

Observación de la Clínica del Prof. Dr. Pedro Larghero Ybarz — Hospital Pasteur

NEUMOPERITONEO ESPONTANEO SIN PERFORACION VISCERAL APARENTE (*)

(Comprobación operatoria)

Prof. Agdo. Dr. Luis M. Bosch del Marco

Autores nacionales y extranjeros se han ocupado ya de este tema; pese a ello traemos al seno de esta Sociedad la presente Comunicación, fundamentada en una observación clínica, a fin de incorporarla a las dispersas informaciones que se recogen en la literatura sobre “Síndromes abdominales agudos con neumoperitoneo radiográfico” que, sometidos a una exploración, a los efectos de practicar el supuesto tratamiento quirúrgico de una perforación generalmente digestiva, no se comprueba en el acto operatorio.

La hemos titulado “Neumoperitoneo espontáneo, sin perforación visceral aparente”, entendiendo por neumoperitoneo la presencia de gas en la cavidad peritoneal, que no siendo de origen artificial o traumático, es espontáneo, ya sea debido o no a una lesión perforativa. Pero en el título consignamos además la frase: “Sin perforación visceral aparente”; ella expresa casi un concepto que es el que compartimos, al afirmar: que la existencia de gas libre, subdiafragmático tiene su origen en una perforación visceral, aun cuando la búsqueda quirúrgica no la ponga en evidencia.

(*) Comunicación presentada en la sesión del 31 de Octubre de 1951.

Algunos autores franceses señalan dos aspectos clínicos del neumoperitoneo:

1) El no evidente, verdadera comprobación radiológica, en un síndrome abdominal agudo, que sitúa sin duda al neumoperitoneo en un segundo plano.

2) El neumoperitoneo a tensión, dominando el síndrome, sin otro proceso clínico que el de una distensión importante del vientre.

Es común y actual que ambas formas se estudien en conjunto, al establecer que el neumoperitoneo por sí sólo es una entidad patológica, clínica y radiológica. No obstante a ello y por considerar que cada aspecto clínico es distinto en su modalidad y también en su tratamiento, nos vamos tan sólo a referir a la forma clínica primera, la del neumoperitoneo no tenso que acompaña a un síndrome abdominal agudo dominante y lo hacemos así fundamentalmente por la consideración particular a que nos conduce la presente observación clínica, referida a

F. V., de 59 años, procedente del interior, que ingresó a Sala 21 del Hospital Pasteur el 13 de agosto de 1951, por un síndrome abdominal agudo.

Refiere haber presentado una reagudización de antiguos trastornos intestinales, el día 12 de agosto, caracterizados por diarreas de olor fétido y dolores difusos del tipo de retortijón. Luego de una cena copiosa, acusa en la noche un dolor epigástrico intenso, irradiado a hipocondrio derecho. Calmó espontáneamente, pudiendo dormir en la noche. En la mañana del día del ingreso, luego de ingerir alimento, acusó un dolor en puñalada, con irradiación al bajo vientre y en particular a fosa iliaca izquierda. Conjuntamente con el sufrimiento aludido presentó tenesmo rectal y estado nauseoso; razones todas ellas que lo decidieron internarse en un hospital.

En los antecedentes de este paciente, hay que destacar la existencia desde hace más de 20 años de sufrimientos intestinales, caracterizados por la perturbación del tránsito intestinal; con expulsión de sangre y flemas, pujos y tenesmo.

Trastornos estos que fueron tratados en forma sintomática. Posteriormente dispepsia irregular, nada típica, que no fué tratada correctamente por inconsecuencia del enfermo.

Al examen clínico, estado general conservado, lucidez, apirexia, mucosas coloreadas, deshidratación, aspecto de sufrimiento. Lengua seca y saburral. Pulso de 120, regular. Presión arterial de 13 y 7, respectivamente.

El abdomen se moviliza a la respiración parcialmente, duele en forma espontánea, no hay retracción. La palpación revela contractura

generalizada predominante en el hemiventre izquierdo. Su mayor depresibilidad asienta en el hipocondrio derecho. La palpación denota también sensibilidad marcada en las zonas contracturadas. El tacto rectal permite apreciar el fondo de saco del Douglas, libre e indoloro.

En suma: paciente de 51 años, con un síndrome agudo de tipo perforativo, datando de varias horas, que presenta como antecedentes: sufrimientos crónicos intestinales y una dispepsia periódica poco típica desde hace unos 10 años y que del punto de vista físico ofrece como elementos semiológicos predominantes, contractura abdominal manifiesta y dolor abdominal intenso. El estudio radiológico simple, verificado de urgencia, revela:

En una radiografía de pie, llama la atención una pequeña burbuja aérea en forma de imagen alargada transversalmente, por debajo del diafragma del lado derecho, en la zona para vertebral. Existe también un trazo que dibuja el contorno del diafragma en la zona más externa.

Por debajo del hemi-diafragma izquierdo y por encima de los gases del colon, aparece otra burbuja de aire alargada.

Estas imágenes son características de un pequeño neumoperitoneo. Estudios radiológicos de los Dres. E. Zerboni y A. Gorlero. - 28443.

Dado el cuadro clínico y radiológico expuesto, se plantean dos posibilidades: la de una perforación sigmoidea o la de una perforación gastroduodenal por úlcera complicada. La primera hipótesis no se juzga como más probable dado el número de horas transcurridas y la conservación del estado general. Se piensa, como más factible en la perforación gastroduodenal, a pesar de la falta de ciertos signos clínicos confirmatorios: ausencia de retracción abdominal, ausencia de semi-erección peneana y de dolor en el Douglas. De ser una perforación por ulcus se admite posible, que se trate de una perforación gástrica, dados ciertos elementos clínicos y radiológicos.

La indicación operatoria surge a la vista, decidiéndola practicar con las siguientes directivas:

Raquianestesia, incisión suprapúbica, análisis del líquido

peritoneal para ponernos en la vía de la víscera comprometida y proceder así en consecuencia.

Operación: Cirujano Dr. Bosch del Marco. Ayudantes: Dr. Rubio y practicante interno.

Raquianestesia, incisión mediana suprapúbica de unos 5 cms. que permite comprobar la ausencia de exudado peritoneal, congestión marcada de

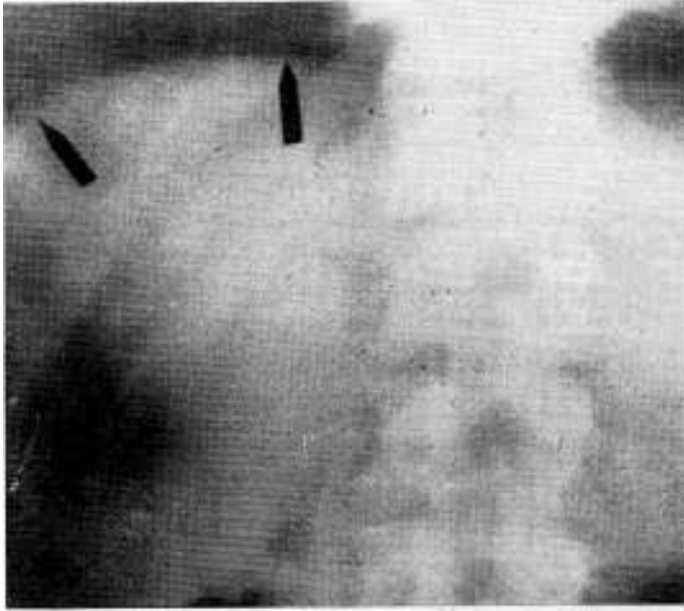


Fig. 1. — Placa obtenida el 13 de agosto de 1951.
Número: 28443. Dres. Zerboni y Gorlero.

las asas delgadas, hallándose ellas así como los sectores del colon, en particular sigmoide, completamente aplastados contra el plano posterior. Al abrir la cavidad peritoneal hemos de destacar la salida de gas a presión, inodoro. Descartada la existencia de una perforación digestiva baja y sospechando que asentara en vísceras altas, se practica luego del cierre de la incisión referida, una mediana supraumbilical. La exploración prolijamente realizada del gastro-duodeno, foco vesicular, hígado, bazo, páncreas, es negativa. Está demás decir que en particular el gastro-duodeno fué meticulosamente revisado. De esta exploración operatoria extendida al sector del intestino delgado, se pudo confirmar tan sólo una espasmodicidad señalada del mismo proceso congestivo. Había elementos de juicio para diagnosticar operatoriamente una enteritis y en particular ileal. Ninguna perforación pudo comprobarse. Procedióse al cierre de la cavidad sin drenaje.

Evolución: la evolución operatoria fué favorable, sin incidentes, en con-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

diciones de ser dado de alta al octavo día. En el período del post-operatorio se le trató con antibióticos, hidratación, etc.

Practicósele en el post-operatorio inmediato, un hemograma que reveló: 4 millones de glóbulos rojos, 74 % de hemoglobina, 0.92 de valor globular. Proteinemia de 6 grs. 90 %. Hematocrito de 48 %.

Unidades pancreáticas: 16 unidades Winslow. Cloruros en la orina: 9 grs. 36 %.

El estudio parasitológico de sus materias fecales fué absolutamente negativo, practicado el 23 de agosto.

Se le estudió radiológicamente, su gastro-duodeno, con fecha 28-VIII-51. Informan los doctores Zerboni y Corfio. Radiografía del Radiografía 28539. F. V.

lleno de medio opaco, tomada en decúbito ventral. Llama la atención en este examen, una pequeña irregularidad en forma de pequeña saliente, en la curvatura menor por encima del ángulo. Los contornos de esta saliente son bien regulares y de base ancha. No me atrevo a afirmar por esta sola placa y sin haber efectuado el estudio radioscópico, si corresponde a un nicho o no. Se observa a veces en el estómago micro-ondas muy semejantes."

El enfermo debió continuar su asistencia en policlínica a los efectos de permitirnos proseguir los estudios radiológicos del resto del tubo digestivo, exámenes endoscópicos, etc., pero por sentirse bien se rehusó a todo examen complementario.

Esta historia clínica, pues, está jalonada por dos síndromes que constan en la anamnesis, uno anterior e inicial de sufrimiento intestinal, otro posterior y actual de dispepsia gastro-duodenal, culminando en un síndrome clínico radiológico de perforación visceral que motivó la hospitalización del enfermo.

El neumoperitoneo, verdadero síndrome radiológico con propia autonomía patológica en ciertas formas clínicas, adquirió en nuestro caso el valor de un signo accesorio pero fundamental, como sucede en Cirugía de urgencia en la determinación de los diagnósticos difíciles del "abdomen agudo", para señalar al cirujano una orientación única, el de la perforación digestiva como elemento etiológico del síndrome clínico. Y de acuerdo entonces a las ecuaciones ya conocidas y citadas por varios autores de que:

a) neumoperitoneo es igual: perforación visceral;
y de que, b) neumoperitoneo es igual: intervención de urgencia,

operóse este paciente con la orientación señalada en su historia clínica.

La comprobación operatoria y la evolución favorable del enfermo, parecerían certificar que las ecuaciones enunciadas sufren excepciones, sin querer con ello establecer otra conducta que no fuese la inspirada por lo que el buen criterio y la lógica señalan; y también, de que así como el neumoperitoneo sin contrac

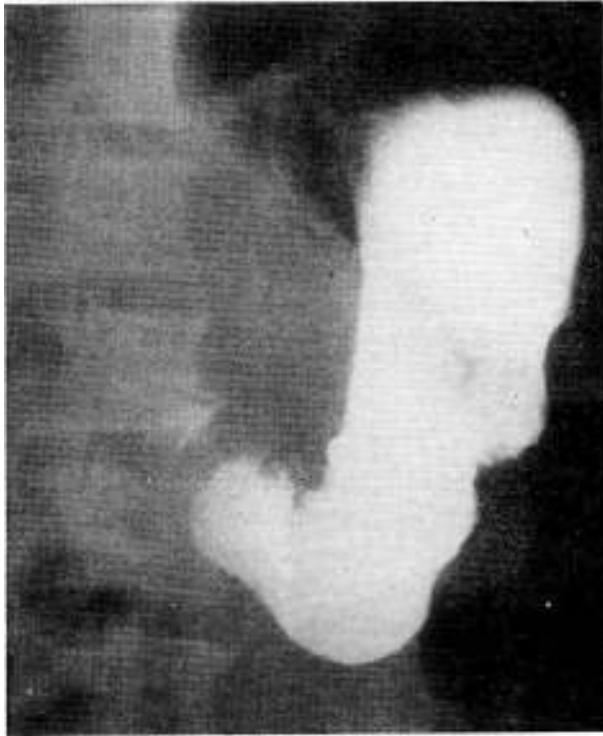


Fig. 2. — Radiografía 28539. - 28 de agosto de 1951

tura puede no constituir una indicación formal operatoria, un síndrome perforativo sin neumoperitoneo la presenta.

Patogenia: en nuestra observación analizada, la sospecha de la causa de sufrimiento, el neumoperitoneo y el resultado obtenido, nos inducen a recordar las explicaciones patogénicas de estos casos oscuros y dentro de varias teorías señalar:

1) *La mecánica* que admite el neumoperitoneo por la existencia en un punto cualquiera de un orificio de comunicación ya

patológico (lesión gastro-intestinal), ya normal (trompa en la mujer);

Por una ulceración en válvula o puntiforme (D'Allaine);

Por una neumatosis quística (Chiray, Urban, Michjeda), por una lesión traumática curada espontáneamente, después de la salida de aire (Quenu);

Por penetración a través del hiato diafragmático del aire de un neumotórax constituido.

2) *La teoría infecciosa*, originando peritonitis gaseosas por gérmenes no bien identificados, jamás aislados, liberando productos gaseosos e inodoros (de algunas escuelas alemanas y nórdicas), teoría que no ha dado su prueba.

Han sido motivo de discusión otras hipótesis: aquella que sostiene la filtración de gas a través de pared sana y a través de pared adelgazada y patológica; las causas de origen genital que no es el caso analizar; la neumatosis quística intestinal (observación en nuestro medio de los doctores Gandolfo Canessa y Lorenzo y Losada).

La úlcera digestiva oculta, responsable de tantos neumoperitoneos y que bien puede asumir la responsabilidad de otros tantos no explicados; a ella converge la opinión de la mayoría de las escuelas y la de aquellos autores que en la duda se inclinan siempre en favor de una perforación inadvertida del tubo gastro-intestinal. *Ulcus altos*, microperforaciones tuberositarias, casos de Schindler, Goddard, Myerd, D'Allaine, Del Campo. Este último autor, en su trabajo "El neumoperitoneo espontáneo", hace un estudio minucioso de la patogenia de la enfermedad que nos ocupa, analizando las observaciones publicadas en la literatura y concluye al respecto haciendo propia la afirmación de D'Allaine al decir: "en conclusión, yo creo que hasta el presente ninguna observación bien demostrativa viene a afirmarnos la existencia de un neumoperitoneo espontáneo sin traumatismo operatorio o accidental o sin lesión visceral preexistente".

Pruvot y Leger creen que no hay derecho a circunscribir el problema afirmando que todo neumoperitoneo de origen desconocido es debido a una úlcera y, por el contrario, consideran que él es una complicación mucho más frecuente de lo que se supone en aquella enfermedad que, sin dar pasaje de líquido al perito-

neo, permite la filtración de gas al mismo, originando así síndromes de intensidad variable y que muchas veces pasan inadvertidos en el curso de la intensificación de las crisis dolorosas de la úlcera.

Vayamos ahora a dar interpretación al neumoperitoneo en nuestro enfermo en el que, sintetizando, comprobábamos, clínicamente: un síndrome abdominal de tipo perforativo; radiológicamente: neumoperitoneo bilateral; operatoriamente: presencia de gas inodoro y libre y un hallazgo positivo lesional: ileítis terminal; como elementos negativos: ausencia de exudado y de lesión perforativa aparente del tractus digestivo.

Pese al examen minucioso verificado, no reconocimos perforación alguna ni aún en la zona evidentemente enferma, correspondiente a un sector del intestino delgado; pero creemos que ello no nos autoriza en modo alguno a negarla ya en el momento presente de la intervención, ya preexistente a la misma y obturada por los mecanismos de defensa.

Destacamos al respecto, la observación tan demostrativa a que se refiere el Prof. Del Campo, de una lesión de origen cecal que en forma inaparente se abría en pleno peritoneo, a 2 cms. del borde interno del ciego. Y al no confirmar nosotros la úlcera gastro-duodenal por la exploración quirúrgica y pese a la sospecha a que pudiera inducirnos un estudio radiológico gástrico post-operatorio, creemos lógico responsabilizar a la lesión intestinal, ileal que por micro perforación oculta, o que obturada por fibrina y evolucionando ya a la cura espontánea, había permitido el pasaje gaseoso al peritoneo libre.

Nos suscribimos, pues así, en lo que al concepto se refiere, a la opinión de los que, como señalábamos más arriba, consideran que todo neumoperitoneo espontáneo, traduce perforación de viscera en general gastro-intestinal.

Creemos oportuno recordar una observación de Obadaleck, similar a la presente, referente a un niño que hizo un síndrome abdominal agudo con neumoperitoneo radiográfico y al que operatoriamente comprobósele una enteritis de los 15 cms. últimos de su íleon. La autopsia, dos días después, probaba la existencia de una enteritis catarral con peritonitis purulenta, sin

perforación aparente, explicándola el autor por agentes que infectaron el peritoneo por efracción de la pared intestinal.

Y otra observación del Prof. Larghero, quien opera a un paciente de hernia inguinal estrangulada, reduciendo un intestino oscurecido con manchas equimóticas e infiltración hemorrágica del mesenterio, que al segundo día inicia una distensión abdominal, comprobándosele un neumoperitoneo que se admite como operatorio en un primer examen, dudándose de que así fuera, al ver su progresión en estudios secundarios. El enfermo cura luego sin otros incidentes.

¿Puede admitirse un mismo mecanismo patogénico en estas dos observaciones, así como en la ya presentada, que explicase el pasaje de gas intestinal por filtración a través de pared adelgazada y patológica, o aún por micro perforaciones inaparentes?

Y para terminar deseamos expresar nuestra esperanza de que por este camino de nuevas observaciones se pueda llegar a un mejor conocimiento de las causas que determinan el neumoperitoneo.

BIBLIOGRAFIA

- 1) CABIGLIO. — Poilclínico. T. 44, p. 61. Fevrier 1937.
- 2) COLSON, MANSUY et CAILLARD. — Lyon Médical, 69, t. 159, Nros 2 y 3.
- 3) D'ALLAINES. — Academie de Chirurgie. 1932, p. 940.
- 4) DEL CAMPO, JUAN C. — Anales de la Facultad de Medicina, Montevideo. T. XXIV.
- 5) DESJACQUES et MOUSSELN. — Lyon Chirurgical, 1944, p. 216 N° 11. 1939.
- 6) DIEULAFOI. — Gazette des Hopitaux de Paris, 10 fevrier 1943.
- 7) FONSECA y LOPEZ. — Semana Médica. T. 1, p. 700, marzo 1937.
- 8) GANDOLFO CANESSA, LORENZO y LOSADA h), GARCIA CAPURRO, ROGLIA. — Anales del Ateneo de Clínica Quirúrgica. Marzo, 1941. Montevideo.
- 9) IVANISSEVICH, MOURIGAN, CASTIGLIONI. — Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires. Tomo XVIII. N° 18. 1° agosto 1934.
- 10) NEUMAN. — American Journal of Surgery. T. 61, p. 76. Julio 1943.
- 11) PUVOT-LEGER. — Journal de Chirurgie. T. 63, N° 12, pág. 632. 1947.

Dr. Chifflet. — Yo, como el Dr. Stajano, iba a felicitar al Dr. Bosch y también estoy en la misma posición, pero se me ocurría decir lo siguiente: de la exposición que nos ha hecho el Dr. Bosch, nos ha actua-

lizado un problema desde el punto de vista patogénico, del punto del enfoque científico y además nos ha colocado en una situación especial frente a la posibilidad de que mañana nos encontremos con el neumoperitoneo.

De lo que nos ha expuesto el Dr. Bosch, yo creo que puede reducirse a los dos conceptos básicos: primero, neumoperitoneo, infiltración de lesión visceral; y segundo, puede existir lesión visceral y la intervención quirúrgica puede estar reducida nada más que a la abertura del vientre, a la comprobación de que no existe una lesión grosera y al cierre del abdomen.

Es decir que imagino eso: un vientre abierto y neumoperitoneo y como nos ha dicho el Dr. Bosch, en primer lugar una angustia por encontrar la lesión, y en segundo lugar, no encontrándola, una tranquilidad hasta cierto punto por saber que existe un neumoperitoneo que no evoluciona y una vez evolucionada la lesión, evoluciona favorablemente.

Dr. Vigil. — Voy a hacer un comentario a la comunicación del Dr. Bosch. De los que conozco y he visto en tres oportunidades de neumoperitoneo sin perforación visceral. Conozco tres: uno, el relatado por el doctor, otro es el relatado por el Dr. Mourigán, que lo conozco y, precisamente, el tercero, la comunicación que acaba de citar el Dr. Lorenzo y Lozada.

El problema es extraordinariamente importante, es sobre todo, por lo que acaba de señalar el Dr. Chifflet, de la angustia que puede sobrevenir en el caso de un individuo, abre el vientre por un cuadro como el que acaba de relatar el Dr. Bosch y se encuentra que no hay ninguna lesión que justifique la laparotomía. He tenido oportunidad, en fin, estoy de acuerdo que en el hecho de que en la inmensa mayoría de los casos las lesiones existen, pero pasan inadvertidas por ser micro-lesiones o por ser lesiones de un carácter especial. Tengo dos neumoperitoneos que han evolucionado en forma un poco particular y que los traje a la Sociedad de Cirugía en ocasión de la comunicación sobre peritonitis tíficas no perforativas. Para mí, el valor del neumoperitoneo no queda como el elemento que obligue a hacer intervención, no queda de ninguna manera por el hecho de que se presente de cuando en cuando observaciones como acaba de presentar el Dr. Bosch, en los cuales no se encuentra lesión visceral. Creemos que sacaremos una conclusión mala si quisiéramos hacer diagnóstico diferencial de neumoperitoneo que corresponde a lesiones viscerales, y los que no tienen. Esto debe ser una curiosidad en el sentido patológico y no una consideración que nos haga variar nuestra conducta terapéutica. Como decía antes, hace tiempo traté dos neumoperitoneos que tenían interés. El primero es un neumoperitoneo que aparece en el curso de la evolución de una apendicitis en el curso de una tifoidea. Es la única vez que nosotros hemos visto en muchos exámenes radiológicos en el cuadro agudo de vientre, una apendicitis provocando un neumoperitoneo. El Dr. Del Campo lo tenía como un hecho

inexistente, que no habiendo producido el neumo-peritoneo y no habiendo visto comunicaciones de neumo-peritoneo en una apendicitis.

Naturalmente, la Patogenia por la cual puede sostener que el neumo-peritoneo puede aparecer en una apendicitis es múltiple y variable y no viene al caso, pero el hecho existe, puede tener indicaciones del punto de vista del estudio del enfermo y el otro hecho que habíamos relatado aquí era correspondiente a un enfermo con peritonitis por perforación inaparente porque era una tifoidea; en el curso de la tifoidea, tuvo un absceso del Douglas. Operé el absceso del Douglas y en el curso de la convalecencia hizo un espléndido neumo-peritoneo. Bien, ese problema es exactamente el mismo que acaba de decir el Dr. Bosch en una evolución tal que nosotros hemos podido seguir los dos aspectos: el aspecto perforativo en el cual el individuo contaminó su peritoneo e hizo neumo-peritoneo; el otro, pasaje estricto del gas al ambiente peritoneal. Ese individuo evolucionó bien, todas las cosas entraron en orden después de haber tenido durante mucho tiempo una distensión de vientre y obedecía perfectamente a la punción que era la única terapéutica que empleábamos en ese caso.

Dr. Stajano. — Quiero fijar una idea en el espíritu de todos. Pienso en el caso del Dr. Bosch; es un caso muy interesante y muy ilustrativo. Estoy pensando lo mismo: la angustia que se puede tener frente a un caso de esa naturaleza. Pero voy a otra cosa: es cierto que el caso del Dr. Bosch tenía un proceso ulceroso gastro-duodenal, pero tenía una ileítis terminal, ¿estamos? El Dr. Vigil habla de un caso que dice que el Dr. Del Campo no había visto, de una apendicitis en una tifoidea.

Dr. Vigil. — Con neumo-peritoneo.

Dr. Stajano. — Bien, sabemos perfectamente que la fiebre tifoidea, la lesión domina en la parte del intestino terminal, en la parte yeyuno-ileal, yuxta cecal. Tiene una apendicitis. El otro caso del Dr. Vigil es un enfermo que hizo en el curso de una fiebre tifoidea un neumo-peritoneo, luego hizo una perforación y se murió.

Dr. Vigil. — o se murió.

Dr. Stajano. — Se salvó, perfectamente. Son tres casos de lesiones de ileítis terminal como el el Dr. Bosch, de ileítis tífica, operada la apendicitis, y me pregunto, y aquí hay anatomistas que saben más anatomía que yo, pero la parte terminal del ileon es de una circulación completamente distinta y es más precaria que el resto del intestino. La parte terminal del intestino delgado, sobre todo la parte de 10 cms. antes, 15 cms. antes, no es una circulación tan rica como en el resto del intestino. Me pregunto si un proceso inflamatorio, de una fiebre tifoidea, de una ileítis en ese nivel no provoca lesiones de naturaleza tal que así como permite el proceso inflamatorio intestinal, que se haya llenado de microbios a través de la pared enferma, pudiera ser que dada la circu-

lación distinta del intestino terminal pudiera en cierto momento ser permeable en estos casos. Nada más.

No hago más que plantear una hipótesis que puede fijar una idea, precisar en el futuro esa interpretación de hechos que realmente son tan curiosos. De manera que no lo digo con precisión; es una cosa que se me ocurrió al oír lo que estaban diciendo y que es muy sugestivo. De los tres casos, uno atribuye siempre a un agujero grande de duodeno, perforación de otra parte y en los tres casos es ileal, terminal. Simplemente, por ser útil al Dr. Bosch y a los otros, para sugerir aquí un ensayo experimental sobre lesión en la parte ileal terminal. Lo felicito.

Dr. Prat. — Para contribuir a la casuística y para agregar alguna observación a la comunicación que presenta el Dr. Bosch, diría que si mi memoria no me es infiel, creo que en el Instituto de Clínica Quirúrgica, hay dos casos documentados de lesión abdominal por neumoperitoneo, vale decir que hizo diagnóstico de perforación visceral comprobada por el neumoperitoneo. Un caso está muy confuso, no lo recuerdo; el otro recuerdo más claramente porque nos impresionó un poco. Se trataba de una joven que había recibido un traumatismo no de mucha intensidad, era un rodillazo, no recuerdo bien. Esta enferma tenía un cuadro de defensa abdominal pero atenuado, y con sorpresa, con relación a esa sintomatología, comprobamos que tenía un neumoperitoneo claro, una franja de gas por encima; el cuadro era un cuadro atenuado. Nosotros, saliendo un poco de ese principio, de ese dogma de que todo neumoperitoneo significa una perforación visceral, debe operarse ese enfermo, no lo operamos y evolucionó perfectamente bien y lo presentamos a los estudiantes precisamente para demostrar que lo que vale más en la asistencia de los enfermos, es una clínica severa, perfectamente cumplida y que muy a menudo uno puede salir de los dogmas esos de la terapéutica.

El otro caso no lo tengo tan claramente establecido. Ahora bien, creo que esto tiene tanta importancia como antes, que hacíamos cirugía de urgencia, ante un cuadro de esta clase, a menudo operábamos de inmediato. Hoy día ya uno puede contemplar más y no tenemos más que pensar precisamente en la técnica de Taylor. Taylor establecía su método en las perforaciones, especialmente gástricas que hay perforación categórica, precisa, cuando todo el síndrome hace su intubación y deja que evolucione; hoy día los cirujanos del mundo, contrariamente a lo que sorprendía a los cirujanos de urgencia, que nos parecía una herejía quirúrgica, y hoy día tenemos que aceptar que estos casos evolucionan a menudo bastante bien y nos hace pensar que mismo un cirujano de urgencia que tenga esos dogmas, principios del pasado, puede ser ahí una contraindicación categórica, dejara sin operar un enfermo de esa clase e hiciera una intubación siguiendo el método de Taylor. Sin embargo, a los cirujanos de los antiguos métodos nos cuesta aceptar eso, pero eso es evidente.

Por otra parte hay otro punto: ya conocemos que en nuestro medio y en otros medios clínicos distinguidos del pasado, hacían diagnóstico de perforación cubierta, es una cosa que la hemos aprendido en la clínica de nuestros mayores y a menudo nosotros hemos aceptado un diagnóstico de esa clase, es decir, un cuadro agudo de vientre, sobre todo a punto de partida gástrico y que después el duodeno marcha bien, evoluciona, y en el futuro se puede confirmar una úlcera que se trata ulteriormente. Creo que en todos estos casos podemos aceptar estas consideraciones, pero me parece que el criterio quirúrgico es que después que haya pasado esa pequeña tempestad, por así decir, de más o menos tiempo, que el enfermo debe ser operado.

Ahora bien, creo que hay que hacer una diferencia. El Dr. Bosch establece categóricamente la posibilidad del neumo-peritoneo, o mejor dicho la perforación de la parte alta del vientre, que podríamos llamar parte alta: estómago, duodeno y otra parte baja que sería el intestino. Recuerdo perfectamente que cuando empezamos a hacer la cirugía de urgencia, llamó mucho la atención que en los casos de peritonitis por perforación, el pronóstico era muy variable, por ejemplo, casos de perforación gástrica con poco derrame y con gran derrame y los enfermos evolucionan muy bien, y otros muy mal. Entonces, precisamente, debido a la intervención y a las indicaciones, se hizo el estudio cuidadoso, estudio biológico cuidadoso del contenido del derrame abdominal y se pudo comprobar que en algunos casos era un líquido muy infectado y en otros casos, estéril. Sabemos perfectamente que el líquido estomacal generalmente es poco séptico, depende muchas veces de las circunstancias, pero entonces creo como cuestión que podremos establecer categóricamente es ésta: cuando tenemos la orientación o suponemos que esa perforación puede ser gástrica o duodenal, tendremos que tener en cuenta que puede no ser muy virulenta y no se deben quemar las etapas, pero cuando sospechamos que es innecesaria esa Patogenia, puede ser de origen intestinal: intestino delgado, intestino grueso, sobre todo. Creo que en esos casos el cirujano tiene que actuar con mucho más cuidado y estar convencido de cual es el punto de partida de esa posible perforación para actuar cuanto antes, porque no es lo mismo la evolución y pronóstico de la evolución gastro-duodenal como intestinal. Ahora, creo que el problema de la tifoidea es distinto, porque se prestaría a episodios cuando hay derrame y perforación más o menos cubierta o poco pronunciada, y que tienen una evolución muy distinta y es difícil de establecer y esos son los comentarios que me merecen esta comunicación.

Dr. Yannicelli. Parece que todos estamos de acuerdo que la perforación, o los síndromes que parecen perforación, ratificada por una existencia de neumo-peritoneo, siguen siendo de la intervención quirúrgica. Sobre todo hoy día para la Quirúrgica infantil, para las perforaciones gástricas. En segundo lugar, la posibilidad de que no se encuentre. Creo que habría que aclarar: no encontrar una perforación y no existir perforación. Creo que es muy difícil asegurar de que se ha reco-

rrido todo el tubo digestivo y no se ha podido encontrar una perforación, puede decirse que no se ha podido encontrar una perforación, no podemos decir que no existe. Ya sabemos la dificultad para explorar ciertas partes del tubo digestivo, dentro de la nerviosidad de las maniobras. Cabe decir que no se encuentran pero no decir que no existe.

En tercer lugar, la posibilidad de una perforación mínima, estando distendido el intestino, que haya dejado pasar su contenido, una vez desaparecida la tensión intestinal, eso se cierra y no lo encuentra ningún cirujano. Nosotros encontramos una perforación cuando se trata de un tífico que hizo una peritonitis, al revés de lo habitual, con evolución, con gran neumo-peritoneo, se encontró lesiones típicas en el intestino delgado, pero entonces completamente ya cicatrizada. De manera que supone que hay una perforación que se cerró ulteriormente. También comparto el criterio del Dr. Bosch y digo la duda de si existía o no una perforación, porque no podemos examinar con exactitud todo el trayecto digestivo.

Dr. Bosch. — Voy a agradecer a todos los que han hecho uso de la palabra para volverme a referir a lo que creo que ha sido precisado. El problema era explicar el mecanismo patogénico por el cual había gas sin perforación aparente. En la conducta del tratamiento, sigo fiel a lo antiguo, frente a un síndrome perforativo y con neumo-peritoneo se impone la conducta operatoria. Los casos a que aludía el Dr. Vigil han sido comentados en el trabajo del Dr. Del Campo que ha hecho un análisis de todas las comunicaciones publicadas en la literatura. No me referí a ello por no caer en repeticiones, pero uno de ellos no resiste a la crítica de los neumo-peritoneos sin perforación que han sido presentados como el caso de Finochietto y Roglia y algunos otros. Con respecto a lo que dice el Dr. Stajano hay dos o tres observaciones más en la literatura de ileítis terminales sin perforación aparente acompañadas de síndrome perforativo y gas. Posiblemente las razones anatómicas a que alude el Profesor Stajano sean exactas, por eso abro esta interrogante sobre el problema patogénico: hay infiltración de gas, hay microperforación, pero sigo fiel al principio del tratamiento quirúrgico operatorio.