

crónicas. Veo a un enfermo demacrado que en una peritonitis bacilar hace un año contranatura. Intento cerrar el ano y encontré dificultades; voy por la línea media y encuentro una cáscara gruesa; voy hacia abajo y le abro la vejiga; el incidente se soluciona satisfactoriamente con una sonda de Pezzer. Pasa al hospital F. Ferreira; mejora. El doctor Fossati lo opera y cae sobre el intestino que se abre. El enfermo mejora y dado el buen estado, yo creo que no hay que hacerle nada por el momento.

---

### *Peritonitis a neumococos*

Por los doctores LARGHERO, BADO y VIGIL

Hemos tenido ocasión de observar y tratar 3 casos de peritonitis a neumococos de las cuales 2 en adultos y 1 en adolescente, 2 de ellas a neumococo puro, otra con asociación estreptocócica. Frente a ellas nos hemos encontrado con las mismas dudas respecto al diagnóstico y la terapéutica, experimentadas y puestas de relieve en sus trabajos por los cirujanos que han debido encarar el diagnóstico positivo realmente difícil de esta afección.

En el adulto las dificultades son, si se quiere, mayores, dada la poca frecuencia de la afección, la sintomatología variable, poco característica y fácilmente confundible, la evolución a menudo sujeta a complicaciones extra-peritoneales.

Tanto más necesario es llegar al diagnóstico cuanto que se afirma cada vez más la conveniencia real de retardar la intervención hasta el momento del enquistamiento del proceso que ocurre en un plazo variable para las formas agudas y subagudas. Quedan fuera de esta consideración las formas sobre agudas, de difícil diagnóstico, con una sintomatología alarmante frente a la cual la laparatomía se impone.

Pero para las primeras, el cirujano antes de adoptar la conducta expectante debe salvar el tiempo muy a menudo difícil del diagnóstico con todas las preocupaciones que le significan las posibilidades de un error con la peritonitis apendicular. Es así que, si bien en todos los trabajos se declaran los inconvenientes de la intervención precoz, lo cierto es que en la mayoría de las observaciones en que el enfermo llega en la primera etapa de su afección aun pensando en la peritonitis a neumococos, a falta de signos francos, decisivos, la operación ha sido

efectuada por el temor de dejar evolucionar una peritonitis apendicular o de otro origen.

En nuestros tres casos, uno de ellos fué operado sin diagnóstico preciso, sospechando una ruptura de embarazo tubario; ni pensamos en la peritonitis a neumococos, pese a que el síntoma clásico, la újarrea, era evidente. En los otros dos se pensó en la peritonitis a neumococos y se le consideró como la causa más probable del cuadro, apoyando este diagnóstico en un caso la leucocitosis demasiado elevada, de 37.000, con hiperhinosis muy marcada y en otro la coexistencia con una afección pulmonar. Sin embargo, fué como siempre; en ausencia de signos decisivos y con el temor del error con la apendicitis que se decidió la intervención.

Ya que citamos los datos del examen de sangre del punto de vista leucocitosis y retículo fibrinosos, podemos decir, que la leucocitosis puede ser muy elevada (37.000 leucocitos por mm.<sup>3</sup> en una de nuestras observaciones), en cuyo caso posee un gran valor, pero no así la ausencia de reacción sanguínea (8.500 leucocitos por mm.<sup>3</sup>, en otro caso).

Le asignamos una importancia más grande al otro elemento de laboratorio y nos referimos a la hiperhinosis o aumento del retículo fibrinoso de la sangre, elemento casi constante en las afecciones neumocócicas agudas, con el que se puede contar siempre porque su observación es de técnica sencilla.

Finalmente, en la comparación de las tres observaciones reside el pequeño interés de esta comunicación, dada la sintomataología y la forma anatómica variable en cada uno de ellos. El primero es del tipo de las peritonitis localizadas en la fosa ilíaca derecha, evolucionando contemporáneamente con un proceso pulmonar agudo; el segundo, una peritonitis generalizada primitiva o tal vez secundaria a un estado septicémico; y, el tercero, una pelvipertonitis de origen genital con salpingitis purulenta bilateral, habiéndose encontrado en el pus de las trompas el neumococo.

Observación N.º 1 (Larghero). — El miércoles 11 de Marzo de 1931 soy llamado de la Sala 9 del Hospital Pasteur para ver un enfermo que se queja de dolores en el vientre y tiene vómitos. Justino P., de 37 años, me relata la siguiente historia: El día jueves de la semana anterior, habiéndose encontrado hasta entonces bien, tuvo un violento chuco de frío, apareciéndole al mismo tiempo un dolor intenso en la fosa ilíaca derecha, cerca de la ingle. Este dolor se propagó hacia arriba, hasta debajo de la tetilla, dificultándole la respiración. Al mismo tiempo tos y expectoración hemoptoica. Al día siguiente vómitos y aparece un herpes labial confluyente. Ingresa a la Sala 9, donde se constata, el día 7 (sábado): Disnea, temperatura 37° 3/5 matinal,

y  $37^{\circ} \frac{4}{5}$  vespéral. Síndrome de hepatización pulmonar del lado derecho con grueso foco. El cirujano de guardia es llamado el lunes para dilucidar el síndrome abdominal y se inclina a una apendicitis. La temperatura, que había descendido el domingo a  $36^{\circ} \frac{4}{5}$ , sube el lunes a  $38^{\circ}$ , y el enfermo tiene nuevos vómitos, esta vez biliosos. La aplicación de hielo exacerba el dolor, haciéndosele intolerable el contacto de la bolsa. El examen físico mostraba: dolor y contractura franca de a pared en la fosa ilíaca derecha. Una leucocitosis da 12.500. Ayer, martes, la temperatura vuelve a descender. Consultado el cirujano de guardia de este día se inclina a una peritonitis a neumococos y aplica calor local que alivia mucho al enfermo. Tiene en este día, por primera vez, tres deposiciones diarreicas. El cuadro pulmonar permanece invariable. Esta mañana la temperatura era de  $37^{\circ} \frac{1}{5}$ . Nueva deposición diarreica. En la tarde los dolores se hacen intensos y los vómitos abundantes, de carácter bilioso, se repiten. La urea en el suero es de 0gr.44. Wassermann, negativo.

Constato al examen: Enfermo muy disneico (35 respiraciones). Facies rosado, ojos un poco hundidos, extremidades calientes, sin cianosis. Lengua saburral pero húmeda. En los labios costras de herpes labial. La temperatura en este momento es de  $36^{\circ} \frac{1}{2}$  axilar y  $38^{\circ} \frac{2}{10}$  rectal. Pulso de 120, regular, de mediana tensión. Vientre moderadamente balonado, inmóvil con la respiración. Hay parálisis diafragmática, pues pese a la poca inmovilidad respiratoria, se observa que la pared abdominal se deprime con las inspiraciones. A la palpación el vientre es todo doloroso, pero el dolor es exquisito en la parte externa de la fosa ilíaca derecha, a dos dedos por dentro de la espina ilíaca antero-superior, donde la pared se deja deprimir lo suficiente como para palpar una masa alargada, no dura, irregular, exquisitamente dolorosa. Dolor a la decompresión. Contractura muscular del recto derecho, predominante al nivel y debajo del ombligo. El resto del vientre se defiende un poco, pero no hay contractura franca. Sonoridad hipogástrica y en ambas fosas ilíacas. Macidez hepática conservada. No hay dolor en el fémoro-cutáneo.

Tacto rectal: Ampolla muy caliente. Fondo de saco de Douglas muy doloroso.

Semiología pulmonar: Macidez, soplo tubario grueso y estertores finos en la parte media e inferior del pulmón derecho. Tonos cardíacos normales. Pido una nueva leucocitosis que da 8.500 por mm.<sup>3</sup>.

Había, como se ve, en esta historia elementos muy en favor de la peritonitis a neumococos: el proceso pulmonar concomitante, la diarrea, el herpes, el balonamiento; pero, los signos localizados en la fosa ilíaca derecha, que hacían pensar en una colección a ese nivel, unidos a los fenómenos abdominales difusos, sobrevenidos secundariamente y la agravación del estado con nuevos vómitos en un período (final de la primera semana) en que habitualmente la peritonitis a neumococos comienza a localizarse, nos hacían temer la posibilidad de una peritonitis apendicular y decidimos intervenir.

Operación. — Me ayuda el Interno Sr. Roberto Suárez. — Anestesia local. Incisión

de Roux. Abierto el peritoneo se cae en un absceso, da salida a pus amarillo verdoso, cremoso, con un paquete de fibrina. El absceso contiene unos 15 gramos de pus. Está limitado, por dentro, por asas cuya convexidad está cubierta por falsas membranas y presentan lesiones congestivo-hemorrágicas de la pared. El ciego, con menos lesiones que las asas, está fijo. No se palpa el apéndice ni se le ve. Se exterioriza un poco las asas y se constata que su aspecto hacia el ombligo es normal y que no viene líquido. Hacia abajo el dedo va fácilmente a la pelvis, de donde viene líquido sero-purulento.

Se colocan dos tubos de drenaje, uno pelviano, otro en el foco ilíaco. Afrontamiento de la pared con un punto. La intervención, aunque corta, ha sacado mucho al enfermo. Pulso pequeño e irregular, apenas perceptible en la radial, sudores, palidez. Se le tonifica energicamente y el estado remonta poco a poco.

Post operatorio: El primer día el estado general ha mejorado, pero persiste el balonamiento y contractura. Los tubos han drenado poco.

El segundo día se retiran los tubos constatándose que viene del Douglas un poco de pus fétido. Se reinicia este día la diarrea profusa, con tenesmo rectal (10 o 12 deposiciones), que se hacen incontables en los días siguientes, deprimiendo mucho al enfermo. Tenemos la impresión que ellas se moderaron con la terapéutica clorurada hipertónica, llegando el 18 de Marzo, es decir, siete días después de la operación a dos o tres deposiciones diarias para mantenerse así unos días más. La fiebre cedió por completo, y salvo un pequeño derrame pleural derecho, la lesión torácica evolucionó favorablemente. Se da de alta, curado, el 7 de Abril.

Tres meses después fué operado por mí por una oclusión intestinal aguda por adherencias y acodamientos de asas delgadas al nivel de la fosa ilíaca derecha.

En el post operatorio hizo una complicación pulmonar aguda del lado derecho que evolucionó hacia la constitución de un absceso del pulmón. Fué tratado por el Dr. Barsantini, mejorando considerablemente. Dado de alta, ha vuelto varias veces a consultarnos, pues a pesar de un estado general al parecer floreciente, de cuando en cuando volvía la expectoración purulenta. Lo teníamos en estudio cuando desapareció, hace diez meses, y no hemos vuelto a saber nada de él.

El examen del pus peritoneal fué practicado por el Br. Enrique Castro, cuyo informe transcribo: Frotis: Muestra un coco pequeño en gran abundancia, muchos aislados, otros en diplo o en cadenas cortas gram positivos. ¿Estrepto o neumo? Algunos bacilos gram positivos y diplococos gram negativos. Se observan muy raros glóbulos de pus y glóbulos rojos.

Cultivo de 48 horas. Desarrolla en caldo simple y en medio T. un diplococ gram positivo tipo neumo y largas cadenas de estreptococo.

**Observación N.o 2 (Larghero).** — Petrona R., 42 años, casada. Ingresa al Hospital Pasteur el 17 de Agosto de 1932. Su enfermedad comenzó anoche. A la hora de cenar, encontrándose con poco apetito no cenó y se acostó. Poco después, a las 9 de la noche, dolor violento en el epigastrio y en el bajo vientre, predominante en el hipo-

gastro, irradiando a ambas fosas ilíacas y al hombro izquierdo. Tuvo algunos vómitos acuosos y numerosas deposiciones diarreicas, gomosas. Ausencia de tenesmo rectal y vesical. Durante toda la noche no pudo dormir por los dolores. Sed intensa. Esta mañana, al incorporarse en la cama, mareo profundo que se repite varias veces. No tuvo fiebre ni chuchos de frío. Desde anoche no orina.

Amenorrea de dos meses (última menstruación el 17 de Junio). No pierde sangre por los genitales. Ausencia de signos dichos simpáticos de embarazo. No tiene flujo. Tres hijos sanos, el menor de 14 años. Nunca ha tenido amenorreas fuera de sus embarazos. Operada de apendicitis hace tres años.

Examen: Facies un poco inquieto. Ojos hundidos. Mucosas decoloradas; sin embargo, no hay gran palidez cutánea. Temperatura 37° 3/10 axilar. Pulso 120, apenas apreciable en la radial. Durante todo el tiempo del examen pide agua con insistencia. Disneo ligera. Lengua húmeda.

Hacemos un cateterismo vesical que trae 150 gramos escasos de una orina bien concentrada.

Abdomen ligeramente globuloso. Inmovilidad respiratoria completa. A la palpación dolor exquisito, intolerable en la fosa ilíaca izquierda, con marcada hiperestesia cutánea, pero sin defensa franca. Duele también el hipogastrio y mucho menos la fosa ilíaca derecha. Intenso dolor a la decompresión. Macidez en todo el bajo vientre.

Examen genital: Mucosa vulvo-vaginal muy pálida. Cuello uterino duro, con orificio transversal. No es posible apreciar el fondo del útero.

Los fondos de saco vaginales no están ocupados; el izquierdo y sobre todo el posterior muy dolorosos. Movilización uterina muy dolorosa.

Cardio-pulmonar normal.

Aunque con ciertas reservas nos inclinamos al diagnóstico de ruptura de embarazo ectópico y decidimos intervenir de inmediato sin previa punción del Douglas. Anestesia general, éter y CO<sub>2</sub>. por el Pte. Mestre. Me ayuda el Interno Dr. Loubejac. Laparotomía mediana infraumbilical. Pus amarillo castaño, no fétido en pequeña cantidad en el peritoneo, bañando las asas delgadas, que se presentan de color rojo, depulidas, no dilatadas. Pus con el mismo carácter, pero más abundante, en la pelvis. Apéndice sano. Utero de tamaño mediano. Trompa derecha dilatada, llena de pus, con algunas granulaciones en el peritoneo.

Trompa izquierda adherente a la cara posterior del ligamento ancho, cubierta por la S ilíaca que adhiere a ella. También contiene pus amarillo verdoso. Salpingectomía bilateral. Se saca el exudado del Douglas, donde se coloca un tubo de drenaje. Cierre de la pared en tres planos.

El examen del pus, practicado de inmediato por el Br. Astiarazán, reveló: Exudado purulento a polinucleares. Se observa una bacteria con caracteres morfológicos del neumococo, muy abundante y única.

Cultivo: Desarrolló el neumococo en 20 horas.

Evolución: Al día siguiente la temperatura ha subido a  $39^{\circ} \frac{1}{2}$ . Oliguria extrema 10 gramos. Pulso rápido. Diarrea gomosa. Abdomen balonado, doloroso, con ligera defensa.

Mejora algo el segundo día. La temperatura desciende a  $38^{\circ} \frac{1}{2}$ . Pulso siempre rápido, a 120. Abdomen balonado pero más depresible. Curación empapada en pus. A las 4 de la tarde de este día muerte brusca. No se pudo hacer autopsia.

Examen histo-bacteriológico de las trompas: Salpingitis purulenta cavitaria. Infiltración purulenta discreta del corión de la mucosa con marcado edema. En medio del pus se reconocen bacterias con los caracteres morfológicos y tintoriales del neumococo. (Investigación practicada por el Br. Castiglioni Trianon).

**Observación N.º 3** (Bado, Vigil). — Jorge R., 15 años. Ingresa al Hospital Pasteur el sábado 20 de Agosto de 1932, a la hora 13. Procede de la Colonia de Menores. Su enfermedad comenzó hace cinco días. Encontrándose en su trabajo le apareció un dolor intenso en el epigastrio, irradiando al hipocondrio izquierdo, con gran chuchó de frío. Se acostó y en la tarde tuvo un vómito alimenticio. En la enfermería de la Colonia le dieron un purgante con el que tuvo varias deposiciones durante los dos primeros días. Continuó con el dolor epigástrico repitiéndose los vómitos, de carácter bilioso, sobre todo provocados por los golpes de tos. (Hace notar que desde hace quince días tiene tos). Cefalalgia. Desde hace tres días constipación y oliguria.

El médico de guardia de este día (Larghero), constata al examen: Facies muy congestionado, vultuoso. Disnea (40 respiraciones por minuto). Enfermo un poco inquieto, temeroso cuando se le intenta palpar el vientre. Algunos golpes de tos que le provocan intensos dolores epigástricos. Expectoración muco-purulenta viscosa. Temperatura  $39^{\circ} \frac{1}{2}$ , axilar y rectal. Pulso 96, regular y bien golpeado.

Movilidad respiratoria abdominal muy limitada, respiración contenida.

A la palpación dolor en todo el vientre, pero predominante del lado derecho, con fuerte contractura del resto de este lado. Dolor y contracturas son muy marcadas en la fosa ilíaca derecha, exquisitamente dolorosa a la decompresión.

Pese a que el dolor espontáneo es epigástrico y en el hipocondrio izquierdo, estas regiones duelen poco a la palpación y se dejan deprimir palpando suavemente. Flanco derecho contracturado. Fosas lumbares libres.

Tacto rectal: Douglas libre e indoloro en este momento.

Tórax: Percusión y auscultación no revelan nada anormal. Le pedimos que tosa y lo hace penosamente, provocándole arcadas.

Faringe normal.

Existe, pues, evidentemente, signos de lesión peritoneal predominante en la fosa ilíaca derecha; pero ni el comienzo de la afección, ni el dolor irradiado al hipocondrio izquierdo, así como la contradicción entre este asiento del dolor espontáneo y el dolor provocado, que es máximo en la fosa ilíaca derecha, van de acuerdo con una peritonitis apendicular.

Llama además la atención el facies vultuoso, la tos contenida y dolorosa (tiene, a primera vista, el aspecto de una neumonía).

El laboratorista señor Astiazarán nos hace una leucocitosis que da 35.000 y un retículo fibroso que revela una fuerte hiperhinosis. Se piensa entonces en una septicemia a neumococo con localización peritoneal.

Radioscopia de tórax: Campos pulmonares claros. Movilidad diafragmática limitada.

Pasa en observación a la Sala 15. Hielo en el vientre. Suero subcutáneo.

Las cosas no varían al principio, pero a las 2 de la mañana tiene un dolor más agudo en la fosa ilíaca derecha y un vómito verdoso de unos 300 gramos.

Casi decidimos intervenir temiendo dejar evolucionar una peritonitis apendicular. Sin embargo, pese a la ausencia de diarrea, lo poco convincente de la historia clínica y los datos del laboratorio son tan favorables a la hipótesis de una neumococcia que decidimos esperar.

En la mañana del día 21 el enfermo se encuentra mejor; la temperatura ha descendido a 38° y ½ y no volvió a vomitar.

Lo examina a nuestro pedido el Dr. del Campo, constatando lo mismo que nosotros. Sólo el tacto rectal revela dolor en el Douglas poco intenso, que horas antes no tenía. El Dr. del Campo (J. C.) opina que se trata de una septicemia con localización peritoneal, probablemente neumocócica y nos aconseja, por consiguiente, abstención operatoria. Queda encargado de su vigilancia el médico de guardia. En la tarde el Dr. Vigil es llamado porque el enfermo ha tenido una recrudescencia dolorosa y un nuevo vómito bilioso. Constata: Facies vultuoso. Disnea. Lengua húmeda. Algunos golpes de tos. Defensa generalizada en el vientre, predominando en la fosa ilíaca derecha. Dolor violento a la decompresión. Tacto rectal: Ampolla rectal dilatada. Douglas saliente y doloroso.

Interviene con diagnóstico de peritonitis generalizada de probable origen apendicular. Anestesia general, éter y anhídrido carbónico por el Pte. Mestre. Incisión de Jalaguier. Líquido turbio en el peritoneo, poco abundante. Asas congestionadas y depulidas. Apéndice con las mismas lesiones que las asas. Apendicectomía. Encapuchamiento. Drenaje del Douglas. Cierre.

Examen bacteriológico del pus peritoneal, por el Br. Astiazarán: Exudado purulento a polinucleares. Neumococo poco abundante. Cultivo: Desarrolla el neumococo.

Evolución post operatoria sin incidentes. Se retira el tubo a las 48 horas. Alta curado el 28 del mismo mes.

Dr. Prat. — He tenido ocasión de ver dos casos, dos niñas. Una de ellas con 48 horas de evolución. Constaté defensa generalizada y dolores difusos a la compresión y decompresión. Temperatura 38°, pulso 140. Facies peritoneal, no me pareció de origen apendicular y pensé en peri-

tonitis aguda de origen X. Mac Burney, pus libre, apéndice sano. falsas membranas, hago laparotomía mediana y encuentro el mismo aspecto. Drenaje del Douglas y de la fosa ilíaca derecha. Post operatorio serio, cuatro días entre la vida y la muerte. Al 7º día hace una eventración, se salva y queda con su eventración. El examen del pus dió neumococo. Tal vez la puerta de entrada fué vaginal. El otro caso llegó con diagnóstico hecho y después de lesiones respiratorias hace su peritonitis, se espera y cuando el proceso punteó en la región umbilical se abre con anestesia local y la chica curó muy bien.

Dr. Stajano. — Voy a narrar un caso de una chica de 9 años. Se opera con diagnóstico de apendicitis, pero se debió haber pensado en peritonitis a neumococos. A los cuatro días muerte por meningitis a neumococos.

En las mujeres adultas las peritonitis a neumococos son bastante frecuentes y se catalogan de origen anexial. He visto en mes y medio dos o tres casos. Agravación inusitada a los tres o cuatro días.

Dr. Albo. — He visto una chica que evolucionó mal, interesa el caso por la conducta terapéutica. La apariencia de la que el pus estaba colectado, ombligo rojo, etc., sale poco pus, eventración, septicemia y muerte. De manera que yo creo que hay que abstenerse hasta que el pus esté bien colectado, que es lo que debe hacerse en todo estado septicémico, lo mismo se ha dicho en la tuberculosis.

Dr. del Campo. — Yo vi uno de los casos relatados en la comunicación y dije que creía que se trataba de un cuadro septicémico, aconsejé la espec'ación. Hay la duda o de agravar el caso con una operación inútil o dejar de operar una peritonitis apendicular. A gunos americanos han puncionado el vientre para averiguar la natuarleza del exudado. La punción repugna un poco. Yo hago una pequeña incisión exploratriz, recojo el pus y hago examen, si hay neumococo no opero. Podrá haber apendicitis a neumococos pero en esos casos se hará la apendicectomía y no la incisión exploratriz.

### *Sobre el llamado quiste del menisco de la rodilla.*

Por los doctores BADO y VIGIL

(Aparecerá en la «Revista de Ortopedia y Traumatología Argentina»)

### *El anhídrico carbónico en la anestesia y post-operatorio*

Por los doctores BADO, VAZQUEZ y VIGIL

(Aparecerá en los «Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo»)