

**Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Montevideo**

**LA PRETENDIDA DIFERENCIA DEFENSIVA  
DEL PERITONEO EN LOS DISTINTOS SECTORES  
DEL ABDOMEN**

*Prof. Carlos Stajano*

**El dogma en todo su apogeo y la época.** — Han prevalecido en la Medicina de todos los tiempos, innumerables conceptos que diversas circunstancias concurrentes han contribuido a fijar en el espíritu de los hombres de ciencia, a pesar de ser erróneos. La verdad ha podido ocultarse por detrás de una falsa decoración, a la cual han contribuido clínicos, cirujanos y anatomistas, fortaleciendo un dogma, como el que nos ocupa hoy. Si analizamos, como ya lo hemos hecho en otras circunstancias el por qué de la consistencia de un dogma imperante, veremos a poco andar, que éste refleja con nitidez un momento de la historia de la Medicina. Una conquista avasalladora, o ciertas tendencias ortodoxas de un momento, determinan una orientación que rige todas las interpretaciones y encauza el pensamiento de una época, como por un riel, del cual cuesta mucho el desviarse. Cada siglo de la historia vive la moda de su siglo. En los últimos cincuenta años, hemos podido apreciar, en numerosas ramas de la medicina, cambios fundamentales de fondo y de forma. También es cierto que nada se propaga más universalmente, ni con más rapidez que una afirmación científica, siempre que salga de la cátedra oficial, y adquiere por eso sólo, la consistencia y la seriedad de una verdad incommovible; pero pasan los años y esos dogmas tan sólidamente cimentados, caen para ser substituídos por otros. Me ocuparé del hasta hoy intangible dogma que proclama la diferencia reaccional y defensiva del peritoneo pelviano, en opo-

sición a la del vientre superior, en especial, el mesocelíaco y el superior o subfrénico.

Recordamos magníficas clases magistrales, en que maestros brillantes aportaron en defensa del concepto, hechos de anatomía linfática normal y regional, de los distintos sectores del abdomen, poniendo de relieve la importancia de los pozos linfáticos de Ranvier, allá por los confines de la pleura y el diafragma. Se invocaron así diferencias fundamentales en los procesos de defensa de los diversos tramos de la serosa peritoneal. Se recalcó como un hecho irrefutable la rusticidad y la resistencia del peritoneo pelviano, frente a la vulnerabilidad del peritoneo superior. Esta falsa premisa dió lugar a cierta opinión que rápidamente se generalizó, que fué la de jerarquizar al cirujano general, muy por encima del ginecólogo.

Infinidad de conclusiones rápidamente emitidas ante simples hechos aislados, se siguieron emitiendo y se pretendió ante imágenes microscópicas reales, atribuir diferentes capacidades absorbentes, a los distintos tramos de la serosa peritoneal, frente a los derrames, exudados, cuerpos extraños y mismo frente a las sustancias tóxicas de las infecciones en evolución. La riqueza de las esponjas absorbentes del piso superior y próximas a las inserciones del diafragma!! daban a este falso dogma, toda la aparente solidez que requería la norma anatómica del pensamiento del 1900, con toda la contribución de los documentos anatómicos e histológicos indispensables. ¡Los famosos pozos de Ranvier! monopolizando la absorción peritoneal casi con exclusividad, fueron utilizados por Clark en su posición declive casi de Trendelenburg, para favorecer la absorción de los derrames hemáticos y de otros exudados dentro de la gran cavidad, hasta que Fowler en 1903, proclama al mundo, de que la posición que corresponde es la suya, pues protege al delicado peritoneo superior, obligando por declividad a los exudados a precipitarse, al fondo peritoneal del Douglas.

Todo el mundo quirúrgico obedece sin discusión y hoy después de 40 años, nadie osa negar la importancia de la posición de Fowler ante cualquier peritonitis, pero con otros fundamentos que no son los que sirvieron para proclamarlo. Veremos esto más adelante.

Evidentemente que la autoridad de este gran maestro, vino

a darle al dogma que hoy intentamos destruir toda la fuerza necesaria para sobrevivir sin inquietudes, 40 años más. Sucesivos errores originales arrastran en ciertos casos nuevos errores reforzando su espejismo. Es el que nos ocupa hoy, un verdadero castillo de naipes, construído con paciencia y con tesón, por el anatomista y el cirujano de la época que fué su emanación. Hoy en pleno período fisiológico, el cirujano mira con otros lentes e interpreta con su experiencia, el caudal clínico que maneja y destruye con certeros golpes los dogmas simplistas de la cirugía de antaño.

Antes de terminar con este preámbulo, queremos prevenir al lector, para mayor precisión, de que nos limitamos en este capítulo, *exclusivamente*, a destruir el dogma de la diferencia de los peritoneos frente a la infección, *deseando que no se confunda este asunto, con otro muy particular y que se refiere a las modalidades diferentes del síntoma dolor, de acuerdo a la disposición anatómica y topográfica de las paredes del abdomen y del contenido visceral.*

**Análisis - crítica de los fundamentos básicos del dogma. — La Cirugía del 1900.** — En primer término recordemos brevemente la época en que surgieron estas ideas. Es *a principios del siglo actual* que imperó en toda la medicina, en Patología quirúrgica, y en técnica operatoria, un clima donde dominó *el fundamento anatómico, tanto normal como el de la anatomía patológica*, ejerciendo éstos una dictadura absorbente sobre toda orientación médica.

*La morfología* con su evidencia objetiva, fué de soberana influencia y ningún trabajo adquiriría seriedad sin su consentimiento. Hoy sabemos que sigue siendo la piedra angular del conocimiento, pero también, que ella no es todo y que si su reinado fué absoluto durante el 1800, el siglo actual se ha iluminado con nuevas conquistas iniciadas con Pasteur, Lister y sucesivas, permitiendo desde entonces que la cirugía realizara en 7 u 8 decenios, lo que no había conseguido en 20 siglos de su historia. Las laparotomías en serie del 1900 en adelante, permitieron la comprobación de lesiones diversas "in vivo", en diferentes momentos de su evolución y es esa maravillosa clínica quirúrgica la que ha enriquecido a las ciencias fisiológicas y ha aportado a la medicina general el más grande caudal de conocimientos, relacionados con el mecanismo de la vida normal y patológica del hombre.

Es la *fisiología patológica* aprendida en los servicios quirúrgicos, la que ha aportado a la medicina interna, las más trascendentes conquistas en la patología del sistema nervioso central y periférico, en la del riñón, del hígado, del páncreas y actualmente en la pujante y avasalladora cirugía torácica. Seguiríamos enumerando sin lograr terminar, los campos inexplorados vistos por el cirujano clínico y las conquistas básicas que él ha incorporado a la riqueza médica general, puesto que ha dado sugerencias y directrices a la fisiología hoy en pleno auge.

*Es la clínica quirúrgica* el laboratorio de *fisiología experimental* más perfecto y el más real por su efectividad, puesto que los desastres operatorios producidos por la mala indicación del momento oportuno, y las tormentas desencadenadas en las post-operaciones, dieron tal caudal de sorpresas — ricas en enseñanzas — que puede decirse que la cirugía fisiológica de hoy, ha dado vida al monumental edificio anatómico con todos sus secretos, día a día descubiertos, tan sólo en la clínica quirúrgica, encarada no en su fase exclusivamente técnica, sino con un espíritu clínico de la mayor profundidad.

---

*El significado fisiopatológico de los procesos inflamatorios de todo el abdomen* se ha modificado fundamentalmente, y es precisamente este gran capítulo erróneamente encarado a principios de siglo el que ha desviado el significado del problema que hoy analizamos, atribuyendo gravedades que no existen, a magnas lesiones anatómicas, y en que sólo los aspectos morfológicos de los campos operatorios, dieron la pauta a las apreciaciones que motivaron esas generalizaciones, fundamentando el dogma, de la diferencia reaccional de los peritoneos.

Cirujanos eminentes, maestros de todo el mundo, y toda su pléyade de asistentes, repitieron hasta el cansancio, que el peritoneo pelviano resiste cualquier cosa, pues está adaptado a las defensas, porque tapiza el recto y el aparato genital, vulnerable desde el exterior y por eso sus defensas se centuplican. ¡Guay en cambio con el peritoneo superior! Ese sí que es por excelencia frágil y delicado, y siguen aún repitiendo, como si ignoraran la clínica que viven y utilizaran sólo los recuerdos del pasado, que las afecciones del vientre alto son incomparablemente más graves que las del piso inferior. Con este simplísimo fundamento anató-

mico, asignan a la topografía peritoneal, la diferencia reaccional y su variable tolerancia ante los procesos.

### Las infecciones genitales pelvianas

Sin mayor discernimiento respecto a su naturaleza etiológica, éste fué el origen a nuestro juicio fundamental, del error trascendente que hoy tratamos. Se basó exclusivamente en el aspecto morfológico de las lesiones, su significado fisiopatológico, desviando así las premisas del problema, y asignando a diferencias inexistentes en el proceso elemental de la defensa ante la infección, a tal o cual sector de la gran serosa.

Esas magnas lesiones ginecológicas, congestivas, supuradas o plásticas, con su pronóstico favorable, se opusieron frente a frente a los procesos biliares, simples o complicados y a los gastro-duodenales y subfrénicos de variado origen, que en los primeros decenios de este siglo, contribuyeron a ennegrecer las estadísticas operatorias en la cirugía del vientre. Cualquier cirujano actual puede resumir su experiencia y decir su verdad — aunque contradiga el conceso de los más.

Le restará así, las culpas al peritoneo en sí, y asignará el motivo de los decesos a sus verdaderas causas y los éxitos los atribuirá a su mayor conocimiento de la fisiología de los parénquimas nobles y de los tejidos en general.

a) *La gonococia pelviana de origen genital* ha contribuído como ningún otro proceso a fortalecer el falso dogma. El cirujano general mal conocedor en sus detalles de los procesos ginecológicos, ha englobado muy frecuentemente en capítulo único a todos los procesos inflamatorios de la pelvis y en sus apreciaciones, así como en su conducta terapéutica, como en su táctica quirúrgica, ha contribuído a desaciertos que a diario hoy se comprueban todavía. Sus conclusiones son pues erróneas.

Limitémonos sólo a encarar a dos tipos diametralmente distinto de inflamación pelviana. *La gonococia*, con sus grados y formas anatómicas y clínicas diferentes, por un lado; frente a frente a *la estreptococia* con sus grados distintos de intensidad, virulencia, así como de localización y sobre todo de evolución por el otro.

No haremos el estudio analítico por todos conocido de ambos

procesos. Sinteticemos en cambio su naturaleza y características. Olvidemos lo morfológico puro, que ha conducido a errores, y pensemos en la biología de los agentes en causa, y en la fisiopatología puesta en juego. ¿Qué es lo que ha impresionado, sino el aspecto imponente de las pelvis gonocócicas, con sus lesiones deformantes y aparentemente gravísimas, en particular en ciertos momentos de su evolución? La conclusión que hemos extractado después de visto, operado y pensado mucho respecto a este proceso, es que:

La peritonitis gonocócica tanto en su fase inicial, como en su etapa exudativa y plástica, y luego en su etapa resolutive final, dejando de lado las reliquias del proceso que no nos interesan, demuestra en todos los momentos, la extrema superficialidad de acción del agente causal. Es esta entidad peritoneal, como una caricatura frente a las otras peritonitis, a pesar de sus lesiones aparentemente graves y sus consecuencias conocidas.

Es que en realidad la biología del gonococcus, da razón de todo lo observado, en la evolución y pronóstico del proceso, enseñando al cirujano actual a esperar a que se disipe la tormenta, la que sólo exige el tiempo prudencial, para desvanecerse por completo. Es conocida por otra parte la fragilidad extrema del gonococcus cuando actúa en campo abierto, en nuestro caso en plena serosa peritoneal.

No sobrevive en su exudado, y en numerosísimas punciones que hemos hecho, rara vez pasadas las primeras horas, y siempre en escasísima cantidad, lo hemos encontrado presente.

Contrasta con su permanencia en las glándulas ocultas o enquistadas durante años, en los órganos que lo albergan. La nocividad del gonococcus intraperitoneal reside precisamente en su muerte. Su exotoxina cáustica y esencialmente congestiva, y en especial la endotoxina con una más intensa acción que la primera y sólo puesta en libertad por la lisis microbiana, da cuenta de toda la nocividad de la agresión del gonococcus en cualquier tramo de tejido en que él actúe. Otra característica fundamental de la endotoxina libre, es su gran difusibilidad, dando razón del incendio seroso congestivo, provocado por su causticidad y siendo la razón fundamental de las reacciones del peritoneo alto del abdomen, en ciertas iniciaciones de la gonocacia peritoneal, originando los cuadros supracelíacos de origen genital que hemos descrito ya en el año 1919 y confirmado luego por todos los

ginecólogos, asimismo como la exactitud del cuadro clínico, con su evolución, su tratamiento y su mecanismo de producción.

La verdadera esencia y naturaleza de la gonococia dentro del peritoneo, puede concretarse diciendo que es una llamarada congestiva intensísima, encendida en plena pelvis y que su resplandor puede alcanzar según la intensidad del fogonazo y si no hay tabicamientos previos, sectores altos del abdomen que participan en menor grado de esta *tormenta vasomotriz*.

No obstante esto, por razones anatómicas expresadas ya en un trabajo "in extenso", clínicamente, pueden hacerse ostensibles los síntomas de las reacciones del peritoneo superior con mayor precocidad, que la sintomatología pélvica. El resplandor supraceliaco anuncia en ciertas y precisas circunstancias el incendio voraz iniciado en la pelvis. Como toda acción congestiva su acción es fugaz y efímera, por eso desaparece precozmente dentro del cuadro principal y por eso ha inducido a tantos errores de diagnóstico y a tanta falsa ruta terapéutica sobre pretendidas afecciones agudas de los hipocondrios y lo que es aun más frecuente sobre la región ceco apendicular. Este último aun, a diario, cometido.

La gonococia peritoneal dijimos, es una caricatura de las otras peritonitis, porque es el tipo de las peritonitis cáusticas o químicas, sin agente vivo presente y sin colonización ulterior.

La agresión del gonococcus en peritoneo libre, es el tipo de las agresiones suicidas. Invade la cavidad y muere en el acto, frente al leucocito del exudado peritoneal. No coloniza jamás y no provoca abscesos a distancia. Su lisis desprende la endotoxina y ésta despierta por su causticidad la vasodilatación hiperhémica, la exudación intensa, la migración del leucocito, la diapédesis. Respuesta ésta, elemental de la inflamación corriente frente al cáustico, dando razón de todos los aspectos del momento de iniciación puramente congestivo inicial, exudativo fibrinoso inmediato y sus consecuencias como ser, la aglutinación de vísceras en medio de un cemento plástico que se endurece. He aquí los elementos fundamentales de un proceso clínicamente turbulento, esencialmente deformante, intensamente doloroso, porque todo él, se hace a expensas de una intensa vasodilatación, pero esencialmente benigno, por su naturaleza evolutiva. Sólo la torpeza de la inoportunidad terapéutica, puede torcer su normal evolución.

Los campos operatorios cruentísimos de la afección que nos ocupa y las dificultades operatorias en lesiones hiperhémicas, le han creado al peritoneo pelviano la fama de resistente, en forma indebida y sólo justificada por una gravedad aparente, dado el aspecto morfológico de las intensas lesiones en juego. Los procesos salpingianos quísticos residuales de procesos agudos anteriores, han asustado a mucho cirujano, que ha creído obligatorio colocar sendos drenajes por vía abdominal para aliviar las defensas del peritoneo, cuando en el curso de las maniobras, se ha derramado pus colectado por la efracción de sus paredes.

Pues bien, salvo el caso de un recalentamiento de una vieja bolsa salpingiana, por el colibacilo o es estreptococo, clínicamente sospechado, y entonces revestido de toda la gravedad propia al agente, el derrame de pus es totalmente intrascendente, dado que no sólo es estéril, sino que alguien sostiene que contiene un bacteriófago, no sólo inocuo, sino beneficioso.

No drenamos jamás en estos casos y la evolución es, perfecta y apirética, no ocurriéndonos atribuir al famoso peritoneo pelviano, tal evolución, sino a la naturaleza particular del proceso, que es menester conocer clínica y anatómicamente, para sentar conclusiones genéricas como la sustentada en el dogma que combatimos.

**b) Los procesos estreptocócicos pelvianos.** — Diferencia fundamental nos es ofrecida por la agresión de este terrible agente.

Puede proceder de localidades apartadas o de focos distantes por vía hematógena, y ya de por sí, la vía de penetración impone una difusión de alta gravedad con una localización ya pelviana, o peritoneal en cualquier logia, con características severas no por la ubicación en tal o cual segmento, sino por la propia modalidad, terriblemente seria del estreptococo.

El "modus faciendi" del estrepto es particularísimo en cualquier tejido en que intervenga. En la infección puerperal o post aborto la lesión elemental es la *herida uterina*, cuya evolución no se diferencia de cualquiera de las heridas conocidas en cualquier territorio de la economía. En unos casos *herida simple localizada* y con limitación perfecta. Según la virulencia del agente en otros casos: difusión rápida por vía hematógena sin limitación local y septicemia mortal, variablemente rápida entre las 48 horas y los

30 días. En otros casos intermedios, la puesta en juego del *sistema linfático*, cuyos tipos anatómicos y clínicos hemos precisado frente al enfermo con exactitud, nos ha permitido comprobar las *linfangitis tronculares* semeiológicamente perceptibles, ya localizadas, ya extendidas desde la pelvis hasta el tórax, dando síndromes parietales a trayecto conocido y cuya descripción omito. La participación del tejido celular alrededor del linfático y del ganglio, nos permite clasificar el tipo y el momento de la *perilinfangitis* y del *adeno-flemón pelviano*, con todas sus localizaciones y difusiones. La virulencia del agente y la infección de los lagos venosos, se ponen de manifiesto en la terrible *tromboflebitis pelviana*, cuya gravedad todos conocen y que en la pelvis toma asiento, y que no se diferencia de las otras tromboflebitis estreptocócicas de otras regiones. Y por último, la *anexitis estreptocócica*, que se puede resumir diciendo todo lo contrario de lo que afirmamos para la gonocócica. La *anexitis puerperal*, no es una anexitis congestiva, es una severa lesión donde el proceso priceps, reside en el ovario, penetrado en su hilio por el estreptococcus, el cual, pulula en su interior, constituyendo la gravísima lesión genital que es el *absceso central estreptocócico*, que mata espontáneamente muchas veces y que impone un postoperatorio tan severo como la apendicitis pelviana más grave.

Queremos mostrar pues en esta escueta revisión, la poca consistencia del famoso dogma de la resistencia del peritoneo pélvico. Tenemos el convencimiento de que el peritoneo es asombrosamente resistente en todas partes, igualmente resistente en todas sus latitudes y para ser justos y emitir científicamente una generalización nos es menester el analizar las diversas modalidades de los agentes y de las lesiones propias que ellos determinan. Estaremos recién en lo justo y daremos razón a la primera reflexión de este trabajo, recordando el aspecto morfológico incomparablemente más discreto de la supergrave anexitis puerperal, con su minúsculo absceso central de ovario con trompas sanas y con un mínimo exudado peritoneal, frente al derroche de ostentación del fuego de artificio gonocócico. No es la anatomía regional lo que imprime benignidad o gravedad a los procesos. *Es la biología del agente y la fisiopatología puesta en juego la que nos ofrece panoramas esencialmente distintos.*

En la sesión anterior de la Sociedad de Cirugía se puso de re-

lieve la suma gravedad de las peritonitis bajas en el curso de las heridas colorectales y no insistiré en ello por ser de evidencia.

### La patología y la cirugía del vientre superior

Inmensos progresos se han operado en los últimos años en el conocimiento de los procesos más corrientes del vientre superior.

c) La **cirugía biliar** bien indicada y mejor conducida, nos ha enseñado un mayor dominio de las diversas situaciones presentadas. El pronóstico — hoy, en oposición al azar de años pasados, está exclusivamente en nuestras manos y en nuestras posibilidades diagnósticas. El estudio del hepato-biliar actualmente, nos permite comprender los múltiples y frecuentes motivos de los decesos de años pasados. Las negras estadísticas eran atribuídas casi exclusivamente a la fragilidad defensiva del peritoneo superior, que concentraba por así decir el 100 por 100 de la causa de las muertes. Hoy sabemos bien que el hepato-biliar más infectado, tolera “quoad-itam”, la infección por largo tiempo. Muere cuando su hepatitis lo manda, y conserva su vida precaria en plena infección, mientras sobreviva funcionalmente su célula hepática. Esta es la realidad.

d) Es asombroso aun más, el comprobar la prolongada evolución de los **procesos supurados subfrénicos**, que pueden sobrevenir como complicación de una afección grave hepato-biliar y seguimos afirmando que este peritoneo entabla sus defensas con eficacia y da tiempo al cirujano, para despistar esa localización y abordarla con éxito, naturalmente dentro de ciertos límites y que este complicado biliar sigue muriendo, no por la infección peritoneal, sino por su célula hepática, cuando llega a los límites de su capacidad funcional.

El famoso dogma de la fragilidad del peritoneo alto, se esfuma con sólo consignar el recuerdo de casos personales, de *supuraciones subfrénicas de origen hidático, de origen amibiano*, enormemente deformantes, al funto de levantar y abombar un hemitórax, y sin embargo evoluconar con un drenaje oportuno y eficaz, con la misma sencillez que una colección pelviana, bien entendido en las mismas condiciones de virulencia que aquélla.

Capítulo aparte hacemos de la *supuración subfrénica por piógenos virulentos* asociados, o del estreptococcus puro, *que mata en*

*forma similar e implacable en la pelvis como en el vientre meso-celíaco, y como en cualquier logia del peritoneo subfrénico. La apendicitis aguda librada a su propia evolución y mal tratada, es el ejemplo más típico y elocuente, contribuyendo a uniformar el concepto sustentado. No es función de diferencia de serosa, lo es de virulencia y de agresividad de germen.*

e) **La cirugía gastro duodenal**, que hemos visto evolucionar en forma admirable en el curso de los últimos treinta años, nos reafirma en nuestra verdad. Entonces incierta en sus resultados, temerosa en sus intentos y siempre peligrosa, sólo se realizaba en los casos graves de enfermedad ulcerosa y en síndromes pilóricos avanzados. Era la gastro enterostomía, la magna operación de entonces, que sólo veíamos realizar a nuestros grandes maestros y que contemplábamos extasiados como algo que jamás nosotros podríamos alcanzar. La modesta gastrostomía, en los cánceres de esófago, completaba la lista.

Pues bien, vimos morir entonces, a muchos de esos operados en esa intervención que hoy prácticamente no provoca decesos. ¿Y quién era el culpable? Naturalmente que se reforzaba el dogma imperante, atribuyéndole a la contaminación del entonces frágil peritoneo superior, del abdomen, la rápida terminación del enfermo. Hoy sabemos bien, todo el error de ese concepto, dado que, ni la evolución perfecta, más perfecta que en cualquier otra cirugía, como la de las amplísimas gastro-piloro-duodenoctomías, que hoy realizamos a diario; ni la contaminación peritoneal por líquidos cavitarios más o menos sépticos, derramados en el campo operatorio, para los que operamos sin grandes "clamps" de coprostasis, como nosotros por ejemplo, y sin descuidar por eso como es natural, la mayor protección del campo operatorio; jamás, prácticamente jamás, hemos tenido complicaciones por cuenta del peritoneo gástrico o subfrénico de la logia, como podría suponerlo su fama mal habida.

La exacta confirmación de los hechos, nos ha ido desilusionando de aquella afirmación dogmática, *de tangibilidad o vulnerabilidad del vientre superior*.

Nuestras muertes operatorias, así como las de los cirujanos que comprueban por necropsias las causas de sus decesos, han sido atribuidas a sus verdaderas causas, siempre variables y no sujetas al denominador común *de las fallas del vientre superior*.

Suturas que fallan, por infección de las paredes, oclusiones de las bocas, intromisión de asas por donde no corresponde, cuadros oclusivos altos, hemorragias cavitarias o en plena serosa, etc., etc.; en realidad, cada una de estas causas debe cargarse al rubro que corresponda, y corre por exclusiva cuenta del propio operador y de la preparación del enfermo.

A nuestro juicio, es sólo en esta forma que concluiremos con esas afirmaciones históricas, que se siguen repitiendo sin cesar, prolongando el imperio de falsos dogmas que debemos demoler, por ser encubridores de nuestra ignorancia.

f) Por otra parte, la frecuencia diaria de las *perforaciones de las úlceras gástricas y duodenales* en especial de estas últimas, obligan por su lado a restarle temor al fantasma del peritoneo de ese ambiente. El cierre precoz y simple de la perforación, con o sin gastroenterostomía, o con gastrectomía de primera intención como algunos la proclaman, con o sin drenaje, contribuyen por su parte a desvirtuar el dogma de la fragilidad exagerada de ese peritoneo regional.

Dos palabras dedicaremos a las *posiciones de Clark y de Fowler*.

Los minuciosos estudios anatómicos de Ranvier, Recklinghansen; los estudios celulares anteriores de Virchow y Donders, basaron el concepto de los sistemas linfáticos de Kollicher, Brucke, Ludwig, Kleim y Smith, mediante la impregnación con sales de plata y su individualización en cada sector de abdomen.

El diafragma ha sido la región más minuciosamente estudiada en el siglo pasado. La gran facilidad con que se pone de manifiesto en él, el tejido linfático por su disposición muscular delgada, recubierta en ambas caras por la serosa, permitió atribuirle a esa zona una riqueza en desproporción, con los otros ambientes paraperitoneales. Actualmente nada autoriza a afirmar esta desigualdad distributiva y sólo pueden tenerse en cuenta las dificultades técnicas para hacerla ostensible en los demás sectores del abdomen. El hecho de ser la región diafragmática, una región excelente para su estudio, es que se hayan multiplicado los trabajos en este sector y no es extraño pues, que con este fundamento anatómico hayan surgido hipótesis, que con toda la fuerza del dogma, han imperado hasta hoy, como verdades absolutas. Los linfáticos del subperitoneo, son como todas las redes linfáticas

cada vez más conocidas, así como su riqueza, sus anomalías frecuentes y la proyección variable a los ganglios respectivos. La red subperitoneal y la red subpleural se continúan y se entremezclan, justificando muchas resultantes clínicas en el curso de las linfangitis abdomino-pelvianas, y nada autoriza a dar predominancia como hasta hoy a la riqueza linfática del diafragma. Hoy sabemos que los linfáticos del peritoneo se hallan profusamente distribuidos por todas partes. Los autores que estudiaron con minucia, sólo áreas limitadas, publicaron sus resultados, dando motivo para pensar que tal disposición sólo se encuentra en la región descrita. *La síntesis de los trabajos realizados, autoriza a desvirtuar pues, la afirmación de la riqueza linfática desproporcionada del diafragma, frente a la de los otros ambientes.*

**La riqueza linfática y la absorción peritoneal**, fueron dos circunstancias que se aunaron en toda la patología peritoneal, en los intentos de interpretación de los fenómenos.

*Clark* propone de acuerdo con la verdad anatómica de su momento, la posición declive hacia el diafragma, para ayudar la reabsorción de los derrames en la serosa. Cortes histológicos mostrando la absorción de sangre y de cuerpos sólidos en suspensión, demuestran una verdad aislada indiscutible, pero sus conclusiones clínicas y terapéuticas duran poco, porque son contraproducentes y dan desastres quirúrgicos.

*Fowler* en 1903 propone todo lo contrario, tratando de huir del diafragma que él considera superabsorbente y conduce hacia la declividad de la pelvis, los exudados del peritoneo. Nadie discute hoy las excelencias de la posición de *Fowler*, — admitida universalmente. Solamente afirmamos como cirujanos que no reside su beneficio en el problema de la absorción mayor o menor de las colecciones, sino que favorece la gran colección pelviana por acción de declividad, permitiendo el abordaje y su drenaje en totalidad, por vías fáciles de alcanzar.

Excepcionalmente operamos hoy, peritonitis a focos múltiples tipo Nelaton, cuya gravedad a nadie escapa; en cambio preparamos el gran absceso pélvico siempre que podemos y lo drenamos en forma ideal, no por el abdomen, sino por vagina o por vía rectal y a *Fowler* se le debe el mérito de haber dado a la cirugía

abdominal una de sus mayores conquistas, pero con el fundamento que le asignamos.

*Clark favorecía el grave absceso subfrénico, siempre de abordaje delicado y no siempre ostensible clínicamente. Fowler permitió el escurrido por declividad a la pelvis, favoreciendo el drenaje ideal y en las mejores condiciones, por la disposición anatómica de sus paredes y por su forma.*

---

**Sumario y conclusiones.** — Es atrevido y arriesgado el intentar abatir un falso dogma, sustentado en bases anatómicas, histológicas y clínicas y que dominó soberanamente durante tantos años.

Sus fundamentos fueron la emanación *del pensar de una época histórica de la medicina*, en que el dato anatómico era el determinante exclusivo de toda hipótesis.

Los *estudios anatómicos del peritoneo y la anatomía linfática*, polarizan con datos incompletos una afirmación y los clínicos y los cirujanos sacaron falsas conclusiones de los procesos del abdomen, de acuerdo con su aspecto exclusivamente morfológico.

El siglo actual de acuerdo con los progresos y comprobaciones de la variada clínica quirúrgica, da la pauta del pronóstico en los procesos del abdomen, de acuerdo con nuevas conquistas de biología en lo que concierne a la agresión del agente vivo.

*La clínica quirúrgica* de principios de siglo es incierta, azarosa y llena de sorpresas, porque no conoce la verdadera fisiología del ser que trata. Es puramente técnica y anatómica en sus directrices, por eso es incompleta.

Actualmente *la fisiopatología* abre amplios ventanales que permiten ver claro en la oscuridad y es la clínica quirúrgica la fuente de sugerencias más fecunda para el fisiólogo, la fuente de adquisiciones más extraordinaria para la medicina entera y de donde hasta la medicina interna ha recogido el mayor número de conquistas. *El cirujano actual* es en último término, yo diría, un técnico, para ser sobre todo un *clínico perspicaz, un fisiólogo atento, un médico integral.*

Con un proceso analítico previo, hemos hecho el juicio del dogma que asigna una *diferencia reaccional y defensiva al peritoneo pélvico, frente al peritoneo del piso superior.*

*El peritoneo está poseído de una capacidad defensiva extraordinaria en todos los sectores topográficos de su extensión.*

*Es la biología particular de cada agente y su particular intensidad y modalidad de agresión, la que determina la diferente gravedad de los procesos dentro de la gran cavidad.*

Historia de la cirugía abdominal hasta el presente en todos sus sectores y deducciones prácticas al respecto, nos autorizan a liberarnos de un dogma de aceptación universal.

**Dr. Etchegorry.** — El Dr. Stajano en su trabajo nos hace un resumen de toda la fisiología patológica de la infección del peritoneo y los órganos contenidos en su cavidad. No voy a contestar punto por punto a lo dicho porque habría que publicar un trabajo de idéntica extensión que el que acabamos de escuchar. Pero, como las afirmaciones del Dr. Stajano no pueden quedar sin respuesta, aprovecharé la oportunidad de la presentación de un trabajo sobre los abscesos del Douglas y drenaje peritoneal, para hacerlo. Esto no será de inmediato, pero sí en el curso del año, pues espero recoger material suficiente en el Servicio especializado de Cirugía de Urgencia que está bajo mi vigilancia. Me limitaré a decir por ahora que con los mismos argumentos que esgrime el Dr. Stajano se puede llegar a conclusiones completamente opuestas.

Lamento no haber estado en la sesión pasada en la que parece se dijo que todas las heridas de recto son de gravedad extrema. La afirmación no me extraña por ser exacta, pero a mi juicio esa gravedad es aumentada casi siempre porque se cometen errores en la técnica operatoria empleada.

**Prof. Prat.** — Diré que la interesante comunicación del Prof. Stajano que tiende a suprimir el dogma que se ha establecido de la benignidad del peritoneo pelviano, su mínima reacción a la infección con relación al peritoneo superior, y que pretende suprimir, con esta comunicación, diré que no me ha convencido. Porque cuando empezamos nuestra carrera, vimos actuar a cirujanos que, ya sea por la técnica no tan perfecta como la de ahora o una asepsia inferior, llegamos a la conclusión de que realmente la Cirugía pelviana está distante, en el sentido de la gravedad de la Cirugía del vientre superior. Comprueba lo que afirmamos, que a veces hemos visto caer al suelo un instrumento, durante el acto operatorio pelviano, y después de pasar ese instrumento por una solución de bicloruro y ha continuado el acto quirúrgico, sin que el enfermo haya sufrido las consecuencias sépticas, sin que el piso de la sala de operaciones fuese de la asepsia integral, que preconiza Gudin en su sala de operaciones. Hemos visto realizar operaciones difíciles por vía inferior pelviana y realmente nos costaba pensar y admitir, que el enfermo pudiese salir airoso y sin complicaciones, porque operaciones similares, de mucha menor im-

portancia realizadas en el vientre superior, generalmente hacían complicaciones graves.

Creemos en general que la vía perineal no tiene la importancia ni la gravedad de la vía peritoneal superior. Ese es el ambiente y la opinión a que hemos llegado desde hace tiempo y a decir verdad, tenemos que aceptar hoy día, que quizás no exista esa diferencia fundamental que trata de suprimir el Prof. Stajano. Creemos que la diferenciación anatómica entre el peritoneo pelviano y el superior, es uno de los elementos del problema. Como lo ha dicho muy bien nuestro colega, hay que tomar en cuenta la fisiología y la biología de todas las vísceras, puesto que en nuestra función de cirujanos, actuamos respetando la fisiología y la biología. La anatomía del peritoneo pelviano tiene características anatómicas de importancia fundamental, para permitir la colección del pus, la localización de la infección y su drenaje en óptimas condiciones, que no son las del peritoneo superior. Pero no es ésta la característica anatómica, la única que hay que tener en cuenta, sino también, la fisiológica, la biológica y la bacteriológica de los procesos patológicos y entonces podremos comprobar también, hechos semejantes, en la cirugía del vientre superior, aunque éste sea muy sensible y que reacciona muy fácilmente. En efecto, estamos acostumbrados en cirugía de urgencia y en cirugía general, a ver ciertas infecciones, por ejemplo las perforaciones gastro duodenales, que a menudo y a pesar de un gran derrame peritoneal, no tienen la importancia ni la gravedad que se les da habitualmente. A veces una peritonitis por perforación gastro duodenal evoluciona de una manera simple y banal, curando perfectamente, sin poner en peligro la vida del paciente, y eso lo explica el cultivo de ese derrame peritoneal, porque es aséptico y no tiene mayor importancia que el operado haya evolucionado tan bien. De manera que ese peritoneo que consideramos que reacciona tan intensamente hay que tener en cuenta esos elementos de patología general y de la bacteriología de la colección peritoneal.

En el mismo vientre superior, pero en otras vísceras, el problema se complica más aun, como ocurre en cirugía biliar. Ya no es solamente la infección lo que actúa, sino la posibilidad de la intervención de los jugos digestivos, como ocurre con la vesícula disecante o exfoliatriz y la vesícula filtrante, donde se admite que el jugo pancreático tiene una acción etiopatogénica fundamental, con lesiones de mortificación y esfacelo, a los que tiene que hacer frente el peritoneo abdominal superior y que no actúan sobre el peritoneo pelviano.

Hay que considerar todos esos problemas desde el punto de vista de la fisiopatología y de la biología y si bien es cierto que las infecciones gonocócicas de la pelvis, suelen resultar benignas, porque se realiza una vacunación peritoneal de microbios vivos, no resulta tan simple la evolución cuando se trata de las tromboflebitis o cuando interviene el estreptococo, en las infecciones puerperales generalmente tan graves, que muy a menudo resultan mortales.

La misma cirugía pelviana, tiene incógnitas y nos cuesta explicarnos

por qué tan a menudo, una histerectomía por fibroma provoca una flebitis izquierda. Se admite su origen, en trombo flebitis iniciales de las numerosas venas pelvianas y nosotros hemos llegado a suponer si no tiene intervención etiológica la ligadura de un catgut, que atraviesa una gruesa vena pelviana.

Las interesantes investigaciones de Hawlicek, de Dresde, sobre las anastomosis arterio venosas, agrega un nuevo elemento a esta patogenia y están las interesantes experiencias de Paschoud, quien consigue la coagulación de la sangre contenida en una gruesa vena del sistema cava (la femoral), cuando se le inyecta sangre del sistema portal. Quiere decir, que la mezcla de la sangre porto-cava, posible después de una operación pelviana, por haber vencido la resistencia de los capilares fronterizos de estos dos sistemas venosos, puede ser causa de la flebitis. Sin problemas a resolver aún, pero en los que interviene más la fisiopatología y la biología que la constitución anatómica del peritoneo.

Existen pues, una serie de problemas que complican la cirugía y que día a día al conocerlos bien, explican mejor la patología; en ciertos casos la resistencia del peritoneo pelviano y en otros, la fragilidad de ese mismo peritoneo y que como decía muy bien el Dr. Stajano por la fisiopatología y por la biología, habrá que llegar a su perfecto conocimiento; pero, para nosotros que hemos actuado con esas directivas, siempre tendremos la tendencia para admitir como cierto, ese dogma anatómico del peritoneo que el Dr. Stajano trata de suprimir.

**Prof. Stajano.** — Me alegro haber oído al Prof. Prat porque analizando situaciones iguales creo que nos pondríamos de acuerdo. Por de pronto no se trata de discutir. La comunicación yo la deposito en la Sociedad para que una vez publicada sea meditada con calma y sea rebatida a su tiempo. Estoy convencido de que en realidad éste ha sido un problema que se ha encarado en una forma dogmática y absoluta. Insisto que no es el peritoneo en sí sino en la calidad y virulencia del germen y su manera de agredir donde reside el nudo gordiano del problema. Enfermedades peritoneo pelvianas con gérmenes distintos dan reacciones y gravedades enteramente diferentes. La cirugía pelviana en las gonococcias estoy seguro que es la base de casi todo el fundamento del falso dogma.

Cuando hacemos extirpaciones de recto y las efectuamos por vía abdomino-perineal, no desconocemos su gravedad; actuando sin embargo en el peritoneo pelviano. Termino diciendo que con un amplio espíritu de colaboración deseo se me demuestre si sostengo un error y no dudaré en rectificar mi concepto.