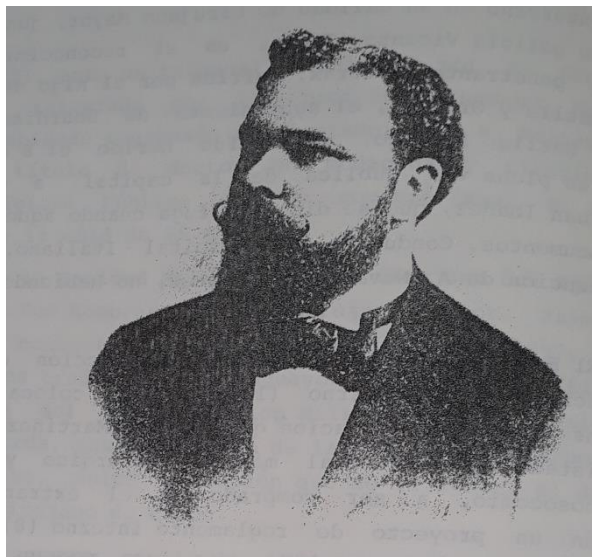


EDUARDO EMILIO MARTÍNEZ, MÉDICO URUGUAYO GRADUADO EN PARÍS, Y SU TESIS SOBRE APENDICITIS DE 1891¹

por

Augusto Soiza Larrosa



DATOS BIOGRÁFICOS

La personalidad del médico compatriota Eduardo Emilio Martínez (1866-1932) HA PERMANECIDO IGNORADA HASTA HOY. Su tesis de doctorado en París no fue señalada por Buño y Bollini (1) en su descripción de las tesis francesas de médicos uruguayos en el siglo XIX; tampoco se conoce mucho de su quehacer profesional en Montevideo.

Nació en Montevideo el 21 de julio de 1866, dato estampado en la portada de su tesis; en 1884 recibió en colación pública, su grado de bachiller en ciencias y letras.

Estudió medicina en la Facultad de París, donde estuvo entre 1884 y 1891, fecha en la cual regresó a su país de origen. Poco conocemos de su permanencia en Europa; tan sólo que fue discípulo de Paul Reclus (1847-1914), Profesor Agregado de Cirugía quien fue su maestro e inspirador de la tesis y guía de su aprendizaje; de Le Dentu, Profesor de Cirugía, en cuyo servicio estuvo un año y presidió el tribunal de tesis; de Víctor Hanot (1844-1896), Profesor Agregado de Medicina, hacia quien se declaró deudor de sus conocimientos médicos. Recibió también la enseñanza de A. Pinard, G. Dieulafoy y S. Pozzi. Durante sus años de estadía en París, también estudiaron y se doctoraron allí otros uruguayos: Enrique Pouey, en 1888; Francisco Soca, en 1888; Pedro Sanguinet, en ¿1890? Y Antonio Harán, en 1890. Debió también conocer y frecuentar a los estudiantes compatriotas Gerardo Arrizabalaga, Alfredo Navarro, y otros que se graduaron años después que Martínez. También fue Externo por concurso de los Hospitales de París, obteniendo el 10º puesto de su promoción.

¹ SOIZA LARROSA, A.: Eduardo Emilio Martínez, Médico uruguayo graduado en París y su tesis sobre apendicitis de 1891. *Ses. Soc. Uru. Hist. Med.* IX-X (1987-88), 1992, 205-211.



PAUL RECLUS (1847-1914)



VICTOR CHARLES HANOT (1844-1896)



JEAN FRANÇOIS AUGUSTE LE DENTU (1841-1926)



AUGUSTE NÉLATON (1807-1873)



EDOUARD SCHWARTZ (1852-1925)

Defendió su tesis de doctorado (2) en París, el 26 de febrero de 1891, ante un tribunal presidido por su profesor Le Dentu, e integrado por los profesores Humbert, Nelaton y Schwartz. Habiendo regresado en el mismo año a Montevideo, registró su título de doctor en medicina y cirugía ante la Junta de Higiene Pública (3), y comenzó aquí su labor profesional, a la edad de 25 años.

Ingresó a la Sanidad Militar como 2º Cirujano del Ejército (1891-1896), y fue nombrado en 1897 Cirujano Mayor, asimilado al grado de coronel. Durante la guerra civil de 1897, entre los dos partidos tradicionales uruguayos, integró la "Expedición Sanitaria del Cuerpo Médico Militar" que el presidente Juan Idiarte Borda envió al campo de la batalla de Arbolito, el 23 de marzo, única actuación que se le conoce al doctor Martínez como cirujano de campo.

Durante la guerra civil de 1904, también entre ambos partidos, tuvo a su cargo la sala "Hermandad de Caridad" del hospital homónimo; normalmente destinada a medicina y cirugía de presidiarios bajo atención del doctor Alfredo Navarro, se habilitó para heridos de guerra. También en ese año, proyectó la organización de la Sanidad Militar (4). La reorganización que proyectó y que aprobó el Poder Ejecutivo en el mismo año de la guerra (7-VII), ordenó el Cuerpo de Sanidad Militar como una sección especial del Ministerio de Guerra y Marina, a cargo de un Jefe de Sanidad asimilado al grado de coronel, sustituyendo el antiguo cargo de Cirujano Mayor del Ejército. A su vez, el personal médico disperso en las unidades castrenses, y hasta entonces a órdenes de los jefes de cuerpo, quedó bajo la autoridad del Jefe de Sanidad. El Dr. Eduardo Martínez fue el último Cirujano Mayor y el primer Jefe de Sanidad Militar, desempeñando ese cargo por más de 16 años. Esta reorganización fue motivo algunos años después, de una polémica periodística con el doctor Alberto Eirale, quien había servido en toda la campaña militar de 1904, criticando abiertamente al doctor Martínez (5).

Intervino en su calidad de Cirujano Mayor, junto con el médico de policía Vicente Tagle, en el reconocimiento de la herida penetrante de tórax, sufrida por el hijo del presidente José

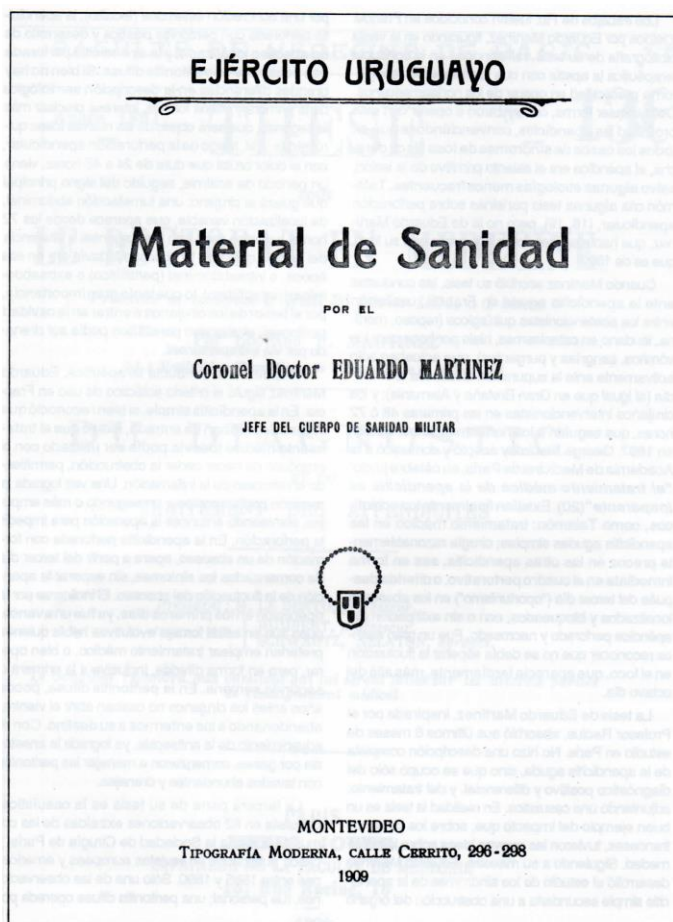
Batlle y Ordóñez, el subteniente de Guardias Nacionales César Batlle Pacheco, quien fue herido el 8 de febrero de 1904, en plena vía pública de la capital, a manos de un tal Juan Ibáñez, que se dio a la fuga cuando aquel le requirió los documentos. Conducido al Hospital Italiano, quedó bajo la atención de A. Navarro y Martínez, no habiendo sido operado (6).

El Hospital Militar aún en construcción en 1905, por un decreto del gobierno (12-IX), fue colocado a cargo de un Consejo de Administración que integró Martínez (7). Preparó el listado del material médico quirúrgico y alhijamiento del nosocomio, a ser comprado en el extranjero. Redactó también un proyecto de reglamento interno (8). Este Consejo funcionó hasta 1908 (16-VII) cuando un decreto del gobierno de Claudio Williman lo sustituyó por un Consejo de Superintendencia, ante la inminencia de su habilitación. El doctor Martínez también formó parte de dicho Consejo.

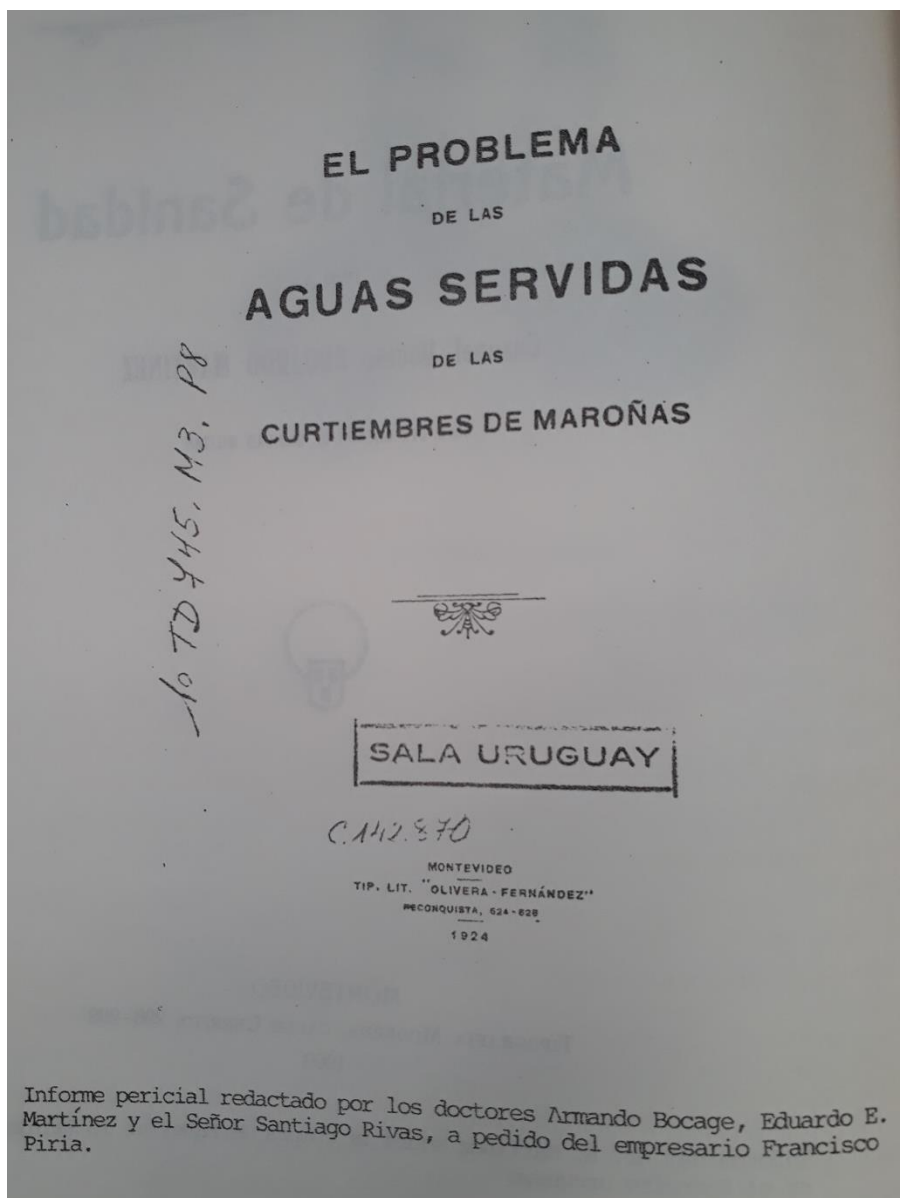
En la inauguración del Hospital Militar (18-VII-1908), hubo una solemne ceremonia con presencia del presidente Williman. En esa ocasión, el Jefe de la Sanidad Militar doctor Eduardo Martínez, dijo:

“Comparad señores, lo que era la cirugía hace treinta años; tímida, indecisa, obligada a la abstención aún en los casos más sencillos por temor a las manifestaciones graves, a menudo mortales que sobrevenían después del acto operatorio... y la cirugía de la hora presente, realmente bella en su audacia, inverosímil, sin límites, convencida de su poder, libre para siempre del horrible fantasma de las infecciones...” (9)

El hospital entró en funciones el 1º de agosto, pero Eduardo Martínez no formó parte de su cuerpo técnico, ya que su cargo de Jefe de la Sanidad comprendía sólo al personal médico, de enfermería y materiales de los cuerpos militares, pero no del hospital.



Por el año 1909, la Sanidad Militar compró, asesorada por Martínez, un completo equipo sanitario de campaña que incluyó desde botiquines portables hasta carros ambulancia, que fue descrito en un folleto de autoría del doctor Martínez, y registrado en un álbum fotográfico (10, 11). En ese mismo año (15-IV), el mencionado Dr. Alberto Eirale, a su vuelta de un completo viaje por Europa y Asia, presentó un informe –proyecto sobre organización de la Sanidad Militar (12), que incluía su separación en cuerpo móvil y cuerpo fijo. El Ministerio de Guerra y Marina, su destinatario, designó una Comisión para su estudio que integró el doctor Eduardo Martínez, desechando el informe de Eirale. Esto determinó la polémica periodística a que hicimos referencia (5) entre aquel y Martínez, en el diario “El Día”.



El doctor Eduardo Martínez no tuvo mayor actuación en el ambiente médico privado, y parece haberse refugiado en su cargo de la Sanidad Militar. En 1924 integró un cuerpo de peritos, con el doctor Armando Bocage y el señor Santiago Rivas, para expedirse sobre las aguas servidas provenientes de las curtiembres de Maroñas, a solicitud de Francisco Piria, propietario de los terrenos, y que fue publicado en folleto (13). Integró la Comisión Directiva del Sindicato Médico del Uruguay, siendo su presidente entre 1929 y 1930, por renuncia del titular doctor José F. Arias.

Murió en Montevideo, el 3 de febrero de 1932 (14).

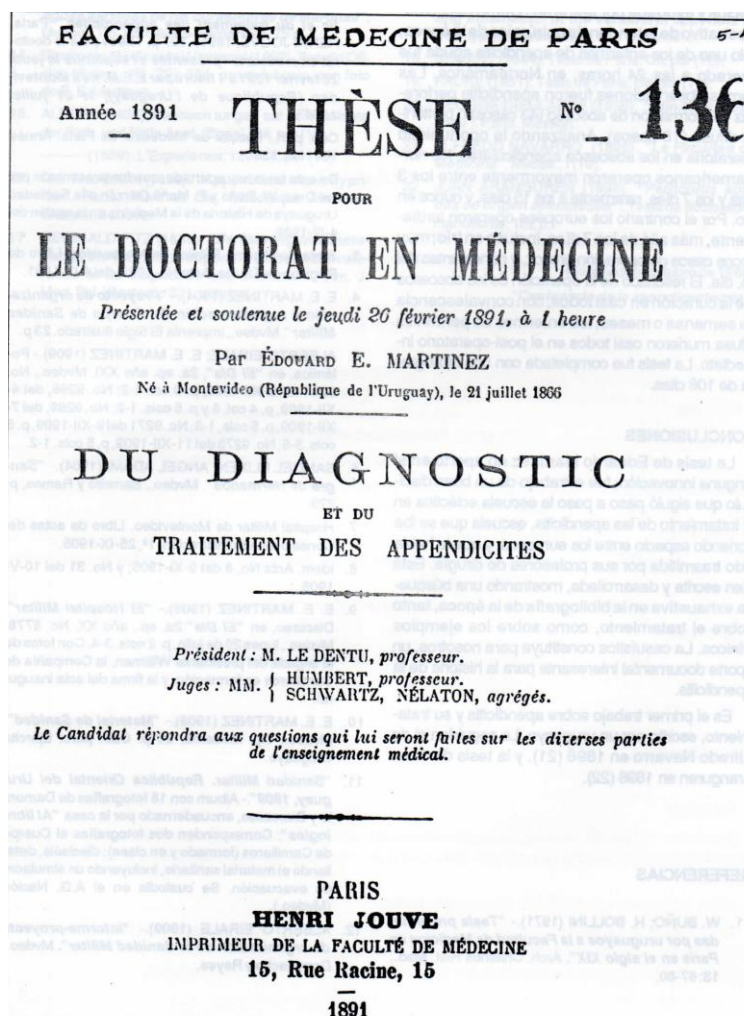
LA TESIS DE DOCTORADO

Su tesis fue escrita en una época histórica, en la cual cambió radicalmente la etiopatogenia y el tratamiento de los cuadros agudos de la fosa ilíaca derecha, época que cabe circunscribir entre 1885 y 1895.

Hasta 1885, el apéndice vermiforme fue despreciado de las descripciones anatómicas, y todo sufrimiento agudo o crónico de la fosa ilíaca derecha fue vinculado a la

“**tiflitis**”, es decir, a la inflamación limitada al ciego, que terminaba por la resolución o la perforación, síndrome creado por el médico alemán Albers, (15) de la ciudad de Bonn, y que fue difundido por las revistas alemanas y francesas entre 1838 y 39.

Hacia 1884 comenzó un lento proceso de rehabilitación del apéndice, como lo expresa Ch. Talamo en su libro (16). El trabajo fundamental fue del norteamericano Reginald Fitz (1843-1913) por su memoria de 1886 (17) en la cual reunió 209 casos de tiflitis y 257 de apendicitis perforada, concluyendo que: 1) los síntomas eran similares; 2) no siempre la perforación llevaba a la peritonitis difusa, sino que podía resultar en un plastrón y un absceso localizado; 3) debía operarse precozmente.



Los trabajos de Fitz fueron conocidos en Francia y leídos por Eduardo Martínez, figurando en la vasta bibliografía de su tesis, reflejándose en la conducta terapéutica, la apatía con que los franceses recogieron la precocidad en operar, de los norteamericanos. De cualquier forma, comenzaron a operar con más prontitud las apendicitis, convenciéndose que en todos los casos de síndrome de fosa ilíaca derecha, el apéndice era el asiento primitivo de la lesión, salvo algunas etiologías menos frecuentes. Talamo cita algunas tesis parisiñas sobre perforación apendicular, (18, 19), pero no la de Eduardo Martínez, que había aparecido un año antes que su libro, que es de 1892.

Cuando Martínez escribió su tesis, las conductas ante la apendicitis aguda en Francia, oscilaban entre los abstencionistas quirúrgicos (reposo, morfina, láudano en cataplasmas, hielo por boca para los vómitos, sangrías y purgantes), que actuaban sólo activamente ante la

supuración localizada al 7º u 8º día (al igual que en Gran Bretaña y Alemania); y los cirujanos intervencionistas en las primeras 48 o 72 horas, que seguían a los norteamericanos. Recién en 1897, George Dieulafoy aceptó y comunicó a la Academia de Medicina de París, su célebre juicio: “el tratamiento médico de la apendicitis es inoperante” (20). Existían finalmente los eclécticos, como Talamo: tratamiento médico en las apendicitis agudas simples; cirugía razonablemente precoz en las otra apendicitis, sea en forma inmediata en el cuadro perforativo, o diferida después del tercer día (“oportunismo”) en los abscesos localizados y bloqueados, con o sin extirpación del apéndice perforado y necrosado. Fue un gran avance reconocer que no se debía esperar la fluctuación en el foco, que aparecía tardíamente, más allá del octavo día.

DU DIAGNOSTIC

ET DU

TRAITEMENT DES APPENDICITES

AVANT-PROPOS

L'histoire clinique de l'appendicite intéresse vivement, à l'heure actuelle, tous les chirurgiens. Les difficultés que présente le diagnostic des différentes formes sous lesquelles elle peut se montrer au clinicien, la gravité du pronostic qu'elle comporte, et les divers problèmes que soulève la question du meilleur traitement à leur opposer, font de cette maladie une des plus importantes.

En France on s'en est occupé beaucoup dans ces six derniers mois. Notre cher maître, M. Reclus, par les discussions qu'il a soulevées à la Société de chirurgie, par les travaux qu'il a publiés, a contribué pour une large part à élucider bien des points restés obscurs, et à rendre l'étude clinique de cette maladie beaucoup plus compréhensible, en simplifiant les formes que quelques auteurs avaient créées, se basant sur des considérations purement théoriques.

Martinez

C'est notre maître qui nous a inspiré ce travail. Nous le prions de bien vouloir accepter l'expression de notre profonde reconnaissance. Nous nous souviendrons toujours que c'est lui qui a dirigé nos premiers pas dans la carrière de la médecine, que c'est grâce à ses conseils bienveillants, à ses savantes leçons cliniques, que nous avons appris à examiner les malades avec profit et à considérer le diagnostic comme la base sur laquelle doit reposer toute intervention chirurgicale.

Nous sommes heureux de pouvoir témoigner toute notre gratitude à notre maître, M. le professeur Le Dentu, pour ce qu'il nous a appris pendant l'année que nous avons passée dans son service et pour l'honneur qu'il veut bien nous faire en acceptant la présidence de ce modeste travail.

Nous n'oublierons jamais que c'est à notre excellent maître, M. Hanot, que nous devons la plus grande partie de nos connaissances médicales. Nous sommes heureux de saisir l'occasion qui nous est offerte pour lui adresser nos plus sincères remerciements pour l'intérêt qu'il nous a témoigné, et pour la bienveillance avec laquelle il a bien voulu nous faire profiter de ses vastes connaissances cliniques.

Nous ne saurions trop remercier nos autres maîtres, MM. les professeurs Duplay, Pinard et Dieulafoy, et MM. les professeurs agrégés, Segond et Pozzi.

CONCLUSIONS

1° L'appendicite, au point de vue clinique, revêt trois formes bien distinctes, Appendicite simple ; appendicite perforative, avec péritonite enkystée ; appendicite perforative, avec péritonite généralisée.

2° Dans l'appendicite simple, l'intervention chirurgicale est indiquée toutes les fois qu'il y a récidives fréquentes et surtout quand elles se succèdent à bref délai.

3° Dans l'appendicite perforative avec péritonite enkystée l'intervention précoce, dès le troisième ou quatrième jour, est nécessaire. L'incision oblique est préférable à toutes les autres, du moins pour la variété ilio-inguinale, de beaucoup la plus fréquente.

4° Dans l'appendicite perforative, avec péritonite généralisée, l'intervention immédiate, une fois le diagnostic posé, s'impose. L'incision double, sur la ligne médiane et à la région iliaque, est celle qui offre le plus de chances de succès.

Vu : le Président de la thèse,
LE DENTU.

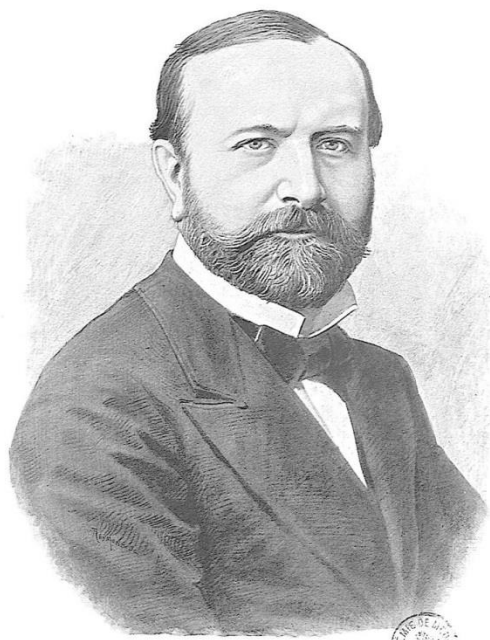
Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GREARD.

Martinez

14

© Académie nationale
de médecine



Duplay 20.10.1924
Duplay

EMMANUEL-SIMON DUPLAY (1836-1924)

© Académie nationale
de médecine



Duplay 20.10.1924
Duplay

ADOLPHE PINARD (1844-1934)



GEORGES DIEULAFOY (1839-1911)



SAMUEL POZZI (1846-1918)

© Académie nationale de médecine



Paul Ferdinand Second



PAUL FERDINAND SECOND (1851-1912)

La tesis de Eduardo Martínez, inspirada por el Profesor Reclus, absorbió sus últimos 6 meses de estudio en París. No hizo una descripción completa de la apendicitis aguda, sino que se ocupó sólo del diagnóstico positivo y diferencial, y del tratamiento, adjuntando una casuística.

En realidad la tesis es un buen ejemplo del impacto que, sobre los cirujanos franceses, tuvieron las nuevas ideas sobre la enfermedad. Siguiendo a su maestro, Eduardo Martínez desarrolló el estudio de los síndromes de la apendicitis simple secundaria a una obstrucción del órgano por una concreción estercoral (fecalito); la apendicitis perforativa con peritonitis plástica y desarrollo de un absceso localizado; y la apendicitis perforativa con desarrollo de peritonitis difusa. Si bien no hay grandes diferencias en la descripción semiológica de la primera y última formas, interesa precisar más la segunda, que será objeto de las nuevas ideas quirúrgicas. Así, luego de la perforación apendicular, con el dolor brutal que dura de 24 a 48 horas, viene un período de acalmia, seguido del signo principal que guiará al cirujano: una tumefacción abdominal, de localización variable, que aparece desde las 72 horas, y que no cede con los purgantes a diferencia del éstasis colónico. El absceso todavía era en esa época, o intraabdominal (peritiflítico) o extraabdominal (paratiflítico), lo que tenía gran importancia, por el temor de los cirujanos a entrar en la cavidad peritoneal; el absceso paratiflítico podía ser drenado por vía extraperitoneal.

Respecto a la conducta terapéutica, Eduardo Martínez siguió el criterio ecléctico de uso en Francia. En la apendicitis simple, si bien reconoció que algunos operaban de entrada, indicó que el tratamiento médico todavía podía ser utilizado con el propósito de hacer ceder la obstrucción, permitiendo el retroceso de la inflamación. Una vez lograda la remisión podía acontecer un segundo o más empujes, planteando entonces la operación para impedir la perforación. En la apendicitis perforada con formación de un absceso, opera a partir del tercer día de comenzados los síntomas, sin esperar la aparición de la fluctuación del absceso. El

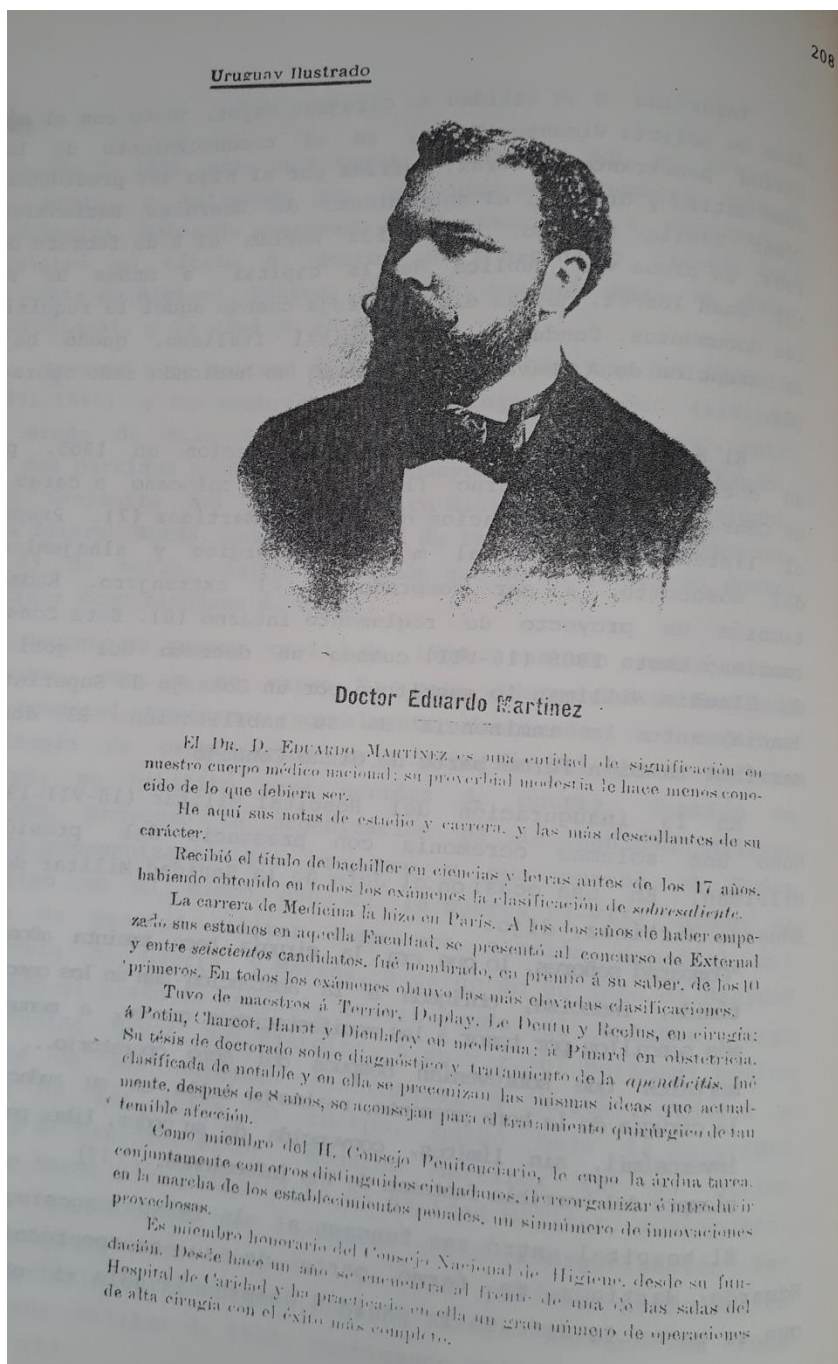
inclinarse por la operación en los primeros días, ya fue un avance, pues aún en estas formas evolutivas había quienes preferían emplear tratamiento médico, o bien operar, pero en forma diferida, inclusive a la primera o segunda semana. En la peritonitis difusa, pocos años antes los cirujanos no osaban abrir el vientre, abandonando a los enfermos a su destino. Con el advenimiento de la antisepsia, ya lograda la anestesia por gases, comenzaron a manejar las peritonitis con lavados abundantes y drenajes.

La tercera parte de su tesis es la casuística. Consiste en 62 observaciones extraídas de las comunicaciones a la Sociedad de Cirugía de París, y casos publicados en revistas europeas y americanas entre 1885 y 1890. Sólo una de las observaciones, fue personal; una peritonitis difusa operada por Reclus y ayudada por Martínez. Como hecho demostrativo de la tendencia quirúrgica de la época, sólo uno de los enfermos de apendicitis aguda fue operado a las 24 horas, en Norteamérica. Las demás observaciones fueron apendicitis perforadas con formación de absceso (43 casos) o peritonitis difusa (18 casos). Analizando la oportunidad operatoria en los abscesos apendiculares, los norteamericanos operaron mayormente entre los 3 días y los 7 días, raramente a los 15 días, y nunca en frío. Por el contrario, los europeos operaron tardíamente, más allá de los 7 días, incluso en frío; muy pocos casos de operación de los abscesos fue la curación en casi todos, con convalecencia de semanas o meses; los enfermos de peritonitis difusa murieron casi todos en el postoperatorio inmediato. La tesis fue completada con una bibliografía de 106 citas.

CONCLUSIONES

La tesis de Eduardo Martínez no aportó en sí ninguna innovación; fue el trabajo de un buen discípulo que siguió paso a paso la escuela ecléctica en el tratamiento de las apendicitis, escuela que se iba abriendo espacio entre los europeos, y que le había sido transmitida por sus profesores de cirugía. Está bien escrita y desarrollada, mostrando una búsqueda exhaustiva en la bibliografía de la época, tanto sobre el tratamiento, como sobre los ejemplos clínicos. La casuística constituye para nosotros, un aporte documental interesante para la historia de la apendicitis.

Es el primer trabajo sobre apendicitis y su tratamiento, escrito por un uruguayo. Le seguirían el de Alfredo Navarro en 1896 (21), y la tesis de Juan Aranguren en 1898 (22).



REFERENCIAS

1. BUÑO, W.; BOLLINI, H. (1971). "Tesis presentadas por uruguayos a la Facultad de Medicina de París en el siglo XIX". Arch. Chilenos Hist. Med., 13: 67-80.
2. MARTÍNEZ; Edouard, E. (1891). "Du diagnostic et du traitement des appendicites". París, Henri Jouve, 1891, 107 p. Thèse pour le doctorat en medecine "presentée et soutenue le jeudi 26 fevrier 1891 a l'heure par E.E.M. né á Montevideo (Republique de l'Uruguay), le 21 juillet 1866". Cab. Port.: Faculté de Medecine de París. Anne 1891 No. 136. De esta tesis hay apartado, que fue presentado por los Dres. W. Buño y F. Mañé Garzón a la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina en la sesión del 4-III-1986.
3. Junta de Higiene Pública de Montevideo. Libro de Registro de Títulos. Acta No. 1022, del 4-IX-1891.

4. MARTÍNEZ, E.E. (1904). "Proyecto de organización y reglamentación del Cuerpo de Sanidad Militar". Mvdeo., Imprenta El Siglo Ilustrado, 23 p.
5. EIRALE, Alberto; MARTÍNEZ, E. E. (1909). Polémica, en "El Día", 2ª. Ep. Año XXI, Mvdeo., No. 9264 del 2-XII-1909, p. 3 col. 1-2; No. 9266, del 4-XII-1909, p. 4 col. 6 y p. 5 cols. 1-2; No. 9269, del 7-XII.1909, p.5, cols. 1-3; No. 9271 del 9-XII-1909, p. 5 cols. 3-5; No. 9273 del 11-XII-1909, p. 5 cols. 1-2.
6. BLIXEN, Samuel; ADAMI, Ángel (1904). "Sangre de Hermanos". Mvdeo., Barreiro y Ramos, p. 279.
7. Hospital Militar de Montevideo. Libro de Actas del Consejo de Administración 1º, 25-IX-1905.
8. Idem. Acta No. 8 del 9-XI-1905; y No. 31 del 10-V-1906.
9. MARTÍNEZ, E.E. (1908). "El Hospital Militar". Discurso, en "El Día" 2ª. ép., año XX, No. 8778, Mvdeo., lunes 20 de julio, p. 2 cols. 3-4. Con fotos de la llegada del presidente Williman, la Compañía de Camilleros en formación, y la firma del acta inaugural.
10. MARTÍNEZ, E.E. (1909). "Material de Sanidad". Mvdeo., Tip. Moderna, 26 p. Cab. Port.: Ejército Uruguayo.
11. Sanidad Militar. República Oriental del Uruguay, 1909. Album con 18 fotografías de Damonte y Buscasso, encuadrado por la casa "Al libro inglés". Corresponden dos fotografías al Cuerpo de Camilleros (formado y en clase); dieciséis, detallando el material sanitario, incluyendo un simulacro de evacuación. Se custodia en el Archivo General de la Nación (Mvdeo.)
12. EIRALE, Alberto (1909). "Informe-proyecto de organización de la Sanidad Militar". Mvdeo., Dornaleche y Reyes.
13. PIRIA, Francisco (1924). "El problema de las aguas servidas de las curtiembres de Maroñas". Mvdeo., Tip. Lit. Olivera-Fernández, 75 p.
14. Sindicato Médico del Uruguay (1932). Boletín oficial. Mvdeo., XII (79): 584, enero-febrero, con foto de E.E. Martínez
15. ALBERS (1838) Beobach tungen auf demGebiete der Path. Und Path. Ant. (Bonn). Cit. por (16).
 ----- (1839). L´Experience 129. Cit. por (16).
16. TALAMON, Ch. (1892). "Appendicite et perityphlite". Paris. Rueff et Cie. Biblioteque Medicale Charcot-Debove.
17. FITZ, Reginald (1886). "Perforating inflammation of the vermiform appendix with special reference to its diagnostic and treatment". Am. J. Med. Sci. (Boston),: 321, October
 ----- (1888). "The relation of perforating inflammation of the vermiform appendix to peri-typhlitis abscess". N. York. Med. J.
18. BODART (18449. Tesis de París. Cit. Por (16).
19. FAURE (1851). Tesis de París. Cit. Por (16).
20. DIEULAFOY, George (1898). "Clin. Med. Hotel Dieu". París, Masson.
21. NAVARRO, Alfredo (1896). "La Facultad de Medicina", Mvdeo. I (10).
22. ARANGUREN, Juan (1898). "Peritonitis agudas de origen apendicular". Tesis de doctorado, manuscrita, 152 p.
