

PERITONITIS POR PERFORACION DIVERTICULADA (*)

Dr. Alberto Valls

Es un enfermo que teníamos a medias con el Dr. Karlen en el año 1957 y cuyo material radiológico es muy interesante y por eso lo vamos a presentar. Enfermo de 45 años, procedente de Rocha con un cuadro infeccioso catalogado de tifoidea.

El enfermo ingresó al Hospital Italiano el 26 de febrero de 1957.



Fig. 1. —

El enfermo presentaba estas placas que muestran un nivel hidroaéreo grande sin niveles colónicos concomitantes que llevaron al Prof. Del Campo a hacer diagnóstico de absceso intraperitoneal. Presentó fluctuación en la fosa lumbar izquierda. Fue drenado por ese lugar, saliendo 2 litros de pus y materias fecales. Se pudo introducir la mano en la logia mesentérica colon izquierdo y pasarla por delante del promontorio a la pelvis.

3 días después se hace colostomía transversa. Un colon por enema, muestra divertículos, la perforación inundando de bario la cavidad peritoneal y con salida por la fosa lumbar.

(*) Trabajo presentado en la $\frac{1}{2}$ hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 25 de setiembre de 1963.

6 meses después operado por el Dr. Karlen, al observar la integridad del colon hizo el cierre de la colostomía, evolucionando bien.



Fig. 2. —

Dr. Alberto Valls: Este enfermo, cuando yo lo operé como ví que pude deslizar la mano a través de la fosa lumbar e introducirla en plena cavidad abdominal, la deslicé por el interior de la pelvis, la metí hasta la pelvis, metiéndome delante del promontorio y llegando hasta el Douglas. Me deslicé perfectamente bien. De modo que yo creo que es difícil que hubiera podido deslizarme así si hubiera pasado por el retroperitoneo. Y con respecto a las adherencias puedo decir que a veces el peritoneo en algunas personas tiene capacidades de curación de las lesiones adherenciales que es notable. A ese respecto me acuerdo de una enferma que había operado el Dr. Pereyra, de una peritonitis apendicular, que hizo una fístula ileal, que estaba en un estado calamitoso, que cerró la fístula con aspiración continua y que después se recuperó, una enferma que estaba en la Sala 22, que tuve oportunidad de operarla, unos 2 años después de una eventración de un Mac Burney, que era lo único que le quedaba. Esperaba encontrarme con grandes adherencias de esa intensísima peritonitis, y resulta que no había nada. Parecía que ese peritoneo nunca hubiera sido operado. De modo que uno no tiene que maravillarse de que puedan resolverse grandes cuadros de adherencias de peritoneo así tipo sub agudo o agudo y no encontrar nada, porque en algunos peritoneos puede ocurrir eso. Con respecto a la Dra. Murguía de Roso le agradezco los datos porque precisamente yo estuve trabajando y buscando en el Hospital de Clínicas las peritonitis por perforación diverticular colónica y yo no tenía la sensación de que hubieran peritonitis diverticulares, por perforación diverticular en los niños. Es un dato muy interesante.