Año 1910 N. 2184

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PERITONITIS TUBERCULOSA CRÓNICA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NICANOR R. TEJERINA

EX-PRACTICANTE EXTERNO DEL HOSPITAL SAN ROQUE (1907-08)
EX-PRACTICANTE INTERNO MENOR (1909)

BUENOS AIRES

ESTAB. GRÁFICO «LA UNICN»—INDEPENDENCIA 664

1910

PERITONITIS TUBERCULOSA CRONICA

Año 1910 N. 2184

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PERITONITIS TUBERCULOSA CRÓNICA

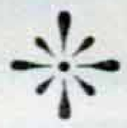
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NICANOR R. TEJERINA

EX-PRACTICANTE EXTERNO DEL HOSPITAL SAN ROQUE (1907-08)
EX-PRACTICANTE INTERNO MENOR (1909)



BUENOS AIRES

ESTAB. GRÁFICO «LA UNIÓN»—INDEPENDENCIA 664

1910

La Facultad no se hace solidaria con las opiniones vertidas en las tésis

Artículo 162 del Reglamento de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Miembros titulares

1. DR. D. JOSE 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. „ „ JOSE PENNA
9. „ „ LUIS GUEMES.
10. „ „ ELISEO CANTON
11. „ „ ENRIQUE BAZTERRICA
12. „ „ ANTONIO C. GANDOLFO
16. „ „ HORACIO G. PIÑERO
14. „ „ ENRIQUE DEL ARCA
15. „ „ DANIEL J. CRANWELL
13. „ „ JOSE M. RAMOS MEJÍA
17. „ „ JUAN A. BUERI
18. „ „ ANGEL GALLARDO
19. „ „ CARLOS MALBRAN
20. „ „ M. HERRERA VEGAS
21. „ „ ANGEL M. CENTENO

Secretario

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTON

Vice Decano

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTON
,, ,, LUIS GUEMES
,, ,, ENRIQUE BAZTERRICA
,, ,, ANTONIO C. GANDOLFO
,, ,, JOSE M. RAMOS MEJIA
,, ,, BALDOMERO SOMMER
,, ,, G. ARAOZ ALFARO
,, ,, JOSE R SEMPRUN
,, ,, ABEL AYERZA
,, ,, EUFEMIO UBALLES (con lic.)
,, ,, FRANCISCO SICARDI
,, ,, TELEMACO SUSINI
,, ,, NICASIO ETCHEPAREBORDA
,, ,, EDUARDO OBEJERO
,, ,, JUVENCIO Z. ARCE
,, ,, JUAN A. BOERI (suplente)

DR. D. JONAS LARGUIA (Consejo Directivo) (con lic.)
,, ,, RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. „ „ MARTIN SPUCH
3. „ „ TELEMACO SUSINI
4. „ „ EMILIO R. CONI
5. „ „ OLHINTO DE MAGALHAES

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	„ ALFREDO LANARI
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	„ TELEMACO SUSINI
Bacteriología	„ CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	„ RICARDO SCHATZ
Materia Medica 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
Clínica Médica	„ ABEL AYERZA
„ Génito-urinarias	„ PEDRO BENEDIT.
„ Psiquiátrica	„ DOMINGO CABRED
„ Quirúrgica	„ DIOGENES DECOUD
„ Obstétrica	„ ELISEO CANTON

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONRARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

„ JUAN R. FERNANDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSE GALIANO
Anatomía Patológica	„ JOSE BADIA
Clínica Ginecológica	„ ALFREDO LAGARDE „ JOSE F. MOLINARI
Clínica Médica	„ PATRICIOS FLEMING
Clínica Oftalmológica	„ TEOFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	„ DANIEL J. CRANWELL „ AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatog. 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

Asignatura	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Botánica Médica	„ RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	„ JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	„ JUAN CARLOS DELFINO „ LEOPOLDO URIARTE „ ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	„ FELIPE JUSTO
Anat. Topográfica	„ ROBERTO SOLE „ CARLOS R. CIRIO
Clínica Ginecológica	„ JAIME SALVADOR
„ Oto-rino-laringológica .	„ ELISEO V. SEGURA
Patología externa	„ CARLOS ROBERTSON „ RICARDO S. GOMEZ
Medicina Operatoria	„ PEDRO CHUTRO
Patología interna	„ RICARDO COLON „ PEDRO LABAQUI
Clínica Oftalmológica	„ ENRIQUE DEMARIA
„ Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET „ MARCELO VIÑAS „ MARCELINO HERRERA VEGAS „ JOSE ARCE „ ARMANDO MAROTTA
„ Neurológica	„ MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal.	„ PEDRO BARBIERI „ LUIS AGOTE
Clínica Médica	„ DAVID SPERONI „ JUAN JOSE VITON
Clínica Obstétrica	„ ENRIQUE A. PARDO „ ENRIQUE ZARATE. „ ARTURO ENRIQUEZ „ ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	„ FAUSTINO J. TRONGE „ MANUEL A. SANTAS „ MAMERTO ACUÑA „ GENARO SISTO
„ Génito-urinaria	„ BERNARDINO MARAINI „ JOAQUIN NIN POSADAS
„ 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 L. 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

CESUELA DE PARTERAS

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

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

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Anatomía, Fisiología, Patología	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicinal Legal	„ N. ETCHEPAREBORDA

Catedrático Suplente

DR. RODOLFO ERAUZQUIN

PADRINO DE TESIS

Doctor Ricardo A. Nölting

Á MIS PADRES

A MIS HERMANOS

A LA MEMORIA DE MIS ABUELOS

A MIS TIAS

A LA MEMORIA DE MI TIO

ENRIQUE TEJERINA

Señores Consejeros.

Señores Profesores.

Cumplo con verdadera satisfacción el último requisito preceptuado en las disposiciones reglamentarias de la Facultad de Ciencias Médicas para optar al grado de doctor y es en virtud de la cual que presento á vuestro ecuánime y elevado criterio este modesto trabajo sin otra pretensión que la observación y experiencia de los casos que he tenido oportunidad de seguir como practicante del Hospital San Roque.

Al separarme de las aulas universitarias llevo el recuerdo imperecedero de gratitud como un justo reconocimiento á todos los que me enseñaron.

Debo de hacer constar mi agradecimiento al profesor doctor José Badía como mi primer jefe y al doctor Bernardino F. Dasso por sus enseñanzas y consejos.

A mi distinguido profesor y jefe el doctor Carlos Robertson por sus valiosas enseñanzas y elocuentes consejos mi respecto y estimación.

Al doctor Ricardo A. Nólting doblemente agradecido: como jefe á cuyo lado he adquirido mis prin-

cipales conocimientos y por el honor que me dispensa al acompañarme en este acto.

Al doctor José Mingo mi agradecimiento por los consejos que como amigo me ha dado.

A mi amigo y compañero el doctor Ricardo A. Arizzi mi amistad sincera.

HISTORIA

Las alteraciones del peritoneo se conocen recién á principios del siglo XVII de una manera bastante ambigua. Es Bonet el primero que ve el espesamiento del epiplón. Harder también observa idénticas lesiones en el mesenterio de un hidrópico. Morgagni relata la historia de muchas afecciones de larga duración en los cuales la autopsia revelaba graves lesiones peritoneales. Antes de esta época las peritonitis crónicas eran poco ó nada conocidas todas se confundían y la historia de la peritonitis tuberculosa no existe. Los trabajos de Bichat, de Laennec, de Bayle demuestran los primeros la existencia de la peritonitis crónica en una interesante comunicación. Después vienen los trabajos de Pithet y Savary (1809), de Hinel (1818), de Testu (1820), de Walker. Tissaudié, Scoutteten (1824), quiénes describen las lesiones de la peritonitis crónica.

En 1825 dice M. Tapret la peritonitis crónica era admitida por todos y es á partir de esta época que empieza á diseñarse sus relaciones con la tuberculosis y el cáncer. Andral en su enseñanza clínica, dice: "En el peritoneo crónicamente inflamado se desenvuelven frecuentemente diversas producciones accidentales y especialmente de los tubérculos. Aquí

mucho mejor que en otros órganos se puede seguir la formación de estos cuerpos y remontar á su etiología. Es Louis (1825) quien tiene el mérito de señalar una nueva etapa en el estudio evolutivo de esta enfermedad, formulando las divisiones que han sido confirmadas por los trabajos ulteriores y estableciendo que la peritonitis crónica es propia de la tuberculosis y que la infiltración se hace "cuando las falsas membranas existen después de un tiempo más ó menos largo".

Aparecen las granulaciones grises "desde que ellos se transforman en tubérculos hay producción inmediata de falsas membranas En fin Louis enuncia su famosa ley" que los tubérculos no se desarrollan en un órgano, sino existe al mismo tiempo en los pulmones; estudia los principales síntomas y afirma la coexistencia de las lesiones de la pleura y el peritoneo.

Chomel y Grisolle hacen un excelente descripción clínica y por último citaremos las observaciones de Godard, Dobleau, Lasegue, Lanceraux, Herard, la tésis de Hemey (1866), las lecciones de Gueneau de Mussy, los estudios de Fereol, Vallin, Stiller y los más modernos é interesantes trabajos de Delpeuch, Godelier, Fernet, tésis de Boulland, Pic (1890) y Maurange, así como las de Aldibert y Marfán que la estudian en la infancia.

Esta es la descripción sucinta del desenvolvimiento histórico de esta enfermedad.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Se presenta en sujetos bien constituídos en apariencia y con lesiones pleuro-pulmonares secundariamente (Grisolle).

La edad de la vida en que la peritonitis tuberculosa crónica aparece con más frecuencia es entre los 10 y 30 años, en los niños menores de 4 años es raro, Levy-Sirugue cita el caso de uno de 4 meses, es excepcional en la vejez.

La causa es la penetración del bacilo de la tuberculosis y sus toxinas, comprobada con el descubrimiento de Koch en 1882, las toxinas solas pueden reproducir el cuadro completo de la peritonitis tuberculosa.

La propagación puede hacerse: 1° por la vía sanguínea localizada al peritoneo y siendo el efecto de una causa general. La infección es llevada por el torrente circulatorio á cualquier punto de la economía hasta el sitio de la menor resistencia. 2° Puede ser por continuidad de los órganos genitales vecinos con el peritoneo, siendo más frecuente en las jóvenes mujeres en la adolescencia habiendo dos formas de presentarse la una generalizada tipo ascítico, la otra localizada pelvis peritonitis tuberculosa, la primera es de origen linfático y la segunda

producida directamente de la vagina, el útero y los anexos hasta el peritoneo. Para Brouardel el peritoneo es el reactivo del estado patológico de los órganos genitales, en el hombre sigue la vía linfática. 3º Por la vía linfática puede suceder á una pleuresia de la misma naturaleza, atravesando el diafragma, llega al peritoneo, más común es que la peritonitis preceda á la pleuresia, á veces las dos localizaciones específicas son concomitantes, á este respecto las opiniones han sido bastante controvertidas. Los canales linfáticos ponen en comunicación la pleura y el peritoneo. Cornil y Ranvier han encontrado el bacilo de Koch en los vasos de junción y los linfáticos y Levy-Sirugue en los espacios fasciculares del diafragma.

Lejars y Lannelongue citan la observación de la peritonitis tuberculosa consecutiva á una coxo-tuberculosis, la infección se hizo por intermedio de los ganglios iliacos externos. 4º Otra vía que sigue la tuberculosis es la intestinal ó digestiva para llegar al peritoneo.

Es necesario que el intestino sea enfermo para que se enferme el peritoneo y que la enteritis precede siempre la peritonitis tubeculosa? Este es un punto también discutido.

La inflamación de la capa epitelial producida por la ingestión de productos tuberculosos, bajo la influencia de este proceso, el epitelio pierde su vitali-

dad, se descama produciendo erosiones que facilitan la infección.

Las experiencias de Baumgarten y Orth parecen comprobarlo, sometían los animales á la ingestión de materias tuberculosa mezcladas con cuerpos vulnerantes y la infección se producía más fácilmente. Koenig admite que la peritonitis sucede á la tuberculosis intestinal, cita en su apoyo que los enfermos de peritonitis tuberculosa tienen perturbaciones digestivas y en la autopsia había encontrado las cicatrices intestinales. Spillman considera que las lesiones intestinales son posteriores á la peritonitis. En la enteritis tuberculosa se observan peritonitis adhesiva circunscripta y jamás es generalizada.

Se emiten otras hipotesis en que la infección se hace al través de una mucosa indemne. Dobro Klonsky ha demostrado que el bacilo atraviesa la mucosa intestinal sin dejar rastros.

Straus hace ingerir á cobayos materias tuberculosas hasta producir lesiones de enteritis tuberculosa y no sobreviene la peritonitis.

Levy-Sirugue ha podido producir todas las formas de peritonitis tuberculosa, desde la caseosa, rápidamente mortal, hasta la ascitis curable, según la virulencia de la inyección, la cantidad, el número de inoculaciones, la resistencia orgánica individual y la integridad anatómica y funcional de la glándula hepática.

Las causas que favorecen la tuberculosis del peritoneo son: los traumatismos del abdómen, el alcoholismo y todas las causas físicas y morales que deprimen el organismo.

Max Schüller demuestra con su célebre experiencia que inyectando materias tuberculosas en el torrente circulatorio y contusionando una articulación ésta se tuberculiza.

Entre otras causas que predisponen á la tuberculosis mencionamos, la miseria fisiológica, la alimentación deficiente, los enfriamientos, el exceso de trabajo, el hacinamiento y la privación de aire y sol.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Hay tres formas anatómicas del tubérculo: el tubérculo miliar, el tubérculo ulcerado caseificado y el tubérculo fibroso ó de curación, correspondiendo á cada una un proceso mórbido diferente.

El tubérculo puede permanecer inalterable en la forma miliar, seguir la transformación caseosa, la más frecuente ó evolucionar hacia la esclerosis, que representa el proceso curativo.

1°. *Forma Ascítica ó Miliar.*—Ascitis esencial ó idiopática de los antiguos autores, así denominada porque la causa era desconocida y como tenía una benignidad relativa, por la tendencia á la reabsorción del derrame, aún cuando se presumía que fuera tuberculosa, nadie se atrevía á sostener esta creencia, porque consideraban la tuberculosis una enfermedad incurable.

Llama la atención abriendo la cavidad abdominal el derrame que por su abundancia puede alcanzar hasta 8 litros, con caracteres particulares es citrino, verdaceo, á veces sanguinolento y más raramente seropurulento contiene una notable cantidad de albumina y fibrina.

Además existen tubérculos crudos, granulaciones grises, diseminados ó confluentes sobre la super-

ficie del peritoneo, en la zona epitelial, rodeados de una aureola hiperémica y como equimótica á veces, la serosa peritoneal toma un aspecto chagriné se despule por la irritación del tubérculo y da lugar á la formación de un exsudado fibrinoso, adherente que constituyen las falsas membranas con los vasos de nueva formación y al mismo tiempo el líquido seroso.

2º. *Forma Úlcero-caseosa.*—La cavidad peritoneal está ubicada por las falsas membranas adherentes que enquistan el líquido frecuentemente purulento, otras veces sanguinolento y en otros casos toma un aspecto grasoso semejante al pus de ciertas variedades de empiema, de los abcesos fríos y los abcesos osifluentes debido al resblandecimiento y degenerescencia grasosa de los tubérculos.

La peritonitis se enquista por la localización de las membranas en el espesor del gran epipión y en la pelvis, los ganglios mesentéricos y pelvianos participan de este proceso. En los casos de peritonitis tuberculosa, en que no hay tendencia á la regresión, la ulceración se produce hacia la profundidad y órganos subjacentes, vagina, trompas, espacio pelvirectal excepcionalmente útero y vejiga ó bien se hace en la superficie.

En el primero, se destruye la pared intestinal y entonces los líquidos peritoneales é intestinales se comunican. Las perforaciones pueden establecerse entre dos ó más ansas intestinales y comunicar en-

tre ellas. En el segundo caso al nivel de la región umbical, la piel se pone roja, se adelgaza y se abre al exterior.

3°. *Forma fibrosa.*—En esta forma el tubérculo nace en el tejido conjuntivo profundo, separados del epitelio por una capa de este mismo tejido, la inflamación es secundaria, la serosa se despule se pone viscosa, la ascitis aparece.

Algunos piensan que la ascitis depende de una lesión trófica hepática y no de la inflamación peritoneal. El tubérculo puede quedar en el mismo estado sin sufrir la transformación caseosa, este es el tubérculo estacionario de Charcot. El tejido conjuntivo irritado por el tubérculo prolifera, recubre la superficie, adhiere las hojas del peritoneo y por sus numerosos vasos favorece la reabsorción del líquido exparcido dentro de la cavidad, las celulas epiteliales se han descamado y caen. El tejido embrionario se transforma en tejido conjuntivo, las bridas, los tabiques, las adherencias sólidas y retractiles, se establecen entre los órganos y enquistan las granulaciones tuberculosas, el tejido conjuntivo se hace fibroso y ha predominado sobre el desarrollo del tubérculo. Las lesiones afectan de preferencia el epiplón, el mesenterio y la serosa en la región umbical.

Las bridas y adherencias sólidas de esta forma es una causa extrínseca generadora de la oclusión intestinal.

Lejars ha descripto la oclusión intestinal por brida considerando 4 modalidades.

1ª *Modalidad.*—Es debido á una brida que estrangula el intestino, obtura la luz y altera la nutrición del mismo.

2ª *Modalidad.*—Acodadura, el intestino se encuentra cabalgando sobre una brida.

3ª *Modalidad.*—Aglutinación en paquete de las ansas intestinales, hay en estas adherencias, bridas, codaduras compresiones por masas tuberculosas, por colecciones enquistadas, el tratamiento quirúrgico es de resultados negativos.

4ª *Modalidad.*—Paresia intestinal, seudo estrangulamiento, por falta de contractilidad muscular frecuente en todas las variedades de peritonitis.

SINTOMATOLOGÍA

Aparece de una manera lenta é insidiosa acompañada de síntomas generales, curvadura, decaimiento general, los enfermos se adelgazan y palidecen, hay perturaciones digestivas, inapetencia primero, anorexia después, alternativas de constipación y diarreas que puede faltar, la temperatura oscila entre 38° y 39° la expansión peritoneal es fácilmente reabsorvida.

Otras veces se presenta bruscamente, con los síntomas de una oclusión intestinal, con solo alternativas de diarreas y constipación, en apirexia, siendo estos los síntomas iniciales de una peritonitis tuberculosa, que existía en latencia.

1° *Forma Ascítica.*—En el primer período el enfermo se queja de cólicos, náuseas, vómitos, vientre doloroso y timpánico. La temperatura es de 38° á 39°. Tiene ascitis que se produce lentamente, se reconoce á la inspección, por el aumento de volúmen del abdómen en formas de obus, prominente adelante, en la línea media, sin red venosa suplementaria, si existe es distribuída irregularmente en la región hipogástrica. Si el líquido es muy abundante, el ombligo hace procidencia, como si fuera un dedo de guante invertido, la cicatriz umbilical se abre y

permite la salida de líquido, la piel adelgazada es fácil de observar pelliscándola. A la palpación da la sensación de fluctuación en la posición de decúbito dorsal, poniendo la mano izquierda en el flanco derecho, separando el dedo pulgar para interceptar la onda vibratoria de la pared y solo recibir la onda líquida, al efectuar golpes secos con la mano derecha en el flanco izquierdo, de otra manera se interrumpe la onda de pared intercalando un ayudante su mano por el borde cubital. En la posición sentado se percibe percutiendo de adelante á atrás el flote lombo-abdominal de Bard.

Palpando el vientre se sienten frotes peritoneales por despulimento de la serosa y las nuevas adherencias, llamado frémito de nieve ó almidonado de Gueneau de Mussy.

Deprimiendo el vientre suavemente y retirando la mano bruscamente, el dolor es más intenso.

En la ascitis libre, la matitez es en forma de creciente, con la concavidad dirigida hacia arriba, los cuernos están á distinta altura de nivel, el timpanismo en lo alto. La matitez cambia con las diferentes posiciones del enfermo y ocupa las posiciones declives.

Cuando el líquido es poco abundante, puesto el enfermo en la posición genupectoral percutiendo el abdómen hay matitez en la región periumbilical.

El líquido peritoneal se acompaña de derrame en una ó en las dos cavidades pleurales, en esta última

se observa que hay un desnivel entre ambas pleuras y ofrece la particularidad de reabsorverse rápidamente, más rara vez se extiende hasta el pericardio.

En el segundo período, entra en una nueva faz, en que los dolores y la fiebre han desaparecido y solo queda la ascitis que aumenta ó disminuye, el enfermo sigue adelgazándose, palidece, tiene anorexia y si el líquido se reabsorve se mejora.

2° *Forma.—Peritonitis crónica vulgar, fibrocaseosa, etc.*—Esta forma es crónica d'emblée y ataca al principio de la tísis se presenta con dolores abdominales perturbaciones digestivas, vómitos alimenticios, alternativas de diarrea y constipación, lientería, vientre sensible, á la presión se constata el meteorismo y la ascitis con flote neto á la palpación. Temperatura fluctúa entre 38° y 40° con escalofríos y sudores profusos.

Explorando atentamente el abdómen, se notan unas induraciones ó empastamiento, debido á las retracciones epiplóicas, extendida de un hipocondrio al otro, delante del colón transverso, llamada cuerda epiplóica.

El vientre es en batea fácil de explicar por las adherencias del intestino á la pared y por las retracciones del mesenterio.

Los ganglios del mesenterio (tísis mesentérica), aumentados de volúmen, pueden comprimir la vena cava inferior y como consecuencia determinar el edema de los miembros inferiores.

En la región umbical hay zonas duras producidas por la aglutinación de las ansas intestinales y las falsas membranas que la adhieren, formando el gateaux peritoneal.

A la percución hay zonas de transición mates, submates y sonoras.

Si persiste la fiebre, la abundancia de sudores, los escalofríos y si la denutrición progresa, puede decirse que evoluciona hacia el resblandecimiento caseoso y la fuente ulcerosa.

La colección seropurulenta que se forma se abre en la región umbical (fleurón periumbilical de Vallín) ó bien se hace la perforación en la vejiga ó entre las ansas intestinales tangentes (flemones estercorales). Las ansas intestinales perforadas y puestas en comunicación por el proceso ulcerativo explican la lientería y por consiguiente la denutrición que progresa tanto más rápidamente, en cuanto que, las ansas intestinales comunicantes están más separadas la una de la otra.

La desaparición de la fiebre, de las diarreas y de los sudores, el aumento de las fuerzas, la conservación del apetito y la extensión de las zonas sonoras, anuncian la evolución hacia la esclerosis.

Los abcesos de las diferentes regiones vecinas del peritoneo son: del hígado, perihepatitis, del bazo periesplenitis, del epiplón epiploites, del ciego peritiflitis y de las pelvis pelvisperitonitis.

3º *Forma fibrosa.*—Comienza con ascitis, pero al-

gunas veces falta, con diarreas y constipación alternadas y en apirexia, es una forma benigna de tuberculosis, por la proliferación del tejido conjuntivo fibroso, el desarrollo excesivo de este tejido no deja de tener sus inconvenientes por las bridas y adherencias que forma, sino también por las perturbaciones nutritivas resultante de la esclerosis que disminuye el funcionamiento de los órganos que interesa.

DIAGNÓSTICO

Hacer diagnóstico de cada una de las tres formas de peritonitis tuberculosa, sería pretensión supérflua, por cuanto ellas presentan síntomas idénticos imposibles de separar y los signos diferenciales son muy escasos.

La peritonitis miliar aguda por poussés sucesivas, termina por la cronicidad.

Sucede con más frecuencia que la peritonitis tuberculosa que tratamos, es crónica d'emblée, presentándose con temperatura, anorexia, facie hipocrática, palidez de los tegumentos, perturbaciones de la menstruación en la mujer, dolor localizado ó bien generalizado al abdómen, la ascitis sin red venosa colateral acompañada de derrame en una ó en ambas cavidades pleurales, meteorismo abdominal.

La existencia de focos tuberculosos localizados en uno ó en los dos vértices del pulmón, diseminados á veces en la forma miliar subaguda, son síntomas importantes para establecer, ratificar el diagnóstico si existe alguna duda.

La adenitis del cuello y la inflamación de varias serosas que aparecieron en un enfermo, fué lo suficiente para que Yaccoud afirmase que se trataba de una afección tuberculosa, no obstante el resul-

tado negativo del exámen bacteriológico de los esputos, de las inoculaciones á cobayos y ausencia de los signos de infiltración de vértice. Fundando seguramente su diagnóstico en la predilección que el bacilo tuberculoso tiene por las serosas.

El exámen del líquido ascítico extraído por punción, exsudado inflamatorio oscuro y opaco que contiene fibrina y albúmina de 3 á 6 gramos por 1000 y más. Densidad de 1020° á 1060° con bastante sedimento de glóbulos rojos y blancos. La reacción de Rivolta es positiva consiste en poner en una copa agua destilada y 2 gotas de ácido acético se deja caer gota á gota del líquido ascítico, si es exsudado (peritonitis) deja un tramo blanco azulado al caer. Si es transudado queda límpido sin modificarse. Además puede diferenciarlo del líquido transudado de causa mecánica ó discrasica por disminución de la circulación arterial, compresión que produce una extasis sanguínea y aumento de la circulación de retorno, el líquido transudado es amarillo citrino claro, transparente la Densidad es de 1010° á 1015° albúmina 0.30 á 1 gramos por 1000. Pero ésto para algunos tiene un valor muy relativo.

El citodiagnóstico no permite diferenciar el exsudado del transudado porque la leucocitosis no tiene un número determinado, pero si de una ascitis por compresión de tumor que se revela por la presencia de celulas con núcleo central y granulaciones alrededor.

La cirrosis atrófica tiene con la peritonitis tuberculosa crónica, mayores afinidades pero se excluye por los antecedentes alcohólicos y los síntomas precirróticos y cirróticos como la dispepsia gástrica con la anorexia, eruptos, pituitas matutinas diarreas, dolor en la región hepática, vientre en batracio con red venosa supletoria en forma de cabeza de meduza, disminución del volúmen del hígado, aumento del bazo y ascitis.

Tiene la peritonitis tuberculosa crónica, similitud con el cáncer vegetante del peritoneo, basta para diferenciarlo el color amarillo paja, la edad del enfermo, la caquexia, dolor más intenso del abdómen, es de evolución rápida y consecutivo á un cáncer visceral.

El quiste del ovario también se presta á confusión, con la peritonitis tuberculosa crónica, este es el caso de la enferma operada por Spencer Wells en 1862, quien hizo una laparatomia por un quiste del ovario y al abrir el vientre, vió con gran sorpresa y natural asombro, que el peritoneo estaba cubierto de granulaciones tuberculosas diseminadas en la superficie, evacuó el contenido líquido y suturó la pared. Esta sola y sencilla operación efectuada en condiciones asépticas generales, fué lo suficiente para que la enferma se curase. Este error feliz para la ciencia, ha venido á demostrar el éxito de la operación y á fijar un rumbo á la cirujía, en esta enfermedad.

Las peritonitis crónica simple por cardiopatías orgánicas, alcoholismo, mal de Bright tienen su sintomatología propia, inherente á cada una de estas variedades, que permiten diferenciarla netamente.

Presenta analogía con la hidatidosis múltiple del abdómen, quiste del peritoneo, el tumor, la fluctuación ó renitencia del líquido contenido en cada poche, la punción de la cavidad por la naturaleza y el exámen del líquido, unido al de la sangre y por el aumento en el número de eosinofilos, permiten revelar la naturaleza de la enfermedad.

La sífilis del abdómen puede ser causa de error, pero con los conmemorativos y el estudio detenido del enfermo, las dudas desaparecen.

Por último citaremos otros medios de diagnóstico, la dermoreacción de Von Pirquet, la oftalmoreacción de Volf Eixner, las inoculaciones del líquido de punción en animales cobayos y los métodos de cultura.

COMPLICACIONES

Una de las más frecuentes complicaciones de la peritonitis tuberculosa, es la pleuresia con derrame, que puede ser unilateral ó bilateral. Cuando es bilateral el derrame, es de distinta altura de nivel y ofrece la particularidad de reabsorverse con extraordinaria rapidez.

Como complicación de la forma fibrosa exclusivamente, es el estrangulamiento interno, producido por bridas adherencias sólidas y resistentes que tironean el intestino hasta obturarle, aparecen entonces los síntomas de una oclusión intestinal y en algunos casos es la forma inicial de la peritonitis tuberculosa que ha evolucionado silenciosamente, con solo las alternativas de diarreas y constipación. Se han observado los trombosis de la vena porta por la compresión de estas mismas adherencias (M. Achard) y las desviaciones uterinas.

La perforación intestinal, complicación de la forma ulcerosa, lo mismo que la perforación de la vejiga que es bastante grave (cita el doctor G. Quijarro en su tésis un caso de ésta), también puede producirse en los órganos contenidos en la cavidad pelviana, espacio pelvis rectal, útero y vagina.

En los niños se complica de nefritis y de meningitis, esta última también lo es del adulto y son sumamente graves.

PRONÓSTICO

Cuando la peritonitis crónica tiende á generalizarse, el pronóstico se agrava, por las poussés sucesivas y sus recidivas, por la marcha rápida que no deja á los medios terapéuticos el tiempo de actuar, los enfermos se deilitan y caen en un estado de caquexia.

Las enfermedades crónicas, son susceptibles de reagudecerse dice el profesor doctor Francisco Sicardi y ésto tiene su importancia para el pronóstico.

Las complicaciones aumentan la gravedad del enfermo, acelerando la marcha progresiva del estado mórbido, hasta la terminación fatal.

La forma ascítica es curable, el líquido se reabsorve y el enfermo se mejora, pero si la ascitis aumenta ó disminuye, el enfermo agotado por la acción letal de la enfermedad, concluye por la caquexia y muere.

En la forma fibrosa, el pronóstico es benigno, á condición que ella quede estacionaria, pero si el proceso de cicatrización aumenta por la proliferación del tejido conjuntivo, entonces el pronóstico varía, porque las bridas extrangulan el intestino y los fenómenos de oclusión aparecen. En esta misma

las poussés de granulaciones miliares, extenúan al enfermo.

La forma úlcero-caseosa por sí sola é injertada por así decir en las formas ascíticas y fibrosas agrava el pronóstico por el carácter invasor y las complicaciones que produce.

TRATAMIENTO

Los métodos empleados para curar la peritonitis tuberculosa, se dividen en médico y quirúrgico.

El primero es sintomático, si hay ascitis se prescriben diuréticos y purgantes, se hace esta derivación con el objeto de disminuir la congestión y favorecer la reabsorción del líquido exparcido dentro de las cavidades abdominal y pleural.

Los tónicos cardíacos, como la digital, la cafeína, el aceite alcanforado, tienen aquí su indicación.

El tratamiento médico debe de ser higiénico y medicamentoso.

Se coloca al enfermo en las mejores condiciones de higiene, siguiendo un régimen de dietética, recomendándole el reposo, la ventilación, el ejercicio moderado, estimulando en la manera de lo posible, la nutrición con el aceite de hígado de bacalao que ha sido aceptado por todos, por los elementos fosforados, ferruginosos, yodados que contiene, se le administra bajo forma de emulsión, agregándole glicerina, café, jugo de naranja ó de limón.

Los glicerofosfatos de sodio, cal y de hierro, los arsenicales bajo la forma de licor de Fowler ó en inyecciones cacodilato de sodio, el hipofosfito de

cal, el guayacol y la creosota son los medios terapéuticos más usuales.

El tratamiento local consiste en la aplicación de revulsivos, colodíon yodado, ventosas escarificadas, puntas de fuego, bolsa de hielo y para disminuir los dolores las preparaciones calmantes de ungüento napolitano belladonado y el ópio.

Tratamiento quirúrgico.—Después del célebre error de Spencer Wells que practica una laparatomia en una peritonitis tuberculosa creyendo que se trataba de un quiste de ovario, las intervenciones fueron raras. Es Kóenig quien en 1884 preconiza este método por el éxito operatorio y lo recomienda, las observaciones ulteriores de Truc, Kummel, Cecherelli, etc., lo confirman.

Poncet de Lyón, hizo una laparatomia en una peritonitis tuberculosa y el enfermo se curó; con el objeto de corregir una eventración, práctica nuevamente una segunda laparatomia y tuvo ocasión de observar la curación anatómica de la tuberculosis.

El método operatorio consiste en una laparatomia en la línea media del abdómen, de preferencia subombilical, hecha en condiciones asépticas, se evacúa el líquido y se sutura la pared en tres planos.

Las circunstancias favorables para efectuar esta intervención, es en primer lugar la forma ascítica, siempre que no sea febril y que el estado de resistencia orgánica sea capaz de tolerar la operación.

Las complicaciones operatorias, son la infección secundaria de la herida y las fístulas interminables.

Numerosas teorías se suscitaron para saber la causa de la eficacia del tratamiento, para algunos era debido á la luz y al aire y para otros á la irritación que produce la intervención estimulando la fagocitosis.

Y á raiz de estas teorías se propusieron numerosos tratamientos, evacuando primeramente el líquido que contiene bacilos y toxinas, que es un excelente medio de cultura y se evita al mismo tiempo el obstáculo mecánico, unos inyectan aire, otros hacen lavage con agua hervida de 37° á 40° y con líquidos asépticos, como el naftol alcanforado, que debe ser deshechado por los dolores atroces que produce y termina con la muerte de estos enfermos.

Debove después de la parecéntesis propone la inyección de agua esterelizada, saturada de ácido bórico; Truc el éter yodoformado pero sin darle mayor importancia por los efectos siderantes que produce en cualquier abceso como la retención del pulso, palidez de la cara y las extremidades tendencia al síncope, mucho más grave debe ser en una serosa tan sensible como el peritoneo. Maurange atribuye los efectos al éter y él lo hizo con yodoformo y vaselina líquida, en su tésis refiere un éxito.

Las pulverizaciones de yodoformo lo mismo que las soluciones fenicadas, de bicloruro de mercurio,

agua oxigenada en general todas han sido abandonadas.

Las punciones son completamente anodinas, en cuanto á sus resultados inmediatos si es hecha con todas las precauciones indispensables que requiere. Deben hacerse en la parte más declive en el bajo vientre unos la hacen á la izquierda, otros en el medio entre el pulbis y el ombligo y el profesor Ayerza lo aconseja en el lado derecho.

La punción es indicada cuando el líquido por su abundancia molesta la función respiratoria y cuando permanece muchos meses sin reabsorverse, porque siendo el líquido ascítico bactericida ha perdido ó atenuado su actividad y con la función evacuatriz se reproduce un nuevo exsudado, rico en fibrina y otros elementos que obran destruyendo el bacilo.

Las punciones repetidas debilitan al enfermo por la pérdida de albúmina.

Y para terminar diremos. que el tratamiento que seguimos es el médico en la forma úlcero-caseosa y fibrosa; en la forma ascítica la punción si el líquido es muy abundante y la laparatomia si reune las condiciones expuestas anteriormente.

I. HISTORIA CLÍNICA

Hospital San Roque.—Servicio del doctor Ricardo A. Nölting. Sala I. Cama 29. Rafael D., español, empleado, 17 años, soltero. Ingresó el 7 de Mayo de 1909.

Diagnóstico.—Peritonitis tuberculosa crónica.

Antecedentes hereditarios.—Tiene padre, la madre ha muerto hace 2 años, á los 5 días después de un parto. Eran 6 hermanos y 5 han muerto, uno de ellos de fiebre tifoídea.

Antecedentes personales.—En sus primeros años recuerda haber tenido sarampión y resfríos todos los inviernos, no fuma, no tiene hábito alcohólico.

Enfermedad actual.—Desde hace 8 días le comenzó una fiebre con exacerbaciones vesperales, duerme bien, regular apetito, tiene tos seca sin espectoración.

Estado actual.—Bien desarrollado, buen esqueleto, regular panículo adiposo, tipo veneciano.

Torax por delante.—Red venosa generalizada visible, simétrico, diámetros normales, tipo respiratorio costo-abdominal.

Torax por detrás.—Pulmón izquierdo.—Sonoridad normal, base poco movible, vibraciones existen, respiración vesicular, resonancia normal de la voz.

Pulmón derecho.—Sonoridad normal hasta un través de dedo por debajo del omoplato, debajo matitez, respiración vesicular hasta el nivel de la matitez, debajo vesicular pero alejada, vibraciones existen hasta el nivel de la matitez, debajo no se sienten.

Zona axilar derecha.—Sonoridad normal en la parte superior debajo matitez.

Pulmones por delante.—Sonoridad normal, espaciode Traube libre, del lado derecho base movible á la altura de la cuarta costilla, respiración vesicular de los dos lados.

Corazón.—Punta se ve y se siente al nivel del mamelón borde superior de la cuarta costilla, borde derecho external.

Tonos.—Normales en todos los focos.

Pulso.—Igual regular pequeño depresible.

Hígado.—Borde superior de la cuarta y reborde de las falsas.

Bazo.—No se palpa.

Abdómen.—Paredes tensas no dejan palpar el colón, dolor generalizado á la palpación mediana.

Lengua.—Saburral, bordes rosados, algo seca.

Dientes.—Conservados, encías y conjuntivas rosadas.

Orina.—Amarillo claro.

Mayo 18 *de* 1909.—Abdómen aumentado de volúmen, se ve una red venosa cuyo punto de partida está en el hueco epigástrico, paredes tensas. A la

percución en las partes bajas del abdómen matitez, el resto sonoridad, haciendo la percución se nota una onda líquida, la palpación del abdómen no es posible á causa de la tensión abdominal.

Lengua ancha saburral, borde rosados, algo seca.

El enfermo se queja de poco apetito, mueve el vientre con enemas.

Tratamiento.—Dieta lactea, calomel y salol, solicilato de soda, alimentación general, supresión de leche, creta, talco y magnesia, codeina en jarabe, tintura de genciana y colombo, aceite hígado de bacalao, sulfato soda, ácido clorhídrico y nuez vómica.

Alta.—Agosto 12 de 1909.

II. HISTORIA CLÍNICA

Hospital San Roque.—Servicio del doctor Ricardo A. Nölting. Sala 1. Cama 25. Juan Ch., argentino, cochero, 32 años, casado.

Ingresó el 25 de Noviembre de 1909.

Diagnóstico.—Infiltración vértice derecho. Adenitis tuberculosa. Peritonitis tuberculosa crónica.

Antecedentes hereditarios y personales sin importancia.

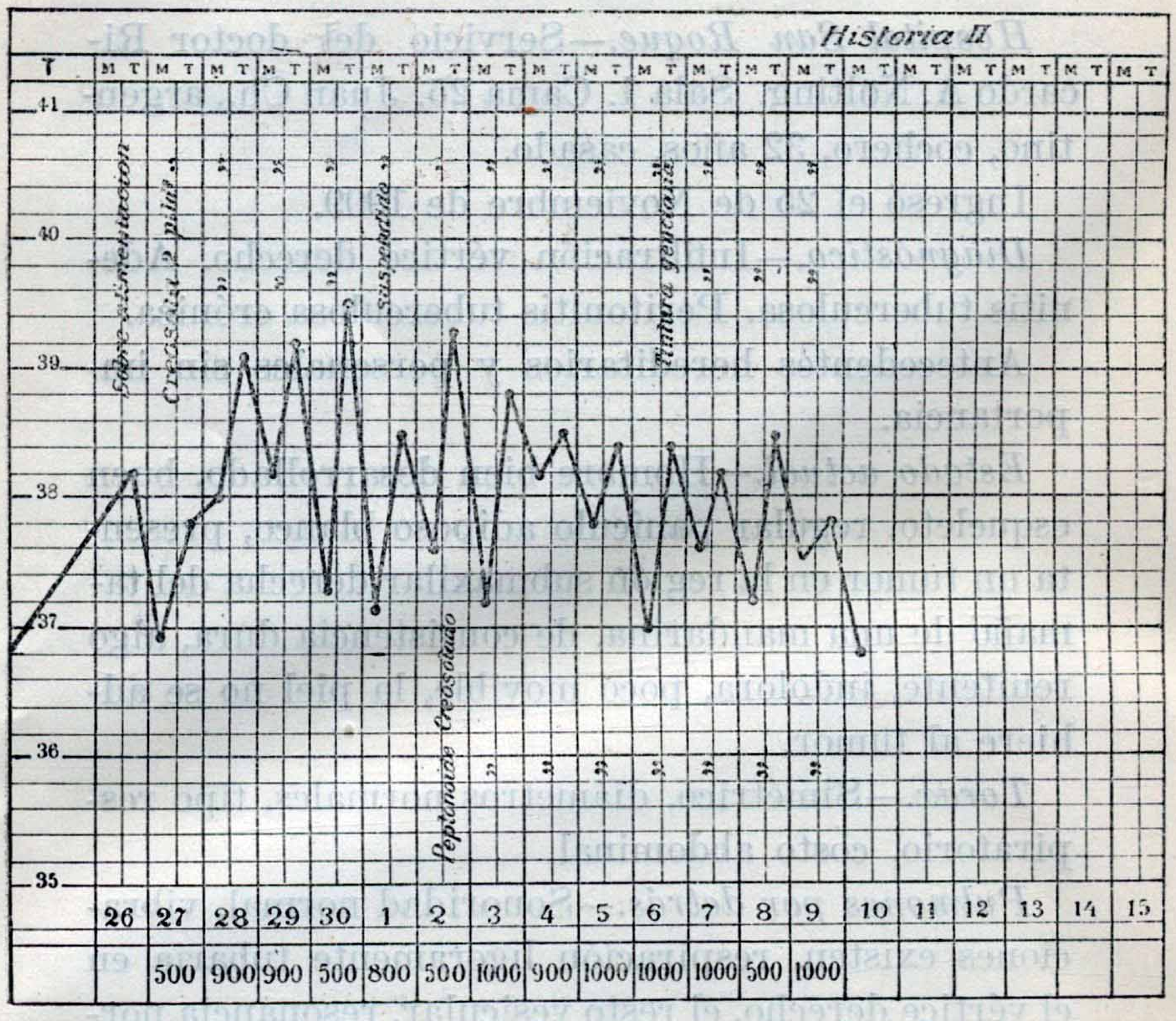
Estado actual.—Hombre bien desarrollado, buen esqueleto, regular panículo adiposo blanco, presenta un tumor en la región submaxilar derecha del tamaño de una mandarina, de consistencia dura, algo renitente, indolora, poco movible, la piel no se adhiere al tumor.

Torax.—Simétrico, diámetros normales, tipo respiratorio, costo abdominal.

Pulmones por detrás.—Sonoridad normal, vibraciones existen, respiración ligeramente tubaria en el vértice derecho, el resto vesicular, resonancia normal, no hay ruídos añadidos.

Pulmones por delante.—Sonoridad normal, espacio de Traube libre, base derecha movible, respiración vesicular.

Corazón.—Punta no se ve ni se siente, borde in-


Historia II
T
M T
41
40
39
38
37
36
35
Sobre-elevación
Creosota 2 pilul.
Suspendido
Tintura genciana
Peptonato creosotado
26 27 28 29 30 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
500 900 900 500 800 500 1000 900 1000 1000 1000 500 1000

ferior de la tercera costilla, línea mamilar, borde derecho esternal.

Tonos.—Normales en todos los focos.

Pulso.—Igual, regular, mediano, depresible.

Hígado.—Borde inferior de la quinta costilla, reborde costal, no se palpa.

Bazo.—No se palpa, matitez 5 cm., línea axilar media.

Abdómen.—Globuloso timpánico en toda la extensión, á la palpación se encuentra una gran resistencia sobre todo por debajo del ombligo y se palpan tumores alargados de bordes no bien definidos en forma de gateaux.

Los intestinos se palpan perfectamente de paredes muy espesas en medio de estos gateaux, siendo completamente indoloro á la palpación, sintiéndose frotes muy marcados.

Lengua.—Húmeda, saburral en el centro, roja borde y punta.

Dientes.—En buen estado. *Conjuntiva.*—Rosadas. *Espectoración.* — Muco purulenta. *Orina.*—Amarilla rojiza turbia.

Tratamiento.—Sobrealimentación creosota, peptonoeide creosotado, tintura de genciana.

Alta.—10 de Diciembre de 1909.

III. HISTORIA CLÍNICA

Hospital San Roque.—Servicio del doctor Alfredo Lagarde. Sala XII. Cama 11. Julia G. de V., portuguesa, O. D. 21 años, casada.

Ingresó el 4 de Diciembre de 1909.

Diagnóstico.—Peritonitis tuberculosa crónica.

Antecedentes hereditarios.—Padre muerto hace 5 años de una pulmonía, la madre vive y es sana, tiene 4 hermanos sanos, el marido es sano, casada hace 4 años, y no ha tenido ni hijos, ni abortos.

Antecedentes personales.—Tuvo sarampión en la infancia, después ha sido siempre sana.

Enfermedad actual.—Hace 11 meses que vino de Europa, al mes de haber llegado notaba que el vientre se le hinchaba y disminuía de volúmen después, al mismo tiempo sentía dolor generalizado á toda la región abdominal, durante 4 meses tuvo que guardar cama en la posición de decúbito dorsal, la única que podía tolerar. El apetito ha ido disminuyendo paulatinamente, es constipada y con frecuencia tiene que recurrir á los enemas para cumplir con esta función orgánica, orina poco. Desde que le comenzó la enfermedad le desapareció la menstruación, habiendo sido hasta entonces periódica y regular. Ingresa á esta sala con abultamiento

del vientre (ascitis) y dolor difuso en toda esta región, se ha adelgazado notablemente.

Estado actual.—Mujer de regular estatura, escaso panículo adiposo, piel elástica.

Torax.—Simétrico, diámetros normales, respiración costo abdominal, predominio costal.

Pulmones por detrás.—Sonoridad normal en la derecha hasta la octava costilla, en la izquierda hasta la novena costilla borde inferior matitez debajo, respiración vesicular arriba, silencio respiratorio debajo, vibraciones existen arriba, abolidas en la zona mate, egofonia debajo, broncofonia arriba, no hay pectoriloquia áfona.

Torax.—Por delante. Sonoridad normal, espacio de Traube libre, respiración vesicular.

Corazón.—Punta se ve y se siente 5° espacio intercostal, 1cm. por dentro de la línea mamilar, borde inferior de la tercera costilla, borde derecho esternal.

Tonos.—Normales.

Pulso.—Igual, regular, mediano, depresible.

Hígado.—Borde inferior de la quinta costilla, reborde costal.

Bazo.—No se palpa.

Abdómen.—Doloroso, timpánico en alto, matitez debajo que no cambia con la posición de la enferma, en el lado izquierdo sensación de onda á la percusión, colón no se palpa.

Dientes.—Bien conservados. Conjuntivas y encías rosa pálida, no espectora la enferma.

Fué operada en el servicio por el doctor Morello, que hizo una laparatomia mediana supra á infraumbilical, se encontraron espesamientos del epiplón y mesenterio, adherencias, tabiques en la parte media, líquido y granulaciones diseminadas en la hoja parietal del peritoneo. Se evacuó el contenido líquido y suturó la pared. La cicatrización no se hizo por la supuración de la herida quedando una fístula. La enferma pide el alta el 21 de Marzo de 1910.

IV. HISTORIA CLÍNICA

Hospital San Roque.—Servicio del doctor Alfredo Lagarde. Sala XII. Cama 13. Ramona D., argentina, 24 años, soltera.

Ingresó el 4 de Abril de 1910.

Diagnóstico.— Peritonitis tuberculosa crónica, Pleuresía derecha.

Antecedentes hereditarios.—Padres muertos, la madre dice que murió de pulmonía y el padre de tuberculosis, tiene hermanos sanos.

Antecedentes personales.—Refiere la enferma que ha tenido viruela, sarampión, escarlatina y pulmonía doble.

Enfermedad actual.—Hace 1 año que se encuentra enferma, comenzó por perder el apetito, sentía que el vientre se le hinchaba y era doloroso en toda la extensión, además tenía alternativas de diarrea y constipación, sentía mareos y cefalea, ha disminuído de peso, la menstruación le apareció á los 13 años era regular y periódica, desde que se encuentra enferma ha desaparecido.

Estado actual.—Mujer de esqueleto mediano, mediana estatura, piel laxa, presenta una parálisis del facial lado izquierdo y del brazo lado dere-

cho con contractura, le apareció hace 5 meses, la lengua está desviada á la derecha, no puede silvar.

Torax.—Simétrico, diámetros normales, respiración costo abdominal predominio costal.

Pulmones por detrás.—Derecho. submatitez en el vértice, sonoridad normal hasta 2 traveses de dedo debajo del ángulo del omoplato matitez debajo, vibraciones existen en la porción sonora, abolidas en la parte mate y disminuída en el vértice, respiración vesicular muy alejada en el vértice, silencio respiratorio en la matitez, resonancia normal de la voz, egofonia debajo.

Pulmón izquierdo.—Sonoridad normal, base movible, respiración vesicular, resonancia normal de la voz, no hay ruídos agregados.

Torax por delante.—Sonoridad normal, espacio de Traube libre, respiración vesicular.

Corazón.—Punta se ve y se siente al nivel del mamelón, borde inferior de la tercera costilla, borde derecho esternal.

Tonos.—Normales en todos los focos.

Pulso.—Igual, regular, mediano, depresible, frecuencia 120 pulsaciones por minuto, la temperatura oscila entre 36°6 y 37°.

Hígado.—Borde inferior de la 5ª, reborde costal no se palpa.

Bazo.—No se palpa.

Abdómen.—Doloroso, timpánico en alto, matitez debajo del ombligo, se notan unos tumores gruesos

de tamaño irregular, sin bordes, bien definido de demarcación, gateaux peritoneal, tenso en toda la región subombilical, por el ombligo da salida á un líquido seroso, fétido.

Dientes.—Bien conservados, encías y conjuntivas rosa pálida.

BIBLIOGRAFÍA

Ayerza Abel, Piñero Horacio G.—Poliserositis y Perivisceritis.—Semana Médica.

Brouardel et Gilbert.—Traité de Medecine et de Therapeutique.

Correa Cordero Francisco.—Peritonitis tuberculosa crónica.—Tésis de Buenos Aires.

Collet F. J.—Précis de Pathologie Interne.

Charcot, Bouchard, Brissaud.—Traité de Médecine.

Dieulafoy G.—Manuel de Pathologie Interne.

Debove et Achard.—Manuel de Médecine.

Forgue E.—Précis de Pathologie Externe.

Güemes Adolfo.—Contribución al estudio de la Poliserositis tuberculosa.—Tésis de Buenos Aires.

Lancelle Serafín.—Peritonitis tuberculosa crónica en la infancia. (Forma ascítica). Tésis de Buenos Aires 1908.

Lyon Gastón.—Clinique Therapeutique.

Lejars F.—Chirurgie D'Urgence.

Quijarro Guillermo.—Peritonitis crónica tuberculosa.—Tésis de Buenos Aires 1909.

Maurange Gabriel.—Tésis de París 1889, *De l'intervention chirurgicale dans la Péritonite Tuberculeuse.—Étude critique et Statistique.*

Strümpell Adolphe.—Traité de Pathologie Interne.

Buenos Aires, Mayo 2 de 1910.

Nómbrase al señor Consejero doctor T. Susini, al profesor titular doctor J. B. Señorans y al profesor suplente doctor C. Robertson, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tésis, de acuerdo con el artículo 4° de la Ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón.

R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, Mayo 13 de 1910.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta número 2184 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón.

R. S. Gómez,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1ª. Morfología del bacilo de Koch.

A. Susini.

2ª. ¿Puede la vía rectal ser causa de infección tuberculosa peritoneal?

J. B. Señorans.

3ª. Indicaciones quirúrgicas de la peritonitis tuberculosa.

C. Robertson.