

indicaciones más frecuentes, pues no ganaríamos mucho drenando la vía biliar y dejando la cavidad quística llena de vesículas y membranas, que para eliminarse tendrían que hacer una peregrinación a veces larga y laboriosa. También no debemos olvidar que las vías biliares accesibles a nuestra intervención son limitadas y que existe una gran red a la que no podemos abordar sino indirectamente.

---

### *Perforación tífica. Tratamiento de la peritonitis.*

Por el doctor J. C. PRAVIA

Dado lo raro en nuestro medio en las peritonitis por perforación tífica, creo interesante presentar este caso a la Sociedad de Cirugía.

1° Describiré el caso clínico y luego haré algunos breves comentarios, ya que en nuestro medio el doctor Garibaldi Devincenzi ha publicado en los anales de la Facultad del año 1919 un trabajo muy completo sobre este tema.

**Historia clínica.** — J. C. M., uruguayo, 24 años, soltero, ingresa al Hospital Español el 16 de diciembre de 1933.

**Antecedentes personales.** Sarampión y escarlatina a los 3 y 5 años, respectivamente. Un traumatismo en el escroto hace 6 meses que fué curado también en nuestro Hospital.

**Enfermedad actual.** Hace 3 o 4 días, dice dice el enfermo, que no se sentía bien, con dolores en todo el cuerpo y sin especificar donde, que lo hizo guardar cama.

A la mañana del ingreso de ese día, a las 3 de la mañana (16 de diciembre), sintió un dolor muy fuerte en el vientre que no calmó con nada y desde ese momento hasta la hora de llegada al Hospital, 10 de la mañana, tiene vómitos casi de continuo. No ha movido el vientre, hace 3 días.

**Examen.** — Enfermo joven, delgado, con facie peritoneal muy intoxicado, pulso filiforme, 140 por minuto, extremidades inferiores frías, estado angustioso. Temperatura axilar 39° grados. Nada cardíaco ni pulmonar.

En el abdomen hay una contractura muy grande, vientre en tabla, sobre todo más marcado en la fosa iliaca derecha.

Macidez hepática desaparecida. Nuestro diagnóstico fué de peritonitis por probable perforación apendicular, ya que dado ese cuadro de contractura de la fosa iliaca derecha nos hace pensar así.

Se le hace una ampolla de Adrenalina, un litro de suero fisiológico subcutáneo y en seguida se interviene.

**Operación.** — Operador, doctor Juan Carlos Pravia; ayudante practicante D. Marcalán. Anestesia local, novocaína al ½ %. Creímos conveniente hacerle esta anestesia por suponer que no toleraría la anestesia general. Insición Mac Burney. Al abrir el peritoneo, sale un líquido bilioso muy abundante, que nos hace pensar en una

perforación alta de intestino delgado. Buscamos el apéndice, está tumefacto, grueso, eréctil, pero sin perforación, lo extirpamos; no nos convence que esta lesión sola pueda dar esa cantidad de líquido en el vientre y sobre todo el color que tenía.

Tratamos de exteriorizar la parte terminal del ileon, lo que conseguimos sin ninguna dificultad y a unos 25 o 30 centímetros de la válvula ileo-cecal, nos encontramos con una perforación de 4 o 5 milímetros de diámetro, ubicada en la parte libre del intestino, rodeada de una zona de color rojo vinoso, muy tumefacta, en una palabra una placa de Peyer perforada: estábamos frente a una peritonitis por perforación tífica.

A unos 10 cent. de esta perforación, nos encontramos con otra placa de Peyer, en vías de perforarse, ya que sólo faltaba ulcerarse el peritoneo, para hacerse una perforación completa; pasaba como un puente, recubriendo los bordes de la ulceración de la musculosa.

Más allá, aparecía en el intestino zonas infiltradas de color rojo vinoso del tamaño de una moneda de 5 cents., pero sin perforaciones.

Nos parece práctico no seguir buscando más lesiones, y nos basta con lo que tenemos a la vista.

A las dos perforaciones, le hacemos lo mismo: un punto total en cruz de cierre y luego un cerclaje con mucho cuidado para que no desgarrara. Conseguimos nuestro objeto, cerrar las dos perforaciones.

Con el aspirador eléctrico sacamos lo menos tres litros de un líquido bilioso. Drenamos la fosa ilíaca con un cigarrete.

Hicimos una incisión mediana suprapúbica y drenamos el fondo de saco de Douglas con un grueso tubo de goma; y aspiramos por este tubo con el aspirador eléctrico, sacando un litro de pus cremoso, espeso y amarillento.

Cuando íbamos operando le fué pasado al paciente, medio litro de suero fisiológico intravenoso.

**Post-operatorio.** — Posición de Fowler, bolsa de hielo al vientre, tonicardíaco; suero fisiológico subcutáneo medio litro de mañana, tarde y noche; suero clorurado al 20 % 20 c. c. intravenoso cada cuatro horas.

Dieta absoluta durante las primeras 48 horas.

El día 18 de diciembre hacemos una sero reacción de Widal positiva 1/160; cloruros en el suero sanguíneo muy bajos.

La fiebre se ha mantenido 37 y  $\frac{1}{2}$  de mañana; 38 y  $\frac{1}{2}$  de tarde.

El pulso mejora y el vientre se hace más libre. Dan cesado los vómitos y entonces indicamos dar líquidos por boca, caldo de legumbres, agua, jugo de frutas. Seguimos dando suero clorurado ya que no da pie la cloropenia del enfermo.

Esta terapéutica así intensa la seguimos durante seis días más, vale decir hasta el octavo día de operado.

El día 25 de diciembre el enfermo está con un estado general muy bueno. 100 de pulso y sin fiebre.

Retiramos el tubo de drenaje del Douglas que ya no daba nada, y el de la fosa ilíaca derecha lo retiramos al otro día.

Como alimentación indicamos sopas de verduras muy claritas, compota de frutas, agua, leche y jugos.

Así sigue sin fiebre hasta los 18 días de operado que hace una congestión pulmonar; que a los siete días hace su crisis y durante los treinta días restantes que estuvo en el Hospital los pasó sin fiebre, con un estado general bueno, recuperando día a día energías.

Vale decir que de los cuarenta y ocho días de su post-operación sólo los ocho primeros días en pleno estado peritoneal la fiebre fué oscilante 37 y  $\frac{1}{2}$  a 38 y  $\frac{1}{2}$ . luego un período de apirexia, hasta aparecer la congestión pulmonar, siete días con fiebre y el resto sin un quinto de temperatura.

De manera que fué una tifoidea casi sin fiebre, muy corta. Era bien un tipo de las llamadas tifoideas ambulatorias que es donde más frecuentemente se observan las perforaciones intestinales.

---

El estudio del caso nos sugiere:

1° La benignidad como fiebre tifoidea en sí, ya que si no se presenta la perforación hubiera pasado casi desapercibida.

2° Que el apéndice estaba enfermo probablemente como reacción linfática y que si no hubiera habido tanta cantidad de líquido en el vientre nos hubiéramos contentado con hacer su extirpación y explicar así todo el proceso.

Es de lamentar no se haya hecho un examen histológico de la pieza.

3° Creemos que la extracción del líquido peritoneal por medio del aspirador eléctrico le hace un enorme bien al enfermo puesto que en pocos minutos se le saca una enorme cantidad de toxinas, que por sí solo tardarían mucho en eliminarse.

4° Levantar el estado general del enfermo y operar rápidamente por dos cosas: 1.º porque la peritonitis será menor y 2.º las lesiones del intestino probablemente permitirán el cierre de la perforación.

En nuestro caso la perforación se había producido hacía siete horas y ya encontramos una enorme cantidad de líquido en el vientre y hasta mismo decantado en el Douglas.

5° Que es necesario dar suero clorurado hipertónico en cantidad bastante grande, ya que hay siempre cloropenia en estos casos, evitando así de paso el ílio paralítico o por lo menos disminuirlo en forma grande.

Nuestro enfermo movió espontáneamente el vientre a los cuatro días de operado, sin darle laxante o purgante ni tampoco suero Murphy, que no lo pusimos por miedo de distenderle el vientre, y que fallaran los puntos que cerraban las perforaciones.

Entre nosotros las dos primeras operaciones fueron efectuadas por el doctor Francisco Canessa en 1904 - 1905, el doctor C. Pelfort presenta algunos casos en los Anales de Pediatría de 1916, el doctor García Lagos (actas del 1.º Congreso Médico Nacional presenta dos casos y por último el doctor Garibaldi Devincenzi presenta quince casos con un estudio muy completo publicados como dijo anteriormente en los Anales de la Facultad de 1919 de los cuales nueve fallecieron y seis curaron, y

esto correspondió siempre a los operados antes de las quince horas de la perforación, en cambio los operados después de este tiempo han fallecido.

Debemos, por lo tanto, operar en las primeras horas de la perforación, si es posible; y en cuanto a la técnica operatoria a seguir si bien depende de la extensión de las lesiones que se encuentren debe ser lo más simple posible y lo menos traumatizante.

Es mi opinión que la anestesia local en estos casos debe usarse siempre, porque el estado de intoxicación del enfermo es muy grande, y como en nuestro caso no soportaría una anestesia general.

---

### *Perforación tífica. Iliostomía a la Witzel*

Por el doctor LUIS P. BOTTARO

Entre las peritonitis por perforación, es indudablemente una de las más graves, la consecutiva a la perforación intestinal en la evolución de la fiebre tifoidea.

El tratamiento de la mayoría de las otras variedades de perforación visceral o suprime la causa por extirpación del órgano perforado, o desvía hacia el exterior el líquido contenido en las vísceras afectadas, o ese contenido, una vez cerrada la perforación, por su falta de septicidad relativa, no afecta mayormente a la evolución ulterior de la enfermedad.

En la tifoidea, una vez cerrada la perforación intestinal se deja el organismo, para que luche solo contra la evolución ulterior del mal, una de cuyas frecuentes consecuencias es otra nueva perforación, que si en algunos casos han podido ser cerradas en un segundo acto operatorio, muy a menudo sólo ha sido confirmada por la autopsia.

La lectura de los diversos casos publicados en la prensa médica de todos los países, transparenta la gravedad de esa peritonitis por perforación, que las mejores estadísticas oscilan en un 20 % de éxitos felices contra 80 % de casos mortales.

En el año 1911, Emilio Duval que había hecho su tesis de París, sobre la aplicación de la enterostomía en vez de la sutura en la perforación tífica presentó un caso, de doble perforación tratada por ese medio a la Sociedad de Cirugía de París, que mereció un luminoso informe del bien recordado Profesor Lejars, que había terminado por la curación; aunque ella fué difícil de alcanzar, pues el tratamiento del