

HISTORIA DE LA CIRUGIA

UN SIGLO DE CIRUGIA ABDOMINAL. LA EVOLUCION DE SU PROCESO CREATIVO *

VICENTE GUARNER †

El comienzo de la cirugía abdominal contemporánea puede considerarse —desde un punto de vista histórico— el del año de 1877, fecha en la que Spencer Wells informó acerca de la realización de 1 000 casos de extirpación del ovario con una mortalidad, en los últimos 100, de 11 por ciento. Se hace aquí el análisis, un siglo después, de aquellos factores que propiciaron el progreso de la cirugía, hasta alcanzar una cifra de mortalidad por vez primera aceptable, en una intervención abdominal. Se discuten también, en orden cronológico, los pasos sucesivos y las circunstancias que hicieron factible el abordaje de los demás órganos abdominales.

El principio de la cirugía abdominal define, por una parte, el final de una era sombría y oscura de la historia de la terapéutica quirúrgica y determina, por otra, el inicio de la cirugía contemporánea. En cuanto fueron diseñadas y practicadas aquellas operaciones, que aun en nuestros días podemos considerar como las esenciales dentro de la cirugía abdominal, el cirujano pasó, en el transcurso de escasos años, a desarrollar la cirugía intracraneal y finalmente, las intervenciones sobre el tórax.

Al contemplar aquí, y ahora, ese súbito y vertiginoso desarrollo de la cirugía de la segunda mitad del siglo XIX, resultaría inapropiado evocar sólo como una rama aislada del progreso del hombre. Por el con-

trario, debemos enmarcarlo dentro de uno de esos despertares asombrosos del pensamiento occidental, impulsados por el acopio de conocimientos acumulados durante siglos, y por la coexistencia, en un momento dado, de diversas circunstancias favorables.

Cualquier interpretación somera de las ideas que sirvieron de fundamento y que motivaron las diversas tendencias de fines del siglo XIX adolecerá siempre del defecto de la simplificación excesiva. En ese sinnúmero de imágenes, conceptos y juicios, dos corrientes, empero, han dejado su huella en mi entendimiento: primero, la influencia del método científico, y en segundo lugar, la interpretación de la experiencia en términos de tiempo.

No es posible hablar de esta época, describir un plano de su paisaje y hacer caso omiso de los elementos que lo rodean. Los artistas de todos los campos se percataron, con absoluta conciencia, del extraordina-

* Presentado en la sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, celebrada el 22 de septiembre de 1976.

† Académico numerario, Hospital General, Centro Médico La Raza. Instituto Mexicano del Seguro Social.

rio éxito del método científico. Las artes del siglo XIX establecieron lazos íntimos entre sí, por su tendencia común a glosar sus experiencias en expresiones de tiempo. El progreso, el *leit motif* en todos los terrenos, que fuera una idea heredada desde fines del siglo XVIII, se convirtió, en la segunda mitad del XIX, en una imperiosa necesidad. El salto violento hacia la industrialización; el aumento de 30 veces en la tasa de consumo de carbón y la introducción de la maquinaria industrial, trajeron consigo la especialización y la aparición de la economía capitalista. El hombre del siglo XIX sufrió un gran impacto, con las teorías darwinianas acerca de la evolución, en los tratados de *The origin of the species* (1859) y *The descent of man* (1871) y captó, por primera vez, que la creación era un proceso perpetuo y no un hecho consumado. En esta forma, la noción de progreso se fue convirtiendo en otra que pudieramos llamar de flujo, de cambios ininterrumpidos. Fue ese el siglo en que hicieron su aparición los instrumentos de energía que iban formando para el hombre de aquel entonces un catálogo de maravillas científicas. Bástenos recordar que entre 1867 y 1881 aparecieron la bombilla eléctrica, el micrófono, el gramófono, el teléfono, el motor de combustión interna y el tranvía eléctrico.

El realismo de la segunda mitad del siglo XIX se manifestó en la literatura con Gogol y Tolstoi, entre otros, para llegar a su cumbre con *Madame Bovary*, de Flaubert, mientras que en Inglaterra, Dickens lo llevó consigo hasta su muerte, acaecida en 1870.

Los artistas no permanecieron ajenos a la aparición de la nueva e intrépida cirugía. El movimiento impresionista en pintura fue un testigo de esta epopeya. Como ejemplo podríamos citar en la pintura de Cezanne, *La autopsia*, y en los dibujos de Toulouse Lautrec y de Manet, los trazos del cirujano Pean operando. En música son conocidas las ligas amistosas de Billroth con Brahms y con Hanslich, célebre musicólogo de la época, que probablemente pesaron en el ilustre médico para no aceptar la cátedra de cirugía de Berlín y así no tener que separarse de Viena. Frecuentemente se hace también mención de que el propio Billroth se inclinaba tácitamente a seleccionar sus asistentes entre aquellos que poseían aptitudes musicales. Tales son al parecer los casos de Woffler y de Mikulicz, ambos magníficos pianistas.

El final del siglo XIX no produjo, en el pensamiento filosófico, sistemas metafísicos grandiosos como los de Santo Tomás de Aquino, Leibnitz o Kant. Tal vez el pensador que más se acercó a la creación de un cuadro coherente con esta etapa turbulenta haya sido Bergson. En sus ideas, acordes con la dinámica del tiempo, está convenido que la realidad es movilidad, tendencia o cambio incipiente de dirección. Ver o es-

cuchar una obra de arte era para Bergson percibir las características en movimiento de los objetos.

Sin embargo, de todas las conquistas las que llamaron más la atención de los hombres fueron los progresos alcanzados en medicina y cirugía. La presencia de la ciencia sentida con mayor intensidad, la del énfasis en el concepto del paso del tiempo y la transición en las artes hacia los estilos contemporáneos, constituyeron el escenario circundante y el marco del cuadro dentro del cual tuvo lugar la creación de la cirugía de abdomen.

Hasta entonces el médico no había podido penetrar más que en tímidos, oscuros y aislados intentos dentro de la cavidad abdominal. Hubo, empero, en esta época —y ello es de conocimiento público— dos circunstancias que resultaron decisivamente propicias para el desarrollo de esta cirugía.

La primera de ellas fue la anestesia, a partir de 1846, tras una de las disputas más empecinadas de la historia entre Long, Wells y Morton, por adjudicarse cada uno de ellos la prioridad de su descubrimiento. La segunda está representada por la era de la asepsia y de la antisepsia. En 1865, Lister, en uno de los ejemplos más grandes de firmes convicciones científicas, introdujo y luchó con tenacidad por el control de las infecciones, mediante la utilización del ácido carbólico en diferentes soluciones, al 10, 5 y 2.5 por ciento.

El empleo de la antisepsia química fue secundado con fervor por los cirujanos alemanes Nussbaum, de Munich, y Von Volkman, de Halle, y en forma primordial, por el ruso Carl Reyher, quien convivió con Lister en su clínica de Edimburgo, en los años de 1873 y 1874. Era Reyher un cirujano militar, que puso en práctica la antisepsia en la guerra ruso-turca, en la que en 1877 llevó a cabo un estudio prospectivo, mediante antisepsia y debridación, en tanto que, vale la pena recordar, en la guerra franco-prusiana de 1870, la antisepsia todavía no había sido puesta en práctica por los cirujanos de ninguno de los dos bandos.

La cirugía antiséptica fue introducida en Francia con la publicación del *Manual de cirugía antiséptica*, de McCormack,¹ traducido al francés por Lustaud, y el primer tratado francés fue el de Jus Lucas Championnière.²

La transición de la antisepsia quirúrgica a la térmica tuvo su inicio en cirugía, en manos de Neuher, y el empleo de la esterilización mediante el calor, constituyó un procedimiento, diseñado primero por los microbiólogos y aplicado a la práctica quirúrgica con entusiasmo por Von Bergman, en 1890, y más tarde por Mikulicz y Kocher.

A fines ya del siglo XIX, Brewer señalaba que el guante de hule constituía el mayor auxiliar en cirugía

destinado a prevenir la infección. Sin embargo, incluso en el año de 1928, Sauerbruch operaba sin guantes en el hospital de la Charité de Berlín. Foster fue el primero que patentó los guantes de goma para la protección del cirujano, si bien se debe a Haldstead el mérito de haber generalizado su empleo en cirugía hasta 10 años más tarde, aunque los propósitos que inicialmente lo influyeron a utilizarlos se dice fueron los de proteger las manos de su instrumentista, la que con el tiempo se convirtió en su esposa, que padecía una dermatitis por contacto con el sublimado corrosivo. Los cirujanos alemanes, hasta 1897, continuaban empleando los guantes de algodón, que había puesto de moda el célebre Mikulicz, introductor también de la máscara del operador.

La aparición de la anestesia y de los principios de asepsia abrieron a los cirujanos las puertas del abdomen. Sin embargo, la mortalidad operatoria en los comienzos de la segunda mitad del siglo XIX en amputaciones era de 25 a 60 por ciento y en la práctica de la cirugía de guerra, entre 75 y 90 por ciento. Estos resultados hacían comentar, con ironía, al ilustre obstetra James Young Simpson que "un hombre en una mesa de operaciones en uno de nuestros hospitales se encuentra mucho más en peligro de morir que un soldado inglés en la batalla de Waterloo".

¿Cuándo se inicia la cirugía de los órganos abdominales? En el año de 1809, en el pueblo Danville (Kentucky), Efrain McDowell³ llevó a cabo, en la heroica señora Crawford, la primera resección de un quiste de ovario, McDowell realizó más tarde otras dos intervenciones y envió un informe a su antiguo maestro John Bell, de Edimburgo. Los tres casos aparecieron publicados en *The Eclectic Repertory and Analytical Review*, publicado en Filadelfia en 1817. Si bien estas operaciones pueden ser tal vez consideradas como las primeras intervenciones abdominales llevadas a cabo con éxito, acontecieron en una época precaria y oscura y, sobre todo, constituyeron hechos aislados y carecieron de esa continuidad necesaria y acorde con el fluir constante de su tiempo. En el año de 1876, apenas empezado el último cuarto de siglo, se produce el primer relampagueo de una nueva época, mediante la asociación de la anestesia y los procedimientos de asepsia.

Spencer Wells informa en las *Medical and Chirurgical Transactions*, de 800 ovariectomías, con 25 por ciento de mortalidad. Unos años más tarde, en 1881,⁴ el mismo autor citaba mil casos con una mortalidad, en los últimos cien, de 11 por ciento (fig. 1). Tales resultados mostraron por primera vez al mundo que el abdomen podía ser abierto libremente y sus vísceras manipuladas con un riesgo que se iba reduciendo año con año. En 1883, Lawson Tait, uno de los im-

TWO HUNDRED ADDITIONAL CASES,
COMPLETING
ONE THOUSAND CASES OF OVARIOTOMY,
WITH REMARKS ON
RECENT IMPROVEMENTS IN THE OPERATION.

BY
T. SPENCER WELLS, F.R.C.S.,
VICE-PRESIDENT OF THE ROYAL COLLEGE OF SURGEONS; SURGEON TO
THE QUEEN'S HOSPITAL; CONSULTING SURGEON TO THE
SAMARITAN HOSPITAL.

Received December 14th, 1900—Read February 22nd, 1901.

The whole of my practice of ovariotomy has been brought before this Society in successive papers between 1859 and 1877, and all the cases, from the first to the eight hundredth, have been arranged in tables similar in form to that which I have the honour to present this evening. The two hundred cases now tabulated bring up the total number of cases of completed ovariotomy in my own practice up to June, 1880, to one thousand.

The total number of deaths among the 1000 patients has been 231, while 769 have recovered. A very large proportion of those who recovered have remained in good health. Many have had one or more children since the operation. In a very few the ovary not removed at the first operation has become diseased and has been removed, generally with success, by a second ovariotomy. In some cases the patients have died at an advanced age, or of

1

pulsos de la ovariectomía,* llevaba a efecto con éxito en Inglaterra la primera intervención en un caso de embarazo tubario roto. En esta forma, la cirugía abdominal se inició como una cirugía esencialmente ginecológica.

En 1867, Bobbs, un cirujano de Indiana, operó a una mujer que suponía que padecía un tumor del ovario y encontró un piocolecisto. Abrió la vesícula, extirpó los cálculos y la drenó al exterior, con recuperación de la enferma. En 1878, otro ginecólogo, James Marion Sims,⁵ llevó a cabo la primera colecistostomía planeada, aunque la enferma falleció (fig. 2). Ello no obstante, los impulsores de la ovariectomía se dedicaron después con éxito a la nueva intervención sobre vesícula biliar. Así, Lawson Tait la realizó en pocos años en 14 ocasiones, con un solo fallecimiento. El drenaje de la vesícula biliar constituyó —como todavía lo es en nuestros días— una operación de gran éxito temporal. El primero que se abocó a la extirpa-

* Ovariectomía, término erróneo introducido en cirugía en aquella época por Charles Clay de Manchester en su libro *Peritoneal section for the extirpation of diseases of the ovary* (1848).

En 1880, Baker¹¹ publicó que hasta el año de 1876 el riñón había sido extirpado en 14 ocasiones, pero que sólo seis pacientes habían sobrevivido (fig. 5). Es de notarse que por lo menos en cuatro enfermos el diagnóstico preoperatorio era el quiste de ovario. En las *Medical and Chirurgical Transactions* de 1876, el que se convertiría más tarde en destacado cirujano urólogo, Henry Morris,¹² publicó el caso de una hidronefrosis intermitente, ocasionada por papiloma de la vejiga (fig. 6). El caso fue diagnosticado en vida, con bastante probabilidad, toda vez que el cistoscopio fue inventado hasta 1877. Henry Morris difundió el empleo de la incisión lumbar en la nefrectomía.

No existe un acuerdo unánime acerca de la prioridad en la realización de la histerectomía abdominal. Es frecuente que se atribuya a Pean en 1869, aunque otros investigadores le conceden el crédito de iniciadores a Simpson y Martin en 1889. Es necesario considerar, en realidad, que el desarrollo alcanzado por la cirugía ginecológica, en el último cuarto de siglo XIX, se presentó en el campo de los fibromas uterinos, terreno que fue impulsado, principalmente por Koeberlé, de Estrasburgo, y por el propio Pean, del Hospital St. Louis de París; el primero, al introducir la estrangulación del fibroma mediante ligadura externa

NEPHRECTOMY' BY ABDOMINAL SECTION.

BY

A. E. BARKER, F.R.C.S.,
ASSISTANT SURGEON TO, AND ASSISTANT PROFESSOR OF CLINICAL SURGERY
AT, UNIVERSITY COLLEGE HOSPITAL.

(Received February 24—Read March 26, 1890.)

As this is an unusual operation I may perhaps claim some indulgence if I explain generally the grounds upon which it was undertaken. This appears necessary from the fact (of which I am assured on high authority) that the whole subject of extirpation of the kidney is not yet familiar to English surgeons. It will, I hope, appear at the same time that my facts and data were in a great measure already gathered and fully weighed before I had any definite prospect of performing the operation; moreover, that the convictions as to its propriety were of no hasty origin, but the plain outgrowth from the consideration of a larger number of clinical facts than it had hitherto been possible for an operator to collect, owing to the recent and rapid growth of the subject. Abroad, only a few imperfect collections of cases have been made; at home, apparently nothing in this direction has been done adequately.

* The term "nephrectomy" is employed throughout this paper as denoting that of "extirpation of the kidney," and is distinct from "nephrotomy," or simple incision into the kidney from the side. Observations seem to show that such a term will be found convenient in the future.

5

Die Behandlung des nichtresezierbaren Uleus duodeni mit meiner Methode der Magenresektion zur Ausschaltung des Uleus.

Von
Prof. Dr. Hans Finsterer.

In den letzten 10 Jahren hat das Uleus duodeni auch in Deutschland allgemeines Interesse gewonnen. Wie aus den Mitteilungen der Literatur hervorgeht, konnte die von *Morgan* aufgestellte Behauptung, daß das Uleus duodeni häufiger sei als das Uleus ventriculi, nur bestätigt werden. Mit der zunehmenden Anzahl der Fälle von Uleus duodeni mußte auch das Interesse nach der zweckmäßigsten Therapie immer größer werden. Da die interne Behandlung beim chronisch rezidivierenden Uleus mit der jahrelangen Dauer des Leidens vollkommen versagt, indem die Beschwerden nach vorübergehender Besserung und scheinbarer Heilung beim geringsten Versuche, zur normalen Ernährung überzugehen, wieder zurückkommen, da heute ein großer Teil der Bevölkerung die Kosten für eine jahrelange Behandlung nicht mehr aufbringen kann und möglichst rasch wieder vollkommen beschwerdefrei und arbeitsfähig zu werden trachtet, so sind es in erster Linie die Patienten, die zur Operation drängen, von der sie sich den gleichen Erfolg erhoffen wie andere Patienten aus ihrem Bekanntenkreis, die nach der Operation bereits jahrelang gesund und beschwerdefrei sind. Es ist daher notwendig, diejenige Methode festzustellen, die vornehmlich nicht bloß die bestmögliche Operationsresultate, sondern auch die größtmögliche Zahl an dauernder Beschwerdefreiheit und vollkommener Arbeitsfähigkeit gibt.

Vor 11 Jahren hat *Kistner* in seinem Referate bei der Behandlung des Uleus duodeni in Fällen von organischer Stenose die einfache *Gastroenterostomie* als Methode der Wahl bezeichnet, während in allen übrigen Fällen die künstliche Stenose des Pylorus zur Gastroenterostomie hinzugefügt werden sollte. Die *Köslersche* Ausschaltung wird als das zweckmäßigste Verfahren bezeichnet, das allerdings in vielen Fällen einen zu großen Eingriff darstellt, dafür aber die besten Resultate liefert. Die Reaktion kommt nach *Kistner* bei der Behandlung des Uleus duodeni überhaupt kaum in Betracht. In der anschließenden Diskussion sprechen sich alle für die Notwendigkeit einer Ausschaltung des Pylorus aus, um die Speisen mit Sicherheit vom Duodenum abzulenken, doch wurde allgemein die unilaterale Ausschaltung nach *r. Köslers* zwar als die beste Methode bezeichnet.

¹⁾ *Kistner*, Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chirurg. 2. 37. 1913

del pedículo, y el segundo, a quien su conocida dedicación al control de la hemostasia le proporcionó gran capacidad para realizar la histerectomía abdominal.

Esta intervención representaba, empero, una operación muy aventurada. Pean, que poseía ya cierta experiencia en la vía vaginal, pensaba, como dice Faure, que esta vía estrecha constituía, desde el punto de vista de la infección, una seguridad con la que no se contaba en la vía abdominal, a pesar de la antisepsia. Fue sin duda con este pensamiento, que hacia 1880 realizó Pean toda esa serie de histerectomías vaginales por mordedura, de pedazo en pedazo, que permitían la extirpación de grandes fibromas.

Todavía la vía abdominal entrañaba una gran mortalidad, así los resultados informados por Freud en 1878 y por Wells en 1880, daban cifras hasta de 78 por ciento.

En el año de 1890, Friedrich Trendelenburg, ex ayudante de Langenbeck y jefe de cirugía en el Instituto Quirúrgico de Leipzig, introdujo en la mesa de operaciones, la posición que lleva su nombre, la que facilitó enormemente la exposición de toda la región pélvica. Fue Trendelenburg uno de los líderes de la cirugía de su tiempo y fundó la Sociedad de Cirugía Alemana, de la que fue presidente y su historiador

ON A CASE

OF

INTERMITTING HYDRONEPHROSIS;

WITH

SOME REMARKS ON HYDRONEPHROSIS AS A CAUSE
OF ABDOMINAL TUMOURS.

BY

HENRY MORRIS, M.A., M.B. LOND., F.R.C.S.,

SENIOR ASSISTANT SURGEON TO, AND LECTURER OF ANATOMY AT, THE
MIDDLESEX HOSPITAL.

Received March 27th—Read April 25th, 1876)

It is long since a special name was used to signify distension of the pelvis of the kidney, or pelvis and ureter, by retained urine. Martineau in 1785 called it "Hydrops Renis," and James Johnson in 1816 suggested "Hydro-renal-distension." In a recent volume (twenty-third) of the Pathological Society's 'Transactions' the indefinite name "cystic tumour of the kidney" is used and defended; but since the publication of the 'Traité des Maladies des Reins' in 1841, the term "Hydronephrosis" then introduced by Rayer has been very generally employed.

A word of explanation is, however, requisite concerning the prefix I have ventured to apply to Rayer's term in the heading of this paper; because the name "intermitting hydronephrosis" is not to be found in any

la cirugía alemana de entonces, cuando en 1882 señalaba textualmente "en caso de una úlcera perforada, una rápida abertura de la cavidad abdominal y una sutura de la úlcera no debe ser una empresa formulada a la ligera".

En 1884, Mickulicz Radecki manifiesta que "todo médico y cirujano debe, en casos de perforación, abrir el abdomen, suturar la perforación y lavar la cavidad abdominal, para detener la peritonitis y tratarla si ésta ya ha comenzado".

Uno de los capítulos más interesantes en la historia de la cirugía abdominal lo constituye, sin duda, el de la apendicitis aguda. Aquí el mérito para esclarecer los procesos supurados en la fosa iliaca derecha se debe al patólogo Reginald Fitz, profesor de la Universidad de Harvard, quien en una excelente correlación clinicopatológica de las peritiflitis—como eran designadas en aquella época—observó que éstas tenían su origen en el apéndice y las llamó por vez primera "apendicitis". Al mismo tiempo, Fitz insistía en el diagnóstico temprano y en una intervención temprana. El primer cirujano que puso atención y siguió los consejos del citado patólogo fue Morton, quien en 1887 efectuó con éxito la primera apendicectomía; más tarde fue seguido por McBurney del hospital de Saint Vicent de Nueva York y por Murphy.

En Inglaterra, el iniciador de esta cirugía fue Sir Frederick Treves,¹⁴ quien resultó por cierto el protagonista de un hecho histórico, que ejerció su influencia, tanto en la historia de su país, como en el tratamiento expectante aconsejado por algunos en aquel entonces. El hecho lo relata André Maurois en su obra *Eduardo VII y su tiempo*. En junio de 1902, cuando se estaban efectuando los preparativos para la coronación de Eduardo VII, se anunció repentinamente que sufría el monarca de peritiflitis y que la coronación tenía que ser pospuesta. Cinco días más tarde el paciente fue visto por Treves, con una masa en la fosa iliaca derecha. El 24 de junio fueron llamados a consulta, Lord Lister, que contaba entonces setenta y seis años de edad, y Sir Thomas Smith, quienes aconsejaron la intervención inmediata.

La anestesia fue administrada por Frederick Hewitt y el cirujano Treves practicó la incisión, hallando pus a una profundidad de 11.5 cm. (4 y media pulgadas), a la que fueron insertados dos tubos de drenaje rodeados de gasa yodoformada. La recuperación fue tan rápida como satisfactoria. Este hecho anecdótico abrió el camino para la difusión en Inglaterra de las operaciones apendiculares, como lo señala en su revisión en 1934, el cirujano inglés Arcy Power.¹⁵

La cirugía de las urgencias abdominales tropezó también para su progreso con las dificultades inherentes a los procedimientos de las suturas intestinales.

6

oficial. El crédito en la realización de la histerectomía extendida es otorgado a Emil Ries en 1895.¹³

Sin embargo, fueron necesarias las ideas y la gran habilidad quirúrgica de Ernst Wertheim para aplicar las indicaciones de este procedimiento y reducir la mortalidad. Wertheim efectuó esta operación por vez primera en 1898 y en 1911 publicó su monografía fundamentada en 500 casos.

La esplenectomía fue realizada por Pean en 1867 y fue él quien llevó a cabo también la primera gastrectomía en Francia. Pean falleció en París víctima de una neumonía, la noche del 29 de enero de 1898, y tanto en Francia como en Inglaterra se rindió público reconocimiento a sus méritos como cirujano.

Resulta de mucho interés observar cómo los cirujanos se aventuraban en operaciones abdominales más elaboradas como la gastrectomía y no se atrevían en cambio a hacer frente a los problemas abdominales agudos que requerían de una solución urgente. La peritonitis era vista como inexorablemente fatal.

Esa timidez para enfrentarse con las urgencias quirúrgicas abdominales puede observarse en un artículo de Ruh, de la clínica Langenbeck de Berlín, horma de

Los cirujanos sajones iniciaron procedimientos ingeniosos como fueron las placas de Senn o el botón de Murphy, pero todos acabaron por ser sustituidos definitivamente por la sutura seromuscular, descrita muchos años antes por Lambert, ayudante de Dupuytren en el Hôtel Dieu de París.

Dupuytren, quien frecuentemente tenía que enfrentarse con el problema del ano *contra natura*, realizaba un sinnúmero de experimentos, que perseguían como finalidad el cierre del ano. En esa forma diseñó un ingenioso enterotomo de dos hojas, que tomando en cada válvula la pared de cada asa intestinal unidas, al cerrarlas en forma gradual y progresiva, producía la necrosis de ambas paredes y restablecía, de este modo, la continuidad. Tuvo Lambert la capacidad de observar cómo al aproximar las dos superficies peritoneales bajo presión se formaba una nueva capa protectora, factor que constituye el elemento fundamental para la cicatrización. Con este fundamento puso énfasis en establecer la continuidad intestinal, colocando juntas y uniendo las superficies serosas; circunstancia que constituye el principio de toda la cirugía gastrointestinal.

Fue Lambert un hombre modesto, que concedió todo el crédito de sus ideas y observaciones a su maestro Dupuytren. En su obra *Memoires sur l'enterorrhaphie* publicada en 1826 señala: "Aquel que por vez primera trata de fundamentar el tratamiento de las heridas del intestino, sobre conocimientos anatómicos fisiológicos y patológicos acerca de estas membranas y que conciba la idea de aproximar las capas serosas, rendirá indudablemente un gran servicio a la humanidad. Esto es lo que el señor Dupuytren ha hecho con su método para tratar el ano *contra natura*, método apoyado en la propiedad que poseen las membranas serosas de adherirse, mediante la inflamación. Toda la gloria de esta idea pertenece, por lo tanto, a este célebre cirujano —continúa Lambert— cuyos experimentos y operaciones en este grave problema datan de 1810 a 1811.

Hasta donde es sabido, Lambert nunca puso en práctica su método de sutura y el mismo Dupuytren, aun cuando se dice pagó un cierto tributo verbal a lo ingenioso del mismo, prefirió seguir practicando su propia técnica. A los 10 años de la publicación de Lambert, el alemán Johann Friedrich Dieffenbach,¹⁶ publicó el primer informe de resección intestinal, en el cual la continuidad quedaba restablecida mediante los puntos de Lambert.

Otro de los obstáculos con los que tropezaba en su progreso el tratamiento quirúrgico de los síndromes abdominales agudos, lo constituía, sin duda, lo tardío del diagnóstico y, a la vez, los graves problemas metabólicos reconocidos hasta muy tardíamente. Este hecho puede inferirse al observar cómo no fue sino hasta

II. Chirurgische Erfahrungen über das Darmcarcinom.¹

Von
J. von Mikulicz
in Breslau.

Meine Herren! Die chirurgische Behandlung des Darmcarcinoms war schon wiederholt in unserer Gesellschaft Gegenstand eingehender Besprechung. Ich brauche nur an den lehrreichen Vortrag des Herrn Koenig aus dem Jahre 1890, an die Mittheilungen des Herrn von Bramann aus dem Jahre 1898 und an die eingehende Darstellung des Herrn Koerte zu erinnern, der vor 2 Jahren über 54 einschlägige Fälle berichten konnte. In demselben Jahre hat De Bovis in der Revue de Chirurgie eine kritische Zusammenstellung von annähernd 450 chirurgisch behandelten Fällen von Darmcarcinomen gegeben, unter einer wohl erschöpfenden Berücksichtigung der in der Literatur niedergelegten Erfahrungen. Es könnte demnach fast überflüssig erscheinen, den Gegenstand wieder zur Sprache zu bringen. Und doch wird jeder Chirurg sowohl nach seinen eigenen Erfahrungen als auch nach der Durchsicht der Literatur der Ueberzeugung sein müssen, dass wir noch weit entfernt von einem Abschluss in der ganzen Frage stehen. Wenn wir auch heute schon sagen können, dass das Darmcarcinom einen der dankbarsten Gebiete der Abdominal-Chirurgie abgibt, so lassen unsere Resultate doch noch manches zu wünschen übrig. Sie müssen durch eine Vervollkommnung der Technik besser werden; sie müssen auch besser werden durch ein eingehenderes Studium der klinischen Erscheinungsformen des Darmcarcinoms; denn dadurch werden wir

¹) Vortrag, gehalten auf dem 21. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

7

1912 que Haden y Orr pusieron de manifiesto la repercusión de las pérdidas de cloruro de sodio sobre el organismo. Finalmente Wangensteen, en 1933,¹⁷ demostró los efectos benéficos de la descompresión intestinal.

Las frecuentes dehiscencias de las anastomosis con intestino dilatado por la oclusión y la falta de preparación del mismo dieron lugar a que Mikulicz ideara técnicas para exteriorizar el segmento afectado y resecarlo para restablecer así el tránsito fuera del abdomen (fig. 7). Este procedimiento tuvo su aplicación, tanto en casos agudos, como en el cáncer del colon.

La cirugía del cáncer de recto fue abordada por gran número de los cirujanos de la época y deben recordarse los nombres de Langenbeck, Quenu, Blake y Allinham. En 1874, Kocher comenzó a resecar parte del sacro para obtener una mejor exposición y en 1883 intentó Czerny un abordaje simultáneo abdominoperineal. Sin embargo, quien llevó la cirugía del cáncer de recto a lo que es hoy día, fue Miles,¹⁸ en 1903, al perfeccionar la técnica y agregar la linfadenectomía.

El capítulo de la cirugía de la hernia inguinal es el que posee más antecedentes, dentro de la cirugía de abdomen. Bástenos recordar que en la Edad Media existían entre los cirujanos barberos, los operadores

del "mal de piedra" y de la hernia, quienes viajaban de población en población ofreciendo sus servicios. La cirugía actual de la hernia inguinal nació en 1889 con Eduardo Bassini de Pavía, quien por vez primera llevó a cabo una reconstrucción del conducto inguinal, con fundamento en largos estudios anatómicos realizados por él mismo en cadáveres.

El páncreas fue el último órgano en ser acometido por el cirujano abdominal. Si bien existen informes de resecciones, éstas, en su mayoría, son exclusivamente citas de otros autores. En 1889, Haldstead, entre otros, realizó resecciones que constituían pequeñas excisiones en cuña de tumores ampulares. La primera resección de páncreas, aunque efectuada en varios tiempos, fue llevada a cabo por Whipple, Parsons y Mullins en 1935.

En un primer tiempo, los autores realizaron una colecistogastroanastomosis y una gastroyeyunoanastomosis posterior y, finalmente, resecaron el duodeno con la cabeza del páncreas en un último tiempo, sin anastomosar los conductos pancreáticos. La intervención fue llevada a cabo en tres pacientes. Fue Allen Oldfather Whipple, profesor de cirugía de la Universidad de Columbia, humanista, musicólogo, coleccionista, quien dio un gran impulso al estudio de los pacientes de páncreas, al fundar la clínica de bazo en dicha Universidad.

Convertirse en amanuense de la evolución de la cirugía abdominal no constituye una tarea fácil y este ensayo no pretende contener en unas cuantas páginas toda la historia acerca de este tema. Se concreta modestamente este estudio a recordar a los iniciadores en este campo, a seguir su recorrido evolutivo y a justificar o tratar de explicar sus diferentes etapas. Es prodigioso contemplar cómo la mayor parte de los proble-

mas de esta cirugía son abordados en el último cuarto de siglo pasado, en una carrera desenfundada, a ese constante fluir de ideas de la época y confieren, por primera vez, al cirujano, una dignidad y una consideración que nunca antes había tenido.

REFERENCIAS

1. McCormak, E.: *Manual de chirurgie antiseptique*. Paris, Germer-Bailliere.
2. Lucas Championnière, J.: *Chirurgie antiseptique*. Paris, Steinhil. 1909.
3. McDowell, E.: *Three cases of extirpation of diseased ovaria*. The Eclectic Repertory and Analytical Review. 7:242, 1817.
4. Wells, T. S.: *Two hundred additional cases of ovariectomy*. Med. Surg. Trans. 60:216, 1877.
5. Sims, J. M.: *Cholecystotomy in dropsy of the gall-bladder*. Brit. Med. J. 1:811, 1870.
6. Langenbuch, C.: *Ein Fall von Extirpation der Gallenblase wegen chronischer Cholelithiasis*. Heilung. Berliner Klin. Wchnschr. 19:725, 1882.
7. Billroth, T.: *The clinical surgery*. Dent, C. T. (trad.). Londres, 1881.
8. Wolffer, A.: *Gastroenterostomie*. Zentralbl. Chir. 8:705, 1881.
9. Finsterer, H.: *Die Behandlung des nichtresezierbaren Ulcus duodeni mit meiner Methode der Magenresektion zur Ausschaltung des Ulcus*. Arch. Klin. Chir. 32:616, 1885.
10. Schlatter, C.: *Ueber Ernährung und Verdauung nach vollständiger Entfernung des Magens*. Oesophagoenterostomie beim Menschen. Beitr. Klin. Chir. 19:757, 1897.
11. Baker, A. E.: *Nephrectomy by abdominal section*. Med. Chir. Trans. 63:181, 1880.
12. Morris, .: *On a case of intermitting hydronephrosis*. Med. Chir. Trans. 59:227, 1876.
13. Ries, E.: *Eine neue Operationsmethode des Uteruscarcinomes*. Ztschr. f. Geburts. u. Gynäk. 32:266, 1895.
14. Treves, F.: *Operative surgery*. Londres, 1909.
15. Power, T.: *Treves first appendix operation*. Brit. J. Surg. 23:1, 1935.
16. Dieffenbach, J. F.: *Glückliche Heilung nach Ausschneidung eines Theiles des Darms und Netzes*. Wchnschr. f. Heilk. 26:26, 1886.
17. Wangensteen, O.: *Intestinal obstruction*. J.A.M.A. 49:1532, 1933.
18. Miles, E.: *Abdominoperineal resections for cancer of the rectum*. Brit. Med. J. 2:1586, 1903.