

T-20 Sept 1

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

# ULCERA TIFICA PERFORADA

(Análisis de los casos encontrados en los Archivos del  
Hospital Rosales, desde Enero de 1950 a Mayo de 1955)

TESIS

PRESENTADA EN EL ACTO PUBLICO  
DE SU DOCTORAMIENTO POR

HERNAN MUÑOZ ORTEGA



SAN SALVADOR  
EL SALVADOR  
1955

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

# ULCERA TIFICA PERFORADA

(Análisis de los casos encontrados en los Archivos del  
Hospital Rosales, desde Enero de 1950 a Mayo de 1955)



## TESIS

PRESENTADA EN EL ACTO PUBLICO  
DE SU DOCTORAMIENTO POR

### HERNAN MUÑOZ ORTEGA



SAN SALVADOR

EL SALVADOR

1955

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

Rector:

Dr. ROMEO FORTIN MAGAÑA

Secretario General:

Dr. JOSE ENRIQUE CORDOVA

**FACULTAD DE MEDICINA**

Decano:

Dr. SATURNINO CORTEZ

Secretario:

Dr. ROBERTO CUELLAR



**JURADOS QUE PRACTICARON EXAMENES  
PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO:**

**CLINICA OBSTETRICA:**

Dr. Roberto Orellana V.  
Dr. Antonio Lazo Guerra  
Dr. Salvador Batista Mena

**CLINICA MEDICA:**

Dr. Luis Edmundo Vásquez  
Dr. Lázaro Mendoza  
Dr. Benjamín Mancía

**CLINICA QUIRURGICA:**

Dr. Luis A. Macías  
Dr. Ricardo Posada h.  
Dr. Fernando Alvarado Piza



**DOCTORAMIENTO PUBLICO**

PRESIDENTE: Dr. Carlos González Bonilla

PRIMER VOCAL: Dr. Benjamín Mancía

SEGUNDO VOCAL: Dr. Mario Reny Roldán



DEDICATORIA

*A mis padres*

*A mis hermanos*



AGRADECIMIENTO

*Al Dr. Mario Remy Roldán*

## PLAN DE TRABAJO

---

- 1) Introducción - Importancia del Trabajo.
- 2) Recuerdo Clínico, Bacteriológico y Anátomo Patológico de la Fiebre Tifoidea.
- 3) Diagnóstico de la Ulcera Tífica Perforada.
- 4) Casuística - Análisis de los casos encontrados y cuadros estadísticos.
- 5) Discusión sobre el tratamiento de la Ulcera Tífica Perforada y análisis de los métodos verificados en el Hospital Rosales.
- 6) Conclusiones.
- 7) Recomendaciones.
- 8) Bibliografía.

## INTRODUCCION

### IMPORTANCIA DEL TRABAJO

“La Fiebre Tifoidea debe ser considerada entidad médico-quirúrgica, vista su marcha irregular y sus posibles complicaciones. Por tal motivo los tifóidicos deberían estar en manos de un Cirujano y de un Internista”.

*J. L. Spivack.*

Es muy extraño que en nuestro medio nunca se haya efectuado un estudio sobre la Ulcera Tífica Perforada; que como se observará por el presente Trabajo siempre necesitará de un detenido estudio, dada la gran frecuencia de Tifoidea y hoy más que nunca con la introducción de modernos antibióticos específicos, para evaluar en qué forma estos puedan llegar a evitar esta terrible complicación de la Fiebre Tifoidea.

Mi trabajo se refiere a 26 casos de Ulcera Tífica Perforada encontrados en los Archivos del Hospital Rosales, desde Enero de 1950 a Mayo de 1955 o sea en un período de 5 años y 5 meses.

La importancia del presente trabajo se resume en lo siguiente:

- 1) Darle a conocer al Internista que atiende un caso de Tifoidea que aun con el uso de los modernos antibióticos específicos nunca deje sin control al paciente, puesto que aquí se estudiarán casos en que, aun tratados con estos antibióticos, fué inevitable la perforación intestinal.
- 2) Demostrar el éxito obtenido con el tratamiento médico-quirúrgico de la Ulcera Tífica Perforada en nuestro medio.
- 3) Aclarar en qué casos se debe de seguir un tratamiento conservador (no quirúrgico).
- 4) Que sea el inicio de un amplio estudio sobre Tifoidea y su tratamiento a base de los nuevos antibióticos y ver cómo es posible que se eviten sus complicaciones, y en especial la Ulcera Tífica Perforada.
- 5) Una estadística más de nuestras enfermedades.
- 6) Dar a conocer que, aún con todos los antibióticos, las palabras del Profesor Spivack siguen teniendo su valor.

Por tal motivo todos los casos serán analizados en conjunto para que sea mejor apreciado el presente trabajo.

## Recuerdo Clínico, Bacteriológico y Anátomo-Patológico de la Fiebre Tifoidea

---

La Fiebre Tifoidea es una enfermedad aguda caracterizada:

- a) CLINICAMENTE—por temperatura elevada, estado general grave con postración y estupor (de donde le viene su nombre), diversos síntomas abdominales y aparición de manchas lenticulares en la piel.
- b) ANATOMICAMENTE—por inflamación y ulceración de los folículos linfáticos y de las placas de Peyer del intestino delgado y por la tumefacción de los ganglios mesentéricos y del bazo.
- c) BACTERIOLOGICAMENTE—por la presencia de la Salmonella Typhosa en el organismo.

**PATOGENIA.** Los bacilos penetran al organismo por la vía digestiva llegando al intestino, pasan al tejido linfático de éste y son transportados a los ganglios linfáticos del mesenterio en donde se multiplican, llegando por medio del conducto torácico a la circulación general y estableciéndose una septicemia. Es en este período cuando los bacilos pueden ser aislados de la sangre en los primeros 7 a 10 días de la enfermedad.

Los bacilos se localizan en los ganglios linfáticos, bazo, pulmones, medula ósea e hígado.

Como la bilis es un buen medio de cultivo para el bacilo, éste se multiplica extraordinariamente en las vías biliares, circunstancia que es causa del paso continuado de los bacilos al intestino delgado y que puede contribuir a la intensa afección de las placas de Peyer observada entre la segunda y tercera semana de la enfermedad.

Los anticuerpos para el bacilo tífico aparecen en la sangre durante la segunda semana de la enfermedad y van aumentando progresivamente conforme a ésta.

Los coprocultivos y urocultivos pueden ser positivos desde la segunda y tercera semana de enfermedad. Al estudio de la médula esternal se puede acudir en todo momento durante las 4 á 5 primeras semanas.

**ANATOMIA PATOLOGICA.** Las lesiones de la Tifoidea son debidas tanto al bacilo como a sus toxinas; la hiperplasia del tejido linfoide es notable en todo el organismo, especialmente en las placas de Peyer, ganglios linfáticos mesentéricos y bazo.

Las lesiones más frecuentes se encuentran en las placas de Peyer a nivel del íleon, en donde producen las cuatro fases siguientes:

En la PRIMERA semana de la enfermedad se produce el primer período o sea la "tumefacción", caracterizada por la formación e hipertrofia de las células reticulares entre las cuales se destacan los linfocitos, leucocitos y hematíes fagocitados. La mucosa que recubre los folículos linfáticos está edematosa y con los vasos llenos de sangre.

Al comenzar la SEGUNDA semana se presenta el período de "necrosis" con coagulación de la zona superficial del tejido linfático; después la necrosis se extiende hasta alcanzar la mucosa.

En la TERCERA semana todo el tejido necrótico se esfacela en el mismo orden en que aparecieron los focos; es decir, comenzando por los más cercanos a la válvula ileo-cecal y terminando por los más próximos al yeyuno, formándose así las úlceras de forma ovalada, límites correctos y de base limpia.

La profundidad de las úlceras está en relación con el carácter de la infección.

Las enterorragias que se producen en la Tifoidea son debidas al desprendimiento de las escaras.

Al final de la TERCERA semana se inicia la regeneración del tejido conjuntivo que llena las úlceras, mientras que el epitelio llena la superficie.

Ahora veamos el proceso de la perforación.

Ordinariamente la perforación se encuentra en la porción terminal del íleon a 30 centímetros de la válvula ileo-cecal; raras veces en el resto del intestino delgado, colón, apéndice y vesícula biliar.

El tamaño de la perforación varía de milímetros a uno o dos centímetros y es más pequeña por el lado peritoneal, pues vista por el lumen del intestino se ve que está situada en una profundidad en forma de embudo.

El proceso ulcerativo comienza en las placas y nódulos linfáticos que se edematizan al llenarse de linfocitos y macrófagos que acuden a controlar la infección desde un principio. La necrosis en estas áreas es debida a la presencia del edema y en particular a las toxinas elaboradas por las bacterias que no se hacen esperar; es así como comienzan las úlceras que aumentan de tamaño paulatinamente a medida que el tejido linfoide desaparece. Si se profundizan puede llegar a producirse la perforación; mientras que si la destrucción envuelve un vaso sanguíneo sobreviene una hemorragia. Es indudable que la presencia de anaerobios, parásitos intestinales o un meteorismo o peristaltismo exagerados, cooperan notablemente en aumentar la gravedad o extensión de estas úlceras o por lo menos a la formación de escaras que al desprenderse dejan las úlceras al descubierto.

La localización más frecuente de la úlceras es en el borde anti-mesentérico.

La falta de sincronización en el proceso ulcerativo ocasiona que ya después de haberse cerrado una úlcera se perfora otra que todavía no se había "madurado" lo suficiente o que resistía a cicatrizarse. A ésta se le llama perforación iterativa.

Aun cuando es posible que la perforación y la hemorragia intestinales se produzcan juntas, la regla es que en una ulceración crónica y lenta que conduce a la perforación generalmente no haya hemorragia profusa; mientras que un desprendimiento brusco de una escara puede causar una hemorragia entérica grave.

Manuel Tapia insiste en que no hay ninguna relación entre las dos complicaciones y presenta 35 enfermos con hemorragia ninguno de los cua-

les se perforó; mientras que en 7 que sí se perforaron la autopsia no reveló hemorragia.

J. Torres Gest, del Hospital del Rey de Madrid, reporta un 19.2% de hemorragia en perforaciones intestinales por Tifoidea.

Sería demasiado este capítulo si me pusiera a describir las demás lesiones patológicas de la Tifoidea y además me saldría del Tema.

**SINTOMAS.** El carácter e intensidad de la Tifoidea varían considerablemente; en unos casos tiene un curso benigno de una a dos semanas, en otros se prolonga de seis a ocho septenarios. Raramente se ven casos fulminantes que acaban con los pacientes en un tiempo no mayor de diez días. La descripción que sigue se refiere a los casos de mediana gravedad que evolucionan en cuatro a cinco semanas.

Incubación de 10 a 15 días; comienzo súbito raro; frecuentemente desarrollo gradual de un proceso febril con cefalea, malestar general, insomnio, etc. La fiebre es remitente con tendencia a elevarse cada día más; a veces hay tos seca, anorexia; a veces náuseas y vómitos.

El estreñimiento es común en las dos primeras semanas de enfermedad; a menudo hay molestias abdominales y meteorismo generalizado. En el 20% de los casos hay epistaxis.

Hacia la tercera semana la fiebre suele ser elevada y una vez llegada a su máximo se mantiene en meseta por una a dos semanas; luego comienza gradualmente a descender y alrededor del trigésimo día la temperatura es normal. El sensorio en la mayoría de los casos está embotado.

**SIGNOS FISICOS.** En la primera semana, aparte del estado febril y tal vez de ligero meteorismo, no hay signos físicos que ayuden al diagnóstico. El bazo se hace palpable en la segunda semana aproximadamente en las tres cuartas partes de los casos y es muy blando, no muy aumentado de volumen, pudiendo escapar a la palpación.

El exantema aparece durante la segunda y tercera semanas.

En algunos pacientes se ausculta estertores que son signos de bronquitis. Puede haber bradicardia relativa en las dos primeras semanas.

En algunos casos el meteorismo puede ser intenso en el período álgido de la enfermedad con tensión dolorosa ligera en todo el abdomen, pero más marcado en la fosa iliaca derecha.

La convalecencia es larga. Las recaídas se observan en el 10% de los casos.

## Diagnóstico de la Perforación Intestinal

La frecuencia de la Perforación Intestinal es de un 2% de los casos de Fiebre Tifoidea.

**CIRCUNSTANCIAS ETIOLOGICAS.** La Perforación Intestinal de ordinario se produce del tercero al quinto septenarios y con mayor frecuencia al final de la tercera semana; pero algunas veces en la convalecencia y aún más tarde. Algunos autores afirman que en cualquier período de la Fiebre Tifoidea puede ocurrir este accidente.

Se ha señalado su mayor frecuencia en las tifoideas graves acompañadas de diarrea profusa; pero también puede ocurrir en las tifoideas llamadas ambulatorias, es decir aquellas en que por su benignidad no se ha formulado un diagnóstico. En estos casos, algunos la atribuyen al régimen alimenticio o a la administración intempestiva de purgantes.

La perforación no es única más que en las dos terceras partes de los casos; no es absolutamente raro que se encuentren de cuatro a más perfo-

raciones. La perforación es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino y es muy rara en el niño, en donde produce una enorme mortalidad por las siguientes razones:

- a) La Tifoidea en sí es muy grave en el niño.
- b) No hay historia franca de la complicación.
- c) La confusión con las enfermedades intestinales es frecuente y por tal motivo es retardada la consulta.

En el Hospital Santo Tomás de Panamá se ha notado que la incidencia de Perforación Intestinal en tíficos tratados con Cloramphenicol ha aumentado.

Ellos exponen tres teorías, que por tener mucho interés las transcribo.

- 1) Hay más casos graves que se salvan.
- 2) La rápida esterilización del tracto intestinal producida por el Cloramphenicol puede estimular indirectamente la reproducción de los microorganismos no sensibles que aumentan la posibilidad de la formación de escaras y de desprendimiento súbito.
- 3) La aniquilación masiva y rápida de grandes cantidades de bacilos tíficos libera enormes cantidades de endotoxinas que empeoran catastrófica y rápidamente el proceso de la enfermedad.

Este último punto es el más interesante de todos.

Para ello hay que recordar brevemente los famosos experimentos de Reilly y sus colaboradores y la evolución de todo un conjunto de teorías patogenéticas estimuladas por el problema de las complicaciones intestinales de la Fiebre Tifoidea.

El solo hecho de que estos experimentos fueran realizables en el Laboratorio implica un adelanto importantísimo en lo que hoy se sabe sobre esta enfermedad. Puede recordarse que antes no se había podido transmitir la Tifoidea a animales de Laboratorio en forma satisfactoria. Al inocular los citados autores cantidades ínfimas de bacilos de la Tifoidea directamente en los ganglios linfáticos mesentéricos produjeron por primera vez ésta enfermedad y la muerte en 150 conejos, incluyendo lesiones múltiples en las placas de Peyer.

Ahora bien, ¿cómo podía esta toxina inyectada directamente en los ganglios linfáticos afectar los intestinos, cuando las cantidades usadas eran tan pequeñas (una milésima por C. C.) que aunque pasaran a la sangre no serían capaces de producir las lesiones?

En el curso de sus experimentos ellos demostraron que las lesiones eran "transmitidas" a través de las fibras nerviosas que iban al intestino y que las endotoxinas aún diluidas podían causar las lesiones intestinales tíficas, si se inyectan en el nervio esplácnico. Este fué el nacimiento del "síndrome de irritación neuro-vegetativa" de Reilly. Más tarde resultó que esta "irritación nerviosa" producida por la endotoxina tífica y que causaba lesiones intestinales podía ser producida con los mismos efectos en las pla-

cas de Peyer por una variedad de irritantes: excitación farádica, toxinas microbianas, alcoholoides, etc; ya que éstas lesiones lejos de ser patognómicas de enfermedades específicas, forman parte de un tipo de reacción orgánica general muy compleja y de etiología variadísima en el que el sistema neuro-vegetativo siempre es parte integral.

Estas consideraciones históricas nos traen al punto que se quería recalcar. La endotoxina de la Salmonella Typhosa se libera cuando el bacilo se destruye y aunque un paciente pueda neutralizar o controlar una liberación gradual y moderada de endotoxina, su estado puede fácilmente complicarse si se aniquilan todos los bacilos conjuntamente y el nivel de toxinas se eleva enormemente y de manera súbita.

El dilema de cómo destruir al bacilo y evitarle una catástrofe al paciente se ha solucionado, con diferentes grados de éxito, de dos maneras.

En primer lugar, teniendo al cuidado de administrar cantidades pequeñas y graduales de Cloramphenicol; y en segundo lugar, usándolo conjuntamente con drogas que eviten el efecto de las toxinas, ya sea tratando de bloquear los impulsos nerviosos (Clorpromacina) o aumentando la resistencia del individuo (A. C. T. H.).

El uso de todas estas drogas en conjunto está aun en estudio; pero se ha progresado lo suficientemente en el tratamiento de esta enfermedad como para tener tres medios más o menos desarrollados de ataque, que son:

- 1) Los antibióticos, ataque directo.
- 2) Las hormonas (Cortisona, A. C. T. H.), aumento de la resistencia individual.
- 3) Los agentes neuro-plégicos (Clorpromacina), bloqueo del efecto neurovegetativo de la "irritación nerviosa."

**SINTOMAS DE LA PERFORACION INTESTINAL.** Se anuncia por lo general con dolor abdominal, VIVO e INTENSO, la mayoría de las veces localizado en el cuadrante inferior derecho; pero este dolor puede faltar o pasar desapercibido en un enfermo que delire o esté en estupor, al mismo tiempo la temperatura desciende a veces a 37 o 36. 5; en otros casos hay hipertermia, y por último hay casos en que la temperatura no tiene modificación. El pulso por lo general se acelera.

A veces el comienzo de los síntomas es insidioso, a causa de que el organismo de los enfermos debilitados reacciona menos, o también a consecuencia de la pequeña dimensión de la perforación.

Muy pronto sobrevienen los fenómenos peritoneales: cara pálida, sudor frío en la frente, rasgos fisonómicos estirados, escalofríos seguidos de fiebre moderada, taquipnea. El abdomen se encuentra abultado y doloroso al menor contacto, el meteorismo aumenta y también el derrame de gases en la cavidad peritoneal, produciendo el signo de Joubert (algunos autores dicen que tal signo no es 100% y que no es de esperarlo en todos los casos). Muy pronto se instala un íleo paralítico, a veces retención urinaria o micciones dolorosas. Por la irritación del peritoneo anterior se vuelve rígida la pared abdominal formándose el llamado "vientre de madera".

Los vómitos, al principio alimenticios, luego se vuelven biliosos.

Algunas veces los fenómenos de una.....

peritonitis difusa no se realizan cuando la formación de adherencias ha evitado que se invada todo el peritoneo, formándose una cavidad parcial.

La descripción anterior es la clásica de una peritonitis aguda y generalizada y producida por una perforación; es decir, lo que se está estu-

diando. Pero pueden ocurrir casos de peritonitis sin perforación, por simple propagación que puede ser generalizada o localizada; en estos casos lógicamente no hay neumoperitoneo. Algunos autores dicen que la peritonitis por perforación se diferencia de la peritonitis sin perforación por el comienzo súbito del dolor abdominal VIVO E INTENSO, generalmente localizado en la fosa ilíaca derecha; pero también ellos mismos hacen notar que en las formas graves de Tifoidea con postración intensa puede haber perforaciones latentes que no se manifiesten más que por meteorismo y que son fáciles de desconocer.

Otras veces la perforación ocurre en pacientes ambulatorios en, quienes al diagnosticarla se desconoce su naturaleza, convirtiéndose ésta en el primer sintoma de una Tifoidea que no postraba al paciente.

Al referirme a las circunstancias etiológicas de la perforación, involuntariamente se me olvidó referirme a la dieta de los tíficos. Respecto a esto consulté infinidad de libros y publicaciones médicas y no encontré nada sobre este aspecto. Sería interesante que se hiciera un estudio sobre la relación que puede existir entre la dieta y la perforación; máxime que hoy se es más liberal para alimentar a los tíficos.

## Análisis de los 26 Casos de Úlcera Tífica Perforada

### CUADRO Nº 1.

Casos de Tifoidea presentados en los años en que se basa este estudio.

Año	Tifoideas	Úlceras Tíficas Perforadas
1950	20	0 ( 0. %)
1951	58	5 ( 8.62%)
1952	46	3 ( 6.52%)
1953	42	12 (28.57%)
1954	48	3 ( 6.25%)
1955 a Mayo	19	3 (15.78%)

Habían más casos con el diagnóstico de Tifoidea, pero sólo 233 fueron comprobados con todos los exámenes necesarios.

El cuadro anterior es muy demostrativo e indica que en 1950, en 20 casos de Tifoidea, no se presentó un solo caso de Úlcera Tífica Perforada; en cambio, en 1953 se presentaron 12 casos en 42 tifoideas, lo que hace un 28.57%.

El porcentaje total entre las Tifoideas de todos los años con los 26 casos de Úlcera Tífica Perforada fué de 11.15%.

CUADRO N° 2.

Distribución por edades de la Ulcera Tífica Perforada.

Edades en grupos de 10 años.	Número de pacientes.
0 a 9 años	0 ( 0 %)
10 a 19 años	7 (26.92%)
20 a 29 años	16 (61.53%)
30 a 39 años	3 (11.54%)
40 a más	0 ( 0 %)

De la lectura del cuadro anterior se desprende que fué en jóvenes en donde se vió con mayor frecuencia la complicación, ya que 23 pacientes cuyas edades oscilaban entre 10 a 29 años representan el 88.42% del total. Esto también es lógico, puesto que es en esas edades que es más frecuente la Tifoidea en nuestro medio, según datos estadísticos del Dr. Raúl Argüello Escolán.

CUADRO N° 3.

Sexo.

Masculino	17 (65.38%)
Femenino	9 (34.62%)

Como se vé, fué en el sexo masculino en que se presentaron más casos y esto parece estar de acuerdo con todos los datos estadísticos que yo he encontrado, no diciendo por qué caua, que a mi parecer es debido a la mayor frecuencia de la Tifoidea en este sexo.

CUADRO N° 4.

Días de evolución de la Tifoidea a su ingreso al Hospital de los 26 pacientes.

Primer septenario	2 ( 7.69%)
Segundo septenario	10 (38.46%)
Tercer septenario	10 (38.46%)
Cuarto septenario	2 ( 7.69%)
Sin datos	2 ( 7.69%)

Los datos son tomados de las historias de Portería y por el Servicio de Urgencia del Hospital; y a mi parecer están muy buenos, ya que nuestros pacientes concurren a la consulta hospitalaria cuando ya se encuentran muy graves o cuando ya no pueden trabajar, después de haber pasado por curanderos o de haber recurrido inútilmente a antipiréticos, antimaláricos y antibióticos tipo Penicilina.

Se observa sólo 2(7.69%) que llegaron en el primer septenario, y en cambio 20(76.92%) lo hicieron en el segundo y tercer septenarios; úni-

camente 2 pacientes ingresaron en el cuarto septenario.

A 2 pacientes no se les pudo tomar una buena historia de su enfermedad, dado el estado grave en que se presentaron y sólo dieron datos muy vagos.

CUADRO N° 5.  
Motivo de consulta de los 26 casos.

Fiebre	7 (26.69%)
Fiebre y Diarrea	2 ( 7.69%)
Fiebre y dolores suaves abdominales	3 (11.34%)
Dolor abdominal vivo e intenso	14 (53.84%)

CUADRO N° 6.

Número de pacientes cuya Perforación Intestinal se produjo antes o después de su ingreso al Hospital, demostrada por el dolor abdominal vivo e intenso.

Antes del ingreso	14 (53.84%)
Después del ingreso	10 (38.46%)
Tiempo no determinado	2 ( 7.69%)

Voy hacer una correlación de los dos cuadros anteriores (5 y 6) y es que, como dije, en el cuadro N° 4, los pacientes consultaron cuando su enfermedad estaba muy avanzada.

Así tenemos que 14 (53.84%) pacientes consultaron por dolor abdominal vivo e intenso que fué precisamente cuando se produjo la complicación en un período de uno a siete días y que fueron operados, con un buen tratamiento pre-operatorio, después de haberles ordenado los exámenes más necesarios.

12 (46.15%) pacientes consultaron por distintas causas, pero siempre por fiebre.

Dejando aparte los 14 pacientes se obtiene el dato que 12 (46.15%) ingresaron sin historia de dolor abdominal vivo e intenso, perforándose 10 de ellos en los distintos Servicios del Hospital, y en dos no se pudo determinar el tiempo en que ocurrió la perforación ya que nunca sufrieron un dolor vivo e intenso ni antes ni después de su ingreso. El diagnóstico de la perforación de estos últimos pacientes se efectuó por medios que luego explicaré.

Pero de estos dos cuadros se obtiene el dato interesante que el dolor abdominal vivo e intenso fué el principal síntoma de la perforación intestinal en 24 pacientes, lo que hace un 92.30%.

CUADRO N° 7.  
Septenario en que ocurrió la perforación intestinal.

Primer septenario	0 ( 0 %)
Segundo septenario	5 (19.23%)
Tercer septenario	16 (61.53%)
Cuarto septenario	3 (11.54%)
Tiempo no determinado	2 ( 7.69%)

Este cuadro está basado en las historias de los pacientes y en el tiempo en que estuvieron ingresados en el Hospital; observándose que en 21 (80.76%) la perforación se produjo en el segundo y tercer septenarios y en 3 (11.54%) en el cuarto septenario.

En los últimos dos no se pudo determinar en qué tiempo, por las razones que expuse en el cuadro N° 6.

#### CUADRO N° 8.

Sitio en el abdomen del dolor vivo e intenso en los 26 pacientes.

Epigastrio	4 (15.38%)
Hipogastrio	9 (34.62%)
Fosa Iliaca derecha	2 (7.69%)
Fosa Iliaca izquierda	1 (3.84%)
Hipocondrio izquierdo	1 (3.84%)
Sin datos	7 (26.92%)

De por sí se descartan los dos pacientes que no tuvieron dolor. Este cuadro lo elaboré con las distintas notas que encontré en cada uno de los protocolos y todas ellas fueron escritas por el Servicio de Urgencia del Hospital.

Aunque carece en parte de importancia estadística, ya que en 7 no hay datos, se observa una regular frecuencia en el hipogastrio o sea un 34.62%; al contrario de lo que la mayoría de los autores refieren, que es en la fosa iliaca derecha.

7 (26.92%) pacientes únicamente refirieron que tuvieron dolor abdominal vivo e intenso sin especificar el sitio. Esto muchas veces pasa desapercibido para algunos observadores cuando ven un cuadro abdominal dramático, y ya sea por olvido o por no molestar al paciente no hacen un buen interrogatorio; pero a mi parecer esto es muy sencillo, con sólo decirle al paciente que se lleve un dedo al sitio del dolor.

Antes que nada hago aquí la aclaración de que me estoy refiriendo al sitio en donde comenzó el fuerte dolor; más adelante diré cómo fué encontrado cada abdomen.

El bazo fué percutible en todos los pacientes y en algunos fué palpable. Respecto al hígado, no hacen mucha alusión a él.

#### CUADRO N° 9.

Diagnósticos de Ingreso de los 26 pacientes.

Diagnósticos de ingreso	Número de pacientes
Tifoidea	2 (7.69%)
Ulcera Tífica Perforada	9 (34.62%)
Proceso infeccioso indeterminado	8 (30.76%)
Abdomen agudo por peritonitis	2 (7.69%)
Apendicitis aguda	2 (7.69%)
Síndrome pseudo-oclusivo	1 (3.84%)
Pielítis y Embarazo	1 (3.84%)
Recaída de Tifoidea	1 (3.84%)

La Portería es el lugar de nuestro Hospital en donde se cometen mayor número de errores de diagnóstico y generalmente casi sólo se tiene Impresiones Clínicas. Al referirme al cuadro anterior no es para hacer una crítica, sino que para hacer un análisis en conjunto, que en algo me ha ayudado para hacer un buen trabajo.

En 9 (34.92%) se sospechó úlcera tífica perforada.

En 2 ( 7.69%) se sospechó abdomen agudo por peritonitis.

En 2 ( 7.69%) se sospechó apendicitis aguda.

En 1 ( 3.84%) se sospechó síndrome pseudo-oclusivo.

Sumados todos, tenemos que nos dan los 14 (53.84% pacientes que consultaron por dolor abdominal vivo e intenso.

En los dos en que se sospechó apendicitis aguda fué a causa del dolor en la fosa ilíaca derecha, tal como dije en el cuadro N° 8.

#### CUADRO N° 10.

Historia de la fiebre de los 26 pacientes

Continua	18 (69.93%)
Intermitente	4 (15.38%)
Remitente	2 ( 7.69%)
Sin datos	2 ( 7.69%)

Del cuadro anterior se obtiene el dato que 18 (69.93%) pacientes consultaron cuando ya tenían una fiebre continua, o sea en un período avanzado de su enfermedad.

En dos pacientes, como dije en el cuadro N° 4, no se les pudo tomar historia dado el estado grave en que se presentaron.

#### CUADRO N° 11.

Temperatura observada al ingreso

Temperatura	Número de pacientes
Alta, arriba de 38°	21 (80.76%)
Límites normales	4 (15.28%)
Baja, abajo de 37°	1 ( 3.84%)

Estas temperaturas son las tomadas en Portería y las he traído a cuenta para demostrar una vez más la gravedad de los pacientes a su ingreso se observan que solamente un paciente presentó una temperatura abajo de 37 grados y en cambio 21 (80.76%) la presentaron arriba de 38 grados.

#### CUADRO N° 12.

Pulso observado al ingreso.

Pulso	Número de pacientes
Bradycardia	5 (19.23%)
En relación	9 (34.62%)
Taquicardia	12 (46.15%)

En su tesis el Dr. Argüello Escolán dice que en nuestro medio la Tifoidea ve acompañada con frecuencia de taquicardia; recomendando que

se hiciera un buen estudio sobre este aspecto, ya que él no le pudo encontrar ninguna explicación.

En mi trabajo sí se explica muy bien, ya que 14 pacientes, como repetidamente lo he venido diciendo, llegaron con la perforación intestinal.

Así se ve que 12 (46.15%) llegaron con taquicardia y 9 (34.62%) con pulso en relación con la temperatura. Sumando, tenemos que 21 (80.75%) presentaron taquicardia, ya sea relativa o absoluta, lo que está en relación con el cuadro N° 11.

CUADRO N° 13.

Tensión Arterial de los 26 pacientes al ingreso

Tensión arterial	Número de pacientes.
100/50 + 10	11 (42.30%)
80/50 + 10	5 (19.23%)
120/70 + 10	3 (11.54%)
Sin datos	7 (26.92%)

Del estudio del cuadro anterior se deduce que las cifras de tensión arterial se mantuvieron a niveles relativamente bajos en 11 (42.30%) pacientes y bajos en 5 (19.23%), lo que hace un total de 16 (61.53%).

Esto está de acuerdo con los hallazgos del Doctor Argüello Escolán y con lo que dice el Oxford: "como regla general, la presión sanguínea cae ligeramente al principio de la Tifoidea y continúa a niveles bajos durante la convalecencia".

CUADRO N° 14.

Estado de la conciencia al ingreso

Normal	21 (80.76%)
Estupor	3 (11.54%)
Obnubilación	2 ( 7.69%)

Del cuadro anterior se desprende que 24 pacientes, o sea el 92.30%, dieron una historia franca de su enfermedad.

El estupor es característico de la Tifoidea y es debido a la profunda adinamia a que se ven sometidos estos pacientes; pero aquí únicamente se observó en 3 pacientes, y en dos fué imposible obtener una buena historia, dando los datos los familiares.

Del resultado de estos dos últimos pacientes hablaré en las páginas posteriores.

CUADRO N° 15.

Examen clínico del abdomen de los 26 pacientes al ingreso.

Normal	4 (15.38%)
Blando, depresible y doloroso a la palpación superficial.	4 (15.38%)
Blando, depresible y doloroso a la palpación profunda.	7 (26.92%)
Vientre de madera	9 (34.26%)
Meteorizado, depresible y poco doloroso a la p.p.	2 ( 7.69%)

El interés del presente cuadro es poner en claro que solamente 4 (15.38%) pacientes tenían el abdomen en estado normal, es decir, que no se les provocó ningún dolor en el abdomen con las distintas formas de la exploración; en cambio, en 21 (80.76%) sí se les provocó dolor.

En la Tifoidea esto es siempre característico, ya que generalmente se provoca dolor y gorgoteo en la fosa ilíaca derecha, que relacionándolo a los demás signos y síntomas en algo ayuda para establecer el diagnóstico de la enfermedad.

Es muy notable el hecho que 9 (34.62%) pacientes ingresaran con el llamado "vientre de madera", y fué precisamente a los que se les hizo el diagnóstico de úlcera tífica perforada, tal como manifesté en el cuadro N° 9, y que fueron pacientes que llegaron al Hospital por su complicación.

2 pacientes en quienes se sospechó abdomen agudo por peritonitis y 2 pacientes en quienes se sospechó apendicitis aguda a causa del dolor en la fosa ilíaca derecha, suman los 4 pacientes que tenían el abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación superficial.

Los últimos 2 pacientes en quienes el abdomen estaba meteorizado, depresible y poco doloroso a la palpación profunda, fueron los casos en que pasaron "silenciosas" sus perforaciones intestinales, ya que nunca acusaron dolor vivo e intenso ni antes ni después de su ingreso.

CUADRO N° 16.

Diagnóstico de los 26 casos en los servicios del Hospital.		Se complicaron en el Hospital.
Diagnóstico	Pacientes.	
Tifoidea	10 (38.46%)	8
Tifoidea y Embarazo	1 ( 3.84%)	1
Recaída de Tifoidea	1 ( 3.84%)	1
Úlcera tífica perforada	9 (34.62%)	
Abdomen agudo por peritonitis	3 (11.54%)	
Apendicitis aguda	2 ( 7.69%)	

Por infinidad de causas los pacientes son mejor estudiados cuando ya se encuentran ingresados, máxime que se tiene la ayuda de los exámenes de Laboratorio; pero es interesante hacer notar que casi concuerdan los diagnósticos de los Servicios con las Impresiones Clínicas de Portería.

Así tenemos los 9 casos de Úlceras Tíficas Perforadas cuyas Impresiones Clínicas de ingreso fueron confirmadas en los Servicios.

El cuadro anterior nos demuestra también que a 21 (80.76%) pacientes se les hizo desde un principio el diagnóstico de Tifoidea, ya sea con o sin perforación intestinal, y en 5 (19.23%) se hizo distintos diagnósticos que después de la intervención quirúrgica, al encontrar perforaciones intestinales, se les comprobó su origen tífico por los exámenes de Laboratorio. De esto hablaré después.

De paso, ya estoy señalando los 10 casos que se complicaron en el Hospital cuando ya estaban ingresados.

CUADRO N° 17.

Comprobación de la Tifoidea en los 26 casos.

Exámenes	Pacientes.
Hemocultivo	2 ( 7.69 %)
Antígenos febriles	24 (92.30 %)

Únicamente en dos pacientes se comprobó la Tifoidea por hemocultivos, y fueron los que ingresaron en el primer septenario, tal como dije en el cuadro N° 4.

A 24 (92.30%) se les comprobó su enfermedad por antígenos febriles.

También hago notar que en estos últimos pacientes se obtuvo dos coprocultivos y un urocultivo positivos.

CUADRO N° 18.

Leucogramas de Urgencia en el primer día del ingreso.

Leucocitosis	7 (26.92 %)
Leucopenia	13 (50.00 %)
Límites normales	5 (19.23 %)
Sin examen	1 ( 3.84 %)

Al revisar el cuadro anterior se observa que hay una mayor frecuencia de leucopenia, que es la característica de la infección a Salmonella; pero en esos 13 leucogramas hay 2 que corresponden a úlceras tíficas perforadas, lo que a mi parecer puede ser debido a dos causas, o bien al proceso tífico en sí o a la respuesta de un organismo con pocas defensas ante una grave infección.

Respecto a la leucocitosis que se encontró en 7 pacientes, correspondieron todas a las úlceras tíficas perforadas; pero dicha leucocitosis no fué muy alta, ya que sólo en un caso llegó a la cifra de 19.000 y en los demás no llegó ni a 14.000.

La explicación anterior tiene por objeto reafirmar lo que la mayoría de Cirujanos dicen, "en un paciente tífico, cuando haya fuertes presunciones de perforación y se encuentre en buena condición física, hay que operar de urgencia y no tomar muy en cuenta el leucograma, pues la misma gravedad de la infección llega a producir leucopenia". Algunos autores ni lo ordenan, para no perder tiempo en un paciente que de todas maneras va ser operado; pero claro está que si se toma muy en cuenta cuando se presenta una súbita leucocitosis en una Tifoidea, enfermedad que como se sabe generalmente va acompañada de leucopenia.

Recuento diferencial de los leucogramas anteriores

Linfocitos	Pacientes.
Menos de 20 %	22 (84.60 %)
De 20 a 35 %	1 ( 3.84 %)
Más de 35 %	2 ( 7.69 %)
Sin examen	1 ( 3.84 %)

Los linfocitos se mostraron por debajo de lo normal en la mayoría de los pacientes, ya que se encontró menos de 20% en 22 (84.60%) pacientes, y sólo dos casos presentaron una linfocitosis relativa.

Neutrófilos	Pacientes.
Menos de 50%	1 ( 3.84%)
De 50 a 70%	2 ( 7.69%)
Más de 70%	22 (84.60%)
Sin examen	1 ( 3.84%)

Es concluyente la presencia de una neutrofilia, que en algunos llegó a cifras de 99%, en los casos de perforación intestinal.

#### Eosinófilos

En casi todos los leucogramas se encontró eosinófilos que variaron de 1 a 5.

En esto hay que hacer notar que la mayoría de los pacientes se presentaron en el segundo y tercer septenarios. En los EE. UU. de América e Inglaterra se considera una rareza la presencia de eosinófilos en la sangre de los típicos; parece que aquí en nuestro medio es debido a la presencia de parásitos intestinales.

#### Eritrosedimentación

Este examen casi nunca se indica en los casos que van a ser operados de urgencia, o se indica pero no se espera el resultado porque muchas veces atrasa la intervención. Por tal motivo no hago un cuadro demostrativo, ya que sólo en seis pacientes se indicó, obteniéndose los siguientes resultados: en 3, menos de 15 m.m. por hora y en los otros 3, más de 15 m.m. por hora.

#### CUADRO N° 19.

Radiografía simple del abdomen de los 26 pacientes.

Radiografía	Pacientes.
Se comprobó perforación	11 (42.30%)
No se comprobó perforación	7 (26.92%)
No se indicó radiografía	6 (23.07%)
Se ordenó pero no se tomó	2 ( 7.69%)

El cuadro anterior nos demuestra que a 18 (69.22%) pacientes se les tomó radiografía del abdomen.

Este examen indudablemente es de los más indicados, ya que nos señala la naturaleza de la lesión; pero nunca hay que creer que es 100% seguro, como se notará por el siguiente análisis.

En 11 pacientes el Radiólogo contestó positividad de perforación de víscera hueca con abundante neumoperitoneo, y en 4 de ellas de origen tí-

**fico.** Esto se comprobó con la intervención quirúrgica, menos en un caso, ya que el estado general de este paciente siempre fué pésimo y no fué operado, llevándose sus familiares en estado muy grave.

Los otros 7 pacientes radiografiados y con contestación negativa a perforación, tuvieron que ser intervenidos quirúrgicamente al observar que el cuadro general no mejoraba con el tratamiento médico. Previa consulta con cirujanos de experiencia, fueron pues operados, encontrándose en todos ellos perforaciones intestinales. En un caso la negatividad de la radiografía aplazó la operación por 28 horas.

En los casos con radiografía negativa a perforación se contestó así:

En 5, negatividad absoluta.

En 1, obstrucción intestinal, aconsejando la operación.

En 1, íleo paralítico con meteorismo.

A 6 pacientes no se les ordenó, probablemente porque se tuvo el criterio de que con o sin radiografía tenían que ser operados.

Por último nos quedan los 2 pacientes a los que se les ordenó radiografía pero no se les tomó. No creo que sea necesario especificar las causas.

.....  
 .....  
 .....

Hago un paréntesis del estudio analítico de los 26 casos en conjunto para concretarme a analizar los casos que se "perforaron" en los distintos Servicios del Hospital, pues, como ya indiqué en el cuadro N° 6, de los 26 pacientes tíficos que ingresaron al Hospital, 14 de ellos ya llegaron con la perforación intestinal.

Dos pacientes pasaron "silenciosos", es decir que no presentaron ningún dolor abdominal vivo e intenso ni antes ni después de su ingreso, y cuyas perforaciones intestinales se comprobaron por las radiografías y por la intervención quirúrgica.

Nos quedan entonces los 10 pacientes que, ingresados y con los diagnósticos ya confirmados de Tifoidea, se complicaron de la perforación intestinal.

**Por tener mucho interés los analizaré a continuación.**

**CUADRO N° 20.**

Permanencia en el Hospital de los 10 pacientes antes de que sufrieran el súbito dolor abdominal, vivo e intenso.

Tiempo	Pacientes.
Más de un día	1
2 días	1
4 días	4
5 días	1
7 días	1
9 días	1
10 días	1

El cuadro anterior nos demuestra que el tiempo mínimo antes de la perforación fué de más de 24 horas y el máximo de 10 días.

He puesto el tiempo porque después explicaré el interés de ello.

De paso diré que hubo 2 pacientes ingresados que nunca tuvieron un dolor vivo e intenso y que, como lo he venido diciendo, no se supo si fué antes o después del ingreso que ocurrió la perforación. Estos estuvieron ingresados 9 y 10 días respectivamente antes de que los operaran.

#### CUADRO N° 21.

Curva febril de los 10 pacientes ingresados, antes de la perforación.

Tipo de fiebre	Número de pacientes.
Continua	6
Remitente	2
Intermitente	2

La fiebre continua fué la que predominó en la mayoría de los pacientes. En los de intermitente es de notar el caso de un paciente que tenía dos días de estar sin fiebre y cuya elevación de la temperatura puso en aviso al Médico del Servicio, dejando bajo estricto control al paciente.

En los dos pacientes "silenciosos" y que no están incluidos en el presente cuadro, el tipo de fiebre continua fué el que predominó antes de que fueran operados.

#### CUADRO N° 22.

Pulso de los 10 pacientes antes de la perforación

Pulso	Pacientes
Bradicardia relativa	6
En relación con la temp.	4

En ningún caso se presentó una taquicardia acentuada; 6 pacientes presentaron una bradicardia relativa y 4 un pulso en relación con la temperatura.

Los dos casos "silenciosos" siempre manifestaron un pulso en relación con el proceso febril.

#### CUADRO N° 23.

Tensión arterial de los 10 pacientes.

Tensión arterial	Número de pacientes
100/50 + 10	3
120/70 + 10	0
Sin datos	4
80/50 + 10	3

Como dije antes, la tensión relativamente baja fué la que predominó y es una lástima que a 4 pacientes, aun ingresados, no se les haya tomado sus tensiones arteriales.

**Signos y síntomas principales de la perforación de los 10 pacientes.**

Todos los datos que siguen los he tomado de las notas de cada uno de los protocolos y que fueron escritas por el Servicio de Urgencia.

**CUADRO N° 24.**  
Dolor vivo e intenso

SI	10
NO	0

Todos los pacientes sufrieron un súbito dolor abdominal, vivo e intenso, cuyo sitio de mayor frecuencia ya lo expliqué en el cuadro N° 8, irradiándose inmediatamente a todo el abdomen.

**CUADRO N° 25.**  
Diarrea

SI	2
NO	8

Solamente dos pacientes presentaron evacuaciones diarreicas en las primeras horas después de la perforación; en cambio en 8 se estableció de inmediato un íleo paralítico.

**CUADRO N° 26.**  
Estado psíquico de los 10 pacientes inmediatamente después de la perforación.

Ansiedad	10
Normal	0

Todos los pacientes fueron encontrados ansiosos, intranquilos y quejumbrosos, que era lo más lógico después de haber sufrido tan intenso dolor.

**CUADRO N° 27.**  
Respiraciones

Taquipnea	2
Sin datos	8

Este dato se les olvidó anotarlo en 8 pacientes. En dos que lo hicieron se observó taquipnea, pero es muy posible que en todos los pacientes se hubiera encontrado lo mismo, tanto por el fuerte dolor como por el estado ansioso en que se encontraron. Esta es la característica en todo proceso abdominal agudo.

**CUADRO N° 28.**  
Temperatura de los 10 pacientes inmediatamente después de la perforación

Ascenso	1
Descenso	9

En 9 pacientes la temperatura tuvo un marcado descenso abajo de 38 grados y sólo en un paciente ascendió a 39 grados, después de haber estado dos días sin fiebre.

CUADRO N° 29.  
Pulso en los 10 pacientes

Aceleración	10
Normal	0

En los 10 pacientes el pulso se aceleró con relación a la caída de la temperatura y fué más notable en el paciente cuya temperatura ascendió a 39 grados.

Esta disociación temperatura-pulso está conforme a lo que dice la mayoría de los autores; pero ellos mismos hacen hincapié en que es preferible basarse en el cuadro general del paciente, ya que se ha observado casos de perforaciones intestinales que no han presentado ninguna modificación.

Respecto a la tensión arterial no puedo formular ningún cuadro, puesto que sólo a dos pacientes se les tomó y no presentaron modificaciones dignas de notar. Spivack dice que la tensión arterial generalmente no sufre significativas modificaciones, a menos que la perforación se acompañe de enterorragia.

CUADRO N° 30.  
Examen del abdomen de los 10 pacientes después de la operación.

Vientre de madera	7
No vientre de madera	3

A 7 pacientes se les encontró el llamado "vientre de madera" y en 3 pacientes sus abdómenes eran dolorosos a la palpación, pero no estaban en un franco cuadro peritoneal.

En los protocolos no están especificadas las horas en que fueron practicados estos exámenes; pero a mi parecer creo que estos 3 últimos pacientes fueron vistos inmediatamente después de la perforación, ya que en las primeras horas por lo general sólo se encuentra una contractura refleja de la pared abdominal a causa del intenso dolor y el cuadro peritoneal se establece en las horas posteriores, debido a la "irritación del peritoneo anterior" por una infección difusa de la cavidad peritoneal. (Spivack).

Resultado de las radiografías del abdomen de los 10 pacientes

Positiva a perforación	4
Negativa a perforación	4
No se indicó	2

El comentario de las radiografías ya lo hice en el cuadro N° 19.

Un estado nauseoso se presentó en los 10 pacientes y sólo en tres se continuó con vómitos alimenticios. Respecto a este dato, casi todos los autores están de acuerdo al decir que el estado nauseoso es lo frecuente y los vómitos raros, a menos que sean alimenticios, y que cuando se vuelven fecaloides señalan un estado avanzado del proceso, perdiendo su valor como síntoma premonitorio.

Quería hacer un cuadro de los leucogramas de los 10 pacientes después de la perforación; pero sólo a 4 se les ordenó, encontrándose dos con leucocitosis, uno con leucopenia y uno en los límites normales.

CUADRO N° 31.

Tratamiento médico específico antes de la perforación

SI	7
NO	3

De los 10 pacientes ingresados, 3 no tuvieron tratamiento médico específico (Cloromicetina, Aureomicina, etc.), por las siguientes razones:

Uno estuvo ingresado 4 días y no se le dieron los medicamentos antedichos por no haber en la Farmacia del Hospital.

Otro tenía 48 horas de estar ingresado cuando inesperadamente ocurrió la perforación y únicamente le habían ordenado los exámenes de Laboratorio.

Y por último, el tercero estuvo 4 días esperando la contestación de los exámenes.

Como dije anteriormente, a 7 pacientes sí se les hizo tratamiento a base de Cloromicetina, y hago el siguiente cuadro para hacer después un pequeño comentario.

CUADRO N° 32.

Año	Número de pacientes	Permanencia antes de la perforación	Días de tratamiento	Dosis de cloromicetina	Total en gramos
1951	1	7 días	5 días	2 c/c/6 h	15
1952	1	9 días	7 días	" " " " "	14
" "	1	4 días	3 días	" " " " "	6
" "	1	33 horas	4 dosis	" " " " "	2
1953	1	4 días	3 días	" " " " "	6
" "	1	5 días	3 días	" " " " "	6
1954	1	10 días	7 días	" " " " "	14

El cuadro anterior es muy demostrativo e indica los años en que estuvieron ingresados los 7 pacientes, así como también los días antes de la perforación intestinal, y los días de tratamiento médico específico antes de dicha complicación.

En resumen, refiriéndome al tratamiento, se obtiene el dato que entre estos 7 pacientes hay tres a los que se les dió hasta 14 y 15 gramos de Cloromicetina y sin embargo se produjo la complicación. Un paciente, como se ve, estuvo ingresado únicamente 33 horas cuando se complicó.

Como dato interesante está el paciente que en 1952 estuvo ingresado durante 9 días antes de la complicación. Este fué el paciente que llegó con Recaída de Tifoidea, pues hacía 20 días que se le había dado el alta en este Hospital completamente curado de Tifoidea, después de haber estado ingresado por 18 días, dándosele en aquella ocasión un total de 30 gramos de Cloromicetina y además 20 cápsulas para que las tomara en su casa.

Por último me referiré al tiempo que estuvieron ingresados los dos pacientes que yo los he catalogado como "silenciosos", es decir que no acusaron dolor vivo e intenso ni antes ni después de su ingreso.

Uno de ellos estuvo ingresado 9 días y tuvo únicamente 3 días de tratamiento con Acromicina.

El otro estuvo ingresado 10 días y con sólo 6 días de tratamiento de-

ficiente a base de Cloromicetina, por escasez del producto.

Con el cuadro anterior dejo de analizar a los 10 pacientes **ingresados** para continuar con el análisis de los 26 pacientes en conjunto.

### TRATAMIENTO QUIRURGICO

Los cuadros que siguen se refieren al tratamiento quirúrgico de los 25 pacientes que fueron operados, los cuales fueron llevados a la Sala de Operaciones con buenos tratamientos pre-operatorios, lo que contribuyó en parte al éxito obtenido.

CUADRO N° 33.

Pacientes que fueron operados.

SI	25 (96.16%)
NO	1 ( 3.84%)

De los 26 pacientes, solamente uno no fué operado, debido a que su estado general era muy comprometido, siendo por lo tanto un riesgo quirúrgico, y además sus familiares pidieron el alta al quinto día del ingreso a pesar de los antibióticos, sueros, transfusiones sanguíneas, etc, jamás se le pudo levantar su pésimo estado. Se le comprobó la Tifoidea por antígenos febriles y la perforación intestinal por radiografía del abdomen.

CUADRO N° 34.

Operación	Pacientes
Laparotomía exploradora	23 (92.00%)
Micro-laparotomía	2 ( 8.00%)

De los 25 (96.16%) pacientes que fueron operados, a 23 (92.00%) se les practicaron laparotomías exploradoras. De estas laparotomías, 18 fueron media infra-umbical y 5 para media infra-umbical derecha.

Los dos micro-laparotomías se hicieron en casos de perforaciones complicadas de peritonitis agudas difusas y en pacientes sumamente graves, con el objeto de drenarlos; después se les trató con medicamentos específicos, obteniéndose afortunadamente un buen resultado. Este aspecto lo discutiré después.

CUADRO N° 35.

Anestesia	Pacientes
General	23 (92.00%)
Local	2 ( 8.00%)

Come se ve, 23 pacientes, previo tratamiento pre-operatorio, fueron llevados a la Sala de Operaciones en magníficas condiciones a tal grado que se les pudo administrar anestesia general; en cambio, en dos, a pesar del tratamiento pre-operatorio, sus estados generales siempre fueron graves y se les operó con anestesia general, efectuándose únicamente microlaparotomías, tal como dije en el cuadro anterior.

## HALLAZGOS OPERATORIOS

CUADRO N° 36.

Todas las perforaciones fueron encontradas en el ileon.

Nº Perforaciones intestinales	Pacientes con Lap-exploradora.
1	15 (65.21%)
2	5 (21.73%)
3	2 ( 8.69%)
4	1 ( 4.34%)

Como se vé, a 15 (65.21%) pacientes se les encontró sólo una perforación, y todas las perforaciones en todos los pacientes se encontraron en el ileón, que es lo más frecuente, la que también se han encontrado en el resto del intestino delgado, ciego, colon, apéndice y hasta en la vesícula biliar; pero todas estas rarezas que tienen mucha importancia para el Cirujano, para que practique una buena exploración, ya que Pavlowsky cita el caso de una niña que fué intervenida con el diagnóstico de úlcera tífica perforada intestinal, y al no encontrar nada en el intestino ampliaron la incisión, encontrando la vesícula biliar perforada, de donde fluía abundante pus.

CUADRO N° 37.

Distancia de la perforación con relación al ciego.

Centimetros	Pacientes
De 10 a 19	6
De 20 a 29	2
A más de 30	3
Sin datos	12

El cuadro anterior en parte pierde su valor estadístico, ya que en 12 pacientes no anotaron la distancia, pero a pesar de esto se nota una mayor frecuencia de 10 a 30 centimetros.

Respecto al tamaño de la perforación, sólo en tres casos lo anotaron.

CUADRO N° 38.

Peritonitis

SI	14 (56.00%)
NO	11 (44.00%)

A 14 (56.00%) pacientes se les encontró peritonitis agudas en distintos grados, lo que demuestra el retraso de la intervención quirúrgica.

A un paciente se le encontró las asas intestinales muy dilatadas, con adherencias unas a otras, con el epiplón cubriendo parcialmente la perforación y estableciéndose un cuadro de obstrucción intestinal.

He sumado en el presente cuadro a los dos pacientes que se les practicó micro-laparotomías.

En 11 (44.00%) pacientes se encontró únicamente las perforaciones.

CUADRO N° 39.  
Ascárides en la cavidad abdominal

SI	3 (12.00%)
NO	22 (88.00%)

A tres pacientes se les encontró ascárides en la cavidad abdominal, en número de una a tres, lo que demuestra una vez más la gran frecuencia del parasitismo intestinal en nuestro medio, principalmente la ascari-

CUADRO N° 40.  
Técnica de la sutura de la perforación intestinal

Técnica	Pacientes
En bolsa	19 (82.62%)
En U de Halzted	3 (13.03%)
Puntos separados	1 ( 4.34%)

Todas las perforaciones fueron suturadas con seda intestinal, excepto en dos casos en que también se usó crómico para el primer plano y seda para el segundo.

#### DRENAJE

En todos los pacientes se siguió este método, colocándoseles drenos biandos en número de dos a tres, dejando además dos gramos de Estreptomicina en la cavidad abdominal. Más adelante discutiré este aspecto.

CUADRO N° 41.  
Tratamiento Post-operatorio

Medicamento	Pacientes
Cloromicetina V.R.	10 (40.00%)
Cloromicetina V.O.	5 (20.00%)
Cloromicetina V.O. Aureomicina E.V.	3 (12.00%)
Cloromicetina I.M. Acromicina E.V.	2 ( 8.00%)
Acromicina E.V.	2 ( 8.00%)
Cloromicetina V.O. Acromicina E.V.	2 ( 8.00%)
Cloromicetina I.M. Aureomicina V.R.	1 ( 4.00%)

El cuadro anterior demuestra que solamente en dos pacientes se estableció tratamiento a base sólo de Acromicina y en los demás a base de Cloromicetina, ya sea sola o en combinación con Acromicina o Aureomicina, usando diferentes vías. Claro está que me estoy refiriendo al uso de estas distintas vías en los primeros tres o cuatro días del post-operatorio, en que los pacientes no toleran normalmente los medicamentos por la vía oral.

Es interesante anotar aquí el dato curioso de que antes de que vieran estos productos para uso intramuscular y endovenoso, los cirujanos

se valieron de varias maneras para administrarlos. Así pues, por la vía oral se administraban por el mismo aparato de succión gástrica, mezclando las cápsulas con leche, y por la vía rectal se ordenaba que las cápsulas se humedecieran y se les perforara ambos polos antes de colocarlas. Pero al venir las nuevas preparaciones desaparecieron estas molestias para el paciente y la pérdida de tiempo.

CUADRO N° 42.  
Complicaciones Post-operatorias

NO	22 (88.00%)
SI	3 (12.00%)

Por el dato anterior se observa que de los 25 pacientes que fueron operados, evolucionaron bien hacia la curación y sin ninguna complicación 22 pacientes.

Las complicaciones fueron así:

Una paciente que abortó un feto de 6 meses al siguiente día de la operación; pero con el tratamiento a base de antibióticos evolucionó bien hacia la curación.

En los otros dos pacientes ambas operaciones se complicaron con fístulas estercoráceas, de los cuales uno de ellos rehusó una nueva intervención, falleciendo un mes después de operado; el otro falleció al séptimo día de operado y fué al paciente a quien se le encontró 4 perforaciones intestinales, tal como dije en el cuadro N° 36.

Antes de seguir adelante quiero aclarar aquí que, además de emplear medicamentos específicos en el post-operatorio de todos los pacientes, también se les administró Penicilina, Estreptomina, sueros, transfusiones sanguíneas, etc.; asimismo hago notar que a todos ellos se les colocó un aparato de succión gástrica continua, y a ninguno se le llevó un control de líquidos y electrolitos adecuados, posiblemente por las dificultades de nuestro medio hospitalario.

CUADRO N° 43.  
Resultado final de los 26 pacientes en estudio

Estado de salida	Pacientes
Curado	21 (80.76%)
Mejorado	2 ( 7.69%)
Grave	1 ( 3.84%)
Defunción	2 ( 7.69%)

Del cuadro anterior se obtiene el dato del resultado final de los 26 pacientes, que a no dudar fué un gran éxito alcanzado.

Dos pacientes fallecieron por las razones ya mencionadas; uno salió en estado muy grave y fué el paciente que no fué operado porque como dije anteriormente su estado general jamás se le pudo levantar, llevándolo sus familiares.

Se obtuvo pues un éxito en 23 pacientes, lo que hace un porcentaje de 88.46%, ya que los pacientes que salieron mejorados ellos mismos pidieron su alta por sentirse bien.

Como dato muy interesante he dejado por último al tiempo que transcurrió entre la perforación intestinal y la intervención quirúrgica; pero para hacer una buena exposición he tenido que dividir a los pacien-

tes que llegaron con la perforación y los que se complicaron en los Servicios.

CUADRO N° 44.

Tiempo que medió entre la perforación intestinal y la operación en los 10 pacientes ya ingresados.

Distribución del tiempo en grupos de 10 horas	Número de pacientes
De 0 a 9 horas	4
De 10 a 19 horas	4
De 20 a 29 horas	0
De 30 a 39 horas	1
De 40 a 49 horas	1

Como dije en el cuadro N° 6, de los 26 pacientes en estudio 14 llegaron con la perforación intestinal y 10 se complicaron en los Servicios.

Se observa que fueron raros los pacientes operados de URGENCIA, a pesar de que ya estaban ingresados. Esto no es raro en nuestro medio hospitalario, ya que corrientemente se carece de todo lo necesario para someter a un individuo a una operación de urgencia; tal es la falta de sangre para transfusiones, sueros, antibióticos, etc.

Así tenemos que únicamente 4 pacientes fueron operados antes de las 9 horas después de la perforación. En cambio, hay dos pacientes que fueron operados después de 30 horas; uno de éstos fué el que falleció al séptimo día de operado, según el protocolo por fístula estercorácea y shock toxi-infeccioso, y fué al que le encontraron 4 perforaciones intestinales. De este paciente hay notas que hablan del poco control que se le tuvo y de la escasez de sangre para transfusiones.

Ahora estudiemos los otros 14 pacientes, o sean los que ya llegaron con la perforación intestinal; pero para ello tenemos que dividirlos en dos cuadros, o sea, cuándo se complicaron antes del ingreso y el tiempo que medió entre el ingreso y la intervención quirúrgica.

CUADRO N° 45.

Perforación intestinal antes del ingreso	Número de pacientes
Mismo día	2
Un día	7
Tres días	1
Cuatro días	1
Cinco días	1
Seis días	1
Siete días	1
TOTAL—pacientes	14

El cuadro anterior tiene la importancia de demostrar el tiempo que medió entre la perforación intestinal de los 14 pacientes y su ingreso al Hospital.

Se observa variaciones, desde el mismo día de la perforación hasta siete días. Esto viene a confirmar una vez más lo que he venido diciendo en las páginas anteriores, o sea que nuestros pacientes concurren a la consulta hospitalaria cuando ya se encuentran muy graves, y, cuando de dolores abdominales se trata, nunca dejan de tomar el fatídico purgante, como pasó en la mayoría de estos pacientes que tenían esa historia.

Ahora veamos el cuadro siguiente.

CUADRO N° 46.

Tiempo que medió entre el ingreso y la operación de los pacientes que llegaron con la perforación intestinal.

Distribución del tiempo en grupos de 10 horas	Número de pacientes
De 0 a 9 horas	4
De 10 a 19 horas	6
De 20 a 29 horas	2
De 30 a 39 horas	0
De 40 a 49 horas	0
De 50 a 59 horas	1
TOTAL—pacientes	13

Del cuadro anterior se descarta el paciente que no fué operado por las razones que ya expliqué, quedándonos entonces 13 pacientes en quienes el retraso de la intervención quirúrgica se debió en parte a las razones que expuse en el cuadro N° 44.

Por último diré que de los dos pacientes que pasaron “silenciosos” sus perforaciones intestinales, uno de ellos fué operado al noveno día del ingreso y el otro al décimo día. Este último fué al que se le encontró 2 perforaciones intestinales y que se complicó con fístula estercorácea, falleciendo al mes de operado y que, como dije anteriormente, él rehusó una nueva operación.

En RESUMEN, y es lo que yo quería demostrar, de los 25 pacientes que fueron operados únicamente 4 (16.00%) fueron intervenidos a las 9 horas después de la perforación y el resto, o sean 21 (84.00%), fué operado después de las 10 horas. Entre todos ellos se encuentra variaciones desde horas hasta siete días que fueran operados después de la perforación intestinal.

Como último dato, refiriéndome al tratamiento específico con los antibióticos, diré cómo fueron administrados y en qué dosis, después del cuarto día de la operación.

La Cloromicetina se usó en dos formas:

Cápsulas de 250 m.g vía oral, a la dosis de 2 cápsulas cada 6 horas, y por vía intramuscular, en unos pacientes a la dosis de 1 gramo cada 12 horas y en otros cada 24 horas.

La Aureomicina también se usó en dos formas: cápsulas de 250 m.g., a la dosis de 1 cápsula cada 6 horas, y por la vía intramuscular, a la dosis de 100 m.g., en unos cada 12 horas y en otros cada 24 horas.

La Acromicina se usó en tres formas:

- a) cápsula de 250 m.g., 2 cápsulas cada 6 horas.
- b) por vía intra-muscular, 100 m.g., cada 12 horas.
- c) por vía endo-venosa, 500 m.g., en unos cada 12 horas y en otros cada 24.

Quería hacer un cuadro que demostrara el tiempo total que estuvo ingresado cada paciente con su respectivo tratamiento médico-quirúrgico y evaluar la efectividad de cada antibiótico; pero al estudiar cada protocolo he sacado en conclusión que esto carecería de valor por las siguientes razones:

- a) No todos los pacientes se presentaron en buenas condiciones para ser sometidos a una intervención quirúrgica.
- b) En varios de estos pacientes se careció de sangre para transfusiones, de sueros, etc.
- c) No a todos ellos se les hizo un tratamiento médico específico con regularidad, ya que algunos pasaron hasta uno o dos días sin medicinas por no haber en la Farmacia del Hospital, y a veces este vacío lo llenaba el Médico del Servicio con muestras médicas.

#### **DISCUSION SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA ULCERA TIFICA PERFORADA**

Uno de mis mayores problemas en este Trabajo ha sido el tratamiento de la Ulcera Tífica Perforada y sus actuales discusiones.

Pero esto fué precisamente lo que me indujo a escoger este Tema de Tesis para mi Doctoramiento y querer dar una luz en nuestro medio sobre este aspecto. Para ello he tenido que consultar toda la Literatura Médica-Mundial, ya en revistas o en libros, que gentilmente me proporcionó EL COLEGIO MEDICO DE EL SALVADOR.

En primer lugar hablaré sobre la "Discusión del Tratamiento" y luego pasaré a analizar los métodos seguidos en el Hospital Rosales.

#### **DISCUSION SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA ULCERA TIFICA PERFORADA**

Ultimamente, con el advenimiento de los antibióticos, el tratamiento de la Tifoidea y sus complicaciones ha evolucionado enormemente.

Por tal motivo, el tratamiento de la Ulcera Tífica Perforada se tiene que dividir en dos etapas, o sea antes y después de los antibióticos.

##### **1)—ANTES DE LOS ANTIBIOTICOS.**

La Tifoidea, y no digamos sus complicaciones, antes de que aparecieran los antibióticos causaba una tremenda mortalidad. La Perforación Intestinal y la ruptura de la Vesícula Biliar eran muy frecuentes; esto es si los pacientes no morían de otra complicación.

En ese entonces, el tratamiento de la Ulcera Tífica Perforada lógicamente era la intervención quirúrgica y tenía que operarse de extrema "Urgencia" para evitar que el paciente falleciera de esta complicación.

Era a tal grado el temor, que el pronóstico se basaba en el tiempo de evolución de la perforación; así tenemos que el Journal Of Chirurgie de Septiembre de 1924 dice lo siguiente: "Cuando el paciente se opera antes de la séptima hora de la perforación, la mortalidad llega al 40%, y si la intervención se demora, llega al 94%".

Tales porcentajes hoy en día han cambiado considerablemente.

Antes de 1948 no existía tratamiento específico para la Tifoidea, pero la mortalidad de ésta y de sus complicaciones fué disminuyendo con el descubrimiento de la Penicilina y Estreptomocina, que si no atacaban al bacilo por lo menos actuaban sobre otros micro-organismos que generalmente se exacerban en un individuo con precarias defensas, como lo es tifo; y el pronóstico mejoró.

## 2)—DESPUES DE LOS ANTIBIOTICOS ESPECIFICOS.

En 1948, con el descubrimiento del Cloramphenicol, se tuvo a mano el primer antibiótico específico contra la Tifoidea, y posteriormente aparecieron las Tetracyclinas que vinieron a reforzar y en algunos casos a reemplazar la acción del primero, tal como veremos en el tratamiento de la perforaciones.

Los autores americanos dicen que antes del aparecimiento del Cloramphenicol la mortalidad por Tifoidea era de un 8 a 10% y que hoy muy posiblemente se ha reducido a menos del 1%

Actualmente ha venido una discusión respecto a cual de todos estos medicamentos específicos es el mejor. Se ha escrito infinidades de trabajos, ya sea en referencias o experiencias propias de cada autor (aquí, el Dr. Juan José Fernández, tiene un trabajo sobre el tratamiento de 10 casos de Tifoidea con Tetracyclina); pero todas las Escuelas han llegado a la conclusión que para la Tifoidea el Cloramphenicol es el "primer escoge" y que cuando se complica con perforación intestinal, el uso de éste en combinación con la Tetracyclina dá los mejores resultados.

Kenet Watson (the Lancet, Marzo 1955) dice lo siguiente: "La respuesta en 6 pacientes tratados con Tetracyclina (Chloro y Oxy) fué pobre y aun más pobre que el éxito alcanzado con el Cloramphenicol; son menos tóxicas sí, pues ningún caso de toxicidad se ha reportado, mientras que con el Cloramphenicol se han presentado nauseas, vómitos, glositis, estomatitis, rash de la piel y varios tipos de anemia".

Ultimamente se le ha dado mucha prominencia a la teoria que inculpa al Cloramphenicol de interferir en el desarrollo de una inmunidad duradera y efectiva, Frank y sus asociados reportan un caso en el que hubo tres recaídas en un paciente tratado con Cloramphenicol en un mismo año y que terminó haciendo una perforación intestinal. Estos autores recomiendan que, en casos similares, la droga debe administrarse junto con tratamiento intenso de inmunización por medio de vacunas.

El Cloramphenicol no surte efecto apreciable antes de las 36 o 48 horas, y no debe esperarse que la fiebre cese antes del cuarto día del tratamiento.

Para el tratamiento de los portadores, ninguna droga es efectiva. El fracaso del Cloramphenicol se explica si notamos que esta droga no actúa como bactericida en la Salmonella Thyhosa, pues concentraciones "in vitro" tan altas como 1000 gammas (lo cual es una concentración 10 veces más alta que la que se obtiene en la sangre) dominan el crecimiento de la Salmonella pero no la matan. Esta acción, exclusivamente bacteriostática es común a muchos antibióticos, y comprueba que la resistencia desarrollada por el individuo es tan importante como la medicina que se administra.

Algunos autores hacen alusión al uso de la Cortisona y A. C. T. H, en la Tifoidea, sin usar antibióticos, y reportan varios éxitos; pero no hablo mucho de esto porque me saldría del Tema.

Habiendo hecho un pequeño resumen del uso de los antibióticos en la Tifoidea, entraré lleno a la discusión sobre el tratamiento de la Úlcera Tífica perforada.

Según las estadísticas mundiales, antes del advenimiento de los antibióticos específicos los casos curados de Úlcera Tífica Perforada por operación no exceden del 8% ; pero después del apareamiento del Cloramphenicol, no sólo se producen menos perforaciones sino que los éxitos quirúrgicos han aumentado notablemente, oscilando en un 60 y un 100% de éxitos.

He revisado toda la Literatura Medica Mundial y únicamente 7 casos he encontrado a los que se les ha hecho un tratamiento conservador (no quirúrgico.)

Es deber aclarar que la peritonitis de origen tífico, sintomáticamente casi no tiene ninguna diferencia con la peritonitis por perforación intestinal, a menos que el súbito dolor abdominal VIVO e INTENSO ; pero en un paciente con estupor y en pésimas condiciones físicas, la confusión existe. Para aclarar este aspecto me dirigí al Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Rosales, y encontré pacientes fallecidos por Peritonitis tíficas y cuyos dagnósticos pre-mortem habían sido de Úlceras Tíficas Perforadas. Hice la anterior aclaración porque fácilmente puede llegarse al error de creer haber curado un paciente de úlcera perforada conservadoramente.

Como se vé, lo anterior le viene a poner un mayor problema al Internista y un deber de consultarle al Cirujano ; e indudablemente se pedirá la ayuda del Radiólogo, pero no con toda la creencia que él resolverá el problema, pues en el análisis de mi trabajo ya se vió varios fracasos.

Escribió integralmente las palabras de un Cirujano Panameño: "Una placa radiográfica negativa por aire sub-diafragmático no tiene valor decisivo".

Entonces qué camino tomar?

Externaré la opinión de lo que actualmente dicen los Clínicos.

1) —Si el diagnóstico médico es precoz y con pacientes en buenas condiciones, la Cirugía no tiene reemplazo.

2) —Si el diagnóstico es tardío y el paciente presenta un riesgo quirúrgico, no está destinado a la muerte como antes, sobre todo si la infección tiende a localizarse ; pero debe recordarse que ante todo debe recurrirse a la Cirugía, porque la tardanza origina los fracasos, y los resultados quirúrgicos hoy en día son muchas veces sorprendentes con la ayuda de los antibióticos.

3) —En caso de duda y el paciente en buenas condiciones, hay que intervenir quirúrgicamente, previa consulta de cirujanos de experiencia sobre este aspecto. Sobre este último punto, en mi trabajo se encuentra casos que hablan por si solos.

4) —Si la perforación intestinal o ruptura de la vesícula biliar está confirmada y el paciente es un riesgo quirúrgico, entonces la operación es condenable ; debiendo recurrirse a las antibióticos, que la generalidad de los autores recomiendan el uso combinado de Cloramphenicol con Tetracyclina, pues este último antibiótico está comprobado que es el "primer escoge" en las peritonitis agudas en general y en especial las de este tipo.

5) —Si la perforación ocurre en un tífico que tiene otra complicación grave, tal como una miocarditis, meningitis, etc, también la interven-

ción quirúrgica está contra indicada, teniendo que recurrirse al tratamiento conservador (no quirúrgico).

Los autores Norte-americanos no hablan casi nada sobre el tratamiento de la Ulcera Tífica Perforada, y esto es muy lógico pues la misma Tifoidea ha decaído enormemente en ese país, debido a las medidas Sanitarias que no dejan nada que desear. Ellos no tienen ninguna experiencia sobre el tratamiento de la perforación intestinal y por eso no es extraño que el texto de Cecil diga que "probablemente sea preferible el tratamiento conservador con Penicilina y Cloramphenicol en las perforaciones intestinales". Esto, a mi parecer, lo dice basándose en la potencialidad de estos antibióticos; en nuestro medio esto es imposible por las razones que después expondré.

### LOS DIFERENTES PASOS DE LA INTERVENCION QUIRURGICA.

Todo buen Cirujano tiene el deber de recordar las sabias palabras de los grandes Maestros.

Un gran Cirujano dijo "en las Operaciones abdominales de Urgencia, entrar aprisa y salir más aprisa".

Sherren, "quien quiera que abra un abdomen, habrá de ser capaz de hacer frente a cualquier cuadro que pueda encontrar allí".

Finney en 1897, refiriéndose a la Operación de la Ulcera Tífica Perforada, daba tres consejos, que eran:

- 1) — encontrar y cerrar la perforación.
- 2) — vaciar y limpiar la cavidad peritoneal.
- 3) — establecer y mantener un drenaje efectivo.

Parece pues que casi nada ha cambiado, y estas últimas palabras serán discutidas después.

INCISION—La mayoría de los autores están de acuerdo que la mejor vía de acceso es la media infra-umbical por ser la menos laboriosa; pero también se hace hincapié que ésto está en relación con la experiencia y eficiencia de cada cirujano. Y en lo que sí están de acuerdo todos es que ahora en la era de los potentes antibióticos, a todo paciente de Ulcera Tífica Perforada que se va a intervenir debe practicársele una Laparatomía Exploradora y no incurrir en errores de practicarle una micro-laparotomía como arenaje en casos de peritonitis difusas; esta ya no tiene ningún valor en la Cirugía Moderna.

ANESTESIA—Los pacientes con buenas condiciones pre-operatorias toleran muy bien la anestesia general y en especial el éter también las anestésicas local y raquídea tienen sus partidarios, con la condición de que la tensión arterial no esté muy baja.

SISTEMA A SEGUIR—Una vez dentro del abdomen es importante recordar que la menor manipulación de las vísceras es especial; pero no por eso debe dejarse de explorar las dos terceras partes del intestino delgado aún después de encontrar una perforación, visualizar bien el apéndice cecal que por su contextura linfática es comunmente atacado. Si hay supuración y ninguna lesión intestinal, entonces cuidadosamente explorar la vesícula biliar.

Las técnicas quirúrgicas complicadas, resecciones, anastomosis, innovaciones prolongadas, están completamente contra-indicadas, pues comprometen sistemáticamente la vida del enfermo. Así pues, una resección intestinal en un tífico le acarrea inevitablemente la muerte. Si se encon-

trara muchas perforaciones y el estado de un segmento del intestino justificara su eliminación, el proceder más lógico sería el de exteriorizarlo hasta que el paciente se recupere; las mismas úlceras servirían como puntos de descompresión del resto del intestino, o una sonda podría introducirse en la perforación más proximal.

**TECNICA DE LA SUTURA.**— Cada cirujano tiene su método conforme a su experiencia: así tenemos la sutura de puntos separados, puntos en U de Halsted, en bolsa, etc., pero de lo que se trata es de efectuar un buen cierre y por eso es recomendable que se hagan dos planos, ya sea el primer plano con crómico y el segundo con seda intestinal o bien los dos planos con seda. La técnica más recomendable es la de hacer el primer plano en jareta y el segundo con puntos separados en sentido transversal. Toda superficie que a juicio del cirujano pueda hacer una probable perforación, deberá suturarse en igual forma.

**ANTIBIOTICOS EN LA CAVIDAD PERITONEAL.**— Unánimemente se está de acuerdo en dejar antibióticos en la cavidad peritoneal, y entre éstos la Estreptomicina, a razón de uno a dos gramos.

**DRENAJE.**— Este punto es muy interesante, y ahora, con el uso de los antibióticos, ha tenido mucha discusión; pero se ha concluido en lo siguiente: drenar una cavidad abdominal difusamente infectada es de poco valor y ningún cirujano actualmente sigue tal método.

El drenaje de la cavidad abdominal está indicado en las siguientes condiciones:

- 1) Cuando se encuentre un absceso localizado.
- 2) En una superficie cruenta.
- 3) Cuando no se tenga la seguridad de que una sutura intestinal va a ser firme.

En algunos casos de Úlceras Tíficas Perforadas, algunos cirujanos han cerrado la cavidad abdominal sin drenos y con éxito. A mi parecer este método no es recomendable en nuestro medio hospitalario por las siguientes razones:

- a) — Corrintemente se carece de antibióticos y especialmente de los medicamentos específicos para la Tifoidea.
- b) — Son raros los pacientes que se operan en las primeras horas después de la perforación intestinal, y en este trabajo se observa este hecho.

Los drenos deben de ser colocados muy lejos de la sutura intestinal y de las superficies inflamadas; no hay que olvidar de colocar uno en el fondo de saco de Douglas, y no deben dejarse por más de 24 a 48 horas. Es recomendable que el drenaje sea colocado en otra incisión fuera de la herida operatoria.

### CONCEPTOS GENERALES SOBRE EL TRATAMIENTO PRE-OPERATORIO

Una vez hecho el diagnóstico de la perforación intestinal o de ruptura de la vesícula biliar, el paciente requiere un tratamiento de urgencia y debe de suprimírsele toda alimentación por vía oral, instituyéndose los antibióticos por la vía parenteral, en especial el Cloramphenicol por la vía intramuscular y la Tetracyclina por la vía endovenosa.

Si el diagnóstico es temprano y el paciente se queja de dolor, y con la intervención ya decidida, hay que administrarle analgésicos hasta efec-

to; pues en cualquier paciente que se vaya a operar la tranquilidad de él se necesita. Luego, administrarle los líquidos necesarios, soluciones glucosadas, salinas, transfusiones sanguíneas, en fin todo lo que sea necesario según el caso.

Antes de la operación el estómago debe de ser vaciado, dejando el tubo en su sitio, pues servirá mucho en el post-operatorio; y además el anestesista encontrará condiciones mucho más fáciles si el paciente tiene el estómago vacío.

Si el paciente es visto tardíamente, los signos son los de una gran peritonitis con íleo paralítico, extremo desequilibrio químico y una verdadera toxemia, debida a una amplia área de actividad microbiana dentro de la cavidad peritoneal. Entonces, lo que es más urgente es esperar algunas horas para corregir la deshidratación y el desequilibrio químico por flúidos endovenosos y asegurar una parcial descompresión por medio de la succión gástrica continúa.

Si todo lo anterior fracasa, entonces hay que recurrir al tratamiento conservador (no quirúrgico).

### CONCEPTOS GENERALES SOBRE EL TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

- a) Sonda de Levine y sonda veical.
- b) Administrar la cantidad de líquidos necesarios según el caso.
- c) Posición de Fowler.
- d) Antibióticos.
- e) Movilización de drenos a las 24 horas y retirarlos a las 48 horas.
- f) Vigilar diariamente el peristaltismo intestinal.
- g) Sedantes del dolor según el caso.

### ANALISIS DE LOS METODOS VERIFICADOS EN EL HOSPITAL ROSALES

El resultado de los casos de "ULCERA TIFICA PERFORADA" presentados en este Hospital ha sido un verdadero éxito, y aun tiene mayor mérito, dadas las múltiples dificultades con que se encontraron los Médicos y Cirujanos.

De algunos de estos inconvenientes ya he hablado en el análisis de los casos; a esto se suma el poco cuidado que tienen nuestros pacientes a las enfermedades en general.

Si se quisiera hacer una crítica a fondo, se tendría que criticar primero al Hospital; pero ésta no es la oportunidad, y además mi Trabajo es puramente científico.

Conforme a todas las posibilidades, en más del 90% en cada uno de los pacientes se siguió un buen método, y los resultados hablan por sí solos.

Lo que es criticable en parte es que a ningún paciente se le llevó un control de líquidos y electrolitos adecuado; y digo en parte por las dificultades de nuestro medio hospitalario.

Lo criticable en resumen es lo siguiente: No es justificable que a dos pacientes se les haya practicado micro-laparotomias como drenaje, pues eran pacientes graves con peritonitis difusas, y esta intervención ya no se usa en la era de los antibióticos. Dichosamente los pacientes evolucionaron hacia la curación. A éstos mejor los hubieran dejado sin drenar y haberlos tratado con antibióticos. En resumidas cuentas, nada hicieron

con drenarlos, a no ser peligrarles la vida.

De los dos pacientes que fallecieron y del que se le dió el alta en estado grave, ya expliqué las causas en el análisis en general.

En el post-operatorio, y conforme a las posibilidades, todos los antibióticos fueron bien administrados.

Las dosis ya las expliqué en el cuadro N° 41.

### C O N C L U S I O N E S

- 1) Se presentan 26 casos de Úlcera Tífica Perforada en el Hospital Rosales, en un período de 5 años y 5 meses (desde Enero de 1950 a Mayo de 1955).
- 2) Se encuentra un porcentaje de 88.46% de éxitos, a pesar de la tardanza del diagnóstico y de la intervención quirúrgica en la mayoría de los pacientes, ya que el 16% fueron operados a las 9 horas después de la perforación intestinal.
- 3) Solamente uno no fué operado, dadas las malas condiciones físicas, no pudiendo verificarse el resultado final porque sus familiares pidieron el alta.
- 4) A 23 de los 25 pacientes que fueron operados se les practicó laparotomía exploradora, encontrándose en todos ellos perforaciones en el íleon que variaron de una a cuatro.
- 5) A dos se les efectuó Micro-laparotomía, con el objeto de practicarles drenaje en peritonitis generalizadas, encontrándose dichos pacientes en estado muy grave. Como veremos en las recomendaciones, esta conducta es condenable, ya que en estos casos la mejor oportunidad para salvarle la vida al paciente consiste en un tratamiento médico bien llevado.
- 6) Como tratamiento post-operatorio se usó varios antibióticos específicos; no pudiéndose llegar a ninguna conclusión en cuanto al mayor o menor efecto de cada uno de ellos. Señalo que en dos casos se usó sólo Acromicina con muy buenos resultados.
- 7) Se presentaron dos casos de muerte:

En uno de ellos la evolución de la úlcera perforada era de más de 30 horas.

El otro fué un caso que pasó "silenciosa" su perforación y que fué operado al décimo día de estar ingresado.

Creemos que en ninguno de los dos casos anteriores estaba indicada la intervención quirúrgica, conforme vamos a ver en las siguientes objeciones:

- a) Por su estado general, que siempre fué grave.
- b) Posible enquistamiento de la peritonitis.
- 8) Al revisar la Literatura Médica Mundial, únicamente se encuentra 7 casos a los cuales se les hizo un tratamiento conservador (no quirúrgico).

### R E C O M E N D A C I O N E S

- 1) Todo paciente en quien se sospeche o se tenga confirmado el diagnóstico de Tifoidea debe ser cuidadosamente vigilado, por el temor de la perforación intestinal o ruptura de la vesícula biliar, enterorragia y demás complicaciones.

- 2) El Médico está en la obligación de llamar al Cirujano tan pronto se presente la posibilidad de úlcera perforada. No debe de olvidarse que el uso de modernos antibióticos específicos no disminuye el riesgo de la perforación, y es más, según algunos autores este riesgo aumenta con el uso inmoderado de estos antibióticos.
- 3) Toda sospecha de úlcera perforada implica un control del paciente desde el punto de vista del pulso, tensión arterial, temperatura, equilibrio electrolítico e hídrico.
- 4) El estudio radiográfico está indicado en busca de neumoperitoneo (aire sub-diafragmático); pero la negatividad de la radiografía no excluye la posibilidad de perforación.
- 5) En nuestro medio, creemos que la mejor conducta a seguir en el tratamiento de la Úlcera Tífica Perforada es la médico-quirúrgica, excepto en aquellos casos a discutir posteriormente. Las razones para recomendar esta conducta son las siguientes:
  - a) La posibilidad de ascaridiosis, muy frecuente en nuestro medio.
  - b) Es la mejor manera de suprimir el foco de infección peritoneal.
  - c) La mortalidad es baja, conforme queda demostrado en el presente trabajo, cuando se opera en un tiempo adecuado y con un buen tratamiento pre-operatorio.
- 6) Lo anterior no es aplicable a pacientes cuyas condiciones físicas implican un riesgo quirúrgico muy grave, como sucedió en los pacientes que fallecieron.
- 7) Debe de hacerse un adecuado estudio del paciente antes de someterlo a una intervención quirúrgica; éste incluye radiografía del tórax y del abdomen, electrocardiograma, regulación electrolítica e hídrica, tratando de corregir el desequilibrio que pueda presentar. Si el electrocardiograma demuestra una lesión miocárdica grave, la conducta conservadora es la mejor.
- 8) Durante la intervención quirúrgica la exploración debe ser amplia, aunque rápida. Es condenable practicar micro-laparotomías para la introducción de drenos en la cavidad abdominal por peritonitis generalizada.
 

A la luz de la fisio-patología moderna, esta conducta contribuye a agravar la condición del paciente y no le beneficia en nada.
- 9) La laparotomía media infra-umbilical es más aconsejable que la para-media derecha.
- 10) El drenaje está indicado en todos los casos por el temor a la ruptura de la sutura intestinal; el drenaje debe dejarse lejos de la sutura y debe de retirarse en 24 a 48 horas.
- 11) Post-operatoriamente, el uso combinado de Cloramphenicol y Tetraciclina ha dado los mejores resultados.
- 12) Sugiero una investigación de la relación que pueda existir entre la dieta del tífico y la perforación intestinal, problema sobre el cual no encontré ninguna referencia en la Literatura Médica Mundial que revisé.

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

- 1) Argüello Escolán, Raúl. Tesis de Doctoramiento "Consideraciones sobre 31 casos de Tifoidea".
- 2) Costero, Isaac. Tratado de Anatomía Patológica.
- 3) Collet. F. L. Patología Interna (II Tomo).
- 4) Cecil & Loeb. Tratado de medicina Interna (I Tomo) 8ª Ed.
- 5) Bailey Hamilton. Cirugía de Urgencia.
- 6) Fernández h., Juan José. "Tetracyclina en el tratamiento de la Fiebre Tifoidea". Trabajo presentado al VI Congreso Centro-Americano en Tegucigalpa, Honduras.
- 7) Henríquez Navarro, Antonio F. "La Fiebre Tifoidea y el Problema de las Perforaciones". Arch. Médicos Panameños. Junio de 1954.
- 8) Hill J. V. Amstrong. "Treatment of Typhoid Fever with Chloramphenicol, The Lancet Dec. 1950.
- 9) International Medical Digest. Treatment Chloramphenicol.
- 10) Lancet The—Marzo de 1955.
- 11) Pavlowsky. Abdomen Agudo Quirúrgico.
- 12) Spivack, J. L. Cirugía de Urgencia.
- 13) Journal of the American Medical Association, Jun. 1948. Hosp. Infantil de Méjico.
- 14) Rodney Maingot. The Management of Abdominal Operations.