

La lucha contra el drenaje
en Procesos Agudos Peritoneales

Apendicectomías simplificadas
beneficiosas al operado

Biografía del Doctor
Ricardo Moreno Cañas

Por el Doctor

Jorge Vega Rodríguez

Cirujano del Hospital San Juan de Dios.

Dedicados al Hospital San Juan de Dtos, en donde fueron efectuados, someto con toda modestia al criterio de mis estimados colegas los tres estudios que a continuación expongo.

Los dos primeros: "La lucha contra el drenaje en procesos agudos peritoneales" y "Apendicectomías simplificadas beneficiosas al operado", son consecuencia del vehemente deseo por abrir en nuestro medio quirúrgico, horizontes novedosos que en otras latitudes son ya habituales. El tercero, la biografía del Dr. Ricardo Moreno Cañas es reflejo de la gran angustia, angustia escondida y por ello más intensa que se fijó en mi ánimo con motivo de la tragedia del veinticuatro de agosto del año pasado, en que perdió su vida tan atrayente y completa personalidad.

Jorge Vega Rodríguez

La lucha contra el Drenaje en Procesos Agudos Peritoneales

*Trabajo presentado al V Congreso
Médico Centroamericano reunido en
San Salvador en Noviembre de 1938.*

El papel y la importancia del drenaje o canalización en padecimientos agudos peritoneales ha sido tema suficiente para varios Congresos de Cirugía. Los partidarios de drenar la cavidad peritoneal indudablemente están aún hoy día en mayoría, pero es un hecho que la bondad del drenaje pierde a ojos vista fuerza y vemos distinguidos cirujanos como Delvaux, Ombredanne, Martin Kirschner, Havelicek, Meyer, Albert. A. Berg, Falk, y muchos otros más que no enumero, condenar el drenaje en abdomen y proclamar las excelencias de un peritoneo como primera defensa del cuerpo humano.

Este sencillo trabajo, que expongo a la ilustrada consideración de los colegas centroamericanos reunidos en San Salvador en el Congreso Médico Centroamericano, es fruto únicamente de un esfuerzo y del deseo de que pueda ser útil. Desde Costa Rica saludo de la manera más atenta a todos los médicos reunidos deseándoles completo éxito en la honesta y provechosa tarea que emprenden en el Quinto Congreso.

Nociones de Anatomía y Fisiología del Peritoneo

Todas las vísceras abdominales comprendidas desde la cúpula diafragmática hasta el piso de la pelvis están en relación más o menos íntima con el revestimiento endotelial del peritoneo,

cuya extensión (hoja parietal y hoja visceral) tiene la extensión aproximada de la piel. Este peritoneo está constituido por dos capas, una profunda conjuntiva, resistente y una capa superficial endotelial que tiene la propiedad de secretar el líquido peritoneal, incoloro, suficiente en condiciones normales para lubricar las superficies viscerales, pero que en estados patológicos (irritativos o inflamatorios) se secreta en grandes cantidades y muy rápidamente, formando adherencias blandas (proceso de coalescencia) y transformándose de un suero límpido en un líquido turbio, fibrinoso, purulento, hemorrágico o quilloso. Esta cualidad es tan considerable, como su enorme potencia para absorber líquidos, transformándose en antitóxico o en absorber también partículas (W. Keen). La mayor fuerza en la cualidad absorbente peritoneal está en la parte alta (diafragma y epiplón) de donde se colige la importancia de las posiciones dadas a los enfermos (posición de Rehen, o de Fowler).

Los linfáticos son muy numerosos y distribuidos en redes que abarcan todas las vísceras. Respecto a la sensibilidad peritoneal, ella varía considerablemente pero de manera general, se puede decir que el peritoneo parietal es muy sensible, mientras que el visceral es completamente insensible a toda manipulación operatoria (Lennander). Estas variaciones no cambian en estado patológico (Cushing).

Defensas del Peritoneo. Peritonitis

El peritoneo posee múltiples y valiosas formas de defensa contra todo proceso inflamatorio o infeccioso. El gran cirujano luxemburgués Delvaux llega a afirmar: «El peritoneo es el órgano que sabe defenderse mejor contra toda infección. Solamente que él no puede poner todo su valor defensivo, sino cuando se encuentra en su estado *normal*, es decir en su forma de *vaso cerrado*. Un peritoneo abierto es un órgano enfermo, un órgano incompleto y paralizado en su esfera de acción».

La fisiopatología del peritoneo nos lleva a conclusiones muy importantes sobre su poder defensivo que se traduce en

tres importantes funciones: La exudación, la absorción, y la tendencia plástica a englobar los sitios irritados o infectados (de los Ríos). Todo agente externo, infeccioso o no, provoca en la serosa fenómenos histo-patológicos bien conocidos y muy sugestivos al estudio: una diapedesis abundante con fenómenos concomitantes que semejan a coagulación, la transformación del fibrinógeno en fibrina bajo la acción de la trembina. Buchbinder demostró la existencia de gran cantidad de fibrina alrededor de un tubo de hule de drenaje una hora después de colocado.

La absorción peritoneal es vehículo para impedir la peritonitis. Conocidos son los trabajos de Berg introduciendo con una aguja fina al peritoneo un cultivo puro de estreptococos sin producir peritonitis y las experiencias de Wagner colocando materias pútridas en la cavidad sin ocasionar fenómenos peritoníticos sino de defensa intensa peritoneal. El Dr. Berg (de Mount Sinai de New York) resume sus postulados así: Las bacterias por sí solas, excepto en grandes cantidades no son lo suficientes para producir peritonitis exudativa. La inmunidad del peritoneo sano a la acción deletérea de las bacterias se debe a su rápido poder absorbente. Esta absorción en condiciones normales, se hace principalmente por los vasos sanguíneos. Y que la absorción peritoneal es un proceso activo celular y no pasivo. Esta actividad celular se manifiesta tanto en estado sano como en estado morbooso, pero en menor grado.

El exudado peritoneal además de su poder de absorción y coagulante posee linfas inmunizantes y bacteriolíticas en gran cantidad que, ayudando al organismo en su lucha, hacen llegar los gérmenes al torrente circulatorio y linfático bien atenuados o destruidos, en donde nuevos poderes antitóxicos y fagocitarios continúan su benéfica lucha. Este poder bactericida es de tal intensidad, que cirujanos como Murphy tiene excelentes estudios tendientes a hacer respetar religiosamente todo exudado peritoneal y evitar su expulsión o succión, que además de ser nocivo para la lucha antitóxica, es inútil su extracción por el proceso regular de sedimentación local de las bacterias, no encontrándose nadando en esos líquidos.

La inflamación del Peritoneo o peritonitis, puede ser de dos clases: aséptica y séptica. Entre las primeras hay que colocar la producida por agentes mecánicos o químicos, las producidas por hemorragias más o menos abundantes, las de los líquidos provenientes de vísceras abdominales, las producidas por frotamientos, traumatismos, desgarramientos peritoneales, etc.; actualmente esta clase de peritonitis está desapareciendo por la perfección de las técnicas quirúrgicas y por la noción de su papel defensivo que hoy priva, nulo cuando las células peritoneales están destruidas o lesionadas. Estas peritonitis asépticas se transforman rápidamente en sépticas.

Las peritonitis sépticas pueden ser producidas por cualquier germen patógeno. Histo-patológicamente se pueden dividir en serosas, fibrinosas, purulentas y gangrenosas, aunque con justeza es imposible en ocasiones su diferenciación, y además pueden presentarse asociadas. Respecto a su localización o gravedad se las puede dividir en localizadas, difusas o generales. Este último término se tiende a olvidar, porque además de ser las peritonitis generales verdaderas septicemias y estar fuera del alcance quirúrgico, son sumamente raras y fácilmente confundibles con la difusa.

Estas nociones fisio-patológicas del peritoneo nos hace ver que esta importante serosa ha pasado a la historia en su temible papel de las cosas intangibles, del «noli me tangere», para colocarse entre los órganos más nobles, más agradecidos y de mayor confianza del cuerpo humano.

Noción del Drenaje. Su aplicación modernamente

Se entiende por drenaje, canalización o desagüe, todo medio que tienda a dominar una infección peritoneal, extrayendo o drenando los productos abdominales de la infección. Desde la simple gasa que por capilaridad hace absorción hasta el cruel Mickuliez, pasando por los cigarrillos de hule suave, el mecao, etc. son empleados aún hoy día por gran número de cirujanos

con éxito más o menos halagüeño. Víctor Pauchet dice: «Algunas veces me he arrepentido de no drenar, nunca de drenar». Jean Louis Faure, entusiasta, coloca entre las causas de sus éxitos como cirujano en primera línea el drenaje y después la corrección de la técnica quirúrgica.

¿Cómo actúa el drenaje? Dos contestaciones saltan a este problema de fisio-patología abdominal. O es exclusivamente por la capilaridad y por la ley del menor esfuerzo que los líquidos sépticos salen del abdomen en los desagües ad-hoc. O es que el drenaje despierta en la cavidad peritoneal reacciones intensas que ayudan decididamente a combatir la infección. Detrás de estas dos conclusiones netas se agrupan los sostenedores del drenaje. Es decir, o el drenaje es un fenómeno físico exclusivamente, haciendo un simple papel municipal de cloaca. O es una reacción fisio-patológica, de mera esponja que localiza a su alrededor los productos sépticos para neutralizarlos después, y en la irritación de la serosa provoca diapédesis y todas las transformaciones bio-químicas que todavía están en estudio.

La mayoría de los autores se deciden por esta última escuela, llevando como principal postulado, que alrededor de todo agente de drenaje antes de veinticuatro horas se halla una resistente barrera de fibrina organizada.

Lo que falta por establecer es la utilidad de esta esponja y si las indicaciones del drenaje están bien establecidas y aceptadas en cirugía moderna.

Argumentos en favor del drenaje

1. El drenaje respeta o aumenta las defensas de la serosa peritoneal.
2. Es el medio más importante para dominar localmente toda infección abdominal.
3. Deriva al exterior todo producto tóxico o resto de substancia séptica.

4. Un drenaje bien colocado no deja que se acumule en los compartimentos abdominales detritus extraños o líquidos tóxicos.

5. Ciertamente el peritoneo es un heroico defensor del organismo, pero su defensa no es ilimitada y entonces el drenaje es el defensor del peritoneo.

6. En todo proceso peritoncal, por grave que sea, el drenaje alivia el proceso y sirve de válvula de seguridad, pues al propio tiempo que expulsa los agentes injuriantes, reconcentra a su alrededor fuerzas fagocitarias y anti-tóxicas.

7. El cirujano nunca puede afirmar, aún después de haber extirpado al agente causal, si las lesiones adjuntas no pueden evolucionar y seguir hacia un proceso de agravamiento.

8. El drenaje pone a salvo de contingencias mayores al abdomen como abscesos estercorales, abscesos de otras regiones, etc.

9. Ayuda decididamente al peritoneo y ayuda también a las diferentes capas de la pared abdominal, dándoles un desagüe adecuado.

10. En procesos agudos, con tejidos friables, las suturas, la peritonización, los nudos, no quedan muy seguros, inspiran desconfianza, y entonces el drenaje llena un necesario papel de policía.

11. Se abre el vientre para ayudar al peritoneo a defenderse. El drenaje tradicionalmente usado ha salido casi siempre victorioso y de utilidad innegable.

12. Es inconcebible que en procesos agudos supurativos en los cuales no se pueda extraer completamente el agente causal o neutralizar su efecto general, se cierre la cavidad abdominal.

Pero a pesar de estos argumentos y otros más que se podrían acumular es un hecho de indudable fuerza, que los decididos favorecedores del drenaje han tenido que bajar paulatinamente sus pretensiones y conceder mucho a los impugnadores decididos del drenaje y que los cirujanos

eclécticos, bien intencionados, que no se encastillan en dogmas científicos funestos, aconsejan hoy día restringir en lo posible, el uso del drenaje por los enormes daños que a continuación exponaremos.

Eliminación del drenaje como entidad salvadora

Hemos visto que los medios de defensa peritoneales son de incalculable valor y amplios recursos. El peritoneo ha sido dotado con su propio atributo protector que en nada se mejora con manipulaciones innecesarias o con la introducción de cuerpos extraños (Berg). Por contragolpe, el papel del drenaje se sitúa en lamentable situación en la cirugía moderna.

Felizmente ya acabaron los tiempos del despiadado Mickulicz y de los tubos de vidrio y porcelana de mediados del siglo pasado. Son recuerdos apolillados, la orgía de drenajes con que los cirujanos antiguos ocultaban su falta de conocimiento de la fisio-patología peritoneal, su escasa técnica, o su torpeza, confiando a unos tubos la terminación de su operación. Se debe recordar con toda unción y respeto a los iniciadores del drenaje: Travers, Chassainac, Paestee, Koeberle, Hegar van Mickulicz. Pero estos brillantes nombres que indudablemente cumplieron su misión y llenaron una honrosa página de de la cirugía, fueron sabios y bien intencionados para su tiempo. Actualmente tenemos que sustituirlos por los Karl A. Meyer, Martin Kirschner, Ombredanne, Alonso Clark, creadores de normas técnicas más perfectas y ahorrrativas en sufrimientos para los enfermos.

Todos esos Mickulicz, super-drenaje de Pauchet y los entusiasmos de Faure son recuerdos de una gloriosa historia, catalogados en los museos de la medicina. Si hasta Lecene y Leriche llegan a decir que es la supresión verdadera de la peritonitis y no el drenaje de él lo que importa en el tratamiento.

1. El drenaje no respeta ni aumenta las defensas de la serosa peritoneal. Y no las respeta, porque en lugar de conservar la secreción peritoneal rica en anticuerpos, leucocitos, fibrina, etc., la expulsa o por lo menos trata de hacerlo, sabiéndose que la evacuación de este líquido o del pus no es lo importante, *que las bacterias están sedimentadas*. Tampoco aumenta estas defensas peritoneales sino que trata de extinguirlas y que si muchas veces no lo logra, se debe a que el drenaje es un poderoso excitante de la fibrina, como lo ha demostrado Yates, y que todo cuerpo extraño en el peritoneo en menos de veinticuatro horas está rodeado de una rica red fibrinosa.

2. El drenaje no es el medio más científico para dominar local y generalmente una infección peritoneal. Un dren traumatiza, despule el sitio en que está colocado, de suyo delicado, estorba la función ampliamente fagocitaria peritoneal y pone a la serosa en comunicación con el medio externo rompiendo la santidad del «vaso cerrado» de Delvaux, condición primordial para que este órgano acopie todas sus fuerzas y las emplee con éxito.

3. El drenaje, por mejor colocado que se encuentre, no sirve en mucho para la expulsión de detritus o cuerpos extraños, de líquidos sépticos o tejidos esfacelados. Se debe partir de la base que el cirujano tiene que reunir ciencia y conciencia (Paré), su operación debe ser bien efectuada y si cuando estaba con el abdomen laparotomizado, no pudo extraer un cuerpo extraño, un líquido séptico, un tejido esfacelado, qué poder le va a conceder a un pobre tubo o a una empapada gasa para suplir lo que sus hábiles manos no pudieron hacer? Pongamos por caso una perforación de una úlcera estomacal, qué poder extraordinario tiene un tubo para absorber y enviar fuera una semilla, un grano de arroz que probablemente no se encuentran dentro del sitio drenado? Qué fantástica labor es la de este dren para poder aspirar del Douglas lo que no pudo hacer in situ un espléndido aspirador eléctrico? Y si se espera que la supuración sea la encargada de expulsar lo extraño y tóxico, ¡qué pobre y anticientífico el argumento!

Es ponerse en el lugar de esos médicos que al no poder extraer un fragmento de aguja incrustada en la mano, esperan pacientemente que la supuración lo haga.

Reim fue el primero que cerró el peritoneo en procesos sépticos dejando únicamente un tubo de desagüe en el Douglas, pero Rotter demostró inmediatamente que era imposible por medio alguno el drenaje de la cavidad abdominal libre, pues ésta aprisiona herméticamente en término de veinticuatro horas cualquier cuerpo extraño, y por lo tanto cualquier tubo de drenaje y el escaso líquido que sale al exterior no es al cabo de ese tiempo más que el líquido secretado por las granulaciones del conducto formado alrededor del tubo (Kirschner y Deane Lewis).

4. Un drenaje por mejor colocado que se encuentre está en la imposibilidad absoluta de impedir que se acumule en los compartimentos peritoneales secreciones tóxicas o colecciones purulentas. Lejars aconseja y muchos otros autores, dejar el dren lejos del punto de suturas, para no provocar esfacelos de tejidos ya enfermos.

Es ignorar los fenómenos de estática abdominal el creer que un líquido escurre rápidamente hacia las partes de declive abdominal. Múltiples experiencias y autopsias dicen lo frecuente de encontrar entre las asas intestinales porciones de estos líquidos lo mismo que en zonas insospechadas. Las asas intestinales juegan un papel de aislantes; el factor gravedad no cuenta decididamente en estos fenómenos y la presión abdominal es muy irregular. Además, por ley de patología, todo órgano abdominal enfermo tiende a paralizarse por acción de las toxinas en la musculatura, circunscribiendo el proceso y las secreciones tóxicas.

De los Ríos, eminente médico mexicano, ha experimentado en perros a los cuales ha inyectado en el abdomen suficiente cantidad de sulfofenoltaleína, coloca drenes en sitios de mayor declive, pone a los perros en diferentes posiciones y únicamente una muy escasa cantidad del líquido fue extraído y en las primeras horas; en cambio al hacer las autopsias encontró

en sitios alejados y hasta más altos del inyectado, sulfófenol-taleína empujado por la presión intra-abdominal, el peristaltismo, los movimientos respiratorios, etc.

5. Claramente la defensa peritoneal tiene límite. Pero este límite es muy amplio y más si hay un endotelio no traumatizado. La fibrina como albuminoideo que es, coagula alrededor de cualquier cuerpo, secreción extraña o líquido bacterico, neutralizando provisionalmente los efectos tóxicos; la linfa peritoneal es muy rica en agentes germicidas y antitóxicos y los fagocitos llegan en innumerable cantidad. Además el enorme poder de absorción peritoneal es defensa de incalculable fuerza.

Para probar el valor de la defensa peritoneal se ha colocado sustancias pútridas y caldo de estafilococos en la cavidad peritoneal y se ha visto que se necesitan dosis muy altas para que la peritonitis se declare.

El peritoneo tiene recursos propios que lo hacen jugar papel de filtro. Por ejemplo una peritonitis difusa o general mata por la gran cantidad de toxinas absorbidas, es decir, es una verdadera septicemia, entonces, ¿qué papel juega uno, dos, tres drenes en una infección así de generalizada?

¿No es detener una avalancha con una débil rama de olivo?

6. Ya se ha visto lo deleznable que es el argumento de la expulsión de agentes provocantes. Respecto a que todo drenaje es un epicentro de fuerzas fagocitarias es más débil todavía. Eso de poner a jugar a los drenes el papel de abscesos de fijación riñe con todo lo estatuido por la fisio-patología peritoneal. Toda cavidad peritoneal abierta es cavidad en condiciones inferiores, imperfectas, toda cavidad cerrada es órgano en ideales condiciones, es el vaso cerrado de Delvaux, Havelicck, Ombredanne.

K. A. Meyer de Chicago sostiene que el peritoneo es poco vulnerable a la infección por sus cualidades defensivas propias y por actuar magníficamente como cavidad cerrada.

7. Es imposible drenar todos los intersticios de la cavidad peritoneal, la serosa se defiende contra toda infección, y si no

lo hiciera, no hay poder suficiente en el drenaje para salvar al paciente (Julius I. Spivack). Extirpada la causa de la peritonitis, ésta se apaga por falta de combustión y al revés, no hay duda que la introducción de drenajes aumenta la posibilidad de infecciones secundarias y la formación de adherencias (Dean Lewis). ¿De qué sirven los drenajes si hay abscesos lejanos? Ya se ha repetido que los drenajes son encapsulados en pocas horas y es mejor omitir un drenaje primario y aceptar el hipotético caso de un absceso secundario (Fisk, Sweet).

8. Todo drenaje es un peligro en la cavidad peritoneal. Si es blando (gasa, hebras de algodón, catgut, tendón de canguro, telas impermeables como el baudruche, las cintas de raffia, gasas empapadas en ceras especiales al estilo de Bipp, gasas empapadas en fenol o alcanfor, rubber-dam, etc.) tenemos la formación de adherencias tan dolorosas y molestas como la enfermedad, prolongación de la convalecencia por supuraciones secundarias, extracción dolorosa de estos drenajes y formación de fístulas. Si el drenaje es duro o semi-rígido (tubos de vidrio o porcelana, tubos de hule, etc.) hay la posibilidad de hemorragias secundarias, esfacelo y perforación del intestino, parálisis intestinal, fístulas, adherencias, etc. Y hasta el método Carrel y Dehery considerado por Lewis y Martin como el mejor método para drenar, abunda en inconvenientes.

9. Un drenaje puede servir de vehículo para una infección secundaria y no puede prever la formación de abscesos secundarios, además, es fácil que en su recorrido infecte la pared que es tan susceptible. Si en la cavidad hubo pus franco y el cirujano la cierra, debe, si lo cree conveniente drenar la pared.

10. El cirujano está en el deber de dejar terminada su operación lo más perfecta que le sea posible, si se halla en la imposibilidad de peritonizar completamente, puede recurrir al epiplón, a suturas alejadas o a membranas ad-hoc, que actualmente vienen preparadas como los tubos de catgut. Un dren nunca puede servir como agente peritonizador, antes bien esfacela los tejidos circunvecinos, paraliza al intestino, deshi-

drata al paciente y forma adherencias peligrosas y dolorosas (bridas, acodamientos, estenosis). Es experiencia usual el operar después a estos enfermos de adherencias.

11. Se abre el vientre y se debe extraer la causa productora de la enfermedad, que el peritoneo se defiende solo y no necesita de malos Cirineos. El organismo humano es sabio y se ha podido *defender también contra el drenaje*, como se defiende contra la enfermedad. Es decir, los enfermos se curan «a pesar del drenaje»

12. Es el único argumento que tiene fuerza propia y validez. Nunca se debe dejar de drenar una cavidad sin haber extraído antes el agente causal, no cerrar sino cuando se haya excluido al productor de la sepsis. Resumiendo: para cerrar una cavidad peritoneal en estado agudo, debe reunir las siguientes condiciones:

- a. Extirpar el foco productor de la sepsis.
- b. La experiencia personal del cirujano y las circunstancias del caso juegan importante papel.
- c. Que no haya una peritonitis gangrenosa en que se teme perforación de vísceras.
- d. Que no haya temor de fístulas estercoreales o fístulas simples.
- e. Que no haya ya perforaciones viscerales imposibles de cerrar.

Aplicación de sustancias germicidas en la cavidad peritoneal

Modernamente están proscritas el uso de sustancias anti-sépticas *de cualquier clase* en el peritoneo. Además de ser perfectamente inútiles, como veremos a continuación, entorpecen la benéfica labor emprendida por las linfas germicidas y por los antitóxicos peritoneales.

Para ser posible la acción germicida de los antisépticos en el peritoneo, hay necesidad de establecer entre el antiséptico y la bacteria una reacción y ellos tienen la tendencia de com-

binarse con las albúminas y sustancias de deshecho antes que con los gérmenes; y el antiséptico, como sustancia química se vuelve inerte con estas combinaciones.

Las bacterias o están sedimentadas o están en el interior de tejidos y entonces los antisépticos tienen que destruir antes estos tejidos para ponerse en contacto directo con los gérmenes, única manera de destruirlos.

También se necesitaría mucho líquido antiséptico y en corriente continua para alcanzar todos los divertículos y criptas peritoneales. Las células de la cicatrización son más delicadas que las bacterias mismas y los antisépticos lesionan por consiguiente más a ellas que a los gérmenes, entorpeciendo en grado sumo la cicatrización. «Todas estas consideraciones hacen probable que cualquier antiséptico aplicado con la idea de simple germicida no sirva», dice Dean Lewis.

También son de condenar los grandes lavados de la cavidad abdominal, que además de destruir las linfas bactericidas, arrastran a todas las anfractuosidades de la cavidad gérmenes y detritus.

Igualmente inútiles todas esas curiosas sustancias que se han colocado en el peritoneo para excluir las adherencias, sabiéndose que éstas se producen en su mayoría por desconocimiento de la histo-fisiología peritoneal.

Casos clínicos

La escasez de tiempo ha reducido el número de casos operados. Sin embargo presento a la consideración los siguientes, que fueron practicados últimamente, teniendo el agrado de decir que hubo un ciento por ciento de éxito, pues los enfermos mejoraron todos, y si hubo tropiezos como shock operatorios, infección de la pared, etc., fueron en muy pocos casos y sin ninguna trascendencia.

G. C. Historia clínica No. 3851.

Diagnóstico: Doble Pio-salpinx.

Operación: Doble salpinguectomía. Ovariotomía derecha. Apendicectomía.

Al operarse, el pio izquierdo se rompe derramándose abundante pus en la cavidad peritoneal. No se hace ninguna toilette ni se usa ningún antiséptico, se cierra la cavidad sin ningún drenaje.

Post-operatorio perfecto. Alta a los nueve días.

C. L. Historia clínica No. 4962.

Diagnóstico: Pio-salpinx doble.

Operación: Salpinguectomía doble.

Al operarse accidentalmente se rompen las bolsas plogénicas saliendo muy abundante pus a la cavidad. No se deja ningún drenaje y se cierra la cavidad completamente.

Post-operatorio perfecto. Alta a los diez días.

Z. O. Historia clínica No. 6800.

Diagnóstico: Apendicitis sub-aguda. Pio-salpinx doble.

Operación: Doble salpinguectomía. Ovariectomía derecha.

Apendectomía.

Post-operatorio: Perfecto a pesar de no haberse dejado ningún drenaje por derrame de abundante pus al hacerse la extirpación del pio derecho. Alta a los ocho días.

A. O. Historia clínica No. 7285.

Diagnóstico: Pio-salpinx doble. Apendicitis aguda.

Operación: Doble salpinguectomía. Apendectomía.

Al hacerse la liberación de los píos, se derrama abundante pus. Se cierra la cavidad abdominal sin ninguna canalización.

Post-operatorio sin accidentes. Alta a los nueve días.

B. D. Historia clínica No. 12253.

Diagnóstico: Anexitis bilateral aguda.

Operación. Doble salpinguectomía. Ovariectomía izquierda.

Al hacerse la liberación de los sacos de los píos, sale muy abundante pus. Cierre de la cavidad sin drenaje.

Post-operatorio magnífico.

Alta a los nueve días.

R. M. Historia clínica No. 15270.

Diagnóstico: Anexitis bilateral aguda.

Operación: Doble salpinguectomía. Ovarectomía derecha.
Apendectomía.

Se derrama mucho pus en la cavidad y se cierra sin drenaje.

Post-operatorio sin contratiempos.

Alta a los nueve días.

A. M. Historia clínica No. 737.

Diagnóstico: Apendicitis aguda. Peritonitis supurada difusa.

Operación: Apendectomía.

Se encontró una apendicitis aguda, con perforación en la punta y reacción peritoneal intensa en forma de peritonitis supurada. Se hace la ablación del apéndice únicamente y se cierra sin ningún drenaje.

Post-operatorio: Perfecto. Únicamente la enferma tuvo un foco de Bronco-neumonía prolongando su estancia en el Hospital.

Alta a los veintinueve días.

A. R. Historia clínica No. 16021.

Diagnóstico: Pio-salpinx bilateral. Apendicitis.

Se encuentra fenómenos de pelvi-peritonitis por salpingitis supurada derecha y absceso tubar izquierdo que se rompe derramando abundante pus.

Operación: Salpinguectomía doble. Apendectomía.

Post-operatorio: Sin contratiempos.

L. L. Historia clínica No. 1384.

Diagnóstico: Pio-salpinx derecho. Apendicitis aguda.
Ovaritis.

Operación: Salpinguectomía derecha. Ovarectomía derecha.
Apendectomía.

Sale gran cantidad de pus que se escurre en la cavidad. Se cierra sin drenaje abdominal. Únicamente se hizo una colpotomía posterior.

Post-operatorio: Perfecto.

Alta a los veinte días.

F. R. Historia clínica No. 732.

Diagnóstico: Apendicitis. Peritonitis.

Operación: Apendectomía.

Se encuentra una intensa reacción peritoneal por una apendicitis aguda. Se cierra sin dejar ningún drenaje.

Post-operatorio: Muy bien.

Alta a los nueve días.

J. C. Historia clínica No. 567.

Diagnóstico: Pio-salpinx izquierdo enorme.

Operación: Salpinguectomía izquierda.

Operación muy laboriosa por lo adherido de la bolsa, se rompe ésta y extiende en la cavidad gran cantidad de pus. Sin embargo se cierra la cavidad sin ningún drenaje.

Post-operatorio: Enferma con intenso shock. Se repone y tiene un pequeño absceso de la pared. Después evoluciona normalmente.

Alta veintiocho días después de operada.

R. B. Historia clínica No. 3326.

Diagnóstico: Apendicitis aguda. Peritonitis.

Operación: Apendectomía:

Apéndice muy adherido y muy agudo. Líquido peritoneal semi-purulento muy abundante. Se cierra la cavidad abdominal sin drenaje.

Post-operatorio: Normal.

Alta a los seis días.

J. B. Historia clínica No. 5548:

Diagnóstico: Salpingitis bilateral aguda. Apendicitis aguda.

Operación: Doble salpinguectomía. Apendectomía.

Al practicarse la extirpación de los tubos, fluye gran cantidad de pus que cae en el peritoneo. Se cierra sin drenaje.

Post-operatorio Normal.

Alta a los ocho días.

J. M. Historia clínica No. 6117.

Diagnóstico: Salpingitis aguda. Apendicitis aguda.

Operación: Doble salpinguectomía. Apendectomía.
La salpinguitis purulenta hace escurrir abundante pus en la cavidad, pero se cierra sin drenaje. Post-operatorio Normal.
Alta a los ocho días.

A. R. Historia clínica No. 8286.

Diagnóstico: Pio-salpinx bilateral.

Operación: Doble salpinguectomía. Apendectomía.
Se derrama abundante pus en el peritoneo. Se cierra sin drenaje. Post-operatorio Normal.
Alta a los doce días.

V. M. Historia clínica No. 8007.

Diagnóstico: Úlcera estomacal perforada.

Operación: Sutura de la perforación de una úlcera yuxta-pilórica.

Operación efectuada quince horas después de la perforación. Peritonitis francamente supurada con abundante líquido y con reacción plástica alrededor de la úlcera. Se hizo únicamente sutura de la úlcera por la gravedad del caso y por tener más de doce horas de perforada.

Se cierra la cavidad abdominal y no se deja ningún drenaje.

Post-operatorio: Shock intenso combatido con tonicardiacos, suero, calor, transfusión, etc. Después evolución normal.
Alta a los doce días.

J. G. Historia clínica No. 9667.

Diagnóstico: Pio-salpinx doble. Apendicitis.

Operación: Doble salpinguectomía. Apendectomía.

Grandes masas piógenas que se rompen al liberarse derramando abundante pus en la cavidad. Se cierra la cavidad sin drenaje.

Post-operatorio Normal.

Alta a los ocho días.

D. Q. Historia No. 11422.

Diagnóstico: Apendicitis aguda. Peritonitis.

Operación: Apendectomía.

Al proceder a la operación se encuentra un apéndice gangrenoso nadando en un líquido purulento y fétido. Se cierra la cavidad peritoneal sin drenaje.

Post-operatorio: completamente normal hasta el quinto día en que hay elevación de temperatura por absceso de la pared que se drena y la evolución sigue normalmente hasta su salida por curación.

F. S. Historia clínica No. 13155.

Diagnóstico: Pio-salpinx doble.

Operación: Doble salpinguectomía.

Escurrecimiento abundante de pus en la cavidad pero se cierra sin drenaje.

Alta a los diez días.

M. V. Historia clínica No. 10429.

Diagnóstico: Apendicitis aguda. Peritonitis.

Operación: Apendectomía.

Se encuentra una peritonitis difusa supurada. Se hace la apendectomía y se cierra la cavidad peritoneal sin drenaje.

Post-operatorio: Perfecto.

Alta a los diez días.

D. C. Historia clínica No. 12346.

Diagnóstico: Colecistitis aguda.

Operación: Colecistectomía.

Se encuentra un empiema de la vesícula con intensa reacción peritoneal; y al hacer la liberación de la vesícula biliar, se escurre pus a la cavidad peritoneal. Se cierra el abdomen sin drenaje.

Post-operatorio: Normal.

J. A. Historia clínica No. 13622.

Diagnóstico: Quiste ovario izquierdo. Pio-salpinx doble.

Operación: Doble salpinguectomía. Ovarlectomía izquierda. Apendectomía.

Se escurre muy abundante pus que se extiende rápidamente. No se drena.

Post-operatorio: Normal
Alta a los diez días.

L. L. Historia clínica. No. 13597.

Diagnóstico: Apendicitis aguda. Peritonitis.

Operación: Apendectomía.

A pesar de la gran cantidad de líquido supurado peritoneal, no se drena.

Post-operatorio: Normal.

Alta a los diez días.

A. A. Historia clínica No. 9243. Colelitiasis.

Operación: Colectomía.

Vesícula muy esclerosada y llena de cálculos. Al hacer la liberación de la vesícula un líquido semi-purulento y muchos pequeños cálculos escurren a la cavidad. Sin embargo no se drena.

Post-operatorio Normal.

Alta a los once días.

G. P. Historia clínica No. 16662.

Diagnóstico: Perforación intestinal por coz de caballo. Peritonitis.

Operación: Sutura de la perforación.

Se encuentra una peritonitis difusa con fenómenos plásticos adhesivos, hay excremento y materias alimenticias en el peritoneo. A pesar de ello, se cierra el peritoneo y se drena la pared únicamente.

Post-operatorio perfecto en las condiciones peritoneales. Supuración de la pared, que prolongan la estancia de la enferma.

Tengo que repetir lo lamentable de no haber podido reunir mayor número de casos por la premura del tiempo. Sí he de marcar que en el Hospital San Juan de Dios, únicamente nuestro staff quirúrgico es el que practica tal modus operandi, debido a la generosidad y apoyo del Dr. Ricardo Marchena, a quien consulté sobre estas técnicas y decididamente las acuerpó.

Antes de entrar en las conclusiones, séame permitido comentar brevemente algunos de los casos expuestos, como *vis* ilustrativa.

J. C. Historia clínica No. 567. Esta enferma ingresó con reacción peritoneal por un pio-salpinx izquierdo enorme, con fiebre de 40 grados, pulso muy rápido, dolor agudo en la pelvis, recuento globular muy alto, 24.400 glóbulos blancos. Se le instituyó tratamiento adecuado como reposo, hielo abdominal, vacunas, lavados vaginales, sulfanilamida, etc. La temperatura y los fenómenos abdominales fueron mejorando y a los veinte días las condiciones de la enferma eran excelentes. A los veinticinco días se opera y se encuentra una enorme bolsa piógena del tubo izquierdo, muy adherido al intestino delgado, al epiplón y al recto. Se practica cuidadosamente la ablación del pio-salpinx pero se rompe, derramándose gran cantidad de pus en la cavidad peritoneal. Sin embargo se cierra el peritoneo sin ningún drenaje. Post-operatorio malo el primero y segundo día por shock intenso de la enferma que se combate con calor, venoclisis de suero glucosado, tonicardiacos y transfusión de sangre. La enferma recobra rápidamente y a los once días, alza de temperatura por absceso de la pared que se drena y la enferma tiene una evolución perfecta obteniendo su alta a los 28 días de operada. Hace poco pude examinarla nuevamente y sus condiciones son espléndidas.

M. V. H. C. No. 10429. Ingresó esta enferma con diagnóstico de apendicitis aguda. Peritonitis. Al intervenir ya de noche, se encuentra un apéndice turgente, con una pequeña perforación en la punta y con fenómenos peritoneales agudos consistentes en la formación de un líquido purulento libre. Se extirpa el apéndice, se inyecta intra-peritonealmente suero anti-colibacilar y anti-gangrenoso y se cierra sin ningún drenaje. El post-operatorio es perfecto y la enferma, una joven de 18 años se va de alta a los siete días.

V. M. Historia clínica No. 8007. La enferma llegó del interior de la República en horas de la noche y con diagnóstico de Colecistitis aguda, presentando un abdomen agudo, doloroso

con un punto de exacerbación en el hipocondrio derecho. No acusaba antecedentes de patología gástrica. El Médico Interno la receta y no es sino hasta el siguiente día que se me avisa. La enferma presentaba mejoría en comparación con los síntomas de la noche pero persistía la exquisitez del dolor del hipocondrio derecho. Se opera con diagnóstico de Ruptura de la vesícula o úlcera estomacal perforada quince horas después del comienzo de la dolencia. Se encuentra perforación de una úlcera yuxtapilórica del tamaño de una moneda de diez centavos. Se cierra en tres planos la úlcera y se recubre con epiplón. No se puede hacer la Gastroenterostomía o la gastrectomía por tener tanto tiempo de perforada, por estar la enferma muy debilitada con un pulso depresible y rapidísimo, por el proceso intoxicante peritonítico y porque la sutura de la úlcera no estrechó la luz pilórica. Se halla un proceso de franca peritonitis difusa supurada, saliéndose cerca de 100 cc. de líquido purulento abdominal. Se procede a la sutura del abdomen sin dejar ningún drenaje. Durante la operación se inyecta suero glucosado, tonicardíacos e inmediatamente después se le da una transfusión sanguínea y se le prodigan toda clase de cuidados. Los dos primeros días se le inyecta varios litros de suero y no se le da nada por vía oral. La enferma pronto se repone y sale enseguida del shock y al tercer día su estado es espléndido y sigue en un post-operatorio absolutamente normal. Alta a los doce días, advirtiéndosele a la enferma la conveniencia de su pronto regreso para examinarla con rayos X y practicarle nueva operación de ser necesario.

G. P. Historia clínica No. 16662. Ingresó con diagnóstico de Grave Contusión abdominal en altas horas de la noche. Se encuentra con una niña que a las 15 hs. del día anterior recibió una coza de un caballo. Facies peritoneal, vómito en arco, distensión y meteorismo abdominal, dolor difuso, defecación con sangre, defensa abdominal, pulso incontable y filiforme, frialdad grande de las extremidades, semi-inconsciente. Se le practica una serie de radiografías que dan por resultado Pneumoperitoneo y se procede a prepararla para operarla con diag-

nóstico de perforación intestinal. Pre-operatorio: calor, suero, tonicardiacos, transfusión de 250 cc. de sangre, etc. Se halla una perforación de más de dos centímetros de diámetro en el íleo con derrame de excremento y materias alimenticias en la cavidad; peritonitis difusa purulenta con gran cantidad de líquido peritoneal. Se suturó en tres planos la perforación y ante la sorpresa de varios colegas que presenciaban la operación, cierro la cavidad abdominal sin dejar ningún drenaje, ni hacer ningún lavado; únicamente extraigo cuidadosamente las materias alimenticias y el excremento. Dreno la pared abdominal únicamente. Por tres días, suero en cantidad grande, tonicardiacos, suero hipertónico, calor y sedol. Al cuarto día se permite a la enferma alimentarse por la boca discretamente. La evolución del post-operatorio fue perfecta respecto del abdomen, pues la enferma evolucionó como si no hubiera tenido ningún fenómeno peritonítico y atrasó su alta una infección de la pared que se domina fácilmente.

Estos cuatro casos que comento rápidamente dejan útiles enseñanzas y hacen reflexionar. Personalmente cada día me convenzo más y más del papel defensivo, del papel noble que juega el peritoneo en los procesos agudos que atacan la economía y cómo desearían los cirujanos que todos los tejidos del cuerpo humano tuvieran la resistencia y poseyeran el poder del Peritoneo.

Antes de terminar quiero hacer patente al ilustre cirujano mexicano Dr. A. de los Ríos el testimonio de mi gratitud sincera, pues además de haber sido él quien primero me enseñó estos caminos difíciles pero atrayentes de la Cirugía, me envió libros, folletos y trabajos sobre el No drenaje de la cavidad abdominal.

Conclusiones

1.—Los exudados peritoneales son eminentemente bactericidas y se deben conservar en lo posible en la cavidad peritoneal.

2.—La infección peritoneal se combate mejor con un peritoneo cerrado, pues las fuerzas bacteriolíticas y antitóxicas están así exacerbadas.

3.—La absorción peritoneal es el medio de defensa más importante del peritoneo, por lo que es de indudable interés el conservar la serosa sana, sin traumatismos ni sustancias antisépticas.

4.—Los fenómenos plásticos peritoneales sirven para dos objetos: para limitar la infección y englobar todo cuerpo extraño que encuentre.

5.—El drenaje es infecundo y peligroso. Su uso puede acarrear fístulas, esfacelos, parálisis intestinal, pérdida de humedad del organismo, infecciones secundarias, etc. Además es infecundo porque no drena la cavidad, porque a su alrededor hay una barrera de fibrina que con el tiempo será fuerte adherencias.

6.—Se debe drenar únicamente en los casos en que no se puede extraer el agente séptico, productor de la injuria, en el temor de fístulas estercorales o gangrena de los tejidos.

7.—Se ha demostrado la imposibilidad de drenar toda la cavidad peritoneal.

8.—Los drenajes en los puntos de declive de la cavidad abdominal no son eficientes.

9.—El drenaje es un medio y no un fin. *Profilácticamente* es un craso error drenar.

10.—Las estadísticas presentadas en los últimos congresos de cirugía son realmente atrayentes en sus concepciones sobre el drenaje. Y es indudablemente que el concepto sobre el fin del drenaje ha ido evolucionando y ha ido estrechando cada día más su campo de acción.

Bibliografía

- Banks, H. M. & M. N. Hadley. *Indiana M. A.* 28:381-383.
- Berg, Albert A. *Diagnóstico Quirúrgico.*
- Berg, Albert A. *El peritoneo y el tratamiento de la peritonitis exudativa.* *Medical Record* V. 57 No. 28.
- Berg, Albert A. *Comunicación personal.*
- Couoh V., Domingo. *La canalización en cirugía.* (Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer).
- Da Costa. *Modern Surgery.*
- Davis, Carl. H. *Gynecology and Ostetrics.*
- De los Ríos, Arturo. *La canalización en vientre.* (Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer).
- De Lara, Salvador. *La canalización en Cirugía Abdominal.* (Revista Mexicana de Cirugía Ginecología y Cáncer).
- De los Ríos, Arturo. *Comunicación personal.*
- Falk, Henry. *Ginecología Clínica Práctica.*
- Faure, Alglave, Demarest. *Precis de Pathologie externe.*
- Gosset, A. *Techniques Chirurgicales.*
- Hantcher. *Drain caoutchouté a cotes.* Presse Medicale.
- Horsley Shelton J., *Operative Surgery.*
- Keen W. W., *Surgery.*
- Kirschner, Martin. *Tratado de técnica operatoria general y especial.*
- Kulenkampf. *Lutte contre le drain.* *Zentralblatt fur Chirurgie.*
- Lanc T. J. D., *Stomach holding forceps: drain introducer.* *Lancet:* 2:254.
- Lecene et Lericq. *La Therapeutique Chirurgicale.*
- Lemaire. *Drain en ressort de boudin.* Presse Medicale.
- Lewis, Dean. *Practice of Surgery.*

- Marión, G. *Técnica Quirúrgica.*
- Mason, Robert L. *Preoperative and Postoperative Treatment.*
- Meltzer, Simón. *Poder absorbente del peritoneo.* (Comunicación personal).
- Ombredanne. *Comunicación al Congreso de Cirugía 1920.*
- Pauchet V. & Ducroquet. *Technique thérapeutique chirurgicale.*
- Quenu J. et M. Guibé. *Chirurgie de l'abdomen.*
- Spelman, A. E. *Selección of drainage material.* Arch. of Surgery. 28.
- Spivack, Julius I. *Técnica quirúrgica en las operaciones abdominales.*
- Stark. *A propos d' un article de Kulenkampf sur la suppression du drain* Zentralblatt für Chirurgie.
- Vincent, Pr. *Problema de las apendicitis graves o complicadas con peritonitis aguda.* Journal de Medicine de Lyon. 1935.
- Zuckermann Conrado. *La canalización en Cirugía abdominal.* (Revista Mexicana de Cirugía Ginecología y Cáncer.)
- Zuckermann Conrado. *Conducta operatoria en las peritonitis generalizadas.* (Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer).

Apendicectomías simplificadas beneficiosas al operado

*Trabajo presentado al V Congreso
Médico Centroamericano.*

Tengo el honor de someter a la consideración de los señores médicos reunidos en el Quinto Congreso Médico Centroamericano reunido en San Salvador, un tema de intensa discusión en todos los centros médicos mundiales.

Está basada en más de quinientas apendectomías personales, en las cuales no recuerdo ningún fracaso debido a esta técnica.

El trabajador que hace su trabajo en un camino más fácil que el usual, hace el mejor trabajo. Los caminos incómodos o complicados no son permitidos en el desarrollo del arte de ejecutar operaciones quirúrgicas», dice E. Starr Judd. Y es basado en tan sabias palabras que he emprendido mi camino.

El apéndice vermiforme es, según Reclus, el divertículo en un divertículo, el ciego de un ciego. Es la porción del hombre no desarrollada del ciego. Accesible fácilmente a toda patología intestinal, queda como reflejo residual, como espina irritativa, de una infección pasada. Es de rigor en cirugía que todo apéndice inflamado o que ha sufrido inflamaciones, tiene que ser removido, operación fácil y sin riesgos en frío, operación dramática y erizada de peligros en los ataques agudos.

Bastianelli en el J. A. M. A. en 1922 estableció el «credo» de las apendectomías en casos de diagnóstico difícil o tardado. Dice en tres aforismos:

Cuando los médicos discuten si es apendicitis o no, es apendicitis.

Cuando ellos están inclinados a admitir la posibilidad de apendicitis, pero no están completamente seguros, no solamente es apendicitis, sino que está próxima la perforación.

Cuando el diagnóstico es seguro, hay perforación o peritonitis local.

Incisiones:

Las incisiones para las apendicectomías, se pueden dividir en tres clases: Longitudinales, Oblicuas, Transversas.

Entre las longitudinales están: la pararectal superior y la pararectal inferior (incisión de Lennander o de Jalaguer).

La pararectal superior derecha tiene el inconveniente que se hace en una región de tejido adiposo abundante, rico en vasos y nervios y que el enfermo debe estar profundamente dormido por lo poderoso de los músculos rectos.

La incisión pararectal inferior derecha, es más accesible, por escasez de tejido adiposo, los músculos están casi reducidos a facias, la vascularización no es tan intensa y de gran amplitud, aparte que se puede fácilmente ampliar. Además la reconstrucción de la pared se hace sobre dos planos de aponeurosis dando mayor consistencia a la herida y menor o nulo el número de hernias post-operatorias.

Las incisiones oblicuas gozan de mucha boga. La principal es la de Mac-Burney, ideada por el cirujano de ese nombre en el año 1894. Es estética, cómoda, fácil. No lacera músculos, vasos ni nervios y si se ejecuta correctamente no hay el temor de herniación.

Las incisiones transversas, que según Julius Spivack serán las incisiones del futuro no sólo para las apendectomías, sino para toda clase de operaciones abdominales, dando como razones las siguientes:

a) La incisión transversa trae como consecuencia menor número de hernias.

b) Es más fácil la reconstrucción de la pared toda vez que facilita más la aproximación de los bordes y no hay que luchar contra los intestinos que se salen de la cavidad.

c) Como hay menor tensión en la herida, el paciente no tiene temor a toser y desgarrar, reduciendo las complicaciones pulmonares post-operatorias.

d) El período de encamamiento es más corto.

e) La cicatriz es menos visible. Mejor efecto estético.

Para apendicectomías hay dos incisiones transversas ideales: La incisión de Rockey (llamada en Alemania de Sonnenburg y en los Estados Unidos de Davis) y que es una línea transversa que tiene como centro el punto de Mac-Burney. Y la incisión de Fowler o de Weir que consiste en dos trazos, uno oblicuo hacia arriba y afuera y otro transverso dividiendo todo el músculo recto. Esta incisión es muy conveniente en mujeres en que se espera sorpresas anexiales o en lesiones concomitantes del ciego.

En mi práctica uso en hombres la incisión Jalaguier, en señoritas la incisión de Rockey y en señoras la incisión de Fowler.

Técnicas operatorias:

La operación clásica que más se practica actualmente es la ligadura del apéndice, su sección con termocauterío, bisturí eléctrico o bisturí simple seguida de cauterización de muñón (tintura de yodo, ácido carbólico con alcohol, solución de Scott, solución de Metaphen, etc.) y la invaginación o hundimiento en una jareta o bolsa de tabaco (purse-string) de catgut en el ciego.

La apendicectomía subserosa o decapsulación del apéndice que consiste en seccionar la membrana serosa, disecar el cilindro mucoso apendicular, seccionarlo en la base y extiparlo; después se sutura la membrana sero-muscular desde la base del apéndice hasta la punta. Este método debe ponerse en

práctica únicamente cuando hay una densa capa de adherencias y no puede separarse fácilmente el apéndice de los tejidos circunvecinos (Spivack).

Invertir el muñón hacia el interior del apéndice, *método de Dawbarn*, que consiste en estrangular la base de la apéndice sin ligarlo, con una pinza de disección se cogen los bordes aplastados del muñón y se invierten, colocando a su alrededor una sutura corrediza que se cierra.

Seccionar el apéndice al ras del ciego, método de Deaver, consistente en cortar el apéndice en su mera inserción cecal y suturar la abertura del ciego, como abertura intestinal en dos capas. Esta técnica sólo puede ser ejecutada por cirujanos de amplia experiencia.

El procedimiento del portugués Brandao Filho, consistente en la *invaginación total del apéndice dentro del ciego*, método que puede tener su aplicación en apendicitis crónicas o en apendectomías profilácticas en que se encuentra un órgano poco o nada inflamado ni adherido. Técnica que tiene la ventaja de ser poco traumatizante del ciego.

Y por último, las apendicectomías en que una vez ligado el muñón y seccionado el apéndice se cauteriza o no y se deja completamente libre en la cavidad peritoneal. Este procedimiento que es el seguido por nosotros sistemáticamente, tiene tal cúmulo de ventajas que lo hacen el procedimiento ideal.

Fundamentos para la no invaginación del muñón:

Para hacer este estudio más didáctico y ameno, es bueno el comparar a los dos líderes de las diferentes técnicas seguidas en apendectomías. La operación que invagina el muñón después de cauterizado y la que *no* lo invagina y le concede poco o nada de importancia a la cauterización del muñón.

El miedo a la infección peritoneal fue lo que originó la invaginación del muñón apendicular. Este razonamiento a todas luces falso creó una situación que se ha prolongado y soste-

nido. Pero los hechos son completamente diferentes a la concepción de la idea. Eso de incrustar en la pared del ciego una superficie séptica y crear así una cavidad cerrada plena de bacterias, no es científico.

Se ha dicho que la mayoría de las clínicas grandes, tales como la Mayo Clinic, han continuado invirtiendo o invaginando el muñón del apéndice, y por lo tanto otros cirujanos han adoptado esa práctica. Recientemente el Dr. C. W. Mayo de la clínica de su nombre publicó un artículo en el «Southestern Medicine» fechado en Diciembre de 1934 y publicado después en el Journal de la Asociación Médica Americana a manera de editorial, en el cual afirma que él *no* invierte el muñón del apéndice por las siguientes razones:

1) El Dr. Roberson, Jefe de la Sección de Anatomía Patológica de la Clínica, encontró invariablemente hasta los veintiún días post-operatorios, una bolsa de pus en el muñón invaginado del apéndice, en aquellos casos fatales a consecuencia de la apendectomía.

2) Invariablemente se ha demostrado que las suturas usadas para invertir el muñón, una vez que pasan al través de la pared intestinal, dan cultivos de bacterias patógenas en abundancia.

3) La técnica de no invaginar el muñón, acorta el procedimiento quirúrgico.

4) Y por último afirma el Dr. Mayo que «él nunca ha tenido ocasión de lamentar el no haber invaginado el muñón».

Estas claras palabras, formidables por su procedencia y autoridad, deciden claramente en cualquier discusión.

Sin embargo, he condensado en unos pocos puntos las razones que nos han hecho el practicar las apendectomías sin invaginar y últimamente sin cauterizar el muñón apendicular.

a) La invaginación roba un precioso tiempo.

b) El ciego y el apéndice casi siempre están congestionados, lo que implica la posibilidad de comprometer la circulación o hacer hematomas más o menos extensos (experiencia harto frecuente en cirugía por desgracia).

c) Estrangula o isquemia esa zona cecal, pues la bolsa de tabaco es un fruncimiento de la serosa.

d) Traumatiza el peritoneo inflamado. La prevención de la fístula fecal en las apendectomías se hace *no* invaginando, dice J. B. Baldwin.

e) El apéndice es una espina irritativa, foco de trastornos digestivos y generales y la invaginación no suprime esta espina, sino que la sustituye por otra tal vez más molesta.

f) La invaginación forma un receptáculo que contiene tejido necrosado, el muñón ligado y cauterizado (Hosley). En la bolsa de la invaginación se pueden formar abscesos (Mayo, Ombredanne).

g) Indudablemente la superficie cruenta que presenta la invaginación es mayor que la del muñón simplemente y está más despulida y traumatizada, presentando por consiguiente mayor superficie adecuada para adherencias.

h) Por último, los trastornos del peristaltismo de tanta importancia en el post-operatorio de los enfermos son más, pero más acentuados en los operados con invaginación del muñón que los no invaginados. La invaginación se practica en la vecindad de la válvula ileo-cecal y esta masa de invaginación, serosa con muñón enterrado en su centro, forman barrera natural que pertuba y paraliza las funciones evacuadoras de la válvula, irrita todos los tejidos vecinos, y aumenta el trabajo de reabsorción por hilos, tejidos necrosados, hematomas, etc. En resumen, esta sutura en bolsa de tabaco y el mayor traumatismo del ciego provoca la parálisis cecal y entorpece el buen funcionamiento de la válvula ileo-cecal.

En el Hospital San Juan de Dios, como en muchos hospitales, por pereza, por rutina, por costumbre en la técnica, y muchas veces por temor, etc. la inmensa mayoría de los cirujanos siguen invaginando el muñón de las apendicectomías. Es de justicia hacer un elogio a la personalidad quirúrgica del Dr. Ricardo Marchena quien fue en estos modernos tiempos de nuestra cirugía que implantó en su servicio, la supresión completa de la invaginación.

La ligadura del apéndice con sección simple seguida o no de la esterilización del muñón tiene tal cúmulo de ventajas, que cirujano que practica por primera vez este modus operandi, difícilmente vuelve a cambiar de técnica, pues comprueba constantemente la bondad de ella.

He podido reunir, un poco más de quinientos casos de apendectomías en las cuales no he invaginado el muñón, sino que simplemente lo he cauterizado con ácido carbólico y alcohol. Ultimamente he suprimido, por considerarlo completamente inútil, según trabajos de cirujanos franceses, la cauterización del muñón, es decir, se liga el meso, se liga y corta la base del apéndice y se deja libre en la cavidad abdominal; cerca de cien casos seguidos con esta técnica han tenido resultados excelentes.

Conclusiones:

Las ventajas de la no invaginación del muñón apendicular en operaciones agudas o crónicas, se pueden resumir así:

1. Mínimo de tiempo.
2. Mínimo de manipulación del ciego.
3. No penetración con agujas en el intestino ceca.
4. No hay posibilidad de hematomas ni fístulas.
5. No hay entorpecimiento de las ondas peristálticas, de donde se deduce y se comprueba la escasez o ausencia de cólicos.
6. No hay posibilidad de traumatizar y desvitalizar las paredes cecales (Baldwin).
7. No hay cámara de incubación para abscesos (Mayo).

Bibliografía

- Baldwin, J. F. *Prevention of fecal fistulae after appendectomy.*
Anals of Surgery.
- Bailey, H. *Emergency Surgery.*
- Bastianelli. *J. A. MA. Dic. 1922.*

- Collins, Donal C. *Acute retrocecal appendicitis*. Archives of Surgery.
- De la Fuente, Riveroll José. *Algunas consideraciones acerca del tratamiento del muñón en las apendicectomías* Rev. Mex. de C. G. y C.
- Donalson, J. K. and Tather, H. S. *Clinical and experimental studies with non invagination of the appendical stump*. Southern Medical Journal.
- Faure, L. J. *A propos de l'apendicectomie sans enfouissement*. La Gazette des Hopitaux.
- Hobler, Lawrence L. *Appendicitis*. Annales of Surgery.
- Horsley, Guy W. *Improved treatment of appeddicitis* Virginia Medical Monthly
- Horsley, J. *Shelton Operative Surgery*.
- Kamentschick, M. G. *Comparative evaluation of various methods of treatment of appendical stump*. Westnik Khir.
- Keen W. W. *Surgery*.
- Lewis, Dean. *Practice of Surgery*.
- Mayo, C. W. *Appendicitis*. Southwestern Med.
- Maloney, J. J. *The ligation and drop treatment of the appendectomy stump*. Annals of Surgery.
- Meyer, Karl A. and Spivack, Julius L. *On the relationship between retrocecal appendix and Lane's and its surgical significance*. An. of Surgery.
- Ochsner, A. and Lilly G. *The technique of appendectomy*. Ar. of Surgeri.
- Reyes, J. *Tratamiento del muñón apendicular*. Semana Médica.
- Spivack Julius I. *Técnica quirúrgica en las operaciones abdominales*.
- Tice *Practice of Medicine*.
- Yovtchitch, J. *Appendicectomie sans ligature du moignon appendiculaire*. La Presse Medicale.

Vida, Pasión y Muerte *del Dr. Ricardo Moreno Cañas*

«El cirujano consagra su vida al más divino de todos los trabajos: curar sin hacer milagros, y hacer milagros calladamente».

Goethe.

La prensa diaria y todas las actividades sociales, científicas y políticas del país, fueron materialmente acosadas por escritos, relatos, odas, biografías, etc., sobre la vida del Dr. Moreno Cañas y su vil asesinato, llegando hasta el pleonasma y redundancia. Sin embargo, tengo el pecado de insistir en estas mal pergeñadas líneas por dos razones: por un gran cariño a su interesante personalidad, cariño que se envuelve en congoja por su prematura muerte, y para ayudar a perpetuar hechos suyos, pues el mejor sistema para aprender a trabajar es estudiar como trabajan los grandes trabajadores.

Actos hay en la vida diaria que hacen detestar toda literatura para así poder dar descarnadamente un hecho, una persona, un recuerdo más grande a toda idealización, a toda pasión. Dentro del concierto social, para no ser hurraños y poder mirar de hito en hito el universo de las cosas bellas, debe buscarse existencias llenas de energía creadora, existencias predestinadas y con cinco antenas por cinco sentidos que perciban todo lo que el universo nos pueda dar y con «the infinite capacity for taking pains».

Para escribir biografías y para comprenderlas, se debe reconocer que el hombre no es únicamente un bloque de virtudes y pecados, sino que obedece a ritmos, ritmos conscientes

a veces, otras, supeditados a fuerzas desconocidas fuera del propio arbitrio. Se llama tener disciplina, buscar con justeza y tenacidad el centro de gravedad anímica para que estos ritmos tengan facultad creadora y utilidad en la lucha diaria por el mejoramiento: todo aumento de conocimiento es un crecimiento del ser.

La vida de Ricardo Moreno Cañas es un buen ejemplo de lo que es la disciplina, de lo que es tener fuerzas directrices y creadoras ofrecidas al servicio de sus semejantes y de que el apetito de conocimiento es un apetito de existencia. Su reciente y trágica muerte ha puesto en nosotros, ¡pobres de nosotros!, el crespón de un dolor nunca sentido, el responso de un sentimiento hondo; ha hecho temblar de indecisión a nuestra juventud y ha dado el aviso a nuestra despreocupación y osadías que la savia humana es eminentemente mortal así sea tan prodigiosa como la de Moreno. ¡Nos ciñó el dolor, nos hundió el miedo, nos tumbó la tristeza!

Vida: El Cirujano

Ricardo Moreno Cañas nació en San José de Costa Rica, el 8 de Mayo de 1890. Se gradúa de Médico Cirujano en 1915 en la Universidad de Ginebra. Es nombrado Interno de la Clínica Quirúrgica del Hospital Cantonal de Ginebra y al año siguiente queda como Cirujano Residente en el Hospital Auxiliar 182 Bis de Ugenes, Saboya. En plena guerra mundial, ingresa como Cirujano de las Ambulancias del Automóvil Club de Francia y como Interno Provisorio del Hospital Broussais de París, en donde hace gran práctica quirúrgica que le será tan valiosa después, pues no desmaya un minuto ni se rezaga un momento en su doble finalidad de ser útil a la humanidad y crearse una personalidad (*aumento de conocimiento es un crecimiento del ser*). Terminada la guerra vuelve a Costa Rica y en 1920 ingresa como Médico Interno al Hospital San Juan de Dios. En el año 1923 es nombrado

Cirujano Asistente y en 1927 Jefe del Servicio de Ortopedia expresamente creado para él y en donde comienza a desarrollar esta importante rama de la Cirugía con caracteres de cientifismo desconocido hasta entonces. Lucha con un medio hostil al principio, que después se torna en amable y pleno de triunfos.

En el año 1936 es nombrado Jefe de la Sección de Cirugía del Hospital alcanzando la cúspide en su carrera oficial, poseyendo enorme clientela que no le deja un momento de respiro, siendo proclamado como el mayor y más completo cirujano que ha tenido Costa Rica.

Presenta en diferentes ocasiones trabajos científicos que han quedado dispersos, siendo de recordar los siguientes:

Apuntes sobre Cirugía cardiaca con una observación personal», premiado con medalla de oro por la Facultad de Medicina. «Tratamiento operatorio de fracturas». «Extracción de cuerpos extraños del duodeno», premiado con medalla de plata por el Congreso Médico Centroamericano reunido en Panamá en 1935. «Un caso de genu-recurvatum». Fue colaborador de importantes revistas médicas, en las cuales escribió sobre importantes tópicos de medicina nacional.

En mérito a sus abnegados servicios en la guerra europea trajo consigo la Medalla Conmemorativa de la Guerra Europea, la Medalla del Reconocimiento Francés, la Medalla de Abnegación de la Cruz Roja Francesa y las Palmas de Oro de la Cruz Roja Francesa, siendo también nombrado Caballero de la Legión de Honor. La Cruz Roja de Costa Rica le impuso su Medalla de Oro y últimamente fue nombrado Académico Correspondiente de la Academia de Cirugía de México.

Esto fue a grandes rasgos la trayectoria del Dr. Moreno Cañas y apenas si se da una pálida idea de la intensidad de su vida quirúrgica. No tuvo tiempo de escribir más trabajos ni memorias porque la escasez de horas lo hacía parco en todo, su agobiante trabajo científico y la demanda que de su persona hacían, ocupaban todos sus minutos. Fue su carrera un hermoso ejemplar de la vida de un cirujano que comprende en toda su altura la misión que le ha sido encomendada. Desarreglaba

sus hábitos, sacrificaba horas de comer o dormir, se levantaba de su lecho aún estando enfermo, desatendía a un enfermo rico no grave, por correr tras de otro miserando grave. El apotegma la cirugía una ciencia, su ejecución técnica un arte, realizaba en Moreno Cañas un acabado perfecto. Sobre una amplia base científica constantemente modernizada por viajes, lecturas, estudios, etc., se paraba un formidable trabajador que enhebraba en sus dedos ágiles las operaciones más audaces y difíciles, llegando su tenacidad, fortaleza y pasión hasta agotar a sus asistentes y olvidarse como Miguel Angel de quitarse los zapatos y dormirse con ellos puestos.

Para la ciencia médica de Costa Rica era la confianza hecha hombre, la ciencia humanizada, el trabajo idealizado. Todos los médicos recurría a él en demanda de un consejo, de un camino, de una luz, y siempre salían satisfechos. Sus amplios conocimientos y las exigencias del medio en que actuaba lo hicieron ser eminentemente poliédrico, multiforme, y lo mismo daba una receta para una gastro-enteritis, como conocía y ponía en práctica las más novedosas técnicas de Böhler, Balfour o Judine, o daba una opinión sobre un problema de biología comparada. Trabajar, trabajar, laboraba como las estrellas «sin prisa y sin descanso» buscando siempre un fin útil, buscando siempre la verdad, su verdad para regalarla capitosamente con generosidad de hombre superior; y si a su mano le era imposible reparar un daño, reconstruir una vida, suprimir una deformación, quedaba entonces su gran corazón, ese corazón que no le cabía en el pecho, abierto como una rosa de los vientos y encontraba una palabra, un gesto, un piadoso signo que devolvía la paz. Y es tan poco lo que la vida humana pide y era tanto lo que obsequiaba Moreno Cañas!

Padlón: El Hombre

La vida interna de Moreno Cañas, su vida política y social, no alcanzará talvez lo sobrehumano de los héroes de Carlyle, pero era tan humano, tan patéticamente bueno, que lo hacía pensar a uno en una nueva dimensión del hombre.

Era un perfecto espécimen del hombre de la post-guerra, ansioso, deportivo, vehemente. Aceptaba cualquier influencia, pues sabía que ellas sólo dañan a los infecundos. Jugaba al fútbol y saboreaba con honda delectación un buen cigarrillo. Se violentaba fácilmente, pero acariciaba con delicadeza la cabeza de un niño. Siempre colocado en admirable sitio no supo nunca hacer el ridículo de ser puritano entre los epicúreos ni epicúreo entre los puritanos, es decir un José en un Casanova. Como hombre habituado a la lucha diaria, a palpar las miserias y la verdad de la vida, era realista en su lucha (humanizaba lo divino) y romántico en su pensamiento (divinizaba lo humano).

En política adoptó gestos tribunicios de irreprochable valor. Todo lo que le parecía combatible encontraba en él el látigo de las siete cabezas y abandonaba si era menester cualquier posición satisfactoria para predicar o reforzar con el ejemplo en alarde de sanidad. En la Municipalidad capitalina, en el Congreso Nacional, en el Hospital San Juan de Dios siempre se alzó su voz justa, valiente, pues como Goethe sabía, que cada paso es una meta, y cada meta, un paso. Con una oratoria moderna, exenta de florilegios, claros de luna y primaveras, machacaba las palabras, las despulía de todo refinamiento y las dejaba ir violentamente al rostro de los oyentes. Sus campañas carecieron probablemente de la flexuosidad untuosa, glicerínada, grata a mujeres, pero tenía la consistencia del pensamiento que perdura, de la diatriba que conmueve, del gesto que impulsa. Daba la sensación que construía una condenatoria verbal, como construía una operación quirúrgica: era oratoria y cirugía de arquitecto.

El hombre era indudablemente un gran señor de la existencia. Hermoso ejemplar de cabeza fuerte, romana, braquicéfalo con un áspero pelo manchado ya por prematuras canas. Frente simétrica y despejada con un par de ojos negros en los cuales reconcentraba toda su vida, penetrantes y últimamente reforzados por lentes. Nariz gruesa, robusta, con aletas amplias y debajo una boca carnosa, ávida, sensual que terminaba hacia abajo en un mentón también grueso y rotundo. Hombros

cargados y poderosos, brazos largos, demasiado largos, casi simiescos, con una poderosa mano de dedos muy rectos y terminados en yemas grandes. Daba una remota reminiscencia pagana, de carne escapada del cilicio: un temperamento fuertemente étnico!

Tenía horror a la vejez y a la debilidad. Y es que como médico en constante lucha con la enfermedad, sabía que el dolor físico todo lo termina, que la vejez todo lo quebranta, que la enfermedad todo lo afea. La ignominia de sentirse débil lo exasperaba y en ocasión de una muerte súbita por embolia exclamó: «¡Cuánto desearía tener una muerte semejante!» Y la muerte, al fin mujer complaciente, oyó su deseo y se dispuso darle gusto y trágicamente segó su vida.

Su desprendimiento era proverbial. Sabía que las cadenas de oro son más fuertes que las de hierro y que el dinero puede ser hecho por un tonto, pero que se necesita una gran dosis de habilidad e inteligencia para desprenderse de él, para gastarlo sin importar un adarme ni conmover ninguna fibra interna. ¡Cuántas operaciones, cuántas maravillosas curaciones fueron efectuadas sin retribución! ¡Cuántas veces sus amigos insistíamos en el cobro de algo a que tenía derecho y él ingenuamente exclamaba: «Pero si yo no sé cobrar!» Y es que la invención fenicia no sumaba en su vida; era naturalmente generoso, desprendido, despreocupado.

Moreno Cañas seguramente tuvo pecados de la carne pero ninguno de los pecados del espíritu. Si hubo una alma leal, bondadosa fue la suya. No albergó en su pensar una sombra de lo avieso o emponzoñado. No tenía inconveniente en atravesar los salones de Aspasia para llegar a los de Solón. Poeta a su manera era un devoto del cristal de una ilusión que se rompe antes que del bronce de una creencia que perdura. Amó la materia definida y exacta pero admitiendo la ilusión como una broma gentil, elástica, necesaria. Sabe que el hombre, como el romancero anónimo lo dijo es un ser que marcha preso: por detrás su sombra, por delante su pensamiento. Todo en su existencia fue plenitud, ansia, deseo de superación.

Entendía la vida viviéndola intensamente, que todo lo demás es limosna. Su huella por la senda mortal no fue la de un tenedor de libros que acaricia los índices con dedos críticos, sino la de un artista que abre un pomo de perfume, lo aspira voluptuosamente... y pide otro frasco. Catador de sensaciones era este «varón tan varonil» y su paso daba la sensación de una fuerza puesta en acción y difícil de detener.

Muerte

Y hoy estamos ante su tumba, ante sus recuerdos únicamente; ante la roche «negra estatua de la prudencia» que dijera García Lorca. Este gran muchacho que todos amamos ha muerto. Ha sido muerto por un engendro del subconsciente salvaje de un hombre, a quien, ¡oh ironía! ayudó con su ciencia, favoreció con su bondad. Este ser superior que conocimos con el albo vestido de los médicos hoy boga en la sombría nave, bajo el tenue silencio de las auroras desconocidas, ceñido con el albo vestido de las almas.

Y aquél que saboreó con igual delectación las herejías de Monparnasse o las celestes milicias de Vicente de Paúl, ha terminado su misión terrestre. Esa fuerte arquitectura de piedra, cal y cemento como si muchos siglos hubieran acumulado fuerzas de revestimiento, con un gran corazón en el centro cual sanhedrín infalible, ha sido rota por un detalle del destino que quiso acabar de ennoblecer una vida con una bella muerte y como Sor Juana Inés, muriendo enseña.

Y de todo lo pasado, de todo lo asombroso e intenso sólo nos quedará un mazo de horas, de recuerdos, de ejemplos, flotando en lo tenue de las cosas idas. Pobre amigo y maestro muerto; infelices de nosotros que hemos quedado como niños sorprendidos y con los ojos muy abiertos como ante un fantasma, que hace las veces de plañidera a nuestro dolor.

Sobre su tumba se puede grabar el epitafio que diga: «Aquí yace un perfecto ejemplar de hombre que odiaba la maldad, la injusticia y la hipocresía y que nunca dejó de combatirlos. R. I. P.