

076973

T
616.9272
5244
1951
S. Med

Et 1

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

TRATAMIENTO QUIRURGICO

DE

LAS PERFORACIONES INTESTINALES DE ORIGEN TIFICO

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

AMADO SANCHEZ

San Salvador, Marzo de 1951.-



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE EL SALVADOR.

RECTOR: Dr. Antonio Perla.

SECRETARIO: Dr. José Salinas Aríz.

FACULTAD DE MEDICINA.-

DECANO: Dr. Ernesto Fasquelle.

SECRETARIO: Dr. Roberto Jiménez.-

Marzo de 1951.-

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE EL SALVADOR.

PRIMER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO:

CLINICA MEDICA:

Dr. Lázaro Mendoza,
Dr. Eduardo Navarro,
Dr. Ernesto Fasquelle.

SEGUNDO EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO:

CLINICA QUIRURGICA:

Dr. Luis Alfonso Macías,
Dr. Ricardo Posada h.,
Dr. Saturnino Cortés Martínez.

TERCER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO:

CLINICA OBSTETRICA:

Dr. Roberto Orellana Valdés,
Dr. José González Guerrero,
Dr. Antonio Lazo Guerra.

JURADO DE DOCTORAMIENTO PUBLICO:

Dr. Luis Alfonso Macías,
Dr. Carlos González Bonilla,
Dr. Roberto Jiménez.-

En la ciudad de San Salvador, a las diez horas del día trece de marzo de mil novecientos cincuenta y uno.

Reunidos en el Decanato de la Facultad de Medicina los infrascritos miembros del Tribunal designado para calificar el trabajo de Tesis del Bachiller A M A D O -- S A N C H E Z, titulado "TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS PERFORACIONES INTESTINALES DE ORIGEN TIPICO", hacemos constar que hemos revisado dicho trabajo y que en vista de que reúne las condiciones exigidas por los Estatutos de la Universidad, le damos nuestra aprobación - por mayoría de votos.

Dr. Luis Alfonso Macías
PRESIDENTE.

Dr. Carlos González Bonilla
1er. VOCAL.

Dr. Roberto Jiménez
2º VOCAL.

Ex- Practicante permanente del Hospital Rosales.-

Ex- Practicante permanente del Hospital San Juan-
de Dios de Santa Ana.-

Ex- Practicante permanente del Hospital Tiquisate-
República de Guatemala.-

A MI QUERIDA MADRE:

Con especial cariño y gratitud.-

A MI PADRE.-

A MI ESPOSA E HIJOS.-

A MIS HERMANOS

Y

DEMÁS FAMILIARES.-

A MIS COMPAÑEROS

Y

AMIGOS.-

TESTIMONIO DE RESPETO Y GRATITUD

A TODOS MIS PROFESORES,

EN ESPECIAL:

AL Dr. José González Guerrero,

Dr. Juan Llord,

Dr. José Zepeda Magaña,

Dr. Roberto Orellana Valdés.

AL DOCTOR,

Ricardo Aguilar Meza y Familia.

AL CONTADOR PUBLICO,

Don Fernando Oliveros y familia.

A LA SENORITA ENFERMERA,

Olga Luna.-

PLAN DE TRABAJO

- 1) INTRODUCCION,
- 2) BREVE SINGOPSIS SOBRE "TIFOIDEA"
- 3) REVISION DE LAS TIFOIDEAS COMPROBADAS EN EL HOSPITAL ROSALES, DESDE ENERO 1949 A ENERO 1951.--
- 4) LAS COMPLICACIONES MAS FRECUENTES QUE SE ENCONTRARON,
- 5) LAS PERFORACIONES TIFICAS OBSERVADAS,
- 6) OBSERVACIONES SOMERAS DE ALGUNAS DE ELLAS,
- 7) COMPARACION DEL NUMERO DE PERFORACIONES DEL HOSPITAL ROSALES Y EL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA,
- 8) COMENTARIO ACERCA DEL PROMOSTICO ACTUAL EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS PERFORACIONES TIFICAS, CON LA COLABORACION DEL POSOPERATORIO y LOS ANTIBIOTICOS.--

INTRODUCCION

No pretendo con el presente trabajo establecer algo original; tampoco me guía ningún espíritu de crítica y si de algo en ella incurro, suplico se me perdone y que sea tomada en el sentido de querer mejorar las deficiencias o dificultades con que me encontré para elaborar este humilde trabajo.-

Quizá sea la disculpa de todos los que hasta ahora hayamos presentado Tesis con la colaboración del Archivo del Hospital. Todos vamos diciendo las grandes deficiencias del Archivo; hace dos años, se puede decir, que el Archivo del Hospital Rosales comienza a dar sus primeros pasos, pero las deficiencias son grandísimas, dejando mucho que desear; una parte debida en sí al Archivo y otra quizá peor todavía, debida a nosotros mismos, los estudiantes, pues esas hojas de evolución que aparecen de cuando en vez en los cuadros de los enfermos, siempre están tan limpias como las pusieron, sin nada escrito, salvo rarísimas excepciones, por lo cual siempre que se presente un trabajo de esta naturaleza será incompleto.-

En el presente trabajo he tratado de recopilar el trabajo de los Médicos Internos del Hospital Rosales; en cuanto a perforaciones tíficas se refiere ya que ellos son los que se enfrentan con las operaciones de urgencia.-

Me pareció de interés un trabajo de esta naturaleza, ya que hasta hace muy poco tiempo el pronóstico de una perfora-

ción tífica ha sido muy sombrío, pues ya fuera tratada médica o quirúrgicamente la mortalidad era muy elevadísima, llegando algunos cirujanos a no ser intervencionistas.- Sin embargo, - hoy con un posoperatorio mejor orientado y el uso de los antibióticos más nuevos, el pronóstico no cabe duda que ha cambiado enormemente.-

Antes de terminar estas líneas quiero dejar consignadas- mi gratitud a la colaboración prestada por el personal del - Archivo, al Doctor Guillermo Debbé al sugerirme tal estudio - y al Doctor Roberto Jiménez al prestarme su valiosa coopera - ción.-

BREVE SINOPSIS SOBRE TIFOIDEA:

DEFINICION:

Es una infección aguda generalizada, producida por la Eberthella Tifosa. Patológicamente es el tejido linfático de la economía, el que muestra las mayores alteraciones y así encontramos hiperplasia y ulceración de las placas de Peyer y de los folículos solitarios del Intestino, inflamación de los ganglios mesentéricos y en el bazo. Clínicamente: por una fiebre continua elevada, bradicardia, cefálea, erupción de color rosado, dolor abdominal a la presión é Hipertrfia del bazo. -

HISTORIA: La enfermedad era conocida por los médicos de la antigüedad, a juzgar por las descripciones de Hipócratas, durante la edad media y a principios de los tiempos modernos se usaron diversos nombres para designarla, así como frenitis, febris continua, febris pútrida. El nombre de Fiebre Tifoidea fué dado por Louis en el año de 1829; durante mucho tiempo fué confundida con la fiebre recurrente, con el tifus y con las fiebres paratíficas.

En los años de 1856 y 1860 Bud dió a conocer que el agente infeccioso se encontraba en las deyecciones.-

En 1860 Eberth descubrió el agente específico de la enfermedad.

En 1895 Widal puso de relieve el valor de la reacción para el diagnóstico de la enfermedad.- *

FRECUENCIA: Es una enfermedad universal pues práctica -

En cuanto a la Historia de la Tifoidea en El -- Salvador, data desde 1917, con los trabajos del Doctor Luis V. Velasco y Doctor Juan C. Segovia.-

Por aquel entonces existía la incertidumbre acerca de si existía ó no la Tifoidea en el país; se conocía una enfermedad con el nombre de Tifomalaria que se trataba con Quinina, que después de varios días de no ceder, se le cambiaba el tratamiento con miras a curar una infección de tipo Eberthiano.-

En vista de esto, siendo Director del Hospital Rosales el Doctor Juan C. Segovia, se propuso hacer el estudio, comenzando por los hemocultivos en los individuos con sospecha de Tifoidea y en los primeros días de su dolencia, obtuvo varias veces cultivos positivos que después de varios exámenes pudo demostrar que se trataba de los diversos tipos del bacilo responsable de la Tifoidea;(así lo comunicó al gremio médico, poniendo así en claro la existencia de la Tifoidea en el país)-

mente existe en todos los lugares del mundo. Se presenta durante todos los meses del año con un ascenso en el mes de Julio, Agosto y Septiembre. En cuanto a edad presenta su mayor frecuencia entre los 15 y 30 años; es muy raro en los extremos de la vida.- En cuanto al sexo es sensiblemente igual entre hombres y mujeres.

BACTERIOLOGIA.- La *Eberthella Tifosa* es un microbio aerobio de gran movilidad, no forma esporas, tiene de dos a cuatro micras de longitud, media micra de diámetro, es gran negativa se destruye fácilmente a la temperatura de 60 grados durante diez minutos y en cambio puede vivir varios meses en el hielo.-

En el cuerpo humano el bacilo tífico puede existir en la sangre, en las heces y en la orina; y por encontrarse en la sangre se le encuentra también en los órganos muy vascularizados, como el bazo, la médula de los huesos, en las glándulas linfáticas y la vejiga urinaria.-

Durante la primera semana de la enfermedad se le puede encontrar constantemente en la sangre y en cambio rara vez en las heces.- Para invertirse en la segunda semana, pues va desapareciendo de la sangre y se hace más frecuente en la orina y heces.

ETIOLOGIA: El bacilo penetra directamente en el cuerpo por el tracto gástrico-intestinal, Se supone que pasa al través de las placas de Peyer y de los folículos solitarios, alcanzando los ganglios linfáticos mesentéricos y desde ellos por el canal torácico llegan al torrente circulatorio, luego se difunden por todos los órganos de la economía. El lugar de multiplicación -

máxima de los bacilos es probablemente el sistema biliar, ya que la E. tífosa es recuperada del contenido duodenal y disminuye hacia la parte inferior del tracto intestinal.-

MODO DE INFECCION: Todo paciente de fiebre tifoidea debe ser considerado como una fuente de infección de ahí que deben tomarse medidas muy estrictas para evitar que se difunda. El agua contaminada es, con mucho el origen más frecuente de las epidemias extensas está comprobado que es la causa principal de la infección y es así como al mejorar las fuentes de abastecimiento de agua potable disminuye la incidencia de la fiebre tifoidea. En segundo lugar tenemos la leche que puede ser contaminada por los recipientes las moscas, pero más frecuentemente por las manos de los portadores de los gérmenes. Después tenemos los vegetales consumidos crudos; la manteca, el queso lo son raras veces. Las ostras y otros mariscos pueden trasmitirla.-

Todos los convalecientes de tifoidea deben ser considerados como portadores y estos portadores son casi siempre mujeres con el consiguiente peligro de que casi siempre están en contacto con los alimentos.-

ANATOMIA PATOLOGICA: Las modificaciones más características se encuentran en el tracto-intestinal máximo en el intestino-delgado; así encontramos que las placas de Peyer y los folículos solitarios son las localizaciones predilectas, encontrando en ellos las lesiones típicas; primero se vuelven rojas, -

se tumefactan y hacen prominencia hacia la mucosa intestinal. Hay una gran invasión de grandes mononucleares y faltan casi por completo los polinucleares. Al final de la primera semana o a principios de la segunda debido a la dilatación de los vasos y a gran acúmulo de los mononucleares, la irrigación sanguínea de las placas de Peyer está comprometida y se inicia una necrosis superficial que acaba por ulcerarse. Estas ulceraciones son por lo general ovals con su mayor longitud orientada en la longitud del intestino. Estas úlceras pueden fusionarse principalmente en la parte inferior del íleon dando así el aspecto de una gran área ulcerada alcanzando algunas veces la parte proximal del colon. Estas ulceraciones no tienen relación con la gravedad de la enfermedad. La no existencia de estas alteraciones intestinales no significan que el enfermo no haya padecido de tifoidea pues puede morir por una toxemia ocasionada por la enfermedad. La curación se efectúa no por tejido cicatrizal, sino por un tejido simple desprovisto de glándulas.-

Los ganglios mesentéricos están hipéremicos a veces reblandecidos o hemorrágicos.-

EL BAZO: Está hipertrofiado moderadamente se puede producir su ruptura espontáneamente.-

EL HIGADO: Generalmente hay tumefacción turbia y necrosis focal. Lab bilis favorece el desarrollo del bacilo, la vesícula está infectada no siendo rara la colecistitis, algunas ve

ces se han observado úlceras tíficas en la pared de la vesícula.-

Se han descrito alteraciones en otros órganos como los riñones, órganos respiratorios, músculos, sistema cardiovascular y sistema nervioso.-

SINTOMATOLOGIA: Desde que se realiza la penetración de los gérmenes de la fiebre tifoidea en el organismo hasta que aparecen los primeros síntomas, transcurre un período de tiempo que se conoce con el nombre de período de incubación de la fiebre Tifoidea y dura, como término medio, catorce días, con un mínimo de cinco días y máximo de tres semanas.- Esta duración está en relación con la receptibilidad del sujeto y con la cantidad y virulencia de los gérmenes con que se haya infectada.- Durante todo este tiempo puede sentirse bien, pero al final de este período aparecen una serie de trastornos y molestias que constituyen los síntomas prodómicos de la enfermedad, -tales como sensación de malestar general, dolor y pesadez de cabeza, -sensación general de frío por las tardes, ligeros dolores generales por distintas partes del cuerpo, disminuciones del apetito y amenudo ligera perturbación del sueño.-

Una vez comenzada la enfermedad, los síntomas más frecuentes son: la fiebre. Es raro que un individuo esté contagiado de bacilo de Eberth sin tener temperatura. Se puede dar el caso de un individuo que esté en contacto con un diftérico, no tener temperatura y tener el hemocultivo positivo.-

La temperatura de la fiebre Tifoidea está caracterizada por tres fases: Primera de ascenso, segunda continua y tercera de descenso. Durante la primera semana de la infección da lugar a una temperatura en escalera, que a los siete ó diez días llega a 39 ó 40 grados. Después viene la fiebre continua con remisiones leves y dura de diez a catorce días; por último viene la fiebre de descenso que comienza más o menos a las tres semanas y se parece a las de la septicemia, con grandes oscilaciones. No todas tienen una temperatura tan típica, pues puede variar según la gravedad, según el tratamiento, según las complicaciones sobre todo cuando son cambios súbitos. Después de una copiosa hemorragia, la fiebre puede bajar dos o cuatro grados. Cuando hay perforación puede haber un descenso inicial seguido de un ascenso y por último, durante la convalecencia, se observa que la temperatura tiende a ser inferior a la normal.-

PULSO: Presenta dos características, su relativa lentitud comparada con la elevación térmica y el dicrotismo. Ambas son muy importantes para el diagnóstico. El dicrotismo es menos frecuente en los niños que en el adulto, por lo general desaparece durante la tercera semana. El pulso rápido y persistente en el principio de la enfermedad indica infección bastante grave é indica toxemia.-

PIEL: Las roséolas hacen su aparición durante el séptimo y décimo día, con mayor frecuencia en el abdomen; son pequeñas

áreas de color rosado, de dos a cuatro milímetros, redondeadas que hacen prominencia y que desaparecen a la presión. Brotan en grupos y duran dos o tres días; es más frecuente en la raza blanca.- El Herpes es extremadamente raro. La Sudamina es frecuente. Pueden desarrollarse áreas de gangrena superficial después del uso prolongado de bolsas de hielo. Puede aparecer hinchazón o edema de los pies como consecuencia de la trombo-sis femoral. Otras veces edema al iniciarse nefritis.-

SINTOMAS NERVIOSOS: Cefálea bastante intensa de tipo frontal o bitemporal.-

Algunas veces se observan convulsiones, principalmente en los niños pequeños.- El delirio que indica una infección grave, lo mismo que la indiferencia, -fotofobia, subsaltos musculares y somnolencia; a veces la cefalalgia y rigidez de la nuca hacen sospechar meningitis.-

SINTOMAS GASTRO INTESTINALES: Puede presentarse náuseas, vómitos y diarrea; otras veces timpanismo abdominal; tales síntomas se presentan sobre todo al principio de la enfermedad al prestar poca atención a la dieta. El bazo está hipertrofiado generalmente, excepto en los individuos de color.-

SANGRE: Leucopenia bastante marcada por lo general de tres mil a cinco mil leucocitos por milímetro cúbico, con disminución de las células neutrófilas. Con el avance de la enfermedad hay disminución de los glóbulos rojos y de la hemoglobina.- Las tensiones arteriales disminuyen en el curso de la -

enfermedad hasta diez ó veinte milímetros.-

ESCALOFRIO: Al principio de la enfermedad puede presentarse con mucha frecuencia y a veces en el curso sin explicación.- Sin embargo, generalmente señalan el comienzo de alguna complicación o siguen a la toma de un antipirético.-

EPISTAXIS: Es un síntoma muy común más que en cualquier otra enfermedad infecciosa. Puede ser abundante y grave, repitiéndose durante el curso de la enfermedad.-

LA BRONQUITIS: Es uno de los síntomas iniciales; puede ser tos y marcada molestia. A la exploración se encuentran estertores sibilantes.-

SINTOMAS RENALES: Es frecuente la albuminuria acompañada de algunos cilindros durante el estado febril. De vez en cuando se observan nefritis aguda; otras veces pielitis en los primeros estados.-

RECAIDAS: Se presenta después de cinco ó diez días de temperatura normal, por lo general es ligera y sigue un curso más breve. A veces puede ser más grave. Rara vez se sufre más de una recaída. Reapareciendo todos los síntomas, la temperatura no es tan elevada. Puede prolongarse desde una a tres semanas; las causas son dudosas, comunmente atribuidas a transgresiones de la dieta, pero faltan pruebas.-

COMPLICACIONES: La hemorragia intestinal es una de las complicaciones más graves. La pérdida de sangre puede variar desde la que es apreciable tan sólo por medios químicos, hasta la -.

hemorragia extensa, masiva, que deja exangüe al paciente, no hay relación entre la gravedad, la frecuencia é intensidad de la hemorragia intestinal. Pueden presentarse pérdidas de sangre en una infección ligera, y no presentarse en casos graves; aparecen el 6 ó 7% de los casos, más frecuentes durante la tercera semana de la enfermedad, sin pródromo alguno.; la primera prueba es un súbito descenso de la temperatura o una taquicardia con escalofrío, palidéz, sudoración y ansiedad. La hemorragia es producida por la erosión de una de las arterias pequeñas o de calibre mediano de las placas de Peyer. La hemorragia agrava el pronóstico. El 20% de los que la presentan, mueren.-

Otra complicación muy importante es la perforación intestinal que la describiré enseguida.-

Entre las complicaciones más raras encontramos la colecistitis aguda. No es extraño que la vesícula se infecte, ya que es uno de los reservorios del bacile; puede dar lugar a la supuración y cuando así sucede, es igual a cualquier colecistitis aguda.-

TROMBOSIS: Es una complicación rara y cuando aparece es tardía más o menos a la cuarta semana y más frecuente en la convalescencia. Se anuncia por escalofrío, fiebre y aceleración del pulso, dolor sobre el trayecto venoso, pudiéndose palpar el endurecimiento y dolor a la presión. Al mismo tiempo edema en la parte inferior; como consecuencia de la -

trombosis existe el peligro del embolia pulmonar y la muerte.

APARATO RESPIRATORIO: Es muy común la epistaxis particularmente en los niños y adultos jóvenes. La bronquitis se observa frecuentemente en los primeros estadios de la enfermedad; las laringitis catarrales pueden ser observadas, con ulceraciones extensas que evolucionan algunas veces de una manera sorda hasta que sobreviene el edema laríngeo. Se manifiesta por una fuerte ronquera, cosquilleo y pérdida de la voz. La pleuresía es muy rara pero puede presentarse complicando otra enfermedad como la neumonía o infarto. Es de tipo fibrinoso pero puede llegar a ser purulenta. La neumonía es también rara y es producida por el neumococo, aunque más raras veces puede ser producida por el bacilo de Eberth. A veces puede presentarse la bronconeumonía en ciertos casos por aspiración de sustancias extrañas. Finalmente el infarto del pulmón, como consecuencia de coágulos desprendidos de una vena.-

COMPLICACIONES CIRCULATORIAS: Son relativamente frecuentes las lesiones degenerativas del miocardio, manifestándose por el aumento del pulso, descenso de la tensión arterial, irregularidad de los latidos cardíacos, disminución de su intensidad y a veces soplo sistólico.-

SISTEMA NERVIOSO: Se observa la cefálea, insomnio, delirio, temblores, rigidez de nuca y síntomas que recuerdan la meningitis; es rara la meningitis purulenta. Pueden presentarse psicosis en cualquier momento de la enfermedad, pudiendo

ser maniaco depresiva, estados de confusión mental o melancolía, que desaparecen con la convalecencia. La neuritis periférica es bastante común. Las convulsiones son raras; cuando se presentan es en el niño.-

APARATO GENITO URINARIO : En los casos graves puede aparecer retención o incontinencia de orina. La cilindruria y albuminuria son frecuentes, pero la verdadera nefritis es rara.-

En casi todos los casos fatales hay degeneración albuminúrica. La nefritis hemorrágica es muy rara; la baciluria se presenta en el 40% y puede durar varios meses. Se ha observado gangrena de la vejiga. La orquitis es más rara.-

LESIONES DE LOS HUESOS: Son bastante raras; los huesos más corrientemente afectados son las tibias, fémures, costillas, antebrazo y clavícula, pudiendo dar periostitis, osteitis y osteomielitis. Pueden presentarse artritis, pudiendo perfectamente si no llegan a la supuración; la columna vertebral tifóidica es debido a una lesión del periostio de la columna. Casi siempre la columna lumbar que se manifiesta por dolor a los movimientos y al presionar sobre las vértebras.-

Otra complicación rara es la parotiditis.-

El embarazo es afectado desfavorablemente ocasionando el aborto o el parto prematuro en el 60%.-

DIAGNOSTICO: Clínicamente se sospecha y el laboratorio la confirma.-

Desde el punto de vista clínico, encontramos desde un

principio de la Tifoidea, tres síntomas que ayudan grandemente a pensar en este cuadro, tales como: la temperatura que aparece en el ciento por ciento de los enfermos y la cefálea intensa a menudo y la lengua tífica. Después encontramos otros que se presentan con menor frecuencia, tales como las roseolas que son bastante raras entre nosotros; pulso dicroto, bazo hipertrofiado, en un principio percutible y que después se puede hacer palpable.-

El diagnóstico puede ser fácil sobre todo cuando el paciente ha sido bien historiado y se le ha practicado un examen físico lo más completo posible, no obstante habrán casos en que constituirán uno de los problemas más difíciles con que tiene que enfrentarse el médico y no tan sólo con la clínica, sino que muchas veces aún con el laboratorio no llega a comprobarse y es hasta en la mesa de autopsia donde llega a confirmarse.-

En cuanto al laboratorio, es en la gran mayoría de casos el que confirma la hipótesis de la Tifoidea, ya sea por el Hemocultivo en un principio o por copro y urocultivo o la reacción de Widal después.-

En cuanto al Hemocultivo aparece positivo durante el primer septenario de la enfermedad, en el período de Bacteriemia; desgraciadamente nosotros en el Hospital, difícilmente se habrá tenido la dicha de encontrar alguna vez el Hemocultivo positivo, quizá sea debido a que casi todos nuestros enfer-

mos cuando llegan al Hospital ya han transcurrido diez o más días y por consiguiente se ha perdido la mayor probabilidad de encontrar el bacilo; quizá por otra parte sea deficiencia en poderlo cultivar.-

En cuanto al uro y coprocultivo, por lo general también en el Hospital es negativo.-

De ahí que, la que nos presta su más valiosa ayuda sea la reacción de Widal, la que se repite varias veces con cierto intervalo, para ver el ascenso de la aglutinación.-

La reacción de Widal comienza a ser positiva a partir de la segunda semana y es debida a la presencia en el organismo de los anticuerpos que se han formado de la lucha contra el bacilo, de ahí que a la vez que nos sirve como elemento de diagnóstico; también nos ayuda a preveer el pronóstico de la enfermedad y es así como en aquellos enfermos que aparecen los anticuerpos precozmente y a un elevado título, son los que por lo general evolucionan hacia una rápida curación. En cambio aquellos enfermos que a la inversa, no tienen anticuerpos o los tienen a un título muy bajo, son los casos graves, notorios por su toxemia, muchos de ellos fatales y que algunas veces su diagnóstico sólo llega a comprobarse en la autopsia o que fué comprobado por un Hemocultivo al principio de la enfermedad, no obstante después de largos días continúa su reacción de Widal siendo negativa.-

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: El paludismo es una de las enferme-

dades que con más frecuencia se puede llegar a confundir, sin embargo en él, la temperatura por lo general es intermitente, con escalofríos repetidos; el bazo es más grande y más duro y además es más frecuente encontrar el parásito en la sangre, por lo menos en nuestro medio; no obstante, algunas veces habrá que recurrir a la prueba terapéutica del paludismo.-

TUBERCULOSIS MILIAR: Esta, cuando no hay localización determinada, será muy difícil establecer el diagnóstico. Ambas tienen principio insidioso y caracterizarse por fiebre prolongada, bronquitis, malestar general, anorexia, síntomas gastrointestinales y reacción de Widal positiva. Será de mucha ayuda una historia familiar, la relación del pulso con la temperatura. En la tuberculosis hay taquicardia, mientras que en la Tifoidea hay bradicardia y dicrotismo, así también es más corriente cierta leucositosis en una, y leucopenia en la otra.- En la tuberculosis hay cianosis de los labios, dedos, signos pulmonares; es de necesidad el examen de Rayos X y de laboratorio, reacciones y cultivos.-

ENDOCARDITIS BACTERIANA: Corrientemente es fácil de distinguir, aunque algunas veces ofrece grandes dificultades.- La Fiebre en ésta, no es tan alta y sostenida como en la Tifoidea, los escalofríos frecuentes con un tipo séptico de temperatura, son mucho más comunes. Las petequias en la conjuntiva es de considerable importancia y significación.-

La disnea, la existencia de soplos cardíacos, dolores articulares y hemáties en la orina son de gran valor diferencial. - los Hemocultivos proporcionan de ordinario la prueba concluyente.-

LA PIELITIS: Puede durar de dos o tres semanas sin síntomas localizados, ocasionando confusiones. Sin embargo, la leucocitosis, dolor a la presión en la región lumbar y la presencia de pus en la orina establecen el diagnóstico.-

TIFUS EXANTEMÁTICO: Anteriormente estas dos enfermedades eran confundidas y aún hoy, a veces, puede presentar grandes dificultades. El tifus por lo general se inicia de una manera rápida y dramática; a menudo con escalofrío y cefalalgia intensa persistente. La fiebre se eleva con rapidez y se mantiene alta sin remisiones; hay leucocitosis, el bazo cuando se hipertrofia lo hace antes que en la Tifoidea. La erupción depende de la gravedad. Son máculopapulares ovales y a veces confluentes; no palidecen a la presión y poseen centro hemorrágico. El Tifus dura, por regla general, de dos a dos semanas y media y termina por crisis. La reacción de Widal es negativa mientras que la reacción de Weil Félix es positiva a los diez días.

MENINGITIS: Algunas veces la Tifoidea puede comenzar con todo el cortejo sintomático de la Meningitis aguda. La punción lumbar y el examen del líquido céfalo-raquídeo nos harán el diagnóstico.-

FIEBRE SIFILITICA: La Sífilis latenta puede dar una fiebre - prolongada con síntomas constitucionales y nulas manifestaciones de Sífilis. La historia de una lesión primaria, Wassermann positivo y Widal negativo serán de valiosa ayuda.-

FIEBRE ONDULANTE: Sólo se pueden diferenciar mediante el Hemo cultivo o por sus reacciones.-

PRONOSTICO: El pronóstico debe hacerse individualmente, estudiando minuciosamente las condiciones biológicas y clínicas - del enfermo.-

La mortalidad no es igual en todas las edades, es más elevada en los niños pequeños; también en todas las personas - de más de 35 años. La menor mortalidad parece alcanzarse entre los 15 y los 30 años. Por otra parte, no todas las epidemias de fiebre son igualmente graves y por ello la mortalidad oscila de unas epidemias a otras, entre el 10 y el 20%.-

Las estadísticas hospitalarias suelen dar más mortalidad por recoger más casos graves y mal tratados durante la primera fase de la enfermedad; en cuanto a las causas de muerte, - varían las estadísticas de unos países a otros.-

Por regla general, la causa más corriente de muerte es - la toxemia, ^{con} delirio y timpanismo abdominal. Algunas veces sobreviene el súbito fallecimiento sin explicación, si bien se cree, debida a una fuerte toxemia que afecta el músculo cardíaco.-

TRATAMIENTO: En el tratamiento debemos tomar en cuenta los -

cuidados del enfermo en general, la dieta y el tratamiento de la enfermedad en sí. En ninguna enfermedad son tan importantes los servicios de una enfermera o persona instruída para el caso como en la fiebre Tifoidea. Si es posible, todo enfermo de Tifoidea debe ser hospitalizado. Cuando ello no es factible, hay que situarlo en un cuarto limpio, bien ventilado y provisto de ventanas con tela metálica.

La persona que lo cuide debe estar instruída: como de -
sinfectar perfectamente todos los excretas, ropas de cama, -
y cuantos objetos puedan contaminarse. Los miembros de la familia deben ser vacunados. Debe saber algo acerca de las complicaciones que pueden surgir, tales como: elevaciones o descensos bruscos de la temperatura, igualmente con el pulso.-

El paciente debe permanecer en cama, debe verificarse el aseo cotidiano del cuerpo, su baño diario es conveniente, fricciones de alcohol, etc.-

DIETA: En la actualidad el enfermo no debe perder mucho peso, como sucedía en tiempos pasados, debidos a la dieta; de ahí -
que hoy con los conocimientos actuales ha disminuído la mortalidad y ha descendido el tiempo de duración de la enfermedad, lo mismo que la convalecencia. Las complicaciones son menos frecuentes. Como los hidrocarbonados son los elementos más fáciles de digerir, deben formar la mayor parte. Agregándole proteína por lo menos un gramo por cada kilo de peso, a dicionándoles grasas en la cantidad necesaria para completar

las calorías. Se necesitan por término medio, de tres mil a cuatro mil calorías diarias, dependiendo del peso y de la estatura; se podrán emplear los siguientes alimentos: azúcar, leche, huevos, cuajadas, mantequilla y crema. Cuando hay extrema emaciación se podrá dar aceite mineral o un enema de solución salina normal o de agua jabonosa.-

En cuanto al tratamiento de la enfermedad en sí, apenas hace tres años que se puede considerar que hay un tratamiento específico para la Tifoidea y este medicamento es la CLOROMICETINA. La cloromicetina es un compuesto puro, cristalizado, producido por la fermentación de un hongo, el *Streptomyces Venezuelae* también se produce actualmente de manera sintética.

Las indicaciones clínicas importantes de la Cloromicetina comprende: fiebre ondulante, salmonelosis, infecciones producidas por el grupo coli, tosferina, fiebre Tifoidea, Tifus exantemático, etc.-

La investigación clínica de la Cloromicetina comenzó en Noviembre de 1947, cuando el Dr. Eugene H. Paine empleó con éxito este antibiótico, para el tratamiento del Tifus exantemático en Bolivia.-

El descubrimiento del valor terapéutico de la Cloromicetina en la Tifoidea ocurrió en Malaca. En este lugar la fiebre Tifoidea es endémica y tiende a adquirir un carácter clínico grave.

La evolución a menudo se prolonga durante seis o siete -

semanas.-

Allí se seleccionaron algunos casos; a estos pacientes se les suministró la Cloromicetina por vía oral. A cada caso se le administró 50 mg. por kilo de peso y después 25 cg. cada dos horas hasta que la temperatura se normalizó. Después la misma dosis cada tres o cuatro horas, durante los cinco días siguientes. La dosis total media fué de 19.1 gramos administrados en 8.1 días.-

Al día siguiente de iniciada la terapéutica, hubo una evidente mejoría del estado general y la intoxicación era menor. Después, la mejoría fué progresiva. La duración media de fiebre en los pacientes tratados, fué de 3.5 días, desde que se inició la administración del medicamento.-

En los que sirvieron de control, la duración fué de 26 días.-

Algunos de estos pacientes tuvieron recaídas, pero siempre fueron sensibles al medicamento nuevamente; uno de ellos sufrió perforación intestinal y en otro una hemorragia intestinal maciva. Ambos se restablecieron después de un tratamiento adecuado.-

Con esta experiencia y las otras que se han continuado sucediendo a través de estos últimos tres años, se cree que la cloromicetina es el agente terapéutico más eficaz y menos tóxico que se dispone para el tratamiento de la fiebre Tifoidea; se recomienda tomar un gramo cada hora, las cuatro pri-

meras horas, seguido por 0.25 gms. cada tres horas hasta que el enfermo haya permanecido, por lo menos ocho días, apirético.

Ultimamente se ha venido comprobando, con la experiencia obtenida con el uso de la Cloromicetina en la Tifoidea, que debe utilizarse dosis adecuada durante más de ocho días, sobre todo si es grave y si quiere evitarse una recaída.

Hasta estos momentos se considera que no debe usarse menos de ocho días ni más de catorce días, pues no hay ninguna ventaja en continuarla administrando. Debe darse por término medio, 26 gramos de Cloromicetina.

En la práctica de estos casos de Tifoidea he hecho intentos para llegar a algunas conclusiones en los siguientes aspectos: fecha en que se administran, edad, sexo, profesión, lugar de donde proviene, sus complicaciones, tiempo que estuvo en hospitalización, su tratamiento y la discusión en que se fundamenta el empleo de Cloromicetina.

En la práctica de estos casos de Tifoidea he hecho intentos para llegar a algunas conclusiones en los siguientes aspectos: fecha en que se administran, edad, sexo, profesión, lugar de donde proviene, sus complicaciones, tiempo que estuvo en hospitalización, su tratamiento y la discusión en que se fundamenta el empleo de Cloromicetina.

En la práctica de estos casos de Tifoidea he hecho intentos para llegar a algunas conclusiones en los siguientes aspectos: fecha en que se administran, edad, sexo, profesión, lugar de donde proviene, sus complicaciones, tiempo que estuvo en hospitalización, su tratamiento y la discusión en que se fundamenta el empleo de Cloromicetina.

REVISION DE LAS "TIFOIDEAS" COMPROBADAS EN EL HOSPITAL ROSA -
LES, DESDE ENERO DE 1949 A ENERO DE 1951.-

En esta revisión encontramos 110 casos de Tifoidea que -
fueron comprobados.-

Talvz parezca exagerado presentar un número tan reduci-
do de casos en dos años, máxime en el Hospital que más movi -
miento tiene en la República. Es natural e innegable que de -
ben haberse presentado mayor número de casos, pero en los úni
cos que se podría comprobar fué en este número, conste, si es
que podemos hablar de comprobación en presencia de un cuadro
que nos recuerda la Tifoidea y con reacciones de Widal positi
va, que van en ascenso de las diluciones, ya que no hemos po-
dido obtener, en un tal solo caso, la prueba máxima del pa -
ciente invivo, que sería el Hemocultivo.-

En la revisión de estos casos de Tifoidea he hecho inca-
pié para llegar a algunas conclusiones en los siguientes as -
pectos: fecha en que se presentaron, edad, sexo, profesión, -
lugar de donde proviene, sus complicaciones, tiempo que estu-
vieron hospitalizados, su tratamiento y la dilución en que se
presentó la reacción de Widal.-

A continuación presento unos cuadros que muestran lo an-
teriormente expuesto.

PROCEDENCIA	COMPLICACIONES	T. HOSP.	S A L I O			TRATAMIENTO	WIDAL
			Agónico	Mejor.	Curede		
Soyapango	Ninguna	41 días		X		Cloromicetina	1x80 H 1x40 C
Olocuilta	"	23 Días	X			"	1x80 C
Asilo Sara Sn. Salv.	"	8 Días		X		"	1x320
C.G. Barrios Sn. Salv.	"	21 Días		X		Sintomático	1x 80 1x320
S. Salvador	"	16 Días		X		"	1x320 1x160
"	"	8 días		X		"	1x320 1x 80
"	"	8 Días		X		Cloromicetina	1x320
"	"	12 Días		X		Sintomático	1x80
"	"	15 Días		X		Cloromicetina	1x80
"	"	23 Días		X		"	1x80 1x320
"	"	18 Días		X		"	1x160
"	"	28 Días		X		"	1x 40
"	"	24 Días		S		"	1x160
Toma de Aguilares	"	19 "		X		"	1x640
C. Monserrat. S. Salvador	"	15 "		X		"	1x160
S. Juan Opico	"	21 "		X		"	1x320
Sn. Salv.	"	30 "		X		Sintomático	1x320

RESION	PROCEDENCIA	COMPLICACIONES	T. HOSP.	S A L I O			TRATAMIENTO
				Agón.	Mejor.	Curad.	
sticos	Soyapango	Ninguna	15 Días		"		Cloromicetina
"	Col. 15 Sep. Sn. Salvador	"	27 "		"		Sintomático
"	Cantón Atlocoyo	"	7 "		"	"	"
"	Av. 29 Agto Sn. Salv.	"	11 "		"		Cloromicetina
ra	Be Candel. Sn. Salv.	Abort. Incomp. Neumonía	8 "		"	"	"
st.	S. Juan Op.	Ninguna	19 "		"		Sintomático
"	S. Raf. Ced. Cant. La Ref.	"	13 "		"		Cloromicetina
"	C. Arce	"	28 "		"		Sintomático
"	beCandelar. Sn. Salv.	"	14 "		"		Cloromicetina
"	gado. Villa Del/ Sta. Anita.	"	15 "		"	"	"
"	Sn. Salv./	"	19 "		"	"	"
"	Agua Calient. Chalat./	"	13 "		"		Sintomático
"	S. Martin.	"	15 "		"	"	"
"	C. Arce.	"	17 "		"		Cloromicetina
"	Bo. Candelar. S. Salv./	"	21 "		"	"	"
intefo	S. Salv.	"	40 "		"		Sintomático

PROFESION	PROCEDENCIA	COMPLICACIONES	TIEMP. HOSP.	S A L I O			Falleció	TRATAMIENTO
				Agónico	Mejor.	Curado		
maestro	San Salvador	Ninguna	13 días	"	"	"	"	Sintomático
maestro	San Salvador	"	28 días	"	"	"	"	"
maestro	San Salvador	"	7 días	"	"	"	"	Cloromicetina
maestro	Toma de Aguilares	"	12 días	"	"	"	"	Sintomático
maestro	La Herradura Zacatecoluca	"	33 días	"	"	"	"	"
maestro	S. Juan Talpa	"	12 días	"	"	"	"	"
maestro	Reconcepción San Salvador	Perforación	20 días	"	"	"	"	Operado
"	San Salvador	Ninguna	17 días	"	"	"	"	Sintomático
maestro	San Salvador	"	16 días	"	"	"	"	Cloromicetina
maestro	L. Herradura	"	25 días	"	"	"	"	Sintomático
maestro	San Salvador	"	20 días	"	"	"	"	"
maestro	Berlín	"	12 días	"	"	"	"	Cloromicetina
maestro	La Nébida San Salvador	"	22 días	"	"	"	"	"
maestro	La Herradura	Perforación	está	"	"	"	"	Operado
maestro	Soyapango	Ninguna	41 días	"	"	"	"	Cloromicetina
maestro	Olocuilta	"	41 días	"	"	"	"	"
maestro	Asilo Sara S. Salv.	"	2 días	"	"	"	"	"

PROCEDENCIA	COMPLICACIONES	T. HOSP	Agón.	S A L I O MEJOR. Curad.	Fallec.	TRATAMIENTO	W
S. J. Opico	Ninguna	34 Días	"	"	"	Sintomático	1
La Garita Sn. Salv.	"	17 "	"	"	"	Cloro, icetina	1
S. Vicente	"	13 "	"	"	"	Cloromicetina	1
Sant. Nonualco	Perforación Intestinal	17 "	"	"	"	"	1
Chalcatgo	?	18 "	"	"	"	"	1
Sn. Salv.	Ninguna	10 "	"	"	"	Cloromicetina	1
Quezaltep.	"	41 "	"	"	"	sintomático	1
P. La Libert.	"	12 "	"	"	"	"	1
Sta. Tecla	"	10 "	"	"	"	"	1
Soyapango	Pleuresía	61 "	"	"	"	"	1
Sn. Salv.	Ninguna	37 "	"	"	"	Sintomático	1
"	"	39 "	"	"	"	"	1
Opico	Enterorragia	24 "	"	"	"	"	1
Sn. Salv.	Ninguna	19 "	"	"	"	"	1
T. Aguilares	"	32 "	"	"	"	"	1
Ecs Lempa	Miosotis Tífica	28 "	"	"	"	"	1
Sn. Salv.	Ninguna	10 "	"	"	"	"	1

Analizando los cuadros anteriormente expuestos, podemos llegar a las conclusiones siguientes:

1ª) En cuanto al tiempo en que se presentaron:

a) Hubo ciertas diferencias, en cuanto a hombres y mujeres. En los hombres no fué muy sensible de unos meses a otros como en las mujeres; pero sí coinciden en que la mayor frecuencia fué en el mes de diciembre, conste que en los hombres fué el mismo porcentaje que en el mes de agosto, 14.81%.-

b) La frecuencia mínima fué en el mes de Febrero, 1.85%,

c) En las mujeres su mayor frecuencia fué en el mismo mes de diciembre, pero aquí bastante marcado, pues se presentó el 35.71%,

d) En cambio, la frecuencia mínima fué en Octubre de 0%,

e) En general, en los 110 casos presentados, se puede ver que la frecuencia máxima fué en diciembre, 25.26% en cambio la cifra mínima se presentó en Febrero, 2.71%,

f) Que hubo un ascenso durante los meses de Junio y Julio,

En las gráficas siguientes podemos ver estas conclusiones:

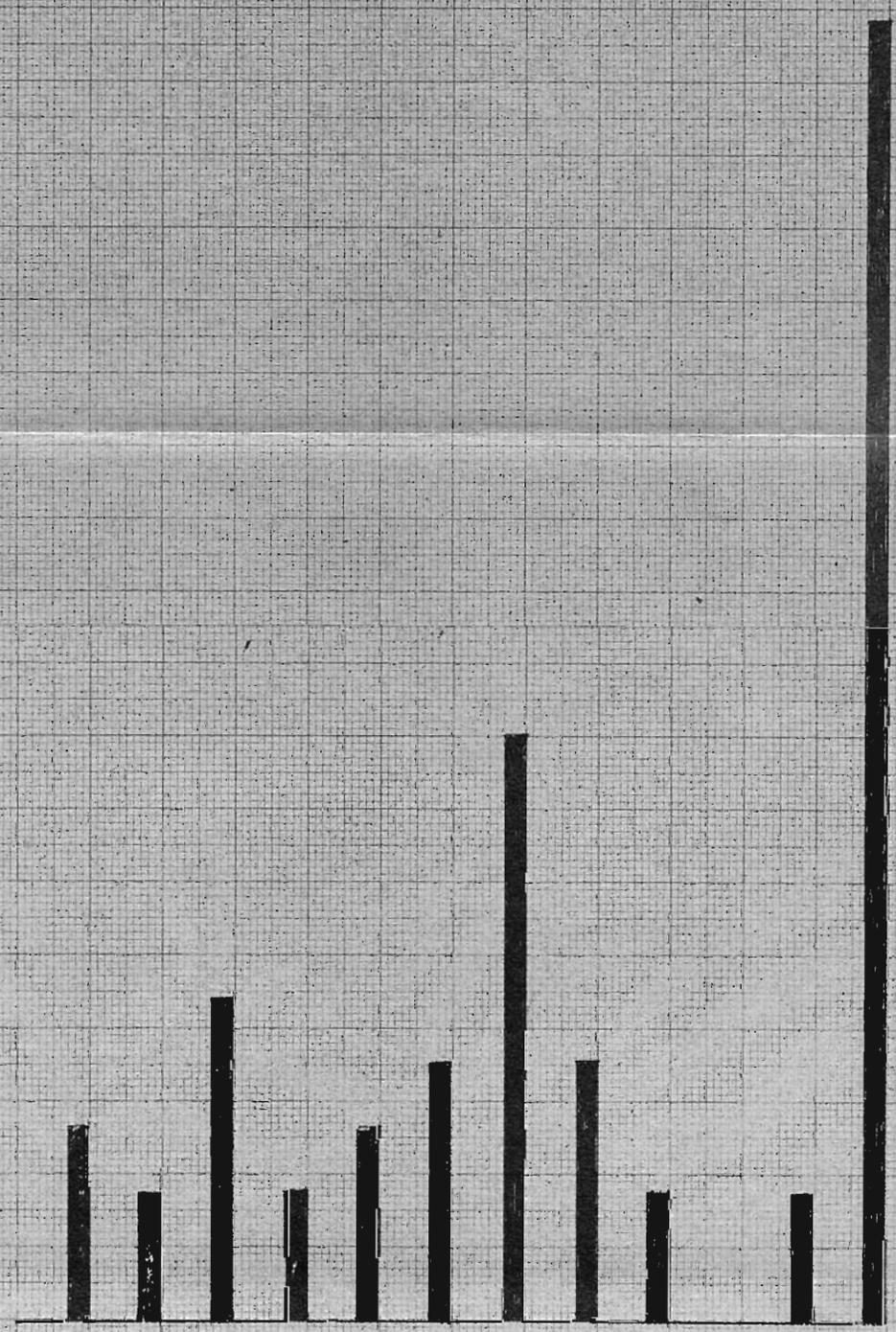
2ª) En cuanto al número de Tifoideas que se presentaron entre hombres y mujeres, fué sensiblemente el mismo.

3ª) En cuanto a la edad en que se presentó la Tifoidea:

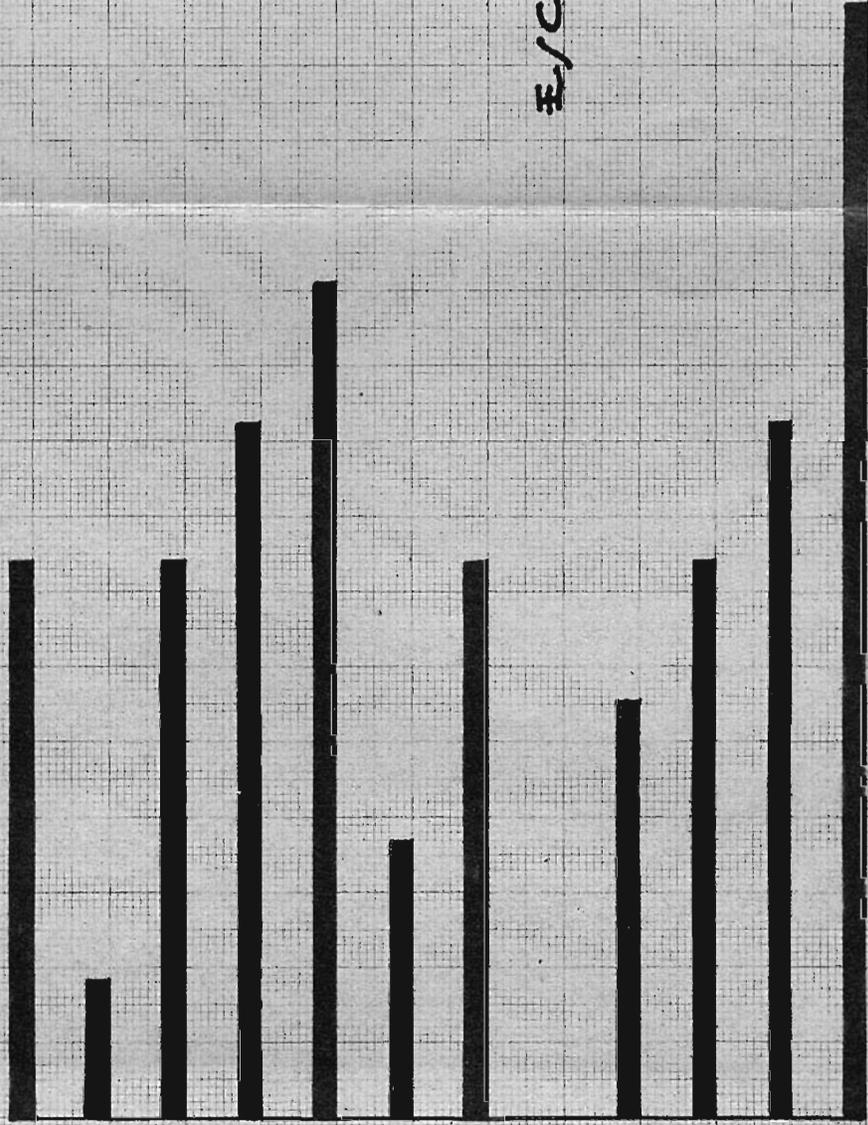
a) No hubo diferencia manifiesta entre hombres y mujeres,

b) La edad en que se presentó la máxima frecuencia fué en

GRAFICA REPRESENTATIVA DE LOS CASOS DE TIFOID
DE A: MUJERES. - Enero 1949 a Enero 1951. -



GRAFICA REPRESENTATIVA DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS : COMBRIB. - Enero 1949 a Enero 1951. -



ESCALA HOR.: 1cm. = 1%

AS FICHA REPRESENTATIVA DE LAS TIFCIDIAS/CUCU-
DAS EN TIEMPO Y MUJERES. - DE ENERO 1949 á ENERO 1951

ESCALA HOR.: 1cm. = 1%

la tercera década: 43 casos, o sea, 39.09%.--

c) La frecuencia mínima fué en la 7ª década, 0 casos, seguida de la primera década en que se presentó 1 caso, o sea, el 0.90%.--

d) En general, se puede observar que la Tifoidea fué mucho más frecuente en la 2ª y 3ª década, se presentan 80 casos, o sea el 72.72% de los casos.

Fué disminuyendo su frecuencia desde la cuarta década, para hacerse casi nula en la séptima y octava década.--

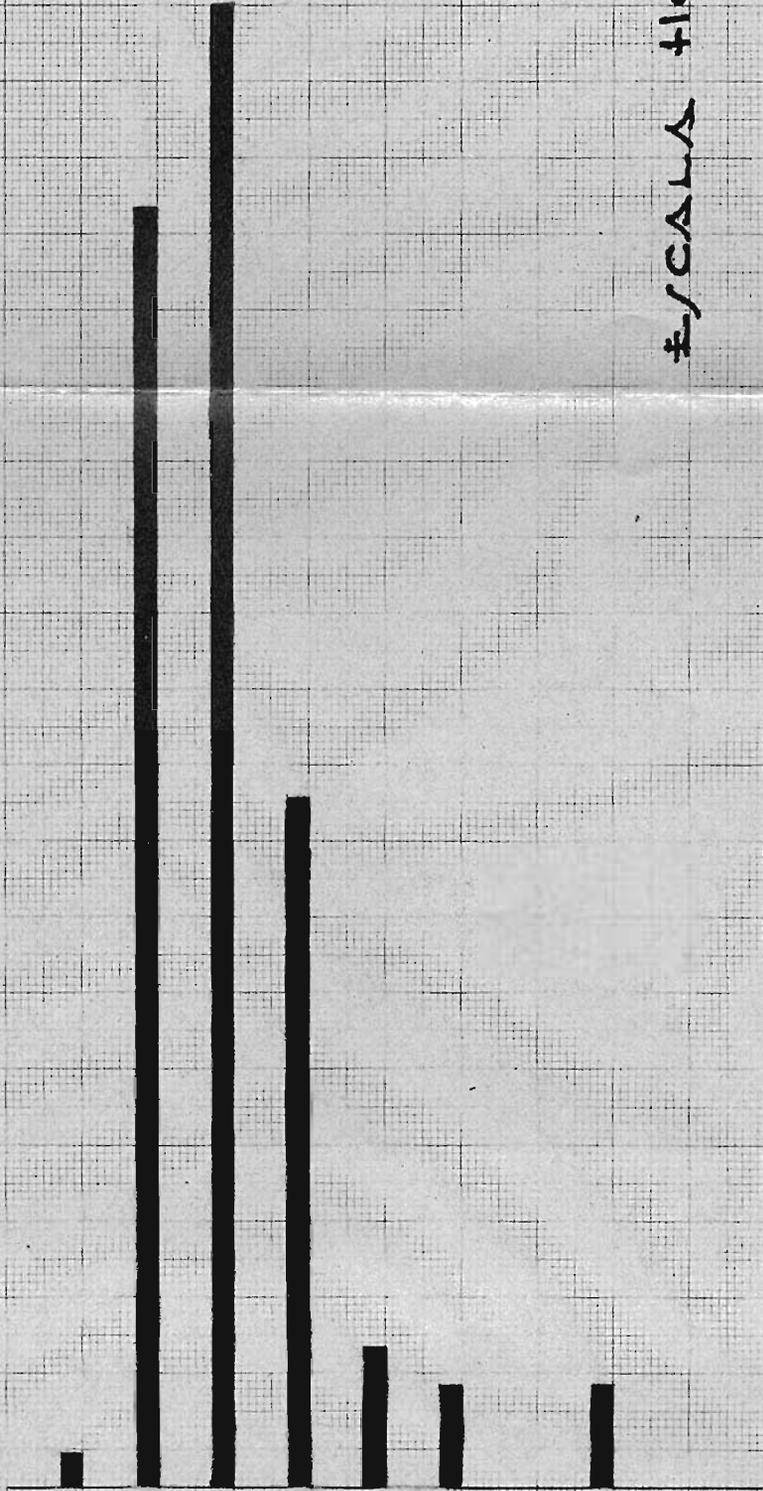
En las gráficas siguientes podemos ver estas conclusiones.--

4ª) En cuanto a la profesión u oficio, la gran mayoría fueron jornaleros o de oficios domésticos, pero no creo llegar a conclusión alguna, puesto que un elevado tanto por ciento, sino todos los enfermos adultos, que llegan al Hospital, se dedican a esta clase de labores, pues son ellos los que más carecen de recursos económicos dentro del mundo social.--

En cambio, los que tienen otra clase de oficio o profesión, la gran mayoría son tratados en clínicas particulares o en su casa.--

5ª) En cuanto a la procedencia, la gran mayoría de estos enfermos eran de San Salvador, pero esto tenía que ser así, estando situado el Hospital en dicha Ciudad, era natural preveer y luego que existen otros Hospitales en los dife-

GRAFICA MOSTRANDO LA FRECUENCIA LA TIFOCIDEA SEGUN LAS EDADES POR DECADAS



ESCALA TIFOCIDEA = $\frac{1 \text{ cm}}{2} = 1\%$

rentes Departamentos, que les ofrendan una asistencia mediana mente adecuada. Luego, al querer ahondar en busca del foco de origen en cada uno de ellos, sería un tanto difícil dada la gran facilidad de las vías de comunicación y lo pequeño del territorio, perfectamente podría contaminarse en un lugar muy distinto a donde resida, por lo que habría que establecer un interrogatorio más numeroso en ese sentido.-

6^a) En cuanto a las complicaciones encontramos:

1^a) Dos pleuresías, o sea el 1.81%. Una concomitante con una tuberculosis, otra con neumonía. Ambas se presentaron en los hombres.

2) Otra relativamente frecuente fué la pielitis, se encontraron 3 casos, los 3 en mujeres, o sea 2.72%.-

3^a) Dos neumonías una en hombres y la otra en mujeres, - una frecuencia de 1.81%.-

4^a) Con menor frecuencia encontramos un aborto incompleto, Miositis tífica y una Hemorragia.-

5^a) En este grupo de casos, la complicación más grave y frecuente fué la Perforación tífica; se presentaron 5 casos, o sean 4.54%. Como vemos, es un poco más elevado que las estadísticas extranjeras, pues Bafuelos da 3% para esta complicación.-

7^a) En cuanto al tiempo que permanecieron hospitalizados:

a) El que más tiempo permaneció fué de 66 días,

b) El que menos tiempo permaneció fué de 8 días.

c) La permanencia media fué de 21.47 días.

8^a) En cuanto al estado como salieron del Hospital:

a) Mejorados salieron 21, o sea el 19.09%,

b) Curados salieron 83, o sea el 75.45%,

c) Fallecieron 6, o sea el 5.45%.-

Como vemos, el porcentaje de mortalidad en este grupo de Tifoidea fué más bajo que el que dan otras estadísticas: - así tenemos que Cécil, a propósito del pronóstico, da una mortalidad de 7% para los enfermos tratados en privado, en cambio, sube al 14% en los Hospitales generales.

9^a) En cuanto al tratamiento encontramos:

a) A 67 pacientes les fué administrada Cloromicetina y - también tratamiento sintomático, o sea un 60.90%.

b) A los 43 restantes se les verificó un tratamiento sintomático, o sea el 39.90%.-

El tratamiento sintomático fué variable pero a casi todos se les administró sulfas, penicilina, estreptomina, etc., durante varios días. En vista de esto no se puede llegar a ninguna conclusión desde el punto de vista terapéutico.

10^a) En cuanto a la reacción de Widal:

a) La menor dilución que se encontró fué de 1x40, con un cuadro muy sugestivo de Tifoidea,

b) La mayor dilución fué de 1x640:

c) El Hemocultivo siempre fué negativo y lo mismo sucedió - con el copro y urocultivo en los que se practicó, per -

lo que todos los diagnósticos, la gran mayoría, fueron sospechados por la Clínica, un buen número en la Portería, admitiéndose como comprobación la reacción de Widal positiva, que se repitió dos o tres veces, yendo casi en su totalidad en ascenso.-

En los cuadros siempre consigné la mayor dilución.-

Se ha considerado de valor una reacción de Widal positiva, al 1x40, sobre todo para el O en presencia de un cuadro de fuerte sospecha de Tifoidea; algunos dicen que es indiferente el O y el H.-

El valor de la reacción de Widal se limita en parte por varias causas. Una de ellas es la vacunación, se considera que durante el primer año después de vacunada una persona, da reacción de Widal positiva y es hasta el 2º año que se negativiza.-

Ultimamente han aparecido dos nuevas reacciones que se consideran específicas para la Tifoidea, pero ninguna de ellas iguala en valor a la de Widal.-

Una de ellas está basada en la fijación del complemento para el bacilo de Eberth.-

La otra es la de la Tifoidina. Está basada en una reacción local de hipersensibilidad que se produce cuando en la conjuntiva ocular se coloca una solución preparada con bacilos Tíficos pulverizados.- También se puede verificar en la piel, como una cutireacción de manera similar a la Tuberculo-

sis.-

En cuanto a los cultivos, siempre fueron negativos, a pesar de que las estadísticas extranjeras dan un 75% para el Hemocultivo en la primera semana; pero ésto quizá tenga su disculpa, pues nuestros enfermos casi siempre llegan después de la primera semana.-

En cambio los coprocultivos dan un 80% de positividad en la tercera y cuarta semana, pero en nuestro medio hospitalario siempre son negativos cuando se ordenan.-

PERFORACIONES TÍPICAS:

La complicación más frecuente que encontramos en la revisión de los 110 casos, fué la PERFORACION TÍPICA con un porcentaje de 4,54%.-

LA PERFORACION INTESTINAL:

Es la más grave de todas las complicaciones, suele ser única, pero a veces pueden encontrarse varias; su localización más frecuente, suele ser la parte más baja del ileon, próxima ya al ciego, pero puede tener otras localizaciones diferentes, inclusive el Colon. La fecha en que se presenta es igual que la hemorragia Intestinal, desde a finales de la segunda semana, hasta a principios de la cuarta y excepcionalmente en la convalecencia. La presentación más temprana puede existir; se cuentan algunos casos a principios de la segunda semana. Se ha atribuido a varias causas ocasionales; El timpanismo, estreñimiento, aumento del peristaltismo, por los esfuerzos para -

defecar o para vomitar y otras violencias por el estilo.-

Su causa orgánica está localizada en la lesión de las placas de Peyer.-

SINTOMATOLOGIA:

Como regla general, el comienzo de la perforación se inicia por un fuerte dolor repentino que localizado al principio, se generaliza después a todo el abdomen.

Se dan algunos casos en que el enfermo ha sentido los dolores más o menos ínteros en el lugar de perforación, debido a la reacción peritoneal que le ha precedido, naturalmente que para que así sea se necesita que tenga despejada su conciencia para que se auto-observe, porque cuando hay obnubilación sólo se manifiesta por la sintomatología objetiva.-

El cuadro clínico que se desarrolla es el de una Peritonitis generalizada, debida a la perforación intestinal; la palpación encuentra un dolor generalizado al abdomen; un gran número de casos más intenso en la fosa ilíaca derecha; a veces el dolor sólo se descubre por una palpación profunda, el estado general cambia inmediatamente al dolor; se presentan náuseas, vómitos, el pulso se acelera, la temperatura decrece por lo general para subir seguidamente, luego aparece contractura muscular localizada al principio al lugar de la perforación, después se generaliza.- Puede presentarse o no timpanizado, puede haber desprendimiento de gases y entonces desaparece la matidez hepática. Si hay derrame del líquido, se puede observar -

un ruido de rose sobre el área hepática y esplénica, una zona de matidez a la percusión que es desplazable hacia los flancos por los movimientos.-

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Puede confundirse con una Apendicitis, Colecistitis, oclusión Intestinal, la rotura de un ganglio mesentérico, cuando se conoce la evolución del caso, pues en el caso contrario es más fácil sospecharlo.-

Parece que actualmente el diagnóstico tiende a hacerse más seguro con la ayuda del Radiólogo, pues en los últimos cinco casos comprobados en el año de 1950 y Enero de 1951, antes de ser operados se les tomó radiografía del abdomen y el Radiólogo confirma la rotura de una víscera hueca.-

Los cuadros radiológicos de los abdomenes agudos, fueron descritos desde el año de 1910 por los Radiólogos de Viena, sin embargo, no es sino hasta estos últimos años que se viene verificando su estudio, porque tiempo atrás se ha venido diciendo que es grande el riesgo de movilizar al paciente con abdomen agudo.-

Actualmente en algunos Hospitales se echa mano rutinariamente a la radiografía, en presencia de abdomen agudo y se ha llegado a comprobar que casi no hay ningún riesgo excusable. En cambio, se establece el diagnóstico con mayor certeza que con la clínica sola.-

El diagnóstico se basa en la presencia de aire y líquido

en la cavidad peritoneal. La Radiografía puede ser tomada de pié, sentado o en decúbito lateral, que casi siempre es el izquierdo.-

Si se toma de pié o sentado, se observa el aire en la cara inferior del diafragma.-

Si se toma en decúbito lateral, izquierdo, se puede observar el aire en el flanco derecho y en el hipocondrio derecho, entre el hígado y la pared abdominal.-

Cuando se toman las radiografías tardíamente, se puede observar nivel líquido en la cavidad peritoneal.-

Además de la presencia de aire, se puede observar ileo-paralítico con moderadas distenciones en las asas intestinales, tanto del delgado como del grueso.-

En esta serie de casos, no se observó dilatación del es tó ma go, que es mencionada como frecuente por algunos autores.

La radiografía abdominal puede ser útil en presencia de abdomen agudo: por úlcera péptica, apendicitis perforada, obstrucción intestinal, peritonitis en general, abscesos subfrénicos en las heridas penetrantes del abdomen, traumatismo del abdomen.-

En presencia de un abdomen agudo en que es difícil la decisión, debe tomarse radiografía.-

CAUSAS DE ERROR:

Cuando sólo se encuentra aire en el lado izquierdo, pue de confundirse con las burbujas de aire, que siempre tiene

el estómago. Cuando sólo se encuentra aire por debajo del hemidiafragma derecho, puede confundirse con un absceso subfrénico; pero corrientemente el diagnóstico es muy fácil.

TRATAMIENTO.- No hay tratamiento médico, a no ser mejorar el dolor. La complicación es fatal sin la intervención quirúrgica, debe operarse cuanto antes, pues cada minuto que pasa agrava más el pronóstico.

Cuando el diagnóstico es dudoso debe operarse pues el riesgo es poco, justificando así la operación.

Mickulicz fué el primero que intervino por perforación y dijo: "Si hay sospecha no espere para diagnóstico exacto, explore pues no hay grave peligro en hacerlo".

El índice de mortalidad ha sido alto, no tanto por la operación cuanto por el estado grave del paciente. Michell del Hospital de Pensilvania en una serie de 19 casos, tuvo ocho cu raciones y once fallecidos.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS PERFORACIONES DE ORIGEN TIFICO.- La perforación va siendo rara a medida que se va erradicando la Tifodea, Lewis dice: que antes era uno de los mayores problemas de la Cirujía. Prácticamente es siempre fatal a menos que se suture.

La mortalidad ha sido muy alta. Por mucho que se haga, el cierre seguro y razonable es lo mejor.- La operación puede requerir anestesia general por la distensión y la inaptitud del paciente, para evitar los esfuerzos musculares, aunque si puede hacerse bajo anestesia local, debe evitar-

se una Anestesia general o raquídea en un paciente debilitado. Por la incisión abdominal el asa del intestino perforada debe exponerse rápidamente con la menor manipulación. Las adherencias linfáticas o la cantidad de exudado nos guiará hacia la úlcera que generalmente está en la porción baja del Ileon.

Accidentalmente hay perforaciones múltiples y en tales casos aún con el aumento del riesgo quirúrgico será mejor resecar el asa afectada, porque si hay más de una perforación presente al mismo tiempo es indudable que hay otras en vías de perforación, y suturando una perforación cuando hay tendencia a las perforaciones múltiples, esto sería inútil. Si la recepción puede hacerse rápidamente, el mesentérico debe seccionarse cerca del intestino para asegurar una buena irrigación sanguínea.-

La operación no aumenta en forma apreciable el riesgo quirúrgico, aún en casos desesperados.

La perforación tífica es generalmente pequeña y puede cerrarse con sutura de lino o de seda. Esta se verifica cerca de la perforación y se liga cuidadosamente, otra sutura del mismo material se aplica sobre la primera.

Si el intestino está muy infiltrado en la inmediata vecindad de la perforación, será mejor escindir la úlcera y hacer una incisión longitudinal cerrándola transversalmente, para que la sutura se haga sobre tejido sano.

A continuación expondré las observaciones someras de los casos de Perforación Intestinal Tífica, con su evolución.

TRATAMIENTO PREOPERATORIO:

Una perforación tífica exige la inmediata intervención para cerrarla; como la mortalidad aumenta rápidamente con cada hora que transcurra sin la intervención después de las seis primeras horas que siguen al accidente, las medidas preoperatorias quedan reducidas a las que requieren poco tiempo.- Deben inyectarse líquidos, plasma y sangre endovenosos si están indicados y deben mantenerse durante la operación.-

EL POSOPERATORIO:

Posición en la cama: La posición de Fowler favorece el drenaje de los líquidos peritoneales por la gravedad. No existe diferencia entre la absorción del peritoneo pélvico y el diafragmático, aún cuando es posible que con los movimientos del diafragma favorezca la absorción en este último. Los pacientes tienen distendido el abdomen, sufren menos molestias en la posición de Fowler por la relajación de los músculos abdominales, respiran más fácilmente y aumentan la capacidad vital. No obstante deben cambiarse estas posiciones con el decúbito dorsal, para evitar las complicaciones pulmonares y la éxtasis sanguínea pélvica y de los miembros inferiores.

LA APLICACION DEL CALOR AL VIENTRE:

Alivia las molestias y parece facilitar el restablecimiento del peristaltismo. Según Occhiner "El calor, al aumentar el riesgo sanguíneo del área abdominal somática, produce vasoconstricción recíproca de las zonas esplacmicas, que a su vez tien

de a disminuir la frecuencia del íleo". Collier considera que, por la vasodilatación que produce, el calor es eficaz para disminuir la frecuencia de la tromboflebitis de las extremidades inferiores. El método más cómodo y eficaz de aplicarlo es en forma de calor radiante como el de un hornillo eléctrico; también puede hacerse con compresas húmedas calientes.-

RESTABLECIMIENTO DEL EQUILIBRIO ACUOSO Y QUÍMICO:

El enfermo peritonítico suele hallarse en la imposibilidad de ingerir alimentos o líquidos durante varios días. Además como sufre vómitos, antiperistaltismo y estasis intestinal, pierde grandes cantidades de líquidos ricos en electrolitos por las vías digestivas altas. La hipertermia también aumenta la cantidad de agua perdida por la piel y los pulmones. En consecuencia, aparece deshidratación, hipocloremia, trastornos del equilibrio acidobásico y aumento del nitrógeno no protéico de la sangre. Puede estar disminuida la cantidad total de proteínas hemáticas, lo cual predispone al Shock, al edema generalizado y al edema pulmonar. Se les debe examinar la sangre para determinar el grado de estos trastornos é instituir una Terapéutica racional.-

LA DESHIDRATACION:

Se manifiesta por los ojos hundidos, la piel seca, la lengua tostada y la oliguria. Se ha comprobado que cuando el enfermo presenta signos de deshidratación ha perdido una cantidad de líquidos más o menos el 6% de su peso corporal; por ejemplo:

un paciente que pesa 60 Kg. necesita 3.600 cc. de líquido para compensar la deshidratación. Para compensar el líquido rico en electrolitos, debe hacerse uso de la solución de glucosa al 5% en suero Fisiológico Salino endovenoso. Esto debe administrarse además de los 3.000 c.c. que necesita el organismo diariamente. En esta forma se evita el exceso de sal, que puede ser desfavorable en los enfermos infectados, máxime si hay hipoproteí_unemia.-

Debido a la imposibilidad de tomar alimentos por la boca, el paso de proteínas hacia el exudado peritoneal y la infección generalizada hacen una disminución considerable de las proteínas séricas. Ello tiende a producirse a los pocos días de supresión de los alimentos, Cuando se obtienen resultados bajos, en la dosificación de proteínas sanguíneas está indicada la transfusión de plasma (1.000 c.c. o más) si hay anemia debe recurrirse a la transfusión de sangre completa, administrada lentamente o en transfusiones repetidas.-

La proctoclisia se halla contraindicada como medio de administrar líquidos, ya que puede aumentar la distensión o producir antiperistaltismo. La inyección subcutánea es molesta y de absorción inadecuada en consecuencia la vía de administración de elección es la endovenosa.

VITAMINAS:

Cuando la administración de alimentos por vía parenteral se prolonga más allá de unos días, deben darse vitaminas (áci-

do ascórbico, tiamina y complejo "B") por vía parenteral.

REPOSO FISIOLÓGICO DE LAS VIAS DIGESTIVAS:

El íleo paralítico que se produce en las Peritonitis generalizadas es uno de los hechos más graves. En un principio de la Peritonitis aparecen progresivamente vómitos, antiperistaltismo, dilatación gástrica y estasis intestinal alta. Más tarde, el peristaltismo puede cesar por completo, produciendo el íleo paralítico. La distensión puede ser tan intensa que impida las contracciones del diafragma y la respiración sea rápida y superficial, llegándose a la anoxemia. La función intestinal está inhibida; si la presión en el interior del órgano aumenta y se mantiene elevada durante largo tiempo. puede llegar a producir necrosis y hemorragia intestinal.

Las purgas siempre son peligrosas y muchas veces causan la muerte. Lo mismo puede decirse de los enemas. Una sonda rectal que llegue a la ampolla, ayuda a expulsar los gases, pero no debe dejarse mucho tiempo pues irrita la mucosa rectal, llegando a la trombosis y ulceración.-

Para prevenir y tratar el íleo paralítico hay que mantener el intestino en reposo y vaciar las acumulaciones de gases y secreciones intestinales, hasta que vuelva aparecer peristaltismo normal.-

Para tratar los vómitos, el antiperistaltismo y la distensión, hay que descomprimir el intestino por aspiración duodenal constante por la técnica de Wangensteen.-

Esta aspiración debe mantenerse hasta que el abdomen de -
muestre el restablecimiento del peristaltismo. Esto se puede -
comprobar si al introducir por la sonda una cantidad conocida -
de líquido se pinza y tres horas después se extrae el líquido,
si es menor que la cantidad ingerida nos está demostrando que
el peristaltismo se está restableciendo.-

OXIGENO:

Está demostrado que la inhalación de oxígeno a grandes -
concentraciones alivia la distensión intestinal. El gas reteni
do en el intestino está compuesto principalmente de nitrógeno.
La inhalación de oxígeno concentrado disminuye la tensión par-
cial de nitrógeno. en la sangre , lo cual permite la difusión-
del nitrógeno intestinal hacia la sangre, desde la cual puede-
pasar al pulmón. El oxígeno al 95% es más eficaz que las más -
bajas concentraciones. Debe usarse junto con la aspiración con
tinua. La oxigenoterapia es también beneficiosa para la anoxe-
mia que sufren estos pacientes.-

MORFINA:

Ultimamente se ha comprobado que la Morfina y otros deri-
vados del Opio aumentan el tono muscular del intestino y esti-
mulan las contracciones rítmicas. En contraposición a lo que -
antes se creía que producía una acción inhibidora. La Morfina-
debe usarse en dosis terapéuticas a intervalos regulares, espe-
cialmente en la fase aguda de la infección, a menos que baje -
la respiración de 14 por minuto. Es probable que la Morfina -

no produzca movimientos enérgicos. En todo caso su valor está comprobado empíricamente.-

En cuanto al uso de la Prostigmina y la Pitrecina están contraindicadas. Deben usarse para prevenir el íleo después de intervenciones abdominales sin Peritonitis. Por lo menos no deben usarse mientras no hayan signos manifiestos de restablecimiento del peristaltismo.-

En cuanto al uso de los antibióticos, ya antes ha sido expuesto.-

PROFESION	PROCEDENCIA	COMPLICACIONES	TIEMPO HOSP.	S A L I O		W I D A L	
				Falleció	Mejor.	Curado	O
Ornadero	Santiago Nonualco	Varias Perforaciones	17 días	"		1 x 640	1 x 640
"	San Salvador	Una Perforación.	19 "			1 x 320	1 x 320
Domésticos	San Salvador	Dos Perforaciones	20 "			1 x 80	0
Empleado	San Salvador	Dos Perforaciones	20 "			1 x 160	1 x 160
Ornadero	La Herradura	Una Perforación.	está	"		1 x 160	1 x 160
"	Sn. Juan Opico	Una Perforación.	10 días			1 x 80	0
"	San Julián	Varias Perforaciones	6 "	"		0	0
"	Suchitoto	Peritonitis	31 "			1 x 420	1 x 160
"	Armenia	"	2 "	"		0	0
"	Sn. Juan Opico	Perforación	95 "			1 x 640	1 x 640

CASO No. 1.-

J. L. Aguilar- 31 años- Empleado.-

Originario de Izalco, vecino de San Salvador.

Ingresa el 6- XII- 1950.- con 39 grados - 100 pulso por la mañana.

Consulta por dolor de estómago.

HISTORIA.- Refiere que el 25 de noviembre, padeció de malestar posprandial y se tomó un purgante; al día siguiente le aparece fiebre y diarrea de 10 asientos, después le continúa la diarrea con cámaras negruzcas. El día anterior a su ingreso por la tarde aparece deseo para defecar, al verificarlo le aparece fuerte dolor abdominal agudo, a nivel del hipogastrio; el día de su ingreso aparecen Vómitos.

EXAMEN FISICO.- Enfermo pálido, quejumbroso, adinámico, conjuntivas decoloradas.

ABDOMEN.- Hay timpanismo y gorgoteo de la fosa ilíaca derecha, abombamiento del abdomen superior, no hay defensa.

BAZO.- percutible.- BRADICARDIA.- Relativa.- PULMONAR.- 0.-

IMPRESION: perforación Tífica.

Por la noche se le toma radiografía de urgencia del abdomen -- que dice: hay perforación de vícera hueca, probablemente intestino delgado, hay líquido en la cavidad peritoneal.

TIFICO.- 0 1/160.-

GLOBULOS ROJOS: - 3.710.000: Hg. 70; Hematocrito: 40; Vl. Gl.-

0.84; Anemia macrocítica hipocrómica.

GLOBULOS BLANCOS: 9.600, Metamielocitos: 2, Total de neutrófilos: - 68, Eofinofilos: - 2; Basófilos: - 0; Linfocitos: 18.

Cutler: descenso 23 milímetros.

LAPARATOMIA.- El 7 de diciembre de 1950 a la 1.15 a.m. Media - infraumbilical.

DIAGNOSTICO: preoperatorio, úlcera Tífica perforada.

ANESTESIA: etileno.

Se encontró: regular cantidad de líquido amarillento, numerosas placas en el peritoneo de peritonitis, una perforación Tífica en la parte terminal del íleon. Se sutura en bolsa de tabaco, se encuentra otra a punto de perforarse que se sutura; - se fijó el epiplón a la perforación, se dejan tres drenos, se cierra la pared abdominal.

EVOLUCION.- Se intervino con 39 grados, al día siguiente por la mañana ha caído la temperatura a 37 y el pulso está de acuerdo con la temperatura, el 9 sube la temperatura a 38 para caer el 10 y se mantiene en 37 hasta su salida el 23 de diciembre 1950.

TRATAMIENTO.- Suero mixto, Sulfasuxidina, bolsa de hielo, Penicilina, 300.000 unidades diarias, por 5 días; Estreptomicina - 0.50 cada 6 horas por cinco días; Cloromicetina cuatro al principio y dos cada cuatro horas por 5 días.

Suero Mixto por 5 días, Morfina, Aspirina, sonda de Levin, Vitaminas.

Salió el 23 de diciembre de 1950. Curado.

CASO No. 2.-

Nicolás Flores y Flores.- Jornalero.- 25 años.-

ORIGINARIO: de Usulután, vecino de Santiago Nonualco.

INGRESA el 31 de Julio de 1950.

CONSULTANDO: por temperatura y diarrea.

HISTORIA.- Hace 26 días comienza a sentir malestar general, -- fiebre y diarrea sin dolor abdominal, durante 6 días se le quitó la temperatura al inyectarle 4 gramos de quinina, después -- le vuelve de nuevo el cuadro anterior, la temperatura más in-- tensa, con delirio, la diarrea la ha tenido hasta el día anterior a su ingreso.

ANTECEDENTES PERSONALES.- Sarampión, Varicela, Paludismo dos -- veces.

EXAMEN FISICO.- Ingresó con 39.5 grados de temperatura, 110 de pulso, enfermo adulto, febril, tegumentos morenos, tranquilo.

APARATO DIGESTIVO.- Anorexia, estreñimiento, alitosis,-

BOCA.- Lengua húmeda, saburral, roja en los bordes.

ABDOMEN.- Depresible no doloroso, gorgoteo en la fosa ilíaca -- derecha. Hígado 0. Bazo percutible, palpable y es duro.

Hay adenopatía inguinal, epitrocLEAR y cervical.

IMPRESION.- Paludismo.

INDICACIONES.- Gota gruesa que fué negativa.

El 31 de Julio reacción a los antígenos febriles que contestaron así: para el Tífico 0, positivo al 1/640 y el H al 1/640.

HEMOGRAMA.- Glóbulos rojos 3.620.000, Hemoglobina: 70, Hemato

crito: 35, Valor Globular: 0.95.

GLOBULOS BLANCOS.- 9.100. Neutrófilos: 76, Linfocitos: 16, Monocitos: 4, Basófilos: 1.-

ORINA.- Negativa.

Con fecha 10. de Agosto 1950.

El 8 de Agosto de 1950 a las 12 y 30 p.m. - Se encuentra un paciente deshidratado, ojos hundidos, lengua saburral, T. A. - 30x50, ruidos cardíacos apagados.

ABDOMEN.- Doloroso a la presión en ambas fosas ilíacas e hipo-gastrio, temperatura 39.4 rectal. Impresión perforación tífica. A las dos y treinta p.m. abdomen doloroso con resistencia, respiración costal, matidez hepática borrada.

Ese mismo día leucograma. Globulos blancos: 4,900, neutrófilos: 70; leucocitos: 23, monocitos: 7.

Leucograma posterior del mismo día: Globulos blancos: 4.650, neutrófilos: 83, linfocitos: 10, monocitos: 2.

El 9 de agosto: Radiografía con neumoperitoneo: hay perforación de víscera hueca y peritonitis.

TRATAMIENTO.- Sulfatiazol, suero, Bolsa de hielo, Vitace, Urotropina, El 8 de Agosto a las 6 y 45 p.m. Laparatomía, Anestesia local.

Se encuentra: líquido purulento, fétido, placas de Peritonitis, varias perforaciones, imposible de suturar; se dejan drenos.

EVOLUCION.- La temperatura desciende a 37. El día 9; pero el pulso se eleva, los demás días tiene temperatura intermitente-

de 38 y 39 grados hasta que falleció el 16 de Agosto de 1950-
por Peritonitis.

TRATAMIENTO.- Se drena; Sulfas y Penicilina.

CASO No. 3.-

INGRESA: el 31 de Marzo de 1950.

CONSULTANDO: Por temperatura y cefalea.

HISTORIA.- Desde hacía 6 días venía sufriendo de malestar gene-
ral, cefalea, temperatura.-

IMPRESION CLINICA: A su ingreso: Paludismo.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: Gota gruesa negativa, Reacciones a -
los antígenos febriles: positivo al 1/320, para el O y el H.
El 5 de Abril a las tres p.m. comienza a sentir piquetazos en-
el abdomen, luego se le instala dolor brusco muy intenso con -
náuseas y vómitos, al examen: hay dolor en la parte inferior -
del abdomen, más acentuado en la fosa iliaca derecha.

IMPRESION.- Úlcera Tífica perforada.

LAPARATOMIA: A las 9 y 15 a.m. de ese mismo día, terminó a las
10 y 20. ANESTESIA: Eter. Se encuentra: Úlcera perforada en la
porción terminal del íleon, líquido en la cavidad abdominal.
Se sutura, se dejan drenos y Sulfas.

POSOOPERATORIO: Morfina, Penicilina, Estreptomocina y Suero Mix-
to.

EVOLUCION.- Dos días después ha caído la temperatura y evolu-
ciona así satisfactoriamente para salir el 24 de abril de 1950.
Curado.-

CASO No. 4.-

Ingresó el 24 de Enero de 1951. Consultando: por fríos, temperatura, diarrea, con una evolución de 15 días, había estado tomando Cloromicetina, un frasco. Reacción de Widal positiva al 1 po 80. El 26 de Enero le aparece dolor abdominal, diarrea profusa, defensa abdominal moderada, caída brusca de la temperatura, pulso 108. T. A. 100x55. temp. 36 grados a las 6 a.m.- Desde el 25 ésta tomando Cloromicetina. Después se le ordena suero, estreptomocina, bismutada.

Impresión.- Perforación Tífica.-

Fué operado a las 12.15, terminó a las 13p.m.

LAPARATOMIA: se encuentra: un líquido verde de regular cantidad una úlcera perforada en el intestino delgado a 20 cm. del Ciego, se sutura. Se encuentra otra a punto de romperse, que también se sutura, se dejan drenos.

POSOPERATORIO.- Morfina, suero, sonda de Levin, penicilina, estreptomocina.

EVOLUCION.- Al 2o. día ha caído la temperatura y continúa con una evolución satisfactoria en su cuadro de temperatura.

Se le dá de alta el 12 de Febrero de 1951. Curado.

CASO No. 5.-

INGRESA: el 27 de Enero de 1951.-

Agricultor, de 21 años, vecino de La Herradura.

Consultando por fiebre y dolor abdominal.

Historia: Hace cuatro meses viene sufriendo de temperatura -
continua, cefálea, diarrea, vómitos alimenticios, tos hace o-
cho días con espectoración blanquecina, hace cuatro días do-
lor abdominal, estreñimiento.

Al examen físico: Paciente muy delgado, emaciado, postrado -
con 39.7 de temperatura, 120 de pulso. Lengua roja.-

Abdomen con defensa en tabla de madera, doloroso, Bazo percuti-
ble, Vidal al lx360 para el H. Leucograma: Glóbulos blancos: -
3150. Neutrofilos 70; Linfocitos 25; monocitos 3; Basofilos 1,
Eosi. 1.

Impresión: Perforación tífica.

Laparotomía: el 29 de Enero de 1951.-

Se encuentra: Líquido verdoso, después purulento; en el intes-
tino una perforación en el ileón; se aspira líquido, se sutura,
se dejan drenos y un gramo de Estreptomina.

Posoperatorio: Transfusión, Morfina, Cloromicetina, Estreptomi-
cina, Penicilina, suero.-

Evolución: Al día siguiente ha caído la temperatura y el enfer-
mo ha mejorado. Actualmente está hospitalizado, va mejorando -
muy lentamente; pero quizá debido a sus pésimas condiciones fi-
sicas.-

CASO Nº 6.-

Ingresar: el 25 de febrero de 1947.

Jornalero, de 29 años, originario y vecino de Opico,

Consultando por temperatura continua, diarrea y cefálea per -

sistente, desde hacía diez días.

Al examen físico: un paciente adulto joven, de regular constitución, pálido, con 39.3 de temperatura, 120 de pulso, congestión faríngea, abdomen depresible, con dolor y defensa en la fosa ilíaca derecha, Bazo percutible, hígado palpable a dos traveses de dedo. Antígenos febriles Tífico 0 al 1x80, impresión Tifoidea.-

Se intervino el mismo día con la impresión de una Apendicitis.

Se encuentra: líquido seropurulentoso con grumos amarillos, dos perforaciones en la parte terminal del ileón; se suturan en bolsa de tabaco y se dejan dos drenos y diez gramos de sulfatiazol.

Anestesia: eter. Transfusión de 300-cc. suero mixto, morfina, penicilina,

Evolución: a los tres días había caído la temperatura y evoluciona hacia la curación.-

Salió curado el 5 de marzo de 1947.-

CASO Nº 7.

Jornalero, de 22 años, originario y vecino de San Julián.

Ingresar: el 24 de junio de 1948.

Consultando por: náuseas, vómitos, diarrea profusa, precedida de estreñimiento desde hacía 7 días; al principio le habían dado un purgante.-

Al examen físico: paciente adulto joven, con 39 de temperatura y 110 de pulso.-

Abdomen timpanizado y sensible, Bazo percutible. Reacciones - a los antígenos febriles negativas, el 25 de junio.-

Fué intervenido el 29 de junio por probable apendicitis.

Se encuentra: líquido seropurulentos amarillo, No se explora bien al paciente por el estado general, muy precario; se dejan 10 gramos de sulfa y drenos.-

Anestesia local.

Posoperatorio: suero mixto. poción bismutada. quinina 4 gramos, sulfatiazol, cæogenina, transfusión 300 cc.

Evolución: Siempre permaneció febril de 38 grados.

Falleció el 30 de junio de 1948.

La autopsia afirmó perforaciones tíficas.

CASO N° 8.

Jornalero, de 16 años, vecino de Suchitoto.

Ingresó: el 27 de julio de 1948.

Consultando por: diarrea de asientos con sangre fetidos y temperatura desde hacía 10 días.

Examen físico: adulto joven, con 37.5 de temperatura y 90 de pulso.-

Abdomen: tenso dolor difuso más acentuado en el flanco y fosa ilíaca derecha. No hay borrarimiento de la matides hepática.

Reacciones a los antígenos tífico 0 al lx320 el H. lx160.

Laparatomía el 3 de agosto de 1948.-

Se encuentra: líquido amarillento en la cavidad abdominal.

Manchas rojas en la porción terminal del ileón; no hay perfo-

raciones visibles, ganglios mesentéricos infartados.-

Anestesia local y eter al final.-

Posoperatorio: transfusión de 300 cc. suero mixto, vits. son da de Levin, penicilina.

Evolución: permaneció febril los cuatro primeros días, de 40. 5 a 38 grados, después fué febril hasta el 25 de agosto; se le dió de alta. Curado.-

CASO N° 9.-

Jornalero, de 28 años, vecino de Armenia.

Ingres: el 14 de junio de 1948.-

Consultando: por temperatura y no poder hacer asiento desde - hace ocho días, a veces expulsaba pequeñas cantidades. El día anterior a su ingreso, aparece por la noche dolor abdominal - a nivel del hipocondrio derecho, irradiado a la fosa ilíaca. derecha, vómitos.-

Examen físico: paciente con 37.8 de temperatura, 100 de pulso, excitado, lengua seca.

Abdomen: doloroso, máte al lado derecho, timpanizado a la izquierda. I

Impresión Clínica: oclusión intestinal.

Fué intervenido el 15 de junio. Laparotomía. Anestesia. Eter.

Se encuentra: líquido Citrino, asas intestinales enormemente dilatadas, placas rojas en el ileón, edemas, subperitoneal ge latinoso, ganglios mesentéricos infartados.

Se dejan drenos y sulfas.

Posoperatorio: Suero mixto, Atropomorfinina, Enema Hipertónico, Sonda de Levín, penicilina.-

Falleció el 16 de Junio de 1950.-

La autopsia afirmó peritonitis tífica.-

CASO Nº 10.

Jornalero, de 29 años, vecino de Opico,

Ingresar: el 5 de febrero de 1948.

Consultando: que dos meses antes, después de ingerir alcohol le apareció color en el hipocondrio derecho sin irradiación - nes, con escalofríos, temperatura que le duró 5 días, apareciéndole ictericia, náuseas, anoxeria. Permanece unos días - bien, pero después le aparece temperatura continua, remitente.

Examen físico: Adulto joven, con 37.7 de temperatura y 104 - de pulso, débil, regular.-

Abdomen: Dolor en el hipocondrio derecho, irradiado al resto del abdomen, más marcado al hipogastrio, con pujos y tenesmo, hay resistencia abdominal más marcada en el hipogastrio y fosa ilíaca izquierda.-

Reacciones a los Antígenos: Tífico 0 al 1/640 el H al 1/640.

Se interviene el 6 de febrero.

Se encuentra: abundante líquido amarillento, perforación al nivel de la porción terminal del ileon.

Drenaje y sulfas.

Posoperatorio: Morfina, Penicilina, Sueros, Vitaminas.

Evolución: Permaneció con temperatura hasta el 20 de febrero -

Salió el 10 de marzo curado.-

COMPARACION DEL NUMERO DE PERFORACIONES DEL HOSPITAL ROSALES
Y EL "SAN JUAN DE DIOS" DE SANTA ANA.-

Encontramos que el Hospital Rosales en dos años se comprobaron 110 Tifoideas, de las cuales se perforaron cinco, todos hombres, es decir un porcentaje de 4.54%.-

En el "San Juan de Dios", en diez meses, se presentaron 80 Tifoideas, de las cuales se perforaron quince; once eran hombres, tres mujeres y una en un niño; es decir, un porcentaje de 18.75%.-

Ahora tomando en cuenta los cinco casos de los años de 1947 y 1948, se presentaron en el Rosales una serie de diez casos de perforaciones de origen Tífico; los diez casos fueron intervenidos con los resultados siguientes: siete curados, o sea el 70%; 3 fallecidos, o sea el 30%.-

En el "San Juan de Dios" fueron intervenidos, de los quince, sólo ocho con los resultados siguientes: siete curados, o sea el 87.5%; fallecidos uno, o sea el 12.5%.-

No operados siete, curados uno, o sea el 14.3%; fallecidos 6; o sea el 85.7%.-

En general, en el "San Juan de Dios" se presentaron quince perforaciones: curaron ocho, o sea el 53.3%; fallecieron siete, o sea 46.6%.-

En total, se presentaron veinte y cinco casos de Perforación Intestinal de origen Tífico, con los resultados siguientes:

	Perforación	Curados	Muertos	%Curados	%Muertos
Operados	18	14	4	77.77	22.22
no operados	<u>7</u>	<u>1</u>	<u>6</u>	<u>14.28</u>	<u>85.71</u>
TOTAL	25	15	10	60	40

CONCLUSIONES EN 25 CASOS DE ORIGEN TIFICO.

- 1º) Es mucho más frecuente en hombres: el 84%,
- 2º) La mortalidad sin intervención fué elevada: 85.71%,
- 3º) El porcentaje de curación con la intervención fué de 77.77%

Por otra parte, la Tifoidea se presentó con mucha más frecuencia en el Hospital "San Juan de Dios" de Santa Ana.-

La perforación también fué más frecuente con un porcentaje de 18.75%.-

PRONOSTICO DE LA PERFORACION TIFICA.-

Todos los autores están de acuerdo en que el tratamiento de la Perforación Tífica es la intervención Quirúrgica y que cuanto más luego se intervenga mejor será el pronóstico.-

La flora microbiana que se encuentra en las Peritonitis ocasionadas por las Perforaciones Tíficas, son en orden de frecuencia: algunas cepas de Colibacilos, algunas de estreptococos hemolítico y el C. Welchii, ninguno de ellos con gran virulencia, pues más que todo matan al paciente por toxemia que por bacteriemia.-

Esta Peritonitis puede considerarse como una enfermedad producida por grandes cantidades de microorganismos intestinales, con escasa virulencia que producen toxinas, en una cavidad con gran poder de absorción.-

El tratamiento es racional en cuanto se reduce:

1º) A cerrar esa brecha, que pone en comunicación la cavidad intestinal con la peritoneal a través de la cual pasan las grandes cantidades de microorganismos;

2º) A drenar ese líquido séptico de la cavidad peritoneal que contiene la flora antes mencionada y que están produciendo la toxemia del paciente.-

Por otra parte con el uso de antibióticos, como la penicilina, Estreptomycin^a, Aureomicina, se establece la artillería que combate dichos microbios, máxime con estos dos últimos que son los que se deben usar en asociaciones microbianas

como éstas.-

No cabe la menor duda que con el uso de los antibióticos más modernos ha cambiado el pronóstico de las perforaciones Tíficas: Así tenemos que Cécil da una mortalidad del 50 al 60%; en cambio en esta serie de 25 casos, se encuentra una mortalidad de 22.22% en los que se echó mano a la intervención; en la mayoría se usó Penicilina, Estreptomina y en los últimos se agregó Cloromicetina. En el último caso, que aún está hospitalizado, se le dejó un gramo de Estreptomina en la cavidad peritoneal.-

Es posible que en el futuro disminuya la incidencia de la perforación Tífica con un diagnóstico precoz y el uso de la Cloromicetina. Aún cuando en los primeros casos que se usó la Cloromicetina, se presentaron dos casos de perforaciones Tíficas; pero quizá haya sido porque cuando se les administró ya estaban en un período avanzado de la enfermedad.-

B I B L I O G R A F I A . -

- Dr. Armando Urrutia: Tifoidea. Trabajo presentado en la jornada médica de San Miguel (Gaceta Médica de Occidente, febrero de 1947).
- Dr. José Góchez Marín: Perforaciones intestinales de origen Tífico (Gaceta médica de Occidente, febrero de 1949).
- Dr. José Antonio Zaldaña: Estudio de la Fiebre Tifoidea en nuestro medio. (Tesis Doctoral 1943).
- Dr. Juan C. Segovia: Estudio de la Tifoidea en El Salvador (1917).-
- Dr. Raúl Arguello: Examen radiográfico en el abdomen agudo.
- Dr. Jaime Tomás Alas: Medio de Cultivo. Comentario al trabajo de Tifoidea presentado por el Dr. Urrutia.
- Dr. W. Baffuelos: Tifoidea y la Perforación Tífica (Manual de Patología Médica. 1945)
- Cecil: Complicación de la Tifoidea.
- Tice: Practice of Medicine: IV Volume Typhoid Fever.-



Dr. Frederick Christhofer:

Infecciones específicas del
intestino. Tifoidea. Página
1.106.-

Enfermedades del Peritoneo.
1.024. (1948).-

Lewis:

VII Volume. Practice of Sur
gery.

Mason y Zintola:

Tratamiento en caso de Peri
tonitis. 497.-

Dr. Payne E. H.:

Chloromycetin (1948).-