

**Trabajos inéditos del Dr. Donato Depalma. Obra póstuma que no llegó a publicarse
y será ofrecida por nuestra revista en sucesivos artículos
como recuerdo a su destacado historiador**

Apendicitis

“Revisar toda la literatura sobre apendicitis aguda sería un trabajo más allá de las posibilidades. He aprendido mucho de los modernos, pero de los antiguos no hemos aprendido aún todas las enseñanzas.”

BOYCE

En una necropsia realizada en 1497, Jean Ferniel encontró el apéndice perforado, constituyendo ésta la primera mención de tan frecuente patología. En 1514 Jacobo Barigazzi, más conocido como Berengario de Carpi, describe y dibuja el apéndice vermicular o vermiforme según su propio testimonio, fruto de las disecciones realizadas en más de 100 cadáveres. El revisionismo impuesto por el Renacimiento hará que Vesalio hacia 1543 también reconociera este órgano. Lorenz Heister, célebre anatomista y cirujano del siglo XVIII realiza en 1711 la necropsia de una niña –otros dicen de un malhechor– hallando el apéndice perforado y un absceso en fosa ilíaca derecha. También John Hunter en la decimotercera centuria realiza igual comprobación –apéndice ulcerado y peritonitis– archivando su descripción en la Biblioteca del Royal College of Surgeons de Londres.

Claudius Amyand, cirujano militar del Saint George Hospital, describe el primer caso clínico de un apéndice perforado en saco inguinoescrotal (hoy diríamos apendicitis herniaria) que evolucionó como un tumor inflamatorio fistulizado y que fue avenado conjuntamente con la porción distal del apéndice. El paciente sobrevivió con una fístula estercorácea, siendo el enfermo un niño de 11 años. La observación referida fue registrada en el *Philosophical transactions of the Royal Society*, en 1736.

Menstiver, en 1759, describe el cuadro de un paciente portador de un abdomen agudo con absceso apendicular que fue drenado; no obstante, el enfermo falleció encontrándose el apéndice perforado por una aguja. Esta experiencia le permitiría sugerir al autor el oportuno drenaje quirúrgico de las colecciones pericecales.

En 1812, James Parkinson refirió la muerte de un paciente por perforación apendicular y ulterior peritonitis. Hacia 1813, Lowyer Willermay documenta un cuadro clínico que comenzó con agudo dolor abdominal seguido de un período de calma. Al paciente se le prescribió una enema, de resultados de la cual el enfermo falleció. Esta es la primigenia historia de “calma engañosa” que a fines del mismo siglo llamaría la atención de un egregio de la clínica francesa; su nombre –todos lo recordamos– se halla unido a una expresión que ha devenido en clásica: “*la calma traidora de Dieulafoy*”. Fue este agudísimo observador y el mismo que describiera en 1895 la tríada sintomática de la fosa ilíaca derecha: dolor, defensa muscular y síndrome febril, verificable en las apendicitis agudas.

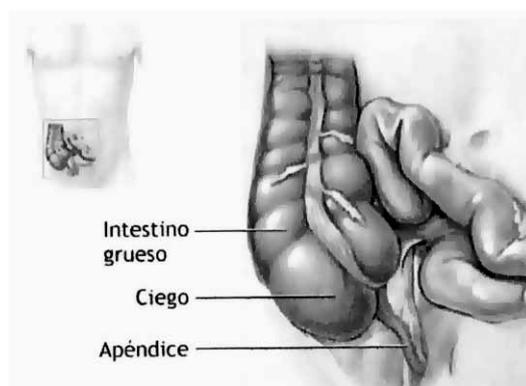
A mediados de 1815 el barón de Dupuytren incide un absceso pericecal, intervención que repetirá en 1823 al considerar que la formación purulenta era consecutiva a una lesión cecal. Se instituye por entonces el concepto de *tiflitis*, *peritiflitis* y *tiflo-enteritis*, nominaciones que perdurarían hasta el siglo XIX y que retrasarían el reconocimiento de la apendicitis como entidad, como nosografía, como patología de alto riesgo.

En 1827 Weller afirmó que las peritonitis por apendicitis perforada tenían una mortalidad del 100%. Para fundamentar esta premisa publicó los protocolos de varias autopsias y pronosticó que en el futuro esos cuadros tendrían resolución quirúrgica. Sin embargo, por aquella época gozaban de procedimiento las ideas evolucionistas de Darwin que le atribuían al órgano vermicular una condición rudimentaria, atrófica e involutiva. Se aducía que el hombre primitivo había tenido por su

régimen alimentario, un apéndice de mayor tamaño y significación fisiológica y que ahora aquel esbozo orgánico se hallaba en regresión, por lo tanto no se le podía inculpar de determinados cuadros abdominales. Por otra parte Dupuytren, el olímpico, el tiránico y vindicativo cirujano jefe del Hôtel Dieu de París, el más grande cirujano de Francia –pero el más odiado hombre según sus contemporáneos e historiadores–, a través de sus conferencias y de sus alumnos Husson y Dance y de sus “Lecciones quirúrgicas” –1833– atacaba la imputación de Meliere de que los abscesos del cuadrante inferior derecho y aún los íliacos fueran motivos de una enfermedad primaria.

Tomás Addison en 1839 publicó una frondosa descripción de las apendicopatías graves y a fines del siglo XIX fueron numerosas las comunicaciones sobre pacientes fallecidas por abscesos de fosa ilíaca derecha, peritonitis y apendicitis gangrenosas, inculpándose de esta patología a parasitosis diversas, fecalitos, vicios de conformación y cuerpos extraños.

Grisolle, contemporáneo de Addison, encontró en 75 necropsias 53 abscesos del cuadrante inferior derecho, en el que las fistulas del apéndice superaban con largueza a las observadas en el ciego. Reiteramos que fueron muchos los que insistían en el origen primitivo de la enfermedad apendicular, pero se hallaba tan arraigado el concepto de las pantiflitis por rémora fecal, que las publicaciones de Melier, Burne, Matterstock, Addison, Bright y Grisolle fueron ignoradas. Chassaignac en la década del treinta establece una clasificación de los abscesos de la fosa ilíaca derecha ordenándoles en subperitoneales o retroceales, subaponeuróticos o fasciales con psoitis y en subperiósticos de presentación excepcional.



Esta clasificación correspondía al concepto anatómico de la época, juicio que sería modificado en 1848 por Bardenleben, al declarar que en el 90% de las investigaciones anatómicas el ciego era intraabdominal, en tanto que en el 10% era retroperitoneal. Estas aseveraciones serían reconfirmadas por Lusehka en 1861 y por Treves en 1885.

En 1848 en Londres, Hancock drenando la cavidad peritoneal de una embarazada, a través de una incisión ilíaca logró salvar la vida de la misma; sin embargo, los colegas de la Sociedad Médica londinense la tildaron de psicópata, por no haber esperado que el absceso culminara su evolución antes de ser incido. Empero la idea de Hancock fue recogida por Fenwick su sucesor en Londres y por William Parker de Nueva York, quien desde 1843 había operado pacientes con similar patología luego de cinco días o más de evolución.

Hacia los años setenta, Corbon en Francia, comienza a avenar los abscesos *pantiflíticos* e íliacos lumbares con amplia incisión siguiendo aproximadamente un trayecto paralelo a la XIIª costilla. Folin y Dulay, también en Francia, en 1878, efectúan incisiones sobre la arcada crural, tratando de evitar los vasos. En 1880 H.B. Sands de Nueva York, exhibió una estadística de 25 abscesos intervenidos con sólo dos fallecimientos, guarismo óptimo para la época, debido a que las incisiones se efectuaron entre el 3º y 4º día de comenzado el ataque apendicular. Como particular connotación, en estos casos la incisión practicada era vertical, remontando el punto medio del arco crural sobre la línea de Spiegel.

En 1882 un hecho que por su resonancia política conmovió los estamentos del mundo médico gálico y a sus instituciones, fue el acaecido a León Gambetta, célebre estadista y orador francés a quien le cupo una difícil labor en el período posterior a la guerra con la Prusia de Bismarck. Afectado en 1838 por un proceso apendicular –tenía 11 años–, éste curó luego de perforarse, abscedarse y drenarse. En 1882 experimentó una recrudescencia de su primitivo cuadro, de resultados del cual falleció. Sus asistentes habían insistido tozudamente en brindarle tratamiento médico –en boga en esa época en Francia– alegando que si el paciente se operaba, fallecería poco después. La autopsia realizada por Lannelongue, –quien había querido intervenirlo y no se le permitió– comprobó otra perforación del apéndice con absceso, peritonitis, adherencias y fijación del órgano vermicular por

antiguas recidivas y cicatrizaciones.

En 1883, Wahomed preconizará para el avenamiento de las colecciones una vía similar al abordaje ya sugerido por Follin y Duplay, en tanto Somons un año más tarde defenderá la metodología parecida a la de Sands. Esta técnica será acuñada por Treves en 1885 y por Senn en 1889. Es procedente enfatizar que Treves, aquel mismo año ganó el premio Jackson de la Academia de Medicina de Londres por su valiosísimo trabajo de investigación anatómica en torno del ciego y del apéndice. Su labor es la conclusión de 100 necropsias en las que descubrió y describió el repliegue ceco-apendicular, hito topográfico de valía en el reconocimiento de la continuidad ileo-cecal. No resultará redundante declarar que todos los cirujanos recuerdan este repliegue con el nombre del descriptor.

Cabe afirmar que hasta ese entonces se habían realizado numerosas y meritisimas contribuciones, más le cabría el honor en 1886 a Reginaldo Fitz, patólogo de Boston de presentar un trabajo original inédito y de revolucionarias proyecciones. Fitz expuso en "The First Meeting of American Association of Physicians" realizado en Filadelfia y que tituló su comunicación "Perforación inflamatoria de apéndice vermiformis, con referencia especial a su diagnóstico y tratamiento precoz". Estudió los diversos cuadros clínicos y su cronología y propuso denominar a la afección "**apendicitis**". Llamó la atención sobre las graves complicaciones que sobrevendrían si no se efectuaba la intervención en términos perentorios, y acompañaba en la ponencia con una estadística personal en la que concluía que un tercio de los dolientes con apéndice perforado, fallecía antes del 5º día de iniciado el proceso. Subrayaba esta premisa al historiar 257 pacientes, de los cuales el 60% había sucumbido entre el 4º y el 8º día.

La contribución de Fitz tuvo repercusión mundial y a sus modernas concepciones se agregaron las experiencias de von Mikulics, Kröenlin, Sands, Max Shüller y Charles Mc Burney. Este último —cirujano de Nueva York— describió el signo doloroso sobre la línea espino-umbilical, de localización constante y determinado por la unión del íleon en el ciego, con apéndice inflando. Presentó una serie inicial de 24 pacientes apendicetomizados, 20 de los cuales fueron operados antes del tercer día y fue el primero de acuerdo con su vía de abordaje en divulsionar la pared músculo-aponeurótica en vez de seccionarla como lo

preconizaba Roux, ello acontecía en 1894 y su primera publicación sobre el tema se dio a conocer en 1898.

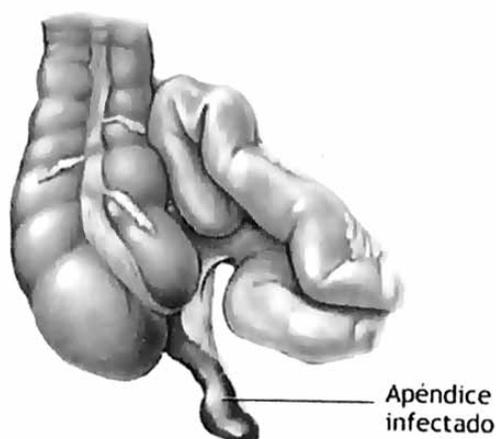
No obstante estas innovaciones y las incontrovertibles pruebas de cirujanos renovadores, las viejas ideas se hallaban tan arraigadas, que los operadores continuaban drenando los abscesos, pero sin ectomizar. Desgraciadamente estas ideas siguieron teniendo predicamento en los centros quirúrgicos más prestigiosos del siglo XIX y aún del siglo actual. Treves, si bien se animó a ser más intervencionista, sin embargo sólo liberaba el apéndice de las adherencias o del incipiente plastrón sin ectomizar. Tal era la presión del entorno científico londinense que por sus proyecciones también seguiría imperando por largo tiempo en Alemania y Suiza. En 1902 aún el concepto de *tiflitis* y *paratífilitis* con su manto de oscurantismo seguía cobrando nuevas víctimas. Esta inexplicable posición casi concluye con la vida del rey Ricardo VII. Por la jerarquía del paciente ante quien desfilaron los más empinados médicos de la época, el caso merece comentarse. En vísperas de la coronación, las ceremonias tuvieron que postergarse. Lister y otros colegas que asistían al prominente cortesano, llamaron a Treves en consulta debido a que el futuro monarca presentaba un flemón ilíaco con grave quebrantamiento de su estado general.



Los integrantes del Magno Consejo Médico acordaron que debía drenarse, el monarca se opuso por lo que Lister contestó para decirlo: “*Excelencia entonces Usted asistirá a su coronación como cadáver*”. El aspirante al trono se operó y pudo acceder al reinado semanas más tarde. Como paradoja, Treves moriría años después en Suiza a consecuencia de una apendicitis aguda complicada.

Si bien en 1887 T.G. Morton de Filadelfia había realizado con éxito la primera laparotomía con extirpación del apéndice perforado, sería Mc Burney –como apuntáramos– en 1889 quien destacaría la responsabilidad de éste en los procesos abscedados del cuadrante abdominal inferior derecho. Su finura semiológica, fruto de sedimentada experiencia y sus pesquisas anátomo-clínicas en busca de las localizaciones selectivas del órgano apendicular, le permitirían sugerir a colegas y discípulos la búsqueda del dolor sobre los 3,5 cm y los 5 cm de la línea trazada desde la espina iliaca antero-superior hasta el ombligo. Insistió en la exéresis precoz y argumentó que la incisión exploradora “*estaba mucho más libre de peligro que el tratamiento expectante*”. Reafirmaba lo expuesto con la presentación de tema: “*Experience with early operative interference in cases of disease of the vermiform appendix*”; y suscribió la utilización del vocablo “**apendicitis**” ya acuñado por Fitz.

A partir de entonces y con no pocas e interminables polémicas se fueron derrumbando las columnas del pensamiento ochocentista, para ingresar en el nuevo siglo con una mentalidad anátomo-clínica, fisiopatológica y etiopatogénica acorde con los nuevos saberes del positivismo.



Jalaguier, Murphy, Sonnemburg, Cazin, Mac Williams, De Quervain, Gasset, Chaput, Sprengel, Lanz, Blumberg, Mayo, Hartman, Kocher –por sólo indicar algunos nombres de resonancia y de países diferentes–, se convertirían en los abanderados de las ideas de Fitz y de Mac Burney.

Empero se siguieron planteando otras incógnitas.

- ¿Dónde ubicar la incisión?
- ¿Cómo tratar el apéndice patológico?
- ¿Qué conducta se debería adoptar con las peritonitis de origen apendicular?
- ¿Cómo se resolverían las complicaciones?

Estos interrogantes se plantearon y aún siguen suscitando inúmeras disquisiciones que convocan a diversas reflexiones en torno del momento quirúrgico y de las expectativas que crea el post-operatorio.

Jugarían en estas decisiones la pericia del equipo asistencial, las eventuales oclusiones funcionales o mecánicas, las hemorragias imprevistas, sepsis y fistulas estercoráceas, el equilibrio humoral, las adherencias y bridas, la ubicación o no de los drenajes y la permanencia de los mismos, la formación de abscesos residuales, las eventraciones y excepcionalmente las apendicitis del muñón.

Subrayemos que el reconocimiento de todas estas implicaciones inherentes a la morbilidad del apéndice y sus secuelas, no agotaría el más exhaustivo volumen de “*Patología abdominal*”.

En tanto en los más altos niveles científicos europeos y americanos se debatiría la ubicación de esta novísima entidad en la nosografía general, ¿qué ocurría en Buenos Aires y demás poblaciones del interior?

Damos por descontado que el tema era desconocido por galenos y pobladores de la Gran Aldea, quienes nutrían la arqueta de sus magros conocimientos con una farmacopea simple y folclórica. Hubo tiempos en que no recaló ningún cirujano en el puerto de la Santísima Trinidad y sólo la providencia de algún flebotomista, boticario, protomédico de extramuros o curandero, ayudó a paliar las desventuras que siempre conlleva la enfermedad.

Si echamos una mirada retrospectiva y releemos el “Seminario de Agricultura” podremos advertir que entre 1802 y 1807 se difundían algunas nociones de puericultura. En sus columnas se describirán convulsio-

nes meconiales, dolores cólicos, las diversas etapas de la erupción dentaria y se enfatizaba la importancia de la lactancia materna, se señalaba el meteorismo, distensión abdominal y se prevenía acerca del frecuente hallazgo de lombrices en las deyecciones. A tales efectos se recomendaban las envolturas ventrales, los purgantes y cliteres, y se aconsejaba la ingesta de determinados tés a los que se les atribuían “reconocidas” cualidades salutíferas. Al referir esta recensión de las afecciones abdominales más frecuentemente diagnosticadas en el Río de la Plata, no podemos dejar de comentar la remanida palabreja “*empacho*”, término que persiste en el vocabulario de los legos y aún doctos para explicar cualquier oscuridad patológica abdominal, de un indeterminismo absoluto. Es procedente señalar que la expresión “*empacho*” incluía un apretado haz de patologías desde las banales hasta las más complicadas. A su empuje quedaban sepultadas entidades como las gastritis, gastroenteritis, hipertrofia de píloro, enterocolitis, enterocolitis necrotizantes, colitis ulcerosas, fiebre tifoidea, hernias internas, vólvulos, aganglionosis, oclusiones, sepsis, intoxicaciones y por supuesto en aquel oscurantismo también se encubría la apendicitis. Ni que decir de la apendicitis del lactante, entidad tardíamente reconocida. Existe un proverbio latino que reza: “*Sólo se diagnostica lo que se conoce*”, de allí que debamos aceptar con óptica histórica aquellas formulaciones insertas en una época donde la escolástica aún se mantenía inmovible. La consabida palabra “*empacho*” hizo que sus elucubraciones ordenaran una clasificación, se hablaba así de “*empachos gástricos*” y de “*empachos intestinales*”. Esta insólita clasificación surgía según el tracto del segmento digestivo en el que se detenían los alimentos, teniendo especial prevalencia el “*empacho intestinal*”. Existen referencias de los doctores Montes de Oca, González Catán y Francisco Argerich refrendando certificados con aquellos diagnósticos y en las planillas de defunción –hasta 1872– figuró aquella nominación.

El consenso atribuía el “*empacho*” a transgresiones o “*vicios de alimentación*”. No en vano en medicina popular el sustantivo pervivió y quedó consagrado como sinónimo de hartazgo o indigestión.

Nuestro país tradicionalmente incorporado a las corrientes culturales y científicas europeizantes, también transitó la indecisión que suponían las intervenciones abdominales. No

obstante –según Lardies González– la primera publicación en nuestro medio corresponde a la tesis doctoral denominada “*Peritonitis y su tratamiento*”; aunque no se menciona específicamente a la apendicitis. Su autor fue Antonio Martínez Rufino. Otra tesis está legalizada por Francisco N. Robles y fue titulada “*Apendicitis*”. La contribución no aporta mayores datos quirúrgicos pero menciona a Fitz y su libro. En 1898 se da a conocer otra tesis, su autor fue Francisco Darbon y el título registrado “*Algunas consideraciones sobre la apendicitis*”. En esta contribución no sólo se recogen las exposiciones de Fitz sino que también el autor comenta a Mc Burney y la signología por él descripta. En otro párrafo Darbón asevera que la primera apendicectomía en la Argentina la efectuó Alfredo F. Llobet en el Hospital Rawson, aunque no se precisan ni fecha ni técnica utilizada. El enfermo falleció. Merece mencionarse que estos datos escasos y nebulosos confunden al compilador de antecedentes, de allí que José Arce en su tesis de profesorado presentada en 1907 titulada “*Concepto de la apendicitis y su tratamiento*”, no la menciona. Si en cambio, refiere la intervención practicada por Avelino Gutiérrez a una dependiente de comercio en el Hospital San Roque –hoy Ramos Mejía–, en 1898. El paciente era Miguel Saumell, tenía 25 años de edad y se le dejó un drenaje que fue quitado en pocos días; en menos de tres semanas fue dado de alta, siendo el protocolo quirúrgico recogido por la Revista de la Sociedad Médica Argentina y por la Semana Médica. Por entonces Pascual Palma refutó el diagnóstico de apendicitis pero por la técnica utilizada –incisión de Mc Burney y exéresis del órgano vermicular– debió ser una apendicitis. Comentemos que la figura de Llobet es difícil de enjuiciar. Fue profesor sustituto de varias asignaturas –entre ellas anatomía e Histología Patológica– que como deducirá el lector no se hallan alejadas de la actividad quirúrgica. Que fue un cirujano laborioso no cabe la menor duda, ya que realizó intervenciones craneales y se atrevió con el corazón, pero no dejaba documentación sobre las tácticas que empleaba. Esta crítica como refiere Lardies González, le fue formulada por Diógenes Decoud, quien también arremetió contra su libro “*Once años de práctica quirúrgica*” prologado por Ollier. El volumen fue traducido al francés de un manuscrito y nunca fue vertido al español, a pesar de haber sido editado por Félix Lajouanne, en Buenos Aires.

Ya expresamos que la apendicitis como entidad clínico-quirúrgica fue de controvertida aceptación y prueba de ello es que en el Congreso científico celebrado en 1898 ninguno de los médicos que a él asistieron abordaron el tema. Empero ya era reconocida la enfermedad por los cirujanos con vocación pediátrica, dada la frecuencia con que se la observaba en el primer decenio de la vida.

Así principiaron a practicar las apendicectomías –temperamento concluyente– luego que se arribara al diagnóstico de certeza temprano y a una conducta quirúrgica radical. Las estadísticas comienzan a ser elocuentes: entre enero de 1899 y diciembre de 1900 se realizaron en el Hospital de Niños de Buenos Aires 14 intervenciones, con 12 sobrevividas y 2 fallecimientos por sepsis. Las historias clínicas prolijamente recogidas nos ilustran entre los pródromos de la afección y los intentos terapéuticos –posición antiemética Riviere, aplicación de hielo, aceite de ricino, enemas boricadas, fomentaciones abdominales con timol, cafeína y opiáceos– así como los tipos de incisión empleados: Jalaguier, Mc Burney y Roux.

Coméntanse los procedimientos de avènement de la cavidad, el cultivo de gérmenes, su tipificación e inoculación al cobayo y la histopatología de los apéndices ectomizados. Se mencionan los nombres de los cirujanos intervinientes y se consigna el cloroformo como único anestésico. Estas primigenias observaciones se hallan recogidas en la tesis inaugural “*Apendicitis*” que fuera presentada por el doctor Marcos Depetris, ex interno del Hospital de Niños y preparador del Museo de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, para optar al título de Doctor en Medicina. También Alejandro Posadas, con innata fecundidad, se ocupó del tema y prueba de ello es que en su frondosa cirugía se estadificaban ocho pacientes “con resección de apéndice”. Si se piensa que Posadas se desempeñó como cirujano infantil de la sala del doctor Blancas, del desaparecido Hospital de Clínicas y que falleció en 1902, comprendemos mejor aún la historicidad del momento que le cupo transitar.

El doctor Arce extrae de su casuística hospitalaria y de su práctica privada en el Sanatorio Norte, 35 pacientes, 5 de los cuales eran niños. Las ectomías apendiculares se efectuaron en el lapso que va de 1904 a 1907 y uno de los intervenidos falleció por peritonitis generalizada y sepsis.

El gran paladín de la apendicectomía en la República Argentina fue el doctor Bartolomé Vasallo de Rosario, quien en el Congreso Latino-Americano celebrado en 1907 en Montevideo, manifestó a los asistentes haber operado 592 enfermos de todas las edades, con solamente 2 fallecimientos. Resulta auspicioso enfatizar que en 1911 el mismo autor publica el caso inédito de apendicitis en un lactante. Recordemos además que periódicamente los cirujanos infantiles solemos encontrar el apéndice deslizado en saco herniario. En los atascamientos no es improbable además que el apéndice se presente con signos inflamatorios, fuere por su ínsita patología fuere como resultante de su incarceration. Estos son hallazgos verificables durante el acto operatorio. El diagnóstico de apendicitis en el lactante no es fácil. Aunque relativamente rara su frecuencia, su presunción diagnóstica obliga a una o varias evaluaciones cuidadosas ya que existen dificultades para localizar el dolor. En el pequeño no suelen ser apreciadas las manifestaciones prodrómicas y la perforación apendicular suele verificarse con llamativa rapidez, invocándose como causas el órgano de paredes delgadas y la brevedad del epiplón para proteger adecuadamente la propagación de una peritonitis difusa.

Si bien las apendicitis agudas han movido a un replanteo del dolorimiento abdominal con selectiva localización en el cuadrante inferior derecho, no ha escapado a su ubicua posición dentro de la nosografía la denominación de apendicitis crónica primitiva o residual o recidivante, o apendicitis con recaídas.

El concepto de apendicitis crónica se afirmó casi inmediatamente después de haberse descrito la apendicitis aguda, al observarse la manifiesta tendencia recidivante de las crisis dolorosas y la persistencia de molestias en el intervalo. Si bien su confirmación se documentó en protocolos anátomo-patológicos antes de la Primera Guerra Mundial, su conocimiento era de antigua data. En efecto en 1827 Mellier la describió en el *Journal General of Medicine*. En 1892 Talamon relata una forma de apendicitis subaguda “*insidiosa en su comienzo y evolución*”.

Delangeniere en 1897 llama la atención de la frecuencia de los procesos crónicos como complicación de la anexitis. Posteriormente Ewald, Jalaguier, Weinberg, Letulley y Sireday actuarán como multiplicadores de esta entidad ya definitivamente desglosada *de las tiflitis y epitiflitis*.

Dos premisas con fundamento clínico-histológico refrendarán incontrovertiblemente la aparición más o menos solapada de esta recrudesciente afección:

“Después de una apendicitis aguda el órgano queda anatómicamente enfermo”, decía Roux.

Y Terrier afirmaba: *“el apéndice después de un ataque agudo guarda en su tejido linfoides y en las cicatrices parietales todos los elementos necesarios para su recrudescencia”*.

Inspirado en aquellos conceptos el doctor Félix Celesia, argentino, preparó su tesis a la que tituló *“Apendicitis crónica”*. Esta fue presentada en la Universidad en 1908, pero las referencias hacia los niños son vagas aunque destaca que las reagudizaciones producidas en la primera infancia *“determinan sepsis que se generalizan con mayor rapidez”*.

Alejandro Biancescio, ex practicante de los hospitales Rivadavia y Fernández, presentó en 1911 para optar al título de Doctor en Medicina, un trabajo con el mismo título que el de su predecesor *“Apendicitis crónica”*. Su obra fue revisada por los profesores Arce, Avelino Gutiérrez y Marcelo Viñas, siendo aprobada con las correspondientes proposiciones accesorias.

En 1912 otra investigación vinculada al tema y bautizada *“Apendicitis crónica y su tratamiento”*, perteneciente al doctor Ismael Peña, interno del hospital Pirovano, exaltaba la importancia de este cuadro y recomendaba la ablación del apéndice en los síndromes de la fosa ilíaca derecha intermitentemente dolorosos. El proponente enriqueció su presentación con diez historias clínicas del Servicio de Cirugía del doctor Juan B. Emina, estando la comisión revisora a cargo del académico Diógenes Decoud, del profesor titular doctor Pascual Palma y del docente suplente Pedro Chutro.

Desde aquellos iniciales pasos vacilantes la cirugía argentina contribuyó en forma decisiva a la solución de esta problemática clínico-quirúrgica, que afectó y afecta preferentemente a niños y adolescentes.

Gandolfo, Bazterrica, Prando, Cranweld, Repetto, Enrique y Ricardo Finocchietto, Oscar Ivanicevich, Rivas, Mainetti, Del Río, Ottolenghi, Giuliano, Dell’Oro, Goñi, Puchulu, Pardo, Cigorrada, Baistrocchi, Gallo, Giani y Loyarte por incluir solo algunos nombres, jalonaron el ríspido de esta patología que aún cobra sus víctimas e incide en no pocas complicaciones.

Pero repetiremos con Kelly *“...la literatura sobre el tema es tan extensa que pienso que no hago justicia a muchos investigadores valiosos, en este terreno: a ellos yo les pido disculpas por la omisión involuntaria...”*.

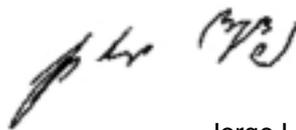
En 1963 en un libro cautivante titulado *“El médico nuevo en la aldea”* y prologado por el escritor Jorge Luis Borges, su autor Ernesto Serigós, narra con frescura y originalidad la primera intervención quirúrgica realizada por un médico argentino, al alborear el siglo en la naciente San Carlos de Bariloche. Tratábase de un indiecito mapuche cuyo abdomen peritoneal obligó a una conducta heroica...

Con la permisividad que el lector habrá de conceder, cabe transcribir el colorido encanto de esta relación preñada de singulares aportes histórico-geográficos y de situaciones azarosas.

Un hito más en la historia de nuestra cirugía infantil proyectada hacia los confines patagónicos, atrapada en la inconmensurabilidad de un escenario inolvidable...

Me honra estampar mi nombre en esta página inicial, junto al de un argentino que en nuestro siglo XX se ha consagrado a mitigar o a sanar los males humanos y a la preciosa y denodada tarea de seguir explorando y descubriendo un confín de la patria.

Buenos Aires 2 de diciembre de 1963.



Jorge Luis Borges

En el hospital Salesiano: un caso grave

Aquella mañana me esperaba un nutrido y variado consultorio y como la sala de internados recibía aportes de visitantes, se pudo equipar en forma conveniente un número de camas que llenaba las necesidades del momento y así, la mañana me resultaba corta para solucionar tan diversos problemas técnico-administrativos.

Las novedades del día me fueron comunicadas en forma escueta por el enfermero, pues su única preocupación era un niño de pocos años que llegaba del Collón Curá en brazos de su madre después de dos días a caballo bajo la lluvia. La maqui lo curaba por empacho y ella creía ahora que su guagua se moría...

El niño parecía formar parte del cuerpo de la madre... con dificultad el enfermero pudo desprenderlo... ¿suponía ella que apretujado en lo alto de su pecho se produciría el milagro de la curación por el maqui cristiano?

Asomó entonces la cabecita renegrida y la cara pálida acerada. Sus ahuecadas órbitas mostraban una gruesa línea negra de pestañas en el fondo. Abría y cerraba en forma acelerada su naricita chata y no era fácil saber de su frecuencia y los labios entreabiertos resquebrajados, dejaban ver en la encía una línea seca lechosa. Podía tener 5 años –me conformé con suponerlo– pues encerrada su madre en un mutismo impenetrable fue imposible averiguar antecedentes del grave proceso. Me dediqué a observarla a ella mientras liberaban al niño. Era una ser inmenso en alto y en ancho erecto con un fuerte manojito de pelos negros, casi azules anudados en la nuca, parecía un bronce de rasgos puros representando su extinta raza araucana. El pequeño cuerpo quedó finalmente al desnudo sobre una mesa próxima a una estufa de hierro al rojo. En el tórax, se podían contar sus costillas y los espacios costales se afinaban y ensanchaban al compás de frecuentísimas respiraciones. El vientre era un esférico a gran tensión, sonoro o mate por zona, increíblemente doloroso a la derecha abajo.

Unas carreritas de frío me bajaban por la columna vertebral... no podía evitar el encontrarme ante una peritonitis generalizada.

Pocos días antes, en previsión de esta u otra contingencia, había reunido en una caja, ese museo de instrumentos fuera de circulación que constituían el bagaje operatorio del hospital Salesiano. Había agregado unas pocas que traía en el viaje y el todo se había esterilizado. Una conmoción debió golpear mi interior, donde chocarían entre sí principios éticos, profesionales y humanos, por una parte y por la otra problemas étnicos inalcanzables... ¿Debería operarlo? ¿Estaba capacitado con la colaboración que me rodeaba para hacerlo? ¿Estaba justificada la intervención? Esa madre que merodeaba espiritual, ambiental y psicológicamente en zonas opuestas, ¿alcanzaría a comprender como ese empacho tenía que ser operado?

El pulso “volaba”, era incontable, la piel se había enfriado y la columna mercurial permanecía inmóvil abajo.

Cuando puede salir de ese laberinto espiritual fui en busca del superior de la casa.

—Padre Marchiori –dije sentencioso–, si

yo no estuviera aquí este párvulo se moriría indefectiblemente por empacho y el fatalismo del ambiente lo justificaría todo, pero mi breve experiencia médica basta para afirmar que se morirá por peritonitis y aún, tal vez operándolo... ¿aconseja y autoriza como director espiritual esta conducta en las paupérrimas condiciones quirúrgicas ambientales, sabiendo que así y sólo así podemos salvarlo?

Sin abandonar su serenidad y sin dejar de observarme –tratando de averiguar los deseos de mi inconsciente– pasados unos segundos apuro su respuesta:

—Doctor, ponga su mano en el pecho y trate de concentrarse para oír la voz de su conciencia, después haga solamente lo que él le dicte, yo le acompañaré en espíritu y cuerpo... todos le acompañaremos.

Al oír la última palabra ya estaba tomada la determinación. Había que correrle al tiempo, ganar minutos, segundos...

—Y ahora mientras con el enfermero José preparamos al sala, usted padre, deberá llegar a ella para explicarle todo, absolutamente todo; en la sala de operaciones esperaré con las armas en la mano.

Entre tanto, un voluntario corría en busca del cónsul de Chile, Don Arturo Ríos T., posible ayudante y otro, hasta la señorita Gingin, colaboradora de la cigüeña a quien había instruido para anestesista.

Minutos después el pequeño nativo entraba a la sala de operaciones. El equipo quirúrgico entraría en funciones y yo recibía oleadas sucesivas de luz y tinieblas, tal el viandante desorientado en la selva, de noche que recibe de la luna rayos amigos de luz alternando con la oscuridad.

Pero, algo muy grande había nacido alrededor del pequeño nativo en viaje al otro mundo: un firme deseo de impedirselo.

El cónsul de Chile –ex militar y arquitecto– envuelto en una sábana a manera de túnica era ahora ayudante de cirujano y sus manos habían tolerado media hora de cepillado jabonoso. Mucho me preocupaban los inverosímiles movimientos de sus brazos –en gestos solícitos de alcanzar aquello que yo pidiera al enfermero– exponiendo sus manos a la infección. Cuando todo estuvo en orden, paciente bien amarrado, ayudante y enfermero alertas, di orden de empezar la anestesia. Ardua tarea para Alicia tener con una mano la vieja careta y con la otra el frasco de cloriformo con un trocito de algodón a manera de cuentagotas en tanto la criatura lo rechazaba.

Pasados unos minutos la temblorosa mano que empuñaba el frasco cesó en su labor, era que el cloroformo había dominado al paciente y también a ella que estaba pálida. Antes de que las cosas se complicaran más, hendí la hoja en el cuadrante inferior derecho del abdomen, pidiendo a Dios que velara por nosotros. Pronto la cavidad abdominal desagotaba su contenido purulento.

La señorita Gingin, sentada seguía en sus funciones de anestesista pero mareada con su cabeza colgando. Pude distinguir en profundidad el apéndice perforado, fue extirpado y cerrado el ciego y, minutos después terminaba el acto dejando varios drenajes. El pulso era ahora frecuente y de buena tensión.

Se acababa de realizar en San Carlos la primera operación importante, una desesperada tentativa. El resto del día fue de observación. Varias ampollas de suero habían pasado a los muslos del pequeño y José Cuarenta aseguraba que no había hecho en el año más inyecciones que esa mañana. Por la noche, al abandonar el hospital traté de dar ánimo a la madre, que concentrada en su hijo no se había movido de la silla. Me retiré con optimismo. A la mañana siguiente a primera hora estaba al lado del pequeño nativo. Su expresión era tranquila y el pulso promisorio. Los drenajes funcionaban satisfactoriamente y no había distensión, pero... a los pies de la cama, seguía la misma mirada fría, inexpresiva, del día anterior.

Salí a la calle, monte a caballo y recorrí el alto de la aldea hasta acercarme los cerros nevados llenado los pulmones con ese aire puro y frío en busca de inspiración para descifrar el enigma de esa expresión. ¿Es que poseen un sexto o séptimo sentido que les permite prever acontecimientos inalcanzables para el resto de los mortales?

A media mañana estaba de vuelta. Me abrí paso por entre los que esperaban y me acerqué a la cama. Se cumplían las 24 hs de operado y su estado era satisfactorio. Luego atendí la consulta general y salí. A mediodía las cosas habían cambiado: el vientre estaba distendido, el pulso frequentísimo, acelerada la respiración y una marcada inestabilidad, lo habían transformado. Muchos minutos dedicué al pequeño operado convertido en una obsesión. Finalmente dejé una indicación con la misma desesperanza del jugador fundido que tira sobre el tapete la última ficha y se retira queriendo ignorar su suerte...

José Cuarenta seguía mi acelerada marcha hacia la salida sin despegarse de mi lado. Frente a mi cabalgadura rompió en un desahogo:

—Doctor los nativos creen que si al enfermo no se le da de comer, se muere. En un rancho del alto le prepararon una cazuela a la chilena y me enteré que mientras usted atendía el consultorio, se la dieron.

Interrumpí sus últimas palabras y segundos después, frente al pequeño di instrucciones precisas. A las cuatro de la tarde su estado no era tan inquietante. Salí rumbo a mi casa, y ya en las afueras de la aldea desanduve para pedir al comisario una guardia permanente en previsión de que se violara una vez más la consigna. Con esa novedad me encontré la última visita de la noche: un policía en posición de firme a los pies de la cama, próximo a la madre siempre inmóvil e inexpresiva en su silla. A esa hora el pulso y la temperatura se ponían de acuerdo y era promisorio su estado general.

El sol salió para todos al día siguiente, pero en especial para el operado y su cirujano, aunque no me animaba a hacer pronósticos optimistas. La madre seguía inmóvil, pero una duda me embargaba: la falibilidad de su sexto o séptimo sentido. Lo que nunca supe fue si había abandonado su silla en algún momento para comer, dormir o cumplir con sus funciones fisiológicas.

A los doce días ese monumento a la raza desaparecida, salía del hospital con su hijo en brazos y por primera vez pude encontrarme con su mirada y con un esbozo de sonrisa. Y conocí el timbre de su voz:

—Guagua mejor.

En tan apretada síntesis esa madre que vivió en muda desesperanza, expresaba todo su agradecimiento.

Años después, cuando la ciencia trocó el prolongado ayuno posoperatorio por una alimentación precoz a base de proteínas —vale decir carne— un espontáneo recuerdo me llevó a través del tiempo y la distancia para actualizar las incidencias y angustias de esos días, al lado del pequeño operado a quien la incisión nativa había proporcionado defensas contra la infección peritoneal —eran épocas remotas, no se soñaba con penicilina ni con sulfas— y di las gracias inminente a quienes proporcionaron aquello que nuestra ciencia ignoraba y que influyó de un modo favorable —no lo dudo— en la curación de aquel y otros graves procesos operados.

A partir de entonces se desparramó por la aldea la noticia que los empachos graves se curaban operándolos, y esto constituyó para mí tremenda preocupación. Consideraba pues de absoluta necesidad un mínimo de instrumental para hacer frente a los próximos casos quirúrgicos y resignado a la falta de colaboración médica había resuelto afrontar la situación con ayudantes de buena voluntad.

En la primera combinación saldría para el valle del Río Negro. Allí tomaría el tren para Buenos Aires.

BIBLIOGRAFÍA

- Albanese A. El apéndice, la apendicitis y la apendicectomía. Buenos Aires: Edit. López; 1977.
- Acastello E, Depalma D. Inclusión de la apéndice en el saco herniario. *Rev Hosp Niños* Vol XXI. Agosto 1979.
- Arce J. Publicaciones científicas. Buenos Aires: Edit Amorrortu; 1931.
- Biancesco A. Apendicitis crónica. Tesis Facultad de Medicina. Buenos Aires, 1911.
- Celesia AF. Apendicitis crónica. Tesis Facultad de Medicina. Buenos Aires; 1908.
- Depalma D. La pediatría antes de Ricardo Gutiérrez. *Rev Hosp Niños*. Vol septiembre 1975; XVII:Nº 6-7.
- Larguies González J. Antecedentes históricos de la apendicectomía. Trabajo leído en la Cátedra de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Buenos Aires, 1984.
- Loyal D. Vida de Murphy. Petrel de la cirugía. Buenos Aires: Edit. El Ateneo; 1939.
- Michans JR. Historia de la cirugía en la República Argentina. Relato oficial Primer Congreso de Historia de la Medicina Argentina. Buenos Aires, 27 al 30 de noviembre de 1969.
- Peña I. Apendicitis crónica y su tratamiento. Tesis Facultad de Medicina. Buenos Aires, 1912.
- Posadas A. Obras completas. Imprenta de la Universidad Buenos Aires; 1928.
- Sedigós E. El médico nuevo en la aldea. Buenos Aires; 1963.

Agradecimientos:

A la *Sra. Susana Puricelli* el aporte de los textos inéditos del Dr. Depalma.