

sión a las 48 horas del tapón vaginal si se ha colocado. Alta generalmente a los tres o cuatro días. Durante los 10 o 15 primeros días es conveniente, ordenar bebidas diuréticas abundantes y un gramo o gramo y medio de urotropina.

CONSIDERACIONES SOBRE EL DRENAJE DEL PERITONEO. SU VALOR Y SUS INDICACIONES

por el Dr. F. DOMENECH ALSINA
Cirujano del Hospital Clínico, de Barcelona.

Es este un asunto que dista mucho de estar resuelto. Pero aunque no pueden establecerse reglas absolutas, se pueden fijar las bases en que debe fundarse la indicación del drenaje peritoneal, ya sea en el curso de una intervención, ya sea como fin único del acto operatorio.

La indicación debe ser establecida después de un juicio clínico que tiene que estar fundado en el exacto cotejo de varios factores: valor del drenaje, inconvenientes que representa el establecerlo, posibilidades de defensa del peritoneo, importancia de la causa que lo motiva; todo ello aplicado al caso particular de que se trate. Son estos factores, los que son objeto de estudio en este trabajo, pero bajo un aspecto general, sin descender al estudio de las indicaciones en las distintas afecciones e intervenciones.

Vamos a tratar primero del *valor del drenaje*, porque al sentar una indicación, debemos antes que nada, conocer lo que del mismo podemos esperar.

Está bien demostrada la poca utilidad del drenaje con tubo de goma en la mayoría de los casos. Recordamos y el hecho es una de tantas observaciones, haber practicado la autopsia de una enferma fallecida por peritonitis consecutiva a una intervención ginecológica, en la que un tubo de drenaje no había dado salida a una sola gota de pus, apesar de contenerlo en gran abundancia la cavidad abdominal. Poco después, en un enfermo gastrectomizado, que falleció a consecuencia de una hemorragia considerable, pudimos comprobar la integridad del vendaje, apesar del drenaje con tubo. Y es que rápidamente, el tubo es obturado por el contacto de las asas intestinales, o del epiplón y pierde su valor como medio eliminador. Cumple mejor sus efectos, cuando se trata del drenaje de una cavidad tabicada y con paredes más o menos rígidas. Pero aun conservando intacta su luz, el desagüe para ser efectivo, tiene que ser ayudado mecánicamente, ya sea por la acción de la gravedad (colocación en un punto declive), ya sea por la vis a tergo.

Otras indicaciones pueden fundarse, en la propiedad de determinar adherencias y labrar un verdadero conducto a su alrededor.

Valor de la gasa. No se puede separar el estudio de este medio, cuando se emplea como taponamiento, del estudio del drenaje simple del abdomen. En primer lugar, porque además de taponar, puede drenar la sangre o líquido extravasados, en segundo lugar, porque la indicación puede ser mixta y en tercer lugar, porque

al cabo de poco tiempo, puede drenar las secreciones a que ella misma da lugar como cuerpo extraño.

Su valor como hemostático es indudable y el taponamiento es en el abdomen, como en todas partes, el último recurso con que se puede contar. Es indispensable e insubstituible, en los casos de heridas del páncreas o despegamientos de órganos adheridos al mismo, en que queda una superficie cruenta pancreática y en los que amenaza continuar a pesar de los medios empleados, el derrame de líquido pancreático. Volveremos sobre esta cuestión al tratar de indicaciones.

La gasa, dejada en tira floja, puede drenar bien por capilaridad la sangre y exudados fluidos, pero pierde mucho valor para las secreciones purulentas que impermeabilizando rápidamente dicho drenaje, invierten su acción, convirtiéndolo en taponamiento e impidiendo la salida de las secreciones. No hay que repetir la acción de la gasa apretada, que obra siempre así. La gasa tiene también la propiedad de determinar adherencias a su alrededor.

Estas distintas propiedades de la gasa se aprovechan en el drenaje de Mikulitz. Ese drenaje, tiene un valor real evidente. Buen hemostático contra la hemorragia en sábana, determina adherencias a su alrededor, tendiendo a formar una cavidad de la cual el Mikulitz ocupa el centro, abocándola al mismo tiempo al exterior. Indudablemente, sus ventajas resultan principalmente del punto de su colocación y es por esto que presta grandes servicios en muchas intervenciones ginecológicas, colocado en un punto declive del abdomen; aplicado contra superficies cruentas inmóviles, puede llenar bien su papel de hemostático y de limitador de la infección peritoneal. Como evacuador de las secreciones al exterior su valor es menor. A medida que las secreciones se vuelven purulentas, va disminuyendo. A los pocos días se ha convertido en taponamiento y mantiene por su presencia la supuración. Sin embargo su misión estando terminada, estos inconvenientes cesan al practicar su extracción.

Otros medios empleados tales como el dren cigarrillo pueden referirse a los anteriores.

Inconvenientes comunes a todo drenaje:

a) Sea cual sea su naturaleza, colocado en un medio aséptico, provoca la supuración en el término medio de 24 horas.

b) Resulta una puerta de entrada posible para la infección exógena. Aparte del peligro que representa siempre durante las curas—puede este punto tener mucha importancia en determinados casos—por la presencia en la proximidad del sitio donde se tendría que abocar el drenaje, de una posible causa de infección. Por ejemplo proximidad de una fístula estercorácea.

c) Constituye un atentado a la integridad de la pared. Posibilidad de ser la causa de una eventración, de la producción de una hernia ulterior.

Valor del drenaje peritoneal según su situación:
Tiene tanto más valor cuanto

A) Más fija es la región operatoria sobre la que se coloca.

B) Más cerca está dicha región del exterior.

C) Más posible es aprovechar la acción de la gravedad colocándolo en un punto declive.

A) Colocar un drenaje sobre una porción móvil del abdomen, no tiene más que los inconvenientes, sin ningún efecto útil. Así por ejemplo: Sea el caso una intervención por herida de arma de fuego, en la que se encuentran varias perforaciones de yeyuno, que se suturan. Es imposible en este caso, colocar un drenaje verdad en contacto con el foco traumático. Se trata de un órgano muy móvil. Aunque quedara de momento cerca de la pared, al poco tiempo los movimientos intestinales lo habrían alejado y el drenaje no obraría más que como cuerpo extraño, conservando naturalmente, el efecto pernicioso que para la integridad de la pared representaría.

B) Es la distancia al exterior lo que contribuye a hacer difícil el drenaje de un absceso retrogástrico o el asegurar al intervenir una pancreatitis hemorrágica, la evacuación del jugo pancreático que pueda seguir derramándose al exterior.

C) Es también indudable. Así el drenaje del Douglas, tiene mucho valor cuando se hace por el recto o por la vagina, muchísimo menos si se hace por el hipogastrio. En el primer caso, por la acción de la gravedad las secreciones se evacúan fácilmente. En el segundo caso, lo han de hacer por capilaridad o por rezumamiento y es mucho más difícil.

El drenaje de la gran cavidad. El drenaje puede tener por objeto drenar toda la cavidad peritoneal. Este objeto no es posible alcanzarlo. La anfractuosidad de dicha cavidad, las mismas adherencias que rápidamente tienden a tabicar una serie de focos, unidos al poco valor ya estudiado de los medios de drenaje, han hecho que sea admitido por todos como imposible, por incompleto.

El drenaje local en peritoneo libre, tan frecuente al terminar una intervención, buscando evitar en lo posible y sobre todo limitar una probable infección, tiende a convertir las condiciones, en drenaje de peritoneo cerrado y su valor depende del conjunto de circunstancias que venimos estudiando.

El drenaje en una porción de peritoneo ya limitada. Absceso peritoneal. Valor indudable. Disminuye la presión en el foco. Disminuye por este hecho, la posibilidad de una nueva abertura de dicho foco en la cavidad general. Representa la eliminación de una colección perniciosa. Perniciosa aun en el caso de que sea posible su reabsorción, porque siempre es más o menos nociva la reabsorción de elementos necrosados y mucho más en los casos en que por la persistencia de la supuración, o por su toxicidad (infección anaerobia por ej.), amenaza la vida del enfermo. Perniciosa, porque hay la posibilidad de una infección a distancia, por microbios contenidos en el foco y todavía virulentos.

Tiene los inconvenientes comunes a todo drenaje: los que resultan para la integridad de la pared, de una cicatrización por segunda intención, la posibilidad de una infección secundaria, etc., y además la posibilidad durante el acto operatorio, de contaminar el peritoneo vecino y propagar la infección. Esta posibilidad es variable. Muy pequeña para un absceso de situación anterior o para un absceso del Douglas que se drena por vía vaginal o rectal, es constante para los abscesos peritoneales profundos.

Es un hecho bien comprobado, que la serosa pe-

ritoneal se defiende contra la infección. La contaminación peritoneal pone en acción los medios defensivos, que aquí no vamos a estudiar y basta muchas veces para limitar y hasta para vencer en absoluto la infección.

Experimentalmente se ha comprobado, que la introducción en una cavidad peritoneal normal de una pequeña cantidad de estafilococos blancos no determina peritonitis (GRAWITZ, REICHEL, WATERHOUSE, BUMM)

Pero pasemos al estudio de algunos hechos que nos enseña la clínica:

La péviperitonitis cura la mayoría de veces por el tratamiento médico. Cuantos casos vemos en clínica de peritonitis de origen genital, que comenzando por un cuadro dramático de reacción peritoneal intensísima, ceden rápidamente al reposo y al calor. Indudablemente no habría intervención quirúrgica de ningún género, que diera en esta afección, los resultados que dan las defensas naturales del peritoneo.

¿Cómo explicar la benignidad de esta infección peritoneal? Indudablemente tiene influencia, el lugar peritoneal que facilita la limitación, la naturaleza del agente infectante; pero además hay una razón fundamental la no persistencia de la causa. La contaminación es en la mayoría de los casos accidental, generalmente por el mecanismo de la linfangitis transparietal a partir de la trompa infectada y una vez establecida la lucha, el peritoneo basta para defenderse, limitar y hasta vencer a veces completamente la infección.

Cuan frecuente es encontrar en el curso de intervenciones por apendicitis en frío, apéndices que muestran señales evidentes de haberse perforado en la fase aguda y sin embargo, habiéndose espontáneamente obturado la perforación por mecanismos de todos sabidos, espontáneamente se limitó la infección peritoneal.

No es raro encontrar en los antecedentes de antiguos ulcerosos de estómago, una fase de violenta reacción peritoneal, que corresponde a una perforación de la úlcera pero que por condiciones dependientes de la marcha de la lesión, fué espontáneamente obturada a tiempo y se atajó la infección peritoneal. Hechos que se comprueban después, durante el acto operatorio.

Por el contrario y en oposición a los casos anteriores, vemos la terminación fatal de las heridas penetrantes de vientre con lesión intestinal, no intervenidas, o los innumerables casos de perforación de úlceras gástricas o de perforación apendicular, que teniendo lugar en peritoneo libre y no preparado padra cerrar la puerta infectante (perforación de apéndice en un primer ataque, perforación de úlcera aguda de estómago, etc.), conducen rápidamente a una peritonitis generalizada.

M. FRIEDRICH en el XLº congreso de la sociedad alemana de Cirugía; expuso el experimento siguiente: Después de haber laparatomizado perros, dejaba en el vientre pedazos de tierra envueltos en una compresa y los dejaba allí un tiempo variable. Cuando los sacos infectantes eran retirados antes de 8 horas, los animales sobrevivían, mientras que si pasaba este plazo sucumbían, aunque se laparatomizara nuevamente para drenar el peritoneo infectado.

Todos los hechos clínicos y experimentales citados conducen a un mismo resultado: La importancia capital de la causa infectante; las grandes posibilidades

del peritoneo de defenderse con éxito contra la inoculación ya efectuada, cuando no persiste la causa que iría repitiendo la contaminación.

Estos hechos unidos a que como enseña también la clínica, el drenaje no ayuda la verdadera defensa peritoneal—la defensa que efectúa contra el microbio como membrana serosa—es lo que ha hecho restringir cada día más las indicaciones del drenaje.

OMBREDANE (*Precis clinique et opératoire de Chirurgie infantile*), siguiendo lo que habían dicho ya otros autores y en particular TÉMOIN, ha acabado después de haber podido establecer numerosas comparaciones clínicas, tratando la peritonitis apendicular de los niños difusa o a grandes focos múltiples en el curso del 2.º o 3.º día, por la apendicectomía, secado de la cavidad abdominal, lavado con éter y el cierre subsiguiente del abdomen sin drenaje. Quitado el apéndice hecho fundamental, pues como dice OMBREDANE, si en el curso de una intervención en el segundo o tercer día de una peritonitis apendicular, el apéndice no es extirpado, el niño muere, deja el peritoneo defenderse por sí sólo, habiendo demostrado las estadísticas, haber obtenido por este método mayor número de curaciones, que antes poniendo al descubierto con un Mikulitz la región.

Y si tanto valor tiene la defensa peritoneal, en casos de una contaminación tan evidente e intensa del peritoneo, todavía podremos esperar más de ella, cuando habiéndose producido en el curso de una intervención quirúrgica, una contaminación accidental del peritoneo, al acabar la intervención, se tiene la seguridad de estar al abrigo de una reproducción de la causa contaminante, siendo la hemostasia suficiente. La infección peritoneal se producirá o no. Todo dependerá de la cuantía de la contaminación, de su septicidad, de su mayor o menor duración, de su difusión, de la manera como se ha secado y limpiado el campo operatorio, del mayor o menor malaxamiento visceral; en gran manera, indudablemente, del factor individual, pero el enfermo no ganará con un drenaje que no podrá llenar ningún papel.

Y esta conducta se ha seguido con éxito, no ya en los casos de contaminación accidental, sino en casos de contaminaciones masivas y datando ya de algún tiempo. En estadísticas publicadas por los cirujanos franceses de la gran guerra (SCHWARTZ y MOCQUOT. *Revue de Chirurgie*, 1916), pueden verse numerosos casos de intervenciones por perforaciones intestinales por arma de fuego, tratadas por la sutura o resección y cierre herético del abdomen, con numerosos casos de curación.

Un gran apoyo en favor de los hechos expuestos, lo constituye, el estudio de los resultados obtenidos en el tratamiento de las úlceras gastroduodenales perforadas. No vamos a estudiar a fondo ese asunto—en la *Revue de Chirurgie* del mes de Marzo del corriente año puede verse un excelente artículo de RADOIEVITCH tratando dicho tema—pero sí vamos a hacer notar el siguiente hecho: Según estadísticas citadas en dicho trabajo, en 119 casos operados durante las doce primeras horas y tratados por la simple sutura de la perforación, la mortalidad ha sido de 23'5 %. En 124 casos operados también en las doce primeras horas y tratados por la gastropilorectomía, la mortalidad ha sido de 11'3 %.

Es que esta última intervención, aparte del hecho be-

neficioso de suprimir una lesión infectada (lo cual disminuyendo las frecuentes complicaciones pulmonares disminuye también la mortalidad), en manos de cirujanos experimentados, evita la persistencia de la causa de contaminación, mientras que la simple sutura, por fallar en gran número de casos, por las malas condiciones de los bordes de la perforación a suturar, hace posible muchas veces su repetición y una operación tan sencilla y rápida, siempre que no dé la seguridad quirúrgica de la oclusión perfecta, debe ceder el paso a otra más compleja y larga, pero que nos puede dar esta seguridad.

Es éste, en el tratamiento de la perforación gástrica, el hecho fundamental. La posibilidad de detener la infección peritoneal, depende sobre todo de dos factores: supresión de la causa y supresión a tiempo. En el drenaje poco se puede confiar. Gran número de las curaciones obtenidas, lo han sido en casos en que ni siquiera se ha colocado.

Hasta ahora no hemos hecho más que citar una condición indispensable para la supresión del drenaje, que es la hemostasia suficiente. Aparte de lo que significaría por sí misma, una pérdida hemática contra la que el taponamiento puede ser el último recurso, es un hecho demostrado que la sangre colectada en el peritoneo favorece su infección.

No siempre se logra esta hemostasia suficiente. Sobretodo en muchas intervenciones ginecológicas, la hemorragia en sábana obliga al taponamiento y por otra parte, no siendo raro tener que dejar abandonado en estas intervenciones, algún fragmento de un saco abscesal o una gran cantidad de exudado, se explica que sea prestando en Ginecología excelentes servicios el Mikulitz.

Como decíamos ya anteriormente, otra contraindicación para la supresión del drenaje, lo constituyen los casos de intervenciones en la zona pancreática, en las que no se ha suprimido la posibilidad de una difusión peritoneal de jugo pancreático, pues dada la gravedad que tiene para la vida del enfermo esta difusión, el taponamiento o el abocamiento al exterior del jugo derramado, quedan como únicas posibilidades de salvación.

Ahora bien, para que el cirujano tenga la seguridad de haber suprimido la causa de contaminación, debe tener en la mayoría de las intervenciones abdominales seguridad en las suturas efectuadas. Aquí el criterio clínico del cirujano en cada caso deberá decidir, pero teniendo en cuenta que en este caso, el drenaje tiene por objeto evacuar el contenido visceral al exterior, cuando se presenta el fallo de la sutura y que debe buscar por lo tanto determinadas adherencias a su alrededor; labrar un verdadero conducto aislado del resto de la cavidad abdominal y que la mayor o menor probabilidad de éxito, depende de un conjunto de circunstancias, en gran parte ya expuestas.

Esta indicación, se presenta sobre todo en muchos casos de suturas practicadas en el intestino grueso y afortunadamente la situación bastante fija de la región, hace útil en ocasiones el drenaje. Se ven numerosos casos de enfermos con suturas de intestino grueso por heridas o por colectomías, que han curado después de haberse presentado fistulas estercoráceas.

Cuando el cirujano no tiene seguridad en una sutura por él efectuada, el drenaje se presenta como la única posibilidad de salvación, en el caso de resultar fundados sus temores. Pero aun siendo indudable su indicación, su valor es bastante precario. Véase la misma estadística citada sobre el tratamiento de las úlceras gastroduodenales perforadas. La salvación está tan ligada a la supresión de la causa contaminante, que apesar de todo, la pilorogastrectomía proporciona un mayor tanto por ciento de curaciones, que la simple oclusión de la perforación; porque ésta fracasa en muchos casos, sin que baste el drenaje generalmente colocado, para remediar dicho fallo.

Como conclusión podemos decir: El drenaje es actualmente el tratamiento del absceso peritoneal. El drenaje no es el tratamiento de la peritonitis en la verdadera fase de inflamación.

El triunfo del peritoneo o de la infección, dependerá por una parte de la capacidad individual para defenderse aquél; por otra parte de un conjunto de circunstancias: virulencia microbiana, tiempo de contaminación, difusión de la misma, etc.

Sobre el factor capacidad para defenderse el peritoneo, estamos actualmente muy desarmados. Es a no dudar un campo de progreso para la terapéutica, cuyo cultivo, puede proporcionar óptimos resultados.

El progreso de la Cirugía va disminuyendo cada día los factores nocivos para el peritoneo. Ahora bien, esta disminución se va logrando a beneficio de la perfección quirúrgica. Ya hemos visto en cambio el valor relativo del drenaje.

Vale más una intervención larga pero completa, que no disminuir la duración de la misma, confiando al drenaje la suplencia de las deficiencias operatorias. La perfección quirúrgica es, mientras estemos desarmados contra los factores esenciales de la infección peritoneal, el único medio de disminuir la mortalidad en las intervenciones, por grave contaminación. Y de hecho, esto se va logrando, como puede verse estudiando las mismas estadísticas citadas de las intervenciones por perforación gástrica y de las intervenciones abdominales en cirugía de guerra.

No vamos a estudiar en detalle las indicaciones del drenaje en las distintas afecciones. En todo caso, como hemos dicho ya al comienzo, esta indicación debe surgir de un juicio clínico, fundado en el cotejo de los diferentes factores estudiados aplicados al caso clínico de que se trate.

Vamos, para terminar, a exponer la siguiente historia clínica, que consideramos sumamente interesante, como ejemplo de juicio clínico para sentar una indicación peritoneal.

Alejandro S. A. 18 años. Antecedentes familiares y patológicos sin valor. El día 30 de Noviembre de 1924 a las 9 de la noche, dolor fortísimo en el epigastrio con vómitos intensos. Al cabo de algunas horas, calman los vómitos y el dolor, menos intenso, pasa del epigastrio a la parte inferior del abdomen. Al tercer día el enfermo se encuentra mejor, haciendo espontáneamente una deposición.

Ingresa en el Hospital Clínico, el cuarto día, donde le veo como médico de guardia, en el siguiente estado: Cara abdominal, 104 pulsaciones por minuto, pulso bastante tenso, temperatura 37.6. Han cesado completamente los vómitos. Vientre algo abombado, doloroso a la palpación, asentando el máximo dolor en el

hipogastrio y fosas ilíacas. Defensa muscular paralela con el dolor, sin ser extraordinariamente acentuada. Por tacto rectal Douglas doloroso y bastante empastado. El diagnóstico de peritonitis se impone. No puedo precisar la causa, pero sin hacer el diagnóstico etiológico exacto, puntualizo mentalmente los siguientes hechos, sobre los que fundamento la conducta seguida.

El enfermo ha comenzado con un cuadro dramático de peritonitis. Espontáneamente ha mejorado al tercer día y actualmente, su estado es de buena defensa por parte de su organismo. La infección peritoneal, como lo demuestra la tendencia a localizarse en la parte baja, está en vías de limitación.

¿Que podría buscarse en este momento con una intervención quirúrgica?

a) Obrar contra la causa de la peritonitis. En este caso no es indispensable, pues la evolución, el mejoramiento de los síntomas demuestra que lo ha hecho ya el enfermo y que dicha causa no sigue actuando. Por otra parte el desconocimiento de dicha causa, llenaría de inconvenientes el acto operatorio. Difusión de la infección, necesidad de extensa incisión en un vientre meteorizado, duración posiblemente larga de la intervención. Desecho por estos motivos la indicación para obrar contra la causa.

b) Establecer un drenaje. En primer lugar, en una peritonitis no bien limitada como no lo es la de este enfermo, el drenaje sería incompleto. Por otra parte tiene muchos inconvenientes. Posibilidad de romper las sutiles adherencias peritoneales de esta fase de infección, posibilidad de eventración tratándose de un vientre todavía meteorizado, etc. Además ¿que iba a ganar con el drenaje este peritoneo que se defendía bien.

Fundándose en los hechos citados no intervengo al enfermo, dejándolo a merced de sus defensas que afortunadamente, fueron suficientes para limitar la infección. La defensa muscular y el dolor se limitaron a la mitad infraumbilical del abdomen, el estado general del enfermo mejoró y el día 12 de Diciembre fué intervenido, pero lo fué para drenar una colección ya limitada que no se reabsorbía espontáneamente.

Véase lo que nos dice el Prof. BARRINA, jefe de la clínica donde ingresó el enfermo y quien lo intervino, en la hoja operatoria. Hállase un foco de peritonitis supurada en el hipogastrio, con adherencias muy fuertes de las asas intestinales, que impiden y contraíndican explorar más allá del foco supurado, no sabiéndose por consiguiente la causa de este absceso intraperitoneal.

Drenado el foco el enfermo entró en vías de franca curación.

NOTAS Y RESEÑAS

LOS ENDOMETRIOMAS

Consideramos muy interesante y de gran actualidad el dar una idea clara y hacer una exposición resumida de la cuestión de los endometriomas y en intento de ello vamos a exponer el extracto de los trabajos que, a nuestro modesto juicio, nos parecen los más demostrativos y que más se ajustan a la verdad de los hechos comprobados hasta hoy día.

DOSSENA comunicó a la *Societá Médico-chirurgica de Pavia* (Sesión del 11 de Julio de 1924) sus trabajos de experimentación, ejecutados sobre conejos y ratas blancas: Diseminando en la cavidad abdominal el raspado de la mucosa uterina de tales animales, comprobó más tarde, por autopsia, el que tanto los elementos epiteliales como los musculares se injertan en todas partes, pero de preferencia en el ligamiento ancho, en la pared superior de la vejiga y en los intestinos. Tales elementos se injertan sin determinar previamente ninguna lesión favorable a su implantación y se desarrollan dando origen a formaciones que revisten el tipo de cistoma, cistoadenoma, cistopapiloma, y formas adenomatosas. Estas formaciones después de 150 días de la autotrasplatación se mantienen bien conservadas y en vías de activo desarrollo.

GAIFAMI publicó en *La Clínica Obstétrica* (Noviembre de 1924), un trabajo sobre los endometriomas ováricos y pelvianos.