

recen ser el objeto de un capítulo especial de la patología humana, bajo la denominación que me permito proponer de dispepsia de los alimentos líquidos.

Una proporción considerable de estados patológicos directamente fincados en el aparato digestivo o extraños a él, considerados como de etio-patogenia obscura, tienen por causa inicial este estado dispéptico que comienza en los confines de la lactancia y que, habitualmente, acompaña al hombre durante el resto de la vida, conduciéndolo con lentitud a condiciones patológicas crónicas compatibles con la vida, pero que en definitiva rigen la duración de la vida humana.

Del estudio de estos conceptos que resultan en cierto modo reñidos con los hábitos, las tradiciones y aun las ideas de la dietética técnica actual, es posible obtener nociones de gran utilidad higiénica para la especie, que sufre males atribuibles a la civilización y al confort; pero que en último resultado tienen como causa la tendencia del hombre nervioso atareado o viciado a la ingestión fácil de los productos que tiene que tomar de la naturaleza para restituirle al cuerpo las pérdidas que normalmente sufre como producto de su trabajo fisiológico.

Cinco observaciones de Perforaciones Intestinales

Por el Dr. José Angel Peschard*

Una noche en el mes de marzo de 1933 fuí llamado con mucha urgencia para atender a un enfermo que, según se me dijo, estaba sumamente grave. Una media hora después me encontraba en su casa hallando un enfermo de edad más bien avanzada, quejándose de un dolor fuerte, con facies abdominal, disneico, y con cierto grado de excitación nerviosa. Por el interrogatorio pude recoger los siguientes datos: como a las cinco de la tarde, es decir, hacía unas nueve horas, encontrándose todavía en su trabajo, sintió dolor en la parte baja del abdomen, del lado derecho, el cual fué aumentando rápidamente, al grado de que con dificultad pudo regresar a pie a su casa. Al llegar se había acostado, pero el dolor le había continuado con mayor fuer-

* Leído en la sesión del 18 de marzo de 1936.

za. Al poco rato comenzó a tener vómitos, constituidos al principio por alimentos, algunos cocimientos de medicinas caseras, un purgante que se le administró, y en las dos últimas veces habían sido francamente porráceos. No había tenido ninguna evacuación intestinal ni emisión de gases ni de orina desde el principio del dolor. Preguntado acerca de algunos antecedentes no pudo dar ninguno: no sabía a qué atribuir su enfermedad, y solamente por parte del aparato digestivo manifestó que tenía algunos días con anorexia y, además, sensación muy vaga de malestar general. Estas molestias eran tan ligeras que no le habían impedido trabajar, y ni aun había necesitado solicitar atención médica. Tenía cincuenta y seis años de edad, su salud había sido siempre buena. Trabajaba como mayordomo o vigilante en los Talleres del Ferrocarril. Como terapéutica le habían hecho en la casa, la aplicación de curaciones calientes en el abdomen, y le administraron un purgante que, afortunadamente, fué vomitado.

El examen del enfermo mostró lo siguiente: En el abdomen, forma algo globulosa con disminución de los movimientos respiratorios. Dolor a la palpación generalizado, pero con sitio máximo en el punto de Mc.Burney, encontrándose allí bien marcada la contractura muscular, que también existía, más atenuada, en el resto de la pared. A la percusión se halló aumento de la sonoridad, persistiendo el área hepática. Además, se recogieron los siguientes datos: respiración de tipo costal superior, muy superficial y a 40 por minuto. Tenía 115 pulsaciones, siendo el pulso arrítmico. La temperatura de 38,1.

El diagnóstico que hice fué apendicitis: la tríada sintomática era bien clara, y aún pensé, y más aún posteriormente, que estaba adecuado para mostrarlo en una clínica, por lo claro y ostensible de cada síntoma. Para el tratamiento aconsejé que se le transportara a la mayor brevedad al hospital de los ferrocarriles para que se operara de urgencia. Por dificultades de orden material, el traslado no se pudo hacer hasta en la mañana, y como a las diez se me llamó.

Para ese momento, el estado general había empeorado: la temperatura había ascendido a 39,2, el número de pulsaciones a 140.

La disnea era mayor, y todos los signos locales más acentuados.

Continuaban la constipación y la anuria. Afortunadamente no hubo que vencer grandes dificultades para que aceptaran la intervención quirúrgica el enfermo y los miembros de su familia, y se pro-

cedió desde luego a efectuarla. Con anestesia local, por infiltración de la pared con solución de novocaína, se hizo la incisión de McBurney. Al penetrar a la cavidad abdominal comenzó a salir un derrame sero-purulento abundante, que se hallaba en cavidad libre. Comenzaban a formarse algunas adherencias intestinales, y la primer asa intestinal que fué separada mostró dos perforaciones circulares, de unos cinco milímetros de diámetro, separadas unos cinco centímetros de distancia entre sí y que continuaban dejando escapar gases y materias fecales. Fueron suturadas desde luego con catgut, buscando en seguida en las asas vecinas alguna otra perforación; pero ya no se encontró otra. Como toda esta parte de la intervención había sido fácil y rápida, y como estaba muy accesible el apéndice, se le extirpó. Se concluyó aplicando una canalización amplia con tubos y gasa.

Como tratamiento post-operatorio se colocó al enfermo en posición semi-sentada, se le administró suero glucosado, gota a gota, intrarectal; y se le aplicó, además de las inyecciones tonicardíacas habituales (aceite alcanforado, cafeína, etc.), vacuna antibronconeumónica en prevención de complicaciones respiratorias.

La evolución de este caso fué favorable desde luego. Los vómitos desaparecieron inmediatamente, y poco a poco se fueron regularizando la temperatura, el pulso y la respiración. Una semana después, comenzó a tomar alimentos y la herida estuvo enteramente cicatrizada a los treinta días de la operación.

Cuando el enfermo se encontraba convaleciente se le practicó la reacción de Widal, para averiguar la naturaleza de las perforaciones que sufrió, obteniéndose aglutinación para el tífico al 1 x 50. La de Wassermann fué negativa.

Un mes y medio después de operado pudo volver a su trabajo —que se recomendó fuera ligero por algún tiempo—; y posteriormente sólo ha tenido un incidente: un absceso de la pared que se formó junto a la cicatriz no habiendo tenido ninguna gravedad, pues fué incidido y canalizado, y solamente por pocos días tuvo que guardar cama. Usa una faja y no ha tenido eventración.

Este caso tiene algunas particularidades dignas de mención. El diagnóstico clínico fué de apendicitis, y era tal la claridad y precisión de cada síntoma, que aparecía como un caso verdaderamente típico, y la operación vino a comprobar que se trataba de algo dife-

rente. El hecho de encontrarse las perforaciones inmediatas al apéndice explica la confusión. Posteriormente, para aclarar la naturaleza de las perforaciones, se hizo un interrogatorio más minucioso, y se pidieron las reacciones de Widal y de Wassermann. En realidad unos diez o doce días antes había tenido algunas molestias, consistentes en anorexia, constipación y sensaciones de malestar y de fatiga; pero que habían sido de tal manera ligeras que no les había dado importancia. Hay la particularidad de que no había llegado a pensar en solicitar atención médica a pesar de que el ferrocarril se las suministra gratuitamente, así como las medicinas. Entonces se buscaron las reacciones serológicas para determinar si se trató de una tifoidea ambulatoria, o había alguna otra infección que culpar. La aglutinación del tífico al 1 x 50 indicó que seguramente sí se trató de tifoidea.

Probablemente el hecho de haber sobrevenido la perforación en un estado muy vecino al de salud, la facilidad con que pudo verificarse la intervención, así como el hecho de haberse tolerado con anestesia regional simplemente, fueron, a mi juicio, circunstancias que ayudaron a que este enfermo curara de su perforación.

Observación n° 2.—Este caso fué tratado por mí hace año y medio.

Se trataba de un niño de ocho años de edad afectado de fiebre tifoidea clara, quien durante el período de estado comenzó a tener hemorragias intestinales. Tenía de cuatro a seis evacuaciones diarias y la pérdida de sangre era abundante.

El tratamiento había sido al principio hecho principalmente con baños tibios, y al sobrevenir las hemorragias se le había puesto en inmovilidad casi absoluta, dieta hídrica, aplicaciones de bolsas de hielo en el abdomen, y de inyecciones de tromboplastina y suero fisiológico.

A pesar de este tratamiento, las hemorragias continuaron, y cuatro días después sobrevino la perforación. La sintomatología fué estrepitosa: el dolor, que ya existía moderado, se recrudeció considerablemente teniendo como sitio máximo el mesogastrio, y acompañándose de contractura muscular predominante en el mismo lugar. Además comenzó a tener vómitos, elevación mayor de la temperatura, que pasó de 40, y aumento de la frecuencia del pulso.

Como este enfermo estaba siendo vigilado cuidadosamente con motivo de las hemorragias, pudo ser operado dos horas después. Hubo

que administrarle anestesia general usando éter; se hizo laparotomía lateral derecha, sobre el borde del recto anterior, infraumbilical; explorándose el intestino delgado a partir del ciego, apareciendo una perforación como a unos veinticinco centímetros. Se exploró otra porción de intestino delgado y el ciego, no habiendo encontrado ninguna otra perforación. Como este enfermo había tenido diarrea abundante, y como su estado general era bastante malo, en lugar de hacer sutura, se hizo ileostomía utilizando el mismo orificio de la perforación y la parte superior de la incisión, cerrando el resto después de haber hecho otra, también con anestesia local, suprapúbica, para dar paso a la canalización constituida por tubos y gasa.

El tratamiento posterior fué semejante al del caso anterior: posición semi-sentada, suero fisiológico hipodérmico y por vía intra-rectal en gota a gota; sueros antiperitonítico y antitífico y todos los tonicardíacos habituales.

Los cuatro primeros días fueron de gravedad suma, no retrocediendo los síntomas de la peritonitis: continuaron los vómitos, el meteorismo, la disnea y la frecuencia y el debilitamiento del pulso. Sin embargo, al quinto día comenzó a mejorar poco a poco, la canalización fué substituída a los ocho días por otra más superficial. Sin embargo, el orificio de la canalización tardó más de un mes en cicatrizar, y más de dos el de la ileostomía. La temperatura continuó presentando elevaciones vespertinas de un grado aproximadamente por mes y medio; pero al fin se normalizó.

Tardó como seis meses este enfermo en recuperar su estado de nutrición y sus fuerzas; por lo que respecta al funcionamiento de su aparato digestivo le ha quedado una constipación moderada, presentando a veces accesos dolorosos seguidos de brotes diarreicos y que parecen revestir la forma del síndrome de König y que creo revelan la existencia de adherencias intestinales. Sin embargo, como parecen irse atenuando estas molestias poco a poco, es posible que con el transcurso del tiempo pudiese curar enteramente, sin necesidad de más intervenciones quirúrgicas.

Observación n° 3.—Fué una señora de 34 años de edad, quien había tenido una fiebre tifoidea moderada y ya se encontraba casi en estado de convalecencia. A los 27 días de enfermedad y quizá debido en parte a desórdenes en la alimentación, comenzó a sentir

dolor en el mesogastrio, moderado al principio y con intermitencias; fué aumentando de intensidad poco a poco y haciéndose continuo; tres días después sufrió un recrudecimiento mayor estableciéndose rápidamente el síndrome abdominal. Unas ocho horas después la examiné en compañía del médico de cabecera. En esos momentos ya tenía síntomas de peritonitis aguda generalizada: el dolor intenso, vómitos casi continuos, porráceos; hipo, meteorismo considerable, anuria, y además se iba encaminando al colapso: con 138 pulsaciones tenía 37,8. Los antecedentes de esta señora eran malos: seguramente era luética, y tenía una anemia crónica posiblemente de esa causa; padecía con frecuencia de diversos trastornos digestivos.

De cualquier manera, el asunto se juzgó perdido, y al tratar con la familia lo relativo a la terapéutica se mencionó solamente la quirúrgica, expresando que eran muy escasas las probabilidades de curación que podía dar. Solamente se hizo un tratamiento médico, y el desenlace final sobrevino catorce horas después. No se pudo hacer autopsia.

Observación N.º 4.—Un joven de 28 años de edad, de constitución vigorosa, se encontraba internado en el Hospital Civil atendiéndose una fiebre tifoidea bastante fuerte. A los diez y ocho días, encontrándose en período de estado, le sobrevino un síndrome abdominal análogo a los ya descritos, compuesto de dolor abdominal, vómitos, hiperestesia cutánea y contractura. Tenía diarrea abundante que cesó en ese momento, así como la emisión de gases. La temperatura, que oscilaba alrededor de 39,5, descendió a 38. El pulso se aceleró algo; tenía alrededor de 100 y llegó a 115. Al principio no parecía haber empeorado gran cosa y se manifestaba rebelde a sufrir una intervención quirúrgica. Hasta ocho horas después consintió en ello.

Se usó anestesia general con éter, haciéndose laparotomía media infraumbilical, que dió salida a un derrame seropurulento abundante. La exploración del intestino, un poco laboriosa, permitió encontrar una perforación en el intestino delgado, a 80 centímetros de la válvula ileocecal, de un centímetro de diámetro y cercana a la inserción del mesenterio, la cual fué suturada—la perforación—, y se dejó una canalización con tubos y gasa en el hipogastrio.

Este enfermo pareció mejorarse los dos primeros días: disminuyeron los vómitos, el dolor y la frecuencia del pulso. La temperatura

continuó alrededor de 39. El meteorismo era menor y la disnea cesó por algún tiempo; pero al tercer día se agravó rápidamente y murió al día siguiente. La autopsia reveló la existencia de un absceso subfrénico. La sutura intestinal estaba en buenas condiciones.

Observación n° 5.—El enfermo N. N., de 30 años de edad, internado en el Hospital Civil en el departamento de infecciosos, afectado de tuberculosis pulmonar e intestinal. Hacía cinco años que estaba enfermo, habiendo tenido al principio una remisión en su enfermedad. Al poco tiempo continuó empeorando, sin obtener mejoría de ningún recurso terapéutico. Tenía tos muy frecuente con expectoración abundante y numerosos bacilos de Koch.

En los últimos cinco meses le había aparecido la diarrea, siendo las evacuaciones cada vez más numerosas. Tenía dolor abdominal moderado que le aumentaba con las evacuaciones. La fiebre era remitente con elevaciones vespertinas hasta 39,5. Estaba considerablemente enflaquecido.

Un día el dolor le comenzó a aumentar de intensidad, mostrándose con mayor fuerza en la fosa ilíaca izquierda. Había ligera contractura muscular, y se meteorizó rápidamente. Tuvo algunos vómitos. El colapso le sobrevino rápidamente, y murió en treinta y dos horas.

Pudo hacerse autopsia, encontrándose en el tórax sínfisis pleural bilateral y lesiones cavitarias extensas en ambos pulmones. En el abdomen se hallaron lesiones fibro-ulcerosas en el intestino y en el peritoneo; algunos ganglios caseificados, y una perforación en el intestino delgado.

Las observaciones que anteceden forman parte de mi pequeña estadística de perforaciones intestinales no traumáticas observadas en mi práctica. He dejado aparte las debidas al traumatismo—heridas penetrantes de abdomen, contusiones, etc.—que son, por otra parte, considerablemente frecuentes. En seguida se observan en orden de frecuencia las que complican ulceraciones intestinales, principalmente en la fiebre tifoidea y en la úlcera duodenal. De éstas he observado dos casos, uno operado con éxito y ya referido, y otro que no pudo operarse, con terminación mortal.

De las perforaciones tíficas tengo en mi estadística cinco casos,

tres operados, con dos éxitos y un fracaso, y dos con abstención, terminados por muerte. De uno de ellos no conservo registro.

La observación n° 5 es el único caso que tengo observado de perforación tuberculosa.

Como una curiosidad tengo anotada una observación de una señora operada de un tumor ginecológico, que continuó con mayores molestias después de operada y que dos años después arrojó por el recto, con grandes esfuerzos, una compresa secadora de gasa. Esta señora vive aún, y al parecer disfruta de buena salud. En este caso el intestino también sufrió una perforación.

Unos cuantos comentarios acerca de mis observaciones. En ellas he comprobado la particularidad de que generalmente las perforaciones tíficas se presentan en la porción terminal del intestino delgado, cerca del recto.

En la observación n° 1 se trató seguramente de una tifoidea ambulatoria, levísima. El enfermo tuvo que recapacitar para advertir que no se había sentido enteramente bien en los días que precedieron a la perforación. Sin embargo, el hecho de haber obtenido una reacción de Widal positiva, creo que permite referir la perforación a la fiebre tifoidea. En lo relativo al éxito logrado, más satisfactorio por haberse tratado de un hombre de edad algo avanzada, seguramente algo influyó la circunstancia de haber sobrevenido en un estado muy próximo al de salud completa y con las resistencias orgánicas menos alteradas. Creo que favoreció también el uso de la anestesia local, así como la facilidad y la rapidez con que pudo verificarse la operación.

En lo que se refiere al segundo caso es de notarse cómo, aunque en la mayoría de las veces las hemorragias intestinales tíficas ceden a un tratamiento médico conveniente, en algunas ocasiones se muestran rebeldes a toda terapéutica médica, y pueden aún concluir en una perforación, como en esa observación.

La anestesia más conveniente es la local, cosa que no siempre puede emplearse, sobre todo en los niños. De la general, el éter, salvo contraindicaciones.

En lo que respecta a la forma de intervenir, aunque quizá lo más conveniente sea suturar y canalizar; en los casos más graves, y principalmente si hay diarrea profusa, parece más conveniente hacer

una ileostomía aprovechando la misma perforación; y hacer la canalización por otra incisión para librarla en lo posible de ulterior contaminación por las materias fecales.

BIBLIOGRAFIA

- M. S. Laurence.**—Perforation intestinale operée et guérie. Bullétins et Mémoires de la Societé des Chirurgiens de Paris, t. XXV, N° 1, pág. 35.
- Cimino.**—Perforaciones intestinales paratíficas. Archivos italianos de las enfermedades del aparato digestivo. Vol. 1º, fasc. 3, pág. 201.
- E. Branco Ribeiro.**—Revue Sudamericaine de Médecine et de Chirurgie. T. 4º, N° 9, pág. 663.
- R. H. Miller y E. H. Wallace.**—Annals of Surgery. Vol. XCVIII. N° 4, pág. 713.
- J. A. Lazarus.**—The American Journal of Surgery. Vol. XXII. N° 2, pág. 284.
- V. Vasilica.**—Journal de Chirurgie. T. XLII, pág. 272.
- Gianni.**—Ibid., pág. 274.
- R. Rousseau.**—Bullétins et Mémoires de la Societé Nationale de Chirurgie. T. LVIII. N° 33, pág. 1560.

Tratamiento Médico-Quirúrgico de las Irido-Ci-clitis Agudas Luéticas

Por el Dr. Antonio F. Alonso*

La terapéutica médica de las dolencias oculares que sirven de epígrafe a estas líneas se sintetiza generalmente en los tratados con la indicación general de aplicar el tratamiento específico. Pero como los medios y formas para realizarlo son varios, y las oportunidades en terapéutica capitales, surgen desde luego en la mente del oftalmólogo las interrogaciones: ¿Serán los arsenicales, medicamentos enérgicos de ataque, los que deberán emplearse desde luego? ¿Serán los veteranos mercuriales los que irán a la vanguardia en el combate? ¿Será oportuno y eficiente un tratamiento mixto mercurio-bismútico o mercurio-arsenical?

* Leído en la sesión del 1º de abril de 1936.