

# 1<sup>er</sup>. CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA

## Segunda Sesión Científica

Presidencia

del Próf. Agdo. Dr. HECTOR ARDAO

Secretarios:

Dr. A. AGUSTONI, Prof. Agr. J. E. CENDAN ALFONZO,  
Dr. F. GIURIA y Dr. A. SANJINES



## 2<sup>a</sup> SESION CIENTIFICA

(PRIMERA PARTE)

# APENDICECTOMIAS DIFICILES

Moderador:

Prof. Dr. JUAN CARLOS DEL CAMPO



Diciembre 16 de 1950

Versión taquigráfica: Walter Betbeder

SEÑOR PRESIDENTE. — Vamos a dar comienzo a la segunda sesión del Congreso, para tratar en mesa redonda el tema "Apendicectomías difíciles". La Sociedad de Cirugía designó como moderador en el tema al Profesor del Campo.

La Mesa ofrece la palabra.

DOCTOR CERRUTI. — Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE. — Tiene la palabra el doctor Cerruti.

DOCTOR CERRUTI. — Quiero agradecer, en primer término, a las autoridades organizadoras de este Congreso, la gentileza y la deferencia que han tenido conmigo al permitir traer un tema que ya habíamos tratado en un Congreso realizado en el interior de la República.

La exposición que hice en Carmelo se basó en un cuadro que no sé si será conveniente exponerlo aquí. Pero antes de referirme a él, quisiera decir dos palabras sobre por qué elegí este tema de Apendicectomías Difíciles. En primer término, estimo que la apendicectomía ofrece reales dificultades, que no están descritas en los libros, pero que en realidad todos las hemos vivido. Como bien se dice, la apendicectomía es una operación que es muy fácil o que es muy difícil, de tal manera que nosotros tenemos que estar capacitados para resolver cualquier dificultad que surja en el acto operatorio.

Sobre este tema, no traen los diferentes libros bibliografía; hay muy poca. Tan es así, que buscando sólo he encontrado una clase que el Profesor Mérola dictó en 1914 a sus discípulos, justamente en su Cátedra de Medicina Operatoria, donde trata una serie de casos referentes a las dificultades que él ha encontrado en ciertas apendicectomías. El describe en esa clase dos tipos de apéndice: el apéndice subcecal y el prececal.

El apéndice subcecal, que está incluido en una fosa limitada hacia afuera por la fosa ilíaca interna, hacia adentro por la última asa ileal y la hoja interna del mesenterio y hacia arriba y adelante por el ciego, en general es apéndice de pronóstico bastante bueno, decía Mérola, porque hay un proceso adherencial que lo limita. Y sostenía que ese tipo de apendicectomía da muy poca reacción parietal. Efectivamente, es así.

El otro tipo es el prececal, que está delante del ciego, con gran reacción parietal en general y de pronóstico sobre todo grave por la difusión posible que puede tener el resto del peritoneo.

Otra de las causas por las cuales elegí este tema, es que generalmente se subestima el valor de una apendicectomía. Sin embargo, conversando

## APENDICECTOMIAS DIFÍCILES.

- 1º POR VICIOS de POSICION { Apendicitis crónica { Estudio radiológico { SUBHEPÁTICA.  
PELVIANO.  
RETROCECAL AS.  
FOSA ILÍACA D.  
Apendicitis Aguda
- 2º POR CIEGO FIJO O ADHERENTE { Apendicectomía retrógrada
- 3º POR DESGARROS DEL CIEGO, DEL APÉNDICE O DE SU MESO.
- 4º POR HEMORRAGIAS APÉNDICULARES { Ligadura.  
Pinza en permanencia  
Encapuchonamiento
- 5º POR POSICIÓN SUBSEROSA del APÉNDICE { Apendicectomía subserosa
- 6º POR DIAGNÓSTICO ERRÓNEO { Anexitis D.  
Hemorragia folicular del ovario  
Cólico nefrítico D.  
Colecistitis aguda  
Úlcera perforada gastro-duodenal  
Tifoidea.
- 7º ¿ SE DEBE SACAR EL APÉNDICE EN EL CURSO de otra OPERACION ?
- 8º PERITONITIS GENERALIZADA Y PLASTRÓN Ap. { Conducta a seguir  
Drenajes
- 9º CONDUCTA A SEGUIR CON LA PARED ABDOMINAL { Apendicitis aguda  
Peritonitis generalizada  
Absceso y plastrón
- 10º ¿ SE DEBE OPERAR en un SOLO TIEMPO LA APÉNDICITIS CRÓNICA Y LA HERNIA INGUINAL ?

con algunos cirujanos amigos, me decían que ellos han encontrado a veces más dificultad en extirpar un apéndice que en extirpar un estómago, y la verdad es esa. Todos los cirujanos conocemos las reales dificultades que se nos han presentado en la extirpación del apéndice.

En lo que respecta a esas dificultades, yo he tratado de esquematizarlas en este cuadro. Es un cuadro hecho exclusivamente por mi cuenta y riesgo, de tal manera que pido disculpas por si alguno de los puntos no está de acuerdo con el desarrollo del tema que vamos a tratar.

Señalo en este cuadro, como primer punto de las dificultades, los vicios de posición.

▼ Los vicios de posición apendicular debemos considerarlos desde dos puntos de vista: desde el punto de vista de la apendicitis crónica y desde el punto de vista de la apendicitis aguda. Es indispensable hacer esa clasificación, porque en el sufrimiento crónico de la fosa ilíaca derecha, estimo que siempre hay que hacer un estudio radiológico de esa fosa ilíaca derecha, para conocer la posición del ciego y del apéndice. Es así como nos hemos encontrado más de una vez que ese informe radiológico nos dice que la posición del apéndice puede ser subhepática, sobre todo en los niños, que puede ser un apéndice pelviano, que puede ser retrocecal ascendente, y aun mismo que podría ser una inversión visceral, estar el apéndice y el ciego colocado en la fosa ilíaca izquierda.

En lo que respecta a la apendicitis aguda, donde la intervención no admite dilatorias de ninguna índole, sobre el estudio radiológico no tengo experiencia.

De modo, pues, que como primer punto de las dificultades planteamos los vicios de posición.

## APENDICECTOMIAS DIFICILES

**Dr. Norberto Cerruti**

(Carmelo)

Mis primeras palabras serán de respetuoso agradecimiento a las autoridades médicas, por haber incluido en el temario del Primer Congreso N. de Cirugía, para tratarla en "mesa redonda", la comunicación de "apendicectomías difíciles", que tuve el honor de relatar en el reciente Congreso Médico de Carmelo.

Y bien, iniciaré la conversación con esta pregunta:

¿Por qué elegí este tema?

Porque hay reales dificultades en ciertas apendicectomías que no están descriptas en los libros, lo que saben muy bien todos los cirujanos, tanto que, algunos de ellos, me han dicho que a veces les fué más difícil extirpar un apéndice que un estómago.

Porque la apendicectomía es la operación más frecuentemente realizada en cualquier medio quirúrgico.

Porque a menudo se subestima su importancia, y ello no debe ser, ya que está en juego la vida de un enfermo.

Finalmente, porque si bien nadie debería morir de apendicitis aguda, la verdad es que por causas variadas, imputables unas al enfermo y otras al cirujano, todavía mueren algunos apendiculares.

La bibliografía sobre “apendicectomías difíciles” es muy escasa; sólo conozco un trabajo del profesor Mérola, publicado en 1914, que en realidad fué una clase dictada en su cátedra de operaciones, donde habla de distintos casos operados y las dificultades que hubo de vencer y que, para él, dependen del proceso adherencial. Dice Mérola que hay dos tipos de apendicitis: los *subcecales*, situados en el nicho apendicular formado afuera por la fosa ilíaca, adentro por la última ileal y la hoja izquierda del mesenterio que se ha hecho inferior, y arriba y adelante por el ciego; en general, una apendicitis de este tipo es favorable por la tendencia a limitar el proceso y se caracteriza por la poca reacción parietal; el otro tipo de apendicitis es el *prececal*, con poca tendencia a la limitación y en consecuencia graves, y con mucha reacción parietal.

El profesor Albo nos habló también de apendicectomías difíciles, y confieso que me causaba sorpresa oír hablar de dificultades en una operación que se permitía realizar a los internos “para para que se hicieran la mano”. Hoy comprendo las enseñanzas de aquellos maestros; uno lee la técnica en los libros y ve las láminas y todo parece de una sencillez sorprendente; sin embargo la realidad es distinta y las dificultades son evidentes, de modo que debemos estar capacitados para resolverlas.

Entrando ahora en materia, veamos las distintas dificultades que pueden presentarse.

1º *Dificultades por vicios de posición.* — Si se trata de una apendicitis crónica, el estudio radiológico cecoapendicular será utilísimo para descubrir las posiciones *altas*, subhepáticas, sobre todo en niños, *bajas* (pelvianas), retrocecales ascendentes o aun mismo en la fosa ilíaca izquierda. Pero, si se trata de una apendicitis aguda, donde la operación no admite dilatorias, es preciso

tener presentes éstos poco frecuentes pero probables vicios de posición, para proceder correctamente; así, por ejemplo, en un apéndice subhepático, se cerrará el Mac Burney y se abordará por *laparotomía transversa alta* en el hipocondrio derecho; si es un apéndice mesocélico se abordará por *laparotomía transversal derecha*, infraumbilical, o aun por mediana.

2º *Por ciego fijo o adherente.* — Todos hemos observado esta alternativa, y hemos tenido dificultades para exteriorizar un ciego que no viene con peligro de desgarrar el ciego, el apéndice o el meso. En estos casos es preciso ampliar la brecha operatoria y proceder a la *apendicectomía retrógrada*.

3º Si el meso apendicular se desgarrá y sangra, se procederá siempre a la hemostasis, pero casos hay en que, por mesos gruesos, por obesidad o porque el vaso que sangra está muy profundo, todo lo cual dificulta poner una ligadura, y entonces hay que recurrir a lo único que salvará al enfermo: se colocará una pinza en permanencia durante 48 horas.

4º Y ya que hablamos de hemorragias, diremos que la base del apéndice está irrigada por una ramita de la cecal posterior que puede ocasionar hemorragias graves postoperatorias si no se hace su correcta hemostasis. Para los cirujanos que no encapuchonan, la hemostasis de este vaso es sencilla porque se tiene a la vista y se liga fácilmente, pero los que encapuchonan, si no hacen la correcta hemostasis previa, el referido vaso, incluido con el muñón apendicular en la jareta, sangra en el interior del ciego y entonces la situación se complica para la reintervención.

En cuanto a la ligadura de la base del apéndice, es necesario hacerla doble, porque no conviene pensar en lo que ocurriría si se desprende la ligadura única.

5º *Por posición subserosa del apéndice.* — En cierto número de casos es posible exteriorizar el ciego, pero el apéndice no está a la vista, sino recubierto por el peritoneo; la conducta es única: proceder a la *apendicectomía subserosa*.

6º *Por diagnóstico erróneo.* — Ciertamente que aquí las dificultades no son imputables al apéndice que está sano, sino a nosotros mismos que lo creemos enfermo; lo evidente es que la posibilidad de error subsiste, pero lo grave no es tanto ese error sino el inverso, vale decir, dejar un apéndice enfermo. Yo re-

cuerdo siempre una frase del Dr. Mourigán, un poco maloliente, pero de elocuente graficismo: “es mejor ver un apéndice sano en el balde, que dejar uno podrido en el vientre”. De cualquier modo el cirujano debe recordar que varias afecciones pueden simular una apendicitis y entre ellas tenemos *anexetis D*, *hemorragia folicular del ovario*, *cólico nefrítico*, o mejor, *uretral*, *colecistitis agudas*, *úlceras perforadas gastroduodenales* y aun mismo la *tifoidea ambulatoria*, para no citar sino las más frecuentes.

Como cirujano o como ayudante, he intervenido en cada uno de estos errores de diagnóstico y la conducta seguida fué la siguiente:

Estando en juego la afección anexial o la hemorragia folicular del ovario, se amplió la brecha operatoria abriendo la vaina del recto y tratando la afección causal. Cuando se tomó por apendicitis aguda una colecistitis aguda, después de extirpar el apéndice sano y cerrar el Mac Burney, se procedió a abordar la vesícula por incisión transrectal alta, como único tratamiento capaz de salvar al enfermo (caso de Chifflet: colecistitis gangrenosa, drenaje. cura.

No es la primera vez que se extirpa un apéndice tratándose en realidad de un cólico nefrítico, error humano y disculpable y que, en general, no creo haga correr graves riesgos al enfermo; pero no podemos decir lo mismo de un tífico incipiente, sujeto intoxicado y meioprágico, a quien una operación puede serle fatal; frente a una contingencia de esta índole, el cirujano se limitará a llevar al mínimo el trauma quirúrgico; si la apendicectomía es sencilla se puede efectuar, de lo contrario se cerrará rápidamente la herida y se tratará la afección causal. Finalmente, si por error de diagnóstico se interviene por apendicitis perforada lo que es una úlcera perforada gastroduodenal, si queremos salvar nuestro enfermo, cerraremos rápidamente el Mac Burney y con una laparotomía supraumbical trataremos la lesión en causa.

7º) *¿Se debe sacar el apéndice en el curso de otra operación?* — Es común querer sacar el apéndice en el curso de una operación ginecológica, vesicular, gastroduodenal, etc. A mi juicio se extirpará el apéndice cuando sea sencillo por su fácil encuentro y sin riesgos para el enfermo, pero toda vez que la búsqueda del ciegoapéndice sea laboriosa, se desistirá de la apendi-

cectomía pues si bien puede ser una operación sencilla, es una operación al fin, y como tal, con todos sus riesgos inherentes.

8º) *Peritonitis generalizada y plastrón apendicular.* — Si en el curso de una peritonitis generalizada, encontramos el apéndice perforado, se extirpará; pero si su búsqueda es laboriosa, recordemos que lo mínimo es lo mejor para salvar al enfermo, drenar el foco y el Douglas y antibióticos. (Con esa conducta salvaron a mi hermano.)

No voy a hablar de lo que es el plastrón apendicular; sólo diré que tratándose de un proceso adherencial limitante de la infección, y en consecuencia defendiendo el organismo y recordando que en el centro de todo plastrón hay un absceso en potencia o ya constituido, es preciso respetar esas defensas para no difundir el proceso al resto del peritoneo; por lo tanto, traumatismo mínimo, respetar adherencias, no insistir mucho en la búsqueda del apéndice (extirparlo sólo si es fácil, drenaje del lecho y antibióticos.

9º) *Conducta a seguir con la pared abdominal.* — En la era preantibiótica, todos nuestros maestros nos enseñaron que la pared abdominal debía dejarse ampliamente abierta, inclusive la piel, drenando con tubo y mechas en las apendicitis con reacción peritoneal; esa conducta se justificaba por el temible flemón gangrenoso parietal que se llevaba muchas vidas, pero esa cirugía salvadora y heroica dejaba casi inexorablemente una mayor o menor eventración, debiendo ser reintervenido más tarde. Hoy, en plena era antibiótica, las cosas han cambiado; el temor al flemón parietal casi ha desaparecido, y en consecuencia no se justifican las amplias aberturas en los grandes drenajes; por eso se procede ahora a los cierres parciales del peritoneo, músculos, aponeurosis y piel, y se colocan drenajes finos de goma o de gasa; el resto lo hacen los antibióticos y las eventraciones por Mac Burney prácticamente han desaparecido.

10.) *¿Se debe operar en un sólo tiempo la apendicitis crónica y la hernia inguinal?* — Al respecto cada cirujano tiene ya su criterio formado, pero —sin ánimo de convencer a nadie— voy a opinar que *no deben operarse en un solo tiempo*, por entender que son dos afecciones diferentes, que cada una exige una intervención determinada, con los riesgos inherentes a cada ope-

ración, y por lo tanto deben realizarse en tiempos distintos. Por supuesto que —hipótesis poco probable pero posible— si en el saco herniario se encuentra el apéndice, sería infantil no extirparlo, pero conviene no subestimar el valor de una apendicectomía y darle la jerarquía que tiene cualquier operación. Estas reflexiones me las he hecho a propósito de un caso que he tenido con el Dr. Chifflet y que vale la pena conocerlo. Hace unos años, operamos de apendicitis crónica a un enfermo que también tenía una hernia inguinal y que se dejó para intervenir en otra oportunidad. Por rara coincidencia, en la misma pieza (S. Español) estaba otro enfermo a quien terminaban de operar —en un solo tiempo— de apendicitis y hernia inguinal; cuando nuestro enfermo se enteró de ello, nos reprochó nuestra conducta por no haberlo operado en una sola vez. Un año después llega a la Sala 25 del H. Pasteur aquel enfermo que habían operado en un solo tiempo; era un hombre joven, que presentaba desde 15 días antes un cuadro de suboclusión intestinal, pero que ingresaba con una oclusión completa; tenía una *invaginación íleocecal* que obligó a realizar una hemicolectomía derecha, falleciendo a los dos días. Más de una vez me he preguntado si esa invaginación intestinal no habrá sido la consecuencia de aquella operación realizada en un solo tiempo, que seguramente obligó a seccionar músculos, a traccionar intestino y mesos, a crear adherencias, o a fijar órganos en situaciones viciosas.

---

DOCTOR DEL CAMPO. — El tema que se va a tratar es el relativo a las dificultades que encuentra el cirujano al ejecutar una apendicectomía.

DOCTOR CERRUTI. — Efectivamente, eso es.

DOCTOR DEL CAMPO. — Ese es el tema.

DOCTOR ETCHEGORRY. — Muy bien.

DOCTOR DEL CAMPO. — Si nadie quiere contestarle al doctor Cerruti, le diría que dentro del primer punto, hay que involucrar el segundo que él indica en su cuadro.

Si el ciego no es fijo, no es adherente, se puede decir que la apendicectomía es sencilla, cualquiera que sea la posición, porque uno puede más o menos traerlo al sitio de la incisión. Pero cuando el acolamiento adquiere una extensión relativamente grande, es que la apendicectomía puede hacerse difícil, por motivos que se vienen discutiendo desde la época en que se empezaron a hacer apendicectomías.

Debemos recordar que la rotación del asa umbilical trae como consecuencia, una vez que esa asa ha rotado y se ha fijado, deja una zona de acolamiento triangular que partiendo de la mesentérica superior, llega hasta el ángulo cólico derecho, baja hasta la parte inferior de la fosa ilíaca, y remonta en la dirección del mesenterio, completándose así el triángulo.

Conviene recordar esto por lo siguiente: porque se puede decir que el apéndice y el ciego se individualizan sobre esta zona, como una zona más o menos móvil, pero que pueden ocupar los dos bordes laterales del triángulo periféricamente a la zona de acolamiento, salvo una excepción que después recordaremos. Esta zona de acolamiento se complica o puede complicarse por dos cosas, que son las que para nosotros tienen interés: una, porque a la zona de acolamiento inicial se agrega una zona de acolamiento comprendiendo ciego, apéndice y última asa ileal, y la otra por la variedad mucho más importante, que ha sido muy a menudo citada y tratada en nuestro medio, sobre todo de palabra por el Dr. Mourigán, que es la posición con retroversión del ciego, posición que lleva el ciego mirando hacia arriba, junto con el apéndice, y en el cual existen, se puede decir, faltas de acolamiento y excesos de acolamiento.

En esos casos muy a menudo existe una falta de acolamiento, en lo que respecta a la zona clásica, y un exceso de acolamiento, porque el ciego en vez de estar libre en esta posición, está fijo, junto con la última asa ileal.

El cirujano tiene dificultades en la apendicectomía por la incisión que elige. Si el cirujano hiciera una enorme incisión o levantara un colgajo, no habría dificultades de ninguna clase. Limita la incisión por razones de diferente índole. Limita la incisión porque para sacar un órgano que tiene un pequeño tamaño, parecería desproporcionado hacer una incisión grande. La limita también porque le ha prometido al enfermo una

incisión pequeña, porque le ha prometido una operación rápida, una levantada precoz, una vuelta a su casa en poco tiempo.

Pero la verdad es que no hay ninguna incisión que pueda aplicarse a todas estas situaciones del apéndice, absolutamente ninguna. Nosotros nos ocupamos durante un tiempo en ver cómo podía modificarse el Mac Burney, que era la que habíamos elegido como centro —porque, efectivamente, corresponde a la zona del apéndice colocado en buen sitio—, para abordarlo en todas estas situaciones. El Mac Burney puede ser ensanchado —y todos ustedes lo conocen— hacia abajo y adentro, abriendo la vaina del recto, decolando el recto; puede ser ensanchado hacia arriba, prolongando la disociación del gran oblicuo y haciendo una nueva disociación del pequeño oblicuo y transversos 7 u 8 cms. por arriba de la parte superior de la incisión. Pero aún así no se da cuenta de todas las situaciones, y nosotros creemos que si en la apendicitis crónica no ha sido determinada la situación del apéndice por el estudio radiológico, y si en la apendicitis aguda no ha sido determinada la posición del apéndice por la sintomatología clínica localizadora que tiene un ataque apendicular agudo, ya sea en su fase precoz o en su fase de localización más tardía, cuando uno se encuentra con apéndices con estas situaciones es necesario hacer otra incisión.

Nosotros creemos en el momento actual, y hemos ido adoptándolo a medida que pasa el tiempo, que es necesario utilizar tres incisiones para operar apendicitis. Para la apendicitis aguda en fosa ilíaca derecha, o que localizamos en fosa ilíaca derecha, hacemos el Mac Burney clásico, más o menos alto. En las apendicitis agudas mesocelíacas en general y, sobre todo, en la apendicitis evolucionada que nos viene al segundo o tercer día, con sintomatología meso celíaca franca, nosotros hacemos una paramediana derecha, infraumbilical, abriendo la hoja anterior del recto a 2 ó 3 cms. de la línea media, reclinando el recto hacia afuera y abriendo la hoja posterior contra la línea media, donde tiene un doblez de tejido celular suficientemente grande como para hacer la sutura bien.

Y en los apéndices altos, diagnosticables perfectamente bien en esas situaciones por la sintomatología dolorosa alta y por la vacuidad de la fosa ilíaca derecha hacemos una incisión subcostal por fuera del recto que permite un abordaje mucho mejor.

Puedo decirles a ustedes que considero y he considerado que uno de los adelantos grandes que he hecho en la técnica de la apendicitis aguda, es la adopción de estas incisiones. Las operaciones más difíciles que he tenido en los primeros años de mi carrera —y primeros años significan quince— ha sido en los apéndices mesocelíacos que he querido operar con un Mac Burney, ya sea simple o ensanchado. Son operaciones que me llegaron a llevar una hora, hora y cuarto, y que pueden reducirse a veinte minutos operando con la incisión paramediana.

La otra incisión (la subcostal) la he adoptado hace menos años todavía, e indudablemente facilita mucho la extirpación de los apéndices que acompañan la rotación del ciego hacia arriba; apéndices subhepáti-

cos. Considero, por ejemplo, que si ustedes se encuentran que hay una retroversión del ciego, es mucho más rápido hacer la incisión subcostal que tratar de hacer la apendicectomía por el Mac Burney.

Estas dificultades las he encontrado también en las apendicectomías en frío, por adherencias naturales o por adherencias adquiridas. Quizá la apendicectomía más difícil que he ejecutado, sea una apendicectomía en frío, con un apéndice en posición alta, fijo en la punta al peritoneo parietal posterior prerrenal.

De manera que, vuelvo a repetir, creo que es cuestión de incisión, y que cuando la incisión no da, es necesario reconocer la situación del apéndice y hacer una segunda incisión. Eso, en lo que respecta a los vicios de posición.

DOCTOR ETCHEGORRY. — ¿Me permite?...

Voy a confirmar totalmente lo que acaba de decir Del Campo respecto a las incisiones. No soy tan viejo como Del Campo, tengo una experiencia más corta que la de él; pero si se estudia la historia de las incisiones, se verá la verdad inmensa de todo lo que acaba de decir.

La primera incisión, prácticamente clásica, entre nosotros de la apendicectomía, fué la amplia incisión de Jalaguier, de la cual tengo una muestra en mí mismo. Esa amplia incisión tuvo su razón de ser. No es tan lógica, quizá, como la paramediana de la que nos habla Del Campo. Pero es que los viejos operaban los apéndices no en las primeras 24 horas, sino que las operaban mucho después, y se encontraban con esos problemas operatorios que nosotros en la jerga hospitalaria llamamos "matetes" y que, en realidad, no los podían resolver con incisiones pequeñas como las que se estilan actualmente.

El de la apendicitis crónica trajo como consecuencia la pequeña incisión, que se suturaba con uno o dos puntos. Los de mi época recordarán que Lenguas se jactaba de sacar un apéndice por una incisión de un centímetro y medio. Vale decir, que no eran apéndices que en realidad estuvieron enfermos, agudos, sino que eran soi-disant, crónicos, y que iban a la mesa de operaciones en virtud de un sufrimiento de fosa ilíaca derecha.

Hay otro problema unido al de las incisiones. A pesar de que se quiere separar el acto operatorio de la secuela, el cirujano en el momento de extirpar un apéndice, siempre tiene en cuenta, y lo ha dicho Del Campo, lo que le ha prometido al enfermo: el porvenir postoperatorio junto al acto operatorio mismo. Y ahí influyen una cantidad de factores.

Por ejemplo, esos apéndices retrocecales ascendentes que ya tienen varios días de evolución, que a veces se operan con un criterio que no comparto en este momento, por lo menos después de algunos fracasos o dificultades, apéndices que creo que es del caso extirpar a pesar de todo, y que motivan esas operaciones laboriosas de que habla Del Campo, y que en realidad se sacan muy bien o por la incisión llamada de Constantini o por la incisión subcostal de que habla Del Campo y de la cual no tengo experiencia porque no la he practicado para apéndice.

En ese caso, el cirujano que opera tiene también muy en cuenta el porvenir de su enfermo. Por ejemplo, no es lo mismo hacer un decolamiento subperitoneal, que abre todas las puertas a los linfáticos y a la infección, que trabajar dentro del propio vientre, donde sabemos que es el mismo peritoneo que conserva su poder defensivo y reacciona de distinta manera.

Es claro que es imposible poder esquematizar, o tratar de hacer una ley general de tipo standard de operación para cada caso. Ahí está, justamente, donde se aprecia la vejez del cirujano, en el sentido de su experiencia; donde se aprecia la verdadera experiencia.

De cualquier manera, creo que Del Campo ha hecho perfectamente bien en decir que es cuestión de incisión. Pretender sacar un órgano adherente, colocado a 15 centímetros de la mano en su punta, como está en la parte subhepática, con incisiones de 3 centímetros o de 3 centímetros y medio, me parece una herejía quirúrgica, y creo, como Del Campo muy bien lo ha dicho, que es preferible cambiar de caballo, es decir, cambiar de incisión, cerrar la primera y empezar con otra nueva. Se gana tiempo, y el enfermo lejos de perjudicarse, se beneficia enormemente.

Respecto a los demás puntos de las apendicectomías difíciles, lamento no haber oído la conversación del doctor Cerruti, tanto en Carmelo como aquí —donde llegué un poco tarde—, pero, en realidad, en el factor de adherencias, cuanto más amplia sea la incisión, cuanto mejor se pueda ver lo que se está haciendo, tanto mejor será la técnica que se pueda emplear. No olvidarse de una frase que cita el viejo Mayo, que dice que “las heridas curan”. Mayo quería decir que no era necesario preocuparse de lo largo que fuera la herida: había que preocuparse de que la hemostasis fuera perfecta.

Nada más.

DOCTOR CERRUTI. — En lo que se relaciona con estos problemas adherenciales y de posición, podremos ser muy breves, entonces, con el segundo, el tercero, el cuarto y el quinto punto, porque creo que todos estamos de acuerdo en la ventaja que existe en hacer una apendicectomía subserosa cuando las circunstancias lo permiten, y creo que también todos estamos de acuerdo en que siendo relativamente fácil, a pesar de que pueda ser un ciego fijo o adherente, individualizar la última asa ileal, generalmente la base del apéndice uno la puede individualizar, y en ese caso se puede practicar la apendicectomía retrógrada.

A mi modo de ver, estos puntos los daría prácticamente por resueltos, o por lo menos dados como verdaderos, salvo que hubiera un comentario que hacer al respecto.

DOCTOR DEL CAMPO. — Si alguien desea intervenir, ofrezco la palabra.

Si no se hace uso de la palabra, vuelvo a hacerlo yo en esta forma: esta parte podía haberse contestado con la anterior, pero me parece mejor aislarla, dejando a un lado lo de la posición del apéndice, que para mi

exige dentro de lo posible una incisión adecuada, cambiando de incisión, para cuando uno se ha equivocado en la localización clínica del apéndice.

La segunda parte que podría tener interés está en lo siguiente: cuando yo me inicié en la carrera, se puede decir que había en el Hospital Maciel dos técnicas de apendicectomía: una, no descrita, porque la persona que la ejecutaba no era amiga de la pluma, que era la de los que querían que la última asa ileal y el ciego fueron exteriorizados. Primera maniobra, la apendicectomía, exteriorización de ciego y última asa ileal. Indudablemente que esta maniobra lleva a lo siguiente: que si el ciego es fijo o adherente y la última asa ileal es fija o adherente, uno tiene que movilizarla, practicando el decolamiento del ciego o practicando el decolamiento de la parte terminal del ileon.

Maniobras que, como lo decía Etchegorry, pueden tener sus inconvenientes, no del punto de vista operatorio, pero sí desde el punto de vista de la infección, ya que le abre un nuevo campo.

La segunda técnica, la cual fué descrita, era la de que en presencia de un apéndice agudo, se le buscaba a dedo y se trataba de exteriorizar a dedo. Maniobra que se criticaba en base, no a que no tuviera éxito, sino porque tarde o temprano se iba a encontrar un caso en que el apéndice agudo tuviera la friabilidad que tiene en algunas situaciones, o el estado de tensión o de necrosis que precede a la perforación, provocándose entonces una abertura de la cavidad apendicular en el campo operatorio, abertura de la cavidad apendicular cuyas consecuencias han sido apreciadas en algunas circunstancias como extremadamente graves.

Cuando yo hice un trabajo sobre peritonitis agudas para el Congreso Interamericano de Chile, encontré que en una estadística sobre 20.000 casos de apendicectomía por apendicitis aguda, realizada en Norte América, habían tenido no recuerdo qué cantidad de rupturas, de estallidos del apéndice en pleno acto quirúrgico, con una mortalidad de un 80 o/o. Para los amigos del método estadístico, indudablemente que esto les debe extrañar; para los que desconfían del método estadístico, como desconfío yo, esto necesita una explicación.

Para mí esto significaba que el estallido del apéndice había sorprendido al cirujano. Si el cirujano prevé su posibilidad, el estallido del apéndice no puede tener esa elevación de la mortalidad.

Y entonces surge la tercera maniobra, el abordaje amplio del asa ileo cecal que permite la liberación del apéndice.

El cirujano debe acercarse al apéndice, ampliando lo necesario la incisión. Si el cirujano sigue esta práctica, si protege el campo operatorio, si ensancha la incisión o adopta la que debe adoptarse, entonces no tendrá desgarros del ciego, desgarros del apéndice, desgarros de su meso; no va a tener tampoco probablemente necesidad de muchas extirpaciones subserosas del apéndice, ni va a tener tampoco, en general, hemorragias apendiculares.

Esa es mi contestación global, digamos.

DOCTOR CERRUTI. — Antes de pasar a otro punto, ya que pode-

mos hacer el desglose del quinto punto en adelante, yo quisiera decir dos palabras sobre la hemorragia.

Probablemente lo que dijo el doctor Del Campo, de que vamos a tener menos hemorragias con esa conducta terapéutica que aconseja, sea muy lógico y verdadero; pero también pienso que en mi larga vida hospitalaria he visto muchas hemorragias apendiculares, y quiero saber cuáles son y por qué se producen esas hemorragias apendiculares.

Yo puedo citar algunos casos, por ejemplo, al pasar, en que por no hacer una correcta hemostasis de esa famosa vena o arteria que irriga la base del apéndice, se han ocasionado algunas muertes, y otras veces se ha tenido que proceder a la reintervención.

Ese es un punto, desde luego, muy conocido, pero que creo importante y sobre el cual hay que insistir en algunos aspectos. Por ejemplo, creo que hay que insistir en hacer, fuera de la ligadura correcta de la apendicular, la ligadura correcta de ese pequeño vasito que da origen a hemorragias graves.

Con respecto a la pequeña hemorragia que ese ramito recurrente de la base del apéndice, me parece interesante poner en la discusión la conducta a seguir por los cirujanos que encapuchonan y con los que no encapuchonan. Están los que no encapuchonan, la hemostasis es mucho más fácil, probablemente porque casi siempre allí, cuando uno termina de ligar el apéndice y tiene el muñón a la vista, se puede observar y el vaso se ve sangrar. Pero para los que encapuchonan, se corre el peligro de que ese vasito insuficientemente hemostasiado, pueda quedar incluido en la jareta, y no es la primera vez que se observa una hemorragia o un hematoma a veces disecante, que se hace en el interior del ciego.

El otro punto a que me quiero referir es el de la pinza a permanencia. Esto se lo aprendí al Dr. Chifflet, al cual le ayudé a operar un enfermo muy obeso, que sangró la apendicular. El vaso que sangraba estaba más o menos a 15 centímetros de profundidad, y no lo pudimos identificar muy bien a pesar de secar y separar. Recién a las cansadas encontramos el vaso que sangraba, pero no lo pudimos ligar, y el Dr. Chifflet dejó una pinza a permanencia durante 48 horas, y el enfermo marchó perfectamente bien.

En lo que respecta a las hemorragias, yo quisiera aclarar primero un punto que conceptúo importante: si realmente existe ese peligro de hemorragia para los cirujanos que encapuchonan el apéndice, sin hacer una correcta hemostasis del ramito que irriga la base del apéndice. El otro punto que plantea es si está justificado, o se han visto casos, el colocar una pinza a permanencia porque no se puede ligar un vaso.

DOCTOR ETCHEGORRY. — ¿Me permite?...

Soy partidario del encapuchonamiento apendicular. No he tenido, en una experiencia que, vuelvo a repetir, es más corta que la de Del Campo, ningún accidente por hemorragia. El único enfermo que he perdido por hemorragia en una apendicectomía, fué un enfermo en el cual justamente

no había encapuchonado. Este caso lo tengo muy patente en mi memoria. Es el único caso desgraciado; podría repetir de la operación, detalle por detalle y hasta quiénes fueron los que me ayudaron. Puede ser que Del Campo se acuerde, porque reoperé al enfermo en su guardia.

Quería decir, que el encapuchonamiento no creo que sea una causa de hemorragia que pueda pasar inadvertida. Pero distingamos encapuchonamiento de encapuchonamiento. Hubo un momento que el Dr. De Martel creó una técnica de encapuchonamiento que esa sí era productora de hemorragia, porque la técnica de De Martel consistía en invaginar sin ligar el muñón apendicular. En una palabra, De Martel sostenía que si se hacía la jareta en la base del ciego o en un muñón apendicular que tenía su parte séptica hacia afuera, se podía correr el riesgo de hacer un flemón de la pared cecal. Entonces, con una técnica por la cual invaginaba ese muñón dentro del ciego, es claro que sin ligar, realizaba la jareta a raíz de la base del apéndice.

Esa maniobra de De Martel dió origen a bastantes hemorragias, aún en manos de los más sabios cirujanos. No estoy autorizado a nombrar, pero podía decir que uno de los más grandes cirujanos, quizá el más grande en técnica operatoria —algunos sabrán ya a quien me refiero—, perdió un enfermo multimillonario, operado de apendicitis en frío, gracias a la técnica de De Martel.

Vale decir, que no creo que el encapuchonamiento sea causa de todo eso. Sigo encapuchonando porque trato de ofrecer al peritoneo, peritoneo.

Creo, sí, una cosa: que hay que elegir los casos de encapuchonamiento, los casos en que no se debe encapuchonar, los casos de excepción en los cuales la hemorragia no es producida por esa venita a la que se refiere el doctor Cerruti, sino que es producida por causa de un ciego acartonado, de un meso espesado, que sangra de cualquier manera, y a una serie de adherencias que se han roto en el curso de la operación. Porque en los enfermos en los que no se puede encapuchonar, la apendicectomía es trabajosa.

Siempre me fijo antes de encapuchonar, si sangra el meso, y si sangra lo ligo individualmente. No me importa que encapuchone o no. Me preocupo de la ligadura. La hago sistemáticamente, y en general por transfixión. Cuando ligo el meso, una vez seccionado este mismo meso y ya pronto, ligo el vaso antes de ligar la base del apéndice.

Quiero dejar aclarado perfectamente este punto: y es que no he tenido hemorragias a pesar de estar haciendo encapuchonamiento hace 35 años.

Con respecto a la pinza a permanencia, creo que donde haya una dificultad mínima o una duda en la colocación de una ligadura hemostática, debe dejarse la pinza en el apéndice o donde sea. Sé que desde el punto de vista estético es una cosa desagradable. Del punto de vista del amor propio del cirujano, éste sale mordiéndose las uñas; pero desde el punto de vista del porvenir del enfermo, el cirujano puede irse a dormir tranquilo.

En general esas pinzas se dejan en las postapendicectomías, y se trata de casos en que los mesos están en circunstancias que no se puede encapuchonar. Mesos infiltrados, edematosos, en los cuales la ligadura corta, y poco a poco va quedando menos, y cuando uno quiere acordar está metido dentro del mesenterio. Yo he visto morir enfermos por pretender ligar una apendicular en el mesenterio, una cosa que ya no era la apendicular, ni sé qué vaso era.

Vale decir, que en esos casos no se debe seguir haciendo la ligadura. A mi me parece que es un riesgo de técnica operatoria, que cabe en cualquier parte del organismo. Es preferible una operación aparentemente incompleta, a una operación que se cree completa y que desgraciadamente no lo es.

No recuerdo si el doctor Cerruti dijo algo más; pero yo quería contestar a estos dos puntos, que considero principales.

Nada más.

... — ¿Me permite?...

Debo declarar que he llegado un poco tarde y que no pude escuchar toda la exposición del doctor Cerruti.

En verdad, nuestro aprendizaje nos ha demostrado que no es problema el encapuchonamiento. Aunque, en realidad, parecería que a todo el mundo le va bien prescindiendo o no del encapuchonamiento.

Pero me interesa lo que puede suceder en una hemorragia postoperatoria. En un medio rural, donde realmente uno trata con trabajadores, siempre cuida mucho la pared, por temor de las secuelas que puedan quedar en personas que se dedican a la ruda tarea del campo. De modo que cuida mucho la pared y trato siempre de reconstruir. Naturalmente que cuando encuentro dificultades, debo pensar en lo fundamental, que es la parte vital.

En esos casos, creo que cuando la apendicectomía se hace difícil, y ya se prevé por el engrasamiento del meso, por su edematización, porque él es corto, trato entonces de exponer el campo operatorio antes de hacer maniobras de exteriorización apéndice, porque es en esas maniobras donde realmente uno con el desgarramiento del meso, hace que sea casi totalmente imposible la ligadura eficaz. En esos casos sí saco y expongo toda la región y trato de sacar el apéndice, si es posible en forma subserosa, para hacer la ligadura en perfectas condiciones.

Hasta ahora no me he visto obligado a poner ninguna pinza a permanencia. No tendría el menor resquemor en hacerlo; pero creo que si el cirujano en el momento en que va a hacer una apendicectomía, que se vislumbra difícil, se pone a cubierto de esas dificultades, es probable que no le suceda la eventualidad de tener que poner pinza a permanencia. Si es necesario, la tendrá que poner, naturalmente; será preferible eso a realmente dejar un asa intestinal terminal con una falta de nutrición, que puede llegar a lo que muy bien señalaba el doctor Etchegorry. En verdad, me parece que está justificado el que el cirujano deje todo lo demás de lado, para atender a lo que puede ser vital para el enfermo,

y es cubrir ese meso y ver en qué condiciones está para después proceder a quitar el apéndice y ligar perfectamente bien el meso.

Cuando el meso es muy friable, no estoy de acuerdo en que se haya producido la trombosis de los vasos que irrigan el apéndice, porque he visto mesos muy friables que, en realidad, tenían una ingurgitación, pero que sangraba la apendicular, y por sí sola no se habría hecho la hemostasis.

De manera que me parece obligatorio hacer siempre la ligadura o la hemostasis, en cualquier forma que sea.

Además, no he visto hasta ahora ningún cirujano que se haya visto obligado a dejar una pinza a permanencia. He visto también algunas hemorragias producidas por dejarlas y, sin embargo salvarse el enfermo, no en esta época en que en rigor es difícil que un enfermo se muera con todos los medios que tenemos a nuestro alcance, pero sí en tiempo pasado, donde yo vi un verdadero desastre, que al final no se le puso ligadura ni nada, se colocó una mecha, y a pesar de haber hecho un hematoma supurado y una peritonitis, el enfermo se salvó.

De manera que la eventualidad de dejar un meso con pinza a permanencia, me parece que en la actualidad es difícil que se le plantee al cirujano. Pero pese a ello, creo que cuando haya necesidad de dejar esa pinza a permanencia, no es cuestión que tengamos el prurito de que hemos fracasado, sino que en rigor lo fundamental es atender la vida del enfermo.

Nada más.

DOCTOR B. RIOS. Me permite? . . .

En realidad, nosotros no podemos contar nada más que lo que hemos visto en Tacuarembó.

Seguimos dos procedimientos: en uno, se encapuchona, y en otro, no.

En cuanto a la hemorragia, nunca hemos visto una hemorragia después de apendicectomía.

La técnica, en realidad, es la que seguimos todos.

Debo asimismo manifestar que al operar tenemos mucho cuidado con esa venita a que se ha hecho referencia; pero, repito, nunca hemos tenido una hemorragia, a pesar de que nuestra estadística es bastante elevada.

DOCTOR ABDALA. — ¿Me permite? . . .

El problema de la hemorragia, cuando se está sacando un apéndice, evidentemente surge cuando el apéndice está profundo y pegado, porque en los casos en que se exterioriza, la hemorragia no se produce.

Ya se ha hablado aquí también de la incisión, de la ampliación de la incisión; pero creo que conviene insistir muy especialmente en dos cosas: una vez ampliada la incisión, hay que hacer un campo estático, quieto. Y es curioso que el mismo cirujano que si trabaja en una pelvis y en una vesícula se hace un espacio amplio, en el cual puede maniobrar y trabajar con toda comodidad, se le vea trabajando en un apéndice sin haber hecho un amuramiento con compresas de la fosa ilíaca derecha o del

flanco derecho. Se puede abrir y liberar el resto del vientre y trabajar con entera comodidad, como se trabaja en una pelvis después de haberla vaciado.

Sin embargo, rara vez se ve que el trabajo se haga en esa zona con la misma precisión y comodidad con que se hace en otras. Ahí está la dificultad de la hemostasis. Si podemos alcanzar el simpático lumbar y verlo y sacarlo, si hacemos una buena separación siempre podremos llegar a una apendicular, o por lo menos casi siempre podremos llegar.

El segundo punto a que quería referirme, y permitirme insistir, es que al llegar a ese momento en que se ha hecho el espacio, debe haber un cambio de ritmo en la operación. Es, haciendo una comparación, como en el automóvil, que cuando llega al barro hay que poner la primera. Todo el equipo debe serenarse, tranquilizarse, deben hacerse movimientos lentos, despacios; avanzar en la cirugía apendicular como se hace en la cirugía del cerebro. En esas condiciones, con buen espacio y haciendo el trabajo con lentitud y precisión, casi todos los escollos de los apéndices profundos y adherentes pueden ser salvados.

Nada más.

---

SEÑOR PRESIDENTE. — Tiene la palabra el Dr. Liesegang.

DOCTOR LIESEGANG. — (Lee).

A mi modo de ver, una buena parte de las apendicectomías que se presentan difíciles, se simplifican, si se extirpa el apéndice por vía subserosa. Esta técnica es casi siempre posible y muchas veces la única posible, tanto en los procesos crónicos como en los agudos y su indicación fundamental es la brevedad del meso o cuando prácticamente está ausente y el apéndice situado en posición retro-ileomesentérica o retrocecal.

No hay nada más peligroso que ligar un meso que no se ve y no se deja exteriorizar y, sobre todo, cuando hay que hacer un nudo con el gatgut montado en los extremos de los índices, profundamente a tanteos y a ciegas. Si bien se admite que la posición retromesentérica (que casi siempre se acompaña de una brevedad del meso) es secundaria a empujes agudos anteriores, no se debe descartar la posibilidad de estar frente a una disposición anatómica, que puede encerrar serias anomalías arteriales.

Tengo un caso de muerte, en una enferma operada en estas condiciones. Se trataba de una joven, que yo había observado en dos oportunidades con cuadros sospechosos de F. I. D. En un tercer ataque, la sintomatología se completó como para decidir la intervención. En la operación se encontró el apéndice infla-

mao y la ligadura del meso se hizo profundamente obligado por brevedad del mismo. La enferma evolucionó con vómitos espaciados al principio, frecuentes después y constipación. Al mismo tiempo se fué formando en la fosa ilíaca y flanco derechos, una masa alargada, gruesa, que no dejaba dudas correspondía al ciego y al colon. Cuando estaba por decidirse para reintervenirla, la enferma fallece un tanto bruscamente, dentro de un cuadro de intoxicación general, seguramente por embolia.

Desde esa fecha, hace de esto muchos años, yo practico la apendicectomía subserosa al menor asomo de las dificultades señaladas y me opongo a la ligadura de los mesos medianamente cortos, simplemente porque no se sabe lo que se liga ni cómo se liga.

El despojamiento del plano seroso debe iniciarse siempre con el bisturí. No hay ningún peligro de sobrepasar la napa peritoneal. Si la vaina que se va formando se retoba demasiado sobre el apéndice y lo estrangula y se entorpece el desnudamiento, se envaina de nuevo todo y se secciona el borde del tubo seroso opuesto al de la inserción del meso longitudinalmente todo lo más posible. Los vasos que aparecen debajo de la serosa, pueden seccionarse raspándolos con el bisturí, sangran así sólo escasos segundos, o si se prefiere se pueden ligar los más gruesos que se reducen a uno o dos vasitos sin importancia.

En las apendicitis agudas, naturalmente dentro de las condiciones de mesos nulos o casi nulos, esta técnica lleva a veces a la perforación operatoria del apéndice, especialmente en los abscesos avanzados. Todo se corrige dejando buenos drenajes, colocando a ras del tubo mechas de gasa abundantes en el lugar mismo en que se ha estado maniobrando, al iniciar la retirada del foco, debe drenarse procurando de no apretar demasiado las mechas al suturar los planos de la pared.

Yo no creo que la técnica de la apendicectomía se pueda colocar dentro de un marco preciso, pero sí creo muy razonable y lógico reclamar para la extirpación subserosa del apéndice una mayor consideración, fundamentalmente porque vela mucho por la vida de nuestros enfermos.

DOCTOR DEL CAMPO. — Le diré al doctor Cerruti que durante muchos años me he preocupado de coleccionar todos los casos de hemorragia por apendicectomía que había en el hospital donde trabajaba, y de hecho he sacado algunas conclusiones que creo puedan ser de importancia.

Primero, hay tres formas de manifestación clínica de la hemorragia postapendicular: 1) la anemia aguda, 2) una forma pseudo peritonítica, que no se diagnostica sino se reabre la herida, porque el aspecto de la complicación es netamente de un empuje peritonítico, y 3) el hematocele pelviano, de lo que tuve oportunidad de ver dos casos.

El segundo hecho que tiene su importancia es el siguiente: pude tener conocimiento de 16 casos de muerte por apendicectomía, o en frío o con apéndices con mínimas lesiones; es decir, casos de muerte inesperada. Declaro que por el momento no he contribuido a ellas, pero que no me considero exento de esa posibilidad.

De esos 16 casos, 14 fueron por hemorragia. De manera que el problema de la hemorragia en apendicectomía tiene una importancia muy grande. En general no es en las apendicitis agudas por lesiones extremadamente grandes, o en peritonitis, en las que por otra parte se drena y se hacen incisiones muy amplias, sino que es en apendicectomías fáciles o ligeramentes incomodadas por la anestesia o por dificultad de exteriorización.

La fuente de hemorragia es la apendicular o el pequeño ramito recurrente. Para evitar la hemorragia por la apendicular, teniendo en cuenta, precisamente, todos estos casos de hemorragia, practico no la ligadura única del meso, sino ligaduras múltiples a lo largo del apéndice.

Es corriente que en una apendicectomía en frío haga tres, cuatro o cinco ligaduras para ligar el meso, pequeñas ligaduras a ras del apéndice. Tuve ocasión de ver una vez la posibilidad de cometer un error que habría llevado a una hemorragia postoperatoria. En cierta oportunidad, hago una ligadura del apéndice y secciono el meso; cierro el vientre. Tengo la costumbre de quedar esperando dos o tres minutos para ver qué pasa en ese vientre, y entonces ponerme a cerrar la serosa. Y bien: espero y viene sangre. Seco, exteriorizo ciego y última asa ileal y no hay nada que sangre. Los repongo en su sitio, viene sangre; vuelvo a exteriorizar, coloco bien los separadores, aflojo la tensión del ciego y última asa ileal, y empieza a sangrar; es decir, que cuando traccionaba se hacía la hemostasis, y cuando aflojaba sangraba.

Considero, entonces, que muchas de esas hemorragias por el tronco de la apendicular, son debidas en esos apéndices sanos y mesos sanos a que se liga a un meso en tensión, y que cuando uno afloja la tensión afloja la ligadura, cosa que pasa, por ejemplo, en las hemorragias por ligadura del pedículo renal, y que pasa también en otras hemorragias exactamente en las mismas condiciones.

Cuando uno tiene que ligar un meso fijo en la profundidad, por la tracción se le da una fuerza mayor que la que vence la ligadura.

El segundo punto en el que hay que tener mucho cuidado es en lo que podría llamarse la áxila entre el meso y el ciego. Pequeñas tracciones pueden desinsertar el meso y determinar hemorragias secundarias.

Fuera de eso no tomo ninguna otra precaución, pero considero que la ligadura del meso por pequeñas partes, la precaución en la unión del meso con la base de implantación del apéndice y la espera de dos o tres minutos antes de cerrar el peritoneo, constituyen los elementos esenciales para evitar la hemorragia postoperatoria, que creo que tiene importancia muy grande, porque no es cuestión de estadística: alcanza un caso para dejar amagado al cirujano para toda la vida.

DOCTOR AGUSTONI. — ¿Me permite?...

Diría a propósito de meso corto, que representa realmente una dificultad para la ligadura, pero que hay una maniobra que facilita la ligadura, y es contemplando que la hoja del meso es avascular. Seccionando la hoja externa se puede alargar el meso y facilita la ligadura del meso y de la apendicular.

Esta es una maniobra que practico frecuentemente, y que realmente alarga el meso y evita la hemorragia.

DOCTOR CERRUTI. — Hemos tratado cinco puntos hasta ahora, y debemos seguir este cuadro; pero hay aquí un punto llamado dificultades por diagnóstico erróneo. Esto, por supuesto, no es imputable al apéndice sino a quien hace el diagnóstico erróneo; pero eso entra dentro de las posibilidades de cada uno, aunque todos hayamos cometido un error de diagnóstico, y hayamos operado por apendicitis una anexitis de recha o una hemorragia folicular o una colecistitis aguda.

Había planteado este punto para ver qué conducta debe seguir el cirujano cuando se enfrenta a un problema de esta naturaleza. Pero como la consideración de este aspecto sería larga, y como, además, cada vez nos equivocamos menos, en realidad nos equivocamos muy poco, propondría aplazar su discusión. (Apoyados)

—Previamente, desearía agregar una palabra: no tiene relación con la hemorragia, pero sí la tiene con la ligadura del apéndice, no del meso.

Me hice en una clínica donde no se encapuchonaba nunca y donde sistemáticamente se hace una doble ligadura apendicular. Pero un buen día, hice una sola ligadura del apéndice, y con gran sorpresa mía esa ligadura de inmediato se soltó y empezó a salir materia fecal. Se trataba de un muchacho joven. Tenía un ciego infundibuliforme, que continuaba el apéndice.

Ese caso fué para mí muy desagradable, y fué quizá ese y algún otro, no más, en los que hice una sola ligadura de la base del apéndice.

Traigo al comentario este caso, para recordar que estimo que nunca debe hacerse una sola ligadura apendicular.

DOCTOR GARCIA CAPURRO. — Estoy de acuerdo. La ligadura del apéndice se escapa con frecuencia; lo he visto varias veces.

DOCTOR CERRUTI. Digo que se soltó después, no en el momento de la operación.

DOCTOR GARCIA CAPURRO. — La solución puede ser variable. Por mi parte, hago doble ligadura, con hilo de algodón para que no patine; hago vuelta, medio nudo y otra vuelta. Se trata de un hilo fuerte, que no patina.

Creo que esa es una manera de solucionar el problema. Además, hago el encapuchonamiento. Pero ese peligro de que se corra la ligadura, es real, especialmente si se hace con catgut.

DOCTOR STAJANO. — ¿Me permite?...

El problema que plantea el doctor Cerruti es muy interesante.

Voy a decir la experiencia que tengo respecto a la ligadura de la base del apéndice, y hago la ligadura del apéndice sin encapuchonamiento. Puedo decir que desde el año 1920, más o menos, no hago un encapuchonamiento de apéndice.

Declaro que he hecho siempre la ligadura simple, no he hecho una ligadura doble, no creyendo que la ligadura doble sea necesaria. Me baso para ello en que no he tenido en todo ese periodo, ningún caso de zafadura de la ligadura, y las evoluciones han sido perfectas.

De modo que creo que una cosa fundamental es la atrición de la base del apéndice, que es lo que tritura la parte mucosa más o menos inflamada, y que lo que constituye la defensa del muñón apendicular es la serosa que se liga y que se liga correctamente con una sola ligadura. Si algún accidente se atribuye a la simple ligadura, no creo que la doble ligadura haga más. Creo que la simple ligadura, con una experiencia de muchos y muchos casos de apendicectomía, es suficiente.

Puede mediar también la circunstancia en que la ligadura simple de la base del apéndice sea insuficiente, y que dé la sensación al cirujano de que puede ser peligrosa, pero eso se refiere a esos casos de apendicitis masiva, donde la ligadura va cerrada sobre un parénquima, espesado, infiltrado, edematoso. Es en esos casos que la simple ligadura provoca temores.

Esos casos no son frecuentes, no son del tipo de la apendicitis corriente; pero existen. Y bien: en esos casos, la noción de la atrición de la base del apéndice da la sensación que se puede cortar, porque son apéndices que parecen manteca. En ese caso, sustituyo eso por el refuerzo seroso. Son esos casos excepcionalísimos, en los cuales no da seguridad la simple ligadura a la intuición del que está operando.

La ligadura en los apéndices simples, en los no inflamados, me ha bastado siempre, y mis asistentes —desde antes de tener la Clínica Quirúrgica— hacen siempre la ligadura simple.

DOCTOR ETCHEGORRY. — ¿Me permite?...

Como hago hundimiento del muñón, como he dicho, practico la sola ligadura del muñón apendicular. Cuando no puedo hacer hundimien-

to, hago dos ligaduras. Las hago, no sé por qué, porque sí, para darme mayor garantía.

Pero lo acompaño bastante a Stajano en lo que acaba de decir. Creo que los accidentes son debidos a otras causas, y posiblemente se producen más esas zafaduras de la ligadura apendicular, en apéndices fríos, en esas apendicitis crónicas.

He visto practicar una maniobra, y poner sobre aviso al que la hace, y es que al tironear el apéndice para colocar la ligadura, la ligadura no va en el apéndice, y es posiblemente lo que le pasó a Cerruti en su apéndice infundibuliforme; la ligadura la ha colocado en el ciego. Eso cambia el problema, naturalmente. Esa ligadura que zafa, muy a menudo se coloca en el ciego. Sucede con el apéndice lo que sucede con el cístico y el colédoco. El cirujano no se da cuenta de que ha pasado insensiblemente del apéndice al ciego. Coloca la pinza, hace la atrición, está encantado porque cree que la ha hecho en la base del apéndice, y en realidad ha ligado un pedazo de la pared cecal.

Quizá esto sea más frecuente de lo que la gente cree. ¿Por qué hay tan pocos accidentes? Porque se toma una parte mínima, quizá también porque casi todos practican la doble ligadura y se ponen al abrigo con esa doble ligadura de tal eventualidad.

En realidad, creo que el accidente de falla de la ligadura, no digo en todos, pero sí en muchos casos, se ha debido a que en vez de ligar la base del apéndice se ha ligado un conito de pared cecal.

Es sobre ese punto que quería llamar la atención. En general, son los más jóvenes los que tironean más, los que tienen más energía, y los que hacen que ese conito se forme, sin perjuicio de que haya también algunos viejos muy entusiastas que también lo forman.

DOCTOR HOJMAN. — ¿Me permite?...

Hace poco tiempo, precisamente, nos pasó eso. Colocamos la ligadura, y cuando fuimos a reducir el ciego, se abrió. Por ahí pasaba un pulgar. Eso no era apéndice; era evidentemente sobre el ciego que había caído la ligadura.

Nosotros practicamos la ligadura simple, y ese ha sido el único accidente. La explicación, como lo señalara el Dr. Etchegorry, radica en que la ligadura se hizo en el ciego.

DOCTOR DEL CAMPO. — Si nadie solicita la palabra, diré algunas cosas más. Yo hago una sola ligadura del apéndice. Si es friable, en vez de hacer la ligadura, hago una sutura invaginando la zona que está lesionada. De la doble ligadura no soy partidario, por cuestión de concepto, porque dejaría entre las dos ligaduras un segmento contaminado.

Este es otro punto que tiene su interés. Yo les voy a citar algunos aportes de la literatura extranjera, que probablemente hayan llegado poco a estos lugares porque son de lengua alemana, aun cuando son anteriores a la guerra.

Me refiero, no a lo que se vea en el momento operatorio por liga-

dura de la zona cecal, o por falla, porque no se ha apretado o porque el apéndice es muy friable, sino a lo siguiente: hace de esto unos 15 años, fué publicado por primera vez en alemán, pero el autor es rumano, I. Turai, un caso de muerte al sexto día de una apendicectomía, por peritonitis, y a ese trabajo siguió la publicación de seis o siete trabajos similares: muerte por peritonitis. En algunos trabajos hasta ponían que la muerte misteriosa se había producido al sexto día de la apendicectomía y apendicectomías hechas en frío.

Se quiso averiguar cuál era la causa de esas peritonitis. Y no se llegó a ninguna conclusión. Pongamos por ejemplo, que haya seis casos: tres con encapuchonamiento y tres sin encapuchonamiento. ¿Cuál es el punto de partida? Algunos dijeron: es la caída del muñón apendicular; el muñón que se liga tiene un segmento privado de circulación, que puede perfectamente caer, y al caer determinar una infección local.

Para los casos de encapuchonamiento se atribuyó a la rotura en el peritoneo de una pequeña colección desarrollada dentro de la bolsita del encapuchonamiento, y para algunos casos en que no se podía comprobar eso, se consideró lo siguiente: que la sutura o el encapuchonamiento puede ser en algunos casos transfixiante, y que cuando desaparece el edema que provoca inmediatamente después de la intervención, puede hacerse a través de los hilos la contaminación de la cavidad peritoneal.

Un hecho interesante es el siguiente: los casos de muerte son raros, pero para el que alguna vez ha tomado contacto con este síndrome, y lo busca, encuentra que de cuando en cuando un apendicectomizado a veces dado de alta, hace un empuje febril de  $37 \frac{1}{2}$  ó  $38^{\circ}$ , con leucocitosis. He tenido casos en ese sentido, que ponen una nota de temor, que provocan una consulta de la familia o del enfermo, y que muy a menudo pasan solos. Pueden ser los casos atenuados correspondiente a esta complicación.

Este problema ha llamado la atención. Todo lo referente a la apendicectomía, por pequeño que sea, puede tener importancia. Se ha afirmado que la mortalidad en la apendicectomía en frío es menor del  $\frac{1}{2}$  %, pero se necesitarían estadísticas enormemente grandes para poder hacer una inculpación a determinada técnica. Con cualquier técnica, los resultados son más o menos similares. Y esto, frente a los que no encapuchonan, como Stajano, y a los que encapuchonan, como Etchegorry.

Y a propósito de esto, voy a citar una anécdota que quizá demuestra el verdadero alcance de este punto, anécdota que relaté yo también otra vez que se provocó una discusión muy seria en la que creo que intervenía el doctor Stajano contra los que encapuchonan. Por 1925 ó 1926, el doctor Lamas no encapuchonaba. Un día debió operar a su hijo, Roberto Lamas, y yo concurrí a la operación. Operaba Lamas, ayudado por Mondino, y presenciábamos la operación Diego Lamas y yo. El doctor Lamas sacó el apéndice y no encapuchonaba como era su práctica. Y en el momento que iba a cerrar, Diego Lamas le dijo: “¿Por qué no encapuchonas?”, y Lamas Dijo: “Bueno”, y encapuchonó. Nada más.

DOCTOR STAJANO. — ¿Me permite?...

Voy a aportar un hecho muy importante, a propósito de lo que dice el doctor Del Campo, relacionado con lo de las muertes misteriosas.

No me olvido nunca más de un caso que vi hace muchos años. Fué en Ginecología, por el año 1924 ó 1925. Una enferma, con una apendicectomía en frío, hecha por un cirujano que hacía encapuchonamiento. Apéndice sano, prácticamente normal. Se trataba de esas apendicectomías que se hacen profilácticamente. Esa enferma se murió a las 48 horas con un cuadro alarmante, brutal, cuya explicación no se daba por ningún lado. Murió bruscamente, por un cuadro de colapso. Se hace la autopsia. Se encontró una cosa que fué la que me sugirió algunas reflexiones para otros campos de la cirugía. Se encontró un vientre completamente libre; se encontró la zona operatoria de la región ceco apendicular con un hematoma que no tendría más de dos centímetros cúbicos de sangre, a gran tensión, y era una bocha negra que tenía alrededor de la tienda de peritonización. La enferma no tenía absolutamente otra cosa. Se trataba de una mínima lesión anatómica. Y en aquella época en que se pensaba muy anatómicamente y no muy fisiológicamente, yo sustuve la tesis de que esa enferma se había muerto por una hemorragia disecante, distensiva de la tienda de peritonización, y discutí mucho tiempo esa tesis y no me hicieron caso.

Del Campo habla ahora de las muertes misteriosas, que las catalogan, y no me aceptaron la explicación.

En las famosas peritonizaciones herméticas que hacen los ginecólogos, se hace la peritonización correcta, que queda muy limpia y brillante, para proteger las superficies cruentas de la pelvis en esas tiendas de peritonización. Y tengo el recuerdo de un caso de muerte mía, en el Hospital Español; me llaman a las 5 de la tarde, porque la enferma tenía un colapso terrible. ¿Será una hemorragia? Opero al enfermo inmediatamente y me encuentro que tenía un hematoma de la tienda de peritonización a gran tensión, no por una hemorragia sino discreta, en lo que puede caber en la peritonización estricta. Y esa enferma murió por shock, por distensión de la tienda de peritonización, que tenía por debajo un hematoma.

Con Chifflet escribimos un trabajo sobre las hemorragias disecantes del subperitoneo y los cuadros shockantes bajo las tiendas de peritonización, y concordaba con aquella observación primera de apendicitis que despertó ese cuadro de colapso.

De manera que ese dato es importante para los que hagan eso, y sigo pensando que no se debe hacer; sigo sosteniendo que es una herejía terapéutica y fruto de la rutina, que viene continuándose de tiempo atrás para los que defienden el dogma de la peritonización perfecta, como un adelanto de la cirugía, cosa que creo que tiene sus limitaciones.

No digo que se dejen superficies cruentas, pero esa peritonización estricta es laboriosa, pero se puede hacer. No me especializo mucho en

hacerla, dejo que haya pequeñas superficies de drenaje para la posibilidad de que haya pequeño rezumamiento residual.

A propósito del hecho que relatara el doctor Del Campo, referente a Lamas, en realidad en él no se demuestra el convencimiento de Lamas.

A la vez, yo puedo relatar un hecho. En el Hospital Italiano, el doctor Piquerez es un gran partidario del encapuchonamiento, lo hace siempre. Yo jamás lo hago. Y bien: operé a la hija de Piquerez, y en el momento de la apendicectomía, respetando las ideas del doctor Piquerez, le pregunté si quería que realizara el encapuchonamiento, contestándome: "Si tú quieres hacerlo, bien; si no, es igual". Y no lo hice. Y la chica marchó muy bien.

A mi hija la operé yo mismo, y no lo hice tampoco, con toda seguridad y tranquilidad.

El convencimiento con respecto a un procedimiento, es algo particular a cada uno. No lo puede imponer la voluntad de otro. Por último, no hablo de los fundamentos de esa acusación de herejía, porque no es el momento.

DOCTOR DEL CAMPO. — Debiendo ordenar esta discusión, tengo que sacarla del terreno pasional.

Puede continuar el doctor Cerruti.

DOCTOR CERRUTI. — Puedo asegurar al doctor Etchegorry que en ese caso que relatara, no ligué el ciego, ligué el apéndice, y lo ligué por dos razones. Primero, porque estoy viejo, y segundo porque no tironeo mucho.

Séptimo punto: ¿se debe sacar el apéndice en el curso de otra operación?

Esta pregunta la intercalé aquí porque muchas veces he podido apreciar que en el curso de una operación, particularmente ginecológica, en operaciones del tracto digestivo alto, es muy frecuente, una vez terminada la operación, decir: "Vamos a sacarle el apéndice".

Estimaba, entonces, que se debe conversar sobre este punto, porque me parece que decir eso o enseñarlo a los estudiantes diciéndoles que se debe sacar el apéndice en el curso de otra operación, puede ser arma de dos filos, porque no es la primera vez, ni será la última, que es más difícil, más peligroso y origen de muerte, el hecho de que se haya terminado una operación ginecológica y se intente sacar el apéndice. La enferma, en ese caso, puede morir de hemorragia apendicular, por ejemplo.

De tal manera que, vuelvo a insistir sobre la necesidad de conversar un poco sobre si se debe sacar o no el apéndice en el curso de otra operación.

En lo que me es personal, yo diría que se puede sacar el apéndice en el curso de otra operación, siempre que ello no ocasione maniobras intempestivas, que sea de fácil extirpación; pero que toda vez que el apéndice dificulte un poco su extirpación, sea porque es adherente, porque tiene una posición viciosa, etc., entonces dejarlo de lado, no subes-

timar tanto el valor de una apendicectomía, y terminar la operación primitiva por la cual se había intervenido al paciente.

DOCTOR ETCHEGORRY. — ¿Me permite?...

Hablando del punto relativo a hemorragia apendicular, dije que yo había perdido una enferma por hemorragia, y en la cual no había encapuchonado.

Y bien: la apendicectomía en esta enferma se había hecho accesoriamente a una operación de hernia inguinal derecha. Se podrán imaginar todos ustedes hasta qué punto me suscribo a lo que dice el doctor Cerruti. Fué un caso desgraciado, que representó una enseñanza.

La enferma se murió 11 ó 12 días después; pero el hecho este de morir 12 días después, no quiere decir que la causa fué una hemorragia intraperitoneal en una apendicitis en la que no escapuchoné; si hubiera encapuchonado, aun a pesar de lo que dice Stajano, se hubiera salvado; no encapuchoné porque me vino muy dificultosamente el ciego. Al principio me pareció fácil, pero en realidad al final fué difícil. Creí que había hecho las cosas bien. Y a la tarde la tuve que reoperar.

La verdad es que cuando viene el apéndice a mano, uno tiene la tentación de sacarlo, olvidándose de las consecuencias.

En las operaciones ginecológicas, cuando el apéndice viene a mano, se debe sacar o no se debe sacar, según el criterio. En general, lo saco sin forzarlo. Lo saco, y siempre en las operaciones ginecológicas, una vez hecha esa peritonización a la que tiene tanta rabia Stajano, espero tres, cuatro o cinco minutos para ver si se produce alguna hemorragia secundaria. Y si está el apéndice a mano, lo saco. Jamás tireo, ni busco para sacarlo.

Creo que está perfectamente justificada la pregunta, así como creo también perfectamente justificado el criterio que ha expuesto el doctor Cerruti. No hay que transformar una operación que ha marchado bien, en una operación que se agrava con maniobras intempestivas. Naturalmente que si se ve que el apéndice está enfermo, se puede sacar.

En lo demás, insisto en que creo que se debe extirpar cuando la extirpación no agrava en lo mínimo la suite operatoria; pero creo también que se debe dejar la tentación de lado y el ciego en su sitio, cada vez que para realizar una apendicectomía haya que practicar maniobras inocuas para la salud del enfermo.

DOCTOR AGUSTONI. — ¿Me permite?...

Hay también otro hecho que es necesario hacer resaltar. Creo que nos olvidamos un poco del enfermo. Sacarle el apéndice a un enfermo a propósito de otra intervención, se podrá hacer o no, pero siempre debe consultarse al enfermo.

Declaro que siempre pregunto, y he encontrado enfermos que me dicen que no desean que se les extirpe el apéndice. Por tanto, me parece prudente consultar previamente al enfermo. Es frecuente esto en

las intervenciones ginecológicas, negándose muchas veces la enferma a correr los riesgos de una segunda operación.

Lo corriente es que los enfermos acepten, y lo lógico es decirles que si es fácil la extirpación, se hará, de lo contrario, no.

DOCTOR DEL CAMPO. — Todos están de acuerdo con el doctor Cerruti. Si la apendicectomía se presenta fácil a través de la incisión operatoria, la apendicectomía es aconsejada por casi todos, salvo la opinión del doctor Agustoni que consulta al enfermo.

En la escuela quirúrgica en donde yo me formé, Lamas nos enseñó que cuando operábamos en una zona del vientre y queríamos además la apendicectomía, si el apéndice no venía, no era cuestión de ensanchar la incisión, sino hacer la incisión que correspondía a ese apéndice.

Recuérdese lo que se decía al principio de esta mesa redonda, en el sentido de que el apéndice hay que operarlo con la incisión que corresponde, y que si abierto el vientre se encuentra que hay un apéndice ascendente subhepático, y se está operando por un Phannenstiel, no es posible solucionar las cosas de esa manera.

El cirujano tiene dos cosas para hacer: o no saca el apéndice, o hace una segunda incisión.

DOCTOR STAJANO. — ¿Me permite?...

Estoy de acuerdo con el planteamiento de la extirpación del apéndice, si o no según las circunstancias favorables o no del acto operatorio.

Aún en el apéndice que sea normal, trato de indicar que no se saque, cuando se opera un embarazo ectópico o un hematocele bajo. El cirujano está tentado de sacarlo. Aconsejo que no se saque. Es el caso en el cual la contraindicación la considero formal, por la facilidad o posibilidad remota, a veces no tan remota, de la contaminación de un hematocele que puede infectarse.

En cuanto a la extirpación de esos apéndices altos, retróxicos ascendentes, son los verdaderos casos en los cuales yo enseño a hacer la apendicectomía retrógrada. En eso quería contestar a Del Campo, aunque no me atreví a interrumpirlo insistiendo sobre las ventajas de la apendicectomía retrógrada subserosa, seccionando primero la base de implantación, que es posible en los apéndices sanos. No es muy fácil hacerlo en los apéndices enfermos, muy enfermos, sobre todo agudos o subagudos. puesto que la extirpación retrógrada no viene fácilmente, se fragmenta muy frecuentemente y es peligrosa.

De manera que en los Phannenstiel que hacemos frecuentemente para operaciones ginecológicas, en apéndices sanos, no hacemos una apendicectomía extra apendicular, hacemos una subserosa. Una mínima incisión, y con el ciego en la mano podemos sacar un meso que está en la fosa lumbar, con la apendicectomía retrógrada subserosa. Es una verdadera indicación. Yo la enseño a hacer, y la hacen mis ayudantes, y es una indicación para sacar el apéndice y no dejarlo.

DOCTOR CERRUTI. — Con respecto al punto que se refiere a la peritonitis generalizada, no lo planteo porque tratar el tema en extenso daría margen para una conversación demasiado larga.

De modo que me parece que nos vamos a limitar a decir exclusivamente dos cosas sobre lo que puede suceder en una peritonitis de origen apendicular generalizada. Y es en lo que respecta a si se encuentra a mano el apéndice, o si es necesario buscarlo mucho para extirparlo.

He visto, por ejemplo, en cuadros peritoneales generalizados, drenar inmediatamente la fosa y perder demasiado tiempo en buscar un apéndice, que es dificultoso encontrar, y el enfermo morir.

Entendía que en estos casos podía ser más prudente desligarse de la búsqueda del apéndice para tratar de salvar la vida del enfermo, con operación mínima, que en ese caso sería la de drenaje del foco, drenaje del Douglas, y dejar para un segundo tiempo la extirpación apendicular.

Esta pregunta me la formulé, porque desde hace alrededor de unos veinte años un hermano vive porque seguramente le han hecho esa conducta. Fué operado de una peritonitis generalizada en un estado gravísimo, el cirujano que lo operó le drenó el foco, no le encontró el apéndice, le drenó el Douglas, y el enfermo se salvó, y a los 7 u 8 meses le sacó el apéndice.

De modo que planteo la pregunta, para discutir qué es lo que se debe hacer en esas circunstancias.

DOCTOR DEL CAMPO. — Si entra en discusión este punto, creo que esta discusión se va a prolongar una enormidad.

Es un punto muy discutible y de extraordinaria importancia.

DOCTOR ETCHEGORRY. — ¿Me permite? . . .

Hay que cumplir el horario, y llamo la atención sobre esto al señor Presidente. Si empezamos a tratar el tema de la peritonitis, nos desviamos demasiado. Ya hemos estado saliendo del tema, y no por cierto debido a mí.

Creo que debemos cumplir rigurosamente el horario, si queremos que se puedan leer los temas libres, que son interesantes y que están a cargo de nuestros huéspedes, los cirujanos del interior, que nos están acompañando en este Congreso.

SEÑOR PRESIDENTE. — Estoy de acuerdo con lo que acaba de expresar el doctor Etchegorry.

Nos habíamos propuesto solicitar a los congresales la mayor puntualidad en la hora, y que se concretaran al tema marcado dentro del programa; esto es, media hora para los relatos, diez minutos para las comunicaciones libres, y cinco minutos para intervenir en la discusión.

Esta Mesa Redonda debe terminar a las 10 horas. La hemos dedicado especialmente a los cirujanos del interior, y hemos tenido la satisfacción de escuchar sus interesantes opiniones.

Puedo informar al Congreso, que hace un momento se nos solicitó

que se reuniera una nueva Mesa Redonda, esta mañana, para considerar el tema de Banco de Sangre. Lamentablemente, no hemos podido acceder.

Estimo que esta Mesa Redonda debe terminar a las 10, para darle cabida a la lectura de las comunicaciones de los cirujanos del interior. Además, a las 11.30 tenemos un acto conmemorativo en el Hospital Italiano.

Creo, como el doctor Del Campo, que este asunto daría lugar a una discusión muy prolongada, sobre todo teniendo en cuenta el interés y la importancia que él entraña. Por mi parte, puedo agregar que sería partidario de oír escuetamente la opinión del Dr. Del Campo, y dejar la consideración in extenso del tema para otra oportunidad.

DOCTOR MERNIES. — ¿Me permite?...

En rigor, me interesa sobremanera el punto, me parece lo más capital de todo para el médico del interior. Yo no tendría absolutamente ningún inconveniente en retirar mi tema, que no tiene mayor importancia, a fin de ceder ese tiempo para que se trate ahora, en este momento, la conducta a seguir en las peritonitis. Para mí tiene más interés tratar esto, que lo que pueda decir con mi trabajo. Repito, pues, que no tengo inconveniente en ceder el tiempo que significaría la lectura de mi trabajo.

DOCTOR BEROHUET. — ¿Me permite?...

Estoy de acuerdo con la Presidencia. Como el tema en debate es muy extenso, sería conveniente escuchar al doctor Del Campo, y si después alguien cree necesario formular un comentario, podría hacerlo.

SEÑOR PRESIDENTE. — Están en consideración las dos opiniones sostenidas.

Se va a votar, en primer término, si se continúa con la consideración del tema relativo, a la peritonitis apendicular.

(Se vota: NEGATIVA)

—Se va a votar si se escucha la opinión del doctor Del Campo, por un lapso de unos 10 minutos.

(Se vota: AFIRMATIVA)

—Tiene la palabra el doctor Del Campo.

DOCTOR DEL CAMPO. — Yo le diría al doctor Cerruti que frente a ese caso —peritonitis generalizada pero en condiciones de ser operada—, (porque la conducta es diferente frente al que está en condiciones de desequilibrio humoral completo), frente pues al que tiene una peritonitis generalizada, repito, hay tres conductas: el método de Murphy, dentro del cual el único acto quirúrgico era simplemente drenar; 2 la conducta que se adoptó posteriormente en todos los congresos de cirugía; el acto esencial es la apendicectomía y el drenaje entra dentro de lo discutible. En las Clínicas alemanas se llegó a la supresión total del drenaje.

Tercera conducta, que se discutió durante cinco o seis años, sin haberse llegado a ninguna conclusión en Norte América, tratamiento mé-

dico de la peritonitis, dejando para más adelante después de la localización, etc., la acción quirúrgica.

Nosotros estamos dentro de la idea de que si el enfermo está con su equilibrio humoral conservado, debe ser apendicectomizado, evacuando el exudado y drenando.

Pero todo eso es completamente discutible.

Muchas gracias por la atención concedida a esta discusión.

DOCTOR CHIFFLET. — ¿Me permite, señor Presidente...

Quería comunicar a los señores congresales, que el Director del Instituto de Anatomía ha enviado dos cadáveres para disección de la mesentérica superior e inferior.

Estos cadáveres están a disposición de los señores congresales. Pueden contar desde ya con los asistentes del Instituto, así como de todos los elementos necesarios.

SEÑOR PRESIDENTE. — La Mesa agradece la brillante colaboración prestada por los cirujanos que han participado esta mañana en la consideración del tema Apendicectomías Dificiles. Verdaderamente, la publicación de estas opiniones servirá de guía en muchos puntos discutibles, ya que todavía en nuestro medio se sostienen criterios muy diferentes respecto a problemas de las apendicitis.

Especialmente queremos agradecer la colaboración prestada por el profesor Del Campo. De su autorizada opinión todos hemos aprovechado en esta Mesa Redonda.

DOCTOR ETCHEGORRY. — ¿Me permite?...

Con respecto a la suspensión de la consideración del tema de peritonitis, creo que podríamos llegar a una solución: que se publicara la opinión de los que quisieran intervenir, enviando el número de páginas que la Mesa fijara previamente.

Creo que sería una cosa interesante, en el sentido de que cada uno pudiera de esa manera dejar establecido su punto de vista.

DOCTOR DEL CAMPO. — Si me permite el doctor Etchegorry, quisiera decirle que hay una dificultad, y la dificultad es que, en general, no se discute sobre las mismas cosas. Hay que ponerse de acuerdo sobre qué es lo que se discute. Hay dificultad hasta en los términos que se emplean.

Por ejemplo, en el Congreso de Chile hubo cosas como esta: una persona decía: "Consideramos que no se debe drenar; cada vez drenamos menos". Si cada vez drena menos, drena. Otro decía: "El drenaje después de las 8 horas o de las 24 horas, no drena nada", lo que quiere decir que hasta las 24 u 8 horas, drena.

Hay, pues, dificultad de lenguaje. Si hacemos una exposición escrita sobre todo eso, será un informe que tratará seguramente de cosas completamente diferentes. Es absolutamente necesario precisar qué es lo que se discute. Esa es la cuestión, y si no se precisa, lo demás no sirve.

Puedo referirles esto. En el Congreso de Cirugía de 1925, Kirschner trataba el tema sobre toda la experiencia de los servicios quirúrgicos alemanes, desde el año 1890 hasta 1925, experiencia documentada como sólo era capaz de presentar Alemania. Kirschner hasta señala los tres servicios que no mandaron datos, de los cuales uno ni le contestó. Como en su trabajo indica todos los restantes, en Alemania se sabía quién era el que no le había mandado los datos solicitados. Y bien: Kirschner señala lo siguiente: mortalidad operatoria en Norte América por peritonitis generalizada, 10 %; mortalidad operatoria en Alemania, 50 a 60 %. Comentario: "evidentemente no hablamos de las mismas cosas".

Otro ejemplo: peritonitis generalizada sin perforación, prácticamente no existe, y hay gente que tiene escrito en sus relatos: "Peritonitis generalizada con apéndice no perforado". Esos casos podrán existir, pero son discutibles, muy discutibles.

SEÑOR PRESIDENTE. — Antes de pasar a la discusión del segundo punto de la orden del día de esta sesión, en nombre del Congreso quiero agradecer al Profesor May y al Profesor Chifflet la gentileza de haber puesto a disposición de los congresales el material por ellos ofrecido.

DOCTOR PAREJA PIÑEIRO. — ¿Me permite?...

Hemos resuelto los médicos del interior reunirnos esta tarde, a las tres, aprovechando que el programa empieza a la hora 4, a fin de considerar asuntos de interés para nosotros. Nos reuniremos en el Salón de Fisiología.

SEÑOR PRESIDENTE. — Queda terminada, señores, la Mesa Redonda sobre Apendicectomías Difíciles, y pasaremos a tratar el segundo punto de la orden del día.