos de apendicitis, con 4 muertes. En este año los cirujanos de la puerta del Maciel usaban sistemáticamente la incisión de Mac Burney, en caso de peritonitis generalizada, la incisión suprapúbica para el drenaje del Douglas. Posición de Fowler, suero rectal a la Murphy y el purgante al 3er ,4to o 5to día, los cirujanos de Montevideo conservaron esa práctica, que causo muchos males y que demoró en desaparecer de la práctica médica.

Hasta el año 1918 se habían operado en el Servicio de puerta, del H. Maciel 100 casos de apendicitis, estadística sacada de los libros de entrada por el practicante **Conrado Rolando**. En el año 1921 **D. Prat** vuelve a ocuparse del tema de la apendicitis aguda y la peritonitis apendicular, publicado en los *Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo*. Aquí en las consideraciones clínicas sobre la oportunidad operatoria agrega a lo dicho anteriormente « *La apendicitis de 8 o mas días de revolución, con un proceso inflamatorio perfectamente limitado y acantonado*

en la FID, con el resto del abdomen libre y buen estado general, sin grave intoxicación lo tratamos con expectación. Es evidente que se refiere a lo que ahora llamamos Plastrón Apendicular.-»

//Decía el Profesor, D. Prat « *No hay tratamiento médico para la apendicitis* »

/En el Congreso Médico del Centenario, de 1930 los Dres. y **Velarde** y **G. Devincenzi**, pre-

sentaron el Relato Oficial sobre Apendicitis agudas, en que aconsejan a la intervención inmediata, basándose para el diagnóstico en los criterios de Murphy, usando los Rx en los casos dudosos y el examen hematológico. Se insistió también en el diagnóstico de la adenitis aguda, COMONN cosa QUE UN

2) El diagnóstico precoz se puede hacer con un análisis de los síntomas y signos, adoptan

5) El examen radiológico es imprescindible en los casos dudosos.

4) El examen hematológico debe ser realizado sistemáticamente en todos los casos.

Este informe también estudia el diagnóstico diferencial con la adenitis mesenterica, que fue un problema muy debatido en nuestro país

Al terminar el primer ciclo del Servicio de cirugía de urgencia,

ya se habían organizado en el Interior centros de asistencia de urgencia como los de Melo, Mercedes, Salto, Paysandú, Durazno y Colonia.. Ha este respecto y como demostraremos cuando hablemos de la cirugía del H. Pinilla y luego en el H. Galán y Rocha. Tengo pruebas documentales fehacientes que en el H. Pinilla ya en 1902, estaba esta operando Lorenzo Lombardini, y que después del año 1904 hasta el 1910 y aparecen los diagnósticos de apendicitis en los libros de entrada del hospital. Si bien no se conservaron libros de sala de operaciones casi con seguridad, ya en esa fecha se estaba haciendo cirugía del apéndice en Paysandú.



Francisco Canesa y
Jaime Oliver

La apendicitis en Paysandú

1901-1930

H. Pinilla - H. Galán y Rocha

Tenemos para consultar documentos valiosos y totalmente valaderos como son los libros de internaciones con diagnóstico de los hospitales Pinilla 1862-1927) que, aunque muchos se han perdido por falta de cuidado de las autoridades hospitalarias, se han conservado muchos de los libros que tenemos en nuestras manos cuidados como una reliquia.

Los libros del H. Pinilla, que comienzan en 1874, no hay ninguna mención de diagnóstico de Apendicitis hasta el año 1904, donde se registra en el libro de ingreso al hospital, Severiano Torres, con el diagnóstico de Apendicitis, pero este libro es solamente de Ingresos y no consta el tratamiento hecho.

En el año **1904** ingresaron 625 pacientes, falleciendo 65 (10 %) 1 ingreso de apendicitis.

En el año de **1905** no hay registrado ningún ingreso de apendicitis.

En **1906** hay un sólo diagnóstico de apendicitis. Mariana Gomez, el 26-IV-06

En **1907** ingresaron 801 pacientes, falleciendo 80 (10%). No se registran diagnósticos de apendicitis.

En **1908** 1 caso de apendicitis, Luis Comegrasca de Milano, que ingresa el 28 de marzo y se va de alta el 11 de mayo.

En **1909** no hay ningún registro.

En **1910** con 912 ingresos se registran 2 diagnósticos de Apendicitis, uno, Bonfanti Escaloni, de Carrara y una Peritonitis apendicular.

En **1911**, 1 sólo caso, Eduardo Caballero, quien ingresa el 20 de abril, y es dado de alta el 7 de mayo. Con estos plazos de internación nos hacen sospechar ,que ha sido operado.

En total ,desde setiembre de 1910 a setiembre de 1912 ,sobre un total de 1288 ingresos, se diagnostican 6 apendicitis, 2

peritonitis y 1 absceso apendicular, falleciendo 3 de ellas (50%)

La situación cambia radicalmente si tomamos los enfermos del H. Galán y Rocha, allí consideramos los años de 1929 y 1930, se realizaron 510 operaciones, de las cuales 161 fueron apendicitis, discriminadas de la siguiente manera, 45 casos catalogadas solamente como apendicitis, 16 apendicitis aguda, 83 apendicitis crónicas, 8 apendicitis subagudas, 5 peritonitis apendicular.

Considerando:

1) los datos que hemos recogido en los documentos del H. Pinilla y el acta de la **Sociedad Filantrópica de Señoras** del día 18 de julio de 1902, donde la Presidenta Matilde Mundell de Stirling, hacía un informe de lo actuado en ese año por la Sociedad, entre otras cosas hacía un agradecimiento, al Dr. Lombardini que había realizado en el hospital 205 operaciones, muchas de cirugía mayor.

2) los documentos que vemos a continuación, que muestran el título recibido por el Dr. Lombardini, por la Facultad de Medicina de París, en el año 1896 y la posterior certificación en el año 1898 por la Facultad de Medicina de Montevideo y por el Consejo Nacional de Higiene.

Estas documentaciones avalan la preparación del Dr. Lombardini en los mejores centros de cirugía de la época, que lo habilitaban, para realizar operaciones como las de las apendicitis. Existe una anécdota que cuentan los nietos de Lombardini que como vemos era contemporáneo del Prof. Navarro pues se reciben casi juntos en París, que se le había ofrecido el servicio de cirugía del H. Maciel, pero cuando llegó a Montevideo, ya había sido nombrado dicho profesor. Parece, según ellos, que hubieron hechos políticos pues Lombardini era del partido Nacional y Navarro del partido del gobierno.



Dr. Lorenzo Lombardini y Alberto Langón

caminar sino después de cierto tiempo.
 El suma señores el tratamiento que yo les aconsejo el siguiente: comba-
 ter el estreñimiento con lavajes y purgantes no drásticos ni alcalinos,
 hielo en el vientre, dieta absoluta, por lo menos en el primer momento,
 e inyecciones de morfina para calmar el dolor, si este es muy intenso; yo sé
 q' esto va contra la práctica más corrientemente admitida, pero ya
 no hepitó en manera alguna en aconsejarlos sin restricciones de
 ninguna clase; jamás he visto un purgante hacer mal en las
apendicitis parietales, con tal q' ese purgante sea un aceite o con el
 calomelano; jamás hará mal con tal q' Vds. lo hagan a tiempo
 con tal q' no esperen q' el proceso esté muy avanzado; es solo entonces q' puede
 haber riesgo de una perforación, pero ni aun entonces les aconsejo yo el opio,
 q' no hace sino aumentar la intoxicación general; los emmas llenan
 mejor la indicación.
 Sigam esa práctica y seguramente jamás tendrán q' arrepentirse.

2º Apéndice con peritonitis localizada.

Aquí la inflamación del apéndice ha sido tan violento q' el
 peritoneo ha sido profundamente alterado, hay pues alteraciones

Libreta de apuntes, que perteneció y fue escrita por el Dr. Alberto Langón, tiene en sus páginas
 apuntes de clases magistrales de los profesores de medicina de los años 1904 a 1910. Figuran
 clases del Dr. A. Avarro, Dr. Isola, Dr. Arrizabalaga, Dr. Lamas, Dr. Ricaldoni. Los temas tratados
 son apendicitis agudas, fracturas, aneurismas arteriovenosos, absesos subfrenicos, etc.

Título y certificados de habilitación del Dr. Lorenzo lombardini



*REPUBLIQUE FRANCAISE
Le Ministre de -l,-instrucction -publique*

Vu le certificat de, aptitud au grade de Docteur en Medicine acorde le 26 de mars 1896 par les profeseurs de la faculte de Medicine de Paris o Siem Lombardini Lorenzo Roman, ne a Montevideo Uruguay, le 29 fevrier 1866.

Vu l, approbation done a cette certificat par le recteur de la dite Academie, ratifiant le susdit certificat done par les presentes, audit Siem Lombardini le Diplome de Docteur en medicine pour enjoin avec les droit et prerogatives qui y son attaches par les lois decrets et reglaments.

Fait en Paris sous le scean du Ministre de la Instruction publique le 20 avril 1896.

Pour expedition conforme.

Le Directeur de Ensiegment superior.

Le Ministre de Instruccion Publicque

Signe . E. Co mber

Delivre par le Recteur de l, Academiiede Paris, le 8 mars 1896

París. 9 set 1896. Carlos Danber. Canciller

Montevideo. Oct. 1898 .Vázquez Acevedo, Enrique Asarola.

29 octubre ,1898. Consejo Nacional de Higiene

Como mostramos anteriormente los diagnósticos de apendicitis, comenzaron a aparecer en los libros de ingreso del H. Pinilla en 1904, pero eran uno o dos por año. Pero es de 1910 a 1912 donde ya aparecen 6 casos de apendicitis, 2 casos de peritonitis apendicular y 1 caso de abseso apendicular.

Por tanto, es en este momento que tenemos la seguridad que ya se estaba operando de manera habitual los pacientes con apendicitis. No pode-

mos precisar de manera exacta la primera apendicitis operada , pero podemos decir que desde 1906 a 1910, ya aparecen los diagnósticos de apendicitis y están las condiciones para operar la Sala de Operaciones e Instrumental quirúrgico traído de París, 2 cajas en el año 1882 y los instrumentos privados del Dr. Lombardini, quien además de usar en el Hospital su propio instrumental quirúrgico traído de Francia, donaba la mitad de su sueldo para el Hospital.

Las Apendicitis

Apuntes del Dr. Alberto Langón

Años 1904 y 1910

Queremos transcribir casi totalmente, este documento inédito, que estaba en poder de una nuera del Dr. A. Langón y nos dará una visión de primera mano, de los conocimientos de ese médico formado en la escuela de París, y que concurría a las clases magistrales dictadas en el Hospital Maciel. En esta a dos clases que trata de las apendicitis y no figura el nombre del expositor, pero por las otras clases que vienen a continuación sospechamos que pueden ser del Profesor Navarro.

“**1**ro) *Patogenia.* Varios observadores del siglo pasado habían incidentalmente señalado las inflamaciones del aparato ileocecal, pero los primeros que vieron el rol considerable que tenía el Apéndice en la patogenia de ese proceso fueron **Songer** en 1824 y **Melier** en 1827. El primero descubrió las alteraciones anatómicas de las apendicitis y discutió su rol, y el segundo describió todo un tipo mórbido, pues trazó un cuadro de síntomas generales y locales debido a la inflamación del apéndice constatada anatómicamente, y se separó claramente esta enfermedad de la inflamación del Ciego.

La descripción del cirujano francés fue olvidada, porque fue publicada en una época en que no se hacían intervenciones en el abdomen. Gracias a este olvido, se creó una enfermedad, que casi no existe la Tiflitis. El cirujano alemán **Alberto**, diez años después describió una enfermedad con un cuadro clínico análogo al trazado por **Melier** y que él llamaba Tiflitis. **Alberto** constataba la dilatación del Ciego y como no tenía observaciones anatómicas ni quirúrgicas describió este cuadro como inflamaciones del Ciego Tiflitis.

Más tarde otros cirujanos franceses, **Dance** y **Meniere** demostraron que la tiflitis de Alberto se acompañaba de inflamación del tejido retrocecal y crearon así la Peritiflitis. Lo cual, después fue demostrado, que era falso, por he-

chos anatómicos y quirúrgicos. El hecho anatómico fue la demostración, que el ciego es un órgano totalmente intra peritoneal, es decir todo rodeado de peritoneo, que lo separa del tejido celular retro peritoneal. El hecho quirúrgico fue demostrado por las operaciones de los cirujanos alemanes **Biermer** y **Witty** y también por los cirujanos americanos **Fitz** de Boston, quienes interviniendo de urgencia casos de Tiflitis, encontraban siempre que el apéndice estaba alterado y el ciego poco o nada.

Después vinieron cantidad de trabajos de cirujanos abdominales, sobre todo **Roux** de Lausanne quien importó las doctrinas americanas a Europa y sus trabajos son de primera línea. **Talamon** trajo este problema a Francia. Después las discusiones de la Sociedad de Cirugía de París que han aclarado estos problemas y además las formas de apendicitis, los absesos a distancia, y sobre todo las indicaciones quirúrgicas. Siempre que la inflamación es aguda, siempre la apéndice es la causa, las intervenciones quirúrgicas no han fallado ninguna vez a esta concepción.»

Después sigue una discusión sobre la patogenia de la inflamación de la apéndice. La retención y distensión del ciego con materias fecales, la impactación de un cálculo o cálculos estercoráceos, la existencia de una cavidad cerrada. Los hechos de la experimentación con ligadura del apéndice en el conejo, etc.

2do) Formas de la apendicitis:

Apendicitis parietal. En esta primera variedad la inflamación está limitada exclusivamente al apéndice. El apéndice está aumentado de volumen, grueso como un dedo, todas las capas del órgano están alteradas y no solamente la mucosa, en el interior de la cavidad pendicular hay exudado que puede ser purulento. Las alteraciones parietales del apéndice explican la posibilidad de complicaciones graves, la perforación y las adherencias a las ansas intestinales, la formación de un plastrón y el abseso.

Síntomas: «El enfermo se queja durante varios días, de dolor más o menos intenso de la F.I.D. de pronto los dolores se exageran. El principio de la enfermedad, casi nunca es brusco, la regla es que los dolores intensos han sido precedidos de dolores más o menos erráticos en la fosa iliaca derecha, no niego el comienzo brusco, niego su frecuencia. Este comienzo dramático de la apendicitis catarral, se discute la existencia del cólico, creado para estar de acuerdo, con la doctrina del cálculo estercoral. Sea como fuere, una vez la enfermedad constituida, se nota, dolor localizado en la fosa iliaca derecha, que se extiende hacia la región lumbar y hacia el ombligo. Ha menudo hay dolores vesicales y en las mujeres cierta dificultad para orinar. Este dolor es fuerte, paroxístico, se puede provocar con la presión y calma con el reposo, se dice que hay un punto de dolor máximo que corresponde al lugar de la inserción del apéndice, y esta en el punto medio entre el ombligo y la espina Iliaca, es el punto de **Mac. Burney**. Por la simple presión del dedo dicen los autores, se provoca un dolor violento a ese nivel. Hay vómitos y estreñimiento por la atonía intestinal y es uno de los síntomas infaltables. Hay fiebre 38 grados a 38.5. El ciego dilatado se traduce por un aumento de la sonoridad en la fosa iliaca derecha. El resto del vientre esta libre y el estado general se mantiene intacto, la lengua esta buena y el pulso sólo es rápido cuando hay dolor intenso. Se discute el cólico apendicular de **Talamon**, por impactación del cálculo en la apéndice y su alivio cuando sale de la apéndice.»

Como diagnostico diferencial, dice que el más difícil es la Salpingitis aguda en la mujeres, pues puede ser indistinguible de una apendicitis pelviana y le da importancia al dolor en la salida del nervio Femoro cutáneo, que sólo se ve en las apendicits. El nervio sale debajo de la arcada Crural a unos 2 cms. de la Espina Iliaca.

¿ Qué hacer frente a un enfermo que tenga una apendicitis catarral? lo indicado es limpiar el intestino, con lo cual se consigue el alivio inmediato del enfermo y se combate la atonía del vientre que es la causa del dolor. Así observaran que, frente a un enfermo con una

afección apendicular, si se le da un purgante a los 3 o 4 días estará mejor, por el contrario si se le da opio, la crisis dura 6 a 8 días y aún más. Se debe usar un buen purgante como el Aceite de Castor.

Además al paciente con una apendicitis, se le debe aplicar hielo al vientre. La cataplasma calma y los pacientes la piden siempre, pero el hielo trae más pronto la resolución. Por qué? Yo no lo sé, tal vez la temperatura baja hace que los microbios pulule menos, pero es evidente que el hielo apresura la cura. Después del hielo se da una lavativa y después el purgante, de aceite de Castor graduando la dosis en relación de la edad del enfermo.

Las lavativas deben de ser repetidas y si los dolores o calmaron, se pueden dar inyecciones de Morfina. Por último se prescribe la supresión absoluta de todo alimento.

Este tratamiento en la práctica en la inmensa mayoría de los casos da resultados favorables, tratando no faltar en lo más mínimo su rigurosidad. Si el enfermo pide de comer, lo máximo que se puede dar es leche helada una cucharadita cada media hora.

En suma el tratamiento que yo aconsejo es el siguiente, combatir el estreñimiento con lavajes y purgantes, no drásticos, ni alcalinos, hielo al vientre, inyecciones de Morfina, para calmar el dolor, si este es muy intenso y yo se que, esto está en contra de lo corrientemente admitido, pero yo no trepito en manera alguna de aconsejarlo sin restricciones de ninguna clase, jamás he visto un purgante hacer mal en las apendicitis parietales, con tal que el purgante sea un aceite o un calomelano, jamás hará mal con tal que lo hagan a tiempo y con tal que no esperen que el proceso esté muy avanzado, es sólo entonces que puede haber riesgo de una perforación . Sigán esta práctica y seguramente jamás tendrán que arrepentirse»

2) Apendicitis con peritonitis localizada.

«Aquí la inflamación de la apéndice ha sido tan violenta que el peritoneo ha sido profundamente alterado. En estas peritonitis el peritoneo hace que las ansas intestinales estén aglomeradas, unidas de un modo mas o menos intima, por falsas membranas fibrino plásticas más o menos resistentes de acuerdo al período de la inflamación. En medio

de esa aglomeración de ansas turgescentes y desprovistas de endotelio, se encuentra un líquido seroso. Esta peritonitis circunscripta, adhesiva es salvadora y la que permite además localizar un absceso independiente de la cavidad peritoneal. Se decía, desde hace 15 años en que se comenzó a estudiar la apendicitis, que siempre las apendicitis enquistadas y supuradas eran perforativas. Sin embargo las últimas discusiones ocurridas en la Sociedad de Cirugía de Paris han determinado que no es así y que el absceso puede sobrevenir sin perforación, pero la regla general es que esta perforación exista. Esta perforación no es mas que la gangrena de la apéndice, que puede ser localizada en la punta o generalizada a toda la apéndice.

La localización del absceso es variable y depende de la situación anatómica del apéndice, puede estar en la FID que es la situación normal, pero puede ser prececal, pelviano, retrocecal, o subhepático, o dirigirse retrocecal hacia arriba y simular un flemón perinefrítico. Otras veces es periumbilical y se encuentra entre las ansas intestinales.

Síntomas: Los síntomas funcionales de la apendicitis con peritonitis localizada, son iguales a los que hemos descrito para la apendicitis parietal, son más intensos y más persistentes.

El examen local muestra la existencia de un foco de peritonitis localizada, es decir, una tumoración más o menos difusa, en forma de carta geográfica, como dice **Roux** y que a veces está oculta por la contractura del gran oblicuo. Es lo que es importante pues la masa dura y dolorosa y casi siempre sonora a la percusión y el resto del abdomen estará libre.

¿Cómo se diferencia la apendicitis supurada? Es muy importante esta distinción porque su existencia dicta la intervención quirúrgica. El enfermo tiene varios días de temperatura elevada, lengua seca, pulso pequeño, edema en la pared de la fosa iliaca, con venas dilatadas, estos síntomas descritos por **Jalaguier**, son mas que demostrativos y hacen la operación imprescindible pues existe el riesgo de la ruptura del absceso dentro de la cavidad peritoneal libre.

Los síntomas descrito por **Roux de Lausanne** son, 1ro. la temperatura subiendo a 38.5 a 39 grados si hay pus, sino baja, 2do. a

la palpación del abdomen la tumefacción tiene una sensación especial, de estopa mojada o de cartón mojado. La punción del abdomen ha sido abandonada, por peligrosa y tiene el riesgo de abrirlo a la cavidad peritoneal, con la muerte del enfermo.»

A continuación el autor plantea los diagnósticos diferenciales, que son, la osteomielitis del hueso Iliaco, la Coxalgia, a Psoitis, la invaginación intestinal, las anexitis, el flemón perinefrítico.

Tratamiento: El tratamiento de las apendicitis con peritonitis localizada es una de las cuestiones más arduas de la cirugía, de las más debatidas y las conclusiones que se tienen no están aún bien establecidas. Todos los cirujanos están de acuerdo para practicar la intervención desde que hay pus, y también hay acuerdo de realizarla en la fosa iliaca y no en la línea media. También hay acuerdo de hacerla con la mayor rapidez posible, es decir contentándose de asegurar el drenaje de los absesos, no buscando el apéndice, sino cuando su extirpación no exija maniobras considerables, que traerían grandes inconvenientes, la ruptura de adherencias que limitan el proceso de la peritonitis y que constituye la reacción salvadora. Por eso los lavados están contra indicados.

La mejor incisión es la de la ligadura de la Iliaca prolongada si es necesario hasta la espina iliaca antero superior. En los casos que el absceso apunte hacia otra parte se hará la incisión en ese sitio y allí en ese lugar establecer el drenaje. Así entonces lo ideal es drenar el absceso y extirpar el apéndice, causa del mal, pero esto o es siempre posible y al cirujano le corresponde medir la resistencia del enfermo al cloroformo, y al acto operatorio, calculando los destrozos que produciría la extirpación del apéndice ya enquistado, no perdiendo de vista que esta que es cierto, que la extirpación aumenta a veces la gravedad de la intervención. Todavía es un estudio que debería hacerse cual es el resultado definitivo de un enfermo operado sin resección a con ella.

¿Cuándo no haya absceso que conducta se debe seguir? presento un caso a la Socie-

dad de Cirugía de París, un caso interesante de apendicitis operada en su faz aguda, antes de la formación del absceso y que estaba a punto de perforarse. Entonces **Quenu** se preguntaba cuáles hubieran sido las consecuencias de un purgante en ese caso.

Yo creo sin embargo señores, con alguno de mis maestros, que el purgante es bueno con la condición que se de al principio de la enfermedad, cuando aún no hay amenaza de perforación, porque en los casos que la perforación sea lo suficiente rápida se hará con o sin purgante. Por lo tanto, yo creo que en toda apendicitis, es necesario limpiar el intestino con purgantes y tenerse pronto a una intervención quirúrgica si hay amenaza de supuración.

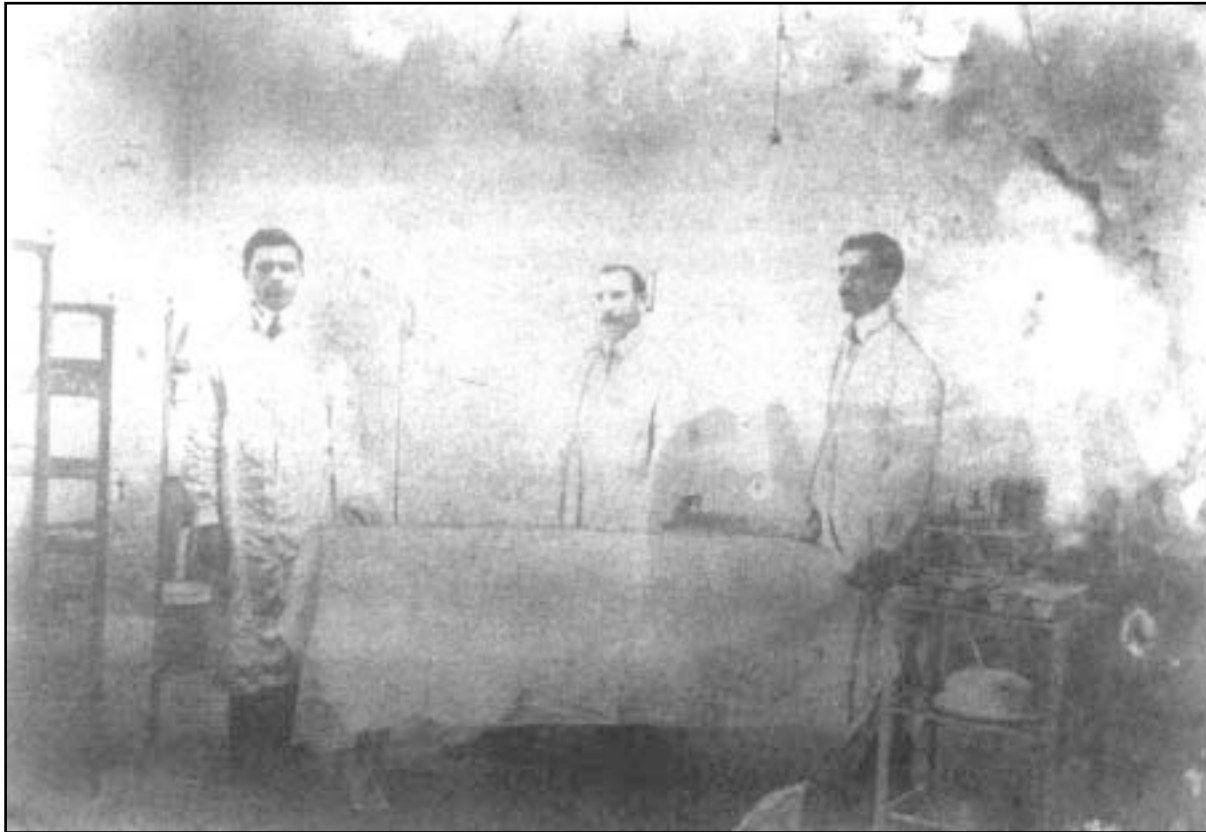
Hemos visto que hacer cuando no hay pus y cuando lo hay, pero el problema esta en los casos dudosos. Si dejais al enfermo cuando el absceso está formado, una espera de horas puede ser fatal. Por otra parte la operación esta lejos de ser inofensiva y caer en un foco supurado puede diseminar la infección al resto del peritoneo, La experiencia ha demostrado que intervenir en la faz aguda son muy graves y de allí el hecho de operar cuando ya hay pus. Pero señores, esto no resuelve la cuestión y es triste dejar morir un enfermo porque nuestros medios diagnósticos son insuficientes. **Quenu** ha tenido el mérito de dar un gran paso en esta cuestión, lo grave en abordar el foco en estos casos agudos no esta en abordar el foco, sino en las maniobras de exploración, contentándose llegar sobre el intestino y colocar una mecha, **Quenu** cree que allí se crea un foco de menor resistencia y el pus tiende a buscar la mecha en lugar de seguir otro camino. En resumen las conclusiones de **Quenu** son muy absolutas y el cirujano siempre debe ir a buscar el absceso. Yo creo que la verdadera conducta a seguir es la siguiente: En caso de fuerte duda no hagan correr el riesgo al enfermo de desconocer un absceso, o se olviden que las horas que se pierden no se ganan más y operen y llegado al foco ustedes podrán perfectamente sin desgarrar adherencias practiquen una ligera exploración hacia la parte inferior, y si no encuentran nada aténganse a la conducta de **Quenu**.

*Aquí termina la clase en los apuntes del **Dr. Alberto Langón** sobre las apendicitis agudas y hemos reproducido su contenido, casi completamente y nos hemos situado en la primera década del siglo XX donde se están discutiendo toda una serie de dudas, que existían todavía sobre la conducta a seguir con esta afección. De esta manera hemos contribuido a situarnos en esa época, donde tantas polémicas se habían desatado y que todavía no se llegaba a un acuerdo total entre los distintos cirujanos.*

Por lo tanto, podemos inferir que la existencia del H. Pinilla en Paysandú, con una sala de operaciones elemental, pero que, funcionaba como tal, pues hemos conocido amigos de la ciudad que habían sido sometidos a distintas operaciones, como por ejemplo, amputaciones del brazo y la existencia a partir del 1902 del **Dr. Lorenzo Lombardini** cirujano formado en París, se daban las condiciones para operar apendicitis, que por otra parte figuran como diagnósticos en los libros de entrada del Hospital a partir del año 1904.

Lo que si es seguro que en el año 1910, ya se practicaban en forma corriente las apendicectomía dado que aparecen los diagnósticos de apendicitis con mayor frecuencia en los libros de ingresos.

Es notable observar que, estos cirujanos se manejaban con la clínica, únicamente para llegar a un diagnóstico buscando los mas mínimos detalles de la signología del paciente y solamente con los controles de temperatura. No tenían todavía disponible los estudios Radiológicos. Estos existían en un equipo que llega a Montevideo en los últimos años del siglo XIX y particularmente en el Hospital Pinilla, nunca tuvo Rx y el primer equipo del H. Galán y Rocha llegó alrededor de 1917-1918. Pero el equipo de buenas prestaciones los trajo el **Dr. A. Langón** de París en el año 1928. Se trató de dos equipos de GAIFFE CAILLOT PI LON de buena potencia en amperaje y voltaje para la época. Además trae 2 aparatos de Ombredanne para anestesia que se usaron hasta la década del 60.



Esta foto es tomada del libro *Crónicas del Hospital Pinilla* del mismo autor y corresponde a la Sala de Operaciones del Hospital Pinilla en el año 1910. De izquierda a derecha: el enfermero **Sr. Severgnini**, el **Dr. Martín Majo**, director del hospital y el **Dr. Alberto Langón**.

Como elementos se ve, una camilla común, que hace las veces de mesa de operaciones, dos vitrinas para guardar los instrumentos, dos mesitas de hierro y vidrio donde están las palanganas, bandejas, frascos de desinfectantes, tambores de gasas. Como iluminación 3 bujías eléctricas que caen del techo. No existían las cialíticas.

Con esta infraestructura, es difícil concebir actos de cirugía complejos como se hacen ahora, pero ya es un lugar donde un cirujano de la época puede actuar. En este ambiente quirúrgico, entre los años 1901 y 1906, en un total de 2200 enfermos internados, hubieron pacientes factibles de tratamiento quirúrgico.

Heridas	146
Fractural	46
Obstrucción intestinal	16
Quemaduras	10
Lipomas	9
Apendicitis	7
Amputaciones	3
Cáncer	99

Estos son los primeros diagnósticos de apendicitis registrados en el H. Pinilla, pero que no figura el tratamiento que recibieron. Pero insistimos, que ya estaban dadas las condiciones para poder ser operados. Pues estaba allí el **Dr. Lorenzo Lombardini**, formado en la escuela de París y que estaba capacitado para realizar ese tipo de operaciones. Siguió trabajando hasta el año 1928, en que tiene que retirarse por una úlcera en la palma de la mano, provocada por una larga exposición a los Rx.

Por lo tanto, podemos ver que cuando aún no se había inaugurado el Servicio de Urgencia del Hospital Maciel (1912) donde comenzaron a actuar los 4 cirujanos de urgencia, a los que, el Profesor **Mane Garzón** y sus colaboradores denominan «El cuarteto de la Urgencia» Dres. **Manuel Albo**, **Domingo Prat**, **Garibaldi Devinzenzi** y **José Iraola**. Ya en el hospital Pinilla, se estaba diagnosticando las apendicitis desde el año 1901 y posiblemente se estaban operando después del año 1904, fecha que no podemos precisar exactamente, pues como vimos anteriormente ya figuran los diagnósticos pero no

el tratamiento realizado. Desgraciadamente los libros de sala de operaciones comienzan a aparecer después de la inauguración del Hospital Galán y Rocha, en el año 1915. Entonces a partir de ese momento, ya en el año 1918 los Cirujanos **L. Lombardini** y **A. Roldán** según los libros, operan frecuentemente las apendicitis, siendo ésta, la cirugía más frecuente en ese hospital. También los familiares directos de estos médicos, dicen que las operaciones mas frecuentes eran las de apendicitis y las de vesícula.

Con estas consideraciones podemos ver, que en esta primeras épocas de la cirugía de nuestro país, cuando se estaban formando los grandes cirujanos generales de la época en Montevideo, también existían en los hospitales de los departa-

mento del Interior del país, cirujanos formados en Francia que con pocas diferencias en el tiempo, estaban desarrollando el comienzo de la cirugía en esa época. Esta situación se plantea de manera muy evidente en la historia del desarrollo del conocimiento y cirugía de las Apendicitis agudas.

Hemos recogidos algunos datos fragmentarios, pero de valor, sobre lo ocurrido en otros departamentos del Interior del país

1) En la ciudad de Durazno según nos relató el **Dr. Pedro Etcheverría**, cirujano de esa ciudad y muy dedicado a los estudios de la historia local, nos dice que la primera apendicitis aguda operada en esa capital, está asentada en los libros de Sala de Operaciones, por el Cirujano, **Juan Díaz**, en el mes de diciembre de 1914.

Consideraciones finales

En un trabajo del año 1990 *Apendicectomía, una visión contemporánea*, publicado en "Los anales de Cirugía" nos muestra en lo que estamos en el momento actual respecto a esta afección.

Se presentan 4950 apendicectomía, con un rango de, 6 meses a 82 años

Se encontraron 13% de apéndices normales, 66% de Apendicitis agudas, 21% de Apendicitis perforadas.

La temperatura \geq a 100 y la leucocitosis \geq a 10.000, no fueron valederos para determinar los pacientes con apendicitis, de los apéndices normales.

El riesgo de la perforación según la edad fue: menos de 8 años 38% versus 18% de los mayores de 18 años.

Hubieron 4 muertes en la serie (0.08%).

Las complicaciones que incluyen las reoperaciones y la sepsis abdominal, se vieron muy aumentadas en los casos con perforación.

Como conclusión a pesar del marcado descenso de la mortalidad, la frecuencia de la perforación y la apendicectomía en apéndice sano, no han variado en estos años.

Transcurrieron mas de 100 año entre las primeras operaciones, en las que la mortalidad era elevadísima, entre el 10 y el 50% y aunque la apendicectomía fue aceptada rápidamente en los EE.UU., la mortalidad permaneció elevada. En el estado de New York a principio de siglo, se observaba una tasa de mortalidad del 10 por 100.000 habitantes. Para los años 1930, la mortalidad subió a un 15 por 100.000, aunque en ese lapso la cirugía fue ampliamente aplicada. Después de 1934 con la aparición de las sulfas y más adelante de los antibióticos, la mortalidad desciende al 2 por 100.000, en 1950. Después de los años 80, la mortalidad ha descendido al 0.12%. En la actualidad, una estadística de Guller, del año 2004, con 145.290 pacientes, la mortalidad general fue del 0.18%

Todos los cirujanos, que hemos realizado, más de 50 años de guardias, en los hospitales del MSP y de las IAMC, tenemos cantidad de anécdotas sobre esta afección, que todavía se presenta de manera muy proteiforme, que puede confundir a un cirujano muy joven o desprevenido. Sin embargo los principios establecidos por aquellos maestros nos han permitido salir triunfantes frente a esta enfermedad, que en sus primeras épocas era una «Killer Disease». También tenemos que agradecer a los nuevos métodos de diagnósticos complementarios, Rx simples y contrastadas, ecografías, TAC, laboratorio clínico, que nos ayudan enormemente en los casos dudosos.

En los últimos 20 años ha aparecido en el arsenal de los cirujanos, una nueva técnica que es la Laparoscopia, que si bien al comienzo tuvo resistencias al cambio, hoy se ha establecido como un medio adecuado para realizar la apendicectomía. Si embargo, aún se discuten, a pesar que las grandes estadísticas muestran lo contrario, las ventajas de esta técnica. Los últimos números han mostrado que la mortalidad es menor en las laparoscópicas 0.02 % contra 0.23% de las convencionales. Por lo tanto, los autores con grandes números de casos concluyen que, la apendicectomía laparoscópica ha sido el último avance significativo en la lucha contra la apendicitis aguda.

Hemos llegado al final de este trabajo, de la historia de una enfermedad muy frecuente y potencialmente mortal y con complicaciones graves. De este repaso de la historia, se pueden extraer enseñanzas muy valederas para los nuevos cirujanos que se enfrentan diariamente con los cuadros agudos de abdomen.

Vaya nuestro agradecimiento y admiración para los pioneros antes citados, cuyos esfuerzos ineludibles permitieron vencer a una enfermedad que historicamente fue muy temida y que tuvo un alto costo de vida, en una población de enfermos generalmente jóvenes .

Quirófanos de hospitales de EE.UU. a fines del Siglo XIX



Esta imagen muestra, una típica Sala de Operaciones en EE.UU. a fines del siglo XIX, lugar donde acontecieron la mayoría de los hechos relatados en este libro. Como se ve el Block Quirúrgico lleno de visitantes médicos con traje de calle, observando al Profesor operando sentado, sin gorra, ni tapabocas. En estas condiciones trabajaban la mayoría de los autores citados en estas páginas y sin embargo sentaron las bases de la cirugía moderna.



Esta imagen se titula la *Clínica de Gross* del año 1875. Se trata de un óleo de 74x96 pulgadas del pintor **Thomas Eakins**. Aquí podemos apreciar la figura del Dr. **Samuel Gross** con sus ayudantes operando a nivel de la pierna, seguramente una secuestrectomía del fémur.

Ninguno lleva túnica, ni gorro y tapabocas. Tampoco se ven campos estériles. A la izquierda una mujer, al parecer familiar del paciente, se tapa los ojos horrorizada. Arriba y a la izquierda un escribiente sacando notas.

Bibliografía

- 1) El cuarteto de la urgencia. **Fernando Mañe Garzón**. Historia de la cirugía de Urgencia en el Uruguay. Tradinco - *Montevideo 2005*.
- 2) **Profesor Jorge Lockhart**.-La historia del Hospital Maciel. Rosgal S.A. *Montevideo 1982*.
- 3) **Dr. Wahington Lanterna y Luisa Del Pino**. Cronicas del Hospital Pinilla. Imprenta Rosgal S.A. *Marzo 1994*.
- 4) **Perez Fontana Velarde**. Cincuentenario de la fundación del Servicio de Urgencia del Hospital Maciel 1912-1962. La apendicitis en el Uruguay. En Arch. Dept. Médico Fac. Med.
- 5) **Alfredo Navarro**. La Apendicitis. La Facultad de Medicina. 1896.
- 6) **Oliver J.H.** Apendicitis crónica y apendicectomía. Rev. Med.Uruguay, 1899 2;263-273.
- 7) **Arrizabalaga, G.** Indicaciones sobre las intervenciones quirúrgicas en las apendicitis agudas. Rev. Med. Uruguay, 1907, 10:168-176.
- 8) **Merola L.** Apendicectomías difíciles. An. Universidad. 1914, 24:424:431.
- 9) **Roldan A.** Casos de apendicitis operadas en el Sanatorio Lamas y Mondino. Primer Congreso Médico Nacional 1916, 3:273-257.-
- 10) **Prat. D.** Apendicitis agudas. El tratamiento inmediato, en cualquier momento de su evolución An.Fac.Medicina. Montevideo.
- 11) **Devinzenci G. y Velarde Perez Fontana**. Diagnóstico precoz de la apendicitis aguda Congreso médico del Centenario. 1:92-110.
- 12) **Del Campo J.C.** Apendicitis. Primer Congreso Uruguayo de Cirugía.
- 13) **Reginal Fitz**. Perforating Inflammation of the Vermiform appendix whith special reference to its Diagnosis and treatement.-Amer. Phys, Philadelphia 1886.
- 14) **Miguel Statti**. Apéndice, Tiflitis, Apendicectomía, Antibióticos, Laparoscopia: Un largo camino. Revista del hospital privado de la comunidad.
- 15) **Llanio R.** Laparoscopia de urgencia.- Editorial Habana Cuba 1977.
- 16) **Semm K.** Endoscopic Appendectomy.
- 17) **Rainey Williams G.** Presidential address. Ann. Surg 1983;197:495-506.
- 18) **Treves F.** Lancet. 1888:295.
- 19) **Fowler G.R.** Am. Surg. 1894. 19:4-146.
- 20) **Sir Frederick Treves** .Not just an appendix. P.Mirilas, J.E.Skandalakis.Archives of diseases in Childhood 2003;88:549-552.
- 21) **John L. Powell**. Anecdotes on Appendicitis. Charles Mc Burney, MD (1845-1913) Journal of pelvic Surgery Vol 7. Nro.1, 39-41.
- 22) **Amyand C.** Of an inguinal rupture with a pin in the appendix caeci encrusted whith stone. R Soc. London 39:329, 1736.
- 23) **Hancock H.** Disease of the appendix Caeci cures by operation. Lancet 2;380. 1848.
- 24) **Mc Burney C.** Experience with early operative interference in cases of disease of de vermiform appendix. NY. Med. J. 50:676, 1889.
- 25) **Mc Burney C.** Thr incision made in the abdominal wall in cases of appendicitis,with description of a new method of operating. Ann. Surg. 20:38, 1894.
- 26) **Mestiver M.** Observation sur un tumeur,situe proche a la regionn ombilicale, occasionee par un grosse epingle trouvee dans la appendice vermiculare du caecum .J. Med. //chir. Pharm (Paris) 10:441, 1759.
- 27) **Melier F.** Memoires et observations sur quelques maladies de la appendix caecal. J.Med. Chir. Pharm (Paris) 100:317, 1827.
- 28) **Tait R.L.** Surgical treatment of thiphlitis . Birmingham. Med. Rev. 27;26, 1890.



Historia de la Apendicitis
en el Uruguay

Dr. Washington Lanterna

Paysandú - Uruguay - Diciembre de 2005