

Sr. COORDINADOR: Tiene la palabra el Dr. Larghero.

DRENAJE PERITONEAL

Prof. P. Larghero Ybarz.

Expondremos brevemente nuestra táctica y los medios que empleamos en el drenaje de la serosa peritoneal, con la ayuda de algunos ejemplos ilustrativos. No nos ocuparemos de las indicaciones del drenaje.

He aquí algunos de los principios fundamentales del drenaje peritoneal:

1º.—El drenaje de la serosa peritoneal debe basarse en el conocimiento anatómico de las logias y en la noción de la dinámica de los líquidos contenidos en esas logias, en relación con la gravedad y con las variaciones de presión provocados por los movimientos del diafragma.

Del punto de vista anatómico es esencial considerar, que las logias peritoneales son todas posteriores; si sumamos a este hecho el contacto normal entre las asas cubiertas por epiplón y el contacto de colon con estómago y borde hepático, contacto que se vuelve coalescencia cuando la serosa está inflamada y exuda, deducimos que los drenajes deben ser sacados siempre por los flancos o hacia la pared posterior, con excepciones hechas del drenaje supra púbico del Douglas. La noción de logias anatómicas impone, en muchos casos el drenaje múltiple del cual mostramos ejemplos.

Del punto de vista dinámico, es obvio que para que un drenaje funcione bien, es necesario que el peritoneo esté herméticamente cerrado, para que la presión intraabdominal pueda actuar.

2º.—Utilizamos como medio de drenaje el tubo de goma o la lámina de goma plegada. No consideramos la mecha como elemento de drenaje y la usamos, como aislador o como medio de contención y de tabicamiento, en condiciones excepcionales que no son del caso considerar aquí.

3º.—El drenaje no debe ser sacado nunca a través de la incisión operatoria: a) porque las incisiones son anteriores o ántero laterales y las logias son posteriores; b) porque nada hay que perturbe más la evolución de una herida operatoria que el

pasaje de un tubo a través de sus planos. En el Congreso de 1952 insistimos sobre la gravitación que toma, en la aparición de evisceraciones y eventraciones, la presencia de un drenaje por la herida¹. La herida operatoria debe ser herméticamente cerrada en su plano peritoneal, con o sin cierre de los otros planos de la pared y el tubo de drenaje será sacado por contra abertura.

Cuando hay más de un tubo, cada uno de ellos saldrá por contra abertura individual.

Esta regla sólo puede ser infringida en casos de extrema urgencia; en nuestra práctica personal, casi nunca la infringimos.

4° — El instrumento de drenaje que empleamos sistemáticamente desde hace 2 años es un tubo de goma recortado en media caña.

En todo drenaje peritoneal, el tubo debe ser cuidadosamente ubicado, su recorrido bien establecido y rectificado y si es necesario, fijado, del mismo modo como se fija el tubo de drenaje de tórax.

Como ejemplo de este principio, citamos el caso del drenaje subhepático en la cirugía biliar y en algunos casos de cirugía gástrica: la punta del tubo en media caña es introducida unos 3 o 4 cms. en el hiatus de Winslow y el tubo corre entre vena inferior de hígado por un lado y duodeno y ángulo cólico derecho por otro lado para salir por el flanco. En estas condiciones el tubo es una verdadera canaleta colocada en el fondo de la fosa subhepática, fijado en su posición por un extremo al hiatus y por el otro a la pared abdominal. Su funcionamiento es perfecto.

5°.— El examen bacteriológico del exudado peritoneal se hace en todos los casos de peritonitis, a fin de individualizar la flora responsable y su sensibilidad a los antibióticos. En los casos de drenaje profiláctico, el examen es practicado en el post operatorio a fin de determinar la conducta a adoptar con el tubo. El examen bacteriológico permite, con precisión científica, determinar el momento óptimo para retirar el tubo. Esto es particularmente importante en los drenajes del Douglas; la fotografía N° 16, p. 370, muestra la maniobra de extracción de exudado con jeringa y sonda fina para proceder al examen. Ningún tubo del Douglas es retirado sin previo control bacteriológico; se evitan así los abscesos residuales.

(1) **Larghero, P** Eventraciones. Profilaxis y tratamiento. Directivas fisiopatológicas, anatómicas y técnicas. - Tercer Congreso Uruguayo de Cirugía. - Montevideo, 1952.

VENTAJAS DEL TUBO EN MEDIA CAÑA

2 ejemplos de su empleo en cirugía de tórax.

Las radiografías post operatorias en cirugía torácica permiten objetivar las ventajas del drenaje en media caña, sobre el clásico drenaje tubular fenestrado. Empleamos en el tórax un tubo de látex cortado longitudinalmente al medio, tal como lo muestra la figura 2.

La figura muestra el tubo en media caña para drenaje abdominal.

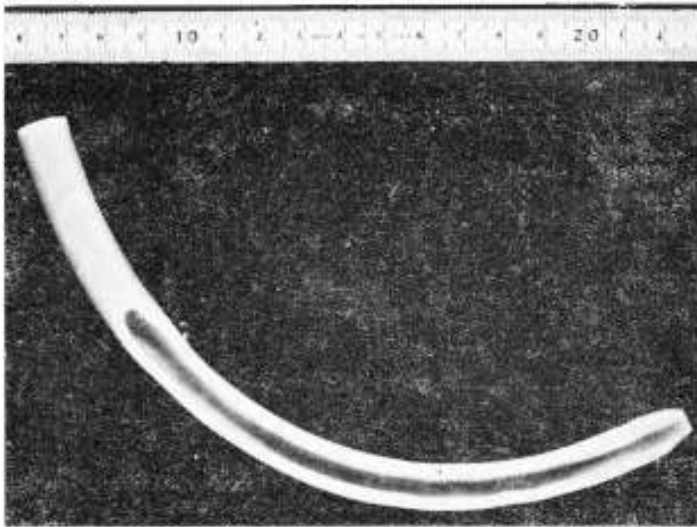


Fig. 1. — Tubo en media caña para drenaje peritoneal.

El esquema adjunto (Fig. 3) muestra la ubicación de las 2 ramas, una en la gotera costo-vertebral y la otra en el fondo de saco pleuro diafragmático posterior. El ángulo de la Y, funciona como cloaca y va colocado en la parte más declive, a nivel de la línea axilar posterior o media. El tubo sale en la parte más anterior de los espacios intercostales 10 o 11, en realidad sobre la pared del flanco y no produce molestia ni perturba la dinámica parietal. Ambas ramas del tubo se fijan en su lugar con un lazo de catgut fino.

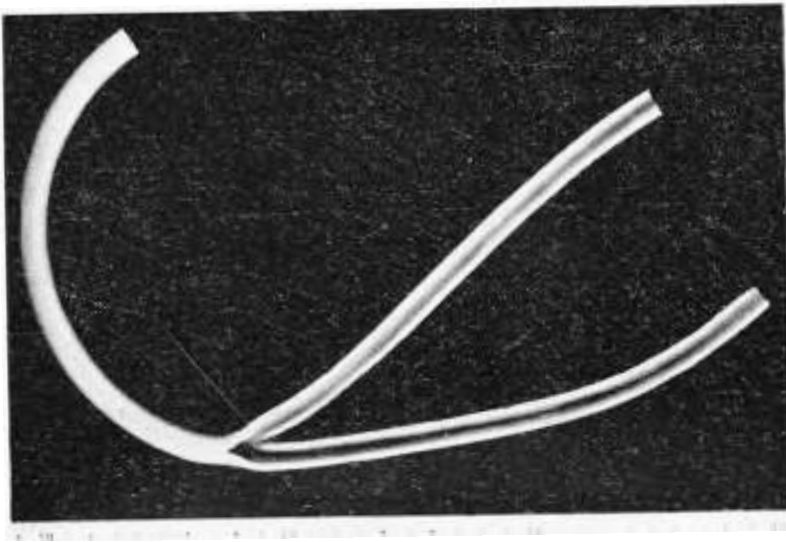


Fig. 2. — Tubo en media caña y en Y para drenaje de pleura.

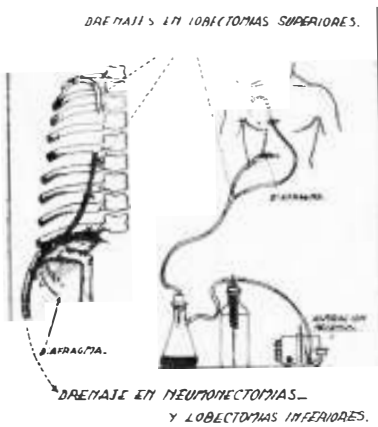


Fig. 3. — Ubicación del tubo en Y en el tórax.

He aquí 2 ejemplos de óptimo drenaje pleural uno y extra pleural el otro.



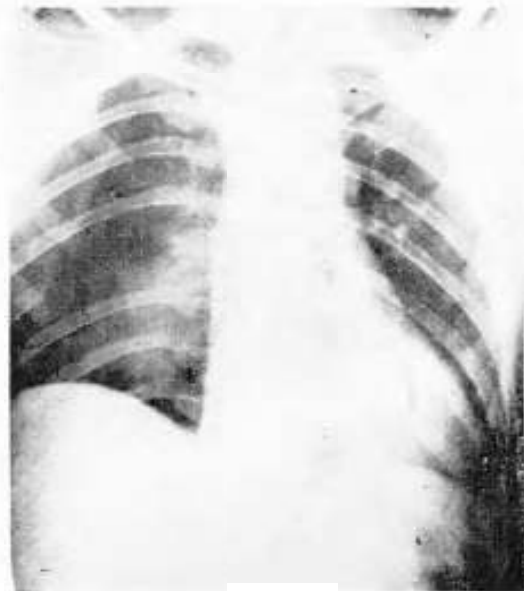
Fig. 4. — Enfermo de 67 años. Lobectomía superior derecha por cáncer del pulmón. Radiografía a las 48 hs.: lóbulo inferior reexpandido y pleura limpia, con fondo de saco pleural sin trazas de derrame.

Fig. 5. — Drenaje extra pleural.

Estudiante de medicina, operado por hipertensión arterial maligna.

El despegamiento de la pleura en el tiempo torácico de la esplácnico-simpatectomía fué muy sangrante. La pleura no fué abierta. Se colocó un tubo en Y en el espacio extra pleural, por lo que drenó 700 c.c. de líquido sanguinolento.

Placa tomada 24 horas después de la operación; no existe sombra alguna de retención en la pleura derecha.



Son estos resultados del drenaje en media caña en cirugía torácica que nos hicieron adoptarlo para el drenaje abdominal. La efectividad de este tubo es tan perfecta que en un caso reciente de drenaje coledociano muy difícil y con dudas sobre la hermeticidad de la sutura del colédoco dada la friabilidad de sus paredes fue colocado un tubo en media caña subhepático, "enhebrado" en el hiatus de Winslow. Durante 4 días, el drenaje se hizo totalmente por este tubo conectado a un aspirador sin que la enferma acusara ninguna molestia. Al 5º día el tubo del colédoco tomó sus funciones y al 7º día el tubo subhepático dejó de drenar.

ALGUNOS EJEMPLOS TIPO DE DRENAJE PERITONEAL

1º.—Drenaje múltiple en las peritonitis difusas con inundación de la serosa. Tipo: peritonitis biliar.

Mujer, 36 años, madre de 9 hijos. Al final de su 9º embarazo, colecisto-colédoco-pancreatitis que retrocedió. Nueva crisis después del parto, que fué también yugulada. 1 mes más tarde

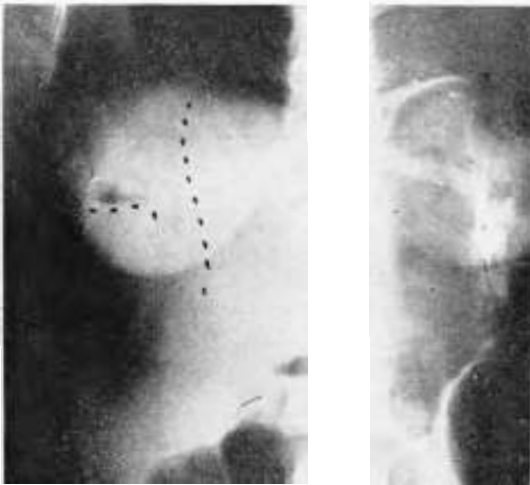


Fig. 6. — La radiografía muestra gases en las vías biliares intrahepáticas: las líneas punteadas flanquean los gases que visualizaron las vías biliares.

ingresa al servicio por peritonitis biliar en estado gravísimo: ictericia, hipertermia a 41º, delirio, fuliginosidades labiales, gran taquicardia. Urea 1 g. por mil. Colesterol 0,90. Leucocitosis: 5.500. Hipocloruria extrema: 0,40 por mil. Hipoproteinemia de 5,34 g. %.

La radiografía muestra gases en las vías biliares intrahepáticas. (Fig. 6) Operación: imponente colección biliosa purulenta

en el peritoneo, con inundación total, sin perforación visible de vesícula. El examen bacteriológico mostró bacilos y enterococos sensibles a la cloromicetina. Drenaje múltiple. (Fig. 7): a, del Douglas (aspirativo); b) Retrocavidad de los epiplones por tubo en el hiatus de Winslow; c) Fosa sub hepática con tubo en media caña; d) Gotera parieto cólica derecha por tubo en media caña saliendo en fosa ilíaca; e) Sonda Pezzer en vesícula biliar.

El drenaje peritoneal correcto, la reposición de la volemia con restablecimiento del balance acuoso salino proteico y la terapéutica adecuada con antibióticos, permitió curarla.

Figura 7



OBS - 1042

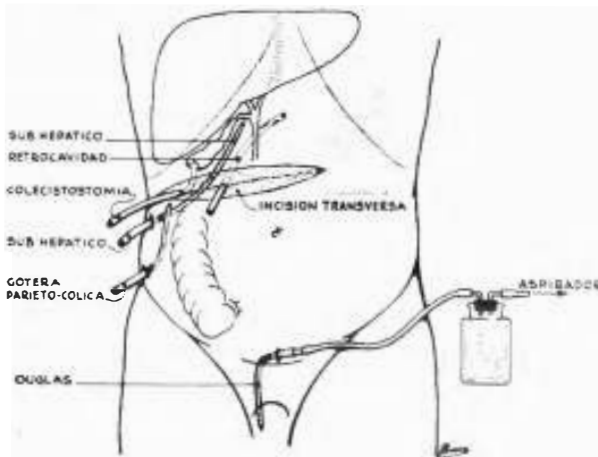


Fig. 8

Esquema de ubicación de los tubos en el caso de la fig. 7.

SERVICIO QUIRURGICO

del Prof. P. LARGHERO YBARZ

Enfermo Sr. *Mapia del Carmen de los Santos*

Año 1922 Mes *Noviembre*

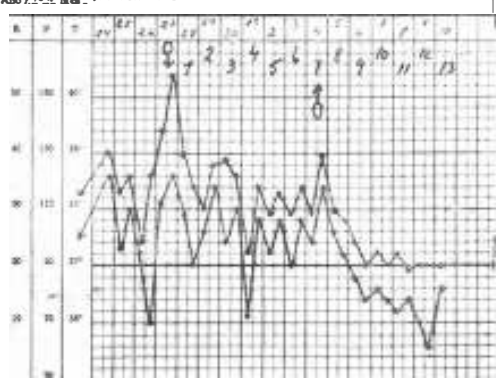


Fig. 9. Curva térmica post operatoria del caso de las figs. 6, 7 y 8.

2º. — Quiste hidático supurado del lóbulo izquierdo del hígado, en enfermo con antecedentes biliares. (Figs. 10 y 11).

Incisión transversa bilateral. Drenaje del quiste por contra abertura. El tubo, envuelto en un manguito de epiplón, es sacado por el flanco izq. La vesícula fué drenada con sonda por contra abertura derecha.

El peritoneo y los planos, salvo la piel, fueron suturados herméticamente.

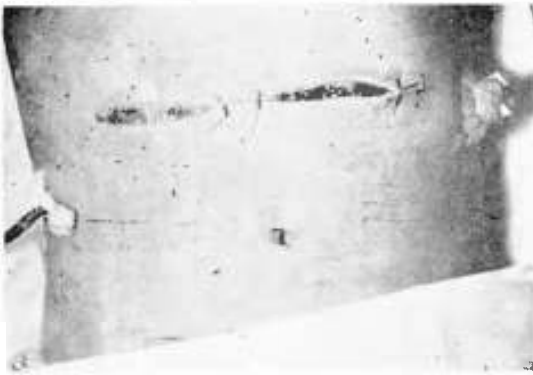


Fig. 10. — Incisión transversa. Tubo de colecistostomía saliendo por contra abertura en flanco derecho. Tubos de drenaje del quiste supurado del lóbulo izq. del hígado saliendo por contraabertura en flanco izquierdo.

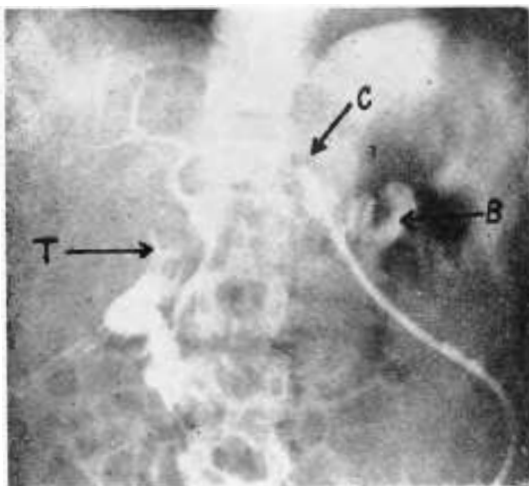


Fig. 11. — Colangiografía post operatoria por el tubo de colecistostomía

-T-. Obsérvese la ubicación de los tubos de colecistostomía y de drenaje del quiste (sonda Malecot que sustituyó al drenaje operatorio del quiste) saliendo por los flancos.

C. cavidad residual de quiste del lóbulo izq.

B. Lipiodol en el estómago.

3º.— Absceso del lóbulo izquierdo del hígado. (Fig. 12)

Obs. C. 78 años. Incisión transversa. Drenaje del absceso por contraabertura izquierda (tubo envuelto en manguito de epiplón). Sutura de peritoneo y planos musculares con piel abierta. Agente: colibacilo, sensible a cloromicetina y aureomicina.



Figura 12

4º.— Apendicitis gangrenosa típica.

Hombre, 40 años. Hipertermia a 41º. Apendicectomía. Cierre del peritoneo y de pequeño oblicuo y transverso. Gran oblicuo y piel ampliamente abiertos. Drenaje por contraabertura amplia con lámina de goma. (Fig. 13)



Fig. 13. — Aspecto de la herida a las 48 hs.

SERVICIO QUIRURGICO
del Prof. P. LARGHERO YBARZ

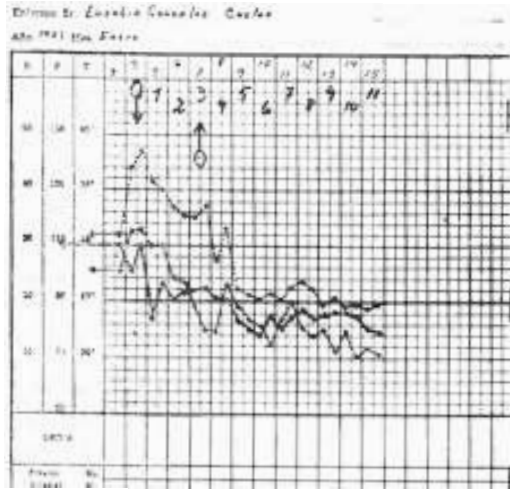


Fig. 14. — Curva térmica postoperatoria.

5º.— Enorme quiste hidático supurado posterior y superior del hígado. Abordaje por incisión transversa. Marsupialización del quiste (tubo posterior).

Drenaje profiláctico subfrénico (tubo anterior). (Fig. 15).
Cierre de la transversa.



Figura 15

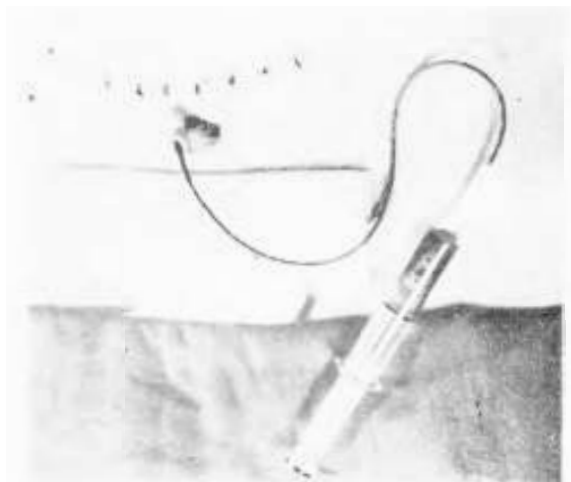
6°.—Peritonitis por ruptura de absceso del ovario. (Fig. 16)
Incisión de Pfannenstiel. Anexectomía izquierda.

Drenaje del Douglas por tubo supra púbcico saliendo por contraabertura. El examen bacteriológico extemporáneo mostró que el exudado era muy pobre en gérmenes, lo que se explica porque la enferma había sido intensamente tratada con antibióticos.

En vista de este resultado, la piel fué suturada, pero se dejó el tubo del Douglas.

El control bacteriológico post operatorio permitió retirar el tubo a las 48 horas.

Fig. 16. — Se observa la incisión de Pfannenstiel suturada, el tubo supra-púbico que va al Douglas y que sale por incisión independiente la maniobra de aspiración post operatoria del exudado del Douglas para control bacteriológico y determinación de la oportunidad propia para retirar el drenaje.



Sr. COORDINADOR: Habiéndose leído las contribuciones que anteceden me voy a permitir leer algunas consideraciones generales sobre el tema.

DRENAJE PERITONEAL Y SUBPERITONEAL

Prof. Agr. Juan E. Cendán Alfonso.

El drenaje peritoneal y subperitoneal tiene por objeto la canalización hacia el exterior, de los elementos extraños o nocivos que llegan o se colectan en estas zonas del abdomen.

Tiene amplias aplicaciones en situaciones extremadamente diversas, tantos, puede decirse, cuantas plantea la cirugía abdominal. Y dada la extrema frecuencia de los procesos abdominales que requieren tratamiento quirúrgico, puede decirse que el drenaje es un problema diario en cirugía abdominal.

La importancia de este estudio en el momento actual deriva:

1º.— De la mayor frecuencia de las operaciones abdominales, en razón de la gran extensión de los horizontes de esta cirugía.

2º.— Del advenimiento de los antibióticos, que ha configurado una profunda alteración en la evolución de los procesos patológicos abdominales donde la infección está presente, ya sea como factor causal o como factor concomitante.

3º.— De la introducción en el arsenal terapéutico del cirujano, de sustancias como la estreptoquinasa y la estreptodornasa, que por su acción biológica son capaces de modificar los procesos de aglutinación fibrinosa y de adherencias peritoneales.

Se justifica así que un tema cuyo estudio parecía agotado hace algunos años, vuelva a ser motivo de estudio, exigiendo su revisión a la luz de las nuevas conquistas terapéuticas y de la revolución que se ha operado con su aplicación, en patología y terapéutica quirúrgicas.

Es un hecho que en los últimos 20 años, y como consecuencia del mejor conocimiento de la fisiología y la fisiopatología del peritoneo, y de los adelantos de la cirugía y de la terapéutica, se ha producido una fuerte corriente en el sentido de restringir las indicaciones del drenaje peritoneal y subperitoneal, existiendo quienes preconizan una actitud radical, condenando el drenaje por considerarlo inútil y nocivo.

Después de haber estudiado y meditado cuidadosamente el problema, con la base de una amplia experiencia de 20 años en Cirugía de Urgencia, y habiendo vivido precisamente la etapa de evolución de las ideas en base a los adelantos antes citados, hemos llegado a la conclusión de que en el estado actual de nuestros conocimientos y de nuestras posibilidades terapéuticas, no puede adoptarse una posición radical en ninguno de los sentidos extremos, es decir, drenar o no drenar, sistemáticamente, como doctrina general.

Trataremos en las páginas que siguen, de establecer nuestra posición actual, en la forma más precisa posible dentro de la enorme vastedad del tema.

NOCIONES DE FISILOGIA NORMAL Y PATOLOGICA DEL PERITONEO

Es indudable que para tener una idea exacta de la manera de realizar el drenaje peritoneal y subperitoneal, de sus indicaciones y contraindicaciones, y del grado de efectividad que puede pretenderse y obtenerse de él, es fundamental recordar los hechos principales de la fisiología normal y patológica del peritoneo.

Por harto conocidas no hemos de describirlas en este momento pero no podemos dejar de referirnos a tres o cuatro puntos fundamentales:

1º.— **La gran extensión de la serosa peritoneal**, aproximadamente igual a la de la piel, dato de interés a recordar para comprender la importancia que adquieren los procesos, especialmente la infección cuando se extienden.

2º.— Las conocidas **propiedades defensivas**: movilidad visceroparietal, exudación, absorción.

3º.— Dos factores fundamentales para que esas propiedades defensivas puedan realizarse con eficiencia:

- la cavidad virtual
- la presión positiva abdominal

a) **Cavidad virtual**. Gracias a ella la exudación fibrinosa reaccional lleva a la rápida coaptación de las superficies en derredor de un foco inflamatorio eventual, realizándose el proceso fundamental de la limitación del proceso inflamatorio, que es la fijación, e impidiendo la progresión hacia el resto de la serosa.

Cuando la entrada de gas o líquido, determinan la formación de una cavidad real, el proceso de fijación no puede realizarse correctamente y la difusión se halla considerablemente facilitada. De ahí la gravedad de las peritonitis con derrames (seroso, biliar o hemático) que además de permitir la difusión, sirven de caldo de cultivo a las bacterias. De ahí también la gravedad de las peritonitis en los neumoperitoneos, espontáneos o postoperatorios.

b) **Presión positiva abdominal.** Este factor, interviniendo decisivamente en el mantenimiento de la cavidad virtual, es, comprensiblemente, de real valor. Basta ver cómo el organismo busca mantenerlo y asegurarlo en condiciones patológicas. No a otro fin útil parecerían responder la contractura de la pared abdominal y la distensión intestinal por íleo funcional en las peritonitis.

En este sentido el peritoneo se distingue netamente de la pleura, y en este hecho de fisiopatología estaría explicada, por lo menos en parte, su diferente capacidad de defensa.

Tan importante es la presión positiva abdominal, que su mantenimiento debe ser una preocupación especial del cirujano. Sus modificaciones, especialmente las bruscas, originan, no sólo problemas en lo relativo a la difusión de los procesos inflamatorios, sino, y esto es fundamental, gravísimos trastornos en la circulación en el territorio esplácnico, ya de por sí alterada por el proceso patológico, en el sentido de la hiperemia y la congestión. Tal gravedad puede adquirir entonces un desequilibrio tensional brusco intraabdominal, que debe ser cuidadosamente evitado, so pena de desencadenar un serio colapso que puede llevar rápidamente a la muerte. Esta es una de las principales causas de muerte durante la operación o a corto plazo después de ella, en las peritonitis generalizadas, y ello explica la conducta de la operación diferida en las peritonitis evolucionadas.

Muchas más consideraciones cabrían respecto a estos dos factores fundamentales de la defensa peritoneal, pero vamos a estudiar otro que es decisivo en lo que se refiere a la efectividad de los drenajes: el poder plástico del peritoneo.

4^º.-- **Poder plástico del peritoneo.** Ya hemos visto que cualquier proceso irritativo de la serosa peritoneal o del subperitono-

neo, desencadena una reacción inflamatoria en la que predomina la exudación fibrinosa, que lleva primero al bloqueo del foco por coagulación, y luego, por organización, a la formación de adherencias más o menos importantes según la entidad de dicha organización, vinculada a factores de orden general y local.

Se explica así que la irritación peritoneal producida por un drenaje, cualquiera sea su naturaleza (gasa, caucho, celofán, etc.) ocasionará un proceso plástico naturalmente variable en su intensidad según la composición química y las propiedades físicas del material empleado, que tiene como meta su fijación como cuerpo extraño, llevando a su extraperitonización.

Sucede con el drenaje lo mismo que con cualquier cuerpo extraño intraperitoneal; rápidamente es extraperitonizado, rodeado primero de una pared fibrinosa que pronto se convierte en tejido de granulación.

Este proceso es de duración variable, pero en general muy corto. La experimentación y la clínica muestran que un tubo introducido en el peritoneo, puede dejar de drenar al cabo de pocas horas; 6 a 8 bastan. Y si se inyecta líquido por él, refluye sin penetrar, lo que demuestra su completo bloqueo. Este proceso es más rápido y completo aún, con la gasa, y de ahí su poco valor como material de drenaje, además de los conocidos inconvenientes de su uso.

Quiere decir, pues, que en virtud del poder plástico del peritoneo, el drenaje de la cavidad peritoneal general resulta, al cabo de corto tiempo, completamente ilusorio.

Pero la situación es diferente cuando la cavidad peritoneal ha perdido su calidad de virtual, es decir cuando hay en ella derrames (sangre, pus, bilis, orina, exudado o gas). En estos casos el drenaje es efectivo mientras persiste la cavidad real y sólo deja de serlo cuando la coaptación de las superficies permite, a la exudación fibrinosa, la fijación y la organización.

Esto nos enfrenta al más grave de los problemas del drenaje peritoneal.

Supongamos un enfermo operado por peritonitis difundida a punto de partida de un foco apendicular. Se trata el foco, se drena la cavidad abdominal en el sitio declive, el f. de s. de Douglas. Al principio por el drenaje sale abundante líquido de exudación más o menos puriforme y cuyo estudio muestra la pre-

sencia de bacterias a veces muy abundantes. Pero luego de cierto tiempo, variable según los casos, se le ve disminuir hasta desaparecer.

El drenaje ha permitido la evacuación del contenido peritoneal, y una vez recobrada aunque no sea sino en ciertas zonas, la cavidad virtual, se produce la aglutinación fibrinosa en esas zonas, trayendo como consecuencia, el **tabicamiento de la cavidad**. Si en ese momento, alguna de las zonas que han quedado aisladas por tabicamiento, se conserva contaminada e infectada, evolucionará fatalmente al absceso.

Este proceso, perfectamente conocido por los viejos cirujanos, ha adquirido gran actualidad con el advenimiento de los antibióticos. En la era preantibiótica era excepcional la sobrevivencia de enfermos con peritonitis generalizada. Actualmente muchos sobreviven, pero casi nunca se llega a la curación real.

Los tabicamientos a que hemos hecho referencia, sobrevienen con frecuencia a favor del tratamiento quirúrgico y los antibióticos, pero muy a menudo la esterilización de la serosa peritoneal no se alcanza completamente, ya que los antibióticos no franquean la barrera del tejido de granulación, y no siempre las defensas logran dar cuenta de los materiales de deshecho del foco inflamatorio y las bacterias que allí quedan. Se asiste así a la evolución hacia las **peritonitis plásticas y enquistadas** a **focos múltiples**; con sus conocidas consecuencias, y que constituyen una verdadera pesadilla para el cirujano.

No corresponde su estudio en este momento, pero las hemos traído a consideración por dos razones:

1º porque su frecuencia actual deriva en muchos casos del uso indiscriminado de los antibióticos y de los errores en la indicación de la oportunidad operatoria.

2º porque no pueden incriminarse en general, a la táctica y técnica quirúrgicas y en especial al tipo de drenaje, según se deduce de lo dicho.

MOD● DE ACTUAR EL DRENAJE

Dos modos de actuar el drenaje han sido aceptados:

a) Por presión hidrostática, es decir, simple factor mecánico, a través de un tubo, o por capilaridad.

b) Por su acción irritante de presencia, que al provocar la reacción de cuerpo extraño a que nos hemos referido, fomenta la acción de defensa local.

Cualquiera que sea el factor que se admita, se deduce que no se puede pedir al drenaje más de lo que puede dar.

Si se acepta el primer temperamento, hay que admitir que muy poco dura su acción, pues la barrera fibrinosa lo aísla rápidamente. Además, aún colocado en sitios declives, el tubo de drenaje sólo da salida a una mínima parte de los líquidos peritoneales, que se acumulan, a pesar del drenaje, en los diversos compartimientos de la cavidad.

Si se admite el segundo, diríamos que da salida, a medida de su producción, a la exudación serosa, que si bien puede arrastrar bacterias, y materiales de deshecho, lleva en sí los anticuerpos, leucocitos y fibrina encargados de la función de defensa.

¿Quiere esto decir que somos contrarios al drenaje? De ningún modo. Todo es cuestión de indicación ajustada y técnica correcta.

Estamos lejos de aquellos autores que se niegan sistemáticamente al drenaje, basados en las consideraciones que hemos hecho.

El drenaje es un medio útil en numerosas situaciones, y en algunos casos constituye, no un medio, sino el fin de la intervención. Es el caso de todas las colecciones supuradas, por ejemplo. Pero para que sea útil y se justifique su uso, debe respetar al máximo las condiciones anatómicas y las funciones fisiológicas. Tiene que ser hecho de modo que colabore y no interfiera con los mecanismos de defensa y la curación de los procesos patológicos.

Es decir que el drenaje debe ser cuidadosamente indicado y correctamente realizado, para que no se convierta, de un medio útil y a veces imprescindible, en un factor de perturbación y agravación en la evolución del proceso que se pretende curar.

INDICACIONES DEL DRENAJE

Resulta extremadamente difícil pretender considerar aun en forma esquemática, situaciones tan variadas como las que se presentan en clínica.

La indicación del drenaje y la manera de realizarlo surgen de la consideración de todos los factores que hemos estudiado y del problema propio de cada caso particular, situación en donde la experiencia del cirujano tiene valor fundamental. En líneas generales diríamos:

El drenaje está indicado:

a) Cuando hay un absceso o colección de otra naturaleza, igual que en cualquier otro sitio del organismo.

b) Cuando no se puede eliminar el foco primario.

c) Cuando el tratamiento del foco primario no ha sido absolutamente satisfactorio y es de temer o esperar la evolución de un foco secundario.

d) Cuando la hemostasis ha sido imperfecta, o hay colerragia, cuerpos extraños, tejidos necróticos que no han podido ser extraídos, suturas poco satisfactorias, etc.

e) En general, cuando no puede asegurarse operatoriamente el restablecimiento de la cavidad virtual.

MANERA DE REALIZAR EL DRENAJE

El fin perseguido con el drenaje no es pues unívoco, y no puede ser por lo tanto una sola la manera de realizarlo.

1) **Cuando el objeto único o fundamental es la canalización hacia el exterior**, usamos tubos de material sintético, lo más suave y atraumático posible, de bordes romos, sin orificios laterales, y de calibre variable según los casos, pero nunca grande.

Para realizar un buen drenaje hay que tener en cuenta:

a) Reducir al mínimo la reacción de cuerpo extraño, previniendo de ese modo, o evitando en lo posible, la formación de adherencias postoperatorias.

b) Por eso no se deben usar orificios laterales que irritan, apresurando el bloqueo, y donde penetran y adhieren el epiplón y la pared intestinal.

c) Asegurar la buena salida al exterior.

—Evitar acodamientos o trayectos tortuosos a través de la pared; más vale drenar por contraaberturas bien situadas; sin embargo no tenemos inconveniente en drenar por la misma inci-

sión operativa cuando el drenaje puede ser bien situado y no interfiere 

—La aspiración continua o discontinua es a veces una maniobra útil.

—En el absceso el calibre del tubo debe ser adecuado a su tamaño; lo mismo, cuando hay cuerpos extraños o restos de necrosis.

—En los demás casos bastan tubos finos.

—Recordar que el tubo drena por su luz, sólo lo que recoge por su extremo. Pero lo que llega a lo largo de su trayecto, se drena a los lados del tubo y esto es, dentro de ciertos límites, independiente del calibre del tubo. Este drenaje lateral es muy efectivo a menudo. Recordar que una filiforme basta para drenar una vejiga en retención por estrechez. Por eso conviene movilizar periódicamente el drenaje (además de otras razones: evitar éscaras, fistulizaciones, obstrucción del tubo, etc.).

d) Saber que el drenaje actúa como tal mientras no es bloqueado por la reacción de cuerpo extraño que él mismo provoca. Debe pues mantenerse sólo mientras sea útil, mientras drene, sin que sea posible fijar un plazo standard. En ciertos casos el las 72 horas. Cuando se cree necesario que el drenaje persista más tiempo, puede prolongarse evitando el bloqueo mediante drenaje efectivo cesa a las 6 u 8 horas, pero en otros dura hasta la inyección cotidiana de estreptokinasa y estreptodornasa. Para tener buen resultado, hay que iniciarla antes de que se haya constituido el bloqueo. (Tener en cuenta los peligros de su uso: hemorragia, falla de suturas, propagación de un foco de infección, etc.).

e) Mantener la asepsia de vecindad desde el principio, para evitar la contaminación y la infección exógena del trayecto.

2) Cuando lo que se desea fundamentalmente es el bloqueo de la zona, con fines de aislamiento, hemostasis, etc., el material más adecuado para obtenerlo es la gasa, por su acción rápida y la posibilidad de la regulación de la extensión y profundidad del bloqueo. Con tal fin puede usarse la gasa envuelta en goma (cigarrillo) en toda la zona donde no interesa la provocación de adherencias, o basta un bloqueo mínimo.

3) Cuando a la acción de aislamiento se agrega la necesidad o conveniencia del drenaje, es preferible no fiarse del drenaje capilar de la gasa que es poco eficaz e inseguro, y agregar un tubo de goma central o lateral en el mismo sitio o por contra-abertura.

La mecha requiere vigilancia especial, pues puede convertirse en tapón facilitando o provocando la retención de exudados septicos u otros elementos. Debe pues ser movilizada y retirada en cuanto haya cumplido los fines que llevaron a colocarla. El problema de la movilización radica en la dificultad del despegamiento a las 24 o 48 horas. Pero a partir de ese plazo, entre el 2º y 4º día, la extracción de la mecha o el "cigarrillo" debe ser realizada porque ya ha cumplido su misión y desde entonces su presencia puede ofrecer inconvenientes. En ese momento, la extracción se realiza en general sin dificultades.

CLASIFICACION DE LOS TIPOS DE DRENAJE

Por todo lo que antecede vemos que los tipos de drenaje son muy variables y dependen de los fines que se persiguen con él y de las particularidades anatómicas, fisiológicas y patológicas de cada caso. En base a ello podemos establecer esquemáticamente la siguiente clasificación:

1) En primer lugar debemos considerar lo que podríamos llamar **drenaje propiamente dicho**, que tiene por fin fundamental contribuir a la defensa del peritoneo, especialmente contra la infección, facilitando la eliminación de materiales cuya absorción no es posible o es causa de graves fenómenos tóxicos. Puede ser realizado:

1º Como **tratamiento único y fundamental**. Caso típico: drenaje de absceso peritoneal o subperitoneal, flemón estercoral, colección biliar, sanguínea, etc.

2º Como **complemento del tratamiento quirúrgico** de un foco infeccioso o séptico de vecindad. En este caso la maniobra fundamental la constituye el tratamiento de la causa: apendicectomía, colecistectomía en agudo, cierre de una perforación digestiva, espontánea o traumática, etc. El drenaje (del foco o el declive del Douglas) será una maniobra complementaria, imprescindible a veces, discutible otras, y en ciertos casos innecesaria.

3º Como **medida de previsión frente a una posible contaminación ulterior** por una fuente séptica, visceral o no, luego de una intervención quirúrgica. Cuando está indicada, es una medida de gran importancia y que debe ser cuidadosamente considerada, ya que la peritonitis aguda de origen quirúrgico es de extrema gravedad. Es el caso de la apendicitis cuando hay proceso importante del ciego, con infiltración o zonas sospechosas que hagan temer la ulterior contaminación peritoneal.

4º Como **medio de control y de tratamiento** frente a la posibilidad de un derrame de cualquier naturaleza (sangre, bilis, orina, contenido del tubo digestivo, etc.). Es el caso del drenaje del lecho en la colescitectomía; del espacio subhepático en los casos de cierres defectuosos del muñón duodenal en las gastrectomías; etc.

II) Al lado del drenaje propiamente dicho, que acabamos de ver, correspondería considerar los casos en que se usan tubos o gasas, que si bien actúan como drenajes, el fin primordial con que se les ha dejado ha sido otro. A saber:

1º El uso de sondas tipo Pezzer, peritoneales, con el objeto:

—Por un lado, de permitir el control del contenido de la cavidad.

—Por otro, de permitir el uso de la **vía peritoneal** para el tratamiento, en diversas situaciones: lavado del peritoneo, hidratación, antibióticos locales, procaina, estreptoquinasa y estreptodina para la prevención de adherencias, etc.

2º El uso de taponamientos con gasa sola o en cigarrillo, que si bien pueden actuar como drenaje por capilaridad, de los materiales que impregnan la gasa, actúan también cohibiendo la hemorragia, la exudación, la bilirragia, etc., según los casos y fundamentalmente taponando y aislando la zona, ya que por el intenso proceso de peritonitis plástica y exudativa fibrinosa que evoluciona a su alrededor, se produce la **extraperitonización** del foco.

Conclusiones.

En el estado actual de nuestros conocimientos y de nuestras posibilidades terapéuticas, el drenaje peritoneal y subperitoneal es una maniobra útil cuyas indicaciones técnica y vigilancia, así como el objeto que se persigue con su empleo, deben ser perfectamente conocidos por el cirujano.

Como doctrina general, no puede adoptarse, pues, una posición radical en ninguno de los dos sentidos extremos, es decir, drenar o no drenar sistemáticamente.

Hay que saber que el drenaje, cualquiera que sea el material que se emplee para realizarlo, significa la provocación a plazo más o menos breve, y con mayor o menor intensidad, de una reacción de cuerpo extraño, hecho que constituye un verdadero **proceso patológico del drenaje**, proceso cuyos futuros inconvenientes posibles, tienen que estar justificados por las ventajas que pueden esperarse de su aplicación.

Dada la extrema variedad de situaciones que se plantean en clínica, resulta difícil intentar dar indicaciones precisas. La experiencia del cirujano adquiere por lo tanto, fundamental importancia en la determinación.

En líneas generales diríamos:

1º El drenaje está justificado como tal frente a la **cavidad real** cualquiera sea su contenido (sangre, pus, bilis, líquido seroso, hidático, etc.), y aquí dos situaciones:

- ante la cavidad real preexistente (absceso, por ejemplo).
- ante el peligro de que ella se produzca en el postoperatorio.

2º El drenaje está justificado también, cuando se desea, a la vez de canalizar la exudación peritoneal, fomentar la aglutinación y el bloqueo fibrinoso, consiguiendo la rápida extraperitonización de la zona.

En el primer grupo usar drenajes lo más atraumáticos y menos irritantes posible. En el segundo, preferir la mecha de gasa, o mejor el drenaje en cigarrillo, con tubo central o lateral.

Sr. COORDINADOR: Hemos recibido algunas preguntas y nos apresuramos a transmitir las para que sean contestadas por los señores asambleístas. La 1.ª pregunta es: "El drenaje en las peritonitis enquistadas a focos múltiples". Invito al Prof. Prat a contestar esta pregunta.

Dr. PRAT.—Debo ocuparme de la conducta en el drenaje de las peritonitis enquistadas a focos múltiples.

Ante todo me complace en agradecer la designación para esta disertación a la Mesa del 4.º Congreso Uruguayo de Cirugía, tarea riesgosa porque tengo que improvisar. Los colegas que me han precedido en el uso de la palabra, han realizado informes brillantísimos, que han preparado con tiempo y meditación.

Se han tocado casi todos los puntos de la anatomía y de la fisiología del drenaje, lo ha hecho brillantemente el Dr. Chifflet, cosa que me evita muchas consideraciones y antes de contestar categóricamente a la pregunta que nos establece el Sr. Secretario, voy a plantear unas breves consideraciones.

Debemos destacar que la victoria más grande que ha conseguido la cirugía en el mundo quirúrgico, es en la apendicitis aguda: mejor dicho, en las complicaciones de la apendicitis. Antes se moría frecuentemente de peritonitis apendicular, apendicitis gangrenosa, abscesos, hoy día, constituye el galardón más grande que tiene el cirujano, es el haber podido vencer la apendicitis y podemos decir categóricamente, que la cirugía ha triunfado sobre la temible apendicitis, salvo en aquellos casos en que el enfermo llega tardíamente o vive muy lejos de los centros de asistencia y no puede llegar a tiempo. Esta es una gran conquista, la más gloriosa que tiene la cirugía.

Ha dicho el Prof. Larghero que no sabe si debe aceptar la palabra drenaje, y por mi parte considero que está perfectamente bien dicho; es palabra bien castiza. Drenaje es la denominación aceptada en castellano para establecer el avenamiento; término que emplean los españoles. Sin embargo, en el Diccionario Enciclopédico, no encontramos la palabra drenaje y sí avenamiento, pero en el sentido de drenar las aguas de los campos anegados, y precisamente el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas de Cardenal, establece y acepta la palabra drenaje y dren derivado del "to dren" de los ingleses, por eso decimos dren o drenaje de uso corriente y correcto.

Creo que hay que establecer dos cosas antes de contestar la pregunta planteada: la apendicitis aguda es la que da habitualmente lugar a complicaciones, vale decir, las peritonitis y los abscesos y debemos tener bien en cuenta que la causa común del absceso y de la peritonitis grave, generalmente es la apendicitis perforada. Cuando hacíamos cirugía de urgencia activamente, comprobábamos siempre, que las grandes peritonitis apendiculares iban acompañadas de perforación y ésta perforación, a menudo era provocada por un cálculo estercoral; cálculo estercoral que estaba por salir del orificio de la perforación o había caído ya en la fosa iliaca. Nos imaginamos la importancia que tiene esto:

las toneladas de microbios que tiene este cálculo estercoral que si lo podemos extraer realizaremos un gran bien, porque disminuirémos la intensidad de la infección, pero si él queda en la fosa iliaca, eso va a ser la causa de una fistula, y si cae en la pelvis posiblemente va a originar una douglasitis o un absceso del Douglas. De manera que esto establece una enseñanza: cuando el cirujano opera una apendicitis aguda, debe tratar de comprobar si ésta está perforada para investigar cuidadosamente el cálculo estercoral que se puede encontrar en el foco operatorio, búsqueda sin realizar ninguna maniobra intempestiva y si lo encuentra y extrae, se sentirá muy satisfecho porque se habrá ahorrado muchos dias de supuración y posiblemente ha salvado la vida del enfermo.

Una práctica que tiene valor y en la cual he insistido en mis trabajos sobre terapéutica de las complicaciones apendiculares es ésta: en una apendicitis aguda, cualquier técnica puede ser buena, pero hay una que creo que es superior y de elección. Cuando la apendicitis es muy grave, tipo gangrenosa y muy infectada, conviene que el cirujano se acostumbre a hacer la extirpación de ese apéndice en pleno foco y si es posible en plena fosa iliaca, sin exteriorizar plenamente el ileon y ciego, con una incisión de abordaje excelente y la mejor, que de luz y permita ver todo. Ninguna superior a la de Mac Burney, que bien hecha, permitirá ver toda la región perfectamente y realizar todas las maniobras que tiene que hacer. Conviene que esa apéndice se extirpe sin hacer el desprendimiento del ciego, del ileon ni las adherencias inflamatorias, porque entonces lo que hace el cirujano es comunicar esa infección que está en plena fosa iliaca pero intra peritoneal, al tejido celular pelviano y por éste, tejido celular sub peritoneal, se origina una celuitis peritoneal, generalizada que habitualmente mata al enfermo. Estoy perfectamente convencido de que esta operación de la apendicectomía en agudo cuando el cirujano tiene experiencia, la hace correctamente **in situ en el foco** perfectamente bien. Lo que el cirujano debe liberar y exteriorizar a la herida operatoria es el apéndice y no liberar todo el ileon y ciego y exteriorizarlo, como se hace en la apendicitis en frío, que entonces la operación será más fácil, pero trae consecuencias muy desagradables o mortales cuando se opera en apendicitis agudas graves o gangrenosas.

Toda peritonitis y toda supuración supone un drenaje: este drenaje lo hemos estado haciendo en el pasado con el vulgar tubo de caucho que es un tubo más o menos indurado, y que era malo. Durante la guerra, se mejoro con tubos más blandos y superior cuando es de goma látex. Digamos también de paso y como verdad aceptada: todo drenaje es una enfermedad, es la enfermedad post operatoria o que contribuye a la enfermedad post operatoria de Leriche y que interviene directamente para agravarla y hacerla más intensa, por eso el deseo o aspiración que tiene el cirujano de suprimir fundamentalmente el drenaje en todo acto quirúrgico cuando es posible. Esa es la aspiración, es la meta del progreso, pero cuando se trata de un caso de apendicitis supurada o abscesos peritoneales la indicación terminante y categórica es la del drenaje. Sin embargo muchos cirujanos actualmente extirpan el apéndice

agudo en plena inflamación y no dejan drenaje, casos que marchan perfectamente bien; es cierto que los antibióticos que antes no disponíamos de ellos, contribuyen a limitar mucho el drenaje. En caso de duda, frente a una infección grave, convendrá drenar.

Respecto al drenaje, el Prof. Cendán Alfonso nos ha establecido una fisiología muy buena y nos ha demostrado la importancia de la presión positiva intra abdominal y otros elementos que tienen importancia en la realización y continuidad del drenaje. La penetración del aire en el abdomen es lo que hace perder esa presión positiva, así como mantener ampliamente abierta la herida operativa que será la causa de las complicaciones: 1º) la infección que viene de fuera a adentro y 2º) las vísceras, particularmente las asas delgadas y el ciego que se exteriorizan, se adhieren y se acoplan al borde de la herida, provocando eventración y muy a menudo, fistula estercoral de las asas exteriorizadas. Por eso, desde mucho tiempo atrás, desde 1912, pude emplear la práctica del gran cirujano alemán Rehn que usaba la técnica de hacer el drenaje reconstituyendo la presión abdominal, vale decir, suturando la herida alrededor del tubo de drenaje que mantenía entonces la presión interna, impedía la infección exterior y sobre todo, evitaba que las vísceras se adhirieran y pudieran exteriorizarse y hacer más posibles las fistulas y eventraciones. He realizado esa práctica de Rehn desde 1912 y quedé muy satisfecho, y esa es la práctica que hemos usado en toda nuestra carrera de cirujano de urgencia, que nos ha permitido tener muy pocas complicaciones del tipo de la fistula estercoral.

No recuerdo francamente que hayamos tenido casos de fistula estercoral, cosa muy común y corriente sobre todo de 30 o 40 años atrás, en la época que se operaba sin los recursos de ahora y sin antibióticos; podemos afirmar también que teníamos pocos casos de eventración.

De estas consideraciones generales, pasemos ahora a la pregunta del Sr. Secretario que se refiere al tratamiento del absceso apendicular o de la peritonitis con abscesos múltiples. Por lo pronto conviene hacer aclaración, y cosa curiosa; cualquier tumor o bulto que haya en el abdomen, generalmente el clínico dice tumefacción, pero si está en la región vesicular o en la fosa iliaca, dice **plastrón; plastrón apendicular**, es el término que anda en boca de todos los médicos cirujanos. Comienzo a establecer que el plastrón apendicular es una formación especial que está producida, fundamentalmente por el epiplón que rodea al apéndice con el tipo de tumefacción en galleta, del epiplon aplicado contra la pared abdominal, pero generalmente está el apéndice perforado, adentro, por lo menos el plastrón tiene un elemento supurado en su interior; quiere decir que el plastrón es un absceso con una cavidad en su interior que contiene pus.

De manera que debe saber el cirujano cuando habla de plastrón, que va hay allí un absceso. Ahora bien, el plastrón tiene una característica clínica e indicación especial: por lo general no se opera enseguida; permite observar su evolución y siguiendo la evolución, lo mejor es esperar

que evolucione bien y operarlo después, vale decir en frío, siempre que su evolución sea favorable y si no intervenir de urgencia.

Cuando hay un absceso de esa clase y sobre todo cuando el apéndice ha hecho su absceso o el pus está coagulado y recubre la región apendicular con peritonitis en estos abscesos y peritonitis localizadas el cirujano ya sabe lo que tiene que hacer: va directamente a la incisión del absceso y su drenaje, y no se ocupa en ese momento de extirpar el apéndice. —a no ser que se produzca la circunstancia de que el apéndice aparezca sólo y entonces la extirpación es muy sencilla.

Cuando éramos internos o en nuestra iniciación de la cirugía, a menudo comprobábamos que existían abscesos múltiples, ya en la fosa iliaca, en la porción meso celiaca o en la pelvis y cuando operaban nuestros profesores, les preguntábamos: ¿cómo se sabe si hay un sólo absceso o varios abscesos? Navarro nos decía: "Meto el dedo y una vez que he vaciado el foco principal exploro y compruebo si una porción saliente y tensa y entonces, por ahí puedo abrir y drenar los abscesos que están adyacentes.

El profesor Mondino nos decía, con su característico "Ah, che, meto el dedo y trato de vaciar todo el pus, que no me quede ningún absceso". Pero Mondino tenía en su dedo un ojo o algo especial que le permitía hacer las cosas con la enorme práctica y experiencia que él tenía.

Esto nos demuestra que no hay nada preciso y seguro en los abscesos múltiples de la peritonitis y quiere decir que el cirujano tiene que tener experiencia y saber buscarlos muy bien, siempre con la noción primordial de no ser agresivo. En estos casos de peritonitis con abscesos múltiples el cirujano explorará cuidadosamente el abdomen y en particular la pelvis por el tacto rectal, cuyos datos le permitirán drenar colecciones por vía perineal o trans rectal. Cuando hay varios abscesos, sobre todo abscesos residuales que se van produciendo progresiva y repetidamente, creo que el cirujano después de extirpado el apéndice que es lo principal hoy día, porque la ley fundamental en el tratamiento de la peritonitis es extirpar su causa ante todo. Sólo en los casos en que el cirujano no pueda encontrar el apéndice por tratarse de un plastrón, un absceso o gran peritonitis plástica, el profesional dejará esta extirpación para realizarla en frío, después de un drenaje conveniente.

El drenaje en la apendicitis aguda se realiza por tubo, al que tengo cierta prevención y prefiero el drenaje por sonda, es más seguro, la sonda de Pezzer puede servir y también la de Malecot, pero preferimos la de Prat; a veces usamos el drenaje en cigarrillo, y poco la mecha sola.

Como ya se ha dicho en esta misma sesión, el drenaje debe limitarse a 12, 24 o 48 horas, lo menos posible; pero sin apurarse a retirar el drenaje cuando hay indicación de prolongarlo.

Sabemos que en el abdomen sólo se drena una mínima parte de el drenaje que pronto queda reducido al canal del tubo. No se deben usar tubos con orificios laterales: los trabajos de Ivanisevich y de otros cirujanos

nos lo han demostrado perfectamente, en esos orificios se introducen el epiplón o el intestino y se produce su estrangulación, que origina una oclusión que complica más el caso.

No se debe tampoco drenar una apendicitis con peritonitis y colección pelviana, porque hay que usar un tubo largo de drenaje de 18 o 20 centímetros y sabemos por Propping que la presión intra abdominal es de sólo 16 centímetros y un tubo de ese largo no drenará nada. Por eso es que el drenaje pelviano debe ser supra púbico, como se dijo aquí, por la vía perineal o vía rectal.

Cuando existen varios abscesos, es el caso de ir esperando a que se localice perfectamente la infección mientras tonificamos y mantenemos el equilibrio humoral del paciente. Hoy día tenemos la defensa y el recurso de los antibióticos y entonces el cirujano podrá ir tratando en forma deliberada y progresiva a los diversos abscesos y sobre todo, drenando con sondas especiales para poder vencer la infección; soy entusiasta partidario de hacer el sifonaje, es decir, el drenaje con cierre alrededor de la sonda, y si fuera necesario, la aspiración. Pero entonces con cuidado, la aspiración es un arma de dos filos. Si es en las vías biliares, puede provocar drenajes extraordinarios de bilis, originar insuficiencia hepática; en las peritonitis, si la aspiración no está bien controlada puede ocasionar molestias y complicaciones del intestino. En estas complicaciones infecciosas de la apendicitis el paciente debe ser seguido clínicamente con gran asiduidad, día a día, hora a hora, con todos los exámenes de laboratorio necesarios, tacto rectal frecuente para diagnosticar oportunamente una colección pelviana, que sería operada por vía trans rectal que es la mejor de todas.

La pinza de Linderman - Landau nos puede auxiliar para localizar, puncionar y drenar los abscesos por vía rectal y nos puede también servir de guía para dirigir el bisturí pero teniendo gran cuidado en esos casos, de no herir el intestino, cosa posible porque se producen conglomerados de asas y el absceso está dentro de ellos y se puede provocar fácilmente una lesión intestinal. Si el cirujano realiza las maniobras bien a la vista, con una gran dilatación anal, con anestesia general o preferentemente local, gran dilatación de los esfínteres, podrá efectuar el drenaje trans ano-rectal, perfectamente bien y sin accidentes.

Considero que estas son las directivas fundamentales de la apendicitis aguda supurada y complicada. —contamos ahora con la preciosa colaboración del tratamiento antibiótico, es indudable que éste debe hacerse intensivo, pero debemos tener en cuenta el toque de atención del Dr. Cendán; estos casos graves y complejos de complicación apendicular, se han producido también después de un tratamiento intensivo de antibióticos.

En este momento en que no hago cirugía de urgencia intensiva, como la realizábamos antes, he podido comprobar en las infecciones óseas, que el uso de los antibióticos en las osteomielitis, produce a veces una atenuación marcada de los síntomas inflamatorios, con las lesiones ana

tomicas persisten atenuadas y estoy convencido que esto puede ser causa de una mayor frecuencia de osteomielitis crónica si no se opera el hueso. Como se ha llamado ya la atención sobre el uso de los antibióticos en las infecciones apendiculares por parte de algunos cirujanos y que pueda ocurrir algo semejante a lo de la osteomielitis, creo que debemos vigilar atentamente este interesante problema biológico.

Estimados colegas, muchas gracias por la atención prestada y disculpen esta exposición deshilvanada, debida en gran parte al carácter de su improvisación.

Dr. ETCHEGORRY.—Yo, señores, hubiera preferido hacer uso de la palabra una vez que hubieran hablado todos, es decir hubiera terminado la serie de preguntas; pero debiendo retirarme antes que termine la sesión, lamento tener que hablar ahora en lugar de hacerlo más tarde. Pido disculpas también porque casi tendría la obligación de haber aportado un trabajo, en forma, a este tema. Soy el encargado de la vigilancia de la Cirugía de Urgencia en el Hospital Pasteur; opero y veo operar Cirugía de Urgencia en el Hospital Maciel; conozco más o menos lo que se hace de Cirugía de Urgencia en los otros hospitales.

Vale decir pues, que aunque no hiciera nada, solamente por ver, algo tendría que decir.

La gama de cosas que se hace es infinita y las enseñanzas que cada cirujano joven saca de su maestro son también infinitas, por eso me alegro muchísimo de que hayan hablado Chifflet y Larghero; permítase me que comente lo que han expresado ambos maestros de juventudes. Estoy completamente de acuerdo con ellos.

La exposición de Chifflet aparte de la brillantez del estilo a que nos tiene acostumbrados (es un esteta de la palabra) plantea puntos que si son seguidos al pie de la letra, podrá hacerse obra verdaderamente útil.

Lo mismo me acontece con el Dr. Larghero, salvo una diferencia. Actuando en medios pobres que no conocen el lujo del material que utiliza mi amigo, empleo el tubo de goma corriente, abierto en doble canaletta, que fabrica el ayudante o el instrumentista, en el raro caso de que el instrumentista exista. Vale decir pues, que estoy completamente de acuerdo con lo que ellos han expresado y lamento que en muchas oportunidades los jóvenes hagan decir a sus maestros cosas que ellos no dicen, al no interpretarlos correctamente. Y no es porque no se expresen bien, porque si alguien así lo hace, ese alguien bien puede llamarse Chifflet o Larghero.

Entremos de lleno a la pregunta que acaba de responder el Profesor Prat. Creo que en la forma que está planteada es un poco difícil de responder. Yo hubiera hecho la pregunta inquiriendo ¿cómo se tratan abscesos múltiples debidos no a X causa, sino a una causa determinada? Porque no es lo mismo tratar abscesos múltiples del peritoneo debidos a

una apendicitis, que tratar los producidos por una úlcera perforada del estómago, o una perforación del colon; son cosas, a mi modo de ver, completamente distintas.

Creo justamente que uno de los grandes errores en los drenajes, causa de las grandes culpas con que se les ha cargado, ha sido por no respetar ciertas normas dictadas por la etiología de la infección peritoneal.

La verdadera igualdad, lo dijo alguien mucho antes que yo, consiste en tratar desigualmente las cosas desiguales. Pretender tratar igualmente lo que es diferente eso no es igualdad. Es una cosa distinta. Es provocar la confusión.

Así, en esa pregunta expuesta así: ¿cómo se drenan abscesos múltiples del peritoneo?, yo pediría que se aclarara: 1º etiología; 2º ubicación de los abscesos. No es lo mismo un absceso del Douglas que permite esperar, que el ubicado en otro lugar. Decía mi viejo maestro Duval: "En el absceso del Douglas siempre es temprano para abrirlos, por que estos abscesos se abren solos". No es lo mismo, insisto, que un absceso sub frénico: éstos son siempre serios, bastante serios; en un absceso sub frénico que puede ser de origen apendicular contrariamente al del Douglas no hay que andar con paños tibios. Yo, a pesar de que no soy muy intervencionista secundariamente, en los abscesos sub frénicos soy intervencionista precoz, a pesar de los antibióticos, tan útiles en otros casos: absceso sub frénico que no regresa inmediatamente, creo que debe ir a la intervención no diferida, siendo abordado por la vía que se crea conveniente; no voy a insistir sobre este punto porque se ha tratado el asunto al hablar del quiste hidático. Así pues, pretendo que habría que especificar la clase del absceso que se desea drenar: estoy mirando al amigo Roglia y recuerdo un caso de peritonitis con abscesos múltiples en un enfermo que operamos juntos, y que tuvo un fin desastroso a pesar de que la operación original era una operación venal que transcurrió sin ningún accidente. Era una eventración de una vieja cicatriz de un Mac Burney; a las 48 horas de operado empezó a hacer fenómenos peritoneales con parálisis intestinal y tan simple había sido la operación que a pesar de que había un examen radiológico que afirmaba peritonitis a focos múltiples, los cirujanos que lo vimos (éramos tres: Roglia, Belloso y yo), nos metimos el dedo en el ojo y pensamos que hubiera una brida o algo por el estilo que causara la oclusión. Ese enfermo desgraciadamente marchó mal: peritonitis a focos múltiples, peritonitis con adherencias, peritonitis que no había formado pus, peritonitis que tenía exudado simple. Vale decir pues, repito, que hay que insistir en la ubicación que también supone una expectativa distinta.

Las úlceras perforadas del estómago suelen dar abscesos sub frénicos y dan más abscesos sub frénicos que lo que se supone; existen quienes cierran sin drenaje el peritoneo; yo que los sigo, que veo resultados a posteriori los noto, pero son abscesos sub frénicos mansos, benignos, un poco distintos a esos que citaba Prat, pertenecientes a otra época, absce-

esos sub frénicos producidos no por via de propagación inmediata, sino por un mecanismo de metástasis. Eran verdaderas embolias sépticas que se localizaban en el espacio sub frénico. No voy a estudiar la anatomía y fisiología del peritoneo; ya lo ha hecho Condán; sería repetir lugares comunes; y aunque todos lo saben, es bueno recordar que hay una corriente linfática que va hacia la cara inferior del diafragma y es en esa cara inferior del diafragma, gracias a esa corriente que se producen esos abscesos sub frénicos que en ciertos casos adquieren una septicidad terrible.

Ahora bien, hay que drenar: donde hay pus hay que evacuarlo, dijo Celsius. Este precepto hasta ahora no se ha modificado ni ningún antibiótico puede contra el pus ya formado; así pues se debe ganar tiempo evacuando el absceso, pero para que el drenaje sea eficaz, contrariamente a lo que han dicho muchos y no cito nombres propios para no confundirme tiene que ser amplio y no vergonzante; yo no creo en esos drenajes vergonzantes, que son francamente malos, esas pequeñas sonditas finas que drenan a veces, y a veces no, y que son los culpables de los desastres que se cargan a cuenta del drenaje. Si se drena, se debe drenar bien, sino más vale no drenar.

Con el amigo Barsabás Ríos, vimos operar en París a un cirujano de gran fama que actualmente reside en Montevideo; y a pesar de su buena técnica le vimos colocar drenaje cuando era necesario; cuando lo hacía, era con tubo Nº 50 de la escala; sino, no drenaba; cerraba tranquilamente el peritoneo. Me parece una cosa perfectamente lógica y yo me quedé encantado también de que hiciera eso, pues coincidía exactamente con lo aprendido a mis costas.

Respecto a la aspiración creo que debe practicarse siempre. En la sala bajo mi vigilancia, he hecho colocar una instalación para bomba de agua, además de un aparato eléctrico de aspiración. Trato de aspirar los drenajes siempre que el cirujano que ha operado consienta en ello, porque allí la juventud tiene independencia de acción a condición de que siga al enfermo con asiduidad y pueda asistir a su mejoría o a su empeoramiento, de donde sacara enseñanza. Es claro que no a todos les gusta el control, pero así pueden, bajo su responsabilidad, saber el por qué de las exigencias de sus maestros.

En cuanto a las mechas, eso es otro problema. Nadie pone mecha por gusto, ni los urologos, ni los ginecólogos, ni nadie. Ahora, que la mecha es necesaria en algunos casos, nadie lo puede discutir.

Los que tenemos la suerte de haber podido vivir unos años y haber leído las discusiones apasionadas sobre las ventajas de la mecha del Mikulicz o del tubo de goma acaecidas en la Sociedad de Cirugía de París hace unas décadas, recordamos las frases pintorescas de los actores. Delbet por un lado, que llamaba a la mecha "la trampa de la célula" acompañado por Duval frente a J. L. Faure, ardiente partidario del Mikulicz, quien respondía en consecuencia. Sin disputa ninguna, en la época

pre antibiótica, la mecha fué un arma que salvó muchas vidas. Querer negar eso, es negar la evidencia. Si ustedes leen las estadísticas de ese entonces, de los que mechaban y de los que no mechaban, se quedan atónitos. Los que mechaban tenían mucho mejores resultados que los que no mechaban; cada año, sin embargo, se daba un paso hacia adelante en detrimento de ese método de drenaje. Mejores técnicas, precocidad en las intervenciones, mejor hemostásis, permitieron disminuir el uso de la mecha hasta llegar al momento actual que constituye un procedimiento de excepción.

¿Quieren decirme cuántos de ustedes han operado quistes del ovario de 3, 3½ kls.? Y sin embargo abran cualquier libro de Patología Quirúrgica de hace 40 años y verán ustedes que ese tamaño era una cosa corriente. Aquellas pelvis donde había que entrar aunque fuera con cuchillo de monte, porque eran de cartón de piedra, esas no se ven más; entre los antibióticos y los tratamientos precoces todo aquello ha desaparecido. Por eso, para los jóvenes, el procedimiento constituye algo anacrónico. Pero criticar la mecha a priori, es criticar un procedimiento útil que no se debe emplear porque sí, pero que aún tiene sus indicaciones.

Intervine esta mañana una enferma con una vesícula cuyo tamaño no quiero comparar con algo porque van a decir que soy marsellés, pero dejo esa tarea al cuidado del anestesista que le contará a Chifflet el volumen de aquella. Enferma que estaba con ictericia hacía más de un año, fíjense bien, un año con una ictericia total y a veces parcial. Fué una operación trabajosa: la vesícula tenía un recodo, y aunque parezca cosa de cuento, estaba metida en el hiato de Winslow y adherida al lóbulo de Spiegel de donde hubo que esculpirla para poderla sacar. Una de las vesículas más difíciles, sin quizás, que haya operado en toda mi vida. No tuve más remedio que mechar dada la superficie cruenta dejada en el Spiegel, a pesar de que le puse un tubo de drenaje N° 50 y en el colédoco, el Kehr más grueso que tenía. Creo que no me quedaba otro camino para seguir si deseaba garantirme contra la hemorragia y la colorragia.

En resumen, pienso que los abscesos múltiples del peritoneo deben tratarse de acuerdo a su etiología y su ubicación. No se pueden dictar reglas si no se conocen con toda precisión esos dos datos. Con todo, me atrevo a establecer las siguientes normas generales: a) donde hay pus, hay que avenarlo o drenarlo; b) el avenamiento o drenaje debe ser efectuado por el camino más corto y si se puede, más declive; c) el drenaje debe ser amplio y no vergonzante; d) la aspiración es elemento útil y debe ser empleada más a menudo que lo que se hace habitualmente; e) la mecha bien indicada y bien colocada es también elemento precioso; sus detractores o no la saben utilizar o cuando la emplean la disfrazan con otros nombres; a este respecto poseo un anecdotario sabroso. Y pienso que siguiendo estas reglas, empleándolas con el sentido clínico necesario e indispensable, rara vez se hará mal a un enfermo y en cambio se le beneficiará en muchísimas oportunidades.

Agradezco la deferencia de la mesa en la tolerancia del horario y de los oyentes al escucharme.

Sr. COORDINADOR: La segunda pregunta es: "Drenaje de los espacios subfrénicos". Invito al Prof. Chifflet para que conteste esta pregunta.

Prof. CHIFFLET.— Yo voy a aprovechar lo que decía hace un momento de que la tendencia natural de la colección sub frénica es ir hacia el tórax, y que dado que la evolución hacia el tórax es una evolución grave, el tratamiento del absceso sub frénico debe ser precoz.

El tratamiento precoz debe ser dirigido de acuerdo con la topografía del absceso sub frénico y la topografía está dada de acuerdo con el punto de partida de la lesión que provocó esa colección. Yo podría decir que la región sub frénica del lado derecho, está en realidad tabicada por el ligamento coronario, que en lugar de tener una ubicación sobre la cara posterior tiene una ubicación sobre la cara inferior del diafragma, es decir, que nosotros consideramos el ligamento coronario como suspendiendo al hígado y no al hígado suspendido por una charnela posterior a la pared posterior. Por esa razón hay abscesos sub frénicos por delante del ligamento coronario por arriba del ligamento coronario, si ustedes quieren, y abscesos sub frénicos que están por debajo del ligamento coronario. Los abscesos sub frénicos por debajo del ligamento coronario son abscesos sub frénicos apunto de partida vesicular, apendicular, o duodenal, son abscesos sub frénicos que espontáneamente tienden a abrirse a la altura de la punta de la 11ª costilla. Diremos con un criterio funcional de la base del tórax, que tienden a abrirse en el espacio entre la punta de la 11ª y la 10ª costilla. Este espacio separa los dos territorios funcionales, que corresponden a la 10ª costilla que es la extremidad inferior del tórax respiratorio y la punta de la 11ª costilla que lo mismo que la 12ª son, a nuestro modo de ver, zonas de inserción muscular para los músculos abdominales. En la confluencia de esos dos territorios funcionales se produce espontáneamente la superficialización de los abscesos sub frénicos. Es a ese nivel que Oschner aconsejó hacer el abordaje, de acuerdo con el concepto de una topografía de la logia de Morrison que no tiene límites anatómicos sino un sentido únicamente funcional.

Cuando el absceso sub frénico está colectado por arriba del ligamento coronario nosotros creemos que no se puede hacer el abordaje por vía posterior y lateral y hay que ir por vía anterior. Eso es lo que se produce en los abscesos a consecuencia de lesiones gástricas, o lesiones vesiculares y de cara superior del hígado. Esos abscesos deben drenarse por vía anterior. Creemos que es un drenaje malo, pero que es el único posible, dado que la orientación de los líquidos es a ir hacia arriba. El drenaje por la vía anterior debe hacerse por incisión a nuestro modo de ver, sobre el reborde costal.

Para terminar, algo que tiene relación con el tipo de drenaje. Nosotros diremos que usamos habitualmente drenajes con tubos blandos pero que observamos el inconveniente de que la sutura de los distintos planos de la pared abdominal suele provocar un trayecto en zig zag que dificulta el drenaje y sobre todo hace dolorosa la extracción del drenaje cuando se quiere retirar, por lo cual hacemos habitualmente el drenaje con un material blando que consideramos estable, pero con un material duro que le damos el carácter de conductor del material blando y que a veces retiramos al terminar la sutura de la piel y otras veces. 24, 48 horas. Con esto buscamos nada más que dar una orientación rectilínea desde el foco a la superficie, evitando esos trayectos en zig zag, que vuelvo a decir, consideramos perjudiciales para el drenaje y dolorosos para su extracción ulterior.

Sr. COORDINADOR: La tercera pregunta es: "Conducta frente a la compresa olvidada en el peritoneo". Invito al Prof. Stajano a hacer uso de la palabra.

Dr. STAJANO.— El secretario me pone la pistola al pecho y voy a tener que hacer un poco de memoria.

El problema de las compresas, o de la compresa en el abdomen, tiene aspectos distintos. No puede hacerse una contestación en forma simple como él ha hecho, sino de acuerdo con lo que dice Etchegorry, hay que ver las circunstancias en que una compresa puede depositarse en el abdomen. No es por consiguiente, un problema único y siempre igual. Tan es así que frente a la sospecha de una compresa es menester abordar el caso, hacer el diagnóstico. Y es frecuentemente posible hacer el diagnóstico.

Evidentemente que el abandono de una compresa en el vientre es una verdadera desgracia, es una verdadera falta y de tiempo atrás se busca las formas de evitar, el abandono de compresas en el vientre de las cuales no crec en ninguna.

En lo único que creo es en la disciplina del campo operatorio, en la disciplina del equipo que sabe cuando coloca una compresa, la fija con una pinza y es el cirujano el que tiene que controlar las compresas que coloca y las compresas que saca. Numerar las compresas es abandonar a una nurse, enfermera o instrumentista el saber si las compresas han sido sacadas o no. Las piolitas o piolines todas esas cosas, yo creo que son falibles. Las compresas con la cola que todos vemos utilizar, son falibles porque se rompe la cola y la compresa queda adentro. Creo, por consiguiente, que, como método profiláctico, es la disciplina del equipo, disciplina del cirujano y la obsesión de no abandonar un cuerpo extraño.

Ahora para poder plantear el problema de la compresa en el abdomen, hay que saber lo que pasa en el abdomen cuando se abandona una gasa. Puede quedar una torunda, una compresa grande y, ¿cómo reacciona el abdomen y el peritoneo frente a ello? Esa es una cosa que la hemos podido apreciar, porque nos hemos preocupado del problema y

hemos visto, formando una casuística que nos preocupamos de acumular al través de un trabajo nuestro publicado no sé donde, sobre un conjunto de compresas abandonadas y la odisea de la compresa olvidada. La compresa se comporta de diversa manera. El peritoneo reacciona frente a la compresa y así como la serosa reaccionaba frente al Miculicz, provocando su exudación alrededor de la compresa, y una reacción fibroplástica exudativa que la envuelve en forma de saco, en un foco de peritonitis plástica. La evolución de ese foco enquistado es el de una peritonitis aséptica generalmente enquistada y puede ser de distintos tipos: Puede ser tolerada después de una fase de reacción inflamatoria sin mayor trascendencia, sin mayor sintomatología y puede perdurar mucho tiempo en el abdomen, sin dar ninguna sintomatología por un tiempo. Conozco algunos casos de este tipo. En otros casos la compresa abandonada da un foco de peritonitis plástica con una sintomatología funcional: una constipación, o una sintomatología cólica intermitente, pasa un día bien y dos, mal, y da una sintomatología indefinida. Se palpa ese vientre y no se encuentra muchas veces nada. Por consiguiente en esos casos de sintomatología larvada, de difícil interpretación se exige el estudio radiológico, probando de descifrar las causas de su motricidad perturbada o de una plasticidad profunda en otros casos. La radiografía en esos casos, hemos podido comprobar que da síntomas bien definidos y hemos llegado a hacer diagnóstico de "compresomía", por el aspecto moteado y característico del foco plástico rodeando a una compresa. Hemos podido hacer diagnóstico por el aspecto radiográfico y por el antecedente operatorio. Hemos tenido una relativa experiencia porque hemos vivido en una época en que un servicio especial nos abastecía muchos casos de compresas abandonadas, de manera que llegamos a tener una experiencia, relativamente grande sobre el asunto. De manera que como elemento diagnóstico la procedencia era un antecedente de valor. La compresa, en otras circunstancias, puede dejar de ser un hecho banal, limitado, al foco plástico aséptico enquistado y puede complicarse con la infección y determinar un absceso, y ese absceso drenarse en el intestino, ya sea en el intestino delgado como en un caso de una gruesa torunda que se drenó por el intestino delgado, hizo una obstrucción intestinal dando el cuadro exactamente igual al de un ileo biliar o una oclusión por orejón que es parecida. Esa enferma se sorprendió en la etapa de migración de la compresa; se encontró la compresa distante del punto donde había pasado que no lo controlamos, no lo pudimos encontrar, o mejor dicho no quisimos deshacer el foco inflamatorio y encontramos la compresa en un ansa intestinal, hicimos una ileostomía, la extraímos como cuerpo extraño, hicimos el cierre y cerramos sin drenaje; ese enfermo evolucionó bien. Otro caso de mayor cuantía es cuando la compresa ya grande se evacúa hacia el ciego por un proceso inflamatorio de mayor entidad. Recuerdo un caso de hace muchos años, en la sala Santa Rosa, que lo he relatado a mis compañeros y mis amigos, por ser un caso sumamente ilustrativo: una enferma operada, en opera-

cion muy cruenta, y hemorrágica, por un maestro muy distinguido, en la que se usaron muchas compresas. En aquel tiempo se operaba sangrientamente y una de esas compresas de gasa quedó en el Douglas lleno de sangre. Pasaron quince días o veinte días, sin novedad y esa enferma se fue de alta y vino a los 25 días con un cuadro de oclusión intestinal y fué operada y se encontró en el acto operatorio que tenía un tumor ceco cólico, ceco ascendente de gran tamaño. El cirujano, muy distinguido, dudó en la conducta; yo era un ayudante muy joven: "Hágale una colectomía", y le hice una ileocelectomía derecha y fué la pieza al laboratorio para ratificar ese neoplasma que había pasado desapercibido en la operación anterior. En la visita de la tarde, la enfermera me dice: "¿Sabe lo que tenía? Una compresa a forma de embutido que se había eliminado por el ciego y estaba haciendo su migración dentro del marco cólico". Bien, todos estos recuerdos son simplemente para decir que no es un problema único el que plantean las compresas abandonadas, sino múltiples problemas, de acuerdo con la etapa de la migración o de la complicación que puede surgir. Ahora, el Dr. Cendán me hace otra pregunta. No es todo este el problema que acarrea esta triste circunstancia.

¿Que hacer con la cavidad?

El hecho de la cavidad, como hace poco tiempo operamos en una enferma que hicimos diagnóstico de compresa abandonada en el abdomen, diagnóstico clínico y diagnóstico radiográfico coincidente, y entonces la operamos. Conducta: ¿qué se hace en ese caso con la cavidad residual? La laparotomía en la zona adecuada, en la zona correspondiente, que corresponde a la plasticidad extensible del tumor. Tratar con mucho cuidado la zona de peritonitis plástica que está rodeando la compresa que es muy friable, que es sumamente frágil, que no se debe tratar con violencia, al penetrar en la parte conjuntiva o fibrosa o fibrosa entre ansa y ansa hasta llegar al foco y extraer la compresa libremente, suavemente y guardarse muy bien de colocar tubo de goma de drenaje. Lo que hacemos en esos casos, de acuerdo con la anatomía patológica del foco de la peritonitis plástica es colocar un celofán o una tela de goma y cerrar herméticamente sobre la efracción y, sobre el drenaje, y la evolución es perfecta en los casos no complicados. Yo no sé si contesté con eficiencia la pregunta; me he extendido un poco más porque la pregunta así, simplemente no se puede contestar. Lo que interesa es saber lo que pasa con la compresa abandonada en el peritoneo, la anatomía patológica de la migración y los cuadros distintos que pueden originar. Es ésta la experiencia que extracto de veintitantos casos de compresas abandonadas. Pido disculpas si no he contestado mejor, pues se me ha tomado de improviso.

Sr. COORDINADOR: Continúa la discusión. Tiene la palabra el Dr. Roglia.

Dr. ROGLIA.— Yo voy a ser muy breve, porque en realidad no voy a repetir todo lo que se ha dicho. Voy a ver si puedo decir algo

que no se dijo. En realidad voy a decir todo lo contrario de lo que pide el tema. Voy a defender el no drenaje frente al drenaje de la cavidad peritoneal y voy a citar algunas circunstancias. Por supuesto que el advenimiento de los antibióticos ha limitado el tema del drenaje. Por ejemplo, yo, antes, en la úlcera perforada, y quiero aclarar, me refiero al derrame libre de la cavidad peritoneal, que son en los cuales tienen efecto todas las consideraciones hechas por el profesor Chifflet. En los derrames enquistados, pero que hay una cáscara, ahí la gravedad tiene un gran papel. Si del peritoneo aprendemos para la pleura, de ésta aprendemos para el peritoneo. Esa pleuresia libre y difusa se drena en cualquier punto. Pero la pleuresia enquistada que ha llegado a una etapa de enquistada, con cáscara de $\frac{1}{2}$ cm. de gruesa, el drenaje tiene que ser en declive porque si no no drena: es la gravedad lo que influye. Solamente en la cavidad peritoneal, cuando se produce un absceso viejo, enquistado, ese absceso una vez abierto y evacuado, tiene poca influencia en la dinámica. Es sobre todo la gravedad la que interviene y hay que buscar siempre el drenaje declive mejor. Pero antes de hablar del drenaje, ya que hablé, quiero significar que en colecciones enquistadas creemos que es mucho más importante la evacuación, es decir, evacuarlo completamente que drenarlo. ¿Qué quiere decir esto? Que cuando encuentro un absceso del Douglas enquistado por ejemplo, y que lo hago por rectotomía o que lo hago por colpotomía, en la mujer no virgen, ¿yo no coloco nada en el orificio? Si, yo coloco un tubo con todos los artificios para que no se escape, pero por desgracia se escapa y entonces al otro día practico un tacto rectal o vaginal para abrirle con el dedo el orificio, porque una vez evacuado bien, ese proceso, ese orificio se mantiene muy fácilmente por cualquier cosa y no es necesario que el tubo vaya muy adentro para que ese proceso enquistado, colectado, se cure por la simple abertura y el mantenimiento de dos o tres días de su fístula.

Pero yo me quiero referir a cuando no se debe drenar y me voy a referir a los derrames libres de la cavidad peritoneal, no enquistados: una peritonitis libre, frecuente, es la peritonitis por perforación de estómago.

¿Que hacíamos antes? Nosotros ahíramos, cerrábamos la úlcera y drenamos el Douglas por drenaje supra pùblico, teniendo bien el cuidado de llevar los tubos con el clamp de Doyen curvo hasta el fondo del saco y tratando de evacuar bien el Douglas.

Esa fué nuestra primera etapa. Nunca drenamos el foco; siempre cerramos. Esa fué la primera etapa: la segunda etapa consistió en aspirar todo el derrame de la cavidad peritoneal pero todavía teníamos el lastre del drenaje del Douglas. No nos pudimos sacar de arriba que el tubo a pesar de que nuestro maestro Albo, nos había enseñado que había que sacarlo a las 24 horas, que después de 24 horas no servía para nada. Pero teníamos ese lastre y poníamos el tubo y yo todavía lo tenía el lastre tanto, que lo sacaba a las 48 horas. Y bien, ahora yo hago lo siguiente

te: aspiro todo el líquido de la cavidad peritoneal. Eso sí, cuando tengo un aspirador, cuando tengo un aspirador a traumático, eso que se usa en gastrectomía, perforado, con agujeros, para que no aspire una víscera o epiplón. Con todo, ese aspirador hay que irlo moviendo y no puede tenerse porque a pesar de tener orificios chicos, se chupa el epiplón o se chupa el intestino, hay que vaciarlo. Posiblemente algún otro sistema de aspirador habría que inventar, que produjera menos traumatismo. Pero yo aspiro la cavidad peritoneal, aquí sí. No aspiro el Douglas, no aspiro las goteras parieto-cólicas, no aspiro sólo los espacios mesocólicos, sino que aspiro las regiones subfrénicas totalmente bien aspiradas. No coloco drenaje del Douglas, no coloco drenaje del foco y hago terapéutica de antibióticos. Yo creo, tengo el absoluto convencimiento que a mí me marchan, desde luego que a todo el mundo le marchan mejor ahora las peritonitis con antibióticos) pero yo tengo el convencimiento que este procedimiento que le ahorra al cirujano una incisión y la colocación de un drenaje y la posibilidad de bridas y oclusiones postoperatorias, porque es evidente que una peritonitis libre como la gástrica que es más clínica que infecciosa, ese tubo en el Douglas y colocado por ahí a través de esas ansas que están en la pelvis a pesar de que en la generalidad de los casos marchan perfectamente bien, siempre le tuve desconfianza.

Existen otras circunstancias también similares a éstas, por ejemplo las peritonitis a que se refería el Dr. Cendán. La peritonitis con derrames biliares; las peritonitis con derrames biliares por supuesto todos sabemos la gravedad que tiene y todos sabemos por qué tienen esa gravedad. Yo hago exactamente lo mismo: aspiro bien la cavidad peritoneal, pero aquí, sí, aquí hay un foco que yo tengo que tratar. Si yo puedo hacer una colecistectomía, coloco un drenaje en el foco, pero un drenaje por la misma razón que yo coloco siempre un drenaje de cigarrillo y tubo de celofán. Cuando hago una colecistectomía en frío: para tener la tranquilidad de si no existe algún canal biliar accesorio que yo no haya ligado, para tener aquella tranquilidad de las sueltas del cístico después de hipertensión biliar que yo personalmente nunca he visto, en fin, y para eliminar en las primeras horas el poco derrame de la sangre que haya en el lecho, porque en general no puede hacer una peritonización perfecta, porque más de una vez uno ha lesionado el lecho de la vesícula. Así que el drenaje de la peritonitis de origen biliar, el drenaje del foco tiene para mí el mismo significado que el drenaje en la cirugía en frío de la vía biliar. Me quedaría por citar el problema de la peritonitis de origen apendicular. Ahí sí, no se por qué, no he podido dejar de drenar el foco apendicular. Cualquier apendicitis gangrenosa o una peritonitis de origen apendicular, yo dreño el foco apendicular. Es posible también en este caso, desde luego que el Douglas no. Me refiero a la peritonitis apendicular de las primeras doce horas, 24 horas, es decir con exudado libre en la cavidad peritoneal, no me refiero a la apendicitis aguda progresiva del 4º o 5º día, que es otro problema, ni me refiero a la peritonitis a focos múltiples que habló Cendán, que para mí me parece un

problema aún hoy mismo, con todos los antibióticos, sin solución, porque la peritonitis a focos múltiples, no tiene otro significado que el estado casi final de una peritonitis, es decir, es que todas las defensas del individuo ya están agotadas, progresa, progresa y progresa.

Lo importante es evitar esa peritonitis a focos múltiples y que ya hoy, gracias a los antibióticos, la podemos evitar muchas veces; no la vemos con frecuencia, pero cuando la vemos, es auténticamente cierto lo que dijo el Dr. Cendán. "El enfermo se muere a pesar de la penicilina, estreptomocina y otros antibióticos que uno emplea". Pero, ¿por qué dreno el foco apendicular?

En realidad el foco apendicular en una apendicitis es un foco auténtico de peritonitis, hay infección de la serosa peritoneal, y esa infección de la serosa peritoneal en ese foco no puede retroceder como retrocede el resto de la irritación del peritoneo que no es infección, sino es irritación. Lo que sacamos del Douglas es un líquido puriforme, es un líquido semejante al que sacamos cuando operamos una úlcera perforada, a qué vamos a poner un tubo, si una vez evacuado, si hay infección se reformará y se reformará con tubo o sin tubo, pero en el foco apendicular no; en el foco apendicular y peritoneo parietal y peritoneo visceral, está auténticamente para mí, infectado y eso es un mantenimiento eso es una contaminación permanente del peritoneo. Es semejante como si dejáramos abierto un estómago y no lo suturáramos.

El peritoneo se estaría contaminando de manera permanente. Por eso que el drenaje del foco apendicular en esos procesos de apendicitis gangrenosa o en esos procesos de apendicitis, con periapendicitis supurada, porque el foco tiene una cucharada de pus, todo el mundo lo ha visto, el drenaje yo creo que hay que hacer como dice el Dr. Etchegorry. Hay que drenar bien y yo uso drenaje de cigarrillo, no dreno con sondita de Nelaton ni dreno con contraabertura, por supuesto, porque en fin, no sé por qué, soy enemigo de los drenajes por contraabertura. Yo lo dreno por el Mac Burney, lado externo del Mac Burney y no creo necesario hacer una contraabertura, que las contraaberturas tienen para mí, si se hace por sección, la posibilidad de una salida del intestino en el post operatorio, como he visto en algunas incisiones de supra púlica, y si se hace por disociación aprietan tanto el drenaje que al final el drenaje que nosotros colocamos de cigarrillo no cumple su efecto.

Sr. COORDINADOR: Si nadie más interviene en la discusión voy a decir dos palabras.

Dr. CENDAN.— Yo voy a decir dos palabras tratando de referirme a alguna de las cosas a que se refirió el Dr. Roglia. En lo que se refiere a la apendicitis aguda y peritonitis apendicular estamos completamente de acuerdo; procedemos exactamente en la misma forma. Pero en lo que se refiere a úlcera perforada del estómago, tenemos un cierto desacuerdo. Después de haber aprendido a drenar, como él dice, y después

de haber visto que la contaminación peritoneal no era tan seria del punto de vista infeccioso sino químico y aprovechando el advenimiento de los antibióticos hice lo que todo el mundo: limité el uso de los drenajes hasta llegar a suprimirlo por completo. Pero hubo dos casos que me han hecho cambiar de opinión. El primero fué un enfermo operado en una guardia de cirugía de urgencia del Pasteur, a las cuatro horas de evolución de la perforación, en el cual no había habido comida previa desde el día anterior. El enfermo se había perforado en la madrugada, lo operamos a eso de las 10 de la mañana, y el contenido peritoneal no llamaba la atención. Yo consideré que era un caso ideal para el cierre. Hice el tratamiento habitual de la perforación, practiqué, como hago siempre, en los derrames peritoneales, el secado cuidadoso de la cavidad, con aspirador y compresas, y cerré sin drenaje. El post operatorio del 1º y 2º día fueron normales, pero a los pocos días empezó a balonarse, y se produjo el cuadro clásico de las peritonitis enquistadas a focos múltiples de la cual el enfermo no salió con ningún tratamiento. Falleció al 16º día. Este caso me hizo ser más dubitativo en la decisión del cierre sin drenaje.

El segundo caso es más reciente: se trataba de un enfermo con un úlcus perforado de dos horas de evolución. En este caso, dada la distancia de la última comida, el tiempo de evolución y la edad del enfermo me hicieron pensar que era posible intentar un tratamiento que hemos aplicado desde hace 3 años en muchos casos, que es la aspiración continua por intubación gástrica: es decir, evitar la operación. El profesor Del Campo llegó en ese momento y al conocer la conducta que yo pensaba seguir me dijo: "El tratamiento por aspiración continua es muy interesante, pero no hay que olvidarse de que en la estadística operatoria de las úlceras perforadas, la operación antes de las seis horas prácticamente no tiene mortalidad". Yo acepté la opinión del Prof. Del Campo y procedí a operar este enfermo, al cual le hice un cierre simple y luego de aspirar el escaso líquido peritoneal, cerré también el vientre sin drenaje. Este enfermo fué perfectamente controlado en el post operatorio, del punto de vista humoral, se le hicieron antibióticos y se le aspiró el contenido gástrico mientras hubo retención.

Al cabo de seis días, el enfermo comenzó un cuadro abdominal que no pudimos catalogar; no pudimos saber de qué se trataba. Se agravó bruscamente y se murió rápidamente antes que pudiéramos hacerle nada. La necropsia demostró que este enfermo había hecho un volvulo de intestino delgado a favor de una peritonitis plástica a focos múltiples infra mesocólica. Después de esta triste experiencia yo prefiero pasar por exagerado y dejar un tubo en el Douglas y aquí diría, repitiendo lo que dijo Del Campo en el Primer Congreso Interamericano de Cirugía, sobre drenaje de las peritonitis, que un tubo en el Douglas no drena a veces más de cuatro a seis horas, pero que eso basta para evitar contingencias desagradables.

Respecto a lo que dijo el Dr. Roglia sobre las ventajas de la aspiración cuidadosa del contenido peritoneal en las peritonitis, yo también practico sistemáticamente el secado cuidadoso del peritoneo, maniobra que considero fundamental. Y para evitar las dificultades a que él se ha referido, al practicar la aspiración, utilizo un aspirador semejante al usado por los anestésistas, consistente en un tubo que tiene un orificio en el extremo donde va la mano, que se obtura con el dedo, de modo que cuando nosotros sentimos que el aspirador aspira el epiplón y las asas destapamos ese orificio con lo que cesa la aspiración en el extremo y nos permite proyectar el tubo hacia más adentro en zona donde hay líquidos; naturalmente utilizamos un tubo protegido con una goma en el extremo y con orificios pequeños. Muchas veces, no satisfechos con la aspiración, completamos el secado con gasas montadas en Clamps. Luego instilamos en la cavidad peritoneal una solución de 500.000 unidades de penicilina y 1 g. de estreptomycin, en 5 o 10 cc. de suero fisiológico.

Sr. COORDINADOR.— Agradezco a todos la valiosa contribución prestada. Queda levantada la Sesión.