

PERITONITIS TÍFICAS NO PERFORATIVAS \*

Dr. E. Vigil Sónora

Señores:

Traemos hoy a la consideración de Uds. un pequeño trabajo, basado en la observación de algunas complicaciones abdominales agudas, quirúrgicas las más de las veces, que se suceden en el curso de la evolución de la fiebre tifoidea.

*Limitación del tema.*

Deseamos puntualizar bien lo que queremos decir cuando hablamos de peritonitis no perforativas en la fiebre tifoidea, como lo dice el título de esta comunicación.

No podemos hablar aquí ni enumerar siquiera, las complicaciones abdominales de la fiebre tifoidea.

De ellas se destaca una, que por su gravedad, por su importancia, por su indicación terapéutica, por la brutal objetividad de su existencia, ha concitado sobre sí la mayor parte de los trabajos que hasta ahora se han hecho sobre este tema: la perforación intestinal tífica y su corolario: la peritonitis.

Pero si es cierto que este hecho, domina la clínica de las complicaciones quirúrgicas abdominales de la temida septicemia, es cierto también, que en una proporción nada despreciable de casos, *no se encuentra la perforación* que ha provocado el drama peritoneal, ni en la operación, ni aún en minuciosa búsqueda necrópsica, y, otras veces, la peritonitis no se debe de ninguna manera a contaminaciones de origen intestinal sino que los ganglios o el bazo o la vesícula biliar han sido, por una ruptura o por otros mecanismos, los causantes de la lesión peritoneal.

Aquellos casos bien conocidos no son debidamente señalados,

---

\* Esta comunicación fué presentada en la sesión del 30 de junio de 1948.

nos parece, ni por su frecuencia ni por su interés doctrinario ni por su dificultad diagnóstica, ni aún por la incertidumbre respecto de la evolución que acompaña a su reconocimiento, ni tampoco por lo inseguro de la indicación o lo incierto de los resultados terapéuticos.

Razón tiene Woimant cuando afirma en su tesis, que el estudio de los casos de peritonitis no perforativas, se vuelve más difícil porque los autores no les dan jerarquía suficiente y su mención sólo se encuentra esparcida en los trabajos referentes a las perforaciones intestinales en la fiebre tifoidea.

En definitiva, nos referiremos a estos casos de peritonitis desarrolladas en el curso de una fiebre tifoidea bien establecida y que no se deben de una manera manifiesta, a la perforación intestinal y, cuando decimos manifiesta, nos referiremos a aquella perforación que se ve en el acto quirúrgico, o a aquella que sin duda puede ser reconocida en la necropsia. Es que bajo la mirada atenta del cirujano o del médico o de ambos, se ha desarrollado de modo subrepticio e insidioso una peritonitis, sin que casi ninguna evidencia clínica diera fuerza a la sospecha de su existencia.

Creemos que en el momento actual vale más llamar a estos procesos con un término negativo, que embanderarnos en una u otra de las tendencias que con encarnizamiento han defendido patogenias variadas con el nombre de permeación, propagación, contaminación o por fin determinación a nivel de la serosa, localización de la septicemia.

Creemos muy respetables estos intentos, pero preferimos apartarnos de ellos, concretándonos a mostrar simplemente lo que hemos visto, destacando que el progreso en este aspecto, sólo vendrá, pensamos, de un mejor conocimiento diagnóstico, basado en la utilización frecuente y seriada de algunos procedimientos auxiliares (Rx., etc.) con la esperanza de que ello, lleve a ceñir más la indicación, que tomando en cuenta el matiz clínico permita una terapéutica global más ajustada.

Por ello creemos útil partir del hecho consumado: la peritonitis asegurándole a cada uno de los factores incriminables, su valor en el cuadro.

No nos preocupa ahora su modalidad patogénica, sólo nos

interesa su existencia y las conclusiones terapéuticas que de ello puedan extraerse.

Todo el problema pues, se reduce al diagnóstico de la existencia de la peritonitis; es por ello que dejamos la perforación no evidente, chica o grande, una o múltiple, como hecho contingente.

A un callejón sin salida nos conducen las discusiones patológicas. Sorteado este escollo, sólo podemos avanzar con un claro sentido positivo del problema que se reduce a saber con más exactitud lo que pasa dentro del vientre.

Yo creo y así lo dejo aquí dicho, que entre otros factores su progreso ha de venir de la mayor y mejor utilización de R.X., ya no buscando el neumoperitoneo como único elemento, sino los pequeños signos peritoneales y en forma seriada.

El otro progreso vendrá seguramente de una mejor valoración del problema general del tífico, del que su alteración humoral es su mejor testimonio y que en las publicaciones sobre el tema no se cita con la debida insistencia, ya que aún en los casos de perforación clara hallada en el acto operatorio hay enfermos que se han salvado con los más variados tipos de técnica y aún con operaciones desproporcionadas, quiere decir pues, que no es de técnica únicamente el problema, y que a ella hay que añadir los otros elementos de la terapéutica quirúrgica. Bien entendido no disminuye la importancia de la técnica, pero ella sola no lo es todo.

Mucho puede el llamado tratamiento médico, que en estos casos puede no ser sino un gesto más de la terapéutica quirúrgica.

*“La evolución histórica del concepto de la peritonitis en el curso de la fiebre tifoidea”* es del mayor interés, y su estudio creemos nos justifica en nuestro modo de ver.

Ya en 1813 se publicó la primera observación de perforación tífica. En 1826 Louis afirma la existencia de la perforación en todo caso de peritonitis en el curso de la tifoidea. Es Cazenave en 1837 quien dice que a veces la perforación no existe, pero el que insiste sobre este punto es Thivial en 1853 publicando en la Union Médicale 4 observaciones de peritonitis sin perforación, de las que tres tienen autopsia. En las clínicas de Trousseau 1856 se afirma la existencia de este tipo de peritonitis y Guéneau de

Mussy en 1884 en su Clinique Médicale, afirma no sólo la existencia real de la peritonitis sin perforación intestinal en el curso de la tifoidea, sino que según él, puede haber peritonitis sin que haya mismo alteración grave a nivel de las placas de Peyer. Así hasta 1896 en que las ideas de Trousseau reinan en el ambiente médico. Por esta época Dieulafoy arremete vigorosamente contra la peritonitis que se ha llamado por propagación y dice que ella no existe según ese mecanismo, y que son siempre casos de perforación intestinal desconocida, de localización de la septicemia en la serosa peritoneal o aún, ello cree frecuente, de peritonitis de origen apendicular (ya sean apendicitis triviales en el curso de una tifoidea, ya sean apendicitis tíficas ellas mismas).

Dos hechos gravitan fuertemente en favor de este modo de ver: el aislamiento bien reciente de la apendicitis como enfermedad y el nuevo enfoque de la tifoidea, que ha dejado de ser dotienteria, la fiebre intestinal, para ser toda otra cosa, una septicemia con sus muchas posibilidades.

Estas afirmaciones de Dieulafoy desencadenan una brillante polémica, ya que poco después Chantemesse y sus discípulos publican en 1902 (con Véron y Bousquet) la réplica a Dieulafoy, afirmando la existencia de la peritonitis por propagación.

Han pasado muchos años y en 1933 todavía Puodevigne titula su tesis: "Peritonitis por propagación en el curso de la fiebre tifoidea".

Además, en 1856 Bourdon, en 1864 Caisso, en 1869 Hoffmann hablan de la peritonitis tífica sin perforación. Así también Griesinger en 1874, Vallin en 1873, Salles en 1875, Liebermeister en 1874, Ranque en 1881.

Después de la publicación de Dieulafoy en 1896 hay trabajos de Laporte 1899, de Cariès 1900, de Blaire 1904, de Chauveau 1906, de Josias 1905, de Roy 1907, de Woimant 1911, etc. Entre nosotros Devincenzi en 1919, M. Pérez Fontana recientemente, Larghero en 1939, Bortagaray en la Soc. de Cirugía, se han ocupado del tema.

En la Soc. Nat. de Cirugía de París han habido memorables discusiones a este respecto, siempre alrededor de los mismos términos.

El trabajo de Chantemesse sin embargo, nos parece ser lo más ajustado y lo mejor dicho.

Hoy no podría agregársele ni quitarle nada.

Nos preguntamos por eso nosotros, si no conviene más, en lugar de esgrimir argumentos tomados de diversas fuentes para apoyar o impugnar la existencia de tal forma patogénica de determinación del mal, si no conviene más partir del hecho, aceptándolo tal como es: nada en este momento nos permite con seguridad identificar las diversas formas de los accidentes agudos abdominales en el curso de la evolución de una fiebre tifoidea.

### HISTORIAS CLINICAS RESUMIDAS

**Observación N° 1.** — N. N., 17 años, urug. Hospital Pasteur. Octubre de 1936. Enfermo con cuadro agudo de abdomen, con dolor y defensa, con caída de la temperatura y aceleración del pulso en una tifoidea grave. Agravación en horas sucesivas. Intervención: no hay peritonitis ni perforación. No hay pues lesión quirúrgica. (Comprobado en la necro parcial). No tiene examen radioscópico.

**Observación N° 2.** — C. V., 18 años. Urug. Soltero. Hospital Pasteur. Marzo 1944. Se opera por una lesión que no resulta quirúrgicamente tratable y que aun cuando no se puede llamar peritonitis, constituye sin duda el primer elemento de ella: la exteriorización hacia la serosa del sufrimiento parietal. Reintervenido por agravación (no se recurrió al examen radiológico y el examen clínico no es definitivo); se encuentran tres perforaciones.

**Observación N° 3.** — F. H. Uruguayo. Vdo. Enfermo de 36 años que presentaba: tifoidea de más de dos meses de evolución, y en el sector abdominal y sin que se pueda precisar seguramente su iniciación, peritonitis predominantemente plástica y aún evolutiva, complicada su evolución por un accidente mecánico, vólvulo (?).

¿Cuál es la causa de esta peritonitis? Probablemente una perforación intestinal o varias.

Radiológicamente, posición de pie: algunas asas delgadas distendidas con niveles. Gases y materias en el colon. Acostado: un asa se destaca netamente cruzando todo el vientre izquierdo.

**Observación N° 4.** — A. G., 34 años. Uruguaya. Ingresa al Hospital Pasteur por una tifoidea bien comprobada, con repetidas alarmas intestinales. La vigilancia de todos los momentos y los exámenes complementarios solos, pudieron apartar al cirujano de la intervención, que habría sido sin duda quitarle la única posibilidad de cura.

A pesar de todo el aspecto no había perforación, ni rastros de peritonitis. Sin duda todo fué lesión ganglionar.

*Radiológicamente:* cuadro radiológico de ileo paralítico con exudado peritoneal. Al día siguiente no ha empeorado el cuadro radiológico y la evolución muestra que consigue mejorar, falleciendo de otra complicación.

No hay peritonitis y únicamente adenopatía mesentérica.

**Observación N° 5.** — A. S., 27 años. Uruguayo. Casado. Hospital Pasteur. Se trata en este caso de una tifoidea bien catalogada, que hace un cuadro agudo de vientre siguiendo a una melena, con dolor y con defensa leve. La *radiografía* mostró que no se trataba de una peritonitis evolutiva, de indicación quirúrgica inmediata, aun cuando no podemos decir qué es lo que tuvo. De todos modos creemos en la ayuda fundamental de los medios auxiliares del diagnóstico.

**Observación N° 6.** — A. B., 23 años. Uruguayo. Labrador; soltero. Hospital Pasteur. Esta es una larga observación que puede resumirse así: tifoidea que en dos oportunidades hace procesos de peritonitis circunscrita. Evacuación de la colección supurada del Dougias. En el postoperatorio hace el cuadro clásico de la perforación, que seguramente tuvo, pero que la peritonitis plástica impidió reconocer y contribuyó a salvar. Mc Burney y avenamiento. Mejora. Por otra perforación puntiforme, o por la misma, ya que las condiciones reaccionales del peritoneo han cambiado, sale sólo gas, dando origen a una verdadera peritonitis gaseosa.

Hemos asistido, pues, a varios de los episodios que puede tener un tífico, en donde las condiciones del peritoneo pueden ser tan variables.

La exploración radiológica una vez más se ha mostrado definitiva en el diagnóstico y en la justificación de la conducta terapéutica.

*Radiológicamente:* 1° (dos placas) Peritonitis no evidentemente perforativa. Acostado y de lado por no poderse parar: no hay gas.

2° Episodio perforativo. Dos placas números 33547. Ambos decúbitos laterales con gas entre las asas y la pared.

Luego de operado aparece cuando estaba mejor una distensión abdominal lentamente creciente que la radio muestra tratarse de una forma que podemos denominar como peritonitis gaseosa. Sólo el gas pasa al peritoneo que en varias oportunidades se drena por punción cutánea. A este episodio corresponden las placas 12240 en las que se ve aire libre y líquido fuera de las asas. El conjunto de esas queda por detrás no distendidas y con algunas bandas que las unen a la pared anterior del vientre.

En último y cuarto término obtenemos la placa número 33648 que es la demostración experimental de que la interpretación dada es la correcta, ya que por el tubo introducido en el peritoneo inyectamos aire obteniéndose idéntica imagen que en las placas 12240.

**Observación N° 7.** — N. N. Hospital Pasteur. Joven de 17 años que en el curso de una tifoidea hace accidentes abdominales agudos no bien catalogados. La necropsia muestra peritonitis purulenta por rotura de absceso periesplénico.

**Observación N° 8.** — V. C., 24 años, uruguayo, soltero. En esta observación se trata de un enfermo que ha hecho una tifoidea complicada y que en el curso de la cual hace un cuadro agudo de vientre con caracteres perforativos. Sin neumoperitoneo pero con evidencia radiológica de peritonitis. La clínica y la radiología se apoyaban; la negativa del enfermo a la intervención nos permitió asistir a una cura inesperada. Insistimos en este caso en la evidencia del cuadro radiológico.

**Observación N° 9.** — E. D. L. Sala 9, Hospital Pasteur. Marzo 1948. Tifoidea bien catalogada. Durante su evolución hace un cuadro de vientre con leve defensa en el sector derecho, con predominio en F.I.D. Este cuadro se inició 5 horas antes de que nosotros lo viéramos. En el momento de nuestro examen no hay evidencia de cuadro perforativo aunque hay seguramente una reacción que predomina en la F.I.D. Tres horas de bolsa de hielo transforman completamente al enfermo y cuando lo volvemos a ver su mejoría es notable, alejándose así toda idea de intervención. Una placa obtenida en el primer momento acusa un discreto ileo del delgado. Pasa bien cuatro días al cabo de los que inicia otro cuadro de vientre más agudo que el anterior pero con idénticas características generales. Una placa obtenida en la mañana de este nuevo episodio muestra en la pelvis algún exudado y muy discretos signos de irritación peritoneal en el delgado. Seis horas después, ante la persistencia del cuadro, las nuevas placas muestran, de pie: Ausencia de neumoperitoneo. No se puede apreciar nada más dada la calidad de la placa. Acostado: Se observa una colección pelviana y un ileo del delgado muy evidente. En esas condiciones se interviene encontrándose una abundante cantidad de líquido purulento que se drenó y asas congestivas con algunas falsas membranas que las aglutinan. No encontramos en la somerfísima revisión efectuada ni gas libre ni evidencias de perforación. La evolución postoperatoria de este enfermo ha sido excelente, aunque prolongada e interrumpida por algunas incidencias que testimonian la gravedad de la afección pasada.

**Observación N° 10.** — Tifoidea bien catalogada que hace un cuadro de vientre por el que nos consultan. Encontramos un enfermo grave con vientre considerablemente distendido con muy mal estado general, cuadro instalado ya 24 horas antes.

La radiografía no muestra evidencia de gas libre en el peritoneo aún buscando con los decúbitos correspondientes; en cambio hay un ileo considerable que predomina en el delgado. Iniciamos el tratamiento de mejoramiento del estado general que fué acompañado de un éxito feliz. Sin embargo 15 días después hace otro episodio semejante del que también sale sin intervención. Análogas comprobaciones se pueden hacer en las placas obtenidas en el momento de este nuevo empuje; no hay gas libre; hay signos de reacción peritoneal difundida.

Luego de algunas otras alternativas semejantes, el enfermo consigue curar después de más de tres meses de enfermedad.

Los casos relatados muestran en una sucesión muy particular, una serie de situaciones agudas de probable indicación quirúrgica en enfermos atacados de fiebre tifoidea.

En todos ellos se ha podido evidenciar que el diagnóstico exacto de la lesión abdominal puede ser muy difícil, ya que con idéntico cuadro han tenido perforación en peritoneo libre, peritonitis sin perforación, líquido citrino en el vientre o nada. Y todavía hemos asistido a esos casos en que otro cuadro perforativo, esta vez con real sustrátum anatómico de orificio intestinal, ha rubricado con su sello trágico una evolución que hasta entonces las defensas peritoneales habían hecho prever benigna.

Ya que la numeración y la crítica de los signos y síntomas no nos corresponde y que como dice Chantemesse en su luminosa comunicación a la Academia de Medicina: "la vigilancia ceñida del enfermo y a menudo sólo ella autorizará o alejará la intervención quirúrgica"; ya que el diagnóstico de la lesión abdominal se presenta rodeado de tales dificultades, nos permitiremos comentar algunos aspectos radiológicos del abdomen de los enfermos reseñados para poder tenerlos en cuenta en el futuro como signos de cierta significación.

En 7 de los 10 casos relatados se ha efectuado el examen radiológico, habiéndose hecho siempre radioscopia previa cuyos datos no consignamos para no alargar desmesuradamente esta comunicación y porque la placa ha recogido aquello sobre lo que deseamos insistir.

En la observación cinco teniendo en cuenta todos los datos clínicos radiológicos, como debe ser, se puede afirmar que no hay una lesión peritoneal que obligue a la intervención inmediata. A las 9 de la mañana hay una notable ausencia de gas cólico pero en cambio se evidencia la distensión de algunas asas delgadas en fosa ilíaca izquierda y de pie en el bajo vientre. Once horas después hay gas cólico claramente visible y la zona del ángulo ileocecal muestra un asa delgada, probablemente la última y muy pequeñas burbujas gaseosas que se advierten bien en la placa de pie. De todos modos aun cuando la vigilancia debe mantenerse la indicación de abstención quirúrgica recibe un apoyo franco.

En la observación número tres (F. H.) los signos de peritonitis son indudables: niveles no muy grandes de delgado si-

guiendo la dirección general del mesenterio. Materias y gases en el colon. Bajo la bóveda diafragmática izquierda un acúmulo de gases predominantemente cólicos. Acostado un asa cruza el lado izquierdo del abdomen. Opacidad en la pelvis con carácter de exudado. Por la placa y el cuadro clínico podría pensarse en proceso peritoneal no muy agudo que provoca un íleo en donde seguramente los procesos mecánicos se intrincan con los infecciosos en proporciones variables. Es posible que el asa distendida necesite un tratamiento quirúrgico pero no es seguro y sobre todo el tratamiento médico completo y correcto con todos los recursos se impone en estos casos cuando se ven por vez primera. La intervención, el final y la necropsia demostraron lo ajustado de esta interpretación y que una más adecuada preparación y estudio con una técnica más ceñida al caso en el acto quirúrgico hubieran podido resolver favorablemente este enfermo de naturaleza realmente compleja.

En la observación número cuatro (A. G.) y en las placas obtenidas de mañana hay un íleo acentuado sin neumoperitoneo.

De tarde con una mejoría del estado local hay una franca acentuación de los signos radiológicos de exudado peritoneal. De noche la enferma evacúa una gran cantidad de gases con mejoría neta de todo su cuadro que por lo demás se repite con caracteres semejantes por dos veces más en los días sucesivos. En suma: reacción peritoneal que no es necesariamente quirúrgica. Cuando la enferma fallece por otras complicaciones, días después se observa en la necropsia que el vientre está completamente indemne de lesión peritoneal. No hemos podido seguir esta observación con número suficiente de radiografías para documentar debidamente las alteraciones señaladas.

En la octava observación, cuarta de las que comentamos del punto de vista radiológico, se comprueban los signos de una peritonitis importante y de una colección del Douglas. El feliz desenlace de este caso nos impide la prueba anatómica de la lesión aun cuando tenemos la certidumbre de que esta interpretación es la correcta.

Por último en la quinta observación asistimos a los sucesivos episodios que hasta aquí hemos observado aisladamente, reunidos todos en un solo paciente que presenta sucesivamente una perito-

nitis circunscrita sin gas libre en el vientre en el momento de obtenerse la placa: íleo paralítico, exudado entre las asas, colección en el Douglas y en la placa tangencial numerosos niveles en el pie de las asas. Gran distensión gaseosa: 33505.

Luego de evacuado el absceso del Douglas y de una considerable mejoría, se instala un violento cuadro de tipo perforativo y las placas 33547 muestran la existencia de gas libre en el peritoneo además de los niveles, la distensión gaseosa y la presencia de discreta cantidad de exudado.

El Mc Burney y el drenaje dan cuenta de esta complicación sin que se haya encontrado el agujero intestinal.

Poco después, sin cuadro agudo, distensión abdominal creciente. Placas 12240: Inversión del aspecto anterior; poco íleo y en cambio abundante gas libre en el peritoneo; peritonitis gaseosa. Evidentemente la perforación que no encontramos permite (ella u otra) el paso de gas únicamente al peritoneo dadas las condiciones reaccionales de la serosa después de los episodios relatados. Queda así generada una verdadera "gasperitonitis".

La placa 33648 demuestra de modo experimental cómo han podido suceder las cosas insuflando gas en el peritoneo a favor del tubo que aparece en la radio. Queda así reproducida la imagen anterior. Algunas bridas aquí también tabican el espacio claro previsceral.

---

No conocemos aún la fórmula radiológica del vientre de la tifoidea en sus diversos aspectos: ello nos lleva a buscar con empeño el signo de la perforación, el neumoperitoneo, pero creemos que tienen gran importancia los otros que como lo hemos demostrado y comentado pueden ser una eficaz ayuda en el esclarecimiento de la indicación y del diagnóstico: las colecciones localizadas, los exudados, la comparación con placas obtenidas en épocas sucesivas, la utilización juiciosa de los diversos decúbitos, etcétera, siempre en función del cuadro clínico, ya que no puede sino cometiendo un abuso hablarse de semiología radiológica sino de semiología clínico-radiológica.

Con otra firmeza se maneja uno con el enfermo cuando la radiología le da un apoyo objetivo a las consideraciones y el estudio seriado confirma las presunciones hechas sobre el caso.

El otro aspecto que de pasada queremos señalar es el referente a la situación humoral del tífico que constituye uno de los testimonios más evidentes del profundo ataque que esta afección significa para el organismo. No podemos hacer un estudio de ello, sólo señalaremos los valores bajos de proteínas en apoyo de la manera de encarar la terapéutica de las complicaciones abdominales de esta enfermedad.

La perforación es tan grave que justifica la terapéutica grave también de la intervención, pero no nos queda la tranquilidad de decir cuando no se encontró la lesión causal que la laparotomía exploradora no es seguramente dañosa: yo creo que en estos casos es que ella es seguramente nociva, y por eso es que la indicación tiene aquí una jerarquía no común.

La comparación con otros cuadros agudos perforativos no está justificada, ya que ellos se producen en individuos sanos hasta entonces, en la inmensa mayoría de los casos, bien lejos pues de nuestro problema, en que se producen generalmente alrededor de los 20 a 30 días del comienzo de una enfermedad, que tiene el tipo de las que producen perturbaciones más profundas.

La existencia del agujero a cerrar ha dominado tan completamente el problema del accidente abdominal agudo en la tifoidea, que ha hecho despremiar los otros factores, que si en otros casos no cuentan como elementos de valor, en este especialmente sí, ya que como lo dijimos, los profundos cambios humorales íntimamente vinculados a la cicatrización, quitan las posibilidades a cualquier gesto terapéutico, sólo basado en la justeza de la técnica.

### Conclusiones

1º Los accidentes abdominales agudos que plantean situaciones de eventual terapéutica quirúrgica, son frecuentes en el curso de la fiebre tifoidea.

2º La terapéutica no es unívoca como la misma naturaleza de los accidentes lo hace prever.

3º No siempre la intervención rápida es el mejor tratamiento. Puede diferirse y aun mismo no realizarse.

4º El problema diagnóstico se plantea en especial en re-

lación con la existencia o no de la peritonitis más que relativo a la existencia o no de la perforación.

5º En los casos de perforación indudable y clara en el curso de la tifoidea, como el que se perfora en plena salud aparente, el tratamiento debe ser quirúrgico, habida cuenta de todas las diferencias anotadas que separan ambos casos.

En los que la perforación ha podido pasar a segundo plano por las características propias de las reacciones en estos enfermos, no es seguro que la investigación y el cierre de una perforación que puede aún no existir sea la mejor conducta.

6º Hay elementos de diagnóstico de los que hoy no se puede prescindir y que serán de ayuda cada vez más eficaz.

7º Hay auxiliares en la terapéutica que juntos con la cirugía o solos pueden aún modificar, mejorando el actual estado de cosas.

8º Propiciamos el examen radiológico del vientre de los tíficos en forma frecuente, ya sea como examen de rutina o formando parte de una exploración motivada por hechos clínicos.

9º Los decúbitos laterales son extremadamente útiles para despistar los neumoperitoneos de difícil visualización, teniendo en cuenta el estado de algunos de estos pacientes.

10. No conocemos aún lo que puede denominarse la fórmula radiológica de las tifoideas no complicadas del punto de vista abdominal ni la evolución bajo los rayos de esta prolongada afección.

11. Creemos haber probado por los documentos que acompañan este trabajo que los signos de la peritonitis del punto de vista radiológico son de gran importancia en los casos en que justamente el diagnóstico clínico de la lesión de la serosa se muestra particularmente difícil, o mismo imposible.

12. Un mejor y más completo conocimiento de lo que pasa en el abdomen beneficiará a estos enfermos de terapéutica compleja.

#### HISTORIAS CLINICAS DETALLADAS

OBSERVACION N.º 1. — N. N., 17 años, uruguayo. Hospital Pasteur. Octubre de 1936. Tifoidea grave, datando su iniciación de más de un mes. Fuimos llamados, porque este chico se quejó en las horas de la mañana de dolores de vientre intensos, la temperatura bajó y el pulso se hizo mucho

más rápido. El examen mostraba un cuadro acentuado de postración y adinamia, un quejido permanente y una defensa evidente de F.I.D. con gran dolor allí mismo. En el momento de verlo a R.X. tiene un desvanecimiento que obliga a interrumpir la investigación radiológica sin haber obtenido ningún dato, y en esa época no hacíamos todavía la radiografía del abdomen como rutina.

Con la medicación instituída se observó una agravación evidente en las horas siguientes, y lo intervinimos a las 17 horas (diez horas después de iniciado el cuadro).

*Intervención:* Dr. Vigil. Pte. de guardia. Con anestesia local hicimos una pequeña incisión tipo Max Schuller a la derecha. Peritoneo perfectamente sano, sin líquido, asas chatas, placas de Peyer evidentes pero que no explican el cuadro, algunos ganglios aumentados de tamaño. Cierre. Fallece unas horas después.

*Necropsia parcial:* el estómago aparece enormemente dilatado, lo que por otra parte hemos visto repetidamente en casos semejantes, y ésta fué la única lesión hallada.

OBSERVACION N° 2. — C. V., 18 años, uruguayo, soltero. Ingres a sala 5 del Hospital Pasteur el 31 de marzo de 1944. De la historia extraemos los datos esenciales

Abril 1. Estado general indiferente. Piel y mucosas pálidas. Lengua húmeda, saburral. Abdomen: no hay manchas rosadas; buena movilización, no hay dolor espontáneo. Dolor en F.I.D. a la palpación y más intenso a la compresión. Hígado a un través de dedo por debajo del reborde costal; se palpa el bazo. No hay dolor en el Douglas.

Sistema nervioso: rigidez de nuca. Hay Kernig. Demás s/p.

Abril 2. Estado general igual. Algo obnubilado e indiferente. Gran astenia. Persisten los signos meníngeos. Abdomen: móvil e indoloro espontáneamente. F.I.D. libre e indolora a la compresión y decompresión.

Abril 4. Abdomen: dolor en hipogastrio. De tarde leucocitosis: 12.500.

Abril 5. Estado general y abdomen igual; pulso chico; por la tarde presenta dolor en F.I.D. a la compresión y decompresión. El Dr. Etchegorry decide intervenir.

●*operación:* Dr. Etchegorry, Dr. Mernies. Anestesia local con novocaína. Mac Burney. Exploración del ángulo ileocecal, que tiene por delante y por dentro epiplón. Exteriorizado, se encuentra a nivel de la última asa ileal la serosa depulida, opaca, placas de Peyer de color rojo oscuro y una de ellas muy indurada. Ciego que no se exteriorizó se encuentra con sus paredes más gruesas que lo normal. No hay líquido en el peritoneo. Se vierten 8 gramos de sulfamida en el vientre y se cierra. Indicaciones comunes para la sala. Mejora en los días sucesivos hasta que en

Abril 11. Pulso que de 80 pasa a 120. Temperatura 37° Dolor en el vientre intenso, espontáneo y provocado. Defensa en todo el abdomen, pero no muy acentuada. Leucocitosis: 6.000.

*Reintervención:* Anestesia local. Laparotomía mediana infraumbilical. Abierto el peritoneo salen tres litros de líquido seropurulento. Exteriorizada el asa ileal se encuentran tres perforaciones alejadas entre sí, y una de ellas a 30 cmts. del ciego. La mayor mide 4 mm. de diámetro; las otras dos son puntiformes. Se cierran.

Fallece el 22 de abril, a pesar del plasma, etc., que se le administró. No se recurrió al examen radiológico y el examen clínico no era definitivo.

OBSERVACION N° 3. — F. H., 36 años, uruguayo. Viudo. Procedente de Melo ingresa al Hospital Pasteur el 11 de junio de 1946.

Enviado por médico. Se trata de un enfermo con una evidente tara mental. No responde con precisión al interrogatorio, y está francamente desorientado en el tiempo y en el espacio. Lo importante es que ha tenido hace dos meses una tifoidea de la que no ha curado completamente, ya que nunca hubo período de salud entre ella y su estado actual. El interrogatorio no aclara nada el cuadro y el examen del abdomen muestra esencialmente una distensión no uniforme, pero generalizada. En el hipogastrio hay una tumefacción grande que hace pensar inmediatamente en la vejiga llena, pero que es sonora, blanda indolora, y no se modifica con el sondaje vesical, que por lo demás trae unos centímetros de orina cargada. El tacto muestra que hay una masa inflamatoria dolorosa que llena el Douglas. Temp. 37° y 38°5; pulso 100'. Le indicamos tratamiento médico y radiografía de abdomen que muestra:

*De pie:* algunas asas delgadas distendidas con niveles. Gases y materias en el colon.

*Acostado:* una asa se destaca netamente cruzando todo el vientre izquierdo. Creemos que es la indicación de tratamiento médico durante unas horas: sonda, plasma, etc., y volverlo a ver a las 6 horas. (La necropsia nos justifica porque al no mejorar clínica y radiológicamente, pronto lo habríamos operado).

Al día siguiente lo ve otro cirujano quien decide operar: laparotomía mediana infraumbilical. A la abertura del peritoneo sale gran cantidad de líquido serohemático y asas intestinales dilatadas y aglutinadas. La exploración muestra una brida que fija un asa a la pared y bajo la cual se introduce otra asa que aparece oscura y vólulada. Se corta la brida, se destuerce el vólculo y se despegan numerosas asas adheridas a la pared abdominal y muchas fijadas a la pelvis. El cirujano renuncia a la completa liberación por las dificultades propias de semejante tarea y cierra la pared.

El enfermo fallece a las pocas horas y la *necropsia* muestra: a la abertura del vientre sale gran cantidad de líquido serohemático, las asas aparecen aglutinadas por exudado peritoneal y muy distendidas y rojas. Se ven los sectores despegados. No es posible reconocer el asa vólulada (?) y se termina comprobando que la lesión peritoneal adhesiva toma la zona pelviana respetando el resto.

OBSERVACION N° 4. — A. G., 34 años, uruguaya, soltera, Canelones. Ingres a al Hospital Pasteur donde se le comprueba una tifoidea grave, en marzo de 1947. Pasamos por alto toda su detallada historia anotando solamente lo referente al abdomen: distendido; no tiene manchas rosadas. Móvil con la respiración. Discreta tensión en todo él, pero es depresible, no hay defensa, pero se despierta un dolor difuso en toda su extensión, pero no intenso. La decompresión es dolorosa también. No se palpa bazo; el hígado aparece algo agrandado y las fosas lumbares libres. \*

En marzo 7 se anota que tiene dolores intensos en el vientre, predominantes en F.I.D. y región periumbilical. Tuvo chuchos, está constipada desde ayer; el vientre parece más distendido, sin sonoridad prehepática, todo él doloroso, predominando en F.I.D. y región periumbilical donde hay defensa. Es vista por el cirujano a la hora 12 de ese día: la radiografía y radioscopia muestran: ambos diafragmas se movilizan bien; el tórax es normal, gran distensión de asas delgadas y de intestino grueso. No hay neumoperitoneo, no hay niveles pero hay exudado que se ve sobre todo en la pelvis.

Se insiste en el tratamiento médico.

Marzo 8: persiste la gravedad; se queja mucho de dolores abdominales. Pulso 112. P.A. 11/8. Vientre distendido y doloroso a la palpación y a la decompresión.

Marzo 11. Estado general igual que ayer. Abdomen algo más tenso que ayer.

Marzo 12. No se queja de dolores abdominales. Ayer movió el vientre con enema. Ha mejorado el aspecto físico del vientre, con distensión mucho menor.

Marzo 14. Aparece defensa y dolor en F.I.D.

En los días sucesivos se agrava considerablemente; tiene melenas y el estado físico se acentúa de tal modo, que se desespera de salvarla.

Fallece el día 20 de marzo. *Necropsia incompleta*; no hay líquido en el vientre; no hay peritonitis. Gran aumento de tamaño de los ganglios mesentéricos.

OBSERVACION N° 5. — A. S., 27 años. Casado. Uruguayo. Ingres a al Hospital Pasteur el 26 de febrero de 1947. Se trata de una tifoidea bien catalogada, que sigue sin alternativas abdominales importantes hasta el 8 de marzo, en que dos horas después de una melena de mediana intensidad, comienza con fuertes dolores abdominales en el epigastrio y con discreta defensa. La leucocitosis sube de 3.500, a las 4 horas, a 5.400; no hay ningún otro signo de importancia. La radiografía muestra: por la sola placa, que se puede descartar la peritonitis. Hay una anómala de gases en todo el vientre repetidamente examinado, y luego se obtiene una placa que es normal.

Marzo 9. Persiste con dolores en hipocondrio derecho y en epigastrio y con defensa suave allí mismo.

En los días sucesivos mejora y se va de alta curado.

OBSERVACION N° 6. — A. B., 23 años, uruguayo, soltero. Canelones.

Ingresa al Hospital Pasteur, enviado de otro hospital con diagnóstico de complicación quirúrgica en el curso de una tifoidea, el 30 de abril de 1945. Abreviaremos aquí la detallada historia, anotando que el enfermo relata que sufre del vientre desde hace tres días, con dolores, vómitos y constipación, siendo el segundo episodio semejante que tiene en el curso de su afección. El examen muestra un sujeto con mal estado general, pulso 135, lengua seca; vientre distendido, discretamente doloroso en F.I.D. e hipogastrio, donde se palpa una tumefacción profunda, dolorosa, adherente a los planos profundos, de carácter inflamatorio; resto del vientre algo excavado y ligeramente doloroso.

Por el tacto rectal se comprueba que el Douglas está completamente ocupado por una masa indiferenciable del proceso, que se palpa por arriba.

Tratamiento médico.

Al día siguiente previa placa de abdomen, insistimos en el tratamiento médico, hasta que el proceso de douglasitis supure de modo franco ya que no parece posible su resolución.

El día 3 le hacemos por el recto la abertura y evacuación de su proceso. Mejora considerablemente durante los próximos 4 días, pero el día 8 a las 16 horas, tiene un cuadro agudo de vientre caracterizado por un dolor violento, vómitos, enfriamiento y tendencia al colapso. Dos horas después lo vemos y se encuentra una defensa generalizada, dolor violento en todo el vientre, desaparición de la matidez hepática.

Se prepara para la operación y el día 9 en la madrugada *lo intervenimos*.

Mac Burney con anestesia local. Gran cantidad de líquido citrino en el vientre. Todas las asas visibles aparecen rojas y fuertemente adheridas entre ellas. No podemos intentar siquiera la movilización de los elementos conglomerados, por lo que nos limitamos a colocar en el peritoneo una mecha y un tubo a través del cual hacemos pasar una corriente continua de solución de penicilina.

El drenaje rectal del Douglas se mantiene. Mejora el estado general. Al sexto día: mueve el vientre espontáneamente. Se alimenta de acuerdo a las indicaciones del Dr. Doubourdieu.

A los 11 días: el enfermo se queja de distensión abdominal, y aparece el vientre tenso y la piel lustrosa. Hay líquido evidentemente. Entreabriendo los labios del Mac Burney, que no fué suturado, evacuamos alrededor de tres litros de líquido citrino, ligeramente turbio, que no coagula espontáneamente y que se cultiva.

Al día siguiente inicia un proceso pulmonar agudo importante que mejora luego, aun cuando aparece una verdadera fusión de sus ya escasas fuerzas musculares y el pulso se hace progresivamente ascendente. El E.C.G. muestra: gran desviación del eje eléctrico hacia la izquierda. Taquicardia sinusal de 125 por minuto. Ondas T isoeléctricas.

El día 7 de junio se queja de distensión de vientre que parece ser gaseosa. Pedimos radiografías que muestran:

1° que hay aire libre y líquido fuera de las asas.

2° que la masa común de asas intestinales queda por detrás, que no distendidas, se ven en la zona inferior. No sabemos por dónde ha entrado el aire ya que el Mac Burney está cerrado y el drenaje rectal, también.

3° En ningún momento ha habido cuadro perforativo.

La punción repetida del peritoneo evacúa el gas, y el enfermo mejora. Sigue luego con alternativas del lado abdominal, pero sucumbe ante la repetición de los accidentes pulmonares, todos cuyos exámenes para conocer la etiología son negativos. Fallece el día 20 de junio.

La extirpación de un trozo de pared intestinal a la altura del Mac Burney muestra: en los cortes realizados se encuentra un corte total de intestino delgado donde se ve en la subserosa una infiltración difusa a linfocitos, plasmocitos y fibrocitos.

OBSERVACION N° 7. — N. N. Hospital Pasteur.

Se trata de un joven de 17 años, que en el curso de una tifoidea hace accidentes abdominales agudos que no han sido bien catalogados. Fallece y el examen necrópsico, muestra que se trata de una peritonitis generalizada, a punto de partida de un absceso periesplénico roto en la gran cavidad, y que los microbios que el cultivo desarrolla son estafilococos.

OBSERVACION N° 8. — V. C., 24 años, uruguayo, soltero. Villa Española. Ingres a la sala 5 del Hospital Pasteur el 31 de mayo de 1940. Su enfermedad actual comienza hace un mes con chuchos de frío, cefalalgias, anorexia, dolores difusos en el tórax, tos seca, adelgazamiento, dolores articulares, constipación, astenia, fiebre, insomnio y sed.

Examen: enfermo desnutrido; pulso dícroto, lengua tífica; angina roja y gran cantidad de manchas rosadas. Abdomen: blando, indoloro espontáneamente y a la palpación; se palpa el bazo.

Junio 10: hace tres días que tiene melenas discretas. Se nota un evidente descenso del estado general y aumento de la anemia. Aparecen también, un foco neumónico en la base derecha y un temblor generalizado.

Junio 23: mejora de la neumonía y hace una osteítis del maxilar izquierdo. El mismo día de tarde inicia de un modo brutal un cuadro agudo de vientre, con defensa y vómitos, dice la historia que rápidamente fueron fecaloideos.

Gran descenso concomitante de la P. A. y aumento considerable de la temperatura. El estado general es muy malo. Douglas ocupado y doloroso.

Se hacen placas que muestran: *De pie*: mala placa que no permite ver nada. *Acostado*: excelente placa que muestra una distensión intestinal generalizada, con exudado en la pelvis y en las asas.

La familia no acepta la intervención propuesta y se hace sólo tratamiento médico.

Junio 24. Peor. Nariz fría, hipo, algidez periférica.

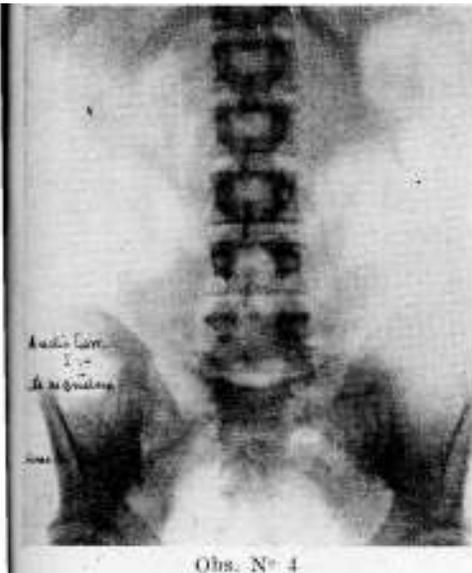
Junio 25. Igual. Mejor y de este momento en adelante, sigue su mejoría, habiendo sido dado de alta un mes después curado.



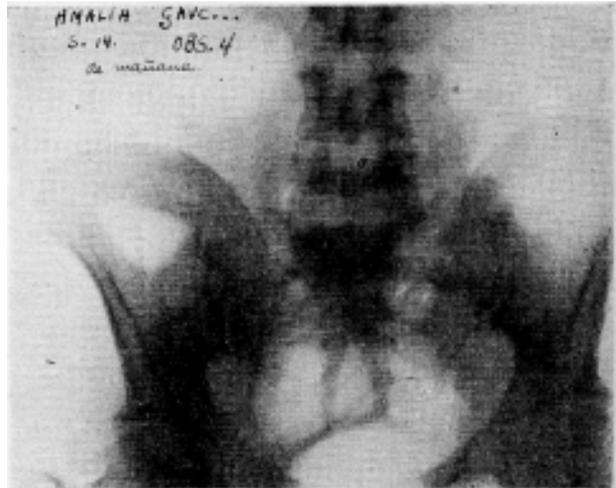
Obs. Nº 3



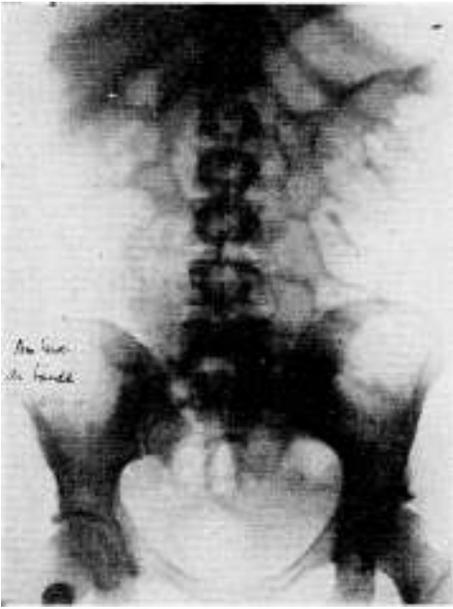
Obs. Nº 3



Obs. Nº 4



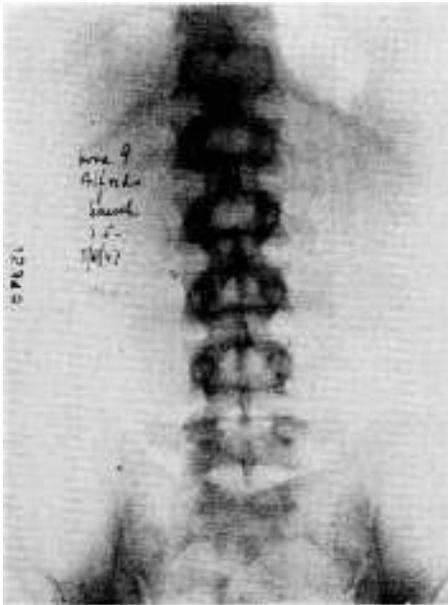
Obs. Nº 4



Obs. N° 4



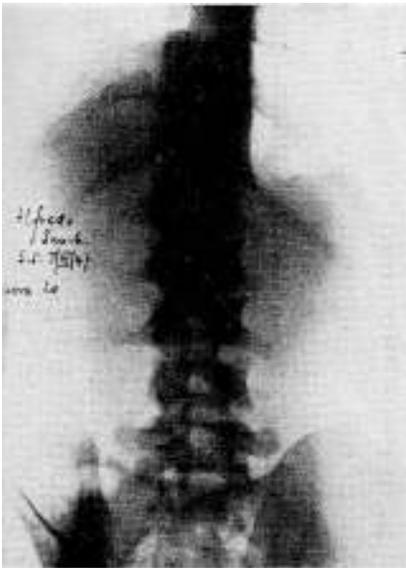
Obs. N° 5



Obs. N° 5



Obs. N° 5



Obs. N° 5



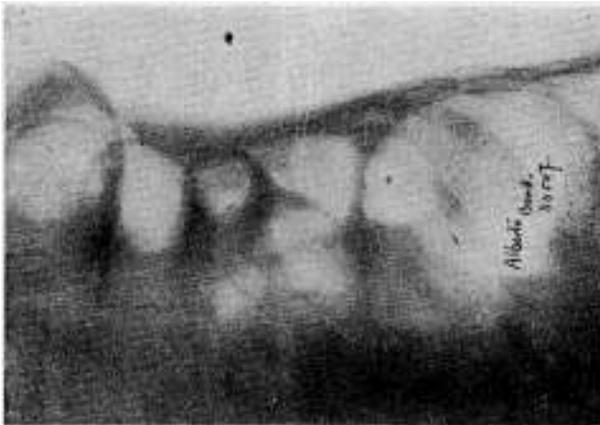
Obs. N° 6



Obs. N° 6



Obs. Nº 6



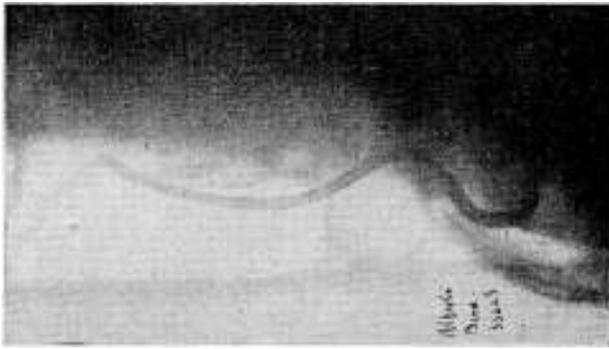
Obs. Nº 6



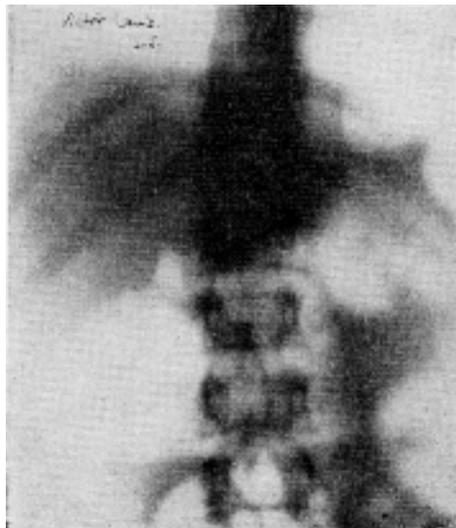
Obs. Nº 6



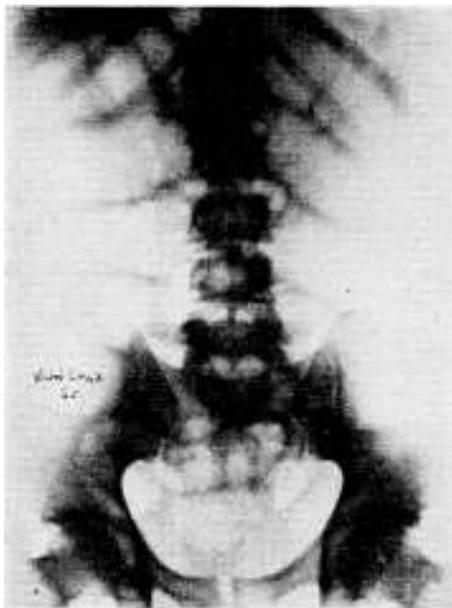
Obs. N° 6



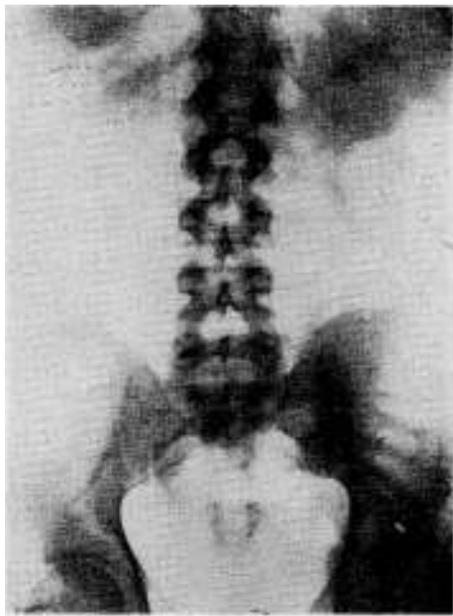
Obs. N° 6



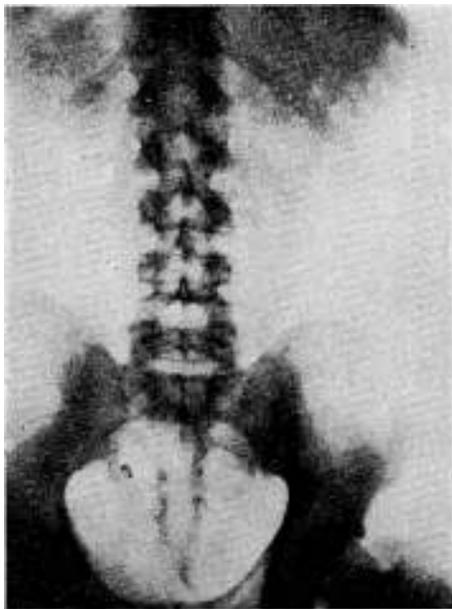
Obs. N° 8



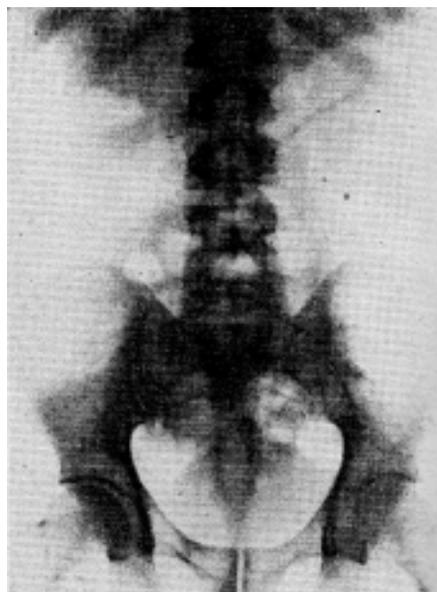
Obs. N° 8



Obs. N° 9



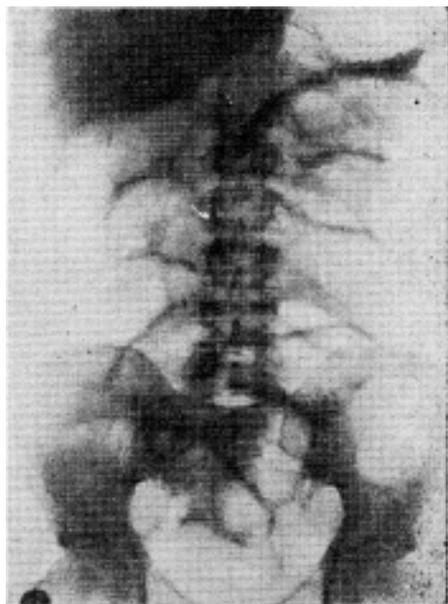
Obs. N° 9



Obs. N° 9



Obs. N° 9



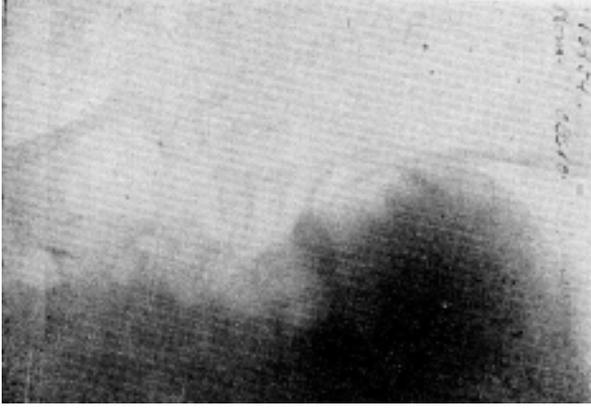
Obs. N° 10.



Obs. N° 10



Obs. N° 10



Obs. N° 10



Obs. N° 10



Obs. N° 10

## B I B L I O G R A F I A

Estas citas bibliográficas son referentes a los casos de peritonitis tíficas no perforativas, y algunas comprenden a las de origen perforativo, porque la discriminación no está hecha casi nunca en las publicaciones.

ALGLAVE y BOISSEAU. — *Tribune Médicale*, 1904, 28 de mayo, pág. 342.

AURY y CHANTEMESSE. — *Soc. Chir.* Thèse de Roy, 1908; pág. 668.

BELVILLE. — *Bol y Tr. Ac. Arg. de Cir.*, 27, 969. Oct. 20, 1943.

BROUDIC. — Thèse Paris, 1904.

BLAIRE. — Thèse Paris, 1904.

BILLAUD. — Thèse Paris, 1930.

BRAITHWAITE. — *Br. J. S.* 1926. T. XIII: 439.

BERGÉ. — *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1913.

BLEDSE. — *Jama*, 1910.

BOUKEVITCH. — *Chirurgia*, 1909.

BROWN. — *Jama*, 1902.

BOURDON. — *Union Méd.* 1856. —

BROUDIC, CHANTEMESSE. — Thèse Broudic.

BROUARDEL, THOINOT. — Nuevo trat. de Med. y Terap. Fasc. III.

CARIES. — Thèse Paris.

CARSON. — *Trans. Med. Soc. London*, 1918. T. XI: 220.

CORNER. — *The Lancet*, 1912. T. I: 426.

CASSINI. — *Bol. de la Soc. Lanciz. degli Ospedale de Roma*, 1899. T. XIX,  
2. Pág. 184.

CHANTEMESSE. — *Trat. de Charcot et Bouchard*, Tomo III.

CHANTEMESSE. — *Bulletin et Mem. Soc. N. Chir.* Paris, 1908, mayo 6.  
*Bulletin Medical*, mayo 9, 1908.

CHAUVEAU. — Thèse de Woimant.

COURTOIS, SUFFIT y BEAUFUMÉ. — *Bulletin Soc. Méd. des Hôpitaux*  
Paris, mayo 17 de 1905. Pag. 239.

COLARUSSO y VISCONTI. — *Riforma Med.* 52, 1691, 94. Dic. 29 de 1936.

CURTILLET. — *Mem. Ac. Chir.* 65, 451, 54: Mayo 29 de 1939.

DEVINCENZI. — *Anales Fac. Med. Mont.* 1919.

DUJOVICH y SHAER. — *Rev. de la Asoc. Med. Arg.* 1943, LVII, P. 749.; *Bol. y Tr. de la Soc. Cir. Arg.* vno, IV, P. 643; *Bol y Tr. de la Soc. Arg. de Cir.*, 1943, IV, 541.

DAVIS. — *Univ. Med. Mag. Philadelphia*, Mayo 1900, P. 171.

DELORME. — *Bulletin Soc. C. Paris*, 1900. Dic. 26.

DEMOULIN. — In Thèse Blaire.

DIEULAFOY. — *Bulletin Ac. de Méd.* 1896. P. 475.

DUVAL. — *Soc. de Chir. de Paris*, 1911. Rapport de Lejars.

FLAMINI. — *Riv. di Cl. Pediatrica*, Firenze, 1905. P. 520, 28.

FAVRENE. — *Soc. d'anat. et Path. de Nantes*.

FERNET. — *Bulletin Soc. Méd. Hôp.* Paris, 1894. P. 651.

FIDELI. — *Semaine Médicale*, 1901. Pág. 336.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- GUEULLETTE. — *Journal de Chir.* 1924. Set. Pág. 257, con bibliografía.
- GUYOT. — Thèse Paris, 1885.
- GRAY. — *Boit. Méd. Journal*, 1922. T. I: 253.
- GARDNER. — *Glasg. Med. J.* 1897. Vol. 47. Obs. 43: 114.
- GARDNER. — *Glasg. Med. J.* 1897. Vol. 44.
- GARDNER. — *Glasg. Med. J.* 1897. Vol. 45
- GARDNER. — *Glasg. Med. J.* 1897. Vol. 46.
- GILLIES. — *Montreal M. J.*, 1901: 102.
- GOODHALL. — *The Lancet* 1904, 2 julio. Obs. 6. Pág. 11.
- GOODHALL. — Transaction of the C. Soc. of London, 1905.
- GRIESINGER. — Trad. Vallin, 1887.
- GRIMSHAW. — *J. M.*, Dublin, 1876.
- GRENET, LEVEUF, GEORGES, LANGLOIS. — *Bulletin Soc. Ped. de Paris.*  
Vol. 35: 163-65. Marzo, 1937.
- ISELIN. — *Soc. de Chir. de Paris*, 1915.
- HAMILTON y GARROW. — *Montreal Med. J.* 1901. Vol. 30: 93.
- HAYS. — *The Pennsylv. Med. J.* 1908. Enero. Pág. 255.
- HUBER, CAYLA y VELCIN. — *Bulletin Soc. Ped. de Paris.* Vol. 35: 91-94.  
Febrero de 1937.
- LUIS. — *Br. Med. J.* 1928. T. II: 13.
- LAPORTE. — Thèse Lyon, 1899.
- LANCE. — *Gazz. des Hôp.* 1913.
- LEVI. — *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1921.
- LOFF. — *Gazz. des Hôp.* 1911.
- LEJARS. — *Cirugía de Urgencia.*
- LARGHERO. — *Las peritonitis tíficas.* Mont. 1939.
- MICHAUX. — *Bull. et m. Soc. Chir. de Paris*, 1908. P. 31 y en las discusiones.
- MANNINI. — *Riforma medica.* Palermo, 1900. T. XII: 710.
- MEADOWS. — *J. Roy. Army and Navy Med. Corps.* 1908. T<sup>o</sup> II: 170.
- MOSER. — *Mitteilung aus d. gruz. geb. d. Med. und. ch.* 1901.
- MC CRAE. — *N. York Med. J.* 1904 Mayo, pág. 749.
- MONCALVI. — *Peritoniti perforativi.* Milano, 1929.
- NEGRO. — *Arch. Pediatria del Urug.* P. 151-61. Mayo 1938.
- OULMONT y DELORT. — *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1912.
- OWENS. — *Jama*, 1912.
- OSLER. — *Lancet.* 1901. 9-8. T<sup>o</sup> I: 386.
- POUDEVIGNE. — Thèse Paris, 1939.
- PERAZZO y MAISTRO. — *Ac. del Inst. de Pediatria del H. de Niños*, 1933,  
Bs. Aires.
- PHILIBBERT. — *Gazz. des Hôp.* Paris. 1910.
- PISSAVRY. — *Les maladies du péritoine*, 1911.
- QUEIROLO. — *Semaine Médicale*, 1901. P. 366.
- RISLEY. — *Boston Med. and Surg. J.* 1915, CLXXII: 253.
- ROY. — Thèse Paris, 1907.
- ROGER. — *Presse Méd.* 1900. T. I. Pág. 101.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

SALES BERNARD. — Thèse Paris, 1875.

SEMENOFF. — *J. de Chir.* 1920. Julio. P. 57.

SMITH. — *Trans. of the Roy Ac. Med. Ireland.* 1904. T. XXII. P. 23.

SOC. N. CHIR. DE PARIS — 1908 Discusiones. Febrero 5; Marzo 2, 18, 25; Abril 17; Mayo 6, 20.

THOMSON WALKER. — *Proc. Roy. Soc. Med. Sect. Urol.* 1923. XVI: 1.

TROUSSEAU. — *Cliniques Médicales.* T. I. P. 263.

VERON y BOUSQUET. — *Rev. de Med.* 1902. P. 366.

WOIMANT. — Thèse Paris, 1911.

WIDAL y MERKLEN. — *Compt. Rev. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris.*

YATES. — *Am. Med.* 1903. Mayo 2. P. 703.

**Dr. Mourigán.** — La consideración que quería hacer es que siempre que se sospeche la perforación hay que intervenir al enfermo y si se puede enriquecer el diagnóstico con examen radiológico, muy bien; pero, si el examen radiológico es negativo y uno cree clínicamente que tiene una perforación, o se tienen serias presunciones de ello, creo que se debe intervenir y en cuanto a un elemento de ayuda terapéutico que me parece importante pero que por dificultades ambientales no lo he podido conseguir repetidamente: el suero de convaleciente de un tífico siempre va a ser útil para el tífico que se ve en la grave complicación de la perforación o de la posible perforación y la operación.

No pude conseguir más que una observación de peritonitis tífica por perforación de una enferma gravísima, cubierta de escaras, caquética y que sin embargo se salvó. Le hice la sutura de la perforación, drenaje y suero de convaleciente de una tifoidea, claro que con Wassermann negativo que tenía 11 días de apirexia.

En resumen: creo que siempre se debe intervenir y si se puede enriquecer el diagnóstico con el examen radiológico se debe hacer, y que una ayuda importante aparte de lo que enumera el Dr. Larghero, sería el suero de convaleciente de fiebre tifoidea después de 11 días de apirexia.

**Dr. R. Yannicelli.** — En relación a uno de los signos radiográficos de peritonitis, la opacidad del exudado bordeando asas intestinales contiguas, creo que más de una vez lo que se tenía como tal es la pared intestinal misma, engrosada por su infiltración edematosa. Es decir que no habían los cordones de exudados opacos a los Rayos X separando y uniendo a la vez las asas y contribuyendo a marcar sus contornos. Existiría simplemente paredes espesadas de asas contiguas, aplicadas unas a otras, sin interposición de exudado. Así lo hemos comprobado interviniendo enormes síndromes abdominales agudos en que existía ese síntoma radiográfico pero no el exudado al que se le atribuye. Había en cambio paredes intestinales edematosas, espesadas, en asas a veces distendidas y otras veces no. La tifoidea con frecuentes lesiones intestinales es capaz de dar estas imágenes, atribuibles a peritonitis, sin que tal peritonitis exista. Deseamos decir con esto que la

interpretación radiográfica de las peritonitis agudas es bastante difícil y como es sabido muchas veces hay signos clínicos evidentes y evolucionados sin que la radiografía nos dé signo afirmativo de ella. En los tíficos mismos, según observamos en el Instituto de Pediatría donde hay facilidad de hacer radioscopias repetidas cada vez que el abdomen de un tífico nos plantea problemas, no hemos encontrado nada concreto hasta ahora en los cuadros iniciales de la peritonitis por perforación. Fuera del neumoperitoneo a veces inmediato, en esas primeras horas que son las de duda y de trascendencia para decidir la intervención, la radiografía no permite abandonar las dudas.

En cuanto a la sintomatología clínica estamos de acuerdo; si fuéramos a operar todos los cuadros que aparecen con síntomas de dolor, en el curso de una tifoidea y mismo con ligera defensa, tendríamos que operar el 60 % de los tíficos, sobre todo en niños.

Es bastante difícil el diagnóstico inicial, salvo cuando son casos categóricos. Creo además que todos tenemos la misma opinión con respecto a la gran mortalidad de la peritonitis tífica. Por eso, contribuir a aclarar los puntos de vista radiológico o clínico para hacer diagnósticos más seguros e intervenir, debe ser, desde luego, bien recibido.

**Dr. Etchegorry.** — La comunicación del Dr. Vigil si bien como rótulo, parece que quisiera tratar un solo punto, al ser leída abarca casi toda la patología de la tifoidea. Es un asunto muy complejo, opinar sobre peritonitis tíficas con o sin perforación, sin otro punto de referencia. Creo que en el fondo habría más acuerdo del que aparentemente existe si la gente enfocara el problema con más amplitud, es decir, clasificando los enfermos de acuerdo con ciertas categorías o estados. No es lo mismo un tífico menor de 20 años que otro de 30 o aún de mayor edad. Son casos completamente diferentes. Los pronósticos y los tratamientos, varían. No voy a seguir a Vigil paso a paso en toda su exposición; sería imposible. Sólo me detendré en dos puntos que deseo señalar.

1º Creo que la dilatación de las asas delgadas como signo precoz de peritonitis, es un signo dudoso, pues a menudo es un signo de la evolución de un tipo especial de tifoidea que debe preocupar o no, de acuerdo con las circunstancias. Pruebas al canto: no hace mucho en el Instituto de Enfermedades Infecciosas, un sujeto con balonamiento grande del vientre es visto radiológicamente: no tenía perforación; clínicamente tampoco; estado general bastante bueno pero al enfermo le preocupaba enormemente su balonamiento abdominal. Un colega que intervino, creyó del caso mejorar esa preocupación del enfermo que en nada le perjudicaba. Se inyecta cloruro de sodio hipertónico; como no aflojara el abdomen se da más cloruro de sodio y como persistiera el estado, prostigmina, estricina y no sé qué otras cosas más; resultado: que a los tres días el enfermo bajó su balonamiento, pero el intestino se perforó. No puedo afirmar si el paciente se hubiera o no perforado sin el tratamiento intempestivo apuntado, pues nadie es capaz de decir cómo va a evolucionar una tifoidea;

de las que digo siempre son como las guerras: se sabe cuando empiezan, pero nadie sabe cómo y cuándo terminarán. Me inclino sin embargo en sostener lo expresado, en virtud de que a pocos días de presenciar dicho caso se presentó otro idéntico, tratado en forma opuesta, evolucionó bien. El Dr. Vigil tuvo oportunidad de examinarlo.

Para mí el gran mérito del trabajo de Vigil, entre otros, está en que trata de agudizar en lo posible el diagnóstico de los pequeños síntomas, marcando las distintas etapas de una tifoidea utilizando para ello los elementos más inocuos a fin de no perjudicar al enfermo. El tífico es siempre un adinámico; basta el simple traslado de una pieza a otra para producir un estado de colapso del cual salen a veces difícilmente. En ese sentido estoy en absoluto acuerdo con Larghero; son pacientes que tienen un trastorno humoral intenso, enfermos en los que ese plasma que a Larghero le gusta tanto dar en gran cantidad, tiene una indicación absoluta, aunque sin hacerse ilusiones sobre el resultado ya que no se suprime el mecanismo de la pérdida: la canilla sigue abierta.

2º Creo que cada tífico presenta un problema especial; de ahí la discrepancia frente a cada enfermo; sin embargo por lo que he visto actuar en mis compañeros de Bureau, creo que las discrepancias que aparecen en diarios y artículos científicos, en el momento de actuar, desaparecen. ¿Por qué? Porque la realidad los obliga a cambiar y una cosa es la teoría y otra la práctica. Recuerdo una guardia, puede ser que el Dr. Karlen también se acuerde, en la que operamos 3 apendicitis de esas que denominamos 28 de diciembre. En cada una de ellas el diagnóstico nos pareció seguro y sin embargo resultaron 3 tifoideas. Y me parece que tengo alguna práctica en el diagnóstico de ambas. Vale decir pues que no es tan fácil, a veces, hacer diagnóstico; por eso hay que aplaudir la valorización de los pequeños signos que evitando todo trauma, ayudan a aclarar el cuadro clínico.

Tratándose de enfermos frágiles vuelvo a insistir que por eso no me suscribo a la opinión de Larghero sobre la inocuidad de la laparotomía, que si bien puede no dañar a algunos enfermos, en otros bastaría para producir un desequilibrio peligroso. Desgraciadamente en el Instituto de Infecciosos no estamos aún instalados como para poder llevar las historias en forma tal que permitan establecer conclusiones. Sin embargo el doctor Larghero y los que quieran, pueden consultar los últimos trabajos publicados por Díaz Romero y Salveraglio, que comprenden gran cantidad de enfermos tíficos, algunos perforados, otros con complicaciones de distinta naturaleza, las cuales han sido tratadas también diferentemente, según lo dije en la sesión de la comunicación del Dr. Otero. Se han utilizado todas las terapéuticas habidas y por haber, desde no hacer nada hasta la intervención retardada. Repito lo que dije entonces: con todas las conductas he tenido éxitos y fracasos; no tengo aún formada opinión definitiva.

Ahora, he vuelto a la intervención precoz, porque he tenido una

serie mala con la intervención retardada o la expectativa después de haberme sucedido lo contrario en época anterior.

Un caso de estos figura en las historias que tiene Vigil; los dos son menores de 20 años. A una la acabo de ver hace poco tiempo. Es una muchacha de aspecto endeble, que se ha permitido el lujo de hacer una complicación peritoneal de otra índole motivada por maniobras no muy honestas, la cual fué bien tolerada.

En resumen: tratándose de tifoidea, sea cual fuere la complicación que se tenga en vista, no se puede generalizar; por ahora, tendremos que limitarnos a dar grandes lineamientos de conducta y tratar de aguzar los sentidos frente a los elementos que puedan servirnos para diagnosticar las interferencias a fin de poder salvarlas lesionando lo menos posible al enfermo.