2852

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

DE LA

Peritonítis Tuberculosa

TESIS PARA EL DOCTORADO

POR

JUAN FERRARI

Ex-interno del Hospital Rawson por los concursos de 1892 y 93
[Servicio de cirugia 1891—1895]

Ex-interno sustituto mayor y menor de la Casa Municipal de Aislamiento

Gefe de Clínica del servicio de mujeres y niños de la Policlinica Quirúrgica del Hospital Rawson

BUENOS AIRES
MANFREDO GEZZFEN, EDITOR

1895

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

DE LA

Peritonítis Tuberculosa

TESIS PARA EL DOCTORADO

POR

JUAN FERRARI

Ex-interno del Hospital Rawson por los concursos de 1892 y 93
[Servicio de cirugia 1891—1895]

Ex-interno sustituto mayor y menor de la Casa Municipal de Aislamiento

Gefe de Clínica del servicio de mujeres y niños de la Policlinica Quirúrgica del Hospital Rawson

BUENOS AIRES
MANFREDO GEZZFEN, EDITOR
—
1895

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 162 del Reglamento.)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. Leopoldo Montes de Oca.

VICEDECANO

Dr. D. Eufemio Uballes.

ACADÉMICOS TITULARES

Dr. D. Leopoldo Montes de Oca.
" " José T. Baca.
" " Rafael Herrera Vegas.
" " Pedro Mallo.
" " José M. Astigueta.
" " Jacob de T. Pinto.
" " Eufemio Uballes.
" " Juan R. Fernandez.
" " Enrique E. del Arca.
" " Pedro N. Arata.
" " Manuel Blancas.
" " Roberto Wernicke.
" " Pedro Lagleyze.
" " José Penna.
" " Luis Güemes.

ACADÉMICOS HONORARIOS

Dr. D. Ernesto Aberg.
" " Pablo Marenco.
" " Eduardo Wilde.
" " Martin Spuch.
" " Telémaco Susini.

SECRETARIO TITULAR

Dr. D. Luis M. Acuña.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía descriptiva	Doctor Juan José Naon.
Anatomía topográfica	„ Juvencio Z. Arce.
Histología (teorico práctica)	„ Andrés F. Llobet.
Fisiología general y humana	„ José M. Astigueta.
Higiene pública y privada	„ Meliton G. del Solar.
Patalogía general y ejercicios clínicos	„ Roberto Wernicke.
Materia médica y terapéutica	„ Justiniano Ledesma.
Patalogía externa	„ Guillermo Udaondo.
Patalogía interna	„ José Penna.
Anatomía patológica	„ Telémaco Susini.
Medicina operatoria	„ Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y clinica ginecológica	„ Jacob de T. Pinto.
Enfermedades de niños y clinica pediátrica	„ Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica	„ Pedro Lagleize.
Enfermedades nerviosas y su clinica	„ José M. Ramos Mejia.
Enfermedades mentales y clínica respectiva	„ Domingo Cabred.
Clínica quirúrgica	Dres. Antonio C. Gandolfo. / Julian Aguilar.
Clínica médica	„ Eufemio Uballes. / Gregorio N. Chaves.
Obstetricia y clínica respectiva	Doctor Samuel A. Molina.
Medicina legal y toxicología	„ Eduardo M. Perez.
Química aplicada á la medicina	Dres. Pedro N. Arata. / Atanasio Quiroga.
Física médica	Doctor Jaime R. Costa.
Historia natural médica	„ Eliseo Canton.
Fisio-patologia experimental	„ Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatología	„ Baldomero Sommer.
Laringología, otologia, rinología	„ Eduardo Ovejero.
Farmacia-téorica	„ Juan A. Boeri.
Práctica farmacéutica	„ J. Manuel Irizar.
Obstetricia para alumnas parteras	„ Juan R. Fernandez.
Odontología	„ Nicasio Etchepareborda.

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía descriptiva	Doctor Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	„ Avelino Gutierrez.
Histología teórico práctica	„ Rodolfo de Gainza (en ejer).
Fisiología general y humana.	„ Pedro J. Coronado.
Higiene pública y privada	„ Enrique Revilla.
Patalogía general y ejercicios clínicos	„ Gregorio Araoz Alfaro.
Materia médica y terapéutica	Dres. Enrique E. del Arca. / Angel Centeno.
Patalogía externa	„ Obdulio Hernandez (en ejer). / Pascual Palma.
Patalogía interna	Doctor Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	„ Carlós Malbrán.
Medicina operatoria	„ Diógenes Decoud.
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica	Dres, Enrique Bazterrica (en ejer). / Alfredo Lagarde.
Enfermedades de niños y clínica pediátrica	„ Antonio F. Piñero. / Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica	„ Francisco Barraza. / Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su clínica	Doctor José A. Estevez.
Enfermedades mentales y clínica respectiva	Vacante.
Clínica quirúrgica	Dres. Juan B. Justo. / Alejandro Castro. / Vacante.
Clínica médica	„ Abel Ayerza. / Julio Mendez. / Francisco Sicardi (en ejer)
Obstetricia y clínica respectiva	Doctor Luis F. Vila.
Medicina legal y toxicología	„ Francisco de Veyga.
Química aplicada á la medicina	Vacante.
Farmacia y práctica farmacéutica	Vacante.
Laringología, otología, rinología	„ Wenceslao Tello.
Enfermedades venéreas y dermatología	„ Maximiliano Aberastury.
Obstetricia para alumnas parteras	„ Enrique Pietranera.
Odontología	Vacante.

PADRINO DE TESIS

Académico Doctor José Penna.

Meis et Amicis

Á mis distinguidos é ilustrados maestros los Cirujanos Doctores Andrés F. Llobet y Angel P. Villa.

A mi buen amigo y ex-Gefe de Clínica Doctor Carmelo Dus Calderon.

Señor Presidente:

Señores Examinadores:

Es realmente honroso para un modesto estudiante el comparecer ante vosotros, más, el poderos, si bien presentar un pobre trabajo, dar cumplimiento á la prescripcion reglamentaria. Asi, reconocido de ello, lamento no poder dar entera cuenta del aprovechamiento de vuestras sabias lecciones, de no disponer del tiempo necesario para hacer paciente estudio, que me facilitara ofreceros un testimonio digno del empeño que nos habeis mostrado en largos años; en fin de ser bastante jóven aún para poder aseguraros, que si no he conseguido independizarme en el estudio, al menos de haber seguido y acompañado como debiera los adelantos de los grandes.

El tema que he elegido versa sobre «Tratamiento quirúrgico de la peritonitis tuberculosa». Mucho se ha escrito sobre él, no vengo con pretensiones de hablaros nada nuevo y unicamente á confesaros, que inspirado por el brillante éxito obtenido por mi maestro, el distinguido ginecólogo Dr. Villa, en una de sus operadas, me he decidido á recojer algunas observaciones personales, las cuales os pido las juzgueis con la benevolencia que se puede dispensar,

al que recien se va á iniciar, no digo en la comentación de los adelantos científicos, sinó en el conocimiento de las Ciencias Médicas.

No vengo con idea preconcebida de que mi disertación deslumbre á los que han sido y serán mis profesores; si la abrigára, seria una fatuidad, creo que midiendo mis fuerzas, debo limitarme á hacer la sintesis de mis observaciones propias y de otras recopiladas en distintos hospitales de nuestra Capital. Si se me permitiera expresarme con franqueza diría, que mi confianza se cifra en las resultantes positivas que se obtiene con el trabajo personal, sobre hechos que tienen la sanción científica universal, y que por mi parte, reservo para mas adelante la juiciosa interpretación de las teorias, pues ellas en la mayoría de los casos por su ambigüedad ó por sus miras opuestas, no pueden, ni deben tener mas vuelo que aquel que le crean la oportunidad, muy distante de lo que se ha visto y que le corroboran la verdad de los hechos y lo dicho por los maestros.

En efecto, hoy, fundándose en la estadística, que es el mayor argumento que se puède aducir á favor de un hecho, se sabe: que gracias á uno de los descubrimientos más grandes del siglo — la antisepsia, — la laparotomía en la peritonitis tuberculosa, permite examinar y hasta mutilar vísceras enfermas, sin que la vida se resienta, llegando de esta manera á detener la marcha de una enfermedad, que invadiéndolas, puede ocasionar hasta la muerte del organismo.

SEÑORES:

Permitidme que espere confiado en vuestro juicio levantado, que escusareis discretos y generosos las imperfecciones y defectos de estas páginas desaliñadas, escritas por una mano inexperta.

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES EXAMINADORES:

Reciban Señores, la sincera expresión de mi profundo agradecimiento; reconozco plenamente que el reducido capital científico con que me inicio, es el reflejo de vuestros consejos y la aplicación de las doctrinas, que he podido recojer á la sombra de vuestra enseñanza erudita.

Quisiera Señores, que antes de descender de esta tribuna, me concedierais hacer público mi agradecimiento sincero á mis distinguidos é ilustrados maestros y amigos, los Doctores Andrés F. Llobet, Angel J. Villa, Juan L. Tessi, Federico Texo, José Penna, Lorenzo Inurrigarro, José R. Semprun y Carmelo Dus Calderon, de quienes no he recibido sinó servicios en su práctica en calidad de practicante interno, y á quienes recordaré siempre con cariño en los momentos aciagos de mi carrera, cuando trayendo á mi mente conocimientos que me enseñaron á la cabecera del enfermo, me vea obligado á poner en juego mi criterio como médico.

ETIOLOGÍA

Diversos son los factores que intervienen en la producción de esta enfermedad. Colocaremos en primera línea, las causas determinantes. Numerosas discusiones y controversias ha suscitado este punto capital. Las hipótesis y las teorías, resultado de las investigaciones emprendidas á este respecto, se sucedieron y multiplicaron en este último decenio.

No voy á entrar á un estudio detallado y minucioso de las opiniones vertidas, pués no es ésta la índole de mi trabajo. Me limitaré únicamente á describirlas de una manera somera y concisa.

Intervienen en esta polémica: Baumgarten y Orth, Köenig, Spillmann, Dobroklonsky, etc.

Los estudios experimentales que se han hecho sobre los animales y que han sido realizados por Baumgarten y Orth, nos dan las conclusiones siguientes: Que en la mayoría de los casos, la infección peritoneal por la vía intestinal, ha sido debida á que se ha tomado la precaución de agregar cuerpos extraños, duros y puntiagudos á las sustancias tuberculosas que se hacían ingerir á los animales. Los cuerpos extraños tenían por objeto, obrar mecánicamente sobre la mucosa intestinal, abriendo de este modo, una puerta de entrada al bacilo Koch, al peritoneo. Fundados en estas expe-

riencias, ellos exigen que haya una lesión intestinal para que la peritonítis tuberculosa pueda tener lugar. Köenig, en apoyo de la opinión de Baumgarten y Orth, trae á colación sus 107 observaciones, entre las que encontró 80 con lesiones tuberculosas del intestino.

Spillmann, en sus observaciones ha encontrado sobre 34 casos, solamente 8 con ulceraciones tuberculosas del intestino y fundándose en ellas, emite la opinión de que las lesiones tuberculosas del intestino son posteriores á la tuberculósis peritoneal.

Dobroklonsky, por sus experiencias practicadas en animales, llega á suponer, de que no es necesaria la alteración local de la mucosa intestinal ó un proceso inflamatorio anterior, para que el bacilo de Koch llegue hasta el peritoneo y provoque la peritonítis.

Para terminar, diremos que, con ó sin alteración intestinal primitiva, bástenos saber, en presencia de opiniones tan contradictorias, que el intestino constituye una de las principales vías de entrada del bacilo Koch, al peritoneo, y que la peritonítis tuberculosa, puede ser, primitiva ó consecutiva á la tuberculósis intestinal.

Estudiada esta vía, pasemos á otra no ménos importante, que es la de los órganos genitales.

Si «tenemos en cuenta las conexiones anatómicas y la solidaridad funcional que existe entre el útero y sus anexos» y «las experiencias de Waldeyer, que demuestran la posibilidad de inyectar todos los linfáticos de la serosa abdominal, por una picadura practicada en el ovario», fácil nos será comprender como ésta disposición anatómica, facilita sobremanera,

la propagación de la infección tuberculosa á la serosa peritoneal. En efecto, los casos de peritonítis tuberculosa consecutiva ó una metro-salpingo-ovarítis tuberculosa son muy numerosos.

Es muy frecuente ver también, como los linfáticos, son los agentes de trasmisión del vírus de una pleuresia tuberculosa, de una coxitis iden (observaciones recientes de Lejars y Lannelongue), al peritoneo para provocar una peritonítis específica.

Por último la vía sanguínea. Los vasos sanguíneos, puestos en contacto con un foco tuberculoso, difunden al bacilo Koch por todas las partes de la economía y la peritonítis tuberculosa miliar aguda, se produce en medio del cuadro sintomatológico agudo de una infección general.

Ahora bien, para que todo este vasto edificio que acabo de describir, pueda llegar á la realización de sus fines, se imponen causas generales y ocasionales.

Entre las primeras (predisponentes), la mala alimentación, la fatiga, la miseria, el hacinamiento, la insuficiencia de aire y de luz, etc., que obran debilitando el organismo.

Entre las segundas, los traumatismos del abdómen, los quistes hidatídicos del hígado, la cirrósis atrófica, etc., que obran como irritantes del peritoneo.

EDAD EN QUE SE DESARROLLA LA PERITONÍTIS TUBERCULOSA. — Se la observa en los niños, especialmente entre 6 y 10 años y en los adolescentes. Apesar de su mayor frecuencia en esas dos épocas de la vida, ella puede tener lugar hácia los 30 y 40 años. En los viejos es muy rara.

ANATOMÍA PATALÓGICA

Para la clasificación clínica de la peritonítis tuberculosa, se ha tenido en cuenta las diferentes fases por que atravieza la evolución del tubérculo. En efecto, éste en su primer período, crece hasta llegar á su completo desarrollo — peritonítis tuberculosa miliar aguda. En el segundo período tiende á desaparecer ya por la caseificación y ulceración — peritonítis tuberculosa ulcerosa; ó ya por su transformación en un tejido fibroso — peritonítis tuberculosa fibrosa.

La peritonítis miliar aguda, en su principio está caracterizada por un semillero de pequeñas granulaciones del volúmen de granos de sémola, de una coloración amarillo-grisacea, que se encuentran diseminadas por todo el peritoneo parietal y visceral — peritonítis miliar seca. Bien pronto aparece la ascítis, que puede alcanzar enormes proporciones. El líquido ascítico puede ser seroso; sanguinolento; sero-sanguinolento; sero-purulento (muy rara vez), etc. Las granulaciones tuberculosas son muy superficiales. Es raro encontrar falsas membranas y si las hay son poco abundantes. La serosa peritoneal suele por lo general presentar una coloración rosa-pálido.

Godeiler, como así tambien Fernet y Boulland, han llamado la atención, sobre lo frecuente que es, encontrar en las autopsias de peritonítis miliar, la tuberculósis miliar de las pleuras.

Todas estas lesiones, que acabamos de describir, se las encuentra con los mismos caracteres en la tuberculósis miliar aguda generalizada, en la cual, los pulmones, el pericardio, el hígado y demás órganos están á un mismo tiempo atacados por las granulaciones.

La forma crónica ulcerosa, es la clásica, que ha sido perfectamente descripta por Grisolle. Al abrir la pared abdominal, lo primero que se presenta, son: grandes falsas membranas, muy espesas, de una coloración amarillento grisacea, que aglutinan las ansas intestinales y el gran epiplón en una masa irregular adherente á la pared abdominal.

Rompiendo las adherencias y separando las masas caseosas, reblandecidas y supuradas, caemos ya sobre focos, de supuración enquistados, de diferente capacidad, mezclados á detritus caseosos ó á materias fecales, que forman un putrílago infecto; ya á cavidades, llenas de sangre alterada con una coloración achocolatada.

El peritoneo, el gran epiplón y el mesenterio, invadidos por las granulaciones tuberculosas, por la infiltración sero-purulenta y por el tejido tuberculoso embrionario, pueden llegar á adquirir $1\,^1/_2$ centímetro de espesor y gran induración.

Las ansas intestinales, rodeadas por los exudados, tienen su diámetro estrechado, sus paredes infiltradas, reblandecidas, muy friables, con ulceraciones;

se rompen con la mayor facilidad á la menor tracción; se labran perforaciones y se ponen en comunicación unas ansas intestinales con otras. Los ganglios mesentéricos y pelvianos participan casi siempre del proceso, como así tambien las pleuras y algunas veces el pulmón.

Puede esta forma de peritonítis propagarse al ombligo ó bien á los tejidos situados por debajo de éste, abrirse al exterior y establecer fístulas.

En cuanto á sus localizaciones, diremos que los hipocondrios, el epiplón mayor y la pequeña pélvis son sus asientos predilectos.

La forma fibrosa, se caracteriza por una ascítis casi tan considerable como la de la forma miliar; 5 litros término medio. Este líquido es amarillento, transparente, seroso, raramente sero-purulento, muchas veces sanguinolento. La serosa peritoneal está diseminada de granulaciones tuberculosas, situadas nó en el epitelio como en la miliar, sino en el tejido conjuntivo á bastante distancia de aquél. Estas lesiones, pueden persistir un tiempo más ó ménos largo (tubérculo estacionario de Charcot), pero la tendencia cíclica de esta forma es evolucionar hácia la cicatrización del tubérculo y de aquí que la veamos comunmente bajo el aspecto siguiente: numerosos elementos embrionarios de tejido conjuntivo, rodean á los tubérculos que ahogan su evolución, exudados fibrinosos cubren la superficie de la serosa, falsas membranas sufren la metamórfosis conjuntiva, adherencias se forman entre el peritoneo, las ansas intestinales y el epiplón, que se aglutinan y retraen. A medida que este proceso tiene lugar, el líquido

ascítico se reabsorbe y la peritonítis seca queda constituida.

Algunos cirujanos, no contestes con esta clasificación, por considerarla algo insuficiente bajo el punto de vista quirúrgico, se preocuparon en estos últimos años, en dar á conocer nuevas clasificaciones, mas conformes con el estado de las lesiones; pués en efecto «el modus faciendi, en presencia de una vasta colección purulenta, no es el mismo que cuando las masas intestinales se encuentran aglomeradas y unidas por falsas membranas». Lindorfs y Elder en Inglaterra; Münstermann y Schalmack en Alemania; Pic, Aldibert y Jalaguier en Francia emiten sus clasificaciones. De todas ellas, la que me parece más conforme, con los conocimientos quirúrgicos actuales, es la de Jalaguier, modificada por Roersch, que adopta, la forma aguda, la subaguda y la crónica. La crónica la divide á su vez, en forma ascítica, ulcerosa y fibrino-plástica ó fibrosa y separa las generalizadas de las localizadas.

En la forma ulcerosa crónica, comprenderemos también, la ulcerosa seca de Pic, que está caracterizada, por exudaciones caseosas, generalizadas, que rodean á las ansas intestinales y demás órganos de la cavidad abdominal.

Lo que se llama forma ascítica no es más que la terminación de la miliar aguda ó el primer período de la fibrosa.

SINTOMATOLOGÍA

PERITONÍTIS MILIAR AGUDA. — Esta forma, puede presentarse clínicamente bajo dos aspectos bien distintos; ya en el curso de una tuberculósis miliar generalizada, en cuyo caso los síntomas locales pasan desapercibidos en presencia de la gran predominancia de los síntomas generales — gran decaimiento y pérdidas de fuerzas, gran dispnea, en una palabra un estado tifoideo marcadísimo; -- ó bien limitada primitivamente al peritoneo, con ó sin tendencias de invadir mas tarde á los demás órganos de la economia, en la que los síntomas locales enmascaran á los generales. Esta segunda variedad, es la que verdaderamente interesa al cirujano y sus caracteres son: al principio síntomas generales agudos (mal estar, pérdidas de fuerzas, anorexia, constipación etc.) llaman la atención, pero bien pronto éstos desaparecen y ceden su puesto á los síntomas locales que son: dolor abdominal espontáneo, con exacerbación á la presión y á los roces, vientre abovedado; á la palpación — empastamiento (por el edema de la pared abdominal); á la percusión — gran timpanismo al principio (por el meteorismo) y mas tarde matitez (por la ascítis); como complemento de éstos sínto-

mas, presenta el enfermo edemas de los miembros inferiores (por la presión del líquido ascítico sobre los vasos sanguíneos y linfáticos, dificultando la circulación retrógrada); vómitos al principio alimenticios y después biliosos; constipación opinaz; la fiebre oscila entre 38° y 39°; el pulso es pequeño, regular, igual y frecuente; concomita, por lo general, una congestión pulmonar en ambas bases ó una pleuresía húmeda (Tuberculósis peritoneo-pleurítica de Fernet).

PERITONÍTIS CRÓNICA ULCEROSA. — Tiene esta forma una evolución cíclica muy lenta; comienza por un malestar general, con pérdidas de fuerzas; por diarreas algunas veces sanguinolentas con alternativas de constipación; inapetencia; el enfermo se vá enflaqueciendo cada vez más; de vez en cuando algunos vómitos ya alimenticios ó bien biliosos; la temperatura es variable, por lo general vacila entre 38° y 38°,5; sudores nocturnos. En cuanto á los síntomas locales, al principio siente plenitud y tensión del abdómen, más tarde se queja de dolores sordos, contínuos á veces, que se exacerban por momentos; en un período más avanzado estos dolores son mas vivos y el abdómen se hace más sensible á la presión y á los roces; el vientre vá aumentando en volúmen y la circulación colateral se vá dibujando cada vez más. Por lo que se refiere á la inspección, palpación, percusión, para facilitar y hacer más comprensible su estudio, trataremos por separado á la peritonítis ulcerosa diseminada, á la lo-calizada y á la ulcerosa seca de Pic.

En la diseminada, á la inspección — se observa que el abdómen está muy abovedado; á la palpa-

ción — sensación de empastamiento, tanto superficial como profundo y se tocan masas ya duras, ya blandas y pastosas, ya fluctuantes constituidas por ansas intestinales espesadas, cubiertas de falsas membranas purulentas, aglutinadas y adherentes, por colecciones purulentas mas ó menos grandes, por el epiplon espesado, indurado, retraido y adherente; — á la percusión, matitez en unos puntos y sonoridad en otros. Kirmisson hace observar, que en esta forma, como en la ulcerosa seca de Pic y en la fibrosa, cuando se comprime débilmente con la punta de los dedos de una sola mano el abdómen, y hasta una cierta profundidad, y se la retira en seguida de golpe, el enfermo experimenta un agudísimo dolor.

En la localizada. — A la inspección, se observará en una región dada (por lo general, en el hipogástrio, ó en las fosas ilíacas ó bien en los hipocondrios) del abdómen, un aumento de volúmen, que puede ser muy prominente; — á la palpación, se toca un tumor fluctuante, de forma irregular, del volúmen de un puño, de una cabeza de feto ó mas, y completamente inmóvil; á la percusión, obtenemos matitez en toda la estensión del tumor, siempre que no se interpongan ansas intestinales.

En la ulcerosa seca de Pic. — A la inspección, vientre bastante abovedado; à la palpación, sensación de empastamiento y de pastosidad generalizada á toda la cavidad abdominal; á la percusión superficial, matitez y á la profunda, un poco de sonoridad (por las ansas intestinales).

PERITONÍTIS TUBERCULOSA FIBROSA. — Esta forma, tiene un principio insidioso como la anterior y evo-

luciona tambien cronicamente. Los enfermos empiezan por quejarse de cierto malestar general, de trastornos digestivos, de anorexia, de cierta sensación de plenitud y de distensión del abdómen, de constipación ó de diarrea alternadas, de dolores vagos en el abdómen, de muy pocos vómitos, que unas veces, no han tenido fiebre y que otras sí y ha oscilado entre 38° y 38°5, que su enflaquecimiento ha sido cada vez mas notable, su vientre ha aumentado de volúmen, primero por el meteorismo y después por la ascítis, su ascítis no tardó mucho tiempo en desaparecer, pués su vientre disminuyó de volúmen. Al llegar á éste período de la enfermedad, sus síntomas locales son los siguientes: á la palpación, se obtiene, al nivel del ombligo, la sensación de una masa pastosa, perteneciente al epiplon espesado é índurado; en otros puntos, se tocan masas induradas, de forma irregular, constituidas por el peritoneo espesado é indurado, por las ansas intestinales tambien espesadas y rodeadas de muchas adherencias; cuando el epiplon se retrae hácia arriba de la cavidad abdominal, dá la sensación de un cordon duro, extendido de hipocondrio á hipocondrio. La presión despierta dolor; dá sensación de crepitación y de frotes que tambien se oyen por la auscultación.

Este estado, puede permanecer estacionario durante mucho tiempo, con un estado general regular. Si en este estado, la fiebre desciende y llega á desaparecer, es señal de que la enfermedad tiende á marchar hácia la mejoría ó hácia la curación; en efecto, el apetito vuelve, el estado general se mejora, etc. Pero las tendencias de esta forma, como

su nombre lo indica, es seguir adelante con el proceso fibroso, de aquí, que el abdómen, se vá retrayendo y ahuecando cada vez más, hasta tomar la forma de bateau; los sítomas generales ya citados, le siguen también en su evolución progresiva. La retracción y aplicación de la pared abdominal á las partes profundas es á veces tal, que Boulland cita un caso, en que, el enfermo se veía obligado á estar contínuamente encorvado. A la palpación, se observa que las masas intestinales se encuentran aglutinadas, formando un pelotón adherente á la columna vertebral. Aparecen además, tanto en la pared abdominal como en los miembros inferiores. A la palpación, se reconoce que el hígado como el bazo, están chicos. En medio de este cuadro sinto-matológico, el enfermo muere por causas que enumero en la marcha de la enfermedad.

Otras veces sobrevienen durante el curso de esta peritonítis, poussées agudos, que pueden cambiar la faz del proceso; en efecto, los tubérculos bajo esta influencia, se coseifican, se ulceran y una peritonítis ulcerosa con todo el cortejo de síntomas conocidos aparece. Otras veces también estallan, durante su evolución, los síntomas de una oclusión intestinal.

PERITONÍTIS TUBERCULOSA Á FORMA ASCÍTICA. — Presenta los síntomas de los últimos períodos de la peritonítis miliar aguda ó bien los síntomas de los primeros períodos de la peritonítis tuberculosa fibrosa.

DIAGNÓSTICO

Es indudable que no existe otra afección en medicina que se preste á mas errores de diagnóstico que la peritonítis tuberculosa bajo sus diferentes formas. En efecto, los cirujanos mas eminentes se han equivocado. Segun Maurange, los quistes del ovario, bajo este punto de vista, tienen el mérito de ocupar el primer lugar en su interesante cuadro sinóptico: «Cuarénta veces sobre cien el error fué cometido.»

El principio de la peritonítis tuberculosa miliar aguda, es tan parecido al de una fiebre tifoidea, que el diagnóstico se hace dificultoso. Es necesario esperar á que la marcha de la enfermedad nos dé el diagnóstico, por qué en la peritonítis miliar, no tarda la curva termométrica en hacerse irregular; en aparecer síntomas pleuro-pulmonares; en pronunciarse la ascítis; en desaparecer los trastornos digestivos etc. que nos harán desviar del diagnóstico de la fiebre tifoidea.

El cáncer miliar agudo diseminado del peritoneo, es tambien de fácil confusión con la peritonítis miliar aguda, pues los síntomas del principio tienen mucha semejanza. Pero bien pronto, la evolución

cíclica mucho mas rápida, la aparición de fenómenos cerebrales seguidos de coma y la muerte que ocurre en un corto lapso de tiempo en el cáncer miliar, darán la clave del diagnóstico.

La peritonítis enquistada dá lugar á errores de diagnóstico con los quistes del ovario y del hígado. Para el diagnóstico diferencial podremos tener en cuenta: que en los casos de quiste, sus paredes son lisas, mientras que en la peritonítis enquistada son rugosas; la falta de dolor en los quistes y dolores vagos y difusos á veces algo intensos en la peritonítis; la existencia de lesiones tuberculosas en otras partes del organismo, aunque pueden observarse también (muy rara vez) en los atacados de quistes. La gran base del diagnóstico está á veces en la punción y exámen del líquido. En el caso de peritonitis encontraremos el bacilus de Koch y si no se pudiera hacer el exámen del líquido por falta de microscopio, se inyectará en la cavidad peritoneal de un chanchito de la India. Si con ésto no conseguimos nuestro objeto, nos queda todavía la laporotomía exploratriz.

La peritonítis tuberculosa á gran ascítis, puede confundirse, ya con una cirrosis atrófica de Laennec, ya con algún tumor de los órganos de la cavidad abdominal que dan lugar á una ascítis muy abundante ó bien con quistes vegetantes del ovario.

En el caso de una cirrosis de Laennec, encontramos por parte de ésta los siguientes síntomas diferenciales: 1° Una ascítis completamente libre — y no tabicada como en la peritonítis-tuberculosa. 2° Un hígado chico — normal ó más grande en la perito-

nitis tuberculosa. 3° Un bazo muy hipertrofiado — normal en la peritonítis tuberculosa. 4° Circulación colateral (hipocondrio derecho) muy desarrollada — poco en la peritonitis tuberculosa. 5° Evoluciona sin fiebre — en la peritonítis tuberculosa casi siempre hay fiebre. Por último la ausencia de los síntomas generales que se observan durante la evolución de la peritonítis, como así tambien, la presencia de una cuerda tensa y dura (retracción del epiplón) situada transversalmente al nivel de la región umbilical en la peritonítis tuberculosa, serán elementos suficientes para el diagnóstico diferencial, si agregamos todavia el exámen del líquido ascítico; que en la cirrosis de Laennec es límpido, ligeramente coloreado, fluido, con poca albúmina, sin fibrina, y que no deja residuo en la copa que lo contiene.

Se hace mas difícil el diagnóstico cuando se trata de una tuberculósis hepatica (tipo Hanot-Lauth). Los síntomas de esta tuberculósis Hanot-Lauth, se manifiestan de una manera lenta é insidiosa, con trastornos digestivos, anorexia, enflaquecimiento, astenia física y moral; con un estado febril subcontinuo, pudiendo alcanzar la temperatura por la tarde hasta 39°; dolores abdominales con preferencia en la región del hipocondrio derecho, que se exageran por la presión; abdómen distendido por el meteorismo y por la ascítis; hígado muy hipertrofiado que se extiende desde la mamila hasta hasta 4 ó 5 dedos por debajo del reborde costal, de paredes lisas; bazo grueso; las escleróticas y la piel presentan un tinte sub-ictérico y por fin muere en pocas semanas por la caquexia. A pesar de este cuadro sintomatológico

típico de la tuberculósis hepática es lo más fácil cometer el error de diagnóstico con la peritonítis tuberculosa.

Algunas veces coexisten la tuberculósis hepática y la peritonítis tuberculosa. En estos casos prevalecen los síntomas de la tuberculósis de Hanot-Lauth.

En los casos de carcinoma del peritóneo ó de los órganos situados en la pélvis menor encontramos los siguientes elementos diferenciales: 1° El carcinoma aparece de los 40 á 50 años, rara vez aparece antes de esa edad — la peritonítis tuberculosa es muy rara á esa edad. 2° La marcha es mas rápida, los dolores abdominales que experimenta el enfermo son más intensos, como así tambien la caquexia que es sumamente mas precóz en el carcinoma que en la peritonítis tuberculosa. 3° La presencia de ganglios muy desarrollados, en las ingles, axilas y huecos supra-claviculares en el carcinoma. 4° El carcinoma del peritóneo es casi siempre la manifestación secundaria de otro órgano canceroso. 5° A la palpación, en el carcinoma del peritóneo se notan á veces unas masas duras alojadas en la superficie interna de la pared abdominal (síntoma de gran importancia cuando se encuentra). 6° La coloración amarilla-pálida de la piel en el carcinomatoso. 7° Por la punción, se obtiene un líquido muy sanguinolento en el carcinomatoso y el exámen microscópico revela la presencia de hematíes, glóbulos blancos repletos de granulaciones grasosas y muy particularmente células grandes, de forma irregular, cuyo núcleo central está rodeado de numerosas gra-

nulaciones. «La presencia de estas células es por lo común un signo de tumor maligno.»

En aquellos casos en que la peritonítis ulcerosa se desarrolla en sujetos fuertes y en los que es difícil reconocer rastros de tuberculósis, se impone un diagnóstico diferencial con la peritonítis crónica simple cuyas causas son tres: el alcoholismo, el mal de Brigh y las cardiopatías crónicas. Siempre que no se encuentren estas causas, deberá sospecharse una peritonítis específica.

Si recordamos lo que hemos dicho en la etiología, de que la peritonítis tuberculosa se muestra con poca frecuencia en la edad de los 4 primeros años que siguen al nacimiento y de que relativamente bien se sabe que la tuberculósis y el raquitismo en esta misma edad, se acusan en algunos de sus períodos, por un síntoma abdominal análogo, es decir por un vientre muy inflado, que es conveniente y sobremanera útil establecer, una regla que casi se puede hacerla general, de que en los niños tuberculosos se acentúa desde el comienzo de la enfermedad el carácter de tensión, dureza, resistencia, abovedamiento y la piel toma cierto lustre que le es peculiar; mientras que en el raquitismo el vientre es blando, flácido y pastoso.

PERITONÍTIS HISTÉRICA. — Hace pocos años, se presentó en uno de los principales hospitales de París, una enferma con la sintomatología clásica de una peritonítis tuberculosa, y no se reconoció el error hasta el momento en que se trató de intervenir quirúrgicamente, y que por fortuna para la enferma, no se llevó á cabo por desaparecer instantáneamente

los fenómenos del meteorismo tan luego como se hizo sentir la acción del cloroformo; confirmábase de esta manera, que solo se trataba de la presencia de un cuadro nervioso. Así pués no debemos perder de vista esta causa de error, que aunque excepcionalmente rara, puede que llegara á ser funesta.

INDICACIONES

Cuándo está indicada la laparotomía en la peritonítis tuberculosa?

Como sus formas y lesiones varían, pueden presentarse varios casos:

1° En la peritonítis miliar aguda generalizada, no es posible la intervención quirúrgica.

2° En la peritonítis miliar, localizada á la cavidad peritoneal, será conveniente esperar que la enfermedad entre francamente al período sub-agudo ó crónico.

3° En la peritonítis ulcerosa crónica á gran colección purulenta enquistada está indicadísima la intervención.

4° En la peritonítis ulcerosa crónica á colecciones purulentas múltiples pero limitadas á una parte de la cavidad abdominal, se estará autorizado á intervenir.

5° En la peritonítis ulcerosa crónica á colecciones purulentas diseminadas por toda la cavidad peritoneal, la intervención no tendría objeto.

6° En la peritonítis ulcerosa crónica á colecciones numerosas, pequeñas y diseminadas á toda la cavidad peritoneal, la intervención tampoco tendría interés.

7° En la peritonítis fibrosa á gran ascítis la intervención está indicadísima.

8° En la peritonítis fibrosa seca, la intervención está tambien indicada.

9° En la peritonítis ulcerosa seca de Pic, no se hará intervención.

En el 2° caso cuando la peritonítis miliar está en el período agudo y en la que los síntomas locales enmascaran á los generales, Truc, Pribran, Pic y Routier opinan que no debe intervenirse, porqué los casos hasta ahora operados no han dado resultado (el de Ross, muerto á los 15 dias después de la operación y otro caso que murió á los 5 dias). Koenig y Jalaguier, piensan que por mas grave que sea el pronóstico de ésta enfermedad y desde que el tratamiento médico no da resultado, debe practicarse la laparotomía que podrá reportar algun beneficio al enfermo, «on a tout à gagner et rien à perdre» (Jalaguier). Leguen es del mismo parecer «por qué no hacer por mas desgraciados que deban ser los resultados del tratamiento quirúrgico, un tratamiento mas racional que el tratamiento sintomático y si la operación es discutible, ella es seguramente mas plausible y más legítima».

Otros mas moderados, como Maurange, creen que debe esperarse el período sub-agudo y crónico, en los que, la ascítis se establece y que la intervención, estará indicada siempre que aquella en lugar de desaparecer siga aumentando y que al mismo tiempo el estado general se empeora y la generalización amenace. Para Aldibert, cuando la ascítis no tiende á desaparecer, está muy indicada la intervención.

En el 3er caso cuando la peritonítis ulcerosa, está constituida por una colección purulenta enquis-

tada, como en el 4° caso á colecciones múltiples limitadas á una región de la cavidad abdominal, la laparotomía ha sido seguida casi siempre del éxito mas favorable, tan es así que M. Maurange, dice «que de un solo golpe se quitaría todo el mal y se colocaría así al sujeto al abrigo de una generalización posible».

En el 5° y 6° caso, cuando las colecciones están diseminadas por toda la cavidad peritoneal, la laparotomía dá siempre resultados fatales por qué la operación á la par de ser difícil, laboriosa, es peligrosa por la rupturas intestinales, por el schock y por practicarse en sujetos caquéticos, etc.

Leguen trae 22 laparotomías por peritonítis tuberculosa con 13 curaciones y 9 muertos. Es de creerse que los curados pertenezcan á la variedad enquistada.

En el 9° caso los resultados operatorios han sido también hasta ahora fatales.

En el 7° y 8° caso, los resultados hasta ahora obtenidos son bastante satisfactorios. M. Truc en su tésis de agregación (1886) y otros cirujanos, créen, que cuando existen fuertes adherencias de los intestinos y del epiplón á la pared abdominal, es conveniente no intervenir. Observaciones como la de Terrillon demuestran que en estos casos la intervención puede practicarse. En efecto, este cirujano operó en esas condiciones á una jóven de 18 años de edad, en la cual habia hecho el diagnóstico de sarcoma abdominal. Trató de romper algunas adherencias y no pudiéndolo hacer, cerró la herida abdominal. Se dá de alta muy mejorada veinte dias

después de la operación. Año y medio más tarde, se presentó en el servicio del Dr. Terrillon completamente curada. Su vientre estaba flácido como un vientre normal.

Las estadísticas que trae Leguen (Semana Médica) sobre el particular, son las siguientes:

Adultos.—23 casos con 17 curaciones y 6 muertes.

Niños.—6 casos con 5 curaciones y 1 muerte.

Estas observaciones son muy interesantes, por que prueban elocuentemente como dicen Jacobs y Poncet, que la laparotomía en esta forma tiene su indicación.

Las estadísticas; sobre peritonítis tuberculosa á forma ascítica tratadas por la laparotomia y que también trae Leguen, son muy concluyentes y altamente satisfactorias por los brillantes resultados que se han obtenido. En efecto, son 171 las observaciones, de éstas 40 pertenecen á niños y 131 á adultos.

De los 40 niños, se obtuvieron 35 curaciones (87.5 °/₀) y 5 muertes.

De los 131 adultos, 99 curaciones (75.5 °/₀) y 32 muertes.

CONTRA INDICACIONES

Cuando la diseminación tuberculosa se muestra, ya de hecho nos indica que la intervención está contra índicada. La razón que en este caso asiste es obvia; pués á la par de encontrarnos con una cantidad inmensa de focos tuberculosos que han invadido toda la cavidad peritoneal y un estado general sumamente pobre, tenemos que presentir y medir los resultados que se producirían ante un traumatismo operatorio. Aparte del caso de que muchas veces no solo no resisten á él, debemos agregar aquel de que por este acto las reacciones del organismo esforzado nos daría ocasión de presenciar una generalización de la lesión tuberculosa á otras vísceras de la economía. Considero que es bastante clara su comprensión, y que por lo tanto es ocioso insistir más para demostrar que solo se podrían esperar resultados fatales.

Cuando las alteraciones específicas del peritóneo coexisten con otras, ya sean estas llevadas á los huesos, vísceras y articulaciones la intervención está y no contraindicada.

Se explica que si por ejemplo, tenemos un caso con un pulmón tuberculoso en el cual podamos sé-

ñalar lesiones extensas: cavernas, focos caseosos grandes, acompañado todo esto de un mal estado general que casi siempre presentan estos sujetos, bien se comprende que es imposible esperar un resultado favorable. No solo no se conseguiría nada por el lado del peritóneo en razón de la pobreza fisiológica, sino que se agravarían sobre manera las lesiones pulmonares.

Cuando tengamos un enfermo en el cual la tuberculósis está en el primero ó comienzo del segundo período, cuando especialmente existan solo lesiones de los vértices ó de uno solo de ellos, cuando los focos tuberculosos no hayan sufrido el período de reblandecimiento, cuando éstas alteraciones se hallan señaladas como que han permanecido en un período estacionario y que no se acompañen de síntomas amenazantes, la intervención está indicada y no solo indicada por muchos autores sino que éstos llegan á asegurar que en algunos casos se produce una mejoría notable de la afección pulmonar.

PLEURESIA. — En aquellos casos en que esta afección pertenezca á la variedad seca ó de poco derrame, la intervención podrá hacerse. Solo en el caso en que el derrame sea abundante, estará contraindicada la operación, en virtud de los accidentes que la cloroformización y el mismo traumatismo operatorio pueden traer.

Poncet y Terrier, habiendo tenido que operar dos enfermos de peritonítis tuberculosa en los que concomitaba una pleuresia de derrame medio, el resultado fatal no se hizo esperar poco tiempo después de la operación.

TUBERCULÓSIS RENAL. — Reconocida la afección, la experiencia nos enseña que es juiciosa la abstención.

Las lesiones tuberculosas del intestino muy avanzadas, contraindican la intervención operatoria.

MARCHA

La marcha de la peritonítis tuberculosa está acorde con el grado de las lesiones, así como tambien con el estado de evolución de los tubérculos. Sobre ésta base, vamos á analizarlas por órden de la gravedad que revisten.

La tuberculósis miliar aguda, localizada al peritóneo, es rápida en su evolución cíclica, pués la mayor duración es de un mes, terminando por la muerte, si ántes no ha tenido lugar la variación con ascítis, que señala una evolución un tanto crónica.

Esta forma, permite otra conclusión, que es aquella por generalización, de la que no hay que detenerse en virtud de ser rápidamente mortal.

La peritonítis miliar puede tambien terminar por transformarse en una peritonítis crónica ulcerosa ó bien en una fibrosa.

En la forma ulcerosa, hay que distinguir dos variedades que ya se conocen: la diseminada y la enquistada. La gravedad de la primera sobrepasa á la segunda. En efecto en la diseminada, la caquexia invade rápidamente y conduce á la muerte en medio de alternativas de agravaciones y mejorías en la

lucha del organismo. En la segunda á consecuencia de su enquistamiento deteriora ménos la economía, y la hace ménos grave que la anterior, si bien existe siempre el peligro inminente de la generalización. El tiempo en que se puede mantener en esta forma, depende de la resistencia del organismo y sobre todo de las complicaciones que sobrevienen.

Se han observado durante la marcha de esta afección aberturas de los focos purulentos: á la pared abdominal, al intestino, al recto, á la vejiga, etc. y estrangulaciones intestinales.

En algunos casos (muy raros) la forma ulcerosa ha pasado á la forma fibrosa.

La peritonítis fibrosa, es de marcha crónica y puede tener una duración relativamente larga, se mantiene estacionaria algunas veces y tiene tendencias á la curación espontánea, en este último caso se ven los fenómenos abdominales desaparecer con órden, desaparece la fiebre, el vientre se pone blando, el apetito aparece, el estado general mejora y puede llegar á una curación definitiva.

Durante la marcha de ésta forma de peritonítis pueden sobrevenir poussées agudos de peritonítis, que pueden repetirse y hacerla pasar á la forma ulcerosa y si aún á su vez no le da ocasión de una infección aguda pulmonar que apure el desenlace fatal.

No es raro observar complicaciones durante su marcha entre las cuales la oclusión intestinal ora aguda, ora crónica pueden tener por consecuencia la muerte del sujeto. Cuando la cicatrización avanza,

llegan á ser tales las perturbaciones llevadas sobre los órganos abdominales, á consecuencia de las numerosas adherencias que le forman, que llegan á ocasionar alteraciones tan profundas, que son bien pronto seguidas de muerte.

HISTORIA

Antiguamente, como hasta hace pocos años, la peritonítis tuberculosa habia sido objeto exclusivo de un tratamiento médico. El empirismo, palanca poderosa en los descubrimientos en medicina, quiso que lo que era del resorte de ésta, pasára al dominio de la cirujía. En efecto, la primera observación quirúrgica, sobre peritonítis tuberculosa, que registra la historia de la cirujía, pertenece al año 1863, y es de orígen empírico. En ese año se presentó al servicio de cirujía de Spencer Wells, una jóven de 22 años de edad, con un padecimiento abdominal. Examinada, que fué detenidamente la enferma, Wells hizo el diagnóstico de quiste del ovario. La enferma había yá sufrido anteriormente dos punciones. De la última de éstas se extrajeron 1.800 gramos de líquido. Se resolvió practicar la ovariotomía. Incindido el vientre, Spencer observó, después de evacuado todo el líquido, que el peritóneo estaba acribillado de granulaciones tuberculosas. La cavidad fué cerrada y el resultado quirúrgico perfecto. Poco tiempo después salía del hospital completamente restablecida. Algunos años más tarde contrae matrimonio, tiene hijos y todavía vivía fuerte y vigorosa en el año 1889.

En 1864, Schücking, practica también la laparotomía, en una enferma en quién había hecho el diagnóstico de quiste del ovario. La intervención, demostró tratarse de peritonítis tuberculosa. Meses más tarde, Stelwag, comete el mismo error. Ambos obtuvieron en sus operadas, un éxito altamente satisfactorio. La de Schücking, vivió sana y fuerte, 15 años. La de Stelwag, 13 años. Dejemos transcurrir nueve años, que poca importancia tienen para nuestra historia y entremos en el año 1873. Esta fecha, fué memorable, fecunda y de eximios resultados para esta parte de la cirujía abdominal, por el hecho fundamental de que Koenig, el eminente é ilustrado cirujano aleman, hace conocer al Congreso de Cirujía celebrado en París (1873), su notable memoria, sobre tres interesantísimas observaciones de peritonítis tuberculosa, tratadas con un resultado brillante, por la laparotomía. Koenig, en ocasión tan oportuna, dejó traslucir de una manera manifiesta, que desde ese instante se declaraba acérrimo partidario de una operación que tantos y sobrados beneficios reportaba á los enfermos atacados de tan terrible afección.

La tea de la observación, encendida por Koenig, iluminó desde entónces radiante y fulgurosa en el horizonte diáfano y puro de la cirujía abdominal.

Los exuberantes y óptimos frutos de su semilla, sembrada en terreno tan fértil, no se hicieron esperar. Koenig, con más bríos que nunca, fué el primero que se lanzó al vasto campo de la cirujía, en busca de nuevas observaciones y sus discípulos y colegas entusiasmados, también le siguieron.

Tan grande fué el vuelo, tan vigoroso fué el impulso que las observaciones se multiplicaron con una rapidez vertiginosa y extraordinaria.

He aquí, como prueba palpitante y fehaciente, las siguientes observaciones: Las 11 laparotomías de Truc (1886) con 9 resultados. Los 28 casos de Kümmel (1887) con 2 muertes. Los 2 de Esmarch; 3 de Mikulicz; 1 de Wagner; 1 de Kirschberg. Estos 7 casos, fueron operados con resultado favorable. Los 67 casos de Audry (de Lyon) 1887, con solo 8 muertes. Los 71 casos de Maurange (1889) con una mortalidad de 18.3 °/₀. La memoria de Lindorfs con 109 observaciones, que tienen 7 muertes operatorias y 17 por manifestaciones tuberculosas en otras vísceras. Lindorfs en sus conclusiones, expone la necesidad de la intervención quirúrgica en la peritonítis tuberculosa. Démosthène (de Bucharest), Routier y otros más, comunican al 6° Congreso de la Sociedad Italiana de Cirujía (1889), sus interesantísimas observaciones con resultados brillantes y consideran la importancia y la utilidad que tiene la laparotomía, en la peritonítis tuberculosa.

Vemos pués, cuan grandes é incesantes fueron los progresos del método preconizado por Koenig.

Este ilustre cirujano continuó por la vía emprendida. En el año 1890 pudo reunir 130 observaciones con una mortalidad de un 18 °/₀.

Algunos meses más tarde, Adrian Pic, en su notable tésis de 1890 consiguió hacer alcanzar á 138 las observaciones emprendidas por Koenig.

Siguen después los 308 casos de Aldibert. Los 50 casos de Roersch, que agregados á los 308 de Aldibert, suman 358 casos de laparotomía por peritonítis tuberculosa con una mortalidad de un 23 °/₀.

Entre nosotros, esta enfermedad, ha sido tratada quirúrgicamente por los Doctores Llobet, Villa, Gandolfo, Penna, Castro (Alejandro), Bazterrica, Molinari, Dus Calderon, Decoud, Palma, Laure, Sasso, Inurrigarro y el autor, etc.

TRATAMIENTO

Múltiples y variados han sido hasta ahora los tratamientos quirúrgicos empleados en esta enfermedad. La laparotomía ha ocupado siempre el primer rango. Los otros, un lugar secundario.

Empezaré por la descripción de estos últimos que han dado resultados felices, en ciertas circunstancias y que podrán ensayarse ántes de proceder, á practicar la laparotomía y terminaré por esta última.

Entre los métodos á que me refiero, el más simple de todos, es el de Debove, preconizado por Cecchelli en el Congreso de Bologne (1889) en vista de los éxitos por él obtenidos. Este método consiste: en introducir, prévia desinfección del punto de elección, un trócar N.° 2 ó 3, al cual se aplica un aspirador Potain ó Dieulafoy, con el objeto de evacuar todo el líquido ascítico posible é inyectar en seguida en la cavidad peritoneal, con el mismo aparato, una solución de ácido bórico al 4 °/₀ (que tenga una temperatura de 39 á 40°) préviamente hervida. Cuando el líquido sale límpido y se ha calculado, que el lavaje ha sido lo suficiente, para ponerlo en contacto con la serosa peritoneal en casi toda su

superficie, entónces se retira el trócar, prévia evacuación de casi todo el líquido desinfectante.

Este método, tiene aplicación práctica en la forma ascítica generalizada, pués en ésta, las falsas membranas y las adherencias, especialmente estas últimas, son tan poco abundantes ó no existen, que el lavaje puede ejercer ámpliamente su benéfica influencia sobre las granulaciones tuberculosas.

En presencia de una peritonítis específica de esta forma, se ensayará primeramente este precioso método, ántes que recurrir á la laparotomía. Si una primera tentativa no diera resultado, se debería practicar una segunda y si en esta última la ascítis vuelve á reproducirse, se podrá ensayar el método de Mosetig-Moorhof ántes que recurrir á la laparotomía. Después de la punción y del lavaje, este método, suele con frecuencia, provocar en el enfermo, un estado agudo que dura muy poco tiempo, para entrar bien pronto en una mejoría franca y terminar progresivamente por curarse.

Apesar de toda su sencillez, el método de Debove, puede en algunos casos especiales traer dos consecuencias: herir el intestino ó bien el epiplón.

En la forma seca, éste método no debe nunca intentarse, por la razón de que su aplicación es imposible, desde que el peritóneo, el epiplón y las ansas intestinales forman una masa retraida y aglutinada.

En la forma ulcerosa, podría aplicarse únicamente y por complacencia en la variedad enquistada formando una sola y única bolsa supurante, porque se necesitarían trócares de un calibre muy grueso y

aún así, no se conseguiría limpiar del todo, el foco purulento y por otra parte, porqué segun Routier, el cirujano trabaja ciegamente, sin saber lo que se hace.

Los otros métodos de fácil realización, aconsejados en la peritonítis tuberculosa, tienen también como el método de Debove, aplicación práctica únicamente en la forma ascítica generalizada, consistiendo todos ellos en la introducción en la cavidad peritoneal, prévia evacuación con un trócar de todo el líquido ascítico, de sustancias desinfectantes (Naftol alcanforado, éter yodoformado, etc.), ó bien de suero de perro, ó de aire, que obran modificando las lesiones tuberculosas.

Empezaré por la descripción del método de Spillmann (de Nancy), que consiste: después de la punción y evacuación del líquido, inyectar de una sola vez, 10 gramos de naftol alcanforado y hacer en seguida ligeros masajes sobre el abdómen, de manera á poner en contacto con la serosa todo lo que sea dado el naftol alcanforado. Spillmann refiere una observación, en la que obtuvo con su método una notable curación.

Truc, en su método, aconseja, una vez evacuado el líquido ascítico, inyectar unos 10 gramos de una solución de éter yodoformado al 10 °/₀ y hacer en seguida ligeros masajes sobre el abdómen. [1])

---

[1]) Maurange aconseja no emplear el éter como vehículo del yodoformo y emplear en cambio la vaselina líquida por el efecto siderante del primero.

Maurange, después de la punción, evacuación del líquido y lavaje de la cavidad perítoneal, con una solución tíbia de ácido bórico al 4 °/₀, inyecta unos 10 gramos de vaselina líquida yodoformada al 10 °/₀ y la hace también seguir del masaje abdominal.

El método de Kirmisson consiste en practicar inyecciones de suero de perro de 0.02 centímetros cúbicos en la cavidad peritoneal. Kirmisson sometió á este método, á un niño de 3 $^{1}/_{2}$ años, afectado de una peritonítis tuberculosa ascítica. Pinarol, hizo conocer esta observación, en el Congreso Médico celebrado en París en el año 1891. Este niño, había sido sometido por dos veces al tratamiento de Debove, sin resultado; á la laparotomía, idem. A las 6 semanas, de practicada la laparotomía, Pinard, por indicación de Kirmisson, le hizo una inyección de suero de perro, de 0.02 centímetros cubicos. A los pocos dias nueva inyección. Al siguiente dia, empezó á notarse que el líquido se reabsorvía. Pocas inyecciones más y el niño estaba curado.

Leguen, en presencia de esta única observación, se pregunta, si la laparotomía no ha sido realmente la que ha influido en la curación de esta peritonítis, que Kirmisson atribuye al suero de perro.

M. de Follet (de Lille), leyó, en la sesión del 27 de Noviembre de 1894 de la Academia de Paris, la observación de un enfermo, que atacado de una peritonítis tuberculosa á forma ascítica y que en virtud de no haberse querido someter á la laparotomía, le practicó, prévia evacuación de 6 litros de líquido, una insuflación de 3 litros de aire en la

cavidad peritoneal. No hubo reproducción de líquido y el enfermo concluyó por curarse.

Mosetig Moorhof (de Vienne), según Follet fué el primero que en el año 1892, practicó este método. Se trataba, de un niño atacado de peritonítis tuberculosa á forma ascítica y que al mismo tiempo presentaba una epididimítis tuberculosa. Al operarlo de esta última afección, introdujo al travez del canal inguinal, una cánula que hizo llegar hasta la cavidad peritoneal. Sacó por medio de este artificio, 1700 gramos de líquido ascítico é insufló más de un litro de aire. El líquido no se reprodujo y el enfermo se curó.

Nolen, fundado en que Wagner quince años ántes, había demostrado, experimentando en perros, la inocuidad del aire puesto en contacto con la serosa peritoneal, sometió el 1º de Mayo de 1893 á una niña de 8 años, al tratamiento de la insuflación del aire en la cavidad peritoneal. Esta niña había sido ya tratada (por el mismo Nolen) por la punción y evacuación de la ascítis y en vista de su reproducción, le practicó el método ya indicado. Después de la insuflación de aire, el líquido no se reprodujo y la niña se curó. Sometió, á este mismo tratamiento, á dos enfermas más. Una, se quiso ir de alta ántes de que se pudiera conocer el resultado y dos meses después se supo que había muerto á consecuencia de una enteritis tuberculosa. En la otra, el líquido no se reprodujo y la enferma se curó.

Nolen cree que este tratamiento debe practicarse ántes que recurrir á la laparotomía y que á ésta se llegará cuando la insuflación no dé resultado.

Hace observar también, que este tratamiento, tiene sobre la laparotomía, las ventajas siguientes: 1° evita la anestesia clorofórmica, que no deja de tener sus inconvenientes. 2° la falta de pérdida sanguínea y 3° que no expone al enfermo á una infección séptica. La manera como Nolen practica la insuflación y el aparato de que se sirve es el siguiente: En un balon de vidrio que tiene la capacidad de un litro, introduce hasta las $^2/_3$ partes, agua destilada, calentada y esterilizada; lo cierra en seguida con un tapón de goma que dá paso á dos tubos de vidrio.

Uno de éstos, llega hasta el fondo del balon y lo hace comunicar mediante un tubo de caoutchouc con un cilindro de vidrio lleno de algodón esterilizado y á este cilindro á su vez lo pone en relación por intermedio de otro tubo de caoutchouc con una botella de vidrio vacía y á ésta por otro tubo de la misma clase que el anterior, con un irrigador lleno de una solución de ácido bórico al 4 °/₀.

Antes de practicar la punción en el punto de elección, adapta á la cánula aguja, un tubo de caoutchouc bastante largo, para que la extremidad de éste que queda libre, pueda quedar sumergida en una vasija llena hasta la mitad de una solución boricada al 4 °/₀. Hecha la punción y evacuada la ascítis, pone en comunicación al tubo de caoutchouc de la cánula aguja, (sin sacar al tubo de la solución ya indicada) con el otro tubo de vidrio (que no llega hasta el fondo) del balon. Inmediatamente, hace levantar el irrigador á $^1/_2$ metro de altura, de manera, que el agua penetrando á la botella vacía, desa-

loja al aire en ella contenido y lo hace penetrar á la cavidad peritoneal (después de haber atravezado al cilindro de vidrio que contiene el algodón y al balon), bajo una presión muy débil y completamente esterilizado. Cuando el vientre se pone bastante tenso, hace bajar el irrigador y espulsa el aire que ha hecho entrar á la cavidad peritoneal.

Las conclusiones que se pueden sacar de esta falanje de métodos, que vienen á ocupar un rango entre el tratamiento médico y la laparotomía, son las siguientes:

1° Que en presencia de una peritonítis tuberculosa á forma ascítica generalizada, (con la condición sine qua non, de que el enfermo goce de un buen estado general, por qué en el caso contrario, no se deberá tardar ni un solo momento en practicar la laparomía, pués la pérdida de un tiempo precioso, puede costar la vida del enfermo) se deberá primeramente ensayar cualquiera de estos métodos, con preferencia el de Debove y el de Mosetig Moorhof (de Vienne) por qué son los que cuentan con bastantes éxitos.

2° Cuando por un motivo A ó B, no pueda practicarse la laparotomía en la peritonítis tuberculosa á forma ascítica, ántes que recurrir al tratamiento médico, se estará autorizado á poner en práctica cualquiera de los métodos ya mencionados, por la eficacia y bondad de sus resultados, comparados á los diversos tratamientos médicos.

Antes que entrar de lleno al estudio de la laparotomía, recordaré de paso, que existe un método llamado de Whittier. Este cirujano, llevó á cabo su método, en un enfermo atacado de peritonítis tuber-

culosa á forma ascítica. Primeramente, lo sometió al tratamiento de Debove, pero viendo que no obtenía resultado, decidió hacer una incisión pequeña en la pared abdominal, abrió el peritóneo, evacuó todo el líquido ascítico y le pareció bien drenar la cavidad peritoneal. Para ésto, se valió de un tubo de drenaje, de grueso calibre y para evitar la infección del peritóneo, por causa exterior, puso en comunicación este tubo con otro de caoutchouc y éste á su vez, con una vasija llena hasta la mitad de una solución de ácido fénico al 5 %. Sacó el drenaje, al mes de la operación, por qué ya no salía líquido ascítico y el enfermo estaba curado.

Este método podrá aplicarse, en la forma ascítica y en la forma ulcerosa á variedad enquistada. En esta última forma, presenta el inconveniente, como ya hemos dicho, de que el cirujano trabaja á ciegas. Así como Whittier, existen otros cirujanos, que son partidarios del drenaje prolongado y permanente (hasta tanto no se reproduzca más el líquido ascítico), en la peritonítis tuberculosa, con tubos de caoutchouc de grueso calibre, por que piensan que debe evitarse que el líquido que se llegue á reproducir, permanezca en la cavidad peritoneal y dé lugar á la recidiva de la enfermedad. Pero otros cirujanos, fundándose en observaciones propias, rechazan por completo la idea del drenaje prolongado y permanente, por las gravísimas consecuencias que puede traer y que son: ulceraciones y fístulas intestinales, (pués, se comprende que el contacto prolongado de un grueso tubo rígido, con paredes intestinales enfermas, friables otros accidentes no puede

traer) y que por otra parte, el drenaje desempeña muy bien sus funciones durante una série de días, pero después, deja de verificarse á causa de que exudados de nueva formación rodean al tubo de drenaje y que organizándose bien pronto, neutralizan sus funciones, como han tenido ocasión de comprobarlo prácticamente, Alexandroff, Demosthène y Wheller en casos que tuvieron necesidad de volver á operar.

En resúmen el método de Whittier no encontrará partidarios:

1° Por qué trae fistulas intestinales.

2° Por qué no impide las recidivas.

El drenaje deberá colocarse: 1° En aquellos casos en que el líquido sea sero-purulento ó francamente purulento y siempre se preferirá la gasa yodoformada al tubo de caoutchouc. 2° Cuando se tema alguna hemorrágia (Aldibert).

Laparotomía

Todas las formas de la peritonítis tuberculosa, son susceptibles de este método de tratamiento. La intervención no es la misma en cada forma y variedad, ella varía, tanto en la línea de incisión operatoria, en el procedimiento operatorio interno, en la conducta que se debe observar al cerrar ó dejar abierta la cavidad peritoneal, como así también en el tratamiento pos-operatorio.

Para evitar repeticiones al tratar en particular del tratamiento de cada una de las formas de peri-

tonítis tuberculosa, y para facilitar más su estudio, he creido conveniente seguir el plan de exposición que vá á continuación:

CUIDADOS PRELIMINARES — Se dará al enfermo, un purgante el dia anterior al de la operación. A la mañana siguiente, un enema de glicerina y un baño tibio general.

La instrumentación se reducirá á tener preparado: bisturís, tijeras, una sonda acanalada, pinzas de disección, muchas pínzas hemostáticas de Pean de diversos tamaños, agujas curvas y rectas de diferentes dimensiones, una aguja de Reverdin. Se tendrá también preparado, seda aséptica muy fina (00), más gruesa (N.° 2 ó 3), catgut fino y grueso, crin de Florencia, esponjas asépticas, compresas idem en bastante cantidad, tubos de drenaje, yodoformo, gasa yodoformada, algodón fenicado y simple.

Para el lavaje de la cavidad peritoneal se hace por lo general uso de las siguientes soluciones: Acido bórico al 4 °/₀; ácido fénico al 1 °/₀; ácido salicílico al 1 °/₀₀; cloruro de zinc al 1 °/₀; bicloruro de mercurio al ½ °/₀₀; tintura de yodo al 1 °/₀₀; cloruro de sodio al 6 °/₀₀.

Se hará preparar 10 á 12 litros de cualquiera de estas soluciones y sobre todo una gran cantidad de agua filtrada y hervida.

La pieza donde se vá á operar, tendrá la menor cantidad de muebles posible, con mucha luz y con una temperatura de 27 á 28°.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE — Se colocará al enfermo sobre una mesa. Se le envolverán los miembros inferiores con algodón simple y vendas de

franela ó bien con una frasada. Olvidaba decir, que una media hora ántes de empezar á anestesiar al enfermo, se le hará con una jeringa Pravaz, la inyección de Dastre que consiste en la solución siguiente: clorhidrato de morfina 0.20 centígramos, agua laurel, cerezo y agua destilada ãã 10 gramos y sulfato de atropina 0.01 centígramo.

Esta inyección está destinada á asegurar el reposo del intestino, á sostener el corazón, á disminuir la excitación provocada por la anestesia, á evitar los vómitos y á disminuir la sensibilidad de los reflejos del árbol aereo para evitar el síncope respiratorio. Momentos ántes de empezar la anestesia, se tendrá también la precaución, de tocar las fosas nasales, con un isopo impregnado en una solución de clorhidrato de cocaina al 5 %, á fin de evitar el reflejo nasal del principio de la anestesia, que en algunos casos es tan intenso, que suele traer el síncope respiratorio.

Anestesiada la enferma (con cloroformo ó con éter) se procederá á hacer la antisepsia del campo operatorio; en efecto, un ayudante lavará la pared abdominal con jabon y agua esterilizada y munido de un cepillo frotará bien la piel, insistiendo especialmente en la cicatriz umbilical, acto continúo hará uso del éter, de la solución de sublimado al 1 %o y por fin colocará una compresa hervida sobre la región desinfectada.

La práctica que sigue Terrillon en su servicio de cirujía, es la siguiente: Hace la antisepsia de la pared abdominal, 24 horas antes de la operación y tiene la precaución que al terminarla, para conser-

varla y seguirla, coloca compresas impregnadas en una solución de sublimado al 1 °/₀₀ y cubre á éstas con algodón fenicado y un vendaje de franela. Al colocar el enfermo sobre la mesa operatoria, saca las compresas y repite nuevamente la antisepsia. Terrillon tiene la seguridad de que obrando de este modo, no queda ni un solo microbio vivo en la pared abdominal.

Técnica operatoria

FORMA ASCÍTICA. — Apesar de ser esta forma de peritonítis tuberculosa, casi siempre generalizada, puede tambien presentarse localizada, así es que trataremos primero á la generalizada y después á la localizada.

FORMA ASCÍTICA GENERALIZADA — Prévia desinfección de las manos, el cirujano practicará una incisión vertical en la línea media — supra ó infra umbilical — de 8 á 12 centímetros. Siempre que se pueda, es preferible hacerla infra-umbilical, en cuyo caso la incisión partirá de uno ó dos dedos por debajo del ombligo y terminará á dos ó tres dedos por encima del púbis. Dividirá capa por capa á los tejidos y colocará pinzas hemostáticas á los pequeños vasos que den sangre. Incindirá la aponeurósis del gran oblícuo, buscará la línea que separa á los músculos rectos abdominales, la abrirá con el bisturí, incindirá á la fascia transversalis, al tejido celular sub-aponeurótico y por fin al peritóneo. Abierta ámpliamente la cavidad abdominal y evacuado todo el líquido

ascítico, la conducta á observarse variará, según que se trate de un líquido seroso ó sero-sanguinolento ó sero-purulento. En el caso de ser el líquido seroso ó sero-sanguinolento, se podrá hacer un ligero lavaje con cualquiera de las soluciones ya mencionadas en los cuidados preliminares, ó con agua tibia, filtrada y hervida, ó bien se limitará el cirujano á sacar con compresas asépticas el resto del líquido que ha quedado y á cerrar la cavidad abdominal, valiéndose de una aguja curva ordinaria de gran dimensión, cargada con crin de Florencia, colocará puntos de sutura profundos á la distancia de 1 $^1/_2$ centímetro de uno á otro, que atravezarán la pared abdominal en todo su espesor, comprendiendo al mismo tiempo al peritóneo y puntos superficiales de la piel, bastarían para dejar cerrada por completo á la cavidad abdominal; pero no está demás practicar una sutura contínua con catgut, del peritóneo, de los músculos rectos y aponeurósis, ántes de anudar los puntos profundos.

En el caso de ser el líquido sero-purulento ó purulento, se procederá á lavar á grande agua la cavidad abdominal, haciendo pasar si es posible de 15 á 20 litros de agua tíbia, filtrada y hervida. Después de este abundante lavaje, se tratará de limpiar y secar lo más que se pueda la cavidad peritoneal. En seguida se podrá si se quiere, puesto que no hay ningún inconveniente, tocar á las superficies que presenten las lesiones tuberculosas con esponjas impregnadas en sublimado al 1 °/$_{oo}$ ó en ácido fénico al 5 °/$_o$. Con un insuflador, que contenga yodoformo, se harán insuflaciones por toda la cavidad, de manera

que las lesiones tuberculosas queden cubiertas por una ligera capa de yodoformo. Por fin se colocarán dos gruesos tubos de drenaje [1]), en la parte inferior de la herida abdominal ó bien se drenará con gasa yodoformada, haciendo de manera que penetren hasta el fondo de la pélvis. Para cerrar la herida abdominal se seguirá el proceder ya indicado, dejando una abertura suficiente para que el drenaje pueda hacerse bien.

En aquellos casos en que el epiplón se presentára cubierto de focos tuberculosos, muy espesado é indurado, Leguen es partidario de que se haga una resección parcial del epiplón, prévia sutura en cadena.

FORMA ASCÍTICA LOCALIZADA — Cuando sea dado el practicar la incisión de la pared abdominal, en la línea media, se la deberá hacer con preferencia á la incisión que en estos casos se hace en el punto más prominente y de mayor fluctuación. Como el peritóneo suele por lo general estar adherido al epiplón y éste al intestino, bueno es tener la precaución que al incindir al peritóneo no se vaya á herir á esos órganos. La conducta que se observará con respecto á la bolsa, será la siguiente: si ésta, está separada por adherencias del resto de la cavidad abdominal, se procederá á abrirla directamente; en el caso contrario, se deberá primeramente, hacer la sutura de la pared de la bolsa al peritóneo y en seguida abrirla, por qué de esta manera se evita que

---

[1]) Unidos entre sí por un hilo de seda y que se fijarán á la pared abdominal mediante otro hilo.

pueda infeccionarse el resto de la cavidad peritoneal. Abierta la bolsa, el procedimiento á seguirse dependerá de la naturaleza del líquido como ya queda indicado. Terminada la operación, se colocará sobre la herida, yodoformo, gasa yodoformada, algodón fenicado en bastante cantidad y un buen vendaje de franela.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS — Se tendrá el cuidado de levantar el pulso, con inyecciones de cafeina, de éter sulfúrico, con una dermoclísis de 500 gramos de una solución esterilizada de cloruro de sodio al 6 °/₀₀, de la que se inyectarán 250 gramos, en cada una de las regiones infra-claviculares. Si los dolores son muy vivos, se le hará una inyección de morfina (0.01 centígramo). Para evitar los vómitos post-operatorios, el mejor tratamiento, es no darle absolutamente nada, hasta unas seis horas después de la operación.

En cuanto á las píldoras de 0.01 centígramo de opio, que siempre se dan á tomar á cada hora, después de toda laparotomía, presentan á veces, el inconveniente, de que á la paresia soportada por el gran simpático abdominal, durante la operación, se agrega la parálisis de las fibras lisas de los intestinos, producida por el opio y que por lo tanto, contribuye á aumentar el meteorismo, que muchas veces se presenta como complicación. Pasadas las seis horas, se le darán pequeños fragmentos de hielo, coñac ó champagne con café helado, por pequeños sorbos.

Se deberá sondar la vejiga de tres á cuatro veces por día, hasta tanto el enfermo pueda orinar solo.

Al tercer dia, cuando ya las cosas parecen marchar favorablemente, se le dará un poco de leche; si el paciente está muy débil, se le podrán hacer enemas de sustancias alimenticias fácilmente absorvibles. Al cuarto dia, se le dará un purgante ligero ó un enema de glicerina; se le podrá dar leche en abundancia, un huevo y otros alimentos ligeros (arroz y pescado). Se levantará la curación y se examinará el estado de la herida. Si hay pús, se sacarán uno ó mas puntos superficiales y se hará una buena curación antiséptica, la que se deberá repetir todos los dias. Si no hay pús, se colocará sobre la herida, yodoformo, gasa yodoformada, algodón fenicado y un buen vendaje con vendas de franela.

Al séptimo dia, se sacarán los puntos profundos.

Al noveno dia, los puntos superficiales.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS EN LA FORMA ASCÍTICA. — Puede suceder, como le ha pasado á Bautock, en una de sus operadas, que el líquido ascítico, reproduciéndose rápidamente y en bastante cantidad, sorprenda á la nueva y débil cicatriz abdominal y la rompa. Estos casos son muy raros y el de Bautock, que es el único que se conoce, la ruptura tuvo lugar 23 dias después de la operación.

Se ha observado también, úlceras tuberculosas secundarias en la piel de la cicatriz abdominal.

Al romper ciertas adherencias intestinales, puede lesionarse á la pared intestinal lo bastante, para que algún tiempo después aparezcan fístulas intestinales secundarias.

Por fin, para terminar con esta forma de peritonítis tuberculosa, diremos que la recidiva no es rara

y que solamente en aquellos casos, en que el líquido ascítico vuelve á tomar las proporciones de la primera vez, deberá hacerse una nueva laparotomía.

FORMA ULCEROSA. — En esta forma, así como en la fibrosa, suelen observarse casos, en que es tal la fusión que tiene lugar entre las diversas capas de la pared abdominal, que llegan á constituir todas un solo plano. Por lo que respecta á esta fusión, como así tambien, á la mucha vascularización que por lo general tienen, el operador no le deberá dar mayor interés quirúrgico. Lo que lo preocupará es saber, para su conducta al operar, que en estas formas, el peritóneo, el epiplón y las ansas intestinales contraen adherencias entre sí y con la pared abdominal y que á veces son tan sólidas que al pretender desprenderlas, se corre el riesgo de perforar al intestino.

Sus asientos predilectos son: el hipogastrio, las fosas ilíacas (derecha) y los hipocondrios.

Cuando está limitada al hipogastrio, la incisión se hará en la línea media, y al llegar al peritóneo parietal espesado é indurado, se lo incindirá con las mayores precauciones, por que como ya hemos dicho, generalmente existen adherencias íntimas entre aquel, el epiplón y los intestinos y facilmente se expone uno á herirlos. Abierto el peritóneo, si el epiplón ó las ansas intestinales, cubren al gran foco tuberculoso, se procederá á separarlas y á desprenderlas con mucha suavidad y prudencia hasta llegar á la cavidad. Si se diera el caso de que esta separación fuera materialmente imposible, á pesar de haber buscado los medios de llegar al foco por los diferentes

puntos de la abertura practicada, se renunciará á seguir adelante, ántes que exponerse á herir á los intestinos y se cerrará la abertura abdominal. En presencia de casos tan difíciles, el cirujano no desmayará y tratará inmediatamente de abordar á la cavidad por otro punto de la pared abdominal que le sea más accesible. Al llegar á la colección, dará salida al pús por una ámplia abertura, para que se pueda de este modo hacer una toilette completa. En efecto, se lavará la cavidad, haciendo pasar 15 á 20 litros de cualquiera de las soluciones antisépticas que ya conocemos; se limpiará con delicadeza, por medio de compresas asépticas, todas las paredes de la cavidad, para sacar parte de las membranas purulentas y productos caseosos; se tocarán todas las superficies de la cavidad con esponjas impregnadas en una solución de sublimado al 1 °/₀₀ ó de cloruro de zinc al 2 °/₀. En el drenaje se emplearán mechas de gasa yodoformada (Mikulicz) y no se emplearán los tubos de caoutchouc por los accidentes graves que suelen traer (véase lo que ya queda dicho sobre esto, en el método de Whittier). Se cerrará parte de la herida abdominal, dejando una abertura de 5 centímetros para el drenaje.

Cuando la colección purulenta ocupa otros puntos de la cavidad abdominal, no accesibles por la línea média, la incisión se hará en el punto de mayor fluctuación y se seguirá el mismo proceder operatorio que en el caso precedente.

Cuando se trate de un abceso gaseoso, el lavaje y el drenaje serán más rigurosos.

Cuando se encuentren en el curso de la operación, fístulas intestinales, no se deberán suturar, porque en estos casos las paredes intestinales, infiltradas por productos tuberculosos, se encuentra reblandecidas y tan friables que al pretender anudar el punto de sutura se desgarran los tejidos. Czerny pretendió en un caso, hacer la sutura de una fístula intestinal y su operación fué un desastre, pués hizo 7 desgarraduras intestinales y el enfermo se le murió á las dos horas después de terminada la operación. Segun Leguen, más vale en estos casos dejar á la fístula que evolucione sola, pués se han observado casos de curación.

Cuando el cirujano, en presencía de un caso con síntomas de oclusión intestinal, abre la cavidad abdominal, en busca de la causa productora de la enfermedad y se encuentra con que ella reside en bridas tuberculosas y que al mismo tiempo existe una colección purulenta enquistada, su conducta variará segun que esté ó no accesible el intestino obstruido. En el primer caso, siempre que se pueda, se dejará para lo ultimo la abertura de la colección purulenta y el cirujano tratará de romper con mucha prudencia las adherencias que rodean al intestino obstruido; libre éste, abrirá la cavidad y hecha la toilette, la drenará; pero si no puede romper las adherencias, hará sin pérdida de tiempo, un ano contra-natura y drenará la cavidad purulenta. En el segundo caso, cuando no pueda llegar hasta el intestino obstruido, á pesar de haber abierto la cavidad purulenta, para que el campo operatorio quede más despejado, el cirujano se limitará á drenar la cavidad.

Cuando el operador, ha llegado á la bolsa purulenta y observa que al abrirla, puede caer el pús al resto de la cavidad peritoneal é infeccionarla, tratará de aislarla para evitar dicha infección, valiéndose de los medios siguientes: suturará si le es posible el peritóneo á la pared de la bolsa, en la parte correspondiente á la abertura, ó bien colocará en esta abertura, compresas bien secas y una vez abierta la bolsa, suturará la incisión de ésta á la de la pared abdominal.

Cuando se trate de la forma ulcerosa seca, se hará en la línea media una incisión sub-umbilical de 12 centimetros. Se tomarán las mismas precauciones ya indicadas á propósito de la forma ulcerosa.

PERITONÍTIS FIBROSA — Ya hemos hablado del tratamiento de esta forma en el período ascítico; nos resta ahora decir algo sobre la conducta que observará el cirujano en el período de las grandes adherencias.

En estos casos, casi siempre se interviene ya para aliviar los fuertes dolores que en este período experimentan los enfermos ó bien por alguna estrangulación.

Como en esta forma, pueden existir fuertes adherencias de la pared abdominal al peritóneo visceral, bueno será tomar grandes precauciones al abrir la pared abdominal á fin de no exponer á los enfermos á rupturas intestínales, á fístulas, etc.

Cuando sea de todo punto imposible (por las íntimas adherencias) abrir la pared abdominal, se renunciará á la operación ántes que exponer al enfermo á los accidentes ya citados.

Cuando se encuentre el epiplón espesado, indurado, retraído, adherente y es posible romper las adherencias que le atan y resecan una parte de aquél, se hará prévia sutura en cadena con seda. Si se puede hacer un lavaje de la cavidad peritoneal, con las soluciones antisépticas ya conocidas ó bien con agua salada al 6 °/₀₀ etc., y limpiarla con compresas impregnadas en soluciones antisépticas, se hará.

Cuando existan ganglios muy infartados, agrupados, formando un tumor, si es posible su extirpación se deberá practicar.

¿COMO OBRA LA LAPAROTOMÍA PARA CURAR LA PERITONÍTIS TUBERCULOSA?

Hé aquí, uno de los puntos que más ha llamado la atención en el mundo médico y que más controversias ha suscitado, suscita y suscitará todavía, mientras no se llegue á una conclusión exacta y definitiva.

En efecto, numerosas teorías se han disputado la esplicación de este fenómeno, fundadas unas en argumentos más ó ménos razonables y lógicos y otras en hipótesis fácilmente refutables.

Las teorías conocidas hasta ahora son las siguientes:

1.ª Koenig, Pic, Alexandroff, Ceccherelli y Cabot, piensan que el traumatismo operatorio, es el que verdaderamente tiene influencia poderosa, en la acción curativa de la peritonítis específica, por qué según ellos, obra produciendo una inflamación aséptica que transforma el tubérculo en un tejido fibroso, como han tenido ocasión de comprobarlo en autópsias practicadas pocos meses después de la operación.

Transcribo de la Semana Médica, el caso de Osler por ser el más concluyente. «Osler, en una autópsia hecha cuatro meses después de la operación, ha encontrado granulaciones pequeñas, duras, rodeadas de tejido cicatricial; el microscopio ha demostrado que se trataba de nódulos fibrosos en los cuales persistían algunos bacilos y algunas células gigantes; los tubérculos se encontraban pués en vía de transformación fibrosa y tal sería el modo según el cual el tubérculo peritoneal llegaría á curarse.»

Y si agregamos á esto, las observaciones de cirujanos, que á consecuencia de complicaciones sobrevenidas al cabo de cierto tiempo después de la laparotomía, han tenido que intervenir nuevamente y se han encontrado con la serosa peritoneal sin restos de las antiguas granulaciones tuberculosas, tendremos una nueva prueba de que una regresión inflamatoria ha sido la consecuencia de la operación.

Si por otra parte, añadimos las conclusiones de los Dres. Nannotti y Baciocchi, de Pisa, deducidas «de sus investigaciones experimentales sobre el mecanismo y el proceso de curación consecutivo á la laparotomía en la peritonítis tuberculosa», presentadas al Congreso Internacional de Medicina, celebrado en Roma el año próximo pasado y que transcribimos á continuación:

«1.° La desaparición de la tuberculósis, se debe á la absorción del tubérculo y su transformación en tejido conjuntivo.

2.° La absorción de los nódulos tuberculosos, es consecutiva á la destrucción del virus y á una neo-

formación vascular, que es muy marcada en los perros.

3.° El resultado fisio-patológico de la laparotomía en los animales sanos, consiste en una reacción inflamatoria de la serosa peritoneal, acompañada de un aumento notable del poder absorvente del peritóneo. Según esto, parece que se puede deducir, que en los enfermos atacados de peritonítis tuberculosa, los resultados de la lapatoromía estarán ligados á la reacción inflamatoria de la serosa peritoneal, reacción que aumentará el poder absorvente del peritóneo, la destrucción del virus tuberculoso, la degeneración de las llamadas células, la vascularización de los nódulos, y como término, la transformación y absorción conjuntiva de estos nódulos.»

Estamos, pués, autorizados á creer y á esplicar el hecho de la curación de la peritonítis tuberculosa por fenómenos vaso-motores que son del dominio de la fisiología experimental y que están suficientemente evidenciados.

Weinstein, fundándose en el hecho de que la ascítis ejerce una acción compresiva sobre los vasos sanguíneos y linfáticos de la cavidad peritoneal, crée, que la evacuación de la ascítis basta por sí sola para producir acción curativa, procurando á esos órganos el restablecimiento del rol que desempeñan, como reabsorventes de los productos mórbidos que actúan como agentes productores de la enfermedad.

Este modo de pensar de Weinstein, está en contraposición de los muchos casos de peritonítis, sin ascítis, en la que no ha intervenido para nada la descom-

presión de los vasos. A más de ser éste un argumento que á mí parecer es de bastante peso, podemos mirar á este punto con mas detalle. Si examinamos con un poco de detención la esencia del proceso, reconoceremos que es ella específica, así pués sacando por la evacuación la ascítis — la causante de la extensión de las lesiones peritoneales — quedan los gérmenes en sitio, aptos por lo tanto para generar nuevas cantidades de líquido que vuelven el proceso á la faz primera. Si aducimos á ésto lo que observamos y han opinado yá bastantes autores, de que en casos de intervención por punción de la ascítis, no tarda esta última en recidivar, debemos concluir en que las curaciones obtenidas en esos casos no son debidas á la mayor ó menor cantidad de líquido, que se pueda extraer (pués hay casos en que se sacó poco y fueron seguidos de curación), sino que en ello se encierra un problema aun no del todo bien deslindado, pero que por el momento es conveniente concluir que á la palabra evacuación de la ascítis hay que agregar las inyecciones de sustancias irritantes, que tal vez obrarán con más eficacia en el momento en que los fenómenos vaso-motores se acentuan y cuando los linfáticos beantes puedan absorver los productos tuberculosos con más facilidad, desde que se establece una inflamación aséptica. ¿Habría en los casos anteriores que hablar algo de la curación espontanea?

3° Sänger y Lindner dán á la ascítis gran importancia como medio de sosten y de propagación del proceso anátomo-patalógico, y aconsejan su eliminación como único medio curativo; ellos no especifican,

cual es el agente que comunica al líquido ascítico esta acción especial, sobre la serosa peritoneal, para predisponerla á esta invasión por el bacilo de Koch. Y de aquí que surje una nueva teoría, cuyo defensor y preconisador Cameron, es el que nos ha dado á conocer los elementos nocivos productores de esta afección, que son segun los descubrimientos que él ha hecho, las ptomainas, segregadas por el bacilo Koch. Cameron, dice que estos productos son absorvidos por los vasos sanguíneos y linfáticos que transportan la afección, no solamente á las otras partes de dicha serosa, sinó que también vá más léjos su acción, á otros órganos.

Wacker, aduce consideraciones que tienen alguna analogía con la tésis desarrollada por Sänger, Lindner y Cameron. En efecto, él crée, que el tubérculo, ejerce una influencia mecánica sobre la serosa peritoneal, incitándola á la producción de la ascítis y que ésta á su vez desempeña la misma función patológica sobre la serosa, haciéndola apta para ser fácilmente invadida, en virtud del locus, nunoris resistentiæ, por el bacilo específico.

Estas tres teorías, que tienen muchos puntos de contacto, se rebaten con las mismas objeciones que le hemos hecho á la teoría de Winstein.

Lanenstein, Mosetig-Moorhof, hacen intervenir en la acción curativa de la laparotomía, el primero á la luz solar y á la sequedad de la atmósfera y el segundo al aire. Para ellos, estos ajentes tendrían una acción nociva sobre el bacilo.

Un hecho comprobado por la experiencia diaria, como es el de la trasmisión de la tuberculósis pul-

monar, por los esputos arrojados en el suelo, desecados y reducidos á pequeñas partículas, medio de contagio el mas frecuente segun Potain, coloca sobre bases inseguras á estas teorías. La resistencia vital, poderosa del bacilo de la tuberculósis, que hace que en esas condiciones, conserve en todo su vigor las propiedades virulentas, á pesar de hallarse sometido á influencias metereológicas, variadas, demuestra lo inocuo que sería para el bacilo la acción momentánea de la luz y del aire que tienen acceso en la cavidad peritoneal durante la operación y por lo tanto la escasa influencia que pueden tener sebre el proceso local, que como es sabido depende de ese ajente patógeno.

Nolen, piensa lo mismo que Mosetig-Moorhof, y las conclusiones que saca de sus observaciones, son mas ó menos las siguientes: Dice, que en la investigación de la acción curativa de la laparotomía, hay que tener en cuenta dos factores: por una parte la evacuación del líquido ascítico y las alteraciones circulatorias consiguientes, y por la otra la acción del aire, con sus propiedades físicas, químicas y bacteriológicas.

No cree que sea la luz, puesto que no tiene ninguna base racional, ni tampoco cree que sea debido á las manipulaciones que se hacen en el vientre durante la operación, pués segun él, en muchos casos, en que no se hizo sino poca ó ninguna manipulación, el resultado fué el mismo; ni tampoco piensa que sea la evacuación total del líquido ascítico, por que en casos en que se practicó la punción con insuflación de aire en que quedaba parte del líquido, la cura-

ción se hacía lo mismo. Finalmente, dice que lo único que queda, es la acción altamente benéfica del aire, como lo demuestran sus tres observaciones, en que no se reprodujo la ascítis. Dos curaron y una murió á consecuencias de una enterítis tuberculosa.

Nolen y Mosetig-Moorhof, aconsejan emplear este método de tratamiento, en la peritonítis tuberculosa á forma ascítica y que solo en el caso de que no diese resultado, se recurrirá á la laparotomía (véase tratamiento).

Poncet opina que el lavaje de la cavidad peritoneal con cualquiera de los antisépticos conocidos, como así también los polvos antisépticos, tienen una acción irritante sobre la serosa peritoneal, que provocan una inflamación aséptica que viene á reemplazar á la inflamación producida por el bacilo de Koch.

Pero Follet (de Lille), no vé en las sustancias antisépticas, la benéfica acción que Poncet les atribuye, puesto qué, según él, la laparotomía que viene empleando con buen resultado desde hace 10 años, contra la peritonítis tuberculosa, no obra sinó como tal, pués, con ó sin lavaje antiséptico, con ó sin algunos gramos de yodoformo, el resultado es el mismo.

Nosotros pensamos que si alguna influencia puede tener el lavaje, no es por las sustancias antisépticas que contiene, por qué con el agua esterilizada, se llega al mismo resultado, sinó, que hay que buscarla en la alta temperatura del líquido (45° más ó ménos) que sirve para el lavaje; pués, es sabido que bajo la acción calorífera, los vasos se dilatan,

la circulación se acelera, el corazón recupera su energía, etc., y de este modo, contribuye á ayudar aitamente al traumatismo operatorio para el trabajo de la curación de la peritonítis específica.

Buenos Aires, Agosto 20 de 1895.

JUAN FERRARI.

OBSERVACIONES

DE LOS

Hospitales: Rawson, Clínicas, Militar, Rivadavia,

Francés,

de Niños de San Luis Gonzaga, Italiano,

Casa Municipal de Aislamiento

y Clínica Quirúrgica del Dr. Llobet

CON

12 Curaciones y 3 Muertes

OBSERVACIÓN I

Operador. — Doctor Angel J. Villa.

Manuela L. de Barral, española, casada, de 23 años de edad, de profesión cocinera, entró al Hospital Rawson el 14 de Noviembre de 1894.

Antecedentes hereditarios. — Sus padres viven y son sanos.

Antecedentes personales. — Sarampión á los 7 años, despues ha sido siempre sana. Ha tenido dos hijos; el primero sano, el segundo nació á los 7 meses de embarazo, enfermo y falleció tres meses después.

Su marido ha sido enfermo del aparato respiratorio, siempre lo ha observado con tos tenaz y sudores nocturnos, habiéndose enflaquecido de un tiempo á esta parte.

Cuando entró al Servicio de Cirujía, sala 7ª cama N.º 9, hacia remontar á seis meses el principio de su enfermedad. En dicha época, notó que diariamente aumentaba de volúmen su vientre.

Este fenómeno empezó á declararse seis meses después de su último parto. Junto con el agrandamiento del abdómen, sintió dolores vagos é intermitentes, sin localización propia en la cavidad abdominal.

El día que la examinamos, dedicándonos preferentemente al sitio aparente de la lesión, observamos á la inspección; un abdómen voluminoso que no estaba en relación con el estado general de la paciente. La línea alba pigmentada y las rugosidades demostraban la existencia de antiguos embarazos. La forma del vientre era la del batracio, la cicatriz umbilical hacía prominencia. En las diversas posicio-

nes que se la hacía colocar, cambiaba la forma del vientre, siguiendo las leyes de la gravedad, lo que nos hacía pensar en un líquido no enquistado en su interior.

La palpación suave, se hacia sin que la enferma acusara mayor dolor, no así la profunda que le causaba dolores algún tanto considerables.

Había en todo el bajo vientre, franca sensación de flote.

Desde el púbis, hasta una línea horizontal, que pasara al nivel del ombligo, la percusión era mate, por encima de dicha linea había timpanismo exagerado.

Su estado general dejaba mucho que desear, el color verdoso de sus escleróticas y la palidez acentuada que presentaba su tegumento externo, demostraban el estado clorótico de la enferma.

La temperatura decía lógicamente que algún proceso inflamatorio, quizás purulento, se desarrollaba en su organismo, la exacerbación de uno y dos grados que experimentaba todas las noches lo ponía en evidencia.

Su pulso era: regular, igual y de pequeña tensión. En el primer tiempo de la mitral había un ligero soplo, que moría donde nacía y que era producido por el estado hidrémico de su sangre.

En el aparato respiratorio, esceptuando una respiración algo soplante del pulmón derecho, nada se notaba de anormal.

Su aparato genital, funcionaba fisiológicamente.

El apetito era escaso, la digestión se hacia bien. Las evacuaciones alvinas se hacían con irregularidad, siendo frecuentes algunas veces y retardadas otras.

Una punción hecha en la fosa ilíaca izquierda, dió un líquido de consistencia ligeramente siruposa y de una coloración citrina.

La sintomatología que antecede, nos hizo pensar en una afección del vientre, que teniendo en cuenta la marcha que ella había seguido y el padecimiento de su marido, se trataría probablemente de una peritonítis tuberculosa, que se hubiera producido por propagación del aparato genital.

Pocos dias después de la punción esploradora, se le extrajeron tres mil gramos de un líquido, que presentaba el mismo aspecto que el anterior.

Algunos días después, teniendo en cuenta que el estado general de la enferma se empeoraba diariamente y que el líquido se había reproducido rápidamente, el Dr. Villa, resolvió intervenir haciendo la laparotomía esploradora infra-umbilical.

Incindidas las diversas capas, se derramó gran cantidad de líquido, de la misma naturaleza de los extraídos antes; aparecieron las ansas intestinales sembradas de millares de granulaciones tuberculosas, siendo de notar que á medida que descendía, uno hácia la pequeña pélvis, aumentaban de una manera extraordinaria, encontrándose el útero y las trompas materialmente cubiertos de tubérculos. El diagnóstico de tuberculósis peritoneal propagado por el aparato genital, estaba pués plenamente confirmado. Ligeras adherencias exístían entre algunas ansas intestinales, el útero y las trompas.

Se hizo un lavaje abundante con agua boricada al 4 %, empleando 10 litros de líquido y después, se cerró la herida á tres planos superpuestos.

La mejoría consecutiva á la intervención, no se hizo esperar. Desde ese día, desapareció la temperatura, volvió el apetito, las funciones gastro-intestinales se hicieron fisiológicas y desapareció su soplo anémico de la mitral.

A los 7 dias después se sacan los puntos de sutura y se observa que la herida ha cicatrizado por primera intención.

Cierto tiempo después, sale de alta muy mejorada. Dos meses después, se tienen noticias de esta enferma y se sabe que goza de un estado general excelente.

OBSERVACIÓN II

Operador. — Doctor Andrés F. Llobet.

Ireneo Puljade, argentino, de 19 años de edad, dependiente de comercio, entró á la Clínica Quirúrgica del Dr. Llobet el 20 de Setiembre de 1894.

Antecedentes hereditarios. — Sus padres viven. La madre es reumática. Al padre se le ha comprobado la existencia de un carcinoma del hígado. Hace proximamente dos meses que se le murió una hermana de neumonia.

Antecedentes personales. — Cuando niño tuvo llagas á la garganta y sarampion. No ha tenido enfermedades venéreas.

Principio de la enfermedad. — Hace seis meses que empezó á sentir dolores al vientre, sobre todo al nivel del ombligo, que se irradiaban á cada lado del abdómen, con preferencia hácia el izquierdo. Estos dolores aumentaban á la presión, así como la marcha, la risa fuerte, el estornudo y la tos los exacerbavan tambien.

Ingresa á la clínica, con el cuerpo inclinado hácia adelante al caminar, por los dolores del vientre, que le obligaban á tomar esta actitud. Tiene poco apetito y padece de constipación. Duerme poco; ha sufrido antes de insomnios. Se queja de palpitaciones y de distensión estomacal después de comer. Su peso era de 49 ½ kilos á su entrada. El examen abdominal, permite comprobar una sub-matitez, en casi toda la región abdominal. En la región del ciego hay un poco de sonoridad.

A la presión, que es dolorosa, se nota el vientre renitente y alguna vaga fluctuación como indicio de existir líquido.

Aparato respiratorio. — Solo un poco de obscuridad en el vértice izquierdo.

Desde su entrada presenta ligeras reacciones febriles vesperales.

Operación. — El 10 de Octubre (1894) se hizo una incisión sub-umbilical de 0,12 centímetros en la línea media. El peritoneo que tapizaba los intestinos estaba sembrado de granulaciones tuberculosas. El líquido ascítico que salió era amarillento (unos 500 gramos). Habia algunas adherencias entre el epiplón y la pared abdominal, notándose una mas resistente al nivel del hígado. Se lavó á gran agua la cavidad abdominal con una solución de ácido bórico caliente al 4 %, prévia ruptura de las adherencias. Se cerró la herida abdominal á varios planos de sutura. La herida, cicatrizó por primera intención.

Después de la operación, mejora el estado general, el vientre se hace corriente, los dolores abdominales desaparecen y apenas siente pequeño dolor epigástrico al toser, estornudar ó al hacer movimientos violentos. Vuelve el apetito. La temperatura se hace normal, no pasando de 37º 2.

El enfermo salió mejoradísimo el dia 3 de Noviembre del mismo año y fué mandado al campo.

Volvió después el 13 de Diciembre (94) por un tumor situado al nivel de la quinta vértebra dorsal; doloroso á la presión profunda; fluctuante; sin cambio de color en la piel; del tamaño de un huevo de pato. En esta fecha, sin embargo, su estado general es muy bueno. No siente nada en su vientre y todos los demás síntomas de que se quejaba antes, dice que han desaparecido.

El tumor, era un abceso frio, que se abrió con el bisturí, se raspó y se extrajo un pequeño secuestro de la apófisis espinosa de la misma vértebra. Se curó por segunda intención. Sale de alta completamente restablecido el 20 de Febrero de 1895.

Hemos visto al enfermo el 1º de Marzo y había aumentado 6 kilos y el 16 de Abril nuevamente lo vimos y pesaba 59 kilos, es decir 9 ½ kilos mas que cuando se le hizo la laparotomia.

OBSERVACIÓN III

Operador. — Doctor Carmelo Dus Calderon.

Luis Figueroa, argentino, de 26 años de edad, de profesion carrero, soltero, entró al Hospital Rawson el 1º de Abril de 1894.

Antecedentes hereditarios. — Su madre vive y es sana. Su padre murió cuando él era muy niño.

Antecedentes personales. — A los 8 años tuvo viruela. Hace tres años tuvo una fiebre ligera de la que curó à los 8 dias. Poco tiempo despues sufrió un golpe, por una rueda de carro, siendo apretado en la región lateral derecha del tórax entre la rueda y un porton.

Mas tarde recibió otro golpe de bastante consideración. Hace un año próximamente, que á consecuencia de una gran indigestión, tuvo vómitos y diarrea que han persistido hasta el mes de Octubre del año pasado. Desde entónces ha quedado con anorexia y lo poco que come, lo digiere con mucha dificultad, como así tambien, empezó á sentir dolores en el vientre que le han continuado hasta el presente.

Hace dos meses y medio, que ha notado que su vientre aumenta de volúmen y que los dolores y la inapetencia tambien se han exagerado.

Hace unos ocho meses que empezó á tener tos seca, de dia muy poco y de noche mas. Ha tenido épocas de sufrir de dispnea mas ó menos intensa.

Estado actual. — Aparato digestivo: labios, encias y paladar bastante anémicos, lengua saburral en la base.

La región epigástrica, á la inspección, está mas abovedada que el estado normal. A la palpación, es dolorosa, inclusive el hipocondrio derecho; se toca un tumor de consistencia dura, que baja hasta dos traveses de dedo del ombligo en la línea media y desborda las falsas costillas, y la

macicez se continua hácia arriba, hasta el borde superior de la quinta costilla.

El bazo está normal. El abdómen un poco aumentado de volúmen en todos sus diámetros. Es doloroso á la presión. Se tocan en la línea média, á la altura del ombligo unas masas compactas, que parecen estar muy cerca de la insercion del mesenterio. En la fosa ilíaca izquierda se percibe claramente el clapotement.

Las funciones intestinales son fisiológicas.

Aparato respiratorio. A la inspección, se observa un poco mas abovedado el costado derecho, que el izquierdo; al mismo tiempo, son menos ámplios los movimientos respiratorios en el lado derecho que en el izquierdo; las vibraciones torácicas, disminuidas en la base del pulmon izquierdo y casi abolidas en la base del derecho. A la percusión, un poco sub-mates ambos vértices y muy mates las bases, en particular la derecha. A la auscultación, se perciben crujidos con respiración soplante en el vértice derecho, desaparición del murmullo vesicular en el izquierdo (base); ligeros frotes se perciben en la línea axilar derecha durante la inspiración. Hay pectoriloquia áfona de Bacelli en el pulmon derecho. Por delante un poco de timpanismo (sonido skódico de Trousseau) en la fosa sub-clavicular derecha; sub-matitez en la izquierda; espiración soplante y muy prolongada en ambas; no hay rales.

Aparato circulatorio. — Pulso igual, regular, frecuente, de débil tensión.

Aparato central. — Parece oirse un ligero soplo sistólico en la tricúspide. No hay soplo en las yugulares ni en las femorales.

El tegumento externo tiene un tinte terroso (Blafard); las conjuntivas anémicas.

Aparato urinario — La coloración de la orina acentuadamente roja, un poco de disuria y ardor en la vejiga al orinar.

El 6 de Abril se le saca con el aspirador Potain cuatro litros de un líquido de color amarillento y acto continuo se

le inyecta una solución tíbia de ácido bórico al 4 %, hasta que el líquido sale claro. Ulteriormente se le hacen varias punciones, las que resultan ser blancas. Se le dan tónicos y se le aplican revulsivos en el costado derecho por pleurítis.

Como el enfermo seguía más ó ménos en el mismo estado, se resolvió el 6 de Mayo (1894) intervenir. Prévia desinfección del campo operatorio y antisepsia del abdómen, se hace una incisión sub-umbilical de 12 cm. y se llega por planos, después de incindir la línea blanca, hasta el peritoneo, adonde se hace un ojal y metiendo una sonda acanalada por sobre de ella se incinde hasta el ángulo inferior de la herida. Se observa que el peritoneo visceral está fuertemente adherido al parietal, este último tiene mucho espesor. Todas las ansas intestinales se encuentran unidas por gran cantidad de adherencias. Ha habido necesidad de romper muchas de ellas, las que dan sangre, al principio poca, pero más tarde se hace bastante abundante; se consigue cohibirla al poco rato. Se observa también, que el tumor situado en el hueco epigástrico es el epiplón gastrocólico considerablemente aumentado de volúmen. Al mismo tiempo, se tocaron los ganglios mesentéricos muy hipertrofiados. El bazo y el hígado están grandes. Se lava ampliamente toda la cavidad, (la que se encuentra sembrada de una infinidad de granulaciones tuberculosas), con agua salada esterilizada al 6:1000 y después se cerró la cavidad á planos superpuestos. Se le hizo curación antiséptica, se le colocó mucho algodón y gran vendaje de franela. Dos horas después de la operación, se le hace una dermoclísis de cloruro de sodio al 6 °/₀₀, en las regiones sub-claviculares. 250 gramos en cada lado. Inyecciones de cafeina y de éter sulfúrico, se le aplican varias, durante y después de la operación. Se hizo el sondaje de la vejiga ántes y durante la operación.

Se le dá á tomar, café con coñac helado y una píldora de 1 centígramo de opio cada dos horas.

Dia 7 de Mayo — Pulso 110. Respiraciones 24. Temperatura oscila entre 38.5 y 36.8. Se encuentra muy aliviado.

8 de Mayo — Pulso 115. Resp. 20. Temp. ha fluctuado entre 38 y 38.4 El café que ha tomado esta mañana, lo ha vomitado. Se siente muy mejorado. No tiene tos.

Mayo 9 — Pulso 120. Resp. 18. Temp. 36.5. Ha dormido tranquilo toda la noche. Hay un poco de paresia del pié derecho. Empieza á tener un poco de apetito.

Mayo 10 — Pulso 112. Resp. 16. Temp. 37.5 á 36.6. Ha dormido poco y se encuentra un poco caído. No hay vómitos. Se le dá una píldora con dos centígramos de podofilina y dos centigramos de belladona, la que le provoca tres evacuaciones. Con esto, mejora un poco el estado general.

Mayo 11 — Pulso 120. Resp. 20. Temp. entre 35.8 á 38. Se encuentra más alegre y pide de comer. Se le dá abundantemente leche y café con coñac.

Mayo 12. — Pulso 128 — Resp. 20 — Temp. 37,3. Ha amanecido con mucho apetito pero está muy decaido. Se le dá caldo dos veces con un huevo. Se le cambia la curación sin sacarle todavia los puntos.

Mayo 13. — Pulso filiforme 132 — Respiración superficial 16 — Temp. 35,5. — Una postración profunda se ha apoderado del enfermo.

Mayo 14. — Pulso rápido 136 — Resp. 15 — Temp. 36 á las 7 a. m. y 35,2 á las 12½ p. m. Estado general pésimo, no tiene fuerzas para hablar. — Muere tranquilo á la 1.30 p. m.

Autopsia el 15. La herida abdominal se vé, que ha curado perfectamente por primera intención, después de haberle sacado todos lss hilos que ella contenia.

Cadáver de estatura regular — demacración acentuada — tinte Blafard de todo el tegumento externo. Se hace una incisión del menton al púbis y otra trasversal uniendo las dos espínas ilíacas antero-superiores. Al querer desprender el peritoneo parietal, cuesta mucho desprenderlo del vis-

ceral; el parietal está muy engrosado. Toda la serosa peritoneal sin excepción está sembrada de gran cantidad de granulaciones miliares. En la parte mas declive del abdómen hay unos 800 gramos de un transudado hemorrágico. Los intestinos están todos unidos por adherencias de nueva formación, formando un gran bloc. El hígado está muy grande y blando (degeneración grasa). — Bazo grande y friable — Riñones normal — Vejiga id.

Aparato respiratorio. — Los dos pulmones no presentan niguna alteración anátomo-patológica, solo un poco anémicos. — La cavidad pleural derecha está ocupada por unos dos litros de transudado hemorrágico y la pleura de éste lado, estaba llena de granulaciones tuberculosas. — El diafragma muy adherido á la pleura y al hígado. El pericardio contiene un poco de transudado sanguineo — Está descolorido — No hay coágulos fibrinosos ni alteración valvular.

El cerebro está muy anémico y contiene en sus ventrículos mucho líquido céfalo-raquídeo.

OBSERVACIÓN IV

Operador. — Doctor Enrique Bazterrica

Cecilia Murat, de 25 años de edad, francesa, casada, de profesión cocinera, entró al Hospital de Clínicas á ocupar la cama N.º 15 de la sala Xª el dia 18 de Noviembre 1894.

Antecedentes personales. — Primera menstruación á los 14 años, 3 dias de duración, cantidad regular, muy dolorosa. Casada á los 24 años; al año tuvo un hijo que nació muerto, parto difícil.

Principio de la enfermedad. — Tuvo su comienzo después del parto, empezando por chuchos y fiebre, seguida de dolores en el bajo vientre y en las caderas con aparición de flujo blanco.

La duración como la cantidad de sangre de las reglas han aumentado, teniendo hace tres meses hemorragias fuera de las reglas.

Micción y coito dolorosos.

Exámen de la enferma. — Utero en látero versión — cavidad 7 centímetros — orificio entreabierto — en el lado derecho se palpa un tumor que hace cuerpo con el útero, continuándose en el fondo de saco posterior; es poco doloroso — en el lado izquierdo y posterior se palpa otro tumor mas pequeño y doloroso.

Operación – Diciembre 16 de 1894. — Incisión de 10 centímetros. Se encontró el peritoneo parietal y visceral, así como la pequeña pélvis invadidos por nódulos grises aislados en unas partes, aglomerados en nódulos mas grandes en otras. Se resolvió cerrar el vientre.

Dia 24 de Diciembre. — Se sacan los puntos de sutura. La herida habia cicatrizado por primera intención.

La enferma sala de alta, al poco tiempo, muy mejorada.

Seis meses después el Dr. Molinari encuentra en la calle á ésta enferma la que le manifiestó su agradecimiento por los cuidados de que habia sido objeto en la sala del Dr. Bazterrica y al mismo tiempo le dijo que ya se consideraba sana. En efecto, su estado general era excelente.

OBSERVACIÓN V

Operador. — Doctor José F. Molinari

Juana Viale, 68 años de edad, italiana viuda, q. d., entró al Hospital de Clínicas el dia 5 de Enero de 1895 á ocupar la cama N.º 3 de la sala Xª de Ginecología.

Antecedentes personales. — Tuvo su primera menstruación de los 14 á los 15 años, era perfectamente normal y regular. Se casó á los 20 años, habiendo sido muy sana hasta en-

tónces. Un año después, tuvo el primer parto, fué prematuro (8 meses), naciendo muerta la criatura, el parto fué normal y fácil. Tuvo después 8 partos mas de término, todos normales y de los cuales 4 nacieron muertos. Tuvo el último hace 22 años, habiendo quedado perfectamente sana, lo mismo que después de los anteriores. 37 años de residencia en Lobos.

Principio de la enfermedad. — Hace cuatro meses que empezó la enfermedad actual, por un aumento de volúmen del vientre especialmente hácia los lados. Al poco tiempo empezó á sentir dolores en todo el vientre, dolores que eran intermitentes y que la enferma compara á los del parto, aunque no tan intensos. El vientre ha aumentado paulatinamente de volúmen. Ha perdido el apetito, se ha adelgazado, tiene deposiciones diarreicas, varias veces por día. Los dolores no han aumentado.

Exámen de la enferma. — Vientre muy abultado, no hay fluctuación. A la percusión, matitez en toda la región abdominal excepto en la parte inferior derecha, donde hay una zona tímpánica. A la palpación, parece tocarse un tumor por encima de la sínfisis pubiana.

Operación. — Enero 11 de 1895 — Insición de ocho centímetros. Se encuentra la aponeúrosis y los músculos friables. El peritoneo sumamente engrosado con placas exudativas. Estas alteraciones peritoneales llegan hasta el nivel del ombligo, estando sano por encima. Mucho líquido ascítico enquistado entre las ansas intestinales rodeadas de exudados. Al nivel de la fosa ilíaca derecha, habia una zona sin líquido, ocupada por ansas intestinales.

Se desprenden las adherencias intestinales de la pared abdominal y prévia toilette, se suturó la herida á tres planos superpuestos.

Enero 21. — Se sacan los puntos de sutura. Cicatrización por primera intención.

Febrero 6 de 1895. — Sale de alta mejorada.

OBSERVACIÓN VI

Operador. — Doctor Enrique Bazterrica

Francisca Vega, argentina, 26 años de edad, casada, mucama, entró al Hospital de Clínicas el dia 15 de Mayo de 1895 á ocupar la cama Nº. 4 de la sala Xª de Ginecología.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes individuales. — Primera menstruación á los 16 años. Tuvo sarampión á los 18.

Principio de la enfermedad. — Hace cosa de 4 años, empezó á sentir frecuentes dolores en el epigastrio acompañados por vómitos frecuentes, que con un tratamiento médico desaparecieron al cabo de 7 meses. Sin embargo, hará cosa de dos años aparecieron de nuevo acompañándose también de diarrea; entró entónces al Hospital Rivadavia, donde se le hizo un raclaje, saliendo al cabo de un mes muy mejorada aunque la menstruación se hacía irregular. De dos meses á ésta parte, ha empezado á sentir dolores en el hipogastrio y al mismo tiempo ha notado un aumento de volúmen del vientre. Constipación.

Estado actual. — General: regular. — Al exámen, parecen los anexos de ambos lados formar una masa compacta de límites inciertos. Ligeramente doloroso á la palpación el hipogastrio. Tiene vómitos y constipación.

Operación. — Junio 7 de 1895. — Incisión de 7 centímetros, en la línea media, empezando á la altura de la cicatriz umbilical, que se deja á la derecha de la herida. Se reseca el eplipón haciéndose ligadura con seda y se penetra en la cavidad abdominal, encontrándose los intestinos formando una masa, por múltiples adherencias que se extienden tambien al útero y anexos; en la superficie intestinal se notan numerosas granulaciones tuberculosas, en vista de ésto, se desprenden algunas adherencias de ansas intestinales, se hace la toilette del peritoneo y se cierra la herida

con dos planos de catgut, abarcando el peritoneo, músculos y aponeurosis. Plano cutaneo con crin y curación.

Junio 7. — 6 p. m. — Vientre doloroso y vómitos. Pulso algo débil. Temperatura 36.8.

Junio 8. — Siguen los dolores. Temp. 36.8. Pulso regular.

Junio 9. — Hay dolor al vientre. Temp. 36.6. Pulso 68.

Junio 10. — Vientre algo doloroso. Se cambia la curación, encontrándose la herida bien. Temp. 36.6.

Junio 11. — Sigue bien. Temp. 36.8 Pulso regular.

Junio 12. — Ha habido vómitos aunque pocos. Temp. 36.6. Pulso 64.

Junio 13. — Se renueva la curación. Hay algo de dolor al vientre. Temp. 36.8.

Junio 14. — Temp. 37.

Junio 15. — Se sacan los puntos de sutura. Cicatrización por primera intención. Temp. 37.

Junio 16. — Sigue bien. Se le dá pildoras de creosota, yodoformo. Temp. 36.8.

Sale de alta poco tiempo después, sumamente mejorada.

OBSERVACIÓN VII

Operador. — Doctor Pascual Palma.

Eugenio Carrizo, argentino, de 23 años de edad, soltero entró al Hospital Militar el 17 de Mayo de 1895 á ocupar la cama Nº 6 de la sala 4ª.

Antecedentes hereditarios. — El padre falleció de neumonia. La madre de parto. Tiene cinco hermanos que padecen de los pulmones.

Antecedentes individuales. — Cuando niño sarampión y viruela. — El 93 fiebre intermitente. — El 94 reumatismo. — Blenorragia en Octubre del año pasado. — Frecuentes resfrios. No es alcoholista ni ha tenido sífilis.

En Abril del corriente año, ingresó á este Hospital, tomando cama en la sala 8ª, donde se asistió de una neumónia y salió de alta muy mejorado, hace unos 15 dias, para volver á ingresar el 17 de Mayo.

Desde hace unos 10 dias, siente escalofrios, fiebre, cefalalgia, decaimiento general, anorexia, sed, dolores punzantes en todo el abdómen especialmente en el epigastrio.

Estado actual. — Lengua saburrosa y húmeda, abovedamiento y timpanismo abdominal, dolor espontáneo y á la presión. No se nota aumento de volúmen ni del hígado ni del bazo, sed, anorexia, constipación, la noche anterior tuvo vómitos biliosos, pulso algo frecuente.

Mayo 29. — Piel pálida y seca, nariz afilada, círculo obscuro alrededor de los ojos, lengua saburrosa, sed, anorexia, diarrea – timpanismo abdominal (excepto en la parte inferior donde hay un poco de submatitez) que invade el sitio de la matitez del hígado, abovedamiento abdominal y bastante dolor á la presión, bazo normal — pulso lento, regular é igual, tos, abotagamiento intelectual.

Junio 2. — Lengua saburrosa. No hay dispnea. Abovedamiento y dolor espontáneo y á la presión en el abdómen, el que se encuentra timpánico á la percusión. Cuando se hace cambiar de posición al enfermo, se nota que en las partes declives hay un poco de matitez. Tiene sudores nocturnos y tos. No tiene vómitos. Hay un poco de submatitez en el vértice del pulmon izquierdo.

Junio 8. — Se le dá un purgante de calomel con aceite de ricino.

Junio 9. — Se le practica la laparotomía. El Dr. Palma ayudado por el Dr. Gutierrez y los practicantes Acuña y Gonzalez, prévia anestesia clorofórmica, hizo una incisión infra-umbilical, de 10 centímetros, abrió la cavidad peritoneal y se encontró con el peritóneo parietal y visceral cubiertos de granulaciones tuberculosas y que múltiples adherencias existían entre las ansas intestinales y el epiplón. Se limitó á romper unas que otras adherencias, á hacer un ligero lavaje y á cerrar la cavidad abdominal con tres planos de sutura.

Junio 17. — Se sacan los puntos de sutura y se observa que los bordes de la herida se abren hasta la capa muscular, estando esta última perfectamente cicatrizada y que sale un poco de pús. Se le hace una buena curación ordinaria.

Desde ese dia se repiten las curaciones diariamente. La supuración desaparece el 23 de Junio y al mismo tiempo se nota que el plano muscular presenta botones carnosos rojos.

La herida se cierra por segunda intención el 25 de Julio.

He tenido la oportunidad de ver á este enfermo el 11 de Agosto, el que se encuentra todavía en el Hospital y nos dijo estar casi completamente restablecido de su enfermedad.

OBSERVACIÓN VIII

Operador. — Doctor Jorge Laure

Nohemie Picareau, francesa, 18 años de edad, soltera, q. d., 7 años de residencia en el país, entró el 15 de Enero de 1895 al Hospital Francés á ocupar la cama N.º 17 de la sala Iª de Ginecología.

Antecedentes hereditarios. — Tiene padre y madre sanos. Una hermana idem.

Antecedentes personales. — Tuvo sarampión á los 2 años. Viruela á los 5 años. Pleuresía á los 15 años.

Principio de la enfermedad. — En Octubre de 1894 comenzó á experimentar dolores vagos en todo el abdómen y muy especialmente hácia el lado derecho, mal estar general, diarreas alternadas con constipación, uno que otro vómito, anorexia. El vientre aumentaba de volúmen como así tambien los dolores.

Al entrar al Hospital, su debilidad y su enflaquecimiento eran notables, sentía dolores en el vientre predominando en la fosa ilíaca derecha, tenía sudores nocturnos, fiebre entre

38º y 39º. A la inspección del obdómen — se observa un gran abovedamiento en la región ilíaca y del vacio derecho. A la palpación — empastamiento y fluctuación en dichas regiones y matitez á la percusión.

El 23 de Enero de 1895, el Dr. Jorge Laure ayudado de su practicante A. Ferrari hizo una incisión de 8 centímetros, sobre el punto de mayor fluctuación (laparotomía lateral), se encontró con una gran colección purulenta enquistada, gran lavaje con una solución caliente de ácido bórico al 4 % y con cloruro de sodio al 6 º/oo y drenaje con gasa yodoformada.

Se le hacen lavajes diarios con agua boricada al 4 º/o y curación ordinaria con drenaje de gasa yodoformada.

A los 15 dias después de la operación se suprime el drenaje y la enferma empieza á levantarse.

La fiebre desciende el mismo dia de la operación á 36.5 y se mantiene más ó ménos en la normal durante el tiempo que permaneció en el Hospital. Los dolores se suprimieron, su apetito volvió y su estado general fué progresando de tal modo que al mes de la operación se encontraba bastante fuerte y aumentada en carnes.

Tuve ocasión de ver á ésta enferma el dia 8 de Junio del corriente año en el Hospital Francés, la cual había venido á hacerse curar de una fistulita que le habia quedado como resto de la operación; su estado general era excelente: gruesa y robusta.

OBSERVACIÓN IX

Operador. — Doctor Jorge Laure

María Chartré, francesa, 31 años, casada, de profesión costurera, entró al Hospital Francés en los primeros dias de Enero de 1894 á ocupar la cama Nº 6 de la sala Iª de Ginecología.

Antecedentes hereditarios. — Buenos.

Antecedentes personales. — Buenos.

Principio de la enfermedad. — Empezó á fines de Setiembre del año 1893, á sentir dolores fuertes en el vientre, con diarreas alternadas de constipación, malestar general, pérdidas de fuerzas, aumento de volúmen del abdómen. Este estado fué acentuándose cada dia más, hasta verse obligada á entrar á este servicio en busca de curación.

Exámen. — El vientre muy abovedado, empastamiento, doloroso á la presión, submatitez.

El estado general poco satisfactorio — enflaquecimiento, fiebre, sudores nocturnos.

Operación [1]). — El Dr. Jorge Laure practica prévia cloroformización y antisepsia del campo operatorio, una incisión infra-umbilical de 8 centímetros; abierta la cavidad peritoneal observa que el peritóneo parietal y visceral estaban cubiertos de granulaciones tuberculosas y que las ansas intestinales y el epiplón formaban masas adherentes las unas á las otras. Con gran paciencia el Dr. Laure desprendió unas cuantas adherencias, hizo en seguida un buen lavaje de la cavidad peritoneal con una solución de ácido bórico al 4 %, insufló yodoformo y cerró la herida abdominal á tres planos de sutura.

A los 7 dias, se sacan los puntos de sutura, pero se abre la herida en sus dos puntos inferiores por donde sale un poco de púS. Se le hacen curaciones diarias y el 20 de Febrero la herida estaba completamente cicatrizada. Dos meses después de la operación sale de alta completamente mejorada.

---

[1]) El 25 de Enero de 1894.

OBSERVACIÓN X

Operador. — Doctor Enrique Bazterrica.

R. M., argentina, de 23 años de edad, casada, profesión q. d., entró al Hospital Rivadavia á ocupar una cama en la Sala de Ginecologia.

Antecedentes hereditarios. — Tuvo su primera menstruación á los 14 años siendo éstas normales. Casada á los 18 años ha tenido un parto à los 19 años y algunos meses depués un aborto de 4 meses.

Principio de la enfermedad. — Hace un año próximamente que comenzó á sentir dolores al vientre, sobre todo en la región umbilical; vómitos frecuentes y alternativas de diarrea y constipación. Hace 6 meses sintió aumentarse de pronto sus dolores abdominales; tuvo vómitos pertinaces; el vientre se timpanizó, teniendo que guardar cama durante 1 mes. Mejorada de este ataque, quedó el vientre muy sensible sobre todo á la presión, dificultándole los movimientos; haciéndose notar la formación de un tumor en la región lateral derecha del abdómen.

Estado actual. — La enferma está considerablemente demacrada; los dolores del vientre le incomodan muchísimo. El termómetro oscila entre 38,5 y 39 por la tarde, con remisiones matinales que llegan á la normal. Vientre timpanizado y bastante sensible; vómitos y diarrea. A la palpación se comprueba un tumor redondeado, elástico y algo renitente, del tamaño de una cabeza de feto, situado en la región lateral derecha del vientre á la altura del ombligo — se percibe aunque no claramente fluctuación.

El útero y anexos normales. Hígado sin alteración aparente. Pulmones — El vértice del pulmon izquierdo presenta matitez á la percusión y rales sub-crepitantes finos á la auscultación.

Pulso. — Pequeño y frecuente.

Tiene tos y expectoración abundante. El exámen microscópico del esputo revela la existencia del bacilo de Koch.

Se diagnosticó, peritonítis tuberculosa enquistada.

Operación. — Abertura del vientre en la línea média; se encontró al peritóneo parietal sumamente espesado, abierto éste se dió sobre una cavidad conteniendo como 800 gramos de un líquido sanguinolento. La cavidad estaba formada por la pared anterior del abdómen y los intestinos adheridos entre sí. El epiplón estaba degenerado, grueso, duro y flotaba en el líquido ascítico que era abundante dentro de la cavidad peritonal. Toda la serosa peritoneal como las ansas intestinales estaban cubiertas de granulaciones tuberculosas.

Resección del epiplón y sutura de la herida abdominal.

La temperatura descendió á 37 y 37,5 á la tarde. Los dolores desaparecieron y el estado general de la enferma era muy satisfactorio dos meses después de la operación.

OBSERVACIÓN XI

Operador. — Doctor Domingo Sasso

Elisa Raffo, italiana, de 46 años de edad, profesión q. d., entró al Hospital Italiano el 14 de Enero de 1895 á ocupar la cama N.º 3 de la Sala 17.

Su enfermedad actual, empezó hace tres meses.

Diagnóstico. — Salpingo-ovarítis tuberculosa doble. Complicación, celulítes pelviana.

Pronóstico. — Fatal, pués su estado era muy malo.

Operación. — Con muy pocas esperanzas de salvarla, se practica la laparotomía el 27 de Enero de 1895 y muere al dia siguiente de la operación.

OBSERVACIÓN XII

Operador. — Doctor Alejandro Castro

N. N. de 4 años de edad, argentino, entró al Hospital de Niños de San Luis Gonzaga en el mes de Setiembre de 1894.

Estado actual. — Su estado de nutrición es regular. Abdómen muy abultado. A la palpación, sensación de falsa fluctuación. Dolor abdominal espontáneo y á la presión.

Operación. — Incisión infra-umbilical en la línea media. Al abrir el peritóneo parietal, salió un poco de líquido citrino. El peritóneo parietal y visceral espesado y cubierto de granulaciones tuberculosas. Los ganglios mesentéricos estaban muy infartados, adheridos unos á otros y formando como una cadena á los lados de la columna vertebral. Se lavó la cavidad peritoneal con agua boricada al 4 %.

A pedido del padre, se dá de alta á los 4 dias después de practicada la operación. 3 dias más tarde se sacan los puntos de sutura — cicatrización por primera intención.

El estado general mejoró rápida y notablemente. Disminuyó su vientre y aumentó el apetito. Un mes después habia aumentado 1 kilo de peso.

Actualmente (1 año más ó ménos de la operación), se encuentra en muy buen estado de salud, tiene mucho apetito y no se palpan los ganglios tuberculosos. Ha seguido durante todo este tiempo un régimen reconstituyente (aceite de hígado de bacalao y tónicos).

OBSERVACIÓN XIII

Operador. — Doctor José Penna

José Perez, español, de 18 años, soltero, mucamo, vacunado en la infancia, con dos años de residencia en el país,

entró á la Casa Municipal de Aislamiento, el 27 de Noviembre de 1893.

Antecedentes personales. — Sarampión é influenza.

Hace cinco dias que está enfermo. Su enfermedad, empezó con cefalalgia intensa, y fuertes dolores abdominales, escalofrios repetidos, vómitos, diarrea, pérdida de fuerzas y malestar general.

Estado actual. — M. T. 40°.4. P. 110. R. 32. T. T. 39.7. P. 104. R. 30. Lengua saburrosa en el centro, de punta y bordes rojos, sed intensa, diarrea amarilla, escasa y fétida (vá muchas veces al sillón pero de cada vez hace poco), la diarrea tiene aspecto de huevo cortado.

Estado general regular, estupor y adinamia.

Abdómen timpanizado, dolor espontáneo exasperado por la presión en la fosa ilíaca izquierda é hipogastrio; éste dolor disminuye á medida que se aleja de la línea media para desaparecer á la derecha. En todo el sitio doloroso el vientre está tenso y dá á la percusión un sonido obscuro, el que cambia cuando se acuesta sobre el lado derecho (se hace claro).

Corazón. — Nada que llame la atención. Pulso. — Depresible.

Facultades intelectuales abotagadas; anoche delirio; hoy subdelirio, insomnio y postración. Orina de á poco cada vez, pero repetidas veces, 500 grs. en las 24 horas, no contiene albúmina.

Tratamiento. — Baños. — Purgante de calomel 0.60 centígramos.

Dia 29. — M. T. 38.7. P. 98. R. 30. T. T. 39.4. P. 100. R. 30.

Lengua seca y desepiteliada; ha tenido un vómito bilioso. Timpanismo abdominal; el dolor es más intenso que ayer. Persiste la diarrea, la postración y el delirio.

Pulso. — Regular.

Se le hace una punción en el sitio del empastamiento, como á tres centímetros de la linea blanca á la izquierda y á 5 centímetros por encima de la espina del púbis, se

extrajo púS. Se hizo otra en la fosa ilíaca izquierda y no se extrajo nada.

Dia 30. — M. T. 38.6. P. 90. R. 30. T. T. 38.2. P. 90. R. 30.

Timpanismo abdominal, doloroso, matitez y dolor interno en la fosa ilíaca izquierda é hipogastrio. Ha dormido algo anoche, está mas tranquilo, subdelirio.

Ayer se le mandó baño de limpieza y un purgante.

Hoy se le hace la *laparotomía*. Se encuentran dos bolsas de púS, se abren y se hace un gran lavaje con una solución de ácido bórico al 4 % y un buen drenaje con gasa yodoformada.

Se le manda opio.

Dia 1º. — Se encuentra calmado. Lijero subdelirio. — Pulso bien. Movió abundantemente el vientre. Sigue con el opio.

Dia 2. — Hoy está intranquilo, el subdelirio se acentuó. Abdómen timpanizado, algo doloroso. Sigue el mismo tratamiento. Se hace un buen lavaje de la cavidad purulenta con una solución de ácido bórico al 4 %.

Dia 3. — Sigue intranquilo, hay delirio. Lengua saburral, sed, abdómen timpanizado, vómitos, hipo. Hay constipación. Se le manda Benzo-Naftol con carbón Bellocq.

Dia 4. — El timpanismo aumenta, vómitos más frecuentes, hipo, postración, subdelirio. Pulso débil.

Muere el 5 de Diciembre á las 2 ½ a. m.

OBSERVACIÓN XIV

Operador. — Doctor Antonio C. Gandolfo.

José Parise, italiano, 16 años, zapatero, vacunado, con tres años de residencia en el país, procede de la calle Rivadavia 1322. Entró á la Casa Municipal de Aislamiento el dia 13 de Diciembre del año 1895.

Antecedentes hereditarios. — Buenos.

Su enfermedad actual empezó hace un mes, sintiendo en su principio dolores ligeros en el vientre, á veces vómitos, diarrea líquida y fétida.

Estos síntomas continuaron hasta el dia de su entrada en este hospital. Se adelgazó mucho, perdió sus fuerzas á tal punto que la marcha le era imposible.

Estado actual. — El enfermo que nos ocupa, es de una constitución algo débil. Presenta á la inspección: piel seca, caliente, abdómen sumamente distendido, habiendo fluctuación y matitez en los lados.

Se hizo una punción y se extrajó un líquido seroso.

El enfermo se queja de dolores abdominales, tiene hipo y vómitos, principalmente después de tomar los líquidos. Anorexia, sed y diarrea. Ha continuado en este estado, hasta 20 dias después, en que se intervino.

Se hizo una incisión sub-umbilical de 10 centímetros, se abrió el peritóneo parietal y salió una gran cantidad de líquido citrino. El peritóneo parietal y visceral estaba cubierto de granulaciones miliares.

Ocho dias después, se sacan los puntos de sutura y la herida cicatriza por primera intención.

Su estado general después de la operación empezó á mejorar notablemente y un mes más tarde sale de alta sin ninguna novedad.

OBSERVACIÓN XV

Operador. — El autor, bajo la dirección del Doctor Lorenzo Inurrigarro

Juan Roldan, argentino, 20 años de edad, soltero, profesión — peón de campo, entró al Hospital Rawson el dia 15 de Julio de 1895 á ocupar la cama Nº 5 de la sala 2ª (Servicio del Dr. Inurrigarro).

Antecedentes hereditarios. — Su padre vive, tiene 57 años de edad y es alcoholista. Su madre vive, tiene 42 años y padece de una enfermedad crónica. Tiene una hermana que hace 16 años que está enferma. Los demás hermanos (5) son sanos.

Antecedentes personales. — Tos convulsa cuando niño. Influenza el año pasado. Se ha resfriado con bastante frecuencia. En Diciembre del año pasado, le aparecieron unos infartos ganglionares en el ángulo derecho del maxilar inferior. De estos infartos, algunos supuraron y otros han aumentado de volúmen y persisten todavía. Después le aparecieron otros ganglios más á ambos lados del cuello que actualmente son del tamaño de un huevo de paloma.

Principio de la enfermedad. — El dia 3 de Enero del corriente año, empezó á molestarlo un dolor en el vacio derecho que solo aparecía cuando hacía algun trabajo de fuerza ó un movimiento brusco. Más tarde se hizo contínuo y se extendió á todo el abdómen. Por esa misma época principió á sentir un dolor en las espaldas al nivel del omóplato; hoy lo siente continuamente. Hace tres meses que los dolores del vientre han aumentado considerablemente y su vientre se ha puesto tan sensible que cualquier movimiento ó roce de las ropas exacerban sobremanera esos dolores. A fines del mes de Abril de este año, fué atacado de una diarrea abundante, fétida, con 6 á 7 deposiciones diarias líquidas, sin sangre. En ese mes, notó tambien algunas perturbaciones en la micción y en la orina, las que se han continuado hasta la fecha; ganas frecuentes de orinar (de 15 á 20 veces por dia), poca cantidad por vez. La orina, turbia y muy coloriada. El apetito disminuyó mucho, las digestiones muy difíciles, mal gusto en la boca, tos, que no es contínua, le viene por accesos, palpitaciones cardiacas, fiebre, sudores nocturnos, cefalalgia, calambres en las pantorrillas. La diarrea se curó al mes bajo la influencia de un buen tratamiento. Pero los demás síntomas se han ido acentuando cada vez más hasta el presente.

Estado actual. — Estado de nutrición regular, tiene anorexia, sed, digestión difícil, diarrea desde hace 3 dias, es muy abundante, fétida, con 4 deposiciones diarias. Durante las deposiciones siente fuertes dolores de vientre. No tiene vómitos. Tos, sudores nocturnos, fiebre (38º2). El vientre está abovedado, muy doloroso á la presión y aún á la percusión muy superficial. A la palpación, se nota gran empastamiento. A la percusión, se obtiene gran matitéz por encima del ombligo y en la región de los hipocondrios, submatitez por debajo del ombligo y en la región de las fosas ilíacas. La piel tiene un tinte Blafard.

Aparato respiratorio. — El vértice del pulmon izquierdo, presenta á la percusión un sonido submate, á la palpación aumento de las vibraciones torácicas, á la auscultación una respiración ruda y rales sub-crepitantes secos. En la base (pulmon izquierdo) disminución del murmullo vesicular.

Corazón. — Un poco alejados los tonos cardiacos.

Pulso. — Regular, igual, de bastante tensión.

Prévia preparación del enfermo, el dia 7 de Agosto se interviene. Incisión de 10 centímetros infra-umbilical. Al llegar al peritóneo parietal, se lo incindió con mucho cuidado, pués existían íntimas adherencias con las ansas intestinales. Abierto el peritóneo parietal, se rompieron otras adherencias más. El peritóneo, las ansas intestinales estaban completamente cubiertos de granulaciones miliares, numerosas falsas membranas mantenian unidas á las ansas intestinales. Se hizo un ligero lavaje con agua boricada al 4 % (40 á 45º T.) y se cerró la herida abdominal á puntos de sutura profundos y superficiales con crin de Florencia.

Ocho dias después, se sacan los puntos de sutura y la herida cicatriza por primera intención.

Actualmente (Agosto 18) su estado general es bastante satisfactorio.

BIBLIOGRAFÍA

Münchener Medicinische Wochenschrift (1894).

Berliner Klinische Wochenschrift (1893).

Revista de Medicina y Cirujía prácticas (1895).

Semaine Medicale. — Años 1886 á 1894.

Gázette des Hôpitaux civils et militaires 1886 á 1894.

MAURANGE, — De l'intervention chirurgicale dans la peritonite tuberculeuse (1889).

SALVA, — Tesis de Córdoba (1894).

SAN GERMES, — Tesis de Buenos Aires (1892).

CHARCOT y BOUCHARD, — Tratado de Medicina (1892).

DUPLAY y RECLUS, — Traité de Chirurgie (1892).

DIEULAFOY, — Pathologie Interne (1890).

EICHHORST, — Pathologie Interne (1889).

HALLOPEAU, — Pathologie Générale (1889).

TILLAUX, — Chirurgie Clinique (1889).

KOENIG, — Chirurgie Clinique.

JACCOUD, — Dictionnaire.

DESCHAMBRE, — Dictionnaire.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Para las fracturas de poca separación, el mejor tratamiento es el de Lúcas Championnière.

II

Las inyecciones de cloruro de zinc, pueden curar el sarcocele tuberculoso.

III

En las heridas penetrantes del abdómen, debe hacerse la laparotomía exploradora.

Buenos Aires, Agosto 22 de 1895.

Sírvanse informar respecto de la admisibilidad de este trabajo, los señores Académico Doctor Rafael Herrera Vegas, Profesor Titular Doctor Julian Aguilar y Profesor Suplente Doctor Alfredo Lagarde.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
Luis M. Acuña.

Señor Decano:

Esta tesis reune las condiciones de admisibilidad.

Buenos Aires, Setiembre 3 de 1895.

R. Herrera Vegas.
Julian Aguilar. — Alfredo Lagarde.

Buenos Aires, Setiembre 4 de 1895.

En vista del informe que antecede, entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el dia en que haya de ser sostenida.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
Luis M. Acuña.