

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

aro ileal que realizó el malogrado Lapointe exigió: 1.º una ileo-sigmoidostomía y en un segundo tiempo, la extirpación del cabo residual del íleon y el cierre del ciego; pero con todo fué un éxito.

En ese año yo había tenido la poca suerte de tratar un tífico con perforación: era un sujeto robusto que estaba en asistencia del Dr. Scremini y que operé en las primeras horas de su accidente, seis o siete, y sin embargo a las cuarenta y ocho horas el enfermo había sucumbido. Este caso agregado a otro que había operado en 1899, pasada las treinta horas de su perforación, y que tampoco salvó me hizo fijar la atención en el relato de Duval y el informe del Prof. Lejars, y resolver inmente que si la casualidad me pusiera frente a otro caso lo trataría por derivación y no por cierre de la perforación.

La ventaja de la derivación es obvia, los materiales sépticos del contenido del delgado, desviados hacia el exterior suprimiendo su absorción por la región ceco-cólica modifica la evolución de la enfermedad muy favorablemente, y como la localización del ano está en la terminación del íleon, la deshidratación y denutrición es a menudo soportada en forma favorable.

La estadística realizada por Emilio Duval de las perforaciones así tratadas, da un 45 % de éxitos favorables frente al 20 % de los casos tratados por sutura.

Las únicas objeciones que se mantienen para ese procedimiento de acción son: la dificultad de la cura de la fístula intestinal, que en algunos casos resulta muy laboriosa por erigir una serie de intervenciones para obtenerla, y los casos en que la pérdida líquida no es soportada por los pacientes.

Es por esas razones que en el caso que voy a relatar, opté por la desviación canalicular a la Witzel: que en primer lugar permite suprimir en el acto operatorio todo el contenido del delgado —en mi caso se retiraron 750 c. c.— y luego mantener la evacuación del mismo durante los días que se crea conveniente, condicionados por la evolución posterior de la enfermedad.

Aunque con un solo caso no se pueden sacar conclusiones definitivas, debo decir, que nuestro sujeto se desintoxicó tan rápidamente que desde el tercer día comenzó a tener evacuaciones normales, y al quinto día la supresión del tubo de goma permitió como era de esperarse la suspensión de toda comunicación con el exterior del intestino delgado.

A la vez que se crea esa vía de derivación se drena el Douglas, con un tubo de goma mediano, y como la superficie peritoneal había sido modificada por el baño de éter, desde las doce horas siguientes:

se retiró líquido seroso teñido de rosado lo que facilitó la supresión del drenaje pelviano a los dos días.

Eso fué un tanto precipitado: pues al décimo día se presentó una elevación térmica que obligó a reponer el tubo en el Douglas para retirar unos 20 c. c. de líquido purulento, pero con la inyección de glicerina esterilizada a través del tubo, que tiene la facultad de fluidificar y exagerar los exudados se consiguió que terminara favorablemente la evolución de este caso que salió de alta a los treinta y ocho días de su intervención, luego de haber pasado levantado dos semanas antes de retirarse del Sanatorio.

Como se ve la evolución feliz y sin incidentes de valor, es de tenerse en cuenta para aplicarla en otros casos, ya que con un acto operatorio breve y una evolución simplificada se puede luchar contra la más grave de las peritonitis por perforación.

Observación. — Hugo C., 19 años. — El día 4 de marzo de 1932 a las 10 horas veo a este enfermo que procedente del Tala, había sido trasladado a esta ciudad en automóvil, acompañado por su médico asistente Dr. Ruival y por el Dr. Pablo Carlevaro. Este joven que estaba asistiéndose por una fiebre tifoidea, de intensidad mediana, con temperatura no excesiva, sin delirio y con una sequedad de vientre muy marcada, en la noche del día 3 hacia las 2 horas había tenido un fuerte dolor de rotura visceral, localizado en la fosa ilíaca derecha propagándose a todo el hipogastrio; coincidió ese hecho con una bajada de la temperatura y la elevación del pulso a 120. acompañó a este incidente un chuco de frío seguido de escalofrío, náuseas y vómitos. Hicieron en su domicilio tratamiento ocurrenciente: aceite alcanfo, suero fisiológico, hielo sobre el abdomen, y como debía suceder no modificándose el cuadro resolvieron trasladarlo a esta ciudad. Cuando lo ví, ya tenía 25 horas de curso su perforación. Gran sensibilidad abdominal total, con acentuación hipogástrica y de la fosa ilíaca derecha, defensa muy marcada, desaparición de la macidez hepática, retracción epigástrica; temperatura 38 1/5, pulso 100; presión Mx. 12; Mn. 7. Estado tífico no muy acentuado, lengua seca, fuliginosidades; no evacúa su intestino desde 36 horas.

Con el diagnóstico evidente de peritonitis por perforación tífica procedí de inmediato a la operación, ya pasada más de 25 horas del episodio inicial.

Operación. — Anestesia raquídea: inyectando 8 milig. de percaína disueltos en 1 c.c., 8 de suero fisiológico entre 12 dorsal y 1 lumbar, previa inyección subcutánea de 5 ctgs. de adfetrina. Anestesia perfecta.

Laparatomía mediana infra umbilical. Abierto el peritoneo muy congestionado, edematoso y frágil, salieron abundantes gases y pus fluido con fuerte olor fecaloideo.

Inmediatamente pudo percibirse un conglomerado de asa delgado recubierto de espesos exudados fibrinosos muy blandos que facilitaron la separación de ellas.

Explorando hacia la fosa ilíaca derecha, aparece un asa ileal, que formaba un conglomerado con el ciego y el epiplón que había concurrido a la limitación defensiva. Desprendida esa porción pudo exteriorizarse el fin del ilion que, a unos 25 cms. del ciego presentaba en su borde libre un montículo recubierto de un espeso exudado fibrinoso que una vez retirado descubrió una perforación del espesor de un alfiler grueso, por la cual salían gases y el contenido biliar del intestino.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

Se agranda el orificio de perforación introduciendo por él una pinza de Kocher que se retira entreabierto, a fin de dar pasaje a un tubo de goma de 6 milímetros de luz, al cual se adapta el aspirador, lo que permite retirarse 750 c. c. de líquido intestinal; en este tiempo pude felicitarme de haber hecho raquianestesia pues, la pared intestinal presentaba contracciones muy enérgicas y espontáneamente conducía su contenido contra el tubo aspirador.

Ese mismo tubo lo fijo en el intestino y por el modo habitual creó un canal valvular a la Witzel de 6 o 7 cms. de longitud suturando el intestino por arriba del tubo, debiendo hacer dos planos de sutura porque el edema parietal había vuelto su pared muy frágil.

Inmediatamente se hace "toilette" del peritoneo hipogástrico, previa esterización, y se introduce una cánula Pauchet en el Douglas, que retira 200 c. cb. de exudado líquido; se sustituye esa cánula por el tubo de goma que debe drenar esa región en los días sucesivos.

Se exterioriza el tubo de goma del drenaje valvular por la comisura superior de la herida, luego de haber acercado el epiplón a ella y fijado con un solo punto de catgut el intestino al peritoneo.

Cierre de la pared en tres planos.

La operación fué muy bien soportada saliendo de ella el enfermo en mejores condiciones de cuando se inició. En el acto operatorio, exoneración muy abundante de su intestino grueso.

Llevado a la cama, posición de Fowler, pasada dos horas de su intervención, en cuyo tiempo se inyectaron 300 c. c. de suero glucosado hipertónico.

A las doce horas ya se retiraba serosidad rosada del drenaje del Douglas, buen estado general, deseos de ingerir líquidos que se autorizó de inmediato. Siguió sin embargo usando suero glucosado hipertónico con urotropina, suero glucosado isotónico alternando con el fisiológico por varios días.

A las 48 horas evacuación espontánea por el ano.

Con alimentación líquida siguió su evolución sin descender la temperatura hasta pasado los 20 días. En todo este período el enfermo pasó con buen estado general, sin delirio, funcionando bien sus emuntorios, tenía el aspecto de una fiebre tifoidea muy benigna.

El tubo del Douglas se retiró a las 48 horas y el cigarret-dren a las 72 horas, con las consecuencias que antes he referido.

El tubo de drenaje intestinal se retiró al quinto día, pues desde el segundo tuvo evacuaciones normales. Como sucede en todos los canales valvulares tapizados de serosa el cierre fué definitivo.

Cuando cumplieron dos años de su intervención me visitó este enfermo, que no sólo está muy fuerte y puede soportar las pesadas tareas de mecánico en campaña, sino que tiene la suerte de haber quedado con una cicatriz resistente de su mediana que le permite esos esfuerzos.

Abel Chifflet. — Las comunicaciones de los doctores Pravia y Bottaro coinciden en la preocupación de eliminar la causa de la peritonitis, es decir la comunicación de la luz intestinal con la cavidad peritoneal. Pero ninguno de los dos relatores se conformó con el cumplimiento de la clásica consigna de que el tratamiento de la peritonitis es

el tratamiento de su causa. El Dr. Pravia drenó la cavidad peritoneal y me parece que dió cierta importancia a la aspiración efectuada en el acto operatorio y posteriormente. El Dr. Bottaro fué más lejos, haciendo no solo el tratamiento de la causa de la peritonitis y el tratamiento del derrame (éter - aspiración, drenado del Douglas) sino también el drenado del intestino, con lo cual hizo profilaxis de nuevas perforaciones y supresión de la complicación más grave de las peritonitis: el íleo paralítico.

En lo que se refiere a la supresión del íleo paralítico post - operamos que la disminución de la tensión intrainestinal por la ileostomía, significa la solución, por la cirugía, del problema dietético que preocupa a los internistas en el tratamiento de los tíficos con balonamiento.

En lo que se refiere a la supresión del íleo paralítico post - operatorio, quiero recordar que el viejo consejo de drenar el intestino en las peritonitis, ha recibido en Buenos Aires el apoyo del Dr. Zorraquin, que, en los apendiculares graves drena el ciego por el muñón de la apendicectomía. El íleo paralítico con todas sus consecuencias, agregado sobre el cuadro tóxico del apendicular, encuentra en este drenado la supresión de la distención gaseosa y de los productos tóxicos intestinales. El tífico perforado agrega a su cuadro infeccioso, los peligros de la intoxicación por el íleo. El drenado intestinal, suprimiendo toxinas y gases da más posibilidades a las defensas orgánicas.

Por estas razones, a pesar del tratamiento parenteral del íleo por los excitantes de la musculatura intestinal, creo ventajoso para el enfermo el drenado intestinal en el acto operatorio.

Para terminar, y habiendo oído hablar de los lavados peritoneales en las peritonitis, ruego a nuestros viejos maestros aquí presentes, nos digan algo de la experiencia que deben tener al respecto, antes de nuestra llegada al escenario quirúrgico.

Dr. Prat. — Los doctores Pravia y Bottaro nos presentan dos interesantes casos de perforación tífica que tratados quirúrgicamente fueron seguidos de curación; digo casos interesantes puesto que no es nada banal lograr salvar una perforación tífica. Existe un hecho a destacar y es la presencia del Dr. Bottaro en nuestra reunión, el destacado especialista en ginecología, nos demuestra que le interesan particularmente los problemas de la cirugía general y nos trae sus sugerencias y su experiencia expresada en una nueva técnica de la perforación tífica, por lo que le debemos estar gratos y agradecidos. Es de desear que su presencia en nuestras reuniones, no sea periódica como la de los comeías, sino regular y frecuente, con lo que nos dará gran placer.

En las comunicaciones presentadas consideraré dos cuestiones principales: el diagnóstico y el tratamiento. Todos los clínicos están de acuerdo de que para tener éxito en la terapéutica de la perforación tífica, debe hacerse un diagnóstico precoz. Esto, es muy fácil decirlo pero es mucho más difícil obtenerlo en la práctica, aunque es más corriente que ese diagnóstico precoz se realice en la clientela privada que en la clientela hospitalaria. Creo que hay que recurrir para conseguir esa finalidad, a la preciosa colaboración de la radiología, que poniendo de manifiesto el neumo - peritoneo espontáneo patológico, evidenciará la seguridad del diagnóstico juntamente con su precocidad.

En cuanto al tratamiento hay que reconocer que la perforación tífica constituye una de las complicaciones perforativas del intestino más difíciles de curar y es justamente temida por los cirujanos por su gran mortalidad. Se trata de una perforación en tejidos patológicos, muy alterados y contrariamente a la perforación gastro - duodenal que tiene gran predisposición a la cicatrización; la perforación tífica, tiene gran tendencia a la fistulización o a la repetición de la perforación en otros segmentos del intestino. Esto es un inconveniente muy serio para el éxito de la sutura.

De todos los casos de perforación tífica que me ha tocado en suerte tratar durante mi carrera de cirujano de urgencia, creo haber curado uno solo y este éxito lo obtuve después de una prolongada asistencia a costa de grandes sacrificios y cuidados. El caso era bastante semejante al que presenta el Dr. Pravia pues tenía una apendicitis avanzada, además de la perforación tífica. El enfermo fué operado con anestesia local, incisión de Mac Burney y sutura de la perforación. Evacuación del contenido abdominal y drenaje. Este enfermo logró curar después de un prolongado post - operatorio, en el que hizo una fistulización en la herida operatoria y una gran desnutrición. Cuando inició la convalecencia presentaba una delgadez esquelética. Este caso me hizo pensar mucho en la deficiencia o inutilidad de la sutura de la perforación tífica y me hizo programar la derivación intestinal. El caso que nos presenta el Dr. Bottaro demuestra que esta derivación intestinal con la enterostomía a la Witzel, puede ser eficaz y me parece muy lógico y conveniente que ella se practique en la perforación tífica del íleon.