

HISTORIA DE LA CIRUGIA

La cirugía en Montevideo al empezar el siglo. Apendicectomías y cirugía biliar

Dr. Raúl Praderi

"Destruir el mal, curar, restaurar, sí restaurar! Conservar un tejido, un órgano, reemplazar un miembro de un ser viviente por el de otro que en él se injerta y vive: parece un cuento de hechicero, ... es la visión gloriosa de la cirugía humana del mañana!"

Alfredo Navarro - 1916 (38).

Las primeras apendicectomías, colecistostomías y gastro-enterostomías se efectuaron en el Uruguay en los últimos años del siglo pasado, en forma casi simultánea con algunos países europeos.

Existían entonces dos clínicas quirúrgicas en la Facultad de Medicina de Montevideo, ocupadas por Alfonso Lamas y Alfredo Navarro desde 1898 y 1896 respectivamente.

En sus salas, y en la puerta del Hospital Maciel, se formaron casi todos los nuevos cirujanos.

Durante los dos primeros decenios del siglo, ya incorporada la antisepsia y la anestesia, se desarrolló rápidamente la cirugía visceral que respondía a una evidente influencia europea sobre todo francesa. Se inició así la cirugía biliar y gástrica; se operaron los primeros quistes hidáticos de hígado y pulmón; comenzó a efectuarse la cirugía colonica.

Trataremos de dar una idea de esa época de nuestra cirugía con datos obtenidos de la tradición oral y la memoria de algunos colegas; de los libros de operaciones de las clínicas y los sanatorios; de las tesis de doctorado, y de algunos artículos aparecidos en las primeras *Revistas Médicas uruguayas*.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: History of Medicine.

Al terminar el siglo XIX, la cirugía en nuestro país se había popularizado dejando de ser excepcional, y si bien muchos médicos se resistían a operar sus pacientes poco a poco se fueron convenciendo de que algunas afecciones solamente se podían curar con métodos cruentos.

Nos referiremos a los últimos años del siglo y los primeros del presente, en los cuales funcionaban en el Hospital Maciel de Montevideo, dos Clínicas Quirúrgicas de nuestra Facultad de Medicina. Las ocupaban Alfonso Lamas, discípulo de Pugnalin, desde 1898 y Alfredo Navarro desde 1896 (14).

Podríamos decir que este período empezó en el Uruguay con las revoluciones de 1897 y 1904, de las cuales se ha ocupado el Dr. Bergalli.

Entre tanto en Europa se vivía la Belle Époque, las metrópolis de los grandes imperios coloniales centralizaban la actividad científica universal. Existían Facultades de Medicina con sus correspondientes clínicas quirúrgicas en las grandes capitales y en las ciudades principales.

Las Universidades alemanas que comprendían los imperios centrales y Suiza, sumaban veintiocho Facultades de Medicina (4). En ellas se inició a fin del siglo la cirugía digestiva moderna.

En Francia funcionaban las Facultades de Montpellier, Nancy y París en 1875 (4), a las que se agregaron luego otras en Toulouse, Lyon, Lille, etc.

En las Islas Británicas existían a fin del siglo diez Escuelas de Medicina (4).

En Estados Unidos, los hermanos Mayo habían inaugurado su clínica en Rochester, con un concepto científico moderno y práctico de nuestra profesión.

Los cirujanos de Boston, Chicago, Nueva York y Filadelfia revolucionaban la cirugía perfeccionando las enseñanzas de las escuelas europeas o creando nuevos conceptos de patología y técnica basados en estudios científicos objetivos y desprejuiciados.

Pero los ojos de nuestros cirujanos estaban fijos en París, donde las reuniones de la Sociedad de Cirugía y la Academia de Medicina junto a los Congresos Anuales de Cirugía, eran el foro donde se discutían las nuevas técnicas y conceptos.

Este período terminó con la guerra mundial de 1914 al 18 la cual, pese a las muertes y miserias que provocó, determinó muchos progresos en nuestra profesión por la tremenda experiencia en el tratamiento de los heridos. Después de ella (1918-19) llegó a nuestro país la terrible epidemia de gripe.

La información sobre esta época de la Medicina uruguaya la hemos obtenido de algunas tesis de doctorado, de la Revista Médica del Uruguay, la Revista de los Hospitales, y los viejos libros de operaciones de Navarro, Lamas y el Hospital Británico. También de dos mag-

nificas conferencias inéditas dictadas en los Congresos Uruguayos de Cirugía por Héctor Ardao, sobre Lamas y Navarro, de las anécdotas del recientemente desaparecido decano de nuestra profesión Dr. Julio Nin y Silva, de los recuerdos de nuestros colegas: Alfredo Navarro (h.), Jorge Lockart, Folco Rosa y Alfredo Pernin.

MONDINO: LA ANTISEPSIA Y LA ASEPSIA

Ya señalamos como Pugnalin introdujo en el Uruguay la antisepsia y luego la asepsia.

Uno de sus discípulos, Luis Mondino (22), presentó en 1894 su tesis de doctorado sobre la desinfección quirúrgica (35). Para ello hizo estudios bacteriológicos en las Salas y los cuartos de curación del Hospital Maciel. Analizó los métodos de esterilización y de antisepsia y consignó todos los datos estadísticos y bacteriológicos estableciendo el ritual del lavado y desinfección quirúrgica. Desde luego que los cirujanos operaban sin zapatos, vestidos con sus trajes de calle, con cuellos almidonados. Sólo utilizaban túnicas estériles. No se usaban todavía tapabocas ni guantes de goma, que introdujo más tarde Navarro (32). Cuenta García Lagos (32) que las manos de los cirujanos quedaban impregnadas de olor fétido después

de operar abscesos pútridos sin guantes. Se lavaban con permanganato y bisulfito pero igual les duraba el olor por varios días.

Mondino hizo también diseñar al ingeniero Soudriers el plano de una sala de operaciones con el cuarto de esterilización y el "cuarto del enfermo" que era la habitación donde quedaba el operado. Desde luego que nadie soñaba con los quirófanos de hoy de donde salen decenas de operados de las más variadas afecciones.

Una copia de ese plano junto con el original de la carta que transcribimos a continuación, los encontró el que esto escribe, muy bien conservados, dentro del volumen encuadernado de su Tesis, que envió y dedicó Mondino a Domingo Prat. Aquella sirve para dar una idea del tipo de patología que se operaba en el Hospital Maciel en los últimos años del siglo pasado:

"Montevideo, Octubre 9/928.

Señor Dr. Domingo Prat.

Estimado colega:

Varias veces Ud. ha insistido para que yo haga la historia de la Cirugía aséptica en nuestro medio.

Como le prometí, le mando uno de los pocos ejemplares de la tesis que escribí sobre este tema, publicada en el mes de Marzo de 1894, Tesis que tuve que presentar porque así lo exigían los reglamentos de nuestra Facultad de Medicina al concluir la carrera de Médico.

Pues bien, todos los procedimientos allí descritos se empleaban desde el año 1892 en la Sala Maciel por el Dr. José Pugnalin, que fue el verdadero creador entre nosotros de la cirugía aséptica.

Recuerdo uno de los ciclos quirúrgicos que se hicieron en aquel entonces para que Ud. se dé cuenta de lo importante de estas intervenciones, éstas se practicaron en un espacio de unos 10 días.

- 1 quiste del ovario unilocular.
- 1 quiste del ovario multilocular.
- 1 embarazo ectópico con inclusión fetal de 4 meses.
- 1 fibromioma uterino.

Todas operaciones muy laboriosas por estar llenas de adherencias, pues las enfermas se operaban en último caso, todas ellas con un postoperatorio ideal, cuando poco tiempo antes los pacientes que se operaban tenían un desenlace fatal.

En estas primeras operaciones sólo se empleaba la seda como material tanto para los pedículos intraperitoneales como para la sutura de la pared abdominal, que se hacía en un solo plano. La seda así como las agujas se esterilizaban con una pequeña autoclave.

Tiempo después se empezó a emplear el catgut.

Después del Dr. Pugnalin fue el Dr. Pouey, sobre todo en la ciudad que practicó la cirugía aséptica y luego la asepsia, fue practicada por todos los cirujanos jóvenes de aquella época, entrando por lo tanto en la práctica corriente.

Sin otro motivo y dejando satisfechos sus deseos, lo saluda su amigo que tanto lo estima.

L. Mondino."

En el período al que nos referimos se construyeron en Montevideo nuevos Hospitales: Español, Italiano, Británico, Militar y Pereira



Fig. 1.— Portada de la Tesis de Mondino.

Rossell, con Salas de Operaciones y Equipo de Esterilización.

Hasta entonces, los cirujanos operaban sus pacientes privados en las casas de familia, sobre la mesa del comedor; preparaban los pulverizadores de Fenol y luego los campos e instrumentos estériles, como hemos visto en las descripciones de Brian.

El enfermo quedaba en su lecho y se decía que al día siguiente los cirujanos se aseguraban por los vecinos de que sobrevivía antes de visitarlo.

Pernin (42) transcribe unas páginas de Mondino al respecto:

“A fines del año 1896, el Prof. Lamas me propuso establecer un pequeño Sanatorio, pues teníamos que operar en fondas y casas particulares, con grandes inconvenientes para poder hacerlo en las debidas condiciones. . . . Lo establecimos, a fines de ese año, en una casa quinta, con cinco piezas destinadas a los enfermos. Dos años después arrendamos una casa más amplia en la calle Durazno, donde estuvimos hasta 1906. Mientras tanto, y adquirido un cuarto de manzana en las Tres Cruces (Camino 8 de Octubre), se edificó el Sanatorio que fue el primero construido expresamente para ese fin.”

LAMAS Y NAVARRO: LAS CLINICAS QUIRURGICAS

Alfredo Navarro estudió Medicina en París desde 1887. Allí conoció a Pasteur, que concurría junto a los jóvenes estudiantes a algunas clases de su discípulo Roux.

En ese momento las ideas de Lister triunfaban en Europa. Seguramente Navarro estaría en las galerías del anfiteatro de la Sorbona en 1892 cuando se brindó el homenaje a Pasteur, con motivo de su 60º aniversario, en el que éste se abrazó con el creador de la antisepsia quirúrgica al terminar el discurso del Presidente Carnot (16).

Navarro concursó por el internado contra ochocientos aspirantes de toda Francia y obtuvo el segundo puesto detrás del luego famoso Víctor Pauchet.

En 1894 volvió a Montevideo, donde se incorporó a la docencia como profesor interino de Medicina Operatoria, luego de Patología Quirúrgica y finalmente de Clínica Quirúrgica en 1896. En 1903 accedió a la titularidad que desempeñaría hasta el año 1945 (62).

En 1898, Alfonso Lamas sucedió a su maestro Pugnalin ocupando la 2ª cátedra de Clínica Quirúrgica. Lo acompañó Luis Mondino como Jefe de Clínica y luego como Profesor de Clínica Quirúrgica Adjunto, constituyendo un binomio inseparable durante todas sus vidas de cirujanos (8, 56).

Lamas era un brillante docente y ameno expositor; Mondino, gran estudioso, transmitía a Lamas el fruto de sus lecturas científicas que comprendían todo lo que se publicaba en Francia, Inglaterra y Estados Unidos, pues dominaba el inglés desde su juventud (57).

Navarro fue también un erudito que reunió en su enorme biblioteca de la calle Buschental, todo lo publicado en Europa de cirugía, incluyendo la bibliografía alemana, no sólo de cirugía general, sino también de dos especialidades de su preferencia: la ortopedia y la urología.

Parte de las colecciones de esa biblioteca y la de Luis Mondino, integran el acervo de la de nuestra Sociedad de Cirugía, ubicada en el Hospital de Clínicas de Montevideo.

Cuando se inició la revolución de 1904, Alfonso Lamas, que era blanco, se reunió con los insurgentes ocupando el cargo de cirujano mayor del Ejército Nacionalista, dejando su cátedra en manos de Mondino (56).

Presidía el Directorio del Partido Nacional que declaró la guerra al gobierno Colorado.

El Presidente Batlle, que era amigo personal de Lamas, al cual según Lockhart había operado de una hernia, lo destituyó de su cargo. Al terminar la guerra muchos profesores de la Facultad, médicos y estudiantes intercedieron para que se reintegrara a la docencia. Entre ellos el propio Navarro, que era colorado (llegó a ser Vicepresidente de la República) fue quien medió frente a Batlle para obtener su reincorporación a la cátedra.

Volvió a su clínica del Maciel con su amigo Mondino (que era colorado) y permaneció en ella hasta 1935 (57).

Desde luego que existía rivalidad entre ambas clínicas y ella se extendía a veces a la clientela de la ciudad. Pero esas dos grandes escuelas, junto con el Servicio de Puerta del Hospital Maciel, fueron la cuna de las futuras generaciones de cirujanos.

Ardao ha relatado una anécdota acaecida 46 años después de la última revolución que demuestra la personalidad de Lamas.

Cuando en 1950 presidió Héctor Ardao el 1er. Congreso Uruguayo de Cirugía, fue a buscar a Don Alfonso Lamas para que asistiera desde el estrado a la inauguración. Como el entonces Presidente colorado de la República, Luis Batlle Berres, se demoró en llegar y el acto no se iniciaba, Lamas se retiró con estas palabras: “Un Lamas no espera a un Batlle”.

LA PATOLOGIA QUIRURGICA EN 1900

Para tener una noción de la cirugía de esa época hay que recordar que la patología era diferente. Las enfermedades infecciosas (sífilis, tuberculosis, supuraciones piógenas), para las cuales prácticamente no había medicamentos, constituían la patología frecuente.

Las infecciones osteo-articulares: osteomielitis, osteoartritis y las tuberculosis osteoarticulares y ganglionares, debían ser tratadas por los cirujanos.

No había especialización quirúrgica, de modo que los cirujanos generales atendían a los enfermos urológicos, a las mujeres con afecciones genitales, y a los niños.

La cirugía oncológica de partes blandas era común pero los tumores viscerales no se operaban.

Si sumamos la patología traumática osteo-articular y de partes blandas, tendremos una noción de la cirugía de la época.

Las operaciones abdominales eran poco frecuentes, solamente se hacían drenajes pleurales y las trepanaciones eran excepcionales.

Del libro de historias de la clínica de Navarro, de 1901 (36), tomamos la siguiente lista:

- 25/3 Hernia inguinal congénita. Operada. Procedimiento de Navarro. Alta.
- 25/3 Neoplasma de vejiga. Talla y resección de tumor del trigono. Muerte al día siguiente.
- 23/4 - Apendicitis. Apendicectomía y drenaje de absceso. Alta a los 20 días.
- 1/3 - Mal de Pott abscedado. Reposo absoluto. Alta en abril.
- 27/2 - Sífilis ósea de pierna derecha. Pomada mercurial.
- 19/3 - Orquiepididimitis tuberculosa. Abandonó la sala.
- 11/3 - Hernia inguinal. Cura radical. Alta.
- 10/4 - Fractura de antebrazo expuesto. Curación: gotera de yeso. Alta.

- 14/4 - Epitelioma de mejilla. Resección. Alta.
- 1/4 - Orquiepididimitis hemorrágica. Lavajes uretrales con permanganato. Vendaje en Espica.
- 2/4 Epitelioma de lengua. Se considera inoperable.
- 27/4 Hipertrofia de la próstata. Cateterismo uretral.
- 29/4 Herida penetrante de muslo. Lavado y curación.
- 7/4 - Sinovitis tuberculosa del flexor del pulgar. Tuberculosis pulmonar. Sin tratamiento.
- 22/3 - Hidrocele enquistado. Resección. Alta.
- 18/5 Goma enquistado en región esternal. Yoduro de potasio y de mercurio.
- 20/5 - Tuberculosis de los epidídimos y cistitis tuberculosa. Oxígeno en la vejiga.
- 25/4 - Hipertrofia de próstata. Talla hipogástrica. Alta.
- 14/1 Fístula ano-rectal. Apertura de los trayectos.
- 12/3 Epitelioma de labio inferior. Resección y plastia con piel de la región de los carrillos. Alta.
- 23/5 - Quiste hidático de hígado. Operación por el procedimiento australiano.

Como se ve en esta lista, algunas afecciones de esa época como los gomas y la sífilis ósea, las epididimitis tuberculosas y los abscesos pótti-

CUADRO 1

<i>Admitted</i>	<i>Name</i>	<i>Age</i>	<i>Natio- nality</i>	<i>Occu- pation</i>	<i>Ship or residence</i>	<i>Days</i>	<i>Amount</i>	<i>Disease</i>	<i>Surgeon</i>	
2/1/04	C. G. de C.	35	urug.		Minas	improved	23	\$ 46	Gunshot wound of palate	Dr. Ernesto Quintela
4/1/04	R. R.	55	urug.	estanciero	Río Negro	cured	10	\$ 30	Branquioma neck	Dr. Alfredo Navarro
5/1/04	A. V.	49	spanish	labores	Daymán 213	cured	11	\$ 15	Hydrocele	Dr. Jaime Oliver
9/2/04	E. B.	29	urug.	clerk	Reconquista 659	cured	23	\$ 89	Apendicitis	Dr. Ernesto Quintela
12/2/04	D. A.	21	sweden	seamen	"Maritana"	improved	4		Siphilis	
2/3/04	P. D.	21	english	clerk	Rincón 321	cured	15	15	Hemorroides	Dr. García Lagos
5/3/04	M. Mc L.	45	british	seamen	S. S. "Aleola"	cured	12	\$ 12	Dislocation of shoulder	
23/3/04	H. D.	23	rusian	saemen	"Delta"	improved	7		Siphilis	
24/3/04	E. T.	32	british	saemen	"Delta"	improved	5		Poliarthrititis	
28/3/04	J. B.	44	urug.	sailmaker	Central Station	improved	2	\$ 1	Abscess testicle	Dr. García Lagos
4/4/04	J. S.	50	italian	servant	Sarandí 348	cured	19	\$ 19	Hernia (double)	Dr. García Lagos
15/4/04	T. R.	39	urug.	escrib.	Reconquista 230	cured	10	\$ 60	Hemorroides	Dr. García Lagos
20/4/04	M. P.	4	urug.		San Ramón	cured	16	\$ 116	Hydatic Cyst.	Dr. Alfredo Navarro

Copia abreviada de una página del libro de registro del Hospital Británico de Montevideo. El Dr. García Lagos, más tarde Profesor de Clínica de la Facultad de Medicina, era el cirujano del mismo. Como se aprecia, otros cirujanos operaban allí sus clientes.

mos, hoy casi no existen ni tenemos casos para mostrar a los estudiantes.

Del libro de registro del Hospital Británico (21), que se conserva intacto, reproducimos una página de 1904, en la cual el lector podrá ver los costos y los honorarios de la asistencia, la duración de las internaciones y los nombres de los cirujanos actuantes (cuadro 1).

Hemos salteado aquí algunos casos médicos puros dejando los de tres marineros que paseaban por el mundo sus afecciones venéreas.

Leyendo estos libros nos preguntamos si existirían en esa época algunas afecciones que diagnosticamos hoy, como los cánceres de pulmón, de riñón y de páncreas y donde estarían los pacientes con cirrosis y hernias diafragmáticas. Seguramente en las Salas de Medicina.

Otro tipo de patología vinculada al stress y la velocidad de nuestra vida actual ni siquiera se veía como: las úlceras duodenales, las colitis ulcerosas, las sigmoiditis, las arteriopatías obstructivas y los grandes traumatismos.

NAVARRO Y LA APENDICITIS AGUDA

Esta afección cuya patogenia y clínica fueron establecidas hace menos de un siglo, mataba muchos enfermos en la era prequirúrgica. Sólo sobrevivían aquellos que hacían un plastrón o un absceso periapendicular, que se abría de necesidad en la pared abdominal, el recto o la vagina, constituyéndose a veces una fístula intestinal. Fue necesario que Reginald Fitz (13) de Boston reuniera 25 casos clínicos en los que pudo demostrar como hecho constante la supuración del apéndice vermiforme. Este patólogo introdujo el término de apendicitis para sustituir al de peritiflitis en el que se incluía a esta afección, y aconsejó la operación en la etapa inicial (27).

Recién en 1886 Hall (17) obtuvo la supervivencia de un paciente operado con perforación apendicular en un saco herniario, y Morton al año siguiente la de otro en cavidad abdominal (63). Mc Burney describió en 1889 su punto de dolor y publicó 20 casos apendicectomizados en Nueva York antes del tercer día (34). En Estados Unidos se popularizó rápidamente el tratamiento precoz de esta enfermedad, luego que Murphy precisó el cuadro clínico de la misma (11).

En Europa no eran aceptados los conceptos americanos sobre esta enfermedad; sólo en Francia, dos cirujanos de Lyon: Poncet y Jaboulay, se hicieron eco de la conducta intervencionista norteamericana, publicando 16 observaciones en 1891 y 28 en 1892 (3).

En 1894 Poncet insistió sobre la operación en las primeras 30 horas en la Academia de Medicina de París, pero los cirujanos franceses no creían en las teorías de Fitz, Mac Burney y Murphy ni tampoco en Poncet y Jaboulay (27).

En julio de ese mismo año se embarcaba Alfredo Navarro de regreso al Uruguay (62). No bien llegado al país, comenzó a operar en el Hospital de Caridad de Montevideo. Su fama fue aumentando a medida que realizaba in-

tervenciones en todos los territorios de la anatomía. En esa época fue actor de un episodio que demostró su sagacidad.

Al año siguiente de dejar la presidencia de nuestra República, Julio Herrera y Obes hizo un cuadro febril etiquetado como tifoidea. Navarro fue llamado en consulta por sus once médicos tratantes, presididos por Pedro Visca. El joven cirujano levantó las sábanas descubriendo el cuerpo desnudo del prócer que tenía una supuración inguinal, no reconocida aún. Contra la opinión de sus médicos, pero con la confianza de Herrera, le drenó el absceso en la cama, mostrando el pus a sus colegas espectadores.

En 1897 Navarro fue llamado en consulta por Antonio Serratos (Profesor de Semiología) para ver a un joven de 21 años internado en su sala del Hospital con un cuadro doloroso de fosa iliaca derecha. Hizo diagnóstico de apendicitis y aconsejó la operación, que no autorizó el médico tratante.

Al día siguiente el enfermo estaba balonado, con menos dolor; Navarro hizo diagnóstico de peritonitis e insistió en la operación que nuevamente le fue negada.

Al tercer día Serratos, que diagnosticaba cólico miserere, volvió a llamar a Navarro, y le pidió que operara al paciente. El joven cirujano aclaró que el diagnóstico en ese momento era de gangrena cecal, pero aceptó realizar la intervención, aclarando que el paciente moriría pero, serviría para demostrar a los incrédulos que las apendicitis deben ser operadas precozmente.

Ese mismo año (1897), Navarro operó a dos mujeres de 17 y 30 años con apendicitis aguda y ambas curaron. Las historias clínicas de estos tres pacientes y otros más intervenidos por él figuran en la tesis de Aranguren del año 1898 (2).

Recién ese año llegaba a Montevideo la comunicación de Dieulafoy (12) presentada en 1897 a la Academia de Medicina de París señalando que el tratamiento médico de la apendicitis es nulo y que la operación debe ser oportuna. Es evidente que Navarro conocía los trabajos de los cirujanos americanos, que habría leído directamente. A Montevideo llegaban en ese entonces casi la totalidad de las revistas de cirugía que se publicaban en el mundo.

Entretanto en Europa siguieron largas discusiones en la Academia y la Sociedad de Cirugía de París. Al terminar el siglo eran más los "intervencionistas" que los "contemporizadores" u "oportunistas". Estos últimos, entre los que se contaban Brocca y Tillaux, sólo aconsejaban la operación en frío o cuando el enfermo se agravaba, pero no al iniciarse el cuadro (3).

Uno de los últimos países europeos en que se adoptaron los conceptos de Fitz y Mac Burney fue Gran Bretaña.

La incredulidad de los cirujanos ingleses casi le cuesta la vida a Eduardo VII en 1902 en vísperas de su coronación (61). El Imperio Británico y los embajadores extranjeros debieron esperar en Londres a que el equipo médico presidido por Lister se decidiera después de

10 días a operar al Rey. En las Islas Británicas no había cirujanos "intervencionistas" sino un "oportunistas": Frederick Treves, que ya en 1888 había extirpado un apéndice enfermo en el intervalo entre dos ataques agudos (61). Fue llamado en consulta y luego de dos días de espera operó con éxito al Rey drenándole un absceso de fosa iliaca derecha.

¡Esto sucedía 5 años después de las primeras apendicectomías de Navarro en Montevideo! y 4 después de publicada la Tesis de Aranguren (2) en nuestro país.

Antes de terminar el siglo ya varios cirujanos uruguayos operaban las apendicitis en agudo siguiendo las ideas de Dielafoy, Poirier y Talamón (3). Es interesante observar los artículos de Oliver publicados en la Revista Médica del Uruguay, porque todos comienzan comentando las discusiones de las Sociedades Científicas de París (40).

En las discusiones que siguen a estos artículos (38, 40) surgen nuevos casos operados por otros cirujanos uruguayos. Navarro comenta uno de apendicitis aguda a izquierda que diagnosticó y operó. Lamas relata una apendicitis herniaria simulando una estrangulación y comenta:

"Pero en estos últimos tiempos, ha habido una gran cantidad de enfermos de apendicitis en Montevideo. Por otra parte, puede decirse que las Sociedades Médicas de los países europeos no se han ocupado de otras cosas."

Lo que pasaba en realidad era que los médicos habían aprendido a diagnosticar las formas precoces.

Sin embargo por muchos años siguieron llegando tarde y muriendo enfermos de apendicitis, a veces por demora en el diagnóstico o el pase a cirujano. Hubo en Montevideo algunos casos muy resonados de hijos de médicos operados tardíamente.

Por ese entonces en Europa se iba imponiendo el criterio de los cirujanos norteamericanos y la palabra: apendicitis; aunque todavía la última edición del libro de Sonnemburg (58) publicada en 1915 se titula: Peritiphilitis (apendicitis) como anota Albanese (1).

En nuestro país el detallado artículo de Prat y su casuística, relatada con toda honestidad, terminó con la discusión en 1918 (55).

EL COMIENZO DE LA CIRUGIA BILIAR: POUEY - OLIVER - BOTTARO

Esta cirugía también se inició tardíamente. Recién en 1867 Bobbs en Indiana, practicó por una incisión mediana infraumbilical una colecistostomía de elección con sobrevida de la enferma, marzupializando este órgano a la pared (5).

Kocher de Berna en 1878 realizó con éxito una colecistostomía en dos tiempos en un piolecicisto (18).

Pero la primera colecistectomía de elección fue efectuada en 1882, hace menos de 100 años, por Carl Langenbuch, profesor de Cirugía en

Berlín, después de planearla minuciosamente operando perros y disecando cadáveres (29). En 1889 ya había realizado 24 colecistectomías imponiendo la técnica en Alemania (15).

Tres meses después de dictar una conferencia sobre el tratamiento de la peritonitis generalizada. ¡Ironía del destino! Murió Langenbuch de una peritonitis apendicular en 1901 (19).

La cirugía de la vía biliar principal planeada por él en 1884 (60), se inició en realidad con las primeras coledocostomías realizadas por Thornton en 1889 y por Courvoisier en 1890 (9).

En nuestro país los únicos datos que hemos encontrado para establecer las prioridades en cirugía biliar, surgen de la Revista Médica; de allí tomamos la historia clínica de una paciente colecistostomizada por Pouey posiblemente en 1898 (46). Transcribo de este autor parte de la historia clínica:

"Cansada de sufrir y ante la impotencia de los medios generalmente empleados en el tratamiento de la coelitis, se resuelve someterse a una operación quirúrgica que se practicó el 27 de junio con el concurso de los doctores Bottaro y Figari y del señor Eduardo Payssé. Anestesiada la enferma con el cloroformo, se puede comprobar más exactamente la existencia de un tumor fluctuante adherido al hígado. Se practica una incisión vertical de diez centímetros sobre la línea prominente del tumor. El hígado, azulado, se presenta notablemente engrosado; se fija entonces la vesícula que deja escapar unos 300 gramos de un líquido espeso, mucoso, casi transparente. El dedo índice introducido en la vesícula, llega a sentir profundamente un cuerpo duro, enclavado en los tejidos, y a movilizarlo con alguna dificultad; una pinza de curación larga lo extrae por fin: es un cálculo biliar del tamaño de una pequeña aceituna y que estaba enclavado en el conducto cístico."

Evidentemente se trataba de un hidrocolecisto con cístico y colédoco permeable, por eso pudo hacer lo que relata al final:

"El 3 de setiembre, siendo el aspecto de la bilis perfectamente normal, hicimos una sutura al catgut que no dio sino un resultado parcial, pero a fines del mismo mes se cerraba definitivamente la fístula biliar, siendo el estado de la enferma sumamente satisfactorio."

Lamas había publicado una probable colecistostomía realizada en 1893 en una niña de 8 años que operó en Santa Clara del Olimar (28). Había drenado dos litros de líquido purulento de aspecto grumoso pero no había extraído cálculos de la misma; aparentemente, nunca drenó bilis sino pus de la cavidad, que según Lamas era una vesícula biliar. El caso fue muy discutido pero nunca se pudo aclarar exactamente si se trataba de una vesícula. La paciente murió tuberculosa meses después, y no se realizó la autopsia.

Es decir, que Enrique Pouey sería el iniciador de esta cirugía en nuestro país.

Los cirujanos contemporáneos lo conocen principalmente como el gran maestro de nuestra ginecología por sus importantísimas contribuciones científicas y por la escuela que creó, pero pocos conocen su actuación como cirujano



FIG. 2.— Enrique Pouey, creador de la escuela ginecológica uruguaya, que inició la cirugía biliar en nuestro país.

general. Por eso, nos detendremos a relatar algunos datos de su biografía (44).

Nació en Montevideo en 1858 y se graduó en nuestra Facultad en 1884. Fue pensionado por el Gobierno, junto con Soca y Salterain, para estudiar en París.

Fue el primer profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria de nuestra Facultad, entre 1889 y 1895, pasando luego a ocupar la Clínica Ginecológica hasta 1927.

Se hizo famoso al describir la técnica de conización del cuello uterino, procedimiento del que realizó en París varias demostraciones en 1900, cuando aún era inédito.

Paul Petit lo divulgó en 1901 publicando un artículo con este título: "Cure radicale de la cervicite, procédé de Pouey". Este comunicó su experiencia recién en 1904, después de operar muchas enfermas (52).

Cirujano brillante, siempre actualizado, viajaba al extranjero manteniéndose al día en las nuevas técnicas y procedimientos no sólo quirúrgicos sino radioterápicos.

En 1911 visitó la Clínica Mayo y fue tal vez el primer cirujano uruguayo en prestar atención a las técnicas norteamericanas, las que divulgó en nuestro país (53).

Antes de 1900 ya había sistematizado las principales técnicas de cirugía ginecológica (45, 48, 49). De un artículo suyo referente a una epidemia de infección postoperatoria en la sala de ginecología del Hospital Maciel, acaecida

en 1900, se deduce el caudal operatorio de la misma: una conización, una miomectomía y la cura de una fístula vesicovaginal operadas en una mañana (47).

Creó la cirugía oncológica genital de la mujer y donó de su peculio el Pabellón de Curioterapia del Hospital Pereira Rossell de Montevideo. Su escuela ginecológica fue continuada por Becerro de Bengoa, Pou Orfila, Stajano y otros.

La contribución de Pouey a la cirugía general se deduce de sus múltiples publicaciones de cirugía apendicular, gástrica, biliar e hidática, como veremos después. En 1901 se dio el lujo de apendicectomizar a una embarazada de tres meses en agudo, efectuando el parto de un niño normal seis meses después (50).

La cirugía biliar se continuó realizando esporádicamente. Jaime Oliver, que fue profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria entre 1910 y 1912 y luego de Patología Quirúrgica hasta 1920, operaba en la Sala Mateo Vidal, junto con Luis P. Lenguas (14).

En 1899 intervino a una enferma con un síndrome pilórico practicando una gastroenterotomía en Y de Roux, reoperándola 28 días después para tratar la pericolecistitis litiásica que había determinado la oclusión duodenal. Encontró entonces una fístula colecisto duodenal que cerró efectuando una colecistostomía después de extraer múltiples cálculos vesiculares. La enferma curó (39). Fue la primera fístula biliodigestiva operada en el Uruguay con éxito.

La colecistostomía era una excelente operación, para esa época, sin riesgos; con el único inconveniente de que si había un obstáculo en el colédoco o el cístico, el enfermo podía quedar con una fístula biliar externa o una fístula mucosa intermitente.

Es interesante que de acuerdo a los datos que poseemos, en el Uruguay se efectuó la coledocotomía antes que la colecistectomía. El mismo Oliver publicó en 1903 dos coledocotomías (41).



FIG. 3.— Jaime Oliver —profesor de Medicina Operatoria y de Patología Quirúrgica— pionero en cirugía biliar y uno de los primeros que operó apendicitis en Montevideo.

Su artículo comienza como de costumbre, explicando lo que había sucedido al respecto, en la Sociedad de Cirugía de París. Los dos casos eran muy parecidos.

En noviembre de 1901 internó a una mujer icterica, practicándole el día 2/12/1901 una coledocotomía con sutura y colecistostomía después de extraer un cálculo del colédoco y varios de la vesícula. Fue dada de alta 20 días después.

El 5/3/1902 operó a otra enferma icterica, con una vesícula escleroatrófica vacía y un cálculo en el colédoco. Practicó una coledocotomía y extrajo el cálculo, terminando la operación con una coledocorrafia y colecistostomía. La enferma curó su ictericia, cerrando la fistula biliar antes de abril.

Con muy buen criterio, Oliver asocia una colecistostomía a sus coledocorrafias, para drenar la bilis. Tuvo la suerte de que a sus enfermas no le quedaran cálculos residuales en el colédoco.

En Europa, la coledocotomía ideal, había dado complicaciones, sobre todo cuando se asociaba a colecistectomía, por eso la coledocotomía no se popularizó hasta que Hans Kehr describió la coledocostomía con tubo (25) y luego su tubo en T (20).

En el Uruguay nos ahorramos esa etapa intermedia, que va desde las coledocotomías con sutura en un tiempo, de K. Thornton y L. Courvoisier, hasta la difusión del tubo de Kehr pasando por la coledocotomía en dos tiempos realizada por Yversen (1892), Quenu (1895) y Kehr (1895) (15, 19).

Esta consistía en abordar el colédoco en una primera operación dejando mechada la herida desde la piel hasta el conducto que se abría en un segundo tiempo, extrayendo los cálculos.

Le correspondió a Luis Bottaro realizar la primera operación completa de cirugía biliar.

Discípulo de Pugnalin, Bottaro había estudiado en Montevideo, actuando en cirugía general y en ginecología. Su tesis de esta especialidad publicada en 1891, versó sobre el "Curetaje uterino en el tratamiento de la endometritis".

Jefe de Clínica ginecológica en la cátedra de Pouey, al que acompañó durante mucho tiempo en la Sala Santa Rosa del Maciel, fue designado más tarde profesor libre de esta especialidad, por la Facultad de Medicina (10). Maestro de clínica y cirugía, trabajó durante largos años en Montevideo en su Servicio del Hospital Pereira Rossell y en el Sanatorio Uruguay.

Bottaro, en su artículo (6) comienza por señalar la importancia de la coledocostomía de Kehr, destacando la obra de este cirujano alemán, padre de la moderna cirugía biliar.

Kehr ya había publicado sus dos primeros libros editados en 1904 (24) y 1905 (25) en los que relata, respectivamente, 137 y 1.000 operaciones de cirugía biliar realizadas en Halberstadt.

Bottaro, el 3/2/1905, ayudado por Mondino, operó a una española de 37 años con ictericia. Después de evacuar un hidrocolecisto de 450



FIG. 4.— Luis Bottaro (1868 - 1945), ginecólogo y cirujano que realizó la primera colecistectomía y coledocostomía con drenaje en el Uruguay.

gramos, abrió en canal la cara inferior de la vesícula (maniobra de Delageniere), extrayendo tres cálculos. Como no venía bilis por el cístico, realizó la exploración manual del colédoco, que le permitió localizar un cálculo enclavado en el hepático. Abrió la vía biliar principal extrayéndolo y terminó la operación con una colecistectomía y coledocostomía, dejando un tubo simple de goma, ofrecido frente al orificio. La enferma curó cerrando su fistula biliar al mes de operada.

Bottaro concluye así su presentación (6) a la Sociedad de Medicina:

"Una palabra sobre la conveniencia de no suturar el hepático. Las discusiones que tuvieron lugar en la Sociedad de Cirugía de París, han demostrado la benignidad de la talla de las vías biliares sin sutura. A ella debe agregarse, lo conveniente que es que esas vías puedan drenarse fácilmente, toda vez que un obstáculo de origen extrínseco, inflamatorio o calculoso se opone al derrame de la bilis en el intestino, y ese drenaje se hace imposible con la sutura, por más que aumente la presión dentro de ellos. Otra de las ventajas del drenaje es, que permite los lavajes de los canales, y por ese medio se pueden extraer cálculos que hayan descendido después de la operación, hecho que según Kehr se presenta en un 10 ó 15 % de los casos."

Como ya hemos señalado (54), Kehr fue el precursor del actual método de extracción incruenta de Mondet y Mazzariello.

Bottaro y Mondino habían efectuado simultáneamente la primera colecistectomía y coledocostomía en nuestro país.

Existe un dato que no podemos confirmar, que refiere Dinorah Castiglioni en su artículo (7) sobre la historia de la Cirugía Biliar en el Uruguay: Navarro le habría practicado una colecistectomía, al padre del Dr. Julio Nin y Silva en 1898.

Aunque le restemos este mérito, a Navarro le cupo otro más importante. En 1908 operó en Montevideo a un paciente de 60 años con una ictericia de dos meses de evolución, practicando la resección de un cáncer de la ampolla de Vater por vía transduodenal con la técnica utilizada por Körte (23). Esta observación fue presentada por Hartmann en la Sociedad de Cirugía de París en 1910 (20). Es reproducida por Kausch en el trabajo (23) en que describe su operación de duodenopancreatectomía y por muchos autores posteriormente.

Fue uno de los primeros casos de esta operación realizada con sobrevida.

Lo más notable fue que treinta años después Larghero comunicó que el paciente vivía (30).

Después que apareció el último libro de Kehr en 1913 (26), en nuestro país se siguieron sus directivas en cirugía biliar durante casi 50 años, aunque quedaban algunos médicos renuentes a hacer operar las litiasis vesiculares.

RESUME

La chirurgie au debut du siècle dans Montevideo. Appendicectomies et chirurgie biliaire

Les premières appendicectomies, cholécystostomies et gastro-entérostomies ont été effectuées à l'Uruguay, pendant les dernières années du siècle passé, de façon presque simultanée avec quelques pays européens.

Il y avait alors, à Montevideo, deux cliniques chirurgicales à la Faculté de Médecine, occupées depuis 1898 et 1896 par Alfonso Lamas et Alfredo Navarro. Le premier a succédé à Pugnalin et le deuxième a inauguré une nouvelle chaire.

Dans leurs services, et dans le service d'urgence de l'Hôpital de Charité, de nouveaux chirurgiens se sont formés.

Pendant les deux premières décennies du siècle, l'antisepticité et l'anesthésie déjà incorporées, la chirurgie abdominale viscérale, qui répondait à une influence européenne évidente, surtout française, s'est développée rapidement.

On a initié, ainsi, la chirurgie biliaire et gastrique, on a opéré les premiers kystes hydatiques du foie et du poumon; on a commencé à effectuer la chirurgie colique.

Nous essaierons de présenter un aperçu de cette époque de notre chirurgie, avec les renseignements obtenus apparus dans les premières revues médicales uruguayennes.

SUMMARY

Surgery in Montevideo at the Turn of the Century. Appendicectomies and Biliary Surgery

The first appendectomies, cholecystostomies and gastro-enterostomies were performed in Uruguay in the last few years of the past century, almost simultaneously with their performance in some European countries.

There were at that time in Montevideo, two surgical clinics in the University Medical School, their Chairs being held since 1898 by Alfonso Lamas and since 1896 by Alfredo Navarro. The former was the successor to Pugnalin and the latter started a new Chair.

In its clinics and at the emergency door of the Charité Hospital new surgeons made their training.

During the first two decades of the century—having incorporated antiseptics and anesthesia—visceral abdominal surgery rapidly developed obviously responding to European influence, in particular, French. Thus biliary and gastric surgery began; the first hydatid cysts in liver and lung were operated; colic surgery had its start.

We shall try to depict that period in our surgery by means of data obtained from oral tradition and the memory of some colleagues, from the surgery books of clinics and hospitals, from graduation theses and from some articles which appeared in the earlier Uruguayan Medical Journals.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALBANESE A. El apéndice, la apendicitis y la apendicectomía. Buenos Aires. López, 1977.
2. ARANGUREN J. Peritonitis Agudas de origen Apéndice. Montevideo, 1898. (Tesis).
3. BERARD L, VIGNARD P. L'appendicite, étude clinique et critique. Paris. Masson, 1914.
4. BILLROTH Th. Lehren und Lernen der Medizinischen Wissenschaften an den Universitäten der Deutschen Nation. Wien. Carl Gerolds Sohn, 1876.
5. BOBBS J. Case of lithotomy of the gall-bladder. *Trans Med Soc Indiana*, 68: 1868.
6. BOTTARO L. Litiasis biliar. Hidropesia de la vesícula; cálculo enclavado en el canal hepático. Hepaticotomía, colecistectomía. *Rev Med Uruguay*, 8: 115, 1905.
7. CASTIGLIONI D. History of Biliary Duct Surgery in Uruguay. *Quirón*, 10: 17, 1979.
8. CHIFFLET A. Homenaje al Prof. Lamas. *Bol Soc Cir Uruguay*, 26: 698, 1955.
9. COURVOISIER LG. Casuistisch-statistische Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege. Leipzig. Vogel, 1890.
10. CROTOGINI J. Profesor Luis Bottaro. *Arch Ginec Obstetr*, 6: 4, 1947.
11. DAVIS L. Vida de J. B. Murphy, Petrel de la cirugía. Buenos Aires. Atenco, 1939.
12. DIEULAFOY G. Clinique Medicale de l'Hotel Dieu de Paris. Paris. Masson, 1898.
13. FITZ R. Perforating inflammation of the vermiform appendix, with special reference to its early diagnosis and treatment. *Trans Ass Amer Phys*, 1: 107, 1886.
14. GARCIA OTERO J. 80 años de la Facultad de Medicina. Montevideo. Rosgal, 1956.
15. GLENN F, GRAFE W. Historical Events in Biliary Tract Surgery. *Arch Surg*, 93: 848, 1966.
16. GODLEE R. Lord Lister. London. Oxford Univ. Press, 1924.
17. HALL R. Suppurative peritonitis due to ulceration and suppuration of the vermiform appendix; laparotomy; resection of the vermiform appendix; toilette of the peritoneum; drainage; recovery. *N Y Med J*, 43: 662, 1886.

18. HALPERT B. Carl Langenbuch. "Master Surgeon of the Biliary System. *Arch Surg*, 25: 178, 1932.
19. HARDING RAINS AJ. Gallstones. Causes and Treatment. London, Heinemann, 1964.
20. HARTMANN H. Cancer de l'ampoule de Vater. *Boll Mem Soc Chir Paris*, 1340, 1910.
21. HOSPITAL BRITANICO. Libro de operaciones. (Manuscrito). 1904.
22. KARLEN M. Homenaje al Dr. Luis Mondino. *Bol Soc Cir Uruguay*, 28: 4, 1957.
23. KAUSCH W. Das Carcinom der Papilla duodeni und seine radikale Entfernung. *Beitr Klin Chir*, 78: 29, 1912.
24. KEHR H. Bericht uber 137 Gallensteinlaparotomien. München. Lehmann, 1904.
25. KEHR H. Technik der Gallenstein operationen. München Lehmann, 1905.
26. KEHR H. Chirurgie der Gallen wege. Stuttgart. Ferdinand Enke, 1913.
27. KELLY H, HURDON E. The vermiform appendix and its diseases. Philadelphia. W. B. Saunders, 1905.
28. LAMAS A. Un caso de colecistotomía. *Rev Med Uruguay*, 1: 79, 1898.
29. LANGENBUCH C. Ein Fall von Exstirpation der Gallenblase wegen chronischer Cholelithiasis; Heilung. *Berl Klin Wschr*, 19: 725, 1882.
30. LARGHERO P. El cáncer de la cabeza del páncreas. Estudio Patológico. *Bol Soc Cir Uruguay*, 20: 804, 1949.
31. LENGUAS L. Colecistostomía transhepática. *Rev Med Uruguay*, 4: 430, 1901.
32. LOCKHART J. La Historia del Hospital Maciel. *Rev Hosp Maciel*, 1 (2): 41, 1980.
33. LOCKHART J. La Historia del Hospital Maciel. *Rev Hosp Maciel*, 1 (3): 43, 1980.
34. Mc BURNEY Ch. Experience with early operative interference in cases of disease of the vermiform appendix. *N Y Med J*, 50: 676, 1889.
35. MONDINO L. Desinfección quirúrgica. Montevideo. Tipografía Británica, 1894.
36. NAVARRO A. Libro de Operaciones de la Clínica Quirúrgica. (Manuscrito). 1901.
37. NAVARRO A. La evolución de la cirugía a través del tiempo. *An Fac Med Montevideo (Suppl.)*, 1: 43, 1916.
38. OLIVER J. Apendicitis crónica. Apendicectomía a frigore. Curación. *Rev Med Uruguay*, 2: 263, 1899.
39. OLIVER J. Gastro-enterostomía y colecistostomía. *Rev Med Uruguay*, 3: 113, 1900.
40. OLIVER J. Apendicitis aguda supurada. *Rev Med Uruguay*, 5: 289, 1902.
41. OLIVER J. Dos casos de obstrucción calculosa del colédoco, operados por extracción del cálculo, sutura del colédoco y drenaje de la vesícula. *Rev Med Uruguay*, 6: 369, 1903.
42. PERNIN A. Maestros de la cirugía uruguaya del pasado: Prof. Luis Mondino. *Rev Cir Uruguay*, 36: 91, 1966.
43. PETIT P. Cure radicale de la cervicite, procédé de Pouey. *Presse Medicale*, 1: 239, 1901.
44. POU ORFILA J. Bosquejo biográfico del Prof. Pouey. *Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 14: 402, 1939.
45. POUHEY E. Histerectomía vaginal, por retroflexión y anexitis doble. *Rev Med Uruguay*, 1: 228, 1898.
46. POUHEY E. Colecistostomía por cálculo enclavado en el conducto cístico. *Rev Med Uruguay*, 2: 33, 1899.
47. POUHEY E. Epidemia de infección postoperatoria. *Rev Med Uruguay*, 3: 109, 1900.
48. POUHEY E. Cáncer del cuerpo del útero. *Rev Med Uruguay*, 3: 147, 1900.
49. POUHEY E. Tratamiento quirúrgico de los fibromiomas uterinos. *Rev Med Uruguay*, 4: 181, 1901.
50. POUHEY E. Apendicitis y peritonitis generalizada. Embarazo de dos meses. Operación. Curación. *Rev Med Uruguay*, 6: 59, 1903.
51. POUHEY E. Litiasis infección biliar. Colecistostomía y drenaje prolongado. *Rev Med Uruguay*, 6: 380, 1904.
52. POUHEY E. Tratamiento quirúrgico de la cervicitis. *Actas y Trabajos del 2º Congreso Médico Latino-Americano*, 4: 423, 1904.
53. POUHEY E. Una visita a los hermanos Mayo. *Rev Med Uruguay*, 14: 211, 1911.
54. PRADERI R. CRESTANELLO F, RODRIGUEZ DE VECCHI V, ESTEFAN A. Colangitis aguda séptica por litiasis residual intrahepática inadvertida. *Cir Uruguay*, 50: 202, 1980.
55. PRAT D. Apendicitis aguda; el tratamiento inmediato en cualquier momento de su evolución. *An Fac Med Montevideo*, 3: 439, 1918.
56. PRAT D. El Dr. Alfonso Lamas. El profesor y su humanismo. *Bol Soc Cir Uruguay*, 26: 702, 1955.
57. PRAT D. Maestros de la cirugía uruguaya del pasado: Prof. Alfonso Lamas. *Rev Cir Uruguay*, 36: 5, 1966.
58. SONNENBURG E. Pathologie und therapie der Perityphlitis (appendicitis). Leipzig. Vogel, 1905.
59. THORWALD J. El siglo de los cirujanos. Barcelona. Destino, 1958.
60. THORWALD J. El triunfo de la cirugía. Barcelona. Destino, 1960.
61. TREVES F. Relapsing typhlitis treated by operation. *Lancet*, 1: 527, 1888.
62. VAZQUEZ ROLFI D. Maestros de la cirugía uruguaya del pasado: Alfredo Navarro. *Rev Cir Uruguay*, 35: 123, 1965.
63. WOODBURY F. Cases of exploratory laparotomy followed by appropriate remedial operation. *Trans Coll Phys Philad*, 9: 183, 1887.