

TRATAMIENTO DE LAS PERITONITIS AGUDAS

Dr. JULIO PIÑEYRUA SAAVEDRA

Para concretarnos al tema fijado: "Tratamiento de las peritonitis agudas", debemos referirnos a aquellos procesos infecciosos del peritoneo que no tienen tendencia espontánea a la limitación, o a aquellos otros que vemos y tenemos que tomar decisión terapéutica antes que ello pudiera suceder. Precisamos, que la peritonitis localizada es por definición un proceso subagudo, ya sea localizada desde el comienzo, o secundaria a una peritonitis generalizada. Queda pues entendido que, cuando nos referimos a peritonitis agudas queremos decir concretamente, y en todos los casos: peritonitis agudas generalizadas (P. A. G.).

Desde hace muchos años hay acuerdo general en que el tratamiento de la P. A. G. es especialmente quirúrgico. Actualmente no hay dos opiniones; pero es difícil precisar el momento en que ello fue establecido. Todavía a fines del siglo pasado, la enorme mortalidad operatoria en la P. A. G., frente al mejor pronóstico de la operación en los casos que evolucionaban espontáneamente a la limitación, inclinaban a muchos al tratamiento expectante y a la operación retardada. Se comparaban así resultados operatorios de dos procesos diferentes, peritonitis localizada y peritonitis generalizada, y de ahí la confusión en las conclusiones sacadas.

En las peritonitis localizadas se procedía al drenaje simple de los focos supurados, formados alrededor de un proceso primitivamente localizado, o a aquellos otros de localización secundaria a un proceso primitivamente generalizado, localización que se hacía en determinados sectores del abdomen.

Delepine y Houzé (1) describieron seis bolsas o "poches" resultantes de la tendencia natural del organismo a localizar

sus procesos, en este caso dirigidos por la dinámica abdominal. No se ponía especial empeño en combatir la causa de la peritonitis, insistiéndose en cambio en facilitar la localización o enquistamiento del proceso, por medio de medicaciones o procedimientos tendientes a ese fin: opio, hielo, etc. Luego de varios días, cuando se entendía que el proceso estaba localizado, se procedía al drenaje. Los resultados eran superiores que cuando se operaba en plena generalización, *pero se calcula que sólo el 10 % de las peritonitis generalizadas iban a la localización*. La mortalidad operatoria de las peritonitis generalizadas (P. A. G.) era casi del 100 %.

Clasificación.— Establecida la diferencia fundamental entre peritonitis localizadas y peritonitis generalizadas, se clasifican estas últimas (P. A. G.) en cuatro grandes grupos:

I.— *Peritonitis primitivas.*

II.— *Peritonitis por propagación de un foco primitivamente localizado*, que puede ser: a) agudo; b) subagudo o crónico reagudizado.

Este es el grupo más numeroso e importante, y dentro del mismo el apéndice es el responsable del 90 % de los casos.

III.— *Peritonitis de origen traumático.*

IV) *Peritonitis del período postoperatorio.*

Algunos autores (2) hasta hace unos años colocaban estas dos formas de peritonitis en un solo grupo. La peritonitis del postoperatorio, aun siendo la consecuencia de un traumatismo, el traumatismo quirúrgico, presenta características propias, de donde proviene precisamente su gravedad, por lo que merece ser considerada en un grupo aparte. Por esas sus mismas características, es que hemos preferido el nombre de *peritonitis del postoperatorio*, para su designación.

El acuerdo general sobre la inmensa gravedad de la peritonitis generalizada, determinada especialmente por la avidez de la gran superficie peritoneal (calculada en 2.000 centímetros cuadrados) para la absorción de las toxinas microbianas, con sus correspondientes consecuencias, ha llevado a la conclusión de que se debe tratar de evitar la eclosión de la peritonitis, atacando a

los procesos que, dejados a su evolución, son capaces de terminar en una peritonitis. Desde luego que esta profilaxia solo es posible totalmente en el grupo II, y su máxima expresión está dada por la operación preccz de la apendicitis aguda. En el grupo I no cabe la profilaxia, y en los grupos III y IV sólo en forma parcial.

Cuando no ha sido posible por diversos factores evitar el desencadenamiento de la P. A. G., y nos encontramos frente a un cuadro ya establecido, el tratamiento es la operación ayudada y completada por la terapéutica médica y biológica y las medidas complementarias que se pasarán en revista. El tratamiento médico puro no existe. Ya en el siglo pasado Dieulafoy (3) enunció su conocida frase, que hoy, a pesar de los adelantos de la terapéutica medicamentosa, conserva todo su valor.

I.— PERITONITIS PRIMITIVAS

Esta entidad se bate en retirada frente a los progresos de la terapéutica médica contra los procesos patológicos que las originan, al punto que ya no se ven casi en la práctica. Desde luego que la antibioterapia ha sido la principal causa de su desaparición. El cirujano está llamado a actuar solamente para combatir complicaciones o secuelas. Su forma más pura, la peritonitis a neumococos, tiene tendencia a la localización. Ya antes del período de las sulfadrogas, la conducta era al principio expectante, y el acto quirúrgico se limitaba a drenar el foco localizado; pero así como actualmente casi no vemos estas entidades, debemos estar preparados para su eventual reaparición si continúa aumentando la resistencia de los gémenes a los antibióticos.

II.— PERITONITIS POR PROPAGACION DE UN FOCO PRIMITIVAMENTE LOCALIZADO

Este grupo tiene su máxima importancia por dos razones: a) por ser el más numeroso, b) porque es donde las medidas de profilaxia quirúrgica pueden adoptarse con más eficacia.

Los procesos que las originan pueden ser: agudos, subagudos o crónicos, y dar en un momento de su evolución, una P. A. G.

El foco primario causal puede estar dentro del vientre o en sus vecindades, y evolucionar en su progresión hacia el vientre

Todos los órganos del abdomen pueden ser los causales, ocupando el primer lugar el apéndice con sus variadas formas de apendicitis agudas. Luego vienen los demás órganos del tubo digestivo, los órganos pelvianos y las vías biliares. Las dos últimas formas son motivo de correlatos especiales. Menos frecuentes pero también importantes de conocer, los originados en procesos inflamatorios o supurados de origen linfático, o de los órganos circundantes de la cavidad peritoneal (retroperitoneo, paredes ósteomusculares). El conocimiento, diagnóstico y oportunidad terapéutica médicoquirúrgica de todos estos procesos, será el mejor tratamiento de la P. A. G. que potencialmente puedan provocar.

No siempre es posible la profilaxia, y muchas veces nos encontramos frente a la peritonitis declarada en grados más o menos avanzados de su evolución. Es en este momento que se debe desarrollar el plan terapéutico que se concreta en estos tres puntos:

- a) Tratamiento quirúrgico.
- b) Medicación antiinfecciosa verdaderamente eficaz sólo desde hace 25 años con las sulfadrogas y los antibióticos.
- c) Demás tratamientos complementarios destinados a mantener el estado general, el equilibrio hidrosalinoproteico, y el funcionamiento de los órganos o sistemas afectados por la infección o la terapéutica usada para combatirla.

A) TRATAMIENTO QUIRURGICO. TACTICA Y TECNICA

1º) *Precisión diagnóstica.*— No corresponde hablar del diagnóstico propiamente dicho, pero sí recordar que la precisión diagnóstica, tratando de establecer la causa de la peritonitis, es fundamental para la elección de la anestesia, plan operatorio, etc. Aparecen aquí con toda su importancia los elementos del diagnóstico clínico, biológico y radiológico. A propósito de los segundos la hiperleucocitosis conserva todo su valor.

Se ha dado importancia en otros medios, como diagnóstico de la peritonitis, a la reacción de Sgambatti (4), de realización muy simple. Sus autores le dan una seguridad de casi el 100 %.

Hemos comenzado a realizarla en el Servicio, pero el número de casos no nos permite llegar a ninguna conclusión definitiva.

En lo que se refiere al diagnóstico radiológico será expuesto en el correspondiente corelato.

2º) *Oportunidad operatoria.*— Llegados al diagnóstico positivo de P. A. G. la decisión operatoria debe ser en general inmediata. Esta determinación alcanza también a aquellos procesos tales como la apendicitis aguda, cuya evolución no se puede preveer, y que deben ser operados de inmediato. Desde luego que operación inmediata no quiere decir precipitación. Se tomará el tiempo necesario para la preparación del enfermo, completar el examen clínico y realizar la preparación preanestésica.

Sin embargo, en algunos casos extremos, felizmente cada vez menos frecuentes, donde la peritonitis generalizada lleva muchas horas y aún mismo días de evolución, en enfermos con muy mal estado general, shockados, deshidratados, etc., es prudente demorar unas horas en un intento de levantar el estado general por los medios conocidos: hidratación, plasma o sangre, intubación gástrica. *Ya tomada la decisión terapéutica no hay inconveniente* en comenzar la antibioterapia por vía parenteral, preferentemente intravenosa. En general esta terapéutica ya ha sido intentada antes de enviar el enfermo al cirujano, y muchas veces es la responsable de la demora, por las falsas mejorías que provoca, haciendo perder el mejor momento para la operación.

3º) *Intubación gástrica previa.*— Consideramos fundamental en cuánto la decisión operatoria fue tomada, la colocación de una sonda en el estómago, sonda fina provista de orificios laterales, calibre 14 o 16 de la filière Charrière, que será pasada por la nariz y fijada convenientemente asegurándose por la aspiración atenta y activa que la sonda está en el estómago y que hemos vaciado todo su contenido. En los casos en que el enfermo hubiese ingerido pocas horas antes alimentos sólidos, se hará previamente el correspondiente vaciado y lavado gástrico con el tubo de Faucher, y luego se colocará la sonda fina. Si es posible conseguir una de material radiopaco, mejor. En caso contrario se la fabricará con un tubo de calibre indicado. No es necesario

en estos casos colocar sonda del tipo de Cantor o Miller-Abbott, siempre más difíciles de introducir. De acuerdo a las enseñanzas de Wangenstein (5), una sonda bien colocada en el estómago y bien vigilada, con una buena aspiración, equivale en eficacia a una sonda que pase al intestino.

4º) *Anestesia*.— Se procederá en todos los casos, salvo contraindicación formal, y ampliamente justificada, a operar con anestesia general por gases. Ya no se discuten las ventajas de la colaboración de un anestésista especializado quien dispondrá, de acuerdo al estudio previo del enfermo, del anestésico a emplear, premedicación, necesidad de intubación traqueal, etc.

Sin embargo no debemos olvidar las excelencias de una anestesia general con éter, hecha por una persona entrenada con el aparato de Ombredanne, y con una preparación a base de intubación gástrica y 1 c. c. de la Sol. corriente de Morfino-Atropina, dada entre 30 y 45 minutos antes de llevar el enfermo a la mesa de operaciones.

En caso de no disponerse de la anestesia general, en la forma preferencial en que han sido citadas, se podrá recurrir a la anestesia requídea, con Novocaína o Percaína. La anestesia local con Novocaína o Xilocaína no tiene aplicación como anestesia de fondo en el abdomen agudo. Puede ser de gran utilidad como anestesia complementaria, tal como lo veremos más adelante.

5º) *Incisión operatoria*.— La precisión diagnóstica determinará la ubicación de cada incisión, teniendo en cuenta siempre el principio de la simplicidad de su ejecución, tanto para el tiempo de apertura como para el de cierre. Tendrá por objeto el abordaje más directo del foco supuesto responsable, sin contar con las ventajas o inconvenientes que dicha incisión tendrá para el eventual drenaje del abdomen, dado que éste se hará por una contra abertura. En caso de no haberse llegado a un diagnóstico preciso se practicará una incisión mediana infraumbilical. Cuando el estado general y las dudas diagnósticas así lo exigen, se podrá recurrir a la botonera suprapúbica que Guinard (2) aconseja para resolver una duda en los traumatismos cerrados de abdomen, y que Del Campo usa con el mismo fin. La hemos utilizado en varias oportunidades con excelente resultado diagnóstico, y en ca-

sos extremos no hemos dudado en utilizar el recurso mínimo: la paracentesis, que nos ha permitido salir rápidamente de dudas, y proceder a la intervención en período útil.

La invalorable ayuda que las modernas anestias brindan a la cirugía, han hecho descuidar el principio de Murphy: “entrar ligero y salir más ligero aún”. En esta cirugía, dice Lecène (6) “la rapidez es un factor esencial de éxito”. No por haber sido emitidas hace años, estas afirmaciones han perdido valor actual. Como enseña el Prof. Larghero (8), a quien no puede acusarse de descuidar los detalles cuando correspondan, en esta cirugía deben abreviarse algunos tiempos operatorios como la fijación demasiado meticulosa de compresas en los bordes, o la hemostasia primaria de la pared, para alcanzar rápidamente el objetivo principal de la operación: la supresión del foco séptico.

En lo que se refiere al tamaño de la incisión, consideramos inconvenientes para esta cirugía las grandes incisiones tipo xifopública. Desde luego que no preconizamos con esto el uso de incisiones mínimas, sino el tamaño justo para cada operación. Sin desconocer los demás factores que inciden en las dehiscencias parietales, no hay duda que existe una proporción directa entre el tamaño de la incisión y el porcentaje de aquéllas, como se deduce del documentado trabajo de W. I. Wolf (9). Es cierto que en el momento de la operación facilitan las maniobras, pero no debemos olvidar que también exponen a la evisceración operatoria y prolongan el tiempo de cierre, causas todas predisponentes del shock operatorio.

6º) *Uso de separadores.*— El uso de separadores estáticos o automáticos estará determinado por la posibilidad de obtener o no el número de ayudantes necesarios, y por la “devoción” que ellos muestren en el acto quirúrgico. En el moderno trabajo en equipo no hay primero ni segundo ni tercer ayudante, siendo toda tarea dentro del acto quirúrgico equivalente en eficacia cuando se realiza con fervor. Nada ha hecho tanto mal al espíritu de colaboración de los ayudantes como esa infeliz frase que vemos repetir en los quirófanos, y que pretende disminuir o ridiculizar al tercer ayudante... Si no es posible conseguir los ayudantes en la forma y número necesario, entonces se recurrirá a los separadores autoestáticos. Pensamos que pre-

cisamente en su denominación están sus desventajas dado que sustituyen la “fijeza elástica” del ayudante atento. Los mismos inconvenientes encontramos en cirugía de urgencia a los grandes separadores fijos en la mesa de operaciones, tan útiles en otros casos.

Nos parece que en una cirugía donde se pide al anestesista un grado suficiente pero no excesivo de relajación muscular, no podemos exponer al enfermo a la lucha entre la contracción parietal y el separador inextensible. Aquí aparece de nuevo la ventaja del ayudante atento, que pide la colaboración del anestesista, solicitando un poco más de relajación muscular.

En todos los casos, pero especialmente cuando se usan separadores autoestáticos, es muy eficaz practicar la novocainización de la pared, tal como lo recomendaba hace más de cuarenta años Crile (10), especialmente en las operaciones por peritonitis. Es cierto que en esa época utilizaba como anestesia general el protóxido de ázoe (reconocido por su bajo poder de relajación parietal) pero no podemos dejar de señalar que en 1919, en el trabajo citado, Chile habla de “409 operaciones de apendicitis con o sin peritonitis generalizada sin ninguna muerte” y da como fundamentos de ese éxito: “protóxido, anestesia local y la menor cantidad de manipulación que se necesite para completar la operación”.

7º) *Maniobras intraabdominales.*— Se tratará por todos los medios de ir lo más rápido y directamente al foco. De acuerdo a la naturaleza del mismo, se procederá a no a la extirpación total de la lesión. En caso de no encontrarse de inmediato el foco sospechoso se procederá al rápido examen del resto del vientre siguiendo el camino que el conocimiento previo nos sugiere, y de acuerdo a lo que vamos encontrando. Este proceso mental está magníficamente expuesto en el relato del Dr. José Mautone (11).

Algunas veces los hallazgos operatorios no conforman totalmente, debiéndose redoblar la búsqueda y cerrar o drenar el vientre, según el aspecto del exudado encontrado. Aquí, más que en ningún otro caso, la recolección de una muestra del líquido peritoneal para examen y antibiograma se impone como una obligación.

Las peritonitis de origen biliar o genital femenino deben ser tratadas de acuerdo a normas establecidas que serán concretadas en los respectivos correlatos. No corresponde describir en detalle todas y cada una de las circunstancias en que puede encontrarse el cirujano y la correspondiente conducta en cada caso. Como regla general se deben cumplir estrictamente estos dos principios:

a) Al proceder a eliminar el foco, aun encontrándonos frente a una peritonitis generalizada, debemos maniobrar como si la contaminación no se hubiese producido. Aquí toma todo su valor el uso de aspirador (aparato sin el cual no se debe abordar un vientre agudo), colocación de compresas, separadores, valvas, suavidad de las maniobras, etc. Todo esto se exige por el conocimiento del valor del quantum de la infección.

No debemos, pues, incrementarla con maniobras incorrectas.

b) Y, como complemento de lo anterior, debemos limitar las maniobras al mínimo necesario para cumplir dentro de las posibilidades de la mayor seguridad, con los fines propuestos (combatir la peritonitis) dejando muchas veces para otra oportunidad el tratamiento de la enfermedad caudal.

8º) *Lavado peritoneal*.— Pocas maniobras quirúrgicas intra-abdominales han tenido tantas alternativas con sus defensores y detractores, como el lavado peritoneal. Desde luego, descartamos completamente aquellos procedimientos en que se usaban “antisépticos” o líquidos pretendidos tales, aun mismo cuando eran utilizados después de un copioso lavado con suero fisiológico que tenía por objeto ingurgitar los vasos y evitar la absorción del “antiséptico”, el que luego era eliminado por otro abundante lavado con suero fisiológico, para evitar la toxicidad o el efecto irritante local (Delbet). Otras veces se utilizaban líquidos antisépticos de tan débil poder que, evidentemente, no compensaban los inconvenientes que la maniobra del lavado puede acarrear.

A pesar de todo, se obtenían en su época algunos éxitos que se podrían atribuir al lavado peritoneal, al punto que cirujanos de la talla de Franz Torek, en los casos de grave peritonitis generalizada, en el año 1913, procedía al “abundante lavado peritoneal con suero fisiológico, aspiración de la mezcla de pus y suero, y cierre sin drenaje”.

Se relata que en esta forma redujo la mortalidad por peritonitis generalizada, del 100 % al 33 %. Sin embargo, otras opiniones contemporáneas no eran tan optimistas, y algunos mismo lo rechazaban de plano, aduciendo que tenían más inconvenientes que ventajas, y que la mortalidad seguía entre 80 y 90 %. Posteriormente, este método fue rechazado y abandonado por inconveniente.

Parecería, pues, que el lavado peritoneal no debía entrar entre los elementos terapéuticos del moderno arsenal contra la peritonitis.

Si lo hemos descrito con algún detalle, es porque desde hace unos cinco años ha entrado nuevamente en boga como procedimiento coadyuvante previo a la utilización de los antibióticos por vía intraperitoneal. Burnet y Brown (12) refirieron varios casos de peritonitis A. G. y trabajos experimentales, llegando a la conclusión que el extenso lavado peritoneal con suero fisiológico, al que se le han agregado 2.000.000 de unidades de penicilina y 2 gramos de estreptomina por cada litro, lavando hasta obtener el líquido de salida limpio, y agregando al terminar la maniobra 1.000.000 de penicilina y un gramo de estreptomina, tiene ventajas. Han obtenido así la rápida esterilización del peritoneo y la curación de los enfermos o de los animales de experimentación.

Estos autores comenzaron esta técnica en 1942, utilizando sulfadrogas, obteniendo algunos resultados brillantes, pero no tanto como los anteriores. Atribuyen la menor eficacia de las sulfadrogas a la neutralización de éstas por ácido del pus. Creen que la eficacia del lavado está especialmente en el arrastre mecánico de toda sustancia orgánica (pus, materias fecales, bilis, sangre, etc.).

La aplicación tópica de antibióticos consigue una concentración mucho mayor de éstos en la serosa peritoneal que cuando la droga es administrada por vía intramuscular o intravenosa, lo que determina así una importante economía en la cantidad de antibióticos a administrar. Los autores no han encontrado ventajas en la administración del antibiótico sin lavado previo, ni tampoco en el uso de antibióticos de amplio espectro sobre la penicilina-estreptomina. Otro autor, W. E. Schatten (13), tiene resultados similares en trabajos clínicos y experimentales utili-

zando directamente el antibiótico, sin lavado peritoneal previo e introduciendo antibióticos de amplio espectro (oxitetraciclina y neomicina).

Relata, en total, 38 casos (P. A. G.) que no recibieron antibióticos por otras vías. Administra el antibiótico colocando en el acto operatorio dos catéteres de polietileno bien finos, que pasa a través de una aguja N^o 13, lejos de la herida operatoria, y lleva bajo el control de la vista, uno a la cara superior del hígado y otro a la pelvis.

La solución inyectada es a la concentración de 2 gramos por 1.000 c.c. de suero fisiológico, 250 c.c. por cada catéter al cerrar el peritoneo, y luego 125 c.c. cada seis horas, hasta un máximo de 72. El goteo es de 80 a 100 gotas por minuto.

Lleva un riguroso control bacteriológico que le permite asegurar la esterilización del peritoneo, lo que consiguió en forma absoluta en todos menos en uno de los 38 casos tratados.

El porcentaje de muertes fue de 4 sobre 38, una sola de las cuales fue atribuida a la progresión de la peritonitis en un caso de extraordinaria gravedad (perforación de un neo de sigma en un hombre de 81 años). El resto de los casos citados se trataban de auténticas peritonitis generalizadas del más variado origen. La evolución se llevó a cabo con pocas complicaciones y sin molestias.

Igual que los anteriores, el autor insiste en que lo importante es la esterilización del peritoneo, aunque persistan microbios en la sangre o en el sistema retículoendotelial, dado que estos órganos poseen por sí mismos poder bactericida. Señala a la neomicina como la droga más eficaz. Creemos importante el hecho de que la droga es suministrada solamente durante 72 horas, dado que entre nosotros se acostumbra, en general, a suministrarla durante mucho más tiempo, cuando se administra por otras vías.

Entre nosotros, del Campo (7) recomienda en el año 1956, el uso de los antibióticos en las peritonitis de origen traumático y en otras afecciones, en forma similar. Usa penicilina y estreptomycinina en suero fisiológico y glucosado, por medio de dos sondas finas colocadas en el epigastrio y en el Douglas. Comprueba que la concentración del antibiótico al tercer día de la adminis-

tración ya está en la sangre, dentro de los límites que se exigen. Asegura de ese modo la hidratación y la permeabilidad del drenaje peritoneal.

Siguiendo estas enseñanzas, nosotros también lo hemos empleado, al principio, agregando antibióticos por vía intramuscular, y luego como vía exclusiva. Hemos obtenido con este procedimiento las mayores satisfacciones posibles, que han culminado con la obtención, en el Servicio a mi cargo, del 0 % de mortalidad en los tres últimos años en peritonitis de origen apendicular (y desde luego, en todas las apendicitis y apendicectomías). Reservamos su uso a las formas graves de principio. Tiene la ventaja de la gran simplicidad, permitiendo al mismo tiempo realizar la correspondiente hidratación. En los últimos casos hemos adoptado el método de Schatten, ya citado, con muy buen resultado. Usamos generalmente oxitetraciclina.

Relataremos brevemente dos casos:

CASO 1.—G. B., 28 años. Herida de bala de hipogastrio sin orificio de salida. El proyectil, calibre 38 largo, está alojado bajo la piel en la region sacra. Ingresa en profundo estado de shock debido a la herida y al agotamiento producido por una dura pelea antes de ser herido. Se coloca en la mesa de operaciones en posición de Trendelenburg y se trasfunde sangre "a chorro" en ambos pliegues de codo. Anestesia por gases (Dres. Kugklist, Piñeyrúa y Manisse). Incisión mediana infraumbilical. Enorme cantidad de sangre y contenido intestinal, líquido y materias formadas. Se suturan 17 perforaciones de delgado en un solo plano con catgut cromado. Se realiza la hemostasia de numerosas heridas de mesenterio. Presenta además una herida de ángulo recto sigmoideo que se sutura incompletamente. Le dejamos enfrente grueso tubo y rodeado de mechas. Colocamos dos sondas de Pezzer finas, una en epigastrio y otra en el Douglas y cerramos el vientre previa aspiración y lavado no muy perfecto, dado que el estado grave del enfermo exigía el rápido cierre del abdomen. Hacemos terramicina en suero fisiológico y penicilina-estreptomiceina por vía intramuscular. Se recupera rápidamente a expensas de un ano sigmoideo que va pronto a la fístula y luego al cierre espontáneo. Recuperación total. Este herido llegó al Servicio alrededor de una hora y media después de ser herido. Fue intervenido inmediatamente. Si bien es cierto que no había pasado el tiempo exigido para desarrollar una peritonitis, consideramos que la contaminación masiva del peritoneo por sus múltiples perforaciones, hemorragia y demás agravantes citados, lo colocaban en situación semejante a una peritonitis evolucionada, por lo que puede acreditarse como un éxito de la antibioterapia intraperitoneal.

CASO 2.—R. R., ignora la edad (alrededor de 70). Perforación de sigma por un enema evacuador. Constipado habitual, ingresa con una constipa-

ción de ocho días y cuadro doloroso datando de 48 horas. Con diagnóstico de oclusión cólica izquierda, le indicamos radiografía simple y enema opaco, y en el momento de practicarlo, el radiólogo Dr. Mulatieri, comprueba que el bario pasa al peritoneo, por lo que se interrumpe y se lleva inmediatamente el enfermo a la Sala de operaciones. Dado su grave estado general, le practica mos con anestesia local, ano cecal y botonera suprapúbica. Salen materias y gases y pus por esta última. Se coloca tubo en el Douglas y se lleva una sonda Pezzer fina a la región mesoceliaca por donde, en los siguientes días, hacemos terramicina en suero fisiológico. Se recupera rápidamente. En este enfermo también se hizo penicilina-estreptomicina por vía intramuscular. Posteriormente se practica la sigmoidectomía de una gran asa semivolvulada, y el cierre posterior con recuperación total.

Hemos practicado el procedimiento, además, en numerosos casos de peritonitis de origen apendicular, pelviana, etc., con excelentes resultados. El procedimiento parece cumplir más rápidamente con el desiderátum que es la esterilización del peritoneo. Utiliza menos cantidad de droga para llegar al mismo fin que por vía intramuscular.

9º) *Drenaje peritoneal*.— El drenaje peritoneal sigue en importancia y en cronología operatoria a la eliminación del foco causal, en el tratamiento de la P. A. G. Su indicación no es unánimemente aceptada, y en su ejecución se han descrito numerosas variantes. Está unida a la práctica de otras maniobras complementarias, como el lavado peritoneal, la aspiración y el uso de drogas antimicrobianas. Sin embargo, hoy todavía el drenaje peritoneal es aceptado casi unánimemente como el complemento operatorio del tiempo fundamental que sigue siendo la eliminación del foco causal. Su indicación está dada en el momento operatorio por el aspecto del líquido: en caso de pus franco, materias fecales, bilis, sangre o alimentos, o cuando no se está completamente seguro de haber eliminado totalmente la causa de la peritonitis, el drenaje está siempre indicado. Si el líquido tiene un aspecto serofibrinoso o apenas turbia, no sólo no debe drenarse, sino, como recalca Maingot (14), ni siquiera aspirarse, puesto que está formado por ricos materiales orgánicos y provisto de fuerte poder bactericida.

No entraremos en los detalles. Se han preconizado el uso de los más variados materiales. En general todo se concreta al uso de tubos o de mechas. Estas últimas tienen solamente

indicaciones muy especiales y cada vez más restringidas. Su uso se limita a las oportunidades donde se quiere más impedir la extensión de un proceso, que combatirlo una vez extendido, como es la P. A. G.

Otras veces puede estar indicado el uso de mechas cuando a la infección se suman hemorragias incoercibles, o cuando se desea mantener la brecha operatoria ampliamente abierta, exteriorizado o semiexteriorizado el segmento intestinal afectado.

Utilizando los clásicos tubos de goma, elegidos de material suave, calibre adecuado Nº 30 ó 34 de la filière Charrière y de "poco cuerpo", para que la luz sea amplia; lo fundamental es que su colocación responda como insiste Chifflet (15) a un conocimiento de la dinámica abdominal que muestra que el Douglas es, además del punto más declive, el que responde mejor a esas directivas. Se sostiene, además, en forma casi unánime, las ventajas de no colocar los tubos saliendo por las incisiones operatorias.

En lo referente al drenaje del Douglas, éste debe hacerse por botonera suprapúbica, lo que hace su trayecto más directo y más corto. La colocación del tubo en el Douglas, saliendo por el M. B. u otra incisión lateral, al tiempo que realiza un drenaje menos efectivo, corre el riesgo de ulcerar por contacto la arteria ilíaca, tal como lo ha descrito Pratt (16) en dos oportunidades. Larghero (17) preconiza el uso de los tubos en canaleta y señala, además del Douglas, a los flancos y la pared posterior como lugares de elección para colocar los tubos. Se acepta también en general, que los tubos no deben estar colocados cerca de las regiones donde se han practicado suturas, ligaduras, etc. Junto con los ya citados, Cendán (18) estudia los detalles a tener en cuenta en la práctica de los drenajes. Un punto de gran importancia para nosotros, de tanta importancia como la colocación, es el que trata de la vigilancia y el retiro de los tubos.

Creemos absolutamente necesario que esta maniobra debe ser ejecutada por quien intervino en la operación y siguió el postoperatorio. Del estudio global del enfermo, y de los acontecimientos que se sucedieran después de la operación, se ha de deducir la indicación de mantener, movilizar, retirar, en parte

o totalmente un tubo. El retiro de un tubo implica casi siempre la imposibilidad de volverlo a colocar en la misma posición y profundidad.

En los casos de duda, nosotros colocamos un tubo más fino por dentro y retiramos el primero. Se tiene así la seguridad de evacuar una colección que no puede exteriorizarse por estar la luz del tubo bloqueada. La comprobación del cambio favorable del aspecto del líquido es una indicación del retiro del tubo.

La colocación y mantenimiento de tubos de drenaje dentro del vientre, no deja de tener inconvenientes y riesgos.

Se les acusa especialmente de la formación de adherencias, acodaduras, etc. No vale para la P. A. G. el mentado peligro de la transmisión de afuera hacia adentro de la infección, posibilidad a tener en cuenta en casos de cirugía aséptica. Esto ha determinado a algunos cirujanos a preconizar el cierre sin drenaje, ideal que quizás se pueda alcanzar algún día. No se trata de algo nuevo; Leclerc (19), en 1913, publica una serie de casos de P. A. G. con cierre sin drenaje. En peritonitis de origen apendicular tiene así 30 % de mortalidad. En la misma época, Torek, citado por E. J. King (20), practicaba el "lavado, aspiración y cierre sin drenaje", y agrega: "redujo la tasa de mortalidad en la peritonitis generalizada de casi el 100 % al 33 %." Estas cifras no nos conforman en la actualidad. Posteriormente se han hecho publicaciones de cierre sin drenaje con mejores resultados.

Entre los extremos del cierre sin drenaje y la conducta de dejar todo ampliamente abierto y mechado, está el drenaje con tubo y el cierre de todos los planos o la alternativa de dejar piel y tejido celular ampliamente abiertos y suavemente mechados. Esta variante se basa en el conocimiento de la menor resistencia a las infecciones que presentan dichos planos, y a la imposibilidad real que hay en protegerlos debidamente durante el acto operatorio, de la contaminación del foco intraperitoneal. La biología de la herida abierta es distinta a la de la herida cerrada, y una vez extraídas las mechas, cura rápidamente.

10) *Cuidados del postoperatorio.*—Hasta el año 1937, al terminar la operación terminaba la terapéutica activa contra la peritonitis. Las medidas complementarias que se realizaban eran

dirigidas a la conservación del estado general, prevención de la oclusión y demás complicaciones. Igual que para otras formas de infecciones, la terapéutica medicamentosa era de poco valor. Se recomendaban, según los períodos, sales de oro o plata por vía venosa, arsenicales, alcohol, etc. Solamente la seroterapia antigangrenosa tenía sus indicaciones precisas. La multiplicidad de la infección microbiana de la peritonitis estimuló la preparación de los sueros polivalentes, pero los resultados no justificaban las esperanzas en cada nueva medicación que aparecía.

Con el advenimiento de las sulfadrogas y luego de los antibióticos, recién se entró en la etapa del verdadero tratamiento antiinfeccioso de la peritonitis. Si bien tanto las sulfadrogas como el primero de los antibióticos, la penicilina, no tienen acción específica contra el principal agente de la peritonitis el *Escherichia coli*, la acción contra los gérmenes asociados ya representó una importante ayuda. Actuando como complemento de la cirugía se consiguió una extraordinaria mejoría en los resultados, llegándose a la curación del casi 100 % de las apendicitis agudas antes de la difusión y al 90 % de las peritonitis generalizadas de diversa etiología. No entran en estos porcentajes las peritonitis del postoperatorio.

B) USO DE LOS ANTIBIOTICOS

Siendo su uso tan conocido y generalizado no entraremos en detalles. Ya nos hemos referido a la administración de los antibióticos por vía intraperitoneal, solos o combinados con el lavado. Por la multiplicidad de gérmenes en juego (microorganismos Gram positivos, principalmente cocos y bacilos, anaerobios, *Escherichia coli* y otros Gram negativos) (21), se utilizarán los antibióticos de amplio espectro y de acción bacteriostática y bactericida. Su administración se hará por vía paraentérica o intraperitoneal. Establecida la importancia que, para el tratamiento de la peritonitis representaron los antibióticos, corresponde insistir en el peligro que representa su uso antes que el diagnóstico se haya aclarado y tomada la correspondiente decisión quirúrgica. El último enfermo que falleció en el Servicio a nuestro cargo, por peritonitis de origen apendicular, fue precisamente motivado por ese error.

El resumen de la historia es el siguiente: C. B. (65 años). Consulta en el servicio de guardia por cuadro agudo de vientre alto, a derecha. Se duda entre apendicitis y perforación de ulcus. No se aprecia neumoperitoneo radiológico. Regular estado general, antecedentes de intenso alcoholismo. Se le deja en observación y se le administra penicilina-estreptomicina. Tres horas después había mejorado considerablemente y, al día siguiente, se siente completamente bien y pide el alta. Se le concede. Reingresa a las veinticuatro horas con una grave peritonitis aguda generalizada. Se interviene: apéndice perforado; fallece a los tres días.

El caso tiene las características de la conocida "calma traidora". No dudamos que los antibióticos tuvieron importante papel en su aparición. Tienen para nosotros las mismas contraindicaciones que la morfina.

En lo que respecta a la eficacia de los antibióticos en el curso del tiempo, desde que empezaron a usarse en el tratamiento complementario de la peritonitis, no se ha notado, en general, disminución de su eficacia, tal como se ha visto en el curso de otras enfermedades.

Hidratación.— La reposición de los líquidos perdidos es fundamental para el éxito. Hoy, que lo practicamos de rutina, no le damos a veces todo su valor, pero su incorporación a la terapéutica de la peritonitis tuvo, en su momento, una importancia que no dudamos en considerar equivalente a la que representó en nuestro tiempo el advenimiento de los antibióticos.

— La cantidad de líquidos a administrar debe estar en relación con las pérdidas habidas desde el comienzo de la enfermedad. En general, tratándose de una afección aguda, y con la cada vez mejor educación del público, que consulta más precozmente, los enfermos llegan en general con un estado de hidratación tolerable, por lo que no se debe exagerar las cifras de las cantidades de líquidos a suministrar. En servicios asistenciales tales como el que trabajamos, no se puede contar desde luego con los datos de laboratorio repetidos y seriados, cuyo valor no es necesario comentar. *No pudiendo contar con ellos en forma permanente para todos los casos, preferimos no pedirlos esporádicamente* dado que con su obtención el personal técnico y de enfermería se acostumbra a su manejo y desprecia

las normas clínicas elementales que se pueden obtener diariamente en la cabecera del enfermo con una vigilancia cuidadosa.

Al hablar de líquidos, nos referimos también a los electrolitos, dado que su pérdida y reposición deben ir juntas. Desde luego que en las primeras horas sólo nos debe preocupar la reposición del sodio, dentro de las cantidades normales. Hace unos años se exageró su importancia y se indicaban grandes cantidades de cloruro de sodio hipertónico, medicación que hoy casi ha desaparecido del arsenal terapéutico del postoperatorio, sustituido con ventajas por otras medidas más racionales. El enfermo de peritonitis aguda es generalmente un sujeto a quien la enfermedad ha tomado muchas veces en plena salud, con sus reservas intactas, y que no se desequilibra por estar dos o tres días en ayunas, hasta que la reanudación de la función gastrointestinal se normaliza. Si por las contingencias propias de la enfermedad, accidentes del postoperatorio, etc., la imposibilidad de ingestión por boca se prolonga, es entonces el momento de cuidar la reposición adecuada. Se procederá de acuerdo a la ley de Coller y Maddock (22).

Prevención y tratamiento de la oclusión intestinal.— La intubación previa prevendrá la gran mayoría de los ileos paralíticos y será también de gran eficacia en el despiste del ileo mecánico. Su vigilancia estará directamente al cuidado e interpretación del personal médico. Se ha dicho con razón que “la sonda es el cirujano lo que el estetoscopio al internista”.

Los datos que nos proporciona una intubación bien vigilada, completados con los obtenidos del pulso y un buen registro de la emisión de materias y gases y de la diuresis, dan al cirujano una pauta exacta de la evolución del enfermo operado de peritonitis.

Los clásicos datos de la temperatura tienen menos valor. Sin entrar naturalmente al tema de la oclusión intestinal, diremos que en la consideración de un cuadro oclusivo apareciendo en cualquier momento de la evolución de una peritonitis debemos tener en cuenta, para proceder con eficacia, que la oclusión del peritonítico es a forma mixta paralítica y mecánica y que puede pasar de una a otra forma por la influencia del tratamiento.

Es de la observación cuidadosa de los acontecimientos que se deben sacar las normas para proceder en cada caso.

Oxigenoterapia.— Elman y Eckrt (23) insisten especialmente en las ventajas de la inhalación de oxígeno en las primeras horas del postoperatorio. Los fundamentos de esta terapia están en la acción del oxígeno contra los microbios anaerobios.

Estas son las medidas habituales de tratamiento de las peritonitis. Con su manejo adecuado se ha obtenido una gran elevación de porcentajes de curaciones y de la calidad de las curaciones obtenidas.

C) TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DE LA PERITONITIS

Oclusión intestinal del postoperatorio inmediato o tardío.
Evisceraciones-Eventraciones.

Abscesos residuales. Douglasitis. Muy frecuente en la época anterior a los antibióticos, el absceso del Douglas y su mínima expresión la Douglasitis, representan un despertar de la infección peritoneal, ahora localizado en el fondo de saco. No insistiremos en su fisiopatología ni en sus síntomas. Es paradójal su aparición después de un "período lúcido" de aparente dominio de la infección, alrededor de los catorce días de la operación, cuando el "stress" operatorio debería estar dominado. Con el uso de los antibióticos la sintomatología del absceso del Douglas no es tan clara como antes, pero la reanudación o cambio del antibiótico permiten que muchas veces vayan a la resolución. Nosotros damos en el momento de sospecharse la douglasitis, sulfamidas de acción local, Ef-tiazol con estreptomina a la dosis de 10 gramos por kilo de peso cada veinticuatro horas y, muy a menudo, conseguimos la reducción y desaparición del proceso.

Desde luego que cuando el absceso está bien constituido deben drenarse de acuerdo a las normas clásicas, por la pared rectal o vaginal.

Cuando se trata de abscesos residuales altos, entre las asas, nos encontramos con un gravísimo problema de diagnóstico y tratamiento. Desde luego esta complicación supone un cierto grado de íleo. Aquí la radiología toma todo su valor localizando el o los abscesos y permitiendo ir al drenaje quirúrgico. Supone

en todos los casos una grave complicación. Muy a menudo, cuando se obtiene la curación, es a expensas de una fístula intestinal.

Complicaciones pulmonares o venosas.— Su frecuencia ha disminuido netamente desde el advenimiento de los antibióticos.

No parecen ser más frecuentes que en otras operaciones de apariencias menos séptica, y su aparición está condicionada más a los antecedentes del enfermo, estado venoso, obesidad, etc., que a la intensidad de la infección y operación practicada.

Su tratamiento será en gran parte preventivo, y una vez aparecidas las complicaciones, constituyen de por sí enfermedades con su tratamiento propio.

En cuanto a la terrible complicación que es la pileflebitis con su corolario posible, el absceso múltiple de Nélaton, es más el tributo de la cirugía en tibia y, felizmente, ya ha casi desaparecido de las clínicas. No tiene tratamiento quirúrgico ni médico.

III.— PERITONITIS DE ORIGEN TRAUMÁTICO

Pueden ser originadas en traumatismos abiertos o cerrados. Son poco frecuentes en la práctica civil ya que todas las heridas penetrantes de abdomen, mismo presentando lesión visceral, no suponen obligatoriamente peritonitis, si son operados sistemáticamente, como es la norma. En esto consiste la profilaxis de las peritonitis traumáticas.

Las más graves son las que aparecen en los traumatismos cerrados de abdomen, a los varios días del traumatismo, y que son ocasionadas por caídas de éscaras. En todos los casos el éxito depende de la oportunidad terapéutica. Las directivas generales son las mismas que para las demás formas de peritonitis. Un factor de gravedad en las peritonitis traumáticas, está en el agregado del shock y la anemia derivados del mismo traumatismo, y que generalmente existen. Otros factores de gravedad son los debidos a la presencia de sangre o bilis en el peritoneo, y la posibilidad de otras lesiones que enmascaran la sintomatología.

La radiología presta a aquí sus mejores servicios. Recalcamos el valor de la *paracentesis* para despistar precozmente la

presencia de líquido y juzgar sobre su aspecto. De persistir la duda, iremos rápidamente a la laparotomía exploradora.

La terapéutica y las directivas quirúrgicas de las contusiones de abdomen y de las peritonitis microbianas, influyen por igual en el tratamiento y directivas quirúrgicas de las peritonitis traumáticas.

IV.— PERITONITIS DEL PERIODO POSTOPERATORIO O PERITONITIS POSTOPERATORIAS

Constituye la forma más grave de las peritonitis, y es la responsable de la mayoría de las muertes en postoperatorio inmediato, o más o menos alejado de las operaciones abdominales, y desde el punto de vista del diagnóstico práctico debe establecerse que todo operado de abdomen que no evoluciona bien, tiene una peritonitis, hasta prueba en contrario.

Se establecen dos grandes grupos:

- a) *Peritonitis por contaminación operatoria.*
- b) *Peritonitis por causas atribuibles a la operación practicada.*

A) PERITONITIS POR CONTAMINACION OPERATORIA

Este grupo es teóricamente evitable si se siguen de un modo absoluto las grandes reglas de la asepsia quirúrgica, hoy descuidadas confiando en que el abandono de las mismas puede ser compensado por los antibióticos. Esta práctica equivocada ha llevado a un círculo vicioso cuya conclusión debería ser precisamente la contraria, es decir que las precauciones de la asepsia deberían ser redobladas, dado que la exaltación de la virulencia microbiana, provocada por el uso indiscriminado de antibióticos, así lo exige. En este momento se ven en los Servicios quirúrgicos de la Capital y del Interior, Servicios de hospital o privados, un aumento de las supuraciones parietales que, en algunos ambientes, ha llegado a constituir un problema de enorme gravedad. Pero no debemos olvidar que la pared abdominal es lo que se ve, mientras las profundidades del abdomen son más difíciles de juzgar desde afuera en un postoperatorio, y no pode-

mos asegurar nunca sin reintervención, o sin necropsia, que los accidentes postoperatorios que un enfermo presenta, en un determinado momento de su evolución, no son el resultado de una contaminación operatoria. Creemos que la importancia del problema debe determinar la firme decisión de tomar las necesarias providencias que se pueden resumir en las siguientes:

- 1º) Volver al punto cero, es decir proceder de acuerdo a las grandes reglas quirúrgicas, como si no se hubiesen descubierto los antibióticos.
- 2º) Actuar en todos los casos de acuerdo al principio fundamental de la asepsia quirúrgica práctica, a saber: *todo está infectado respecto a todo.*

Actuamos sin estadísticas, pero no dudamos en afirmar, que el esfuerzo a realizarse, compensaría ampliamente en vidas, escuelas operatorias y gastos hospitalarios.

B) PERITONITIS ATRIBUIBLES
A LA OPERACION PRACTICADA,
O A COMPLICACIONES DE LA MISMA

No se trata ya de la contaminación operatoria debida a fallas técnicas o a incidentes ocurridos en el curso de una operación, evitables en gran mayoría de los casos. Es conocido por todos que una contaminación masivo del peritoneo provocada en el acto operatorio por la ruptura de un absceso, o de una viscera a contenido luminoso séptico, tiene, en general, menos gravedad que la pequeña contaminación como la que produce la mínima efracción de una sutura, si ella es continuada y no es detenida a tiempo. Esta gravedad está determinada por el estado biológico especial de "stress" estado reaccional especial del operado de intervenciones mayores o agresiones traumáticas. Esto ha sido bien documentado después de los trabajos de Selye (24), y entre nosotros J. C. Abó (25), en un documentado trabajo sobre la eventración postoperatoria aguda. Dice Abó: "La operación, la exposición al frío, el trauma general, inducen en el organismo afectado una serie de modificaciones metabólicas entre las cuales las más ampliamente reconocidas serían: excreción aumentada de potasio, retención de sodio y cloro, excre-

cion alterada del nitrógeno, modificaciones del balance hídrico en relación con la retención de sodio, reacción alterada de antígeno-anticuerpo, disminución del número de eosinófilos circulantes y excreción aumentada de los córticoesteroides y de los 17-cetoesteroides.”

Estas alteraciones estarían en relación con una hiperactividad adrenocortical, respuesta del “stress”, reacción fisiológica a la agresión.

Continúa más adelante Abó: “Este período de la agresión postoperatorio que puede ser más o menos aparente o pasar totalmente inadvertido, según la intensidad de la agresión y del estado previo del sistema neuroendocrino del enfermo, *es esencialmente catabólico*, puesto que está regido por la adrenalina y los glucocorticoides, cuyas propiedades catabolizantes son conocidas.” Esta fase duraría, normalmente, 4 ó 5 días y luego sería sustituida por la fase *anabólica*.

El desiderátum de la cirugía está, pues, en no provocar por el acto quirúrgico la prolongación de la fase catabólica, y aún mismo tratar de acortarla. Durante ese período, en los casos de suturas, se podrá contar con los elementos que hemos utilizado en la sutura; de ahí la importancia de la elección de determinado material, absorbible o no absorbible, etc. Todo esto tiene menor importancia frente al factor biológico. Abó, en el trabajo citado, comprueba el valor que tiene para seguir la marcha biológica del proceso de cicatrización, el recuento de los eosinófilos en el postoperatorio, procedimiento sencillo y que nos indica con fidelidad el momento de la virazón de las defensas. Es así como se explica el hecho aparentemente paradójal del buen resultado de una sutura parietal secundaria en una dehiscencia de la pared que se produzca p. e. a los diez días de una operación. Todos hemos tenido casos semejantes cuya explicación no encontrábamos antes del conocimiento de estos hechos. Estos mismos procesos que, por suceder en la pared abdominal se hacen evidentes, se repiten en el interior del abdomen, y una dehiscencia en una sutura visceral acarrea la infección de la cavidad peritoneal, y de acuerdo a las circunstancias puede ir a la peritonitis. Desgraciadamente, el mismo estado biológico disminuye las reacciones que determinan los síntomas que habitualmente nos hacen sospechar la peritonitis (dolor, contrac-

tura, temperatura axilar), siendo en cambio de gran valor para su precoz despiste la temperatura rectal, la taquicardia y la agitación, y más tardíamente los que resultan del inevitable íleo, distensión abdominal, vómitos. La administración indiscriminada de antibióticos contribuye aquí también a oscurecer los síntomas, confundiendo y dilatando la única posibilidad de salvar algunos enfermos: la reintervención. Esta reintervención debe llevarse a cabo en forma de no contribuir a aumentar el estado de gravedad del enfermo, pero tratando por todos los medios de corregir la causa de la peritonitis. Se procederá así a cerrar una brecha, corregir una sutura o exteriorizar el segmento visceral donde asiente la lesión, en caso de ser posible. Cuando la dehiscencia de la sutura se produjo por trastornos en la irrigación del muñón suturado o anastomosado, se procederá a ampliar la resección, con objeto de volver a suturar en tejido sano. Sabemos que esto no es fácil ni sencillo, pero es la única forma de salvar al enfermo. Tal, los casos referidos por P. D. Jackson (26) en gastrectomías parciales ampliadas, donde la bolsa residual fue a la isquemia, provocando una peritonitis, y determinando la necesidad de proceder a la gastrectomía total, con lo cual tuvo algunos éxitos. De acuerdo a lo dicho más arriba, cuando la dehiscencia se produce (lo que es muy raro) pasado el período catabólico, las consecuencias pueden no ser tan graves como en el caso de un enfermo de 38 años a quien operamos de un antiguo úlcus de pequeña curva en 1953, en el Hospital Soca de la ciudad de Canelones. Anestesia local, gastrectomía parcial, anastomosis oral parcial transmesocólica con gastergut N^o 1 de buena calidad. Sin incidencias hasta el 7^o día en que se va de alta. A los 14 días de operado, mientras cenaba, es tomado de un intenso dolor epigástrico. El enfermo se hace diagnóstico exacto de dehiscencia, y concurre inmediatamente al hospital solicitando la reintervención inmediata, y asegurando al médico que lo ve, que de hacerse así se curaría con seguridad. Es reintervenido por los Dres. Legnani y Gatti. Anestesia general con Ombredanne. Se comprueba en el peritoneo gran cantidad de líquido, que el enfermo acababa de ingerir. La línea anterior de la anastomosis está completamente abierta. Cierre con doble surjet. Drenaje del Douglas. Curación rápida. Postoperatorio inmediato y tardío y resultado funcional excelente.

Pero en general los síntomas no son tan claros. Aparecen alrededor del tercer día de la operación. Algunas veces se puede sentir desde el primer momento la marcha desfavorable. La misma medicación que se establece desde el principio contribuye a borrar los síntomas. Ya hemos insistido más arriba. La misma intubación a pesar de sus grandes ventajas, puede contribuir en algo a enmascarar los síntomas, al disminuir la distensión abdominal. Aún encontrando un bocal lleno de líquido aspirado, con sólo algunas gotas que pasen al peritoneo en forma continuada, alcanza para provocar la peritonitis postoperatoria. Al mismo tiempo la reposición oportuna de líquidos y electrolitos, mantiene la presión arterial normal y permite una diuresis forzando el riñón. No citamos estos elementos auxiliares preciosos del postoperatorio para descartarlos sino para tenerlos en cuenta en la apreciación de los fenómenos del postoperatorio, y poder proceder en consecuencia. Aun en las mejores condiciones de realización, las reintervenciones en las peritonitis están gravadas de un altísimo porcentaje de mortalidad, que va del 70 al 90 %, según las estadísticas. Desde luego que nos referimos siempre a peritonitis generalizadas. Influyen en cada caso además de las condiciones del preoperatorio, la operación realizada, anestesia, etc., etc. Por eso, en el conocimiento de la gravedad que representa la peritonitis generalizada postoperatoria, una vez declarada, debemos empeñarnos en prevenirlas al máximo.

Contando que se ha operado dentro de las condiciones obligatorias para evitar la contaminación por instrumental, etc. para prevenir la P. P. O. debida al enfermo y a la operación se han preconizado muchas medidas.

Elas tienen dos fines:

- a) Colocar la lesión que el enfermo presenta, y por la cual se opera, y los demás órganos y sistemas del organismo, en las mejores condiciones para resistir el acto quirúrgico y reaccionar de acuerdo a lo deseado.
- b) Exaltar las defensas inespecíficas del organismo a operar.

a) El examen general del enfermo proporcionará los datos que nos permitirán hacer el balance vital del mismo. Este examen será completado por los análisis de Laboratorio. No vamos

a hacer hincapié en lo que es de todos conocido. El hallazgo de algunos hechos, tanto en el estudio previo como en la laparotomía, nos harán desistir, muchas veces con gran disgusto de emprender o continuar la operación programada. Entre estos hechos nombraremos, en primer término, a la ascitis. Su comprobación hará desistir de cualquier tiempo operatorio que suponga la apertura de una víscera. La peritonitis por contaminación secundaria es así inevitable. Hemos visto fracasar en esas condiciones una simple gastrostomía, realizada dentro de las más perfectas condiciones técnicas. Siempre en vista de la prevención de la peritonitis secundaria, por falla en suturas realizadas se insistirá en el despiste de la especificidad, diabetes, y en la apreciación de las cifras de hemoglobina y proteinemia. Es inútil empeñarse en intervenir un enfermo en quien las cifras de hemoglobina y de proteínas están por debajo de lo mínimo admitido. No habrá perfección de técnica que lo compense.

Dos medidas incorporadas desde hace algunos años han demostrado todo su valor, y debe insistirse en su uso: la desinfección local de la mucosa intestinal y de su contenido por medio de sulfadrogas o antibióticos (terramicina o neomicina).

Esta práctica ha cambiado completamente el pronóstico de las operaciones sobre colon, al prevenir la peritonitis por contaminación operatoria o postoperatoria, el gran fantasma de estas operaciones antes de esta adquisición. Muchos autores han preconizado extender esta medida a las operaciones sobre tubo digestivo alto.

No tenemos experiencia particular ni tampoco información directa sobre esto. Se trata de una conducta sobre la que será difícil sacar conclusiones, pero que dada su lógica debe ser incorporada también a la cirugía gastroduodenal de rutina. No nos seduce la conducta preconizada por J. Quenu y Perrotin (27) en la que alterna en la preparación del colon, lavajes intestinales, sulfadrogas e ingestiones de aceite de ricino (que pensábase estaba eliminada de la moderna farmacopea).

La otra medida cuyo valor crece día a día es la intubación previa. Bien manejada e interpretada en sus resultados, constituye una de las mayores conquistas para la seguridad del operado de abdomen.

Deben incluirse también entre las medidas de prevención de las peritonitis del postoperatorio los correctos cuidados del operado de abdomen, con el balance hídrico, salino y proteico, y la vigilancia del sistema cardiovascular y emuntorios. Ello lleva por extensión al estudio del modo de realizar esas medidas en las mejores condiciones. Se plantearía así el tema de las salas de recuperación [D. Pratt (28)], adaptado ya definitivamente en algunos ambientes, pero ideal no planteable todavía en los medios como los que actuamos, hasta que no se resuelva previamente el problema del número y calidad del personal de enfermería.

b) *Exaltar las defensas inespecíficas del organismo a operar.*— Antes del advenimiento de los antibióticos se habían preconizado muchos procedimientos que luego fueron cayendo en desuso ante la eficacia de aquellos. Sin embargo, teniendo una forma de acción distinta no deben ser olvidadas. Pasaremos en revista algunas de ellas:

1) *Laparotomía previa.*— La experiencia había demostrado que cuando se practicaba una laparotomía y exploración del vientre en una tumoración considerada inoperable, y luego de varios días por cualquier circunstancia se reintervenía y llevaba a cabo la operación, los resultados eran mejores que en las operaciones primarias. Se entiende que cuando hablamos de mejores resultados, nos referimos a aquellos que tienen que ver con la solidez de las suturas, etc. Lo mismo sucedía en las operaciones practicadas intencionadamente en dos tiempos, descontando el efecto favorable de la decompresión. Ello determinó a muchos cirujanos a practicar, antes de las grandes operaciones, una pequeña laparotomía exploradora en la que se pasaba la mano enguantada por todo el vientre. Varios días después, seguramente más de cinco o seis, se procedía a la intervención indicada. Se practicaba con ello una vacunación mixta, en base a la pequeña contaminación operatoria, y a la trasudación de los gérmenes huéspedes habituales del tubo digestivo. Actualmente se pueden acreditar los beneficios que se obtenían, tanto a la presunta vacunación, como a la exaltación de otro tipo de defensas de acuerdo a la teoría de Selye.

En relación con lo mismo, nosotros hemos pensado que, entre los efectos favorables de la práctica del neumoperitoneo previo, debe contarse la pequeña e inevitable contaminación que se hace al inyectar aire en el peritoneo, equivalente a una laparotomía mínima.

2) *Vacunación propiamente dicha.*—Puede realizarse por vía general o por vía intraperitoneal. No tenemos experiencia con el segundo método, ni sabemos que se haya experimentado en nuestro medio. Experimentalmente en perros, Schmidt y otros (29) obtuvieron importante inmunidad a la contaminación masiva como la que supone la perforación ileal. Utilizaban para la vacunación intraperitoneal el “coli bactragen”. Se le administraba con la anticipación exigida a todo método de inmunidad pasiva.

Charles E. Rea. (30) compara experimentalmente la inmunidad que provoca el uso profiláctico de: 1º) Drogas y antisépticos peritoneales. 2º) Vacuna intraperitoneal. 3º) Radioterapia profunda, cuyo valor considera nulo. Naturalmente, y de acuerdo a la fecha en que se hicieron estas experiencias, la aplicación previa de sulfas llevó ventajas sobre los demás métodos, que todavía posteriormente con el advenimiento de los antibióticos, fueron abandonados, antes de haberse podido formar criterio de las aplicaciones en la cirugía de estos diversos métodos.

Queda en pie la discusión del primer procedimiento, o sea la vacunación por vía general, con vacunas standard, del tipo Propidón, Bruschetini o de la vacuna antiptiógena del Instituto de Higiene. Es muy difícil poder dar cifras para apreciar el valor de un procedimiento profiláctico, más aún, cuando al mismo tiempo se han ido incorporando a la cirugía otros medios de prevención de las infecciones, a saber: instrumental, técnica, etc., etc., y sobre todo el advenimiento de las sulfas y de los antibióticos; pero quienes actuamos durante muchos años en Servicios de Cirugía donde se practicaba en forma sistemática la vacunación preoperatoria, conservamos el agradable recuerdo de la ausencia de muchas complicaciones que ahora nos asedian. En algunos aspectos de la patología del posoperatorio, tal como las complicaciones venosas, no nos cabe la menor duda de los beneficios de la vacunación.

Es de lamentar profundamente que, basada en no sabemos qué principios o asesoramiento, Salud Pública no provea a sus Servicios en forma regular y permanente, de tan precioso auxiliar terapéutico y profiláctico, de fácil uso y costo reducido, cuyo empleo sistemático en el preoperatorio ayudaría a ahorrar muchas vidas y a acortar de un modo sustancial la estadía hospitalaria, con sus beneficiosas consecuencias.

Quedarían para aplicar en los casos extremos en que los cuadros clínicos aparecen con caracteres de suma gravedad, algunas medidas que han sido propuestas, pero de las que no tenemos experiencia.

- 1º) La radioterapia profunda.
- 2º) Los córticoesteroides.
- 3º) La hibernación artificial.

1º) La radioterapia profunda ha sido ensayada experimentalmente sin haberse obtenido resultados que autoricen la aplicación humana. No hemos podido obtener datos concretos sobre los resultados obtenidos en enfermos.

2º) Los córticoesteroides tienen su indicación (ACTH) en ciertos momentos del shock operatorio. Su manejo, siempre difícil, debe ser dirigido por un internista experimentado.

3º) De acuerdo al concepto teórico de la hibernación, esta debe tener su lugar en el arsenal terapéutico de la peritonitis. Igual que para los esteroides, pensamos que su manejo difícil debe estar dirigido por un Internista especializado, en estrecha colaboración con el cirujano. Su principal inconveniente está en la disminución y casi supresión de algunas manifestaciones reaccionales que cambian completamente la sintomatología que estamos acostumbrados a valorar. No tenemos conocimiento de su utilización en nuestro medio.

En resumen, con la utilización de una técnica quirúrgica cada vez mejorada, el uso ajustado de los antibióticos, y los complementos terapéuticos que hemos visto, se ha mejorado considerablemente el porcentaje de curaciones de peritonitis. Queda todavía un cierto número de casos que, por diversas circunstancias, escapan a los medios terapéuticos de que disponemos.

La comparación de las cifras de curaciones actuales con las de hace treinta años, muestran el gran progreso habido.

Los porcentajes futuros se deben mejorar a expensas de casos cada vez más graves. La peritonitis postoperatoria sigue siendo todavía el gran fantasma de la cirugía abdominal. La mayor importancia de las operaciones que actualmente se realizan contribuye, naturalmente, al alto porcentaje.

BIBLIOGRAFIA

1. HOUZE.—“Tesis”. París, 1896.
2. GUINARD.—“Nouveau Traité de Chirurgie”. L. D. y D., 1910.
3. DIEULAFOY.—“Manuel de Patologie Interne”.
4. VASCONI y MERLO.—“Minerva Médica”, Vol. II: 2447; 1957.
5. WANGENSTEEN, O. H.—“Oclusión intestinal”, pág. 233, 1953.
6. LECENE y LERICHE.—“Therapeutique Chirurgicale”.
7. DEL CAMPO, J. C.—“VII Cong. Urug. de Cirugía”, pág. 66, 1956.
8. LARGHERO, P.—“Sesiones quirúrgicas”. Hosp. Esc. del Litoral. Paysandú, VII; 1957.
9. WOLF, W. I.—“Anales de Cirugía”, 4: 579; 1950.
10. CRILE, G. W.—El tratamiento de la peritonitis. “J. A. M. A.”, Vol. 2, N° 12; 1919.
11. MAUTONE, J.—“VI Cong. Urug. de Cirugía”, T. II, 1956.
12. BURNETT, E. y BROWN, R.—“Anales de Cirugía”, pág. 623; mayo 1957.
13. SCHATTEN, W. E.—“S. G. O.”, pág. 339; marzo 1956.
14. MAINGOT.—“Operaciones abdominales”, 1957.
15. CHIFFLET, A.—“IV Cong. Urug. de Cirugía”, pág. 367, 1953.
16. PRATT, D.—Cirugía vascular. “Arch. Urug. de Med., Cir. y Esp.”, 1930.
17. LARGHERO, P.—Drenaje peritoneal. “IV Cong. Urug. de Cirugía”, pág. 370, 1953.
18. CENDAN ALFONSO, J.—Drenaje peritons/p. “IV Cong. Urug. de Cirugía”, pág. 389, 1953.
19. LECLERC.—“Bull. de la Soc. de Chirurgie”, Paris 1913.
20. KING, J. R.—“Anales de Cirugía”, 5: 628; mayo 1957.
21. PULASKY, E. J.—“Terapia antibiótica”, pág. 394. Welch, 1955.
22. NASH, J.—“Fisiología quirúrgica”, pág. 271, 1947.
23. ELMAN y ECKERT.—“J. Missouri”, 39: 196; julio 1942.
24. SELYE, H.—“Sinopsis Médica Internacional”, 13: 9; 1953.
25. ABO, J. C.—“Boletín de la Soc. de Cirugía del Uruguay”, T. XXIV, N° 6, 1953.
26. JACKSON, P. D.—“Anales de Cirugía”, pág. 1048, diciembre 1959.
27. QUENU, J. y PERROTIN, J.—“Traité de Tec. Chirurg.”, T. VI, 1955.
28. PRATT, D.—“VII Cong. Urug. de Cirugía”, T. II.
29. SCHMIDT, E. R. y col.—“Surgery”, 9: 871; junio 1944.
30. REA, Charles E.—“S. G. O.”, 73: 196; agosto 1941.