

PERITONITIS TÍFICA

Dr. Carlos Bortagaray

Consideraciones sobre cuatro observaciones personales

Quiero presentar en esta comunicación cuatro observaciones de perforación intestinal tífica pertenecientes a la guardia del Servicio A de Cirugía del Hospital Salto, a cargo del Dr. Carlos Forrisi y operados por mí.

No voy a extenderme en consideraciones sobre la perforación tífica, sino que quiero solamente hacer un breve comentario sobre las cuatro historias y sobre la evolución de estos enfermos de los que han sobrevivido dos (observaciones 2 y 3).

Hemos utilizado la misma técnica: sutura de la perforación y exteriorización del asa perforada, procedimiento aconsejado por nuestro distinguido amigo el Dr. Larghero en sus publicaciones sobre el tema.

En los tres últimos enfermos hemos podido efectuar el estudio de la relación glóbulo-plasmática, la proteinemia y la cloruria, aunque no en la continuidad que hubiéramos deseado, ya que el único laboratorista de nuestro Hospital, está continuamente recargado de enorme trabajo.

En las observaciones 2 y 3 hemos hecho transfusiones sanguíneas repetidas, contando con la colaboración del Banco de Sangre y Plasma del mismo Hospital. No hemos utilizado plasma porque no se había comenzado su preparación.

Utilizamos también la sonda de Miller-Abbott construída y aplicada siguiendo las directivas aconsejadas por nuestro amigo el Dr. Julio V. Uriburu, asistente del Servicio del Profesor R. Finochietto y autor de un excelente libro sobre la utilización de la sonda de aspiración. Sostenemos que este procedimiento fué de fundamental importancia para la evolución favorable de nuestros enfermos, disminuyendo la distensión y el balonamiento, efectuando el drenaje del líquido intestinal tóxico y haciendo la profilaxis del íleo paralítico.

La observación N° 1 hizo la perforación a los 15 días de la

iniciación de la enfermedad. Examinado 2 horas después, fué operado en seguida. A pesar de la evolución aparentemente favorable de los primeros días, fallece a los 8 días con un cuadro de profunda intoxicación y de colapso.

La observación N° 2 hizo la perforación a los 12 días, siendo operado 24 horas después. Al día siguiente se le coloca la sonda de aspiración que se mantiene en funcionamiento durante cuatro días. Se la retira por la mejoría del estado general y la evacuación espontánea de gases y materias desde el día anterior. Este enfermo quedó con una pequeña fistula que fué cerrada por el procedimiento extraperitoneal en Julio 4/1945.

La observación N° 3 hizo la perforación a los 8 días del comienzo de la enfermedad, siendo operado 10 horas después. Se coloca la sonda de aspiración al día siguiente, la que se retira después de 6 días. A este enfermo la sonda le causaba muchas molestias. Se suprime la sonda por el buen estado general y la evacuación espontánea de gases y materias.

La observación N° 4 es un enfermo con una tifoidea ambulatoria. Residía en campaña y por dificultades para su conducción y por no haber nafta para el avión ambulancia, fué operado recién a los cinco días después de perforado. Este enfermo ingresó con facies tóxico y muy mal estado general, a pesar de este estado llamaba la atención la gran defensa de todo el vientre, lo que nos hizo creer que estábamos frente a una peritonitis de origen apendicular. Este enfermo fué intervenido y a pesar del tratamiento realizado, fallece a las 24 horas con un cuadro de gran excitación y delirio.

Las conclusiones que podemos sacar de estas observaciones son: Que todo perforado tífico debe ser operado. En nuestro medio de acuerdo a la gravedad del pronóstico se sostenía la inutilidad de la intervención; todos los operados anteriores habían fallecido. La operación debe realizarse con anestesia local y con el mínimo de exploración para evitar la producción o el aumento del shock en un enfermo ya muy intoxicado.

El cierre de la perforación y la exteriorización del asa, nos parece el método de elección, ya que la reintegración al vientre de la misma asa nos expone a una falla de la sutura debida a la poca vitalidad de los tejidos en los que asienta la sutura.

Sulfamida intraperitoneal, luego inyectable.

Todo operado de perforación tífica, debe ser cuidadosamente vigilado. Hay que tener muy en cuenta el desequilibrio humoral, conocer la relación glóbulo-plasmática, la proteinemia y la cloruria para compensar el déficit de ellos por la hidratación, cloruración, plasma, transfusiones de sangre y régimen. Debe efectuarse sistemáticamente la intubación con la sonda de aspiración de Miller-Abbott. recurso de gran valor para disminuir o evitar la distensión intestinal y el íleo paralítico.

Observación 1ª — R. G., 27 años, urug., casado. H. 10.310. Ant. personales: Sin importancia.

Enf. actual. El día 30 de mayo de 1943 se sintió decaído y febril por lo que tuvo que guardar cama. Continuó así durante una semana en que es examinado por primera vez. Se comprueba un estado febril de aspecto tífico, lengua seca y saburrada, vientre balonado, bazo palpable.

El día 8 de junio a las 18 horas y en forma brusca, sintió un dolor agudo en el bajo vientre, sobre todo en el lado derecho, con alguna náuseas. Es examinado a las dos horas de la iniciación de este episodio, presenta T. 39. P. 120. Dolor intenso en todo el vientre lo que se comprueba a la palpación, que nos muestra una defensa generalizada, vientre de madera. El dolor y la defensa predominan en la fosa iliaca derecha.

Tacto rectal: Douglas doloroso y algo tenso.

Operación (2 y 30 horas después de la perforación. Dres. Bortagaray y Santo. Anestesia local. Incisión de Jalaguier baja. Al abrir el peritoneo sale líquido purulento y gases. Se encuentra una perforación puntiforme en el íleon a 20 cms. de la válvula íleo cecal. Cierre de la perforación con un punto en X. Drenaje del Douglas con un tubo de goma. Sulfamida intraperitoneal. Se exterioriza el asa con la perforación fijándola al peritoneo parietal con un surjet de hilo de algodón. Se deja los planos parietales ampliamente abiertos. Curación con gasas embebidas en aceite gomenolado.

Tratamiento postoperatorio: suero fisiológico, suero clorurado hipertónico endovenoso, extractos suprarenal y hepático, tónicos cardíacos.

Pasa bastante bien hasta el día 10 en que lo encontramos con agitación y con el vientre tenso y balonado. Se le hace un lavado de estómago, saliendo gran cantidad de líquido retenido. Se le deja colocada la sonda de aspiración que comienza a funcionar muy bien en la tarde.

Junio 11: Ha mejorado el estado general aunque persiste el estado tífico muy intenso. Ha disminuído la tensión y el balonamiento del vientre. El orificio de la perforación se abre espontáneamente. Se continúa con la misma terapéutica.

Continúa en el mismo estado hasta el día 16 por la mañana, en que hace un cuadro de colapso falleciendo a las 14 horas.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Observación 2ª. — F. L. A., 14 años, urug., soltero.

Antecedentes personales. Sin importancia.

Enf. actual. Se encuentra enfermo desde hace 12 días con cefalea, malestar general y fiebre. Ingresa el día 14 de noviembre de 1944 con estado tífico muy intenso y dolor en el bajo vientre.

Fuimos llamados para examinarlo el día 25 a la hora 20 y 30 porque continuaba con dolores y tenía vómitos.

Presenta un estado tífico muy marcado, lengua seca, vientre inmóvil a la respiración a la tos, muy doloroso a la palpación, con defensa generalizada pero discreta. El dolor es más intenso en la fosa ilíaca derecha.

Tacto rectal: Douglas muy doloroso y algo tenso.

Con el diagnóstico de perforación intestinal tífica se interviene a la hora 21. Operación: Dres. Bortagaray e Irigoyen. Anestesia local. Jala-guier bajo. Al abrir el peritoneo, sale líquido abundante purulento. Sobre la última asa ileal hay una perforación redondeada pequeña a 30 cms. de la válvula ileo-cecal. Se cierra la perforación con un punto en X. Drenaje del Douglas con tubo. Sulfamida intraperitoneal. Exteriorización del asa perforada y fijación al peritoneo parietal. Se dejan los planos parietales sin suturar. Curación con gasa vaselinada. Postoperatorio: Suero fisiológico 2 litros. Extracto suprarrenal 2 ampollas intravenosas. Ambesid intramuscular. Transfusión sanguínea 200 cms.

Noviembre 26: Se le coloca la sonda de Miller-Abbot que funciona muy bien. Hidratación.

Extracto suprarrenal, Ambesid.

Noviembre 27: Relación glóbulo-plasmática 65/35. Transfusión 200 cms.

Noviembre 29: Se continúa con la misma terapéutica, el estado general se mantiene igual.

Noviembre 30: Se le saca la sonda de aspiración. Mueve el vientre espontáneamente. Transfusión 150 cms.

Diciembre 2: La perforación se abre espontáneamente. Transfusión 250 cms.

Diciembre 5: Relación Glóbulo-plasmática 58/42. Glóbulos rojos: 3.800.000. Transfusión 260 cms.

A partir del día 7 de diciembre la fiebre desciende, mejora el estado general. Es dado de alta el 28 de enero de 1945 con una pequeña fístula intestinal. Se le hace el cierre extraperitoneal el día 4 de julio de 1945.

Observación 3ª. — A. P., 28 años, urug., soltero.

Desde hace diez años está con fiebre, malestar general, postración y cefalea.

El día 16 de febrero de 1945, a la hora 1 sintió dolor violento en el bajo vientre. Náuseas. Es examinado cuatro horas después, teniendo T. 39 4/10, P. 80, buen estado general. Vientre inmóvil a la respiración. A la palpación hay intenso dolor en todo el vientre, pero sobre todo

predominando en la fosa iliaca derecha. Defensa generalizada, vientre de madera.

Por no estar presente ningún familiar, pudo intervenir se recién a la hora 11, es decir 10 horas después de la perforación.

Operación: Dres. Bortagaray y Santo. Anestesia local, Jalaguier bajo. Al abrir el peritoneo, sale gran cantidad de líquido intestinal. Se encuentra una perforación pequeña en el ileon a 30 cms. de la válvula ileo cecal. Cierre de la perforación con un punto en X. Drenaje del Douglas con tubo. Sulfamida intraperitoneal. Se exterioriza el asa con la perforación y se fija el peritoneo parietal. Curación con gasa vaselinada.

Postoperatorio. Tonicardíacos, hidratación, cloruración, extracto suprarrenal y sulfamida inyectable.

Febrero 17: Sonda de Miller-Abbot que funciona muy bien. Transfusión 200 cms.

Febrero 18: Cloruria 0gr.80. Se hace suero clorurado intravenoso 20 cms. cuatro veces. Hidratación, suprarrenal y sulfamidas.

Febrero 19: Relación glóbulo-plasmática 69/31. Transfusión 320 cms.

Febrero 22: Cloruria 7 por mil. Se suspende la cloruración intravenosa.

Febrero 23: Relación glóbulo-plasmática 60/40. Transfusión 200 cms.

Febrero 24: Se le saca la sonda Miller-Abbot. El vientre está de aspecto normal, sin balonamiento, mueve el vientre y evacúa gases espontáneamente, además la sonda le provoca mucho malestar en la faringe.

Febrero 25: Proteinemia 4 grs. A pesar de estar por debajo del nivel crítico del edema no hay edemas. Se le da Larosan 40 grs. con leche y té en las 24 horas. Continúa muy bien, tiene una fístula intestinal que cierra espontáneamente por lo que es dado de alta en Abril 8/1945.

Observación 4ª. — L. I., 21 años, soltero, Colonia Lavalleja.

Estando en campaña trabajando en tareas agrícolas se sintió decaído, con malestar general, cefalea y estado febril, no abandonando el trabajo hasta el día 19 de mayo de 1945 por la tarde. En la noche de ese día mientras estaba durmiendo sintió un dolor intenso en la región umbilical con algunos vómitos. El dolor continuó hasta el 21 en que consultó médico, el que al comprobar un cuadro agudo de vientre, lo envía al Hospital, donde ingresa el día 24, es decir cinco días después del episodio agudo.

Al examen: T. 37 4/10. P. 125. Mal estado general, facies intoxicado. lengua seca. Vientre inmóvil muy doloroso a la palpación, sobre todo en la fosa iliaca derecha. La defensa es generalizada con vientre de madera.

Con el diagnóstico de peritonitis por perforación apendicular se interviene 1 hora después de su ingreso, intervalo que se aprovecha para hidratarlo y tonificarlo.

Operación: Dres. Bortagaray y Realini. Anestesia local, Mac Burney. Al abrir el peritoneo sale líquido amarillento muy fétido. Apéndice engrosado y rojo, sus lesiones no explican el cuadro por lo que sospechamos una perforación intestinal tífica. Se explora la última asa ileal encontrándose

a 50 cms. de la válvula íleo-cecal una perforación redondeada y pequeña. Falsas membranas en las asas intestinales. Se cierra la perforación con un punto en X. Drenaje con tubo en el Douglas. Sulfamida intraperitoneal. Exteriorización y fijación del asa al peritoneo parietal. Curación con gasa vaselinada. Sueros, extracto suprarrenal, sulfamidas.

Postoperatorio. Continúa muy grave. En la mañana del día 26 se le coloca la sonda de aspiración y se continúa con la terapéutica instituida. Fallece en la noche en un estado de gran excitación y delirio.

BIBLIOGRAFÍA

BELLEVILLE (G.). — Boletines de la Academia Argentina de Cirugía. Tomo XXVII, 1943.

LARGHERO IBARZ (P.). — Temas de Cirugía de Urgencia. A. Monteverde, 1944.

LEJARS (F.). — Cirugie d'urgence. Masson, 1921.

PAVLOSKY (A.). — Abdomen agudo quirúrgico. El Ateneo, 1941.

PEREZ FONTANA (M.). — Tratamiento de la perforación tífica. Libro de Oro del Prof. Lamas.

TEJERINA FOTHERINGHAM (W.). — Operaciones urgentes. El Ateneo, 1942.

URIBURU (J. V.). — Oclusión intestinal. Su tratamiento por la sonda de aspiración. El Ateneo, 1945.

INFORME DEL Dr. ARDAO

El trabajo del Dr. Carlos Bortagaray merece bien la consideración de la Sociedad de Cirugía. Son 4 historias clínicas y un resumen, muy breve, de la técnica del tratamiento realizado.

No considero los resultados: 2 muertos, 2 sobrevividas. El valor del trabajo no va unido por esto.

Tampoco consideraré los aspectos quirúrgicos variados de las Peritonitis Tíficas en general. Hay solo un punto que quiero destacar, que debe ser destacado, para darle al relato toda la jerarquía que merece. De otro modo temo que pueda perderse la utilidad que debe prestar este trabajo a los médicos del país que tratan tifoidea y a los cirujanos que tratan tíficos perforados. Se trata del equilibrio humoral del tífico noción capital en la práctica, que no ha sido destacada suficientemente en nuestro medio y que aparece como orientación terapéutica general en el relato del Dr. Bortagaray.

Casi todos los tíficos se perforan estando ya shóckados. La

perforación agrava el shock — pero a veces están tan shockados que la perforación y la peritonitis no agrava clínicamente al shock establecido desde días atrás. En estas circunstancias el problema inmediato del perforado tífico no es un problema operatorio de sutura, con drenaje o sin drenaje, dejando exteriorizada el asa o reintegrándola. Esta cuestión pierde importancia frente al cuadro general. Y este cuadro general todo lo tóxico e infeccioso que se quiera tiene una fórmula humoral hematológica. Variable hemocentración (hematocrito por arriba de 45 vol. %). Disminución de las proteínas del plasma (menos de 7 gr. 5 %). Podrá haber anemia o no. Depende del estado y tiempo de evolución de la tiféide. Pero de cualquier modo hay que conocer cual es el estado humoral; controlarlo y darle lo que necesita. Podrá necesitar plasma intravenoso, o sangre total o suero fisiológico o corteza suprarenal. Pero cuando necesita una cosa no necesita las demás que incluso podrán ser nocivas. Sobre este punto ha insistido en nuestro medio el Prof. Larghero.

Es por esta vía, por la cual ha marchado la indicación terapéutica de los enfermos del Dr. Bortagaray que habrá de mejorarse el pronóstico de la perforación tífica, grave por ser en un tífico y no por ser perforación. La técnica operatoria ya no da más. Previendo y tratando preventivamente o manteniendo en las cifras normales las proteínas, volumen globular, cloruros de la sangre, etc., seguramente se mejorarán los resultados.

La plasmoterapia, por sobre todo, es fundamental. El conocimiento práctico de las necesidades humorales del tífico tiene además la ventaja de proyectarse sobre otros cuadros médicos y quirúrgicos de la patología, y el médico ha de entrar en ellos aprendiendo a tratar al tífico tal como los cirujanos han aprendido a tratar al shockado por deshidratación tratando a los quemados. Fundar centrales de plasma en los hospitales de la ciudad y de la campaña es un deber a cumplir ya con demora. Por esto vale la pena reconocer la obra de los Jefes de Servicio del Pabellón de Cirugía del Hospital Salto que han agregado esta conquista a la práctica de la medicina en aquel medio.