Año 1909 **Núm. 1995**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PERITONITIS CRÓNICA TUBERCULOSA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

GUILLERMO QUIJARRO

Ex-practicante menor interno del Hospital Militar (1905 á 1908)

Ex-practicante mayor del mismo establecimiento (1908 á 1909).

LAS CIENCIAS
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA
646—AVENIDA DE MAYO—646
BUENOS AIRES
1909

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

(Art. 162 del Reglamento General).

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

Dr. D. Eufemio Uballes

Vicepresidente

Dr. D. Pedro N. Arata

Académicos

1. Dr. D. José T. Baca
2. » » Rafael Herrera Vegas
3. » » Jacob de Tezanos Pinto
4. » » Eufemio Uballes
5. » » Pedro N. Arata
6. » » Roberto Wernicke
7. » » Pedro Lagleyze
8. » » José Penna
9. » » Luis Güemes
10. » » Eliseo Cantón
11. » » Enrique Bazterrica
12. » » Antonio C. Gandolfo
13. » » José M. Ramos Mejía

Secretario Académico

Dr. D. Jacob de Tezanos Pinto

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. Antonio C. Gandolfo.

Consejeros

Dr. D. Eliseo Cantón.
» » Luis Güemes.
» » Enrique Bazterrica.
» » Antonio C. Gandolfo.
» » José M. Ramos Mejía.
» » Baldomero Sommer.
» » G. Aráoz Alfaro.
» » José R. Semprún.
» » Abel Ayerza.
» » Eufemio Uballes.
» » Francisco Sicardi.
» » Telémaco Susini.
» » Nicasio Etchepareborda.
» » Eduardo Obejero.

Secretarios

Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo).
Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina).

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSE ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSE PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSE M. RAMOS MEJIA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUAN R. FERNANDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSE GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSE BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSE F. MOLINARI
línica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermat.ª Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSE A. ESTEVES
	» JOSE R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMIN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
	» RICARDO S. GOMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN
Clínica Oftalmológica	» ENRIQUE DEMARIA
Clínica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSE ARCE
Clínica Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE
	» DAVID SPERONI
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZÁRATE
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
Clínica Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSE T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica	» JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posología razonadas	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica.	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
	» UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	» J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	DR. LEON PEREYRA
	» N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

PROFESOR DR. MARIANO ALURRALDE

CATEDRÁTICO SUSTITUTO DE CLÍNICA NEUROLÓGICA

Á LA MEMORIA DE MI PADRE, DR. ANTONIO QUIJARRO

Á LA MEMORIA DE MI HERMANO, JOSÉ ANTONIO

Señores consejeros:

Señores profesores:

Comparezco sereno ante vosotros á cumplir con un deber impuesto por los reglamentos de esta ilustre casa, porque confío en la benevolencia con que sé que habéis de juzgar este modesto trabajo inaugural, requisito indispensable para llegar al ansiado término de mi carrera universitaria y obtener en recompensa de tantos esfuerzos desplegados y energías consumidas, uno de los más altos y honrosos títulos con que puede dignificarse á un hombre de bien.

Que al retirarme de estas aulas me sea permitido, señores, tributaros mi público homenaje de gratitud por las sabias lecciones y consejos con que me habéis favorecido durante el curso de mi carrera, y de los que conservaré, os lo aseguro, imperecedera memoria.

Al distinguido profesor doctor Mariano Alurralde, mis agradecimientos por el honor que me dispensa en este acto solemne apadrinando este trabajo.

Al profesor doctor Avelino Gutiérrez agradézcole cordialmente la gentileza con que me facilitó la observación de dos interesantes casos clínicos.

A los doctores Pacífico Díaz, Nicomedes Antelo, Pedro G. Rivero y Domingo S. Cávia mi reconocimiento por las distinciones con que me obsequiaron durante el lapso de tiempo que fuí practicante interno en sus respectivas clínicas del Hospital Militar.

———

I

HISTORIA

Los antiguos no conocían la peritonitis crónica. Recién en el siglo XVII se iniciaron los estudios de las alteraciones del peritoneo. Bonet habla del espasamiento del epiplón, Harder señala lesiones semejantes en el mesenterio de una hidrópica y Morgagni reune una serie de observaciones en las cuales la autopsia había revelado varias lesiones peritoneales.

Más tarde Bichat, Laennec y Bayle en descripciones, si bien aisladas, fueron no obstante los primeros que demostraron la existencia de la peritonitis crónica. Aparecen después ya trabajos más fundamentales como los de Pithet y Savary en 1809, de Testu en 1820, de Hinel en 1818, de Walker y Tissandié en 1824, de Scoutteten en 1824, haciéndose en todos ellos una descripción de la peritonitis crónica que sorprende por su exactitud.

Asegura Tapret que ya en 1825, la peritonitis

crónica era de todos conocida, sin que nadie pretendiese poner en tela de juicio la existencia de esa nueva entidad mórbida.

«En el peritoneo crónicamente inflamado, dice Andral en sus lecciones clínicas de aquella época, se desarrollan frecuentemente diversas producciones accidentales y muy en especial tubérculos. Es aquí, mejor que en muchos otros órganos donde es posible observar la formación de esos cuerpos y aproximarse á su etiología».

Los trabajos de Louis, aparecidos en ese mismo año, señalan una época memorable en el estudio de esta enfermedad. Este autor demuestra que la peritonitis crónica suele ser el patrimonio de los tuberculosos y que la infiltración se produce «cuando las falsas membranas existen desde un tiempo más ó menos largo». Finalmente, después de entrar en abundantes consideraciones con el designio de robustecer aún más sus teorías, Louis enuncia su famosa ley, «de que los tubérculos no se desenvuelven en un órgano, si estos no existen contemporáneamente en los pulmones».

Por último, Chomel y Grisolle dan á luz sus memorias conteniendo algunas observaciones y cada una de sus descripciones clínicas es verdaderamente una pieza magistral.

Consideramos inútil y hasta tedioso insistir en una relación cronológica más extensa; pero son dig-

nas de citarse aún para terminar con el *período antiguo* las observaciones de Godart, Dolbeau, Lasègue, Lancereau, Herard, la tesis de Hemey de 1866, las conferencias de Guèneau de Mussy, los estudios de Fereol, Vallin y Stiller.

Tócanos ahora citar algunos trabajos clínicos que pertenecen á lo que bien puede designarse, el *período moderno*.

En 1884 Konig dió á la publicidad tres observaciones seguidas de curación mediante el tratamiento quirúrgico.

Seis años después el mismo König presentó al Congreso de Berlín en 1890 una memoria notable conteniendo una relación de ciento treinta y una observaciones de peritonitis tuberculosa intervenidas con un resultado que conceptuaba alentador.

Posteriormente aparecen las tesis de Maurange, la de Pic (con 67 observaciones ineditas), la de Aldibert que como Marfan se dedica á estudiar de preferencia las distintas formas clínicas de la peritonitis tuberculosa de la infancia.

II

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Si bien está ya sancionado que la peritonitis tuberculosa no reconoce como causa determinante sino la penetración del bacilo de Koch ó de sus toxinas en el peritoneo (experiencias de Straus y Gamaleia), es menester considerar también el rol importante que juegan otros factores que bien merecen tomarse en debida cuenta, puesto que son ellos los que preparan el medio en el cual el bacilo ha de desarrollar su acción perniciosa: son estas las causas predisponentes y las causas ocasionales.

Pero antes de ir más lejos, es indispensable que nos detengamos á estudiar, de como así la serosa es invadida por el microbio.

En los momentos actuales, éste es uno de los puntos más controvertido. Para unos, el bacilo sería arrastrado por la circulación sanguínea, ó bien, eligiría los órganos genitales como ruta de preferencia para alcanzar el peritoneo, y para otros, la vía

linfática ó el intestino, á través de cuyos tejidos se produciría la infección.

Todas estas teorías, tienen sus ardientes partidarios y de cada lado se ha tratado de hacer prevalecer las unas sobre las otras, basándose en experiencias refutables en ciertos casos, concluyentes en otros. Haremos una ligera mención de cada una de ellas.

a) Infección hematógena—Un cierto número de hechos, nos presenta como posible de ser una realidad la hipótesis que admite que la corriente sanguínea puede transportar el parásito hasta el peritoneo. Trataríase, entonces, de una tuberculización aguda de la serosa, en cuyo caso, las granulaciones específicas no se limitan á una invasión local, sino que la infección se generaliza, aunque es cierto, con depósitos considerables de granulaciones en el peritoneo; es en esta emergencia, que varios autores han comprobado la presencia del bacilo de Koch en la sangre de los enfermos.

b) Infección por la vía genital—Son especialmente los órganos genitales de la mujer los que dan un porcentaje mayor en los casos de infección por esta vía, y tanto es así, que Brouardel, considera que el peritoneo es el verdadero reactivo del estado patológico de los órganos genitales. Hay quienes creen en apoyo de esta teoría, que muchas tuberculosis peritoneo-pleurales subagudas, serían, sobre todo en la mujer, el resultado de la ex-

tensión de una tuberculosis, cuyo asiento primitivo residiría en los órganos genitales (trompas y ovarios); si así fuese, la infección se habría trasmitido por la vía linfática.

c) Infección linfógena—Esta es la vía que al aparecer, da con mayor frecuencia origen á la peritonitis tuberculosa, ya sea ésta primitiva ó consecutiva á una pleuresía de análoga naturaleza. Se observa con mayor frecuencia, la peritonitis precediendo á la pleuresía; pero pueden coexistir las dos afecciones á la vez. Nuestra *Observación I* es un ejemplo de lo contrario, habiéndose iniciado la pleuresía metapneumónica primeramente y después la peritonitis.

El caso de Lejars y también el de Lannelongue, en los que consecutivamente á una tuberculosis coxo-femoral, se ven comprometidos, primero los gánglios ilíacos externos, y después, declararse la peritonitis tuberculosa, son dos bellos ejemplos que demuestran la importancia del rol que desempeña la vía linfática en la propagación de la infección.

d) Infección por la vía intestinal—He aquí una de las teorías que ha suscitado las más vivas controversias, sin que hasta el presente haya podido ser refutada ventajosamente y sin que tampoco pudiera obtener hasta hoy, el predominio sobre las demás.

Para unos, la ingestión de productos tuberculo-

sos ocasionaría modificaciones inflamatorias en el intestino, que traduciéndose por una disminución de su resistencia ó pérdida de sustancia (erosiones ó descamaciones) abrirían así las puertas á la infección.

Son numerosas las experiencias que se han verificado con el designio de convertir en un axioma lo que hasta hoy no pasa de ser una hipótesis racional. Baumgarten y Orth habían observado que el número de sus animales de experiencia infectados, era mayor cuando les hacían ingerir materias tuberculosas adicionadas de cuerpos duros, punzantes, que vulnerasen la mucosa intestinal. Konig, en 107 autopsias de sujetos muertos por peritonitis tuberculosa, encuentra 80 veces lesiones intestinales y sin poner bien en claro la primacía de estas lesiones, concluye admitiendo que la peritonitis es consecutiva á la tuberculosis intestinal.

Spillman, se revela contra semejantes aserciones y á su vez cita sus observaciones, en las que sólo 8 veces comprobó la existencia de tuberculosis del intestino en las 34 autopsias verificadas. Arriba en consecuencia á la conclusión de que las lesiones intestinales son posteriores á la peritonitis.

Dieulafoy, es otro de los adversarios de la teoría de la infección por la vía intestinal. Basándose en las enseñanzas que nos suministran la clínica y la anatomía patológica, observa lo numerosos que

son los casos de peritonitis tuberculosa que no presentan los síntomas propios de la enteritis de análoga naturaleza y viceversa. Las investigaciones anátomo-patológicas comprueban por su parte, continúa diciendo el autor citado, que un gran número de tísicos que sucumben con ulceraciones tuberculosas intestinales, no tienen ni peritonitis generalizada ni parcial. Junto á las ulceraciones se halla indicios de linfangitis tuberculosa, ó cadena de ganglios mesentéricos voluminosos, caseosos, pero no hay peritonitis, ó si existe se trata entonces de simples rastros que no merecen ser considerados como una verdadera peritonitis.

Como se ve por lo que antecede, Dieulafoy, no acepta la *teoría intestinal* y en cambio se adhiere sin reservas á la teoría linfática, de tal suerte que para el ilustre clínico francés la infección se realizaría de serosa á serosa, esto es, de pleura á peritoneo por vía linfática á través del diafragma.

Aparte de estas opiniones tan discordantes, otros observadores fundados en experiencias de distinto género, han emitido hipótesis diferentes de las que acabamos de citar. Para ellos, la alteración primitiva de la mucosa no es indispensable ni tampoco el contacto prolongado, siendo posible la penetración del virus á través de una mucosa indemne, absolutamente sana. Esto es lo que parece haber probado Dobroklonsky. Ha llegado este experimentador, á

demostrar estudiando la penetración del bacilo tubercoloso en el organismo á través de la mucosa intestinal, que el parásito puede franquear la pared, sin que sea para ello necesario que exista una lesión local presente ó que haya anteriormente habido un proceso inflamatorio. Esta experiencia arrojó mucha luz sobre la etiología de la peritonitis tuberculosa.

Vamos ahora á ocuparnos de las causas *predisponentes* y las ocasionales que incitan á la tuberculosis á atacar el peritoneo.

Entre las primeras, hay que asignar un puesto de primordial importancia á todas aquéllas que traen como consecuencia el debilitamiento del organismo, creando así un medio de cultura favorable para el desarrollo del bacilo de Koch. El alcoholismo, la miseria que impone la vida en las buhardillas ó en las estrechas é insalubres habitaciones de las casas de inquilinato, privadas de los beneficios del sol, el aire y la luz, el exceso de trabajo, sobre todo, en locales antihigiénicos, el *surmenage*, los excesos de mesa, ó bien una alimentación deficiente en cantidad y calidad. El hacinamiento, sería otro de los factores primordiales y hasta hablan algunos, de frecuencia de esta afección entre los soldados. Por nuestra parte, no podemos aceptar tan categórica afirmación, por cuanto que nuestra experiencia adquirida durante los cuatro años de internado en el

Hospital Militar de esta capital, está en abierta contradicción con las aserciones apuntadas.

La edad, es otro factor que juega cierto rol de importancia: excepcional en la ancianidad,—la juventud y la infancia, en cambio, pagan á esta enfermedad un recargado tributo. Hacia los 20 años, es cuando ataca con mayor frecuencia á los adultos y es también á esa edad que asume proporciones más alarmantes. En la infancia los casos son frecuentes entre los 6 á los 12 años, raros á los 3 años y excepcionales por debajo de esta edad.

Terminaremos mencionando á grandes rasgos las *causas ocasionales* y que desempeñan, á no dudarlo, un papel de segundo orden. Se refieren á los traumatismos del abdomen, la presencia de los quistes hidatídicos del hígado, los quistes del ovario, la cirrosis atrófica alcohólica, y en fin, todo aquello que provocando una irritación del peritoneo determina, por consiguiente, un fácil acceso á la invasión bacilar.

III

ANATOMIA PATOLOGICA

Las lesiones anátomo-patológicas, que la autopsia nos revela al estudiar esta entidad mórbida, son de tres órdenes, correspondiendo cada uno á las tres formas clínicas en que se ha dividido y con razón, el estudio de la peritonitis tuberculosa.

a) Peritonitis ascítica—Cuando se abre la cavidad abdominal, lo primero que llama nuestra atención es un líquido fluído, citrino, verde oscuro á veces (como se presentaba en nuestra *Observación I)*; pero raramente sero-purulento, pudiendo en ocasiones ser sanguinolento. La cantidad es variable, alcanzando hasta 8 litros y el análisis químico denota la presencia de albúmina y fibrina.

Obsérvase indistintivamente la cavidad addominal ya tabicada, ya completamente libre. En el primer caso el líquido queda contenido en unas especies de celdas que forman entre sí las numerosas adherencias existentes.

Las hojuelas visceral y parietal del peritoneo

están plagadas de granulaciones tuberculosas en una abundancia tal, que se extiende desde el piso pelviano hasta la bóveda diafragmática, como en el caso del sujeto cuya observación insertamos en su lugar respectivo (véase *Observación V*).

Estas granulaciones no son profundas y dan la impresión de que estuviesen ubicadas simplemente por debajo del epitelio. Son transparentes ó ligeramente blanquecinas, de consistencia renitente, no aplastándose ni aun ante una regular presión ejercida con los dedos.

El peritoneo se halla alterado en su coloración, que suele ser rojiza; otras veces se señalan manchas más oscuras como si fuesen equimosis, encontrándose también peritoneos con aspecto parduzco ó violáceo.

Las lesiones de los ganglios mesentéricos, son menos aparentes que las de la serosa. En esta forma de peritonitis es cuando se ve coexistir con más frecuencia la tuberculosis de la pleura, hecho que Godelier pretendía sentarlo como un principio inamovible. Los pulmones, el hígado; los intestinos, los órganos genitales (principalmente la trompa y los ovarios), los riñones, el bazo, y hasta el pericardio suelen verse comprometidos frecuentemente.

b) Peritonitis ulcero-caseosa—Casi siempre se encuentra en la autopsia la cavidad abdominal tabicada por numerosas adherencias interviscerales y

viscero parietales, formadas por falsas membranas espesas, rojizas ó amarillentas, sembradas de granulaciones opacas, blanquecinas, friables que en su interior encierran un líquido seroso ó seropurulento. Los tabiques que acabamos de mencionar, que limitan cavidades repletas, dan en el vivo la sensación de verdaderos quistes, contienen un líquido purulento con estrías sanguinolentas; pero á veces la mezcla del pus y la sangre suele ser tan completa que el líquido toma un aspecto *sui géneris*, que podría compararse con una crema de chocolate. Cuando se ha producido la licuación, el reblandecimiento, ó la degeneración grasosa de los mismos tubérculos, entonces el líquido tiene un aspecto grasiento como el de algunas variedades del empiema tuberculoso, del de ciertos abcesos fríos ú osifluentes. El gran epiplón se ve muy espesado, reducido á una masa infiltrada de granulaciones caseosas algunas, retraído hacia el colon transverso ó bien como pegado á la pared abdominal. Las masas intestinales están aglomeradas y sujetas entre ellas por neo-membranas friables, fibrino-caseosas. A veces son invadidas por el proceso del reblandecimiento y de ulceración de donde provienen las perforaciones intestinales y los abcesos estercorales en consecuencia.

En la peritonitis enquistada las lesiones son análogas, pero circunscriptas naturalmente. Su tipo prin-

cipal es la *pelvi-peritonitis caseosa.* En ella las lesiones se originan en los órganos genitales de la mujer. El órgano afectado queda de este modo como embolsado en una especie de quiste; pero no se halla en contacto directo con el pus, sino que está separado por las falsas membranas que le revisten. A la inversa de lo que pasa en la forma ascítica en la ulcero-caseosa, los gánglios tanto mesentéricos como pelvianos están afectados siempre de lesiones semejantes á la de la serosa, y el intestino á veces, y el pulmón y la pleura en casi todos los casos, señalan igualmente su proceso patológico en plena evolución.

En la mujer, los órganos genitales internos, encuéntranse comprometidos con notoria frecuencia, en esta forma clínica de la peritonitis bacilosa. Así, pues, no debe causar extrañeza al examinar la cavidad abdominal, que se vean numerosos núcleos tuberculosos en las trompas, las franjas del pabellón como adheridas entre ellas formando un saco lleno de pus, y por último, los ovarios y el útero considerablemente aumentados de volumen, llegan á veces á estar completamente adheridos á las circunvoluciones intestinales.

c) Peritonitis fibro-adhesiva—Hay autores que distinguen en esta forma dos tipos clínicos de peritonitis á saber: la *fibrosa ascítica* y la *fibrosa seca.*

El primero es aquél que se ve siempre iniciarse

por un período preliminar ascítico, con derrame abundante que alcanza hasta 6 litros de un líquido amarillento algo turbio, sero-purulento, ó sanguinolento, distinto en su composición química al de los derrames de las otras formas. Aquí los tubérculos se originan en el tejido conjuntivo y su situación es, por lo tanto, más profunda. El peritoneo está como despulido, rojizo y en un período más avanzado se torna viscoso y da lugar al derrame que acabamos de indicar.

Estas lesiones pueden permanecer estacionarias sin modificar sensiblemente la constitución de los tejidos y sin determinar la caseificación del tubérculo, ó bien evolucionar hacia el trabajo cicatricial, en cuyo caso la serosa se reviste de un exudado fibrinoso que adopta la forma de filamentos anastomosados, ya de falsas membranas, ya de granulaciones inflamatorias. «Un poco más adelante — dice Boulland, — estas membranas se espesan, se opacifican, sus células epiteliales degeneran y caen. El tejido conjuntivo infiltrado é irritado por los tubérculos prolifera, y termina por ser invadido por brotes de tejido embrionario, que alcanzan poco á poco su superficie y la recubren de neo-membranas. Estas hacen herir entre ellas las hojuelas del peritoneo, las que favorecen por sus numerosos vasos la absorción de los líquidos derramados, de donde resulta el adosamiento de las superficies irritadas y su cicatri-

zación. Poco después el tejido embrionario se transforma en tejido conjuntivo; bridas, tabiques, adherencias sólidas y retráctiles, se establecen entre los órganos y cubren las granulaciones tuberculosas. De este modo experimentan la transformación fibrosa, y si ya estuvieren caseificadas, encontrándose enquistadas por la proliferación conjuntiva, pueden aún, no obstante su estado caseoso, reabsorverse y desaparecer».

En cuanto á la cantidad de bacilos, la fibro-adhesiva es uno de los tipos clínicos más pobres en gérmenes patógenos, y sus lesiones son siempre más localizadas.

Cuando la plegmasía ha sido seca, dá lugar á una sínfisis parcial ó total entre los intestinos y la pared abdominal, lo que hace en extremo peligrosa y difícil la intervención cuando se ejecuta en casos de oclusión intestinal, complicación temible y frecuente en esta forma de peritonitis, y de la que nos ocuparemos oportunamente.

Las circunvoluciones intestinales presentan á veces tan numerosas adherencias entre sí que forman un solo block. Otras veces los órganos vecinos forman parte de esa masa compacta y así se ve incluída en ella á la matriz, los ovarios y hasta la vejiga, como tuvimos ocasión de verlo en la autopsia del sujeto objeto de nuestra *Observación III*, consignada más adelante.

IV

SINTOMATOLOGIA

Lo mismo que para el estudio de las lesiones anátomo-patológicas, procede al abordar el conocimiento del cortejo sintomático que acompaña el proceso morboso de la peritonitis tuberculosa, hacerlo por separado, esto es, según la forma clínica bajo la cual se presenta.

a) *Forma ascítica* — El modo de iniciación de los síntomas suele ser muy variable, ora brusco, súbito, ora insidioso, lento. Más frecuentes son los casos de iniciación paulatina y entonces vése al sujeto perder gradualmente sus fuerzas, su malestar es muy grande, enflaquece progresivamente, la palidez de sus tegumentos es intensa, la expresión de su fisonomía se altera, denotándose visiblemente que una enfermedad muy seria va minando su organismo. Un poco más adelante, los trastornos gastro-intestinales hacen su aparición, que se traducen por períodos de diarrea y constipación rebeldes. La tem-

peratura se eleva, con exacerbaciones vespertinas que por lo general oscilan entre 38º á 39º.

Más tarde el vientre aumenta de volumen, hay meteorismo, es indoloro ó casi indoloro cuando se le presiona con suavidad, pero en cambio el enfermo acusa dolor en una forma vaga, profunda si se presiona de un modo lento pero fuerte, y se retira después bruscamente la mano. El enfermo experimenta fatiga después de sus comidas y se procura algún alivio desprendiéndose los vestidos que le oprimen el abdomen.

A la inspección se ve también, en ciertas ocasiones, las venas subcutáneas dilatadas y distribuidas irregularmente, las que se observan en mayor cantidad por debajo del ombligo.

Palpando el abdomen, éste ofrece una resistencia especial, elástica. Cuando se trata de casos en los que anteriormente ha existido un derrame pequeño que al presente se haya reabsorbido, el tacto percibe entonces una sensación particular en extremo parecida á la que produce la nieve ó el almidón al ser comprimidos entre los dedos; es el *frémito nevoso* ó *almidonado* de Guéneau de Mussy, cuya génesis se atribuye al despulimiento del peritoneo y á la presencia de recientes adherencias. Así mismo, á la palpación suele percibirse á través de la pared abdominal placas endurecidas, irregulares, diseminadas en diferentes puntos; son los *gâteaux* perito-

neales de algunos autores franceses y que estarían constituídos por circunvoluciones intestinales aglutinadas. Según Boulland, cuando el epiplón está retraído por delante del colon transverso, se percibe una especie de cuerda como tendida de un hipocondrio al otro. *(corde epiploique)*.

Cuando el derrame se produce en la cavidad peritoneal, existe una fluctuación que nos revela la presencia de la ascitis, pero ese signo patognomónico de las colecciones líquidas, no suele ser en la peritonitis tuberculosa tan neto como en la hidropesía cirrótica, porque es más probable encontrarle encerrado entre los tabiques que forman las adherencias y neo-membranas, que en libertad en la cavidad abdominal.

b) *Forma úlcero-caseosa* — Iníciase generalmente esta forma, la más grave de las tres, por una elevación térmica que oscila entre 38º y 40º, sudores profusos, escalofríos, uno que otro vómito alimenticio, taquicardia (alrededor de 120 pulsaciones), siendo siempre vespertinas las exacerbaciones de la temperatura. Los trastornos digestivos no faltan y se establece una diarrea tenaz con vientre doloroso y ligeramente abultado, lo que se debe ya al meteorismo de las circunvoluciones intestinales ya á la irrupción en la cavidad abdominal de ciertas colecciones ascíticas enquistadas.

Es notable la rapidez con que enflaquecen los

enfermos cuando estos síntomas persisten, y si no sobreviene la esclerosis de curación de los tubérculos, el cuadro sintomatológico se torna cada vez más sombrío, por cuanto que se inicia entonces el período de ulceración de los tubérculos que trae aparejada una serie de complicaciones temibles, de las que nos ocuparemos más adelante.

En este período de la enfermedad, los miembros inferiores se ven invadidos por el edema. Las mujeres padecen muy serias perturbaciones del lado de la matriz; el bajo vientre está timpanizado y doloroso; y por el tacto vaginal se reconoce la presencia de un empastamiento algo fluctuante en los fondos de saco, y el útero está como desviado en una ó en otra dirección.

En los últimos días de la enfermedad la temperatura se mantiene elevada y en ocasiones, no cede en manera alguna á la acción de los más enérgicos antitérmicos de uso corriente. Los sudores son en extremo copiosos durante la noche, el pulso débil y frecuente, la anorexia es completa. Los vómitos y la diarrea se instalan de una manera inamovible acelerando el proceso de desnutrición que postra en breve plazo á estos enfermos, los que, agotados por sus ininterrumpidos padecimientos caen en un estado de marasmo completo y sucumben de esta manera, ó bien por la tuberculosis pulmonar, que hace su aparición en esta faz evolutiva de la peritoni-

tis tuberculosa y contribuye á apurar el desenlace fatal.

c) *Forma fibro-adhesiva* — En esta forma los síntomas son menos aparentes que en las otras que acabamos de describir. Casi siempre ha sido precedida de un derrame ascítico que en pocas semanas se ha reabsorbido. Por consiguiente la fluctuación pierde sus caracteres distintivos, y á la percusión la matitez hídrica es reemplazada por una superficie sonora que se acrecienta paulatinamente á medida que la reabsorción del derrame adelanta. El vientre ofrece entonces una resistencia más sólida, y cuando se le palpa metódicamente se encuentran pequeñas masas duras, compactas, que no son otra cosa que los *gâteaux* peritoneales ó nódulos epiploicos evolucionando hacia la desaparición. Puede considerarse este proceso evolutivo como un síntoma propicio, pero hay que mantenerse á la espectativa de posibles sorpresas desagradables; nos referimos á las complicaciones, pues es en esta faz de la enfermedad cuando sobrevienen con mayor frecuencia, sobre todo una de ellas, la oclusión intestinal.

Tales son someramente los síntomas capitales, cuando ella se inicia así, precedida y acompañada por un cortejo sintomático claro y preciso. Pero no debemos nunca atenernos á que las cosas se suce-dan en la forma que hemos ya descripto, porque, hay que tenerlo bien presente, de que la peritonitis tuberculosa existe en numerosos casos en sujetos que se hallan en un estado de aparente buena salud y que en otros es recién después de producida una oclusión intestinal que se descubre, por decirlo así, la existencia de la enfermedad.

V

COMPLICACIONES

Como ya lo hemos repetido más adelante, la peritonitis tuberculosa suele presentar un cierto número de complicaciones en el curso de su proceso evolutivo que, dada la magnitud de la gravedad que ellas asumen, bien merecen llamar nuestra atención dedicándoles en consecuencia un párrafo aparte.

Una de las más frecuentes es seguramente la pleuresía, y tan es así, que se ha querido describir como si fuese una sola entidad la coexistencia de la enfermedad y su complicación, titulándosela tuberculosis *pleuro-peritoneal*. El asiento de la infección primitiva puede ser ya una ú otra serosa; la hemos visto con más frecuencia iniciarse por el lado del peritoneo. Es una complicación muy grave, por cuanto que determina la iniciación de la tuberculosis pulmonar, con todas sus fatales consecuencias.

La *oclusión intestinal*, también temible por la

rapidez con que sucumben los pacientes, es, por desgracia, harto frecuente en la forma fibro-adhesiva principalmente, debido á las adherencias múltiples y generalizadas que se producen. Lejars, que es uno de los autores á quien debemos un interesante estudio acerca de la génesis de estas oclusiones del intestino, basado en observaciones reales, ha agrupado de este modo los siguientes tipos principales:

1º *Estrangulamiento por una brida* — Un tracto fibroso, resistente, tenso, oblitera la luz del intestino, y oprimiento la pared compromete su nutrición.

2º *Torción y aglutinación del intestino* — Las numerosas adherencias existentes entre las circunvoluciones intestinales dan origen á verdaderas torciones del intestino, que continúan en aumento hasta originar la obliteración de la luz intestinal. Las mismas neo-formaciones experimentan una especie de fusión que dá por resultado la coalescencia de una cierta cantidad de circunvoluciones intestinales, formando de este modo un cuerpo compacto, un verdadero block intestinal.

3º *Cabalgamiento del intestino sobre una brida* — A raíz de los procesos inflamatorios resultan adherencias entre las vísceras entre sí, ó de un punto de la pared á la víscera. Existen, pues, entonces bridas inter-viscerales, parieto-viscerales y parieto-parietales. El intestino cabalgado sobre una

de esas bridas, queda como acodado. En otros casos, el intestino se introduce bajo una de las bridas y queda como estrangulado.

4º *Parálisis intestinal* — Aun cuando esta forma sea general á las oclusiones de distinto género, es, sin embargo, más frecuente en la peritonitis y suele ser á veces el único síntoma que la revela.

La *perforación intestinal* sobreviene solamente en la forma úlcero-caseosa y se debe á la fusión de las masas caseosas, que originan abcesos peritoneales que suelen verterse en el intestino, convirtiéndose entonces en una especie de madriguera de pus y materia fecal que exhala un olor horriblemente fétido, el estado general del enfermo empeora, tiene grandes escalofríos, exacerbación de la temperatura, diarrea incontenible y abundante y termina por sucumbir en un par de meses á lo sumo. Cuando el abceso se abre paso al exterior á través de la piel, se forma allí una fístula estercoral, en cuyo caso, esta emergencia suele ser propicia en lo que concierne á las consecuencias inmediatas. Lo mismo, cuando la perforación se produce en enfermos laparatomizados y con la herida abierta, la sobrevida puede prolongarse durante meses, porque los productos sépticos salen en parte al exterior por la herida.

La *lienteria* es otro contratiempo de gravísimas consecuencias. Consiste ella en una diarrea compuesta por los alimentos que aun no han sido del

todo digeridos, lo que determina para el enfermo una situación por demás crítica, puesto que no puede nutrirse completamente y acaba por perder sus escasas fuerzas y se derrumba rápidamente. La lienteria se origina cuando se hallan adheridas una porción de intestino delgado-alta, como el duodeno, por ejemplo, y una porción del intestino grueso. Estableciéndose una perforación en ese punto, el contenido del intestino delgado, que no es otro, lo repetimos, que los alimentos todavía no digeridos completamente, se vierte en el intestino grueso y sale al exterior en forma de diarrea.

La *meningitis* ha sido señalada algunas veces por los autores en los adultos; en la infancia suele ser más común observarla. Cuando sobreviene en los adultos, sus síntomas son poco característicos: algunos vómitos, disminución de pulsaciones, el vientre se deprime y la cefalalgia es sumamente violenta. Tales serían, según Siderey y Danlos los escasos síntomas de tan mortal complicación.

La perforación de la vejiga es otra de las complicaciones que ocurren en el curso de la peritonitis tuberculosa, pero no es frecuente. En el caso de nuestra Observación III se produjo.

VI

DIAGNOSTICO

Después de haber estudiado el cortejo sintomatológico con el cual se nos presenta la peritonitis tuberculosa, muy poco ó nada tendríamos que agregar aquí para complementar la forma de investigación de la presencia de esa enfermedad, si no fuera que existen otras afecciones cuyos síntomas suelen tener semejanzas á veces sorprendentes, capaces de inducirnos á cometer un error. Es por ello que en el presente capítulo vamos á ocuparnos de consignar los principales síntomas distintivos que nos servirán para hacer el diagnóstico diferencial con las afecciones que iremos enumerando sucesivamente.

La fiebre tifoidea suele presentar en ocasiones gran analogía de síntomas con la peritonitis, pero la presencia de la pleuresía, que rara vez falta en la peritonitis tuberculosa, la ascitis, la escasez de trastornos digestivos, las irregularidades en la cur-

va térmica, etc., permiten descartar la fiebre tifoidea.

El *cáncer del peritoneo* puede ser considerado á veces como una peritonitis tuberculosa, muy en especial en aquellos casos en los que el cáncer es difuso ó diseminado, no dando lugar á la formación de tumores. Pero se le diferenciará por la ausencia de temperatura, la marcha rápida de sus estragos, lo intenso de los dolores y la caquexia que sobreviene y avanza de prisa, postrando al enfermo en breve plazo. Además, el cáncer peritoneal es propio de la edad senecta, rara vez primitivo y casi siempre consecutivo al cáncer de otro órgano vecino.

Los *quistes del ovario* han sido confundidos con la peritonitis tuberculosa en sus formas enquistadas, y á ellos se debe el memorable y célebre error de Spencer Wells que dió origen al tratamiento quirúrgico de la peritonitis tuberculosa. Pero si bien es cierto que esas cavidades repletas de líquido, forman con sus adherencias una zona de empastamiento subumbilical que simulan un tumor, hay que advertir que su regularidad no es tan perfecta como la que ofrece un quiste, que el dolor á la presión lenta, signo al que le concede tanta importancia Guéneau de Mussy, es propio de la peritonitis, así como también la alteración del estado general de la enferma. Son estos datos y elementos de primordial importancia que deben ser utili-

zados debidamente para sentar el diagnóstico diferencial.

La *cirrosis atrófica de Laenec* en su faz hidrópica presenta dificultades para diferenciarla de la peritonitis tuberculosa cuando hay coexistencia de las dos afecciones. Empero, la forma del vientre es distinta en una y otra afección, y este signo hay que buscarlo porque encontrado es, él de capital importancia. Así, pues, en la peritonitis, el vientre está como alargado hacía adelante, sin relajación de la pared abdominal, es «el vientre en obús», mientras que en la cirrosis atrófica se le observa ensanchado hacia los flancos y las paredes como relajadas, es el «vientre de batracio», de ciertos autores. En la cirrosis la ascitis es constante, móvil en la cavidad abdominal, abundante y cuando se extrae se reproduce con una celeridad pasmosa. La circulación suplementaria no falta (cabeza de medusa), y se observa de preferencia en las partes laterales del abdomen y alrededor del ombligo; hay atrofia pronunciada del hígado é hipertrofia del bazo. Además, la evolución de la cirrosis en lo que se refiere en sus síntomas generales es muy distinta de la de la peritonitis tuberculosa en la que siempre existe la fiebre y su marcha no es tan paulatina como la de la cirrosis.

Otros medios aún de diferenciación nos permitirán zanjar el problema, entre ellos el examen del

líquido extraído, mediante una punción; es un recurso de valor real. Límpido, fluído, escasamente coloreado, sin albúmina ni fibrina, ni sedimentos, tal es en los casos que, como en la cirrosis proviene de una ascitis originada por dificultad circulatoria. En cambio, cuando nos hallemos en presencia de una peritonitis tuberculosa el líquido será poco fluído, filante, turbio, lechoso en unas veces, citrino ó verdoso en otras, con abundancia de sedimentos y de albúmina en proporciones considerables, glóbulos rojos y blancos así como pus, en aquellos derrames sero-purulentos que se observan en la forma úlcero-caseosa.

VII

PRONOSTICO

Cualquiera que sea la forma bajo la cual se presente, la peritonitis tuberculosa es una afección grave, no sólo por su naturaleza misma, sino también por las complicaciones que origina.

La *forma ascítica* es la menos grave de las tres, por cuanto que es susceptible de experimentar mejorías que se prolongan por largo lapso de tiempo cuando se consigue provocar la esclerosis de curación de los tubérculos, ya sea mediante la laparatomía cuyos efectos pretenden algunos considerarlo como un remedio heróico en estos casos, ó ya porque un tratamiento médico apropiado ha contribuído á reforzar las energías vitales del organismo para defenderse del proceso infeccioso que le ataca, lo que se obtiene debido á que ante todo se trata en estos casos de infecciones atenuadas.

La *forma úlcero-caseosa*, sin duda alguna es la que encierra un pronóstico de los más sombríos,

siendo mortal casi siempre en un plazo corto á causa de la tendencia á la generalización de la tuberculosis, y á las gravísimas complicaciones que sobrevienen en un período avanzado de la enfermedad. El tratamiento médico sólo consigue un retardo de escasa consideración en la marcha del mal y la terminación por muerte es inevitable. El tratamiento quirúrgico resulta del todo inútil y hasta perjudicial en estos casos, todavía más que en los otros.

En cuanto á la forma fibro-adhesiva que como ya lo hemos dicho tiene su comienzo de una manera insidiosa, es susceptible como en la ascítica de mejorar por tiempo indeterminado cuando se instituye un tratamiento racional, oportuno, mediante un diagnóstico precoz. Pero no por eso deja de ser igualmente grave debido á las temibles complicaciones á que da lugar y de las que, la oclusión intestinal para citar la más frecuente y funesta, impone una intervención quirúrgica que debe ejecutarla el cirujano en condiciones desventájosas, porque tiene que operar en un intestino cuyos tejidos están alterados, adheridas sus circunvoluciones, que se desgarran con facilidad, volviendo por lo tanto peligrosa la investigación del sitio donde reside la oclusión. Como se ve, un resultado desastroso es el que se obtiene casi siempre al intervenir en tales circunstancias.

VIII

TRATAMIENTO

Es un hecho ya consagrado por todos los autores la división del tratamiento de la tuberculosis peritoneal en dos partes,—el tratamiento médico y el tratamiento quirúrgico. Siguiendo, pues, ese precedente sentado, vamos á ocuparnos de cada uno de ellos, mencionando sólo muy á la ligera todo aquello que en la hora actual esté en completo desuso por una ú otra razón, ó que se halle en abierta contradicción con nuestro modo de pensar al respecto.

Tratamiento médico—La alimentación del enfermo juega en esta afección un rol de importancia. Todo el mundo sabe ya, que una alimentación deficiente en cantidad y calidad es uno de los factores que más contribuyen á fomentar el desarrollo de la tuberculosis, y por consiguiente nada más lógico entonces, que se le consagre una atención esmerada.

En tal virtud, los pacientes deben ser nutridos

con alimentos abundantes, pero de fácil digestión y asimilables, tales como la carne soasada en pequeñísimos fragmentos ó cruda como la recomienda Weiss, Fuster y Daremberg, en cantidad de 150 á 200 gramos por día, que en caso de que el enfermo experimente repugnancia puede ser arreglada en forma de píldoras recubiertas de sustancias agradables al paladar. Conviene suministrar la carne cruda en dósis progresivas porque sucede que en ciertos enfermos determina una diarrea rebelde durante los primeros días, en cuyo caso conviene suministrar un astringente cuando ocurran los primeros amagos.

Hay que rehusar los llamados «extractos de carne» que son por lo general más bien dañosos porque encierran muy á menudo elementos tóxicos, pero no así los «polvos de carne» que prestan reales servicios, muy en especial en aquellos enfermos que no pueden ingerir los alimentos dados en fragmentos por las pésimas condiciones en que se encuentran sus funciones gastro-intestinales. Estos polvos son de muy fácil manejo y se pueden adicionar al vino, á la leche, etc., y en cantidad de 80 á 100 gramos, suministrados poco á poco para evitar trastornos digestivos.

La leche debe también ser uno de los alimentos infaltables. Cuando exista intolerancia hacia la leche de vaca, se podrá reemplazarla por la de cabra ó burra que son acaso de más fácil digestión.

Pero en los estados muy avanzados de la enfermedad ocurre que, ni aun la leche puede ser digerida, en cuyo caso el Kúmis y el Kefir (leches fermentadas), resultan verdaderamente provechosos.

La sobrealimentación es indudablemente de alta importancia en la tuberculosis localizada ó generalizada, pero desgraciadamente no siempre puede llevarse al terreno de la práctica, ora porque se trata de un paciente con trastornos gastro-intestinales, ora porque no asimila ó se indigesta con suma facilidad. Cuando ocurra esta última emergencia es indispensable fraccionar las comidas, esto es, que sean frecuentes, pero poca la cantidad que ingiera en cada vez. Pero si las perturbaciones gástricas persistiesen, no obstante la implantación de ese sistema, es menester instituir la dieta absoluta, y así que se inicie la mejoría volver á suministrar gradualmente un régimen semilíquido, compuesto de huevos, gelatina, carne cruda, raspada cuidadosamente, polvos de carne, etc.

En aquellos casos en que la anorexia sea tenaz, invencible, ó existan vómitos frecuentes que hagan imposible la deglución, habrá que recurrir en tal evento á la sonda exofágica. Sucede con harta frecuencia, que aun la introdución de la sonda es imposible hasta en enfermos de buena voluntad, en cuyo caso la situación se agrava y se impone la suministración de enemas alimenticios, recurso extremo es ver-

dad, pero hay que tener presente que en tales casos, se trata de enfermos en estado desesperante.

La terapéutica presta á su vez su valioso concurso, ya sea en el tratamiento sintomático como en el curativo. El dolor y la diarrea suele con frecuencia, acompañar á la tuberculosis peritoneal, será combatida con los opiáceos y astringentes de uso corriente.

La constipación es susceptible de una modificación favorable bajo la acción del masaje llevado á cabo en el colon; los laxantes (cáscara sagrada y polvos de regaliz compuestos) serán útiles con idéntico fin.

Contra la fiebre, que en ocasiones suele ser alta, persistente, rebelde á los antitérmicos más heroicos, habrá que recurrir ya sea á la quinina, la antipirina, ya al piramidón, la fenacetina ó el salicilato de sodio, etcétera.

Localmente, conviene hasta cierto punto la revulsión mediante las puntas de fuego, la tintura de yodo ó el colodiom.

Al interior, el yoduro de potasio parece haber producido buenos resultados, suministrado á dosis refractas y continuadas. Los compuestos del yodo, asociados al tanino y al hierro, tales, como el jarabe yodotánico, el protoyoduro de hierro, beneficioso para los niños sobre todo, son de un valor real, así como también el aceite de hígado de bacalao yodado, ó

puro, algunos compuestos del arsénico, como el licor de Fowler, y el cacodilato de soda, y en fin, todos aquéllos que tengan una acción manifiesta tónica-reconstituyente.

Los cuidados higiénicos prestan su valioso concurso. La aereación, la permanencia prolongada en las orillas del mar y los baños contribuyen, eficazmente en algunos casos á la curación, y en otros más desgraciados asegura por lo menos, una sobrevida al enfermo y le proporciona algún alivio en sus últimos días.

Otros medios curativos aún han sido puestos en práctica, sin que ninguno haya podido surtir los efectos beneficiosos que se proponían alcanzar sus autores.

De entre ellos sólo citaremos algunos, á título informativo simplemente ó histórico si se quiere, porque no creemos ni útil ni necesario detenernos á describir en particular la técnica de su aplicación ó las teorías en que se fundaban para ponerlos en práctica.

Landerer, empleó el ácido cinámico, en inyecciones intravenosas. Pretendía que la inyección provocaba un aumento de glóbulos blancos, y la acumulación de éstos en torno del núcleo tuberculoso debía favorecer la involución del proceso. Este método curativo no tardó en ser abandonado por inútil y hasta nocivo. Moder que lo experimentó declara que los

resultados obtenidos no estaban de acuerdo con la estadística optimista de Landerer.

El clorhidrato de pilocarpina bajo la forma de inyecciones hipodérmicas en dosis que oscilaban entre 0.01 á 0.03 centígramos ha sido usado por Borgherini, quien se proponía aumentar de este modo las secreciones, el sudor especialmente y la diurésis, acelerando así la reabsorción del derrame peritoneal. Este procedimiento, sería conveniente, si se tratase sólo de derrames de cantidad moderada, en relación con los de la peritonitis tuberculosa. Así, por ejemplo, en algunos casos de pleuresía sero-fibrinosa con derrame no abundante, hemos empleado sistemáticamente durante nuestro internado de hospital, el clorhidrato de pilocarpina, en dosis diarias de 0.01 centígramo habiéndonos parecido observar que los derrames se reabsorvían en menos tiempo que en aquéllos en los que no se inyectó la pilocarpina.

El naftol alcanforado que lo empleaban Rendu, Spillman y Catrin, se ha caracterizado por su acción infiel y dañosa, originando sorpresas desagradables y sufrimientos intensos á los pacientes, tales como los vómitos, que se han visto persistir hasta ocho días en algunos, el estado nauseoso por varios días en otros, y la fiebre y los dolores en todos. Netter, cita un caso de su práctica en el que el enfermo sucumbió, una hora después de recibida una inyec-

ción de naftol alcanforado de 5 gramos, en medio de atroces padecimientos.

Las insuflaciones de aire en la cavidad abdominal, fueron ensayadas por Mosetig-Moorhof, Wins y Nolen. Basábanse en la acción benéfica, que al parecer de algunos, tiene el aire sobre la serosa enferma, cuando se la pone en contacto con él, mediante la laparotomía, y de ahí que ellos concibieran la idea de insuflar aire. Pero las estadísticas que citan en apoyo de la bondad de su tratamiento, son de muy escasa importancia.

Riva, ha empleado los lavajes apneumáticos del peritoneo (Archivo Italiano, de clínica médica, 1891), hace varios años, no tardando su procedimiento en ser desestimado. Se apoyaba el autor, para pensar en la eficacia de su método, en la influencia favorable que á su juicio podría ejercer la acción químico-biológica y física, del agua destilada sobre la serosa, y nada más. Sin embargo, no ha faltado quien se mostrara entusiasta por los lavajes apneumáticos y Dalle-Ore, es uno de ellos. Por su parte, Jorfida, que ha puesto en práctica el método Riva en la clínica del profesor Tricomi (de Milán), se pronuncia en contra, completamente desengañado.

Y con los procedimientos que hemos pasado en revista, nos parece suficiente enumeración de tanta tentativa fustrada y que bien merecieron distinta

suerte, por el esfuerzo de investigación y estudio que ellos representan.

Tratamiento quirúrgico—Hasta 1868, la peritonitis tuberculosa no había entrado aun en los dominios de la cirujía.

Recién en esa época, debido al memorable error de Spencer Wells, es que se inició la era quirúrgica en la historia del tratamiento de esa enfermedad, pues el célebre cirujano, creyendo habérselas con un quiste del ovario, practicó la laparotomía en una mujer joven afectada de peritonitis tuberculosa. Como la mejoría sobrevenida, se prolongara por mucho tiempo, no tardaron los cirujanos en intervenir otros casos análogos.

De cómo se opera la curación de la tuberculosis peritoneal, mediante la simple abertura del abdomen, es lo que han tratado de explicar de diversas maneras los cirujanos y experimentadores, y de ahí, por consiguiente, que hayan surgido innumerables hipótesis y teorías, algunas tan opuestas entre sí, que sólo sirven para demostrar la confusión que ha reinado siempre al respecto, y la ignorancia que existe sobre la verdadera causa determinante de la mejoría, más ó menos prolongada que sólo en ciertos casos se obtiene con la laparotomía.

Para unos la aereación ú oxigenación de la serosa, que se verifica cuando se abre la cavidad abdo-

minal, sería decisiva. Si esto fuese así ¿porqué no substituir entonces la laparotomía por una simple punción evacuadora, seguida de una insuflación de aire, ó mejor si se quiere de oxígeno puro? ¿No sería esto más lógico, más sencillo y menos peligroso que la abertura del abdomen, seguida de los riesgos existentes en toda operación quirúrgica que no siempre es dable prever? Así, se procedería, si el oxígeno fuese realmente útil, pero desgraciadamente no lo es. El profesor Thiriar (de Bélgica) afirma que en los numerosos casos de afecciones tuberculosas tratadas por el oxígeno, les ha parecido á él y á sus tres adscriptos, que la marcha de la afección era acelerada, más bien que retardada, la supuración aumentaba y como no había indicios de mejoría alguna viéronse obligados á desecharlo y evitar su uso en el tratamiento de la tuberculosis quirúrgica.

Schemeltz, opina que aun cuando no ha tenido ocasión de emplear sino el agua oxigenada contra la tuberculosis quirúrgica, no ha visto por su parte tampoco mejoría alguna, á la inversa de la acción eficaz que tiene sobre los procesos supurativos de otro linaje, como ser los gangrenosos y cancerosos. (Schemeltz C.—De l'oxigène pur en chirurgie contre les procesus septiques, París, 1903).

La iluminación solar, tampoco tiene una acción benéfica sobre la tuberculosis peritoneal. Lauestestein lo ha experimentado bastante, exponiendo á sus

enfermos laparatomizados, durante diez minutos á la luz solar, pero el resultado fué siempre desfavorable.

La acción mecánica, ejercida sobre la serosa por efecto del manipuleo de la operación misma, sería para algunos provechosa y causa determinante de la seudo-curación porque provocaría una hiperemia en el peritoneo enfermo, por la acción irritativa que origina, lo que daría por resultado un mayor acúmulo de glóbulos blancos, facilitando así, una excelente fagocitosis. Esta teoría nos parece algo extraña, puesto que es ya cosa juzgada, que, precisamente el reposo y la falta absoluta de todo traumatismo, es lo que más conviene para la curación de las afecciones tuberculosas.

En fin, existen otras muchas hipótesis, sin que ninguna explique de una manera palmaria y evidente el proceso de curación, llamémosle así, de la peritonitis tuberculosa.

Por nuestra parte, nos inclinamos á creer que aquéllas que imputan la curación á la supresión del derrame, que con su presencia prolongaría ó dificultaría la evolución del tubérculo nos parece la más acertada. En efecto, nada bueno puede resultar del contacto con la serosa, de un líquido que no es otra cosa que un excelente caldo de cultura del bacilo de Koch, y que lleva en suspensión una cantidad enorme de las toxinas que segrega.

Algunos autores, han asegurado que ese derra-

me era inócuo y estéril, pero experiencias fundamentales de Nicoloff (Etude clinique et experimentale de la peritonite tuberculeuse. París 1904) y de Jorfida, verificadas en el laboratorio de patología quirúrgica del profesor Pennato (de Pavía) han demostrado lo contrario. El descenso de la temperatura, el bienestar que experimenta el enfermo cuando se retira el abundante derrame de su cavidad abdominal, aunque no sea más que por la punción, da una prueba evidente de que su presencia es nociva y constituye, por consiguiente, una rémora para el proceso evolutivo de la enfermedad.

En consecuencia, si hay enfermos, que sometidos á la intervención quirúrgica disfrutan después de una mejoría que se prolonga indefinidamente, es porque se trataría entonces de bacilosis atenuadas, de infecciones contra las que la defensa del organismo ayudado por agentes extrínsecos, resultaría victoriosa en la lucha trabada con el germen patógeno. La laparotomía retirando el derrame facilita, pues, siquiera en algo el desenvolvimiento de conversión hacia la esclerosis curativa del elemento tuberculoso.

Pero, bien podrían ensayarse previamente otros recursos, como la punción ó los cuidados higiénicos y terapéuticos y sólo cuando éstos resultaren ineficaces intentar en tal caso, como último recurso la laparotomía, y sólo en esos sujetos en aparentes

buenas condiciones de salud, y en la forma ascítica que es la menos grave de las tres.

En las otras formas de peritonitis tuberculosa, debe proscribírsela terminantemente por inútil y dañosa. Cuando sobrevenga oclusión intestinal, complicación frecuente en la forma fibro-adhesiva, habrá que limitarse á practicar un simple ano contranatura, operación sucia y de resultados precarios, pero que se impone, porque sería imprudente realizar la investigación del asiento de la oclusión en una masa intestinal llena de adherencias, impenetrable, friable, completamente alterada en su constitución anatómica.

Se han publicado en estos últimos tiempos numerosas estadísticas, todas ellas tendientes á ensalzar la intervención quirúrgica. Los datos, son, á la verdad halagadores, pero esas estadísticas padecen de un excesivo optimismo, porque es evidente la tendencia que tienen la mayor parte de los cirujanos de considerar *curado* á todo sujeto que después de soportar la operación, franquea las puertas del sanatorio ó del hospital, en un estado de simple mejoría. No se sigue al enfermo después, por un lapso de tiempo prudencial para adquirir la certeza de que la mejoría se acentúa y subsiste. Los casos de nuestras *Observaciones II* y *V*, son dos bellos ejemplos, y á no haber vuelto los sujetos á recurrir al mismo hospital y mismo servicio donde antes se asis-

tieran, no habríamos tenido conocimiento de la recidiva de la enfermedad y á buena fe, habrían sido incluídos en la estadística optimista. ¿Y con cuántos y muy numerosos casos no acontecerá lo mismo?

Bien, pues, he aquí algunas de esas estadísticas entusiastas que ofrecen los cirujanos que más se han preocupado del asunto.

Pic y Maurange.	*Forma ascítica.*	Operados: 30—Curados: 22 = 73 33 %
	Forma enquistada.	Operados: 41—Curados: 39 = 95 12 %
Aldibert.	*Forma ascítica.*	Operados: 48—Curados: 30 = 60 6 %
	Forma enquistada.	Operados: 56—Curados: 53 = 73 %
Tricomi	*Forma ascítica únicamente.*	Operados; 28—Curados: 20 = 20 %
König	*Forma ascítica únicamente.*	Curados: 131 (no indica el número de operados).

El diagnóstico exacto es otro punto que debe tenerse en debida cuenta al incluir un caso en las estadísticas, requisito que con frecuencia se omite. Este es un asunto delicado que merece ser sometido á un riguroso control para evitarse sensibles errores.

Recordaremos á este respecto que Eichorts, Talpret, Molinari, y Delpeuch, y otros están de acuerdo en admitir la existencia de la «peritonitis crónica *simple*», Fronkel, Brun y especialmente Henoch, han encontrado peritonitis crónicas simples, que macroscópicamente presentaban mucha analogía con la tuberculosa. Este último cita el caso en que la serosa fué encontrada rosada, espesa y cubierta de granulaciones grisáceas, semejando completamente á un tubérculo y que la investigación histológica demostró ser todo lo contrario. Debe entonces, acompañarse siempre que se pueda, al diagnóstico clínico la confirmación mediante el diagnóstico anátomo patológico y bacteriológico, lo que puede hacerse después que se opera, porque entonces, se obtienen los elementos necesarios para la investigación.

Todo esto no quiere decir, que rechacemos en lo absoluto la bondad del tratamiento quirúrgico; al contrario, creemos que en su momento oportuno y en ciertos casos, reporta algunos beneficios para los enfermos. Pero que tampoco por eso, se le atribuya única y exclusivamente la acción curatriz, ni que se le conceptúe como un tratamiento imprescindible y heroico.

La laparotomía es útil, sí, pero como recurso último, porque sus resultados son contradictorios unas veces y otras porque los beneficios que aporta no son duraderos. En consecuencia, cuando la enfer-

medad no ceda al tratamiento médico, cuando la ascitis se reproduce después de la punción y en cantidad considerable, cuando el enfermo esté en condiciones aparentemente satisfactorias y capaz, por lo tanto, de soportar el traumatismo operatorio consiguiente, cuando el examen del derrame no revele su naturaleza sero-purulenta, lo que se puede hacer mediante una punción exploratriz, procede la intervención quirúrgica. Sólo en esas condiciones, se debe operar en la esperanza de obtener, sino una curación anatómica, siquiera una mejoría en el sentido clínico de la palabra, que, en esos casos en los que la infección se presenta en una forma atenuada, suelen prolongarse por varios años. El caso célebre de Spencer Wells, dice König, se mantenía sin novedad hasta 1889 y fué operado en 1868. Los casos de Schücking y de Stellway con mejorías de 13 á 15 años, son dignos también de mención.

Como se ve, pues, es conveniente ser parsimonioso en indicar la oportunidad de la operación, conducta que no siempre se observa, porque es frecuente ver intervenidos á sujetos con temperatura, denutridos, semipostrados con una integridad sospechosa de sus demás órganos ó con dudas acerca de la naturaleza de la forma clínica de la peritonitis tuberculosa. La fiebre, es una contra-indicación absoluta, porque es el signo de una tuberculosis en vía de crecimiento y sucede á menudo que después de la la-

paratomía practicada en estado febril, la tuberculosis invade la herida operatoria y resultan fístulas mortales.

Cuando existan semejantes contraindicaciones hay que formalmente abstenerse de intervenir, porque los resultados no podrán ser más ingratos para el operador como para el paciente. Insistimos en ello porque hay algunos autores como Jalaguier, Leguen y otros que piensan que debe operarse *á todo trance* porque *acaso* le reporte algún beneficio al enfermo, «quien puede ganar algo y nada tiene que perder». Nó, esto no debe hacerse por razones de ética profesional.

En la mujer, la tuberculosis peritoneal asociada á la de las trompas, reclama la intervención quirúrgica siempre que no existan otros focos tuberculosos, pero debe operarse en frío por las razones ya indicadas, extirpando las dos trompas, aun en los casos en que se encuentre comprometido uno solo de estos órganos. Según K. Baisch (de Tubilgen), de 32 mujeres operadas en su clínica, de las que todas eran de 15 á 25 años de edad, una tercera parte murieron de complicaciones operatorias, de tuberculosis pulmonar ú otras, debido á que no se había extirpado los anexos, sino de un solo lado. En las otras dos terceras partes que resultaron beneficiadas por la operación, se había extirpado los anexos de ambos lados («Journal de Chirurgie», abril de 1908).

En resumen, pues, el tratamiento quirúrgico de la peritonitis crónica tuberculosa no tiene por desgracia la acción eficaz que se le atribuye, porque sus resultados son infieles, ya por las complicaciones que sobrevienen, ya porque resulta inútil, debido á la existencia de otros focos de tuberculosis que han pasado desapercibidos, y hacen que las mejorías resulten de corta duración. Es sensible que esta grave enfermedad no haya aun podido recibir, de una manera palmaria y evidente, los beneficios de la cirujía, la gran rama de la medicina cuyos recursos son positivos y no ilusorios.

IX

CONCLUSIONES

1ª La peritonitis tuberculosa en el adulto es una enfermedad grave, cualquiera que sea la forma bajo la cual se presente, no sólo por sus efectos inmediatos, sino también por los lejanos y las complicaciones á que dá origen.

2ª El tratamiento quirúrgico de la peritonitis tuberculosa está indicado únicamente para la forma ascítica de esta entidad mórbida, pero debe apelarse como último recurso, porque carece de la acción heroica, infalible, que corrientemente se le atribuye.

3ª Las curaciones obtenidas mediante la laparatomía sólo se observan en la forma ascítica, porque ésta sería una bacilosis atenuada, contra la cual la resistencia del organismo (en buenas condiciones) y la reacción natural de defensa de la serosa, son ca-

paces de vencer por sí solas contra la infección que les amenaza y ataca.

4º La laparotomía debe limitarse únicamente á evacuar el líquido contenido, evitándose en lo absoluto la introducción de agentes medicamentosos en la cavidad abdominal.

5ª La acción curatriz posible de la operación, sería debida á que ella suprime el derrame, que es un obstáculo de orden mecánico y un caldo de cultura propicio para el bacilo de Kock, saturado, por otra parte, de sus toxinas. De esta manera se facilitaría la evolución del proceso patológico hacia la esclerosis de curación del tubérculo.

6ª Las curaciones alcanzadas con la intervención quirúrgica no son radicales; pueden prolongarse por un lapso de tiempo más ó menos dilatado, pero la recidiva es la regla.

7ª La existencia de otros focos de tuberculosis contraindican formalmente la operación.

8ª Igualmente, debe proscribírsela en estados febriles, de preñez y de manifiesto debilitamiento orgánico.

9ª El tratamiento más racional de la peritonitis tuberculosa sería aquel que realizare estas condiciones: cuidados higiénicos y terapéuticos combinados tendientes á vigorizar el organismo para ofrecer así la mayor resistencia posible al desenvolvimiento de

la enfermedad. En la forma ascítica, cuando permanezca estacionaria, la punción repetida hasta dos veces, y si se reproduce el derrame con prontitud y en abundancia, la laparotomía como último recurso y siempre que no existan las contraindicaciones ya formuladas.

Algunas Observaciones Clínicas

seguidas en los Hospitales Militar y Español

OBSERVACION I

Hospital Militar — Sala 5ª — Servicio del Dr. P. G. Rivero.

Víctor D., argentino, 17 años, soltero, alumno de la Escuela de Operarios Militares, ingresa á este Servicio hoy 25 de abril de 1906.

Antecedentes hereditarios:

Sin importancia.

Antecedentes personales:

Ha sido siempre muy sano.

Antecedentes de la enfermedad actual:

Refiere el paciente que hace algún tiempo comenzó á sentir un malestar general, con dolores de cabeza, constipación tenaz, vértigos, náuseas. Se le declaró una enteritis mucosa de la que estaba en vías de curación.

En convalescencia de su enteritis mucosa, un buen día se levanta bruscamente su temperatura, tiene vómitos, disnea, violenta puntada al costado izquierdo, cefalea, náuseas, la temperatura persiste.

Estado actual:

Examinado el sujeto, se van observando día á día las diferentes faces de una pneumonía de vértice que evoluciona.

1er. día — Temperatura, 39º8. Orina roja, poca cantidad. Dolor, cefalea, disnea, puntada de costado, un poco de tos que exacerba el dolor. Corazón normal. Pulmón izquierdo: murmullo vesicular rudo.

2º día — Pulmón izquierdo, vértice: matitez timpánica, murmullo con tendencia á tubario. Exageración de las vibraciones, pectoriloquia áfona. Tos con expectoración rumbrosa. Cefalea persistente. Vómitos. Anorexia. Rales crepitantes finos en el vértice al final de la inspiración.

3º, 4º y 5º día — Temperatura oscilando entre 38º y 40º. Orina con un poco de albúmina. Expectoración abundante. Tos seca. No hay vómitos como en los días anteriores. Sed ardiente. Vértice del pulmón izquierdo con matitez absoluta, soplo tubario, exageración de vibraciones, pectoriloquia áfona, broncofonía intensa.

6º, 7º y 8º día — Muy poca variación en cuan-

to á la temperatura. En lo demás, hay algunas modificaciones favorables relativamente.

9º día — Ha casi desaparecido el foco de neumonía, pero la temperatura persiste; el dolor en la base del pulmón se acentúa, y, examinado cuidadosamente, se observa un derrame pleural que se inicia.

11º día — El derrame aumenta rápidamente y en proporciones considerables.

Síntomas del pulmón izquierdo: matitez absoluta en la base, que se eleva hasta la 6ª costilla. Vibraciones disminuídas arriba, suprimidas en la base.

Soplo tubario en E en el medio, silencio respiratorio en la base; murmullo vesicular rudo en el vértice. Egofonía. Pectoriloquia áfona. Skodismo.

La punta del corazón late entre el mamelón derecho y el borde derecho del esternón. Se calcula en 3.000 gramos la cantidad de líquido existente.

Se hacen dos punciones. En la primera vez se le extraen 700 gramos; líquido sero-fibrino-hemorrágico.

Después de esta punción y con el tratamiento diurético *ad-hoc,* disminuye el líquido. Punta del corazón: late en el borde derecho del esternón. Como continúa en el mismo estado el líquido, se procede á la segunda punción; se le extrae 400 gramos. Desde entonces la reabsorción se apresura, la diuresis, que ha sido cuidadosamente registrada, aumenta.

Diez días más tarde — No hay líquido. El en-

fermo continúa con una fiebre héctica típica, lo que, unido á su pneumonía de vértice y pleuresía fibrino-hemorrágica, hace diagnosticar una *bacilosis*.

Agosto 4 — Pulmón derecho normal. Pulmón izquierdo: submatitez en la base, vibraciones disminuidas, murmullo vesicular rudo en el medio, muy alejado en la base; hay algunos rales y frotes suaves.

Fiebre héctica. Tos. Sudores nocturnos.

Punta del corazón: late en el quinto espacio intercostal y á la altura del mamelón; sólo se la percibe haciendo agitar al enfermo.

Agosto 17 — El enfermo se queja de una «puntada» violenta ubicada en el colon ascendente y ciego.

Agosto 19 — La puntada persiste. Los dolores se generalizan á todo el abdomen.

Agosto 21 — El vientre se aboveda.

Los dolores persisten á la palpación y presión.

No se palpan ganglios generales.

Agosto 23 — Aparece una ascitis ligera. Continúan los dolores.

Agosto 25 — La ascitis aumenta rápidamente.

La cantidad del derrame peritoneal es considerable. Vientre doloroso. Disnea intensa. Las fuerzas del enfermo decaen visiblemente. Se diagnostica una peritonitis tuberculosa. Se hace una punción y se extraen 3.500 gramos de un líquido límpido, más bien

verde obscuro que citrino, muy fluído. Macroscópicamente no se observa la presencia de pus ó sangre. Se envía el líquido al laboratorio para su examen.

Agosto 30 — El derrame ha vuelto á reproducirse. El estado del enfermo se agrava. La fiebre héctica continúa. Existiendo contraindicación para la operación quirúrgica por el pésimo estado en que se encuentra el enfermo y la pleuresía bacilosa de que también se halla afectado, se aconseja en tal virtud al enfermo su permanencia en costas marítimas; la familia opta por llevarle á las sierras de Córdoba.

Septiembre 6 — El enfermo abandona el hospital en esta fecha.

Nota — Por informaciones solicitadas posteriormente, hemos tenido conocimiento de que este enfermo falleció dos meses después de su permanencia en las sierras cordobesas.

OBSERVACION II

Hospital Militar — Sala 5ª — Servicio del Dr. P. G. Rivero.

Diego R., argentino, 19 años, soltero, alumno de la Escuela de Aprendices Mecánicos de Marina, ingresa á este Servicio hoy 25 de agosto de 1907.

Antecedentes hereditarios:

No tienen importancia.

Antecedentes personales:

Siendo muy niño tuvo sarampión. A partir de esta época ha sido siempre muy sano hasta los actuales momentos.

Antecedentes de la enfermedad actual:

Hace algunos meses que le sobrevinieron trastornos intestinales, cólicos, diarrea, que duran cerca de dos semanas. Todo parecía haber pasado cuando repentinamente, hace apenas 5 ó 6 días, sin-

tió un dolor violento en el costado derecho. El médico que lo vió, diagnosticó apendicitis y aconsejó reposo y hielo al vientre. Así, en estas condiciones más ó menos, es remitido á este hospital.

Estado actual:

Dolor difuso en el flanco derecho. No hay punto de Mac Burney. En la fosa ilíaca se palpa un empastamiento que se extiende hacia arriba.

Se interviene. Operador: el doctor Alcibíades J. López. El peritoneo está espesado y crónicamente inflamado, y las falsas membranas no dejan ver el apéndice y el ciego. Retiradas las falsas membranas se descubren masas caseosas que engloban el apéndice y se prolongan del lado interno del ciego. Se ven algunas granulaciones en la cara anterior de este último.

Se reseca el apéndice y se estirpan lo más alto posible los productos caseosos.

Se deja un buen drenaje de gasa, que se retira cuatro días después.

Dos semanas después el enfermo estaba en pie.

El examen bacteriológico del apéndice y demás neoformaciones extirpadas revelan la presencia del bacilo de Kock.

Octubre 8 — En esta fecha el enfermo sale de alta curado.

Dos meses después—El sujeto comenzó á sentirse otra vez enfermo y vuelve á este servicio. Se le propone una segunda intervención que la rehusa. Se le instituye tratamiento médico. Como ha obtenido la baja del ejército, resuelve retirarse al campo, ignorándose el lugar de su destino.

OBSERVACION III

Hospital Militar — Sala 5ª — Servicio del Dr. Alcibiades J. Lopez

J. B. H., marinero del apostadero de Río Santiago, argentino, 22 años, soltero. Ingresa á este Servicio hoy 3 de agosto de 1907.

Antecedentes hereditarios:

El padre falleció hace muchos años y no sabe indicar á consecuencia de qué enfermedad. La madre vive y es sana. Tiene cuatro hermanos, de los cuales uno falleció de una afección pulmonar que, según cree el sujeto, se trataba de una tuberculosis pulmonar.

Antecedentes personales:

En su infancia tuvo sarampión y coqueluche. A partir de esa época ha gozado siempre de buena salud.

Antecedentes de la enfermedad actual:

Refiere el paciente que hace aproximadamente tres meses, notó que perdía gradualmente sus fuerzas, enflaqueciendo de una manera alarmante, no tenía apetito alguno, las náuseas eran frecuentes y se fatigaba con suma facilidad cuando se hallaba entregado á sus quehaceres. Un mes y medio más tarde le sobreviene alguna diarrea, el vientre aumentaba de volumen y era algo doloroso cuando se lo apretaba. En esta situación y como no hallare mejoría con la asistencia médica que se le prestaba, solicitó y obtuvo su remisión á este hospital.

Estado actual:

Sujeto delgado, en malas condiciones de nutrición, escasísimo panículo adiposo, palidez intensa de su piel y mucosas.

Temperatura á su ingreso 38º 2, pulso frecuente débil (93 pulsaciones). Anorexia, adinamia. Diarrea, aunque poco frecuente. El semblante denota un malestar muy grande en el paciente.

El vientre presenta un abovedamiento en su parte media, no observándose circulación venosa suplementaria. A la palpación dá una sensación parecida á la de un tumor de consistencia blanda, pero

de contornos poco netos. Haciendo la palpación más fuerte se denota con más claridad la naturaleza líquida de su contenido; no hay flutuación. El sujeto acusa algún dolor cuando se le comprime el vientre con intensidad relativa.

5 de agosto — Observado durante dos días, se hace el diagnóstico de peritonitis tuberculosa enquistada y se interviene en esta fecha. Operador: el doctor A. J. López. Abierto el abdomen, el diagnóstico resulta confirmado. Se cae en una cavidad formada por falsas membranas y numerosas adherencias, que contiene un líquido sero-purulento color verdoso sucio, en cantidad aproximada de 2.400 gramos.

Se evacúa el líquido y se observa que las circunvoluciones intestinales están adheridas entre ellas por numerosas bridas. La vejiga por su cara anterior está como pegada á la pared abdominal. Se hace *toilet* seca y se deja una mecha de drenaje.

Agosto 7 — Se retira el drenaje y se cierra la herida. El enfermo dice experimentar algún alivio y la fiebre ha descendido llegando casi á la temperatura normal.

Agosto 10 — Continúa sin novedad digna de mención.

Agosto 13 — La herida, que parecía cicatrizada por primera intención, se ha abierto completamente; hay alguna supuración. La temperatura se ha elevado de nuevo.

Agosto 15 — Continúa la supuración. Al curar hoy al enfermo, se ha notado la presencia de materia fecal en el pus, lo que demuestra que se ha producido una perforación intestinal.

Agosto 23 — El estado del paciente es en extremo grave. Los sudores nocturnos son copiosos y desde hace días la fiebre héctica se ha declarado.

Agosto 30 — En el mismo estado. Sin embargo, en estos últimos días se ha podido alimentar mejor.

Septiembre 4 — Hoy se ha notado una leve reacción en el enfermo. Los dolores de que se quejaba hace dos días, desaparecieron.

Septiembre 8 — Sigue sin novedad digna de mención. Su estado inspira menos temores.

Septiembre 19 — El enfermo ha experimentado una mejoría en su estado general. Se alimenta regularmente y ha recobrado en algo sus fuerzas. La fiebre héctica que no lo abandonaba, ha desaparecido desde hace dos días.

Septiembre 24 — La supuración ha mermado un poco, pero hay siempre materia fecal en el pus. Se le cura tres veces por día.

Septiembre 30 — Hoy ha dado el enfermo un paseo por los jardines en la silla de ruedas. Se siente más animado.

Octubre 3 — Le aquejan fuertes dolores en el bajo vientre, que aparecen después de la micción. La fiebre héctica ha reaparecido.

Octubre 7.—Al curar hoy al enfermo se ha percibido un cierto olor urinoso que hace temer una perforación de la vejiga en vista de los fuertes dolores de que se quejaba en días pasados.

Octubre 9—La perforación de la vejiga se ha producido y expulsa orina por la herida. Tiene escalofríos de vez en cuando y los sudores nocturnos son muy abundantes. Temperatura de anoche 39.8º. Postración completa.

Octubre 12—El estado general del enfermo empeora visiblemente. La supuración es siempre abundante mezclada con materia fecal y orina. La herida está convertida en una verdadera cloaca que despide al curarlo un olor naúseabundo.

Octubre 16—Continúa muy mal. La temperatura todos estos días se ha mantenido elevada no obstante los antitérmicos que se le han suministrado. Las remisiones están siempre por encima de la normal.

Octubre 18—El enfermo fallece á las 7 y 15 minutos a. m.

OBSERVACION IV

Hospital Militar — Sala 5ª — Servicio del Dr. P. G. Rivero

A. L., 27 años, argentino, soltero, soldado del Regimiento 6 de Caballeria. Ingresa á este servicio hoy 8 de octubre de 1905.

Antecedentes hereditarios

Carecen de importancia.

Antecedentes personales

Ha tenido coqueluche en su primera infancia y viruela en su adolescencia.

Antecedentes de la enfermedad actual

Hace más ó menos dos meses que comenzó á sentir una pérdida considerable de su apetito, diarrea á veces y en otras tenía necesidad de recurrir á los purgantes para combatir su constipación.

En las noches le sobrevenía fatiga, lo mismo que al dedicarse á sus deberes por sencillos que éstos fueran. El vientre estaba doloroso, dormía poco, la fiebre le postraba continuamente, sus fuerzas le abandonaban poco á poco, lo que le causó mucha alarma, por cuyo motivo solicitó su envío á esta capital.

Estado actual

Temperatura (39º). Taquicardia (115), y pulso blando, pequeño. Disnea (26). Adinamia. Anorexia completa. El estado de nutrición, pésimo.

Inspeccionando el abdomen no se nota síntoma alguno particular, aun cuando el enfermo afirma que en los comienzos de su enfermedad «tenía el vientre hinchado». A la palpación se nota un empastamiento en la fosa ilíaca izquierda, que abarca una extensión del tamaño de la palma de la mano, que da la sensación como de una superficie rugosa, áspera. Un poco por debajo del ombligo, también se palpa ese empastamiento, pero la sensación al deslizar es más suave, como si se frotase sobre una superficie cubierta de terciopelo. A la percusión, se percibe una matitez absoluta en el flanco izquierdo y región umbilical, que corresponde á los puntos donde hemos indicado el empastamiento. El hígado y bazo, normales.

Fundándose en todos estos síntomas subjetivos y objetivos, se hace el diagnóstico de peritonitis crónica tuberculosa, forma fibro-adhesiva.

No siendo posible la intervención quirúrgica, dada la desplorables condiciones en que se halla el sujeto, se instituye el tratamiento médico.

Noviembre 10—En esta fecha pasó á un servicio de clínica médica (Sala 7). El enfermo tiene tos y expectoración muco-purulenta típica. Ha perdido en cerca de un mes cuatro kilos de peso. Se le ha hecho el diagnóstico de tuberculosis pulmonar que el análisis bacteriológico de los esputos ha confirmado. Se le remite al Hospital de aislamiento Francisco J. Muñiz.

OBSERVACION V

Hospital Español — Servicio del Prof. Dr. Avelino G uiérrez.

M. R.., 22 años, español, soltero, verdulero. Ingresa á este Servicio hoy 23 de diciembre de 1907.

Antecedentes hereditarios

Sin importancia.

Antecedentes personales

Hace dos años fué operado en este Servicio de peritonitis tuberculosa, estuvo dos meses en asistencia, y salió al parecer completamente sano.

Antecedentes de la enfermedad actual

Desde hace un mes empieza á sentir dolores diseminados por todo el abdómen. Este ha aumentado algo de volumen.

Estado actual

A la inspección se nota una cicatriz paralela al puente de Poupart que comienza á dos dedos más arriba de la espina ilíaca antero-superior y á dos dedos más adentro, y que tiene una longitud aproximada de 10 centímetros. En la parte superior de la cicatriz se toca un plastroncito. En el resto del vientre no se palpa nada. El vientre está abultado de tal manera que casi sigue sin solución de continuidad el relieve del tórax.

A la palpación se nota resistencia uniforme y hay reacción de defensa.

Percutiendo sobre el vientre da la sensación de temblor por más que no se percibe la onda, lo que indica que el líquido está entre los intestinos. Hay matitez en unos puntos, sonoridad en otros, sin que ésta y la matitez se encuentren en zonas altas y declives respectivamente. La presión sobre el vientre es dolorosa, sobre todo al nivel del hipogastrio.

Diciembre 31—Se interviene. Operador el doctor Avelino Gutiérrez. Laparotomía infra-umbilical, se abre y se encuentra líquido sero-hemorrágico, los intestinos muy inyectados (color rojo vinoso) los tubérculos apenas se divisan por estar cubiertos, pero al tacto se reconocen numerosísimos en los intestinos y el peritoneo.

La diferencia que se observa ahora comparada con la anterior intervención de hace dos años, es que entonces los tubérculos eran visibles por completo á la simple vista, y ahora sólo se reconocen los más gruesos, hallándose el resto velados, pero al tacto se reconocen mucho más que los que se constataban á la vista.

Se sutura la pared en dos planos con catgut y la piel con seda.

10 de enero—La herida supura y se entreabre, se colocan tubos de drenaje.

13 de enero—Ha disminuído algo la supuración.

Febrero 6—Alta.

OBSERVACION VI

Hospital Español — Servicio del Prof. Dr. Avelino Gutiérrez.

G. de Z., 27 años, española, casada, quehaceres domésticos.

Antecedentes hereditarios

No tienen importancia.

Antecedentes personales

Siendo muy niña tuvo sarampión. Es enferma del estómago desde hace muchos años. A los 15 años tuvo su primera menstruación; sus reglas suelen perturbarse de vez en cuando, adelantándose en ocasiones hasta 4 y 5 días. Se casó á los 21 años y ha tenido dos hijos que los conserva, y no ha habido aborto alguno hasta la fecha.

Antecedentes de la enfermedad actual

Hace 40 días que se le empezó á hinchar el vientre poco á poco, hasta llegar al tamaño actual.

Siente molestia al caminar y le parece que su vientre pesara mucho. No tiene dolores. No hay constipación ni diarrea. Ha tenido vómitos dos veces, pero dice la enferma que le sobrevinieron después de ingerir unos sellos.

Los primeros días orinaba poco y asegura la enferma que tenía fiebre. Ahora orina normalmente.

Estado actual

Vientre muy abultado. A la palpación se percibe perfectamente la onda líquida. A la percusión matitez en la parte media, sonoridad en los flancos, y matitez en la parte declive de los mismos.

Haciendo cambiar la posición de la enferma, el lado sobre el que se acuesta dá matitez al percutirlo.

Al tacto vaginal, cuello borrado. Fondos de saco libres. A la palpación combinada, la matriz se la encuentra en su sitio y no es grande. No se tocan anexos. Hay bastante flujo blanco.

Octubre 15 de 1908.—Se interviene. Operador el doctor Avelino Gutiérrez. Laparotomía infra-umbilical, peritoneo muy engrosado, saliendo gran cantidad de líquido. Los intestinos están llenos de granulaciones miliares, y las ansas intestinales pegadas unas á otras. Se reseca una porción de peritoneo, y se sutura la pared en dos planos, colocándose

una gasa de drenaje entre los músculos y el peritoneo; la piel con seda, sin drenaje.

A los 9 días se le sacan los puntos de sutura. La herida sigue bien.

Dos días antes de irse aparece en la cicatriz una pequeña superficie ulcerada. Se le aplica una pomada con óxido de zinc.

Se le da de alta.

Buenos Aires, Abril 26 de 1909.

Nómbrase al señor Consejero doctor Antonio C. Gandolfo, al Profesor titular doctor Ignacio Allende y al Profesor suplente doctor Luis Agote, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, Mayo 10 de 1909.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 1995 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza en vigencia.

E. CANTÓN,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

—

I

Acción terapéutica de la laparotomía en las tuberculosis peritoneales.

A. C. Gandolfo.

II

Los antiguos distinguían entre «peritonitis tuberculosa» y «tuberculosis del peritoneo». ¿Tenía razón de ser esta diferencia?

Ignacio Allende.

III.

¿El examen citoscópico del líquido peritoneal bastaría para juzgar de su naturaleza?

Luis Agote.

Imp. Ad. Grau—Moreno 960.