

NOTAS GINECOLÓGICAS EL DRENAJE ABDOMINAL EN GINECOLOGÍA

por el doctor

F. TERRADES

Profesor Auxiliar de la Facultad de Medicina de Barcelona.

La cuestión del drenaje después de una laparotomía, continúa apasionando a los ginecólogos, observándose los radicalismos más extremos, con variantes en una misma escuela, según las épocas, y aun en un mismo individuo. Cuando MIKULICZ, precisando una técnica seguida hasta hoy, lo vulgarizó, fué aceptado con tal entusiasmo, que el más fútil motivo era indicación de drenaje; quizás los motivos que ahora nos parecen fútiles antes no lo eran, porque no practicándose la asepsia con el rigor actual, el más pequeño rezumamiento, el alargamiento de una operación, las denudaciones peritoneales sin importancia, eran causa de una peritonitis mortal; el auge que tomó entonces el drenaje del peritoneo estaría justificado y salvó muchas vidas. Pero los perfeccionamientos de técnica, la mejor preparación de las enfermas, la asepsia más apurada y el mejor conocimiento del modo de abordar las anexitis supuradas, fueron haciéndose al compás y gracias al drenaje, hasta tal punto, que cuando el ginecólogo se dió cuenta de que en muchos casos era superfluo, había pasado muchos años empleándolo en casos que no precisaba. Entonces, por reacción natural junto con el deseo de la innovación, quiso suprimirle por completo, llevado de un espíritu de generalización. El drenaje es menos necesario hoy que 20 años atrás, pero no debemos caer en la exageración de los que lo desdennan ni en la de los que lo creen excesivamente necesario a pretexto de que no hace daño. Si FAURE tiene tan brillante estadística en la op. de WERHEIM por cáncer, más que al drenaje abdominal, lo debe al perfeccionamiento de su técnica y de la asepsia del campo.

Difícil es entenderse respecto a las circunstancias que han de concurrir para dejar drenaje, porque no siendo éstas medibles por una medida común para comparar los casos, tampoco podrán compararse las estadísticas; muy a menudo, dos cirujanos que parecen disentir de criterio, en la práctica lo tienen semejante; por esto, no tengo la pretensión de dar reglas fijas, sino de explicar mi modo de obrar. Pero antes de precisar las indicaciones en lo que se pueda, importa dejar bien sentado que el drenaje no es cosa absolutamente inocua, para parar el argumento de los que dicen: «puesto que no hace daño, puede ponerse siempre que se quiera» o, «si de 100 casos he salvado una vida, está bien puesto en los 100 casos».

El drenaje del peritoneo por el abdomen, el más

eficaz sin duda, de todos los drenajes por la gran extensión que es susceptible de dársele en los casos difíciles, tiene también más inconvenientes. Generalmente, éstos se reducen a las molestias que tiene que soportar la enferma por las curas a que da lugar durante la convalecencia operatoria; pero esto solo no sería nada al lado de una enferma salvada entre 100; pero se le acusa de algo más importante.

Un drenaje abdominal deja una parte de la herida más floja y propensa a la producción ulterior de hernias o eventraciones; este inconveniente puede evitarse en parte, por medio de un punto de sutura que abarque todo el grosor de la pared, colocado ya el día de la operación, y que se aprieta después de sacado el MIKULICZ, cuando éste apenas exuda; así y todo, quedan muchas cicatrices feas y hernias que serán un perpetuo mal recuerdo de la operación que obligarán a intervenir otra vez. Esta segunda intervención si la eventración es grande y con muchos divertículos, no es del todo inocua, tiene su mortalidad, que hay que poner en el *debe* del MIKULICZ. Durante los 10 últimos años, he tenido ocasión de operar 17 eventraciones, particularmente grandes y difíciles con 2 casos de muerte; no discutiré las circunstancias en que ésta se haya producido, ni generalizaré los resultados de una serie mala, como lo son casi todas las que expondré, por ser recogidas en gran parte, en un medio hospitalario, donde llegan a mis manos los peores casos; pero importa recordar que por pequeña que se quiera hacer, hay una mortalidad atribuible por este lado al drenaje abdominal.

Por otra parte, el drenaje pasa con razón para favorecer la formación de fístulas urinarias o entéricas. Cuando un intestino se denuda o perfora en el curso de una operación, aunque se recubra luego de peritoneo, como es de rigor, el contacto ulterior con una gasa perjudica la propiedad plástica de éste y favorece la fistulación, mucho más cuando el denudamiento haya pasado desapercibido y la gasa contacte con la capa muscular del conducto; por esto, muchas perforaciones se hacen aparentes al arrancar el MIKULICZ. De mí, puedo decir que desde que prodigo menos el drenaje, tengo menos fístulas. También hay quien ha tenido una hemorragia mortal al arrancar el drenaje, o una peritonitis generalizada a partir del mismo; y aunque estos accidentes son evitables sacando el saco tardíamente, no dejan de constituir otro peligro.

Sin querer recargar el cuadro de inconvenientes, no puede negarse que existen, a veces graves, en suficiente cantidad para no prodigarlo en los casos que que se considere inútil, a pretexto de que es inocuo; acabamos de ver que no lo es. Todavía puede evitarse una parte con el drenaje vaginal; pero como en éste, en muchos casos no puede suplir al genuino MIKULICZ, continuaré refiriéndome a éste último al precisar sus indicaciones, dando ya por sentado que cuando el drenaje ha de ser muy localizado en la baja pelvis y, sobre todo, las circunstancias operatorias se prestan, por ejemplo: con ocasión de una

histerectomía, encuentro muy racional el drenaje del peritoneo por la vagina.

Tres funciones principales puede cumplir un drenaje: 1.ª, llevar al exterior exudados que pueden acumularse en un fondo y ser motivo de infección. 2.ª, limitar una infección localizada. 3.ª, cohibir una hemorragia difusa. La primera, que es la verdadera creadora del drenaje, es quizás la menos importante, la más ilusoria, y de ella toman pie sus contradictores para generalizar la supresión.

Cuando a un peritoneo se le deja un tubo de gasa o algo que comunique con el exterior, se ve exudar abundantemente las primeras 24 horas y no tanto en los días sucesivos; si coincidiendo con este hecho tan ostensible, se observa qué casos que de otro modo se morían, se salvan, es natural acogerse al argumento simplista de que la corriente que se establece de dentro a fuera evita la propagación de la infección y la absorción de productos tóxicos. Mas las cosas no pasan tan sencillamente; es bien probado que a las 24 horas de colocado un drenaje tubular, y después de algunas más si el drenaje es muy extenso, el mismo peritoneo establece una barrera de adherencias para defenderse de aquel cuerpo extraño, que le aísla por completo, sucediendo entonces que el drenaje actúa solamente en la cavidad que lo alberga, y drena esta cavidad, que no es precisamente el peritoneo, sino una cavidad adventicia exudante; exactamente igual pasará si abrimos un vientre sano y colocamos un drenaje. De esto se deduce que el líquido que sale por el drenaje no representa líquido de estancamiento que sin él hubiera quedado dentro, sino la irritación que el cuerpo extraño produce en el peritoneo; se deduce también que el drenaje de la gran cavidad peritoneal solo es verdad para el sitio desnudo, cosa que por otra parte, ha sido muchas veces comprobada experimentalmente en los animales. Dos hechos parecen oponerse a esta argumentación. A veces, por retirar demasiado pronto un drenaje abdominal o vaginal, se acumula en el bajo peritoneo una cantidad de líquido que obliga a hacer una contraabertura por el DOUGLAS; otras veces, el mismo hecho ha pasado por no dejar drenaje y coleccionarse en este sitio líquidos sépticos, con fenómenos generales, fiebre, contratiempo más molesto que grave y que corresponde a la segunda función del drenaje, que luego analizaré. Lo primero es debido a que la cantidad adventicia que dejó el drenaje continúa exudando; es decir, es un accidente a causa del drenaje y no por falta de él, de ahí la buena práctica de no retirar los drenajes prematuramente. Lo segundo, contratiempo más molesto que grave, fácilmente remediable con una abertura al nivel de la acumulación, es debido indudablemente a la falta de un drenaje que debía cumplir la segunda función que luego analizaré.

Consecuente, pues, con estas ideas, creo que los casos de *irritación y exudación peritoneal por peritonitis tuberculosa, papilomas ováricos, quistes torsionados, inflamados o rotos, que dan lugar a ascitis, fibromas mal tolerados por idéntico motivo, no debe-*

ser drenados; basta evacuar lo mejor posible el exudado existente en el acto de la operación.

La segunda cualidad del drenaje, es, sin duda, la más importante, a condición de que la infección esté desde el comienzo perfectamente localizada; con esto entramos de lleno en el capítulo de las anexitis supuradas, y no es posible separar la indicación del drenaje, del estudio del momento operatorio óptimo de estos procesos.

Toda supuración de trompa u ovario que no se abra en una cavidad (vejiga, recto, vagina) espontáneamente o por nuestra intervención, debe ser operada, porque la infección de estos órganos en cavidad cerrada, solo a fuerza de cuidados se consigue tenerla apaciguada, pero retoña de vez en cuando, complicando el cuadro por extensión a órganos sanos. En los intervalos de quietud, la curación sólo es aparente y el pus, digan lo que quieran los análisis rápidos, no es estéril, como lo prueba el que cualquier congestión pelviana (cansancio, excesos de coito, aplicación de laminaria uterina) basta para provocar un nuevo acceso febril; si el pus encerrado en el ovario fuera estéril esto no se comprendería. Así, pues, desde el momento en que hay un terreno no aséptico en el que hemos de manobrar, es natural que busquemos las máximas garantías de no infección peritoneal por si la cavidad supurada no puede sacarse entera, cosa la más frecuente. El aislamiento del campo con varias capas de compresas, es práctica de todos conocida, pero me importa hacer remarcar como detalle que si las compresas superiores que contactan con el pus deben cambiarse, las inferiores que cubran el intestino se procurará no cambiarlas en toda la operación. Otra garantía está en saber escoger para operar el momento en que el organismo está vacunado localmente contra la infección; hoy se tiende a provocar esta vacunación con inyecciones de vacunas piógenas polivalentes unos días antes de la operación, pero yo creo preferible aprovechar la inmunidad natural que deja el proceso inflamatorio después de un período de agudez, que por ser temporal como la de todo proceso piógeno, no hay que desperdiciar; esta inmunidad, según mi experiencia, es muy aceptable a los 15 ó 20 días de apagada la fiebre, no conviniendo esperar más allá de dos meses para no correr el riesgo de perderla; en este período, la abertura del pus durante la operación no es peligrosa según he tenido ocasión de demostrar muchas veces a mis alumnos; y, sin embargo, no puede decirse que sea estéril porque se ha dado el caso de provocar una supuración local de la grasa subcutánea del abdomen y quedar preservado el peritoneo sin duda por haberse establecido una inmunidad local a lo Besredka.

Operando una anexitis en estas condiciones, si puedo peritoneizar medianamente las superficies desnudas no dejo drenaje aunque haya habido derrame de pus.

Pero puede darse el caso de que el desnudamiento haya sido muy extenso e imposible de peritoneizar y entonces un buen drenaje llevará al exterior los lí-

quidos que exude la parte desnuda en un terreno no del todo aséptico; además, sirve de contención a los intestinos para que no vaya a contraer adherencias en la pelvis; ventaja importante que nos da el Mikulicz, porque las adherencias que los intestinos contraen con él, desaparecen, pero las que contraen con el fondo de la pelvis dan lugar a menudo a molestias y a veces a obstrucción intestinal.

Cuando no poseemos datos probables de la septicidad de un pus que nos aparece de improviso ni de la inmunidad del organismo, creo que el drenaje abdominal es útil por formar una barrera detrás de la cual el peritoneo sano tiene tiempo de organizar una defensa; pero no asimismo que si la siembra séptica por manipulaciones operatorias se ha extendido algo, el drenaje será completamente inútil aunque hay que ponerlo para tranquilidad de conciencia. Esto es decir que el drenaje actúa no tanto por el hecho de drenar como por el de permitir la defensa detrás de él; para esto precisa que la barrera de gasa sea en este caso muy extensa y gruesa para impedir todo acceso de intestino delgado a la cavidad pelviana; el drenaje de Mikulicz es el que mejor llena estas condiciones.

Durante el último período de 10 años he operado 113 anexitis; casi siempre casos malos porque no cuento entre ellos los casos ligeros que se reducen a adherencias peritoneales más o menos recias con pequeño daño ovárico que sumaría 100 casos más, en los cuales ni he colocado drenaje ni he tenido mortalidad. De estas 113 laparotomías se dejó drenaje de Mikulicz en 34 casos y en otros 7 drenaje vaginal o de tubo. Hubo derrame de pus durante la operación en 39 casos, de los cuales en 25 se dejó drenaje abdominal, en 4 vaginal, y en 10 no se dejó drenaje; la mortalidad fué 5, correspondiendo 3 a proceso supurado con Mikulicz, 1 a lo mismo sin drenaje, y 1 a hemorragia. Aún en la serie de los últimos 5 años que suma 56, he escaseado más el drenaje; en 16 casos con pus abierto he drenado 9 veces sin mortalidad en ninguno de los 16 casos; el único caso de muerte fué una infección aguda post-abortum operada sin tener el cuadro exacto de temperaturas; no hubo derrame de pus, pero la enferma murió a pesar del Mikulicz.

Consecuente con lo expuesto, puedo resumir mi criterio del siguiente modo: *En las anexitis supuradas reputadas frías, el hecho de abrirse la bolsa de pus durante la intervención no justifica el drenaje. Por el contrario, está indicado en los casos sépticos, y será eficaz siempre que la infección esté localizada en la baja pelvis. Está indicado también siempre que haya habido tal desnudamiento que haga imposible la peritoneización, para evitar la fijación de los intestinos en la pelvis.*

En este grupo cae de lleno la operación de WESTHEIM por carcinoma uterino, que de antemano podemos suponer séptico; en este caso la vagina en la que forzosamente hemos de entrar, es un terreno siempre séptico, y aunque el peritoneo pelviano queda siempre bien reconstituído, bueno es aislar transito-

riamente este territorio de la gran cavidad. A diferencia de FAURE, el drenaje lo hago tapizando la parte baja de la pelvis a nivel de los parametrios y sale por la vagina, si el caso es ideal y la neoplasia poco avanzada no dejo drenaje alguno; de 87 casos, tengo 12 sin drenaje; la mortalidad es algo crecida (1 caso por infección y 1 por neumonía), debido a que la mayor parte vienen en pésimas condiciones de operabilidad, sin que haya desproporción entre los casos drenados y los nó.

En las histerectomías totales por mioma, la desinfección previa de la vagina da suficientes garantías de no infección si se procura sacar el útero bien cerrado; por esto en 130 casos sólo lo he aplicado 7 veces, 3 abdominal y 4 vaginal por complicaciones varias.

La tercera de las grandes indicaciones del drenaje es la hemorragia. Cuando después de una laparotomía con grandes desnudamientos hay una hemorragia difusa bastante copiosa que pueda hacer temer la formación de un hematocele, podrá ser útil dejar un drenaje a lo Mikulicz, que en este caso debe ser bastante apretado en los puntos que sangran; su objeto no es ya el aislamiento de un territorio, ni el de sacar líquidos al exterior, sino comprimir el sitio que sangra. Su indicación es tan relativa como las otras y depende no solamente de lo que calculemos que podrá derramarse de sangre acumulada, sino también de la posibilidad de que por la índole de la operación no estemos del todo seguros de la asepsia del campo, cuya última circunstancia refuerza la indicación; es mucho más grave un hematocele de 50 gramos de sangre infectada que de 200 sin infectar; aunque estoy muy lejos de compartir la opinión de los que al operar un embarazo ectópico extirpan la trompa enferma y dejan los coágulos sanguíneos con el pretexto de que ya se reabsorberán haciendo así una autotransfusión lenta.

Raras veces se tiene que recurrir a esta clase de drenaje si se tiene cuidado durante los últimos tiempos operatorios de comprimir con gasas secas los sitios que más sangran o de hacer algún punto de fruncimiento de los mismos. La laparotomía por embarazo ectópico es quizá la que da más contingente y, sin embargo, dreno cada día menos. En los 40 casos de estos 10 años lo he puesto 6 veces en los primeros 20 y 4 veces en los segundos 20; las 2 defunciones habidas han sido con drenaje, una por neumonía y otra por infección probablemente preexistente que no evité el Mikulicz.

Como total de estas 546 laparotomías he empleado el Mikulicz 59 veces; 30 por derrame de pus durante la operación, 21 por grandes desnudamientos difíciles de peritoneizar y 8 por hemorragia difusa. El drenaje vaginal suma 83 veces, casi todas (75) en op. de WESTHEIM.

Pero de poco sirve la estadística si no se ven los casos que cada uno acostumbra a tratar. Las indicaciones del drenaje son todas relativas y poco sujetas a medida como decía al principio; para aplicarlo de-

bemos tener presente que sus beneficios, siendo muy apreciables en algunos casos, no deben generalizarse hasta el punto de menospreciar sus inconvenientes; por el contrario, importa analizar en cada caso la clase de servicio que nos ha de prestar. En definitiva, la mejor regla práctica será la que saquemos del análisis desapasionado de los casos que terminan mal con o sin drenaje.

RESUME

Les indications du drainage abdominal sont toutes relatives. Pour l'appliquer, le chirurgien ne doit pas oublier que, bien que ses bienfaits soient très dignes d'estime dans certains cas, le drainage ne doit pas être généralisé jusqu'à l'extrême de mépriser ses inconvenients.

SUMMARY

All indications of the abdominal drainage are relative. In order to apply it, the surgeon should bear in mind that, even though its benefits may in some cases be valuable, it should not be generalized to the extent of undervaluing its inconveniences.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Kennzeichen der Unterleibsentswässerung sind alle relativ. Um sie anzuwenden, muss der Wundarzt daran denken, obgleich ihre Vorteile in einigen Fällen sehr schätzenswert sind, dass die Anwendung nicht bis zum Äussersten verallgemeinert wird, um seine Schwierigkeiten zu unterschätzen.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA OSTEONDRITIS DEFORMANTE INFANTIL

por los doctores

AMANDIO TAVARES

Primer Asistente, Encargado de los Cursos de Histología y Anatomía Patológica en la Facultad de Medicina de Oporto,

y

ROBERTO CARVALHO

Encargado del Curso de Radiología en la misma Facultad.

En un período relativamente corto se nos ha ofrecido la ocasión de observar dos casos de una curiosa malformación adquirida de cadera, de la cual vamos a ocuparnos en el presente trabajo.

Observación I. — En diciembre del año pasado el colega

Fernando MAGANO (1), acompañó al consultorio de uno de nosotros a un niño de 8 años, Manuel C. C., para el examen radiográfico de la articulación de la rodilla derecha.

El referido niño se vió obligado en julio de 1926 a guardar cama por espacio de dos semanas, a causa de un traumatismo determinado por una solución de continuidad superficial de la región súpero-externa del muslo del mismo lado. Casi un mes después comenzó a quejarse de ligeros dolores en la rodilla, los cuales se intensificaron seguidamente, obligando a veces a interrumpir la marcha. Su madre cuenta que no apoyaba los pies en el suelo con la misma intensidad, no habiendo propiamente, sin embargo, claudicación. Por consejo médico se hicieron varias fricciones en la articulación que se suponía enferma, pero sin resultado, ya que al cabo de poco tiempo la marcha volvía a ser dolorosa y nítida la claudicación.

En la historia de sus antecedentes se encontraba: coqueluche y difteria al mes de haber nacido; a los tres meses aparecieron ulceraciones por el cuerpo, acumuladas principalmente en manos y pies.

Su madre sufría de intensas cefaleas y frecuentes dolores reumáticos; su padre había adquirido sífilis hacía bastantes años.

M. C. C. tenía la bóveda palatina en ojiva e implantación viciosa de los dientes. Ligeros signos de condensación del vértice derecho. Estado general, bueno.

Se quejaba de dolores espontáneos a nivel de la rodilla derecha, pero el examen de esta articulación no despertaba el menor dolor, y sus movimientos se hacían con amplitud normal. En la cadera del mismo lado, la exploración revelaba un dolor localizado en el punto de COOPER, conservando, sin embargo, la integridad de todos sus movimientos. El miembro inferior derecho presentaba un ligero acortamiento en relación con el del lado opuesto. No se percibían ganglios crurales ni ilíacos, como tampoco existían signos de atrofia.

Se procedió al examen radiográfico que demostró—no a nivel de la rodilla de la que se quejaba el niño, sino en la articulación coxo-femoral—alteraciones mucho más serias que las que dejaría entrever la ligera sintomatología apuntada.

En efecto, la radiografía entonces obtenida y reproducida en la figura 1, muestra una notable atrofia del núcleo cefálico del fémur, el cual se presenta fuertemente achatado y reducido a un disco poco espeso, distinguiéndose bien las irregularidades de su contorno y su estructura areolar; el referido núcleo que por fuera sobrepasa el cuello, no ofrece en los diversos segmentos densidad uniforme, siendo más pronunciada la transparencia, sobre todo, en la porción externa.

La superficie articular de la cabeza es casi plana (*coxa-plana*).

En cuanto al cartílago diáfiso-epifisario, oblicuo por abajo y por adentro y más largo que a la izquierda, preséntase ligeramente sinuoso y contorneado en S; su aspecto recortado y muy irregular no tiene límites nítidos, viéndose interrumpido en varios puntos.

El cuello del fémur está visiblemente espesado; midiendo al lado sano 23 mm. de espesor, éste tiene 33 mm. Las medidas tomadas no acusan acortamiento real del cuello.

(1) Reiteramos aquí nuestro agradecimiento al colega Fernando MAGANO, a quien debemos las notas clínicas referentes a este caso.