Hospital Manuel Arriarán
Sección Cirugía.

PERFORACIONES INTESTINALES EN LA FIEBRE TIFOIDEA DE LOS NIÑOS

Por el Dr. OLIVER BALAZS U.

Introducción.

Pocos problemas tienen más urgencia y presentan, a veces, más dificultades de diagnóstico, que el de las perforaciones tíficas. La perforación intestinal es una de las complicaciones más graves de la fiebre tifoidea por su elevada mortalidad.

Durante 5 años, en la Posta Infantil del Hospital Arriarán hemos observado 14 casos, que nos permiten hacer algunas consideraciones. En cierto sentido, la evolución de la perforación tífica en el niño, difiere a la del adulto, en parte, motivado por no tener el peritoneo suficiente defensa contra la infección tífica, dificultándose así el enquistamiento del proceso por medio de adherencias. Por otra parte la localización de la perforación es generalmente en la última porción del íleon, donde la virulencia microbiana es mayor. Se agrega a esto que, el mal estado general, el agotamiento y el desequilibrio mineral del organismo, hacen tanto más oscuro el porvenir de estos enfermos.

Tomando en cuenta lo dicho, se comprende la suma importancia del diagnóstico precoz de la perforación tífica, lo que, digámoslo desde ya, nos permite una intervención también precoz, que es la que da la mayor garantía del éxito en el tratamiento de la afección que nos ocupa.

Frecuencia y edad.

Se da generalmente como frecuencia de la perforación tífica del 1 a 2 %, existiendo autores que dan porcentajes hasta del 6 %. Dieulafoy dice que es rara en el niño; Fèvre, en cambio, manifiesta, que en los niños se ve con más frecuencia esta complicación. Vivaldi da 3,3 % de frecuencia en los niños. Nosotros, entre 360 hospitalizados durante 5 años, hemos observado 4 perforaciones, o sea, 1,1 %.

La edad de los 14 casos que hemos observado, varía entre 6 y 14 años, siendo esta última, la edad máxima con que se hospitalizan niños en nuestro servicio.

CUADRO N° 1.

De 6 años	1
7 "	0
8 "	4
9 "	3
10 "	1
11 "	2
12 "	1
13 "	1
14 "	1

Se puede decir, en general, que la mitad, o sea, 7 casos, se presentó entre los 8 y 9 años.

Sexo y estación.

De nuestros 14 casos, 10 fueron del sexo masculino (71 %) y 4 del femenino (29 %).

La estación del año en que se presenta, está influida lógicamente por la frecuencia misma de la fiebre tifoidea. Se han producido en primavera, 4 casos; verano, 5; otoño, 3; invierno, 2, o sea, 9 casos en primavera y verano, lo que da el 65 % del total, lo que coincide también con la mayor morbilidad en esta época, de la fiebre tifoidea. Respecto de la mortalidad, de los 9 recibidos en primavera y verano, murieron 7 (77 %) y de los 5 de otoño e invierno fallecieron 2 (40 %).

Período clínico de la perforación.

Es una observación general que en la gran mayoría de los casos, la perforación se produce a fines de la tercera semana. En nuestros casos, de los 14, 10 se presentaron en

la tercera semana, siendo el más precoz a los 17 días (Obs. N° 13). En 3 casos apareció en la cuarta semana (Obs. Nos. 1, 6 y 14) y en 1 caso en la quinta semana (Obs. N° 8).

Podemos entonces decir que en el 70 % se presentó en la tercera semana, 20 % en la cuarta y 10 % posteriormente.

Esto no quiere decir que la perforación no pueda aparecer en cualquier momento de la fiebre tifoidea. Esta frecuencia está de acuerdo con el mecanismo patogénico de la ulceración de las placas de Peyer entre la segunda y tercera semana, ya que en la tercera y cuarta las úlceras se transforman en escaras.

Causas de la perforación.

Varias son las causas que se han dado para provocar la perforación: movimientos bruscos o grandes esfuerzos en períodos de excitación; enemas o purgantes fuertes. En nuestros enfermos no hemos encontrado ninguna de estas causas y nos parece más bien que ellas actuarían como simples factores coadyudantes y otras veces serían factores de mera coincidencia.

Otros han estimado de importancia el régimen alimenticio que nosotros no hemos podido comprobar.

Localización, tamaño y número de las perforaciones.

La gran mayoría de las perforaciones se localizan en la última porción de íleon, entre 10 y 50 cms. de la válvula íleo-cecal. Las perforaciones del ciego, apéndice o vesícula biliar, en el niño, son excepcionales. En nuestras observaciones, en 12 casos de 14, estaban situadas entre 15 y 30 cms. de la válvula íleo-cecal; 1 caso (Obs. N° 9) a 10 cms. y el otro (Obs. N° 7) a 58 cms. Este último nos lleva a aconsejar la revisión del íleon en forma generosa, siempre más allá de los 50 cms.

El tamaño de la perforación ha variado desde puntiforme 2 casos (Obs. N.os 5 y 13); del tamaño de una lenteja, 9 (Obs. N.os 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 14); y del tamaño de un peso, 1 caso (Obs. N° 2).

Respecto del número de las perforaciones en nuestros 14 casos hemos encontrado 30 perforaciones. En 6 casos perforaciones únicas; en otros 6 casos, múltiples, y en 2 casos, cubiertas.

Queremos hacer notar de paso que 2 de los casos de perforaciones múltiples mejoraron (Obs. N.os 2 y 3), y de las

perforaciones cubiertas todos fallecieron; de las perforaciones únicas el 50 % mejoró.

Características del cuadro tífico.

Ya es bien conocido el hecho que la perforación puede presentarse en cualquier tipo de fiebre tifoidea benigna, ambulatoria, de mediana gravedad o grave. Se comprende que el diagnóstico en los casos ambulatorios se haga muy difícil por no existir antecedentes que orienten hacia una fiebre tifoidea y el cuadro agudo prestarse a confusión, con una apendicitis aguda, por ejemplo.

Cuando la perforación se presenta en una fiebre tifoidea comprobada, el diagnóstico se hace más sencillo, excepto en los casos graves de gran intoxicación en que los síntomas no se hacen tan evidentes dado el estado de ataxo-adinamia. Felizmente estas fiebres tifoideas gravísimas son poco frecuentes en el niño.

De 11 casos de fiebre tifoidea con perforación, que hemos podido seguir, 7 han sido de curso benigno (Obs. 1, 2, 4, 5, 10, 11 y 13); 4 de mediana gravedad (Obs. 3, 8, 12 y 14). Es de notar, pues, que en ninguna de nuestras observaciones se trató de una fiebre tifoidea muy grave.

El estado pre-operatorio de nuestros enfermos, de las 11 observaciones, fué el siguiente: satisfactorio, 1 caso (Obs. 10); regular estado general, 3 casos (Obs. 1, 3 y 13); mal estado general, 7 casos.

Tiempo transcurrido de los primeros síntomas de la perforación hasta la intervención.

El número de horas desde los síntomas clínicos de la perforación hasta la operación ha sido:

menos de 12 hrs.	0
entre 12 y 24 hrs.	3 (obs. 1, 2 y 3) Mejoraron 2. Mortalidad 33 %.
de 24 a 36 hrs.	1 (obs. 10). Mejoró.
de 36 a 48 hrs.	1 (obs. 14). Falleció.
de 48 a 60 hrs.	5 (obs. 5, 8, 11, 12 y 13). Mejoraron 2.
al 6º día	1 (obs. 4). Falleció.

Llamará la atención que el mayor número de los casos se operó tardíamente, 6 casos más de 48 horas lo que se ha debido que estos enfermos han sido traídos tarde al servicio, lo que trae como consecuencia una alta mortalidad.

El porcentaje de mortalidad ha sido en las		
primeras 24 horas		33 %
de 24 a 48	"	50 %
más de 48	"	67 %

Sintomatología de la perforación tífica.

Síntomas iniciales. — Son los que traduce la irritación peritoneal. Es indiscutible que el primer síntoma es el **dolor abdominal**. Sin embargo hay discrepancia en su intensidad. Para algunos es insidioso, sordo, como un cólico pasajero, sin embargo, para la mayoría es violento, en forma de golpe de puño, brusco. Debemos recordar, sí, que cuando más grave es la fiebre tifoidea menos apreciable es la intensidad del dolor de la perforación.

En nuestras observaciones todos presentaron un dolor abdominal intenso de aparición brusca y con tendencia progresiva.

La **localización** del dolor es variable. Predomina, sí, en el bajo vientre, al rededor del ombligo. Puede ser difuso, pero en la mayoría de los casos, como hemos podido constatarlo, en el comienzo se localiza en la f. i. d. Hemos podido observar, que este dolor localizado en pocas horas se hace más difuso, pero casi siempre en la región infraumbilical.

Consideramos al dolor abdominal, que aparece bruscamente en los tíficos de suma importancia y como síntoma primordial de la perforación.

El síntoma que sigue en importancia al dolor es la **resistencia muscular**. Acompaña casi siempre al dolor y aparece generalmente pocas horas después de él. Puede variar tanto en intensidad como en localización, según la característica de la perforación y el tiempo transcurrido.

Puede localizarse en la f. i. d., en el bajo vientre, o ser una defensa difusa, "vientre en tabla". Al igual que el dolor a menudo la resistencia comienza por ser localizada y luego se hace difusa. Esta defensa es de gran importancia ya que por sí sola puede autorizar una intervención y sobre todo, hacerse evidente aún en los enfermos graves e intoxicados.

De nuestros casos, 4 presentaron la defensa localizada en la f. i. d., en los 7 restantes, fué difusa.

Otro síntoma, que debe tenerse presente es el **neumoperitoneo**. Reconocemos todo su valor, sin embargo, por dificultades fáciles de comprender, no lo hemos buscado siste-

máticamente a Rayos X. Con cierta experiencia radiológica el neumoperitoneo es fácil de ver. Clínicamente también puede ser comprobado por la disminución o desaparición de la matidez hepática, adquiriendo mayor valor este síntoma, cuando pudo antes comprobarse la existencia de la matidez y en ausencia de un meteorismo intenso, que puede inducir a error por interposición de una asa dilatada, que puede hacer desaparecer en parte la matidez hepática.

Este síntoma es de menos importancia que los anteriores, debido a que a veces es tardío, cuando ya hay síntomas manifiestos de peritonitis generalizada.

Otro síntoma de perforación es el cambio brusco de temperatura. Algunos autores dan importancia al descenso brusco, otros a la alza y aun otros a la caída con ascenso inmediato.

Nosotros hemos observado las 3 variedades: caída brusca (hasta 2°) en las observaciones 1 y 9; caída y vuelta a subir en la observación N° 3; alza o mantención alta de la temperatura en las otras observaciones. De ahí que deduzcamos, en cuanto a la temperatura se refiere, que es digno de considerarse un cambio brusco en cualquier sentido, pero que en los niños no es ésta la modalidad más frecuente.

Hay quienes dan importancia a la aceleración del pulso: H. Krasso, A. Povlovsky, A. Invaldi, F. Lejahrs y Dunkerley.

Nosotros siempre hemos encontrado un pulso frecuente y débil, preferentemente por sobre 130. Debemos recordar que en el niño, sobre todo en el menor, la bradicardia es excepcional y por lo tanto la fiebre tifoidea evoluciona corrientemente con pulso frecuente.

Generalmente la taquicardia de la perforación se acompaña de caída de la presión arterial.

Podemos mencionar como síntomas de segunda importancia: el vómito, el decaimiento general, el tenesmo y el resultado del tacto rectal y hemograma.

Respecto al vómito, lo hemos encontrado en 5 casos de perforación y es más bien un síntoma tardío y que puede faltar, por lo que no le damos un excesivo valor diagnóstico.

El decaimiento general, es también un síntoma tardío dependiente de la peritonitis generalizada.

El tacto rectal puede ser de gran ayuda. El fondo del saco del Douglas, se pone, a veces, intensamente doloroso, tenso y abombado. Fèvre, Laghero-Ibarz, Invaldi, Corachan y Domenech dan suma importancia a este signo y cuando existe,

diagnostican una perforación que debe operarse inmediatamente. Nosotros consideramos mas bien este síntoma, como dependiendo de la peritonitis consecutiva a la perforación.

En 8 de nuestros casos el Douglas se presentó intensamente doloroso y en 4, estaba, además, tenso y abombado.

Cushing da importancia a la existencia de **tenesmo**, debido a la irritación del peritoneo pelviano. Nosotros lo hemos observado en un solo caso.

Respecto a la **fórmula sanguínea**, Dunkerley, en 22 casos de perforación, encontró leucocitos entre 2,400 y 12,000, siempre con aneossinofilia. Corachan habla que existe siempre leucocitosis. Invaldi encuentra fórmula leucocitaria normal. Nosotros, en 6 casos, en que se practicó el hemograma después de la intervención, el número de los leucocitos varió entre 3,000 y 9,000, siempre con aneossinofilia.

Los otros **síntomas** que se han mencionado, como ser: la lengua seca y saburral, el hipo, facies peritoneal, etc., son, como se comprende, síntomas de la peritonitis propiamente tal.

Pronóstico.

El pronóstico está subordinado a varios factores, siendo el más importante el **diagnóstico precoz**, que permite una intervención inmediata. Todas las estadísticas demuestran que cuanto más precoz es la intervención tanto mejor es el pronóstico. Las operaciones después de las 24 horas, dan una mortalidad por sobre un 90 %. (Pavlovsky, Migai, Invaldi y Guellette).

Otro factor que influye en el pronóstico es el **período clínico** en que se produce la perforación, siendo más grave en el período de estado, en que la defensa del organismo está más agotada, que en el de la convalecencia.

Otro factor de importancia es la presencia de alguna **complicación**: broncopulmonar, cardíaca, hepática, etc. De nuestros 14 casos, 12 se presentaron con peritonitis purulenta generalizada y 4 con reacción apendicular.

Diagnóstico diferencial.

En algunos casos el diagnóstico no ofrece mayor dificultad, como ya lo hemos dicho, pero otras veces es muy complicado, ya ninguno de los síntomas descritos es patognomónico de la perforación tífica.

Entre nuestras observaciones, en 2 (Obs. N.ºs 10 y 13), por falta de datos anamnésticos, se pensó en apendicitis aguda, ya que presentaban los síntomas de esta enfermedad.

Durante la evolución de la fiebre tifoidea, la presencia de un cuadro doloroso de la fosa ilíaca derecha nos debe hacer precisar el diagnóstico de apendicitis tífica o perforación intestinal, lo que a veces es muy difícil, pero que, felizmente, requieren ambas un tratamiento quirúrgico de urgencia.

Debemos recordar que ambas afecciones pueden existir concomitantemente, lo que sí es más raro.

Otro diagnóstico diferencial, aunque de escasa importancia práctica, por ser de igual urgencia operatoria, es la peritonitis tífica por difusión, es decir, sin perforación. Algunos autores niegan su existencia, otros la han confirmado y nosotros también en un caso, en que encontramos una peritonitis difusa, sin perforación, tanto a la exploración quirúrgica como en la necropsia efectuada 3 días después.

Sólo mencionaremos el diagnóstico diferencial con la adenitis supurada del mesenterio, que puede aún perforarse a la cavidad peritoneal. El absceso del bazo, y el diverticulitis que han sido considerado por otros autores.

Según algunos, se puede prever la perforación tífica, lo que no significa que se pueda evitar esta complicación. Aunque no de una manera absoluta, debe temerse la perforación en los enfermos que evolucionan con fuertes dolores abdominales, o que presenten diarreas y en lo que se insinúa la enterorragia.

Se estima que se podría prevenir esta complicación, extremando los cuidados médicos, con un régimen el más adecuado y abundancia en vitaminas. Otros dan valor al genio epidémico, ya que durante ciertas epidemias la perforación se presentaría con mayor frecuencia (Invalidi).

Tratamiento.

Hoy día es opinión unánime, la importancia de la intervención inmediata quedando en discusión sólo las perforaciones enquistadas, a las que nos referiremos más adelante.

La presencia en una fiebre tifoidea comprobada, de 2 y aún, a veces, de un solo síntoma de importancia, obligan a una intervención inmediata. El tratamiento preoperatorio será breve, para no retardar la intervención. Nosotros hemos usado para estimular el estado general, tónicos cardíacos, tó-

nicos vasculares, sueros hidratantes y transfusiones de plasma, nunca transfusión de sangre completa.

Varias son las incisiones que se han recomendado: la de Jalaguier, la pararectal derecha, la paramediana derecha y la mayoría la mediana infraumbilical, que es la incisión que hemos usado de preferencia.

La sutura de la perforación la hemos hecho en 2 planos, preferentemente con hilo, procediendo siempre a suturar las placas de Peyer, que por su aspecto se tema puedan llegar a perforarse. El drenaje usado ha sido casi siempre el tubo (Penrose) y sistemáticamente hemos vaciado de 3 a 5 gramos de sufla en la cavidad abdominal.

Nunca hemos tenido que recurrir al abocamiento de la perforación a la pared ni a la exteriorización del asa intestinal, intervenciones que en el niño son de malos resultados.

En lo que no podemos dejar de insistir es que, encontrada una perforación no hay que considerarla como única responsable del cuadro: hay que explorar el íleon más allá del medio metro, el ciego, el apéndice y la vesícula biliar, que pueden ser sitio de lesiones concomitantes y pasar peligrosamente desapercibidas.

La anestesia debe ser de preferencia local, pero en los niños, con cierta frecuencia, hay que recurrir a la anestesia general (éter).

De nuestros 14 casos, 4 fueron operados con anestesia local (Obs. 4, 9, 11 y 12), practicándose en 3 de ellos una laparatomía mínima. En los 10 restantes hemos usado la anestesia general con éter puro, o mezclas de cloro-éter al 1 x 3 ó al 1 x 4, según la edad, no habiendo tenido contratiempo con esta anestesia general bien suministrada por anestesistas con gran experiencia en los niños.

En resumen, la intervención tiene que ser inmediata, lo menos chocante posible y con anestesia local o general muy bien administrada.

Considerando este principio de efectuar una intervención útil al enfermo con el mínimo de riesgo para él, es que tenemos el criterio, que en aquellos casos en que la perforación muestra clínicamente signos de enquistamiento, no deben operarse a menos que sobrevenga una generalización del proceso en la cavidad abdominal. Tenemos una desagradable experiencia de 3 casos (Obs. 4, 11 y 12), en que existiendo una perforación enquistada, la intervención se hizo extremadamente dificultosa, la anestesia local no bastó y hubo

que recurrir una vez a la general; la intervención fué llena de peligros desde la apertura del peritoneo, que se presentaba engrosado y fuertemente adherido a las asas intestinales, corriéndose el riesgo de abrir una de ellas. Cuando se logra llegar al plastrón hay que ser muy cauteloso y difícilmente se evita la difusión del proceso en la cavidad peritoneal. En nuestros casos estas dificultades han obligado a entreabrir parcialmente el plastrón y colocar allí un drenaje al exterior. Debemos manifestar que en nuestros 3 casos la intervención no aportó ningún beneficio a la evolución de la enfermedad y, al contrario, todos se agravaron, falleciendo uno a las 48 horas, otro a las 24 horas y el tercero a las 2 horas después de la intervención.

Las complicaciones post-operatorias, que hemos observado han sido: un caso de fístula estercorácea con obstrucción parcial (Obs. 2), uno con bronconeumonía (Obs. 6) y otro con ictericia (Obs. 5).

Tratamiento post-operatorio.

El tratamiento post-operatorio es delicado. No hay que escatimar los tónicos cardíacos, vasculares, la desintoxicación por medio de flebotomías, transfusiones de plasma o sangre, según las necesidades, la sonda de Muller-Abbott, utilísima en ciertas complicaciones peritoneales, vacunas antitíficas, sulfatiazol o sulfaguanidina y algunos casos penicilina o estreptomicina.

Como en todos estos enfermos se comprueba que la fiebre tifoidea sigue su evolución, debe continuarse el tratamiento de ella.

Algunos datos estadísticos.

En 5 años, desde 1942 a 1946, inclusive, se hospitalizaron en el Hospital Manuel Arriarán 360 tifoideas, falleciendo 17, o sea, 4.8 %.

De estos 17, 3 fallecieron por perforación intestinal, o sea, 18 %.

De los 360 hospitalizados, 4 presentaron perforación tífica, o sea, 1.1 %.

Las otras 10 perforaciones, que completan nuestros 14 casos ingresaron con la perforación establecida, directamente a la Posta Infantil del Hospital Manuel Arriarán.

De estos 14 casos, de perforación intestinal operados, 5 mejoraron, 7 fallecieron y los 2 casos restantes, aun cuando fallecieron, no atribuimos su muerte a la intervención, por haber fallecido 7 y 10 días, respectivamente, después de la intervención, en circunstancias que la supuración de la herida era escasísima, el abdomen depresible y el tránsito intestinal regularizado. Por esto culpamos el fallecimiento de los enfermitos a la propia fiebre tifoidea, que siguió su grave evolución.

Por lo tanto, si consideramos el total de fallecidos de los 14 operados, que fué 9, la mortalidad es de: 66 %.

Si excluimos los 2 casos que acabamos de comentar, la mortalidad operatoria sería de 50 %.

Observaciones.

Nº 1. — A. H. C. — 9 años. — 57519/43.—4-1.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales — Varicela, sarampión, coqueluche.

Enfermedad actual. — Comienza hace 10 días, con malestar general, cefalea, vómitos, anorexia y diarrea.

Examen físico. — Estado general regular, estado nutritivo satisfactorio. Faringe: roja; lengua: seca, saburral; Pulso: dieroto, 106; temperatura: 40°; pulmón: nada especial; corazón: nada especial; abdomen: depresible, indoloro; hígado: límites normales; bazo: se percute, no se palpa.

Diagnóstico: Estado infeccioso. Tifoidea.

Tratamiento. — Hospitalización. Tónicos generales, vitaminas, régimen.

Evolución. — Nada especial, el cuadro se agrava el 12º día después de la hospitalización, con dolor abdominal fuerte en la fosa ilíaca derecha, que después se generaliza e decae mucho el estado general. Se hace el diagnóstico de perforación intestinal. Se opera 14 horas después.

Operación. — Laparotomía mediana infraumbilical. En la cavidad mucho líquido verdoso olor a colé. Más o menos 20 cms. del ceco en el íleon perforación de tamaño de una lenteja y 3 ulceraciones por perforar. La perforación se cierra en 2 planos las ulceraciones con una garetta. Drenaje.

Evolución post-operatoria. — Primeros días grave después se regulariza el tránsito intestinal, se alimenta. Abdomen depresible, tubos drenan bien, dando salida a líquido citrino. El 9º día se agrava el estado general, fallece el 10º día.

Tratamiento post-operatorio. — Tónicos generales, Transfusiones, Tbio-septil, Hidratación.

Examen de laboratorio — Widal H.: 1:100 positivo; Was.: (—). Coprocultivo: (—). Radioscopia pulmonar: (—). Sedimentación: 35-70.

Necropsia. — No se practicó.

Comentario.

Tenemos aquí la observación de un niño con una tifoidea de una sintomatología benigna, con un abdomen deprimible, escasos dolores abdominales; por lo tanto, nada hacía presagiar la perforación. Aparece ésta, a los 22 días de iniciada la sintomatología clínica. La perforación presentó, como único síntoma inicial, el dolor abdominal, sin aparecer la baja de temperatura, ni el estado lipotímico. Como esta sintomatología se agrava, en forma rápida, es operado a las 14 horas de iniciado la sintomatología de perforación, encontrándose una perforación y tres placas de Peyer en vías de perforarse. El estado general se mantiene grave durante tres días, después se logra obtener tránsito intestinal satisfactorio, manteniéndose sí una intoxicación, que agrava el cuadro tífico, falleciendo 10 días después de la intervención.

Nº 2. — R. P. J. — 9 años. — 63835/43. — 11-V.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Comienza hace 3 semanas, con cefalea, malestar general, anorexia y diarrea. Ultimamente fiebre. Hace 20 horas bruscamente dolor abdominal difuso, temperatura alta (40°), pulso débil frecuente y vómitos.

Examen físico. — Mal estado general. Pulso: 130, débil; facies: tífica; temperatura: 39.5° ; lengua: seca, saburral; corazón: nada especial; pulmón: nada especial; abdomen: excursión respiratoria limitada, hiperestesia cutánea, defensa muscular más marcada en la fosa iliaca derecha; macidez hepática subida; bazo: no se palpa, se percute normal.

Diagnóstico. — Fiebre tifoidea, con perforación intestinal.

Tratamiento. — Levantar el estado general y después la intervención.

Operación. — Laparotomía mediana infraumbilical. Abierto el peritoneo sale pus en abundante cantidad, con fibrina. Se encuentran 4 perforaciones del ileon, más o menos 15 cms. de la válvula ileo cecal. Dos muy grandes, ocupando la media circunferencia intestinal. Dos de tamaño de una lenteja. Ascariidosis intestinal. Tubo y dos gases en el Douglas. Aseptil en la cavidad. Las perforaciones se suturan con hilo en un plano.

Evolución post-operatoria. — Sigue el cuadro grave hasta el 5º día, cuando se establece fistula enterocólica. El estado nutritivo muy mal. Vómitos. El 20º día se recupera un poco, mejor apetito, se alimenta bien. Después presenta dos veces crisis de suboclusión. La fistula se cierra 5 meses después de la intervención y se le da de alta con buen estado general. El control un mes después satisfactorio.

Tratamiento. — Tónicos generales, transfusiones, hidratación, lavados gástricos, sulfas.

Laboratorio. — Hemograma: 5.000.000 de glóbulos rojos; 7.000 glóbulos blancos; aneosinofilia; pigmentación patológica. Diecisiete días después de la intervención nuevo hemograma: 3.500.000 glóbulos rojos; 6.300 glóbulos blancos; aneosinofilia; anisocitosis; pigmentación patológica.

Comentario.

Enfermo que hace la evolución de una fiebre tifoidea de carácter clínico benigno; a los 21 días de iniciación clínica presentó una agravación, caracterizada por dolor abdominal intenso, fiebre alta, hiperestesia y defensa muscular. La gravedad con que este niño llegó al Servicio de Urgencia, obligó a un tratamiento pre-operatorio de más o menos 18 horas y se intervino después, encontrándose una peritonitis fibrino-purulenta generalizada y 4 perforaciones. El curso post-operatorio muy grave hasta el 5º día, en que la aparición de una fistula estercorácea inicia una lenta mejoría, que hace a los 20 días que el niño entre en franca convalecencia. Posteriormente, debido a las múltiples adherencias, que fatalmente se produjeron, se presentó en dos ocasiones un cuadro de obstrucción parcial, que cedieron con tratamiento conservador. A los 5 meses, en buenas condiciones, se le da de alta y un control posterior indica que el enfermo sigue bien.

Nº 3. — R. P. N. — 6 años. — 82439/44. — 14-IX.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Hace 5 días malestar general, fiebre, cefalea, diarrea y náusea.

Examen físico. — Niño en regular estado general, decaído, cara febril. Temperatura: 40º; lengua: seca, saburral, estomatitis; pulmón: nada especial; corazón: nada especial; abdomen: aplanado, poco doloroso a la palpación, más marcado en la f. i. d.; hígado: normal; bazo: se palpa, su polo inferior a 2 traveses de dedos.

Diagnóstico. — Estado infeccioso. (Tifoidea?)

Tratamiento. — Hospitalización, estimulantes, piramidón. Exámenes de laboratorios.

Evolución. — Nada especial hasta el 13º día, cuando presenta bruscamente dolor abdominal muy intenso, más marcado en la región infraumbilical, vómitos y decaimiento general. Pulso: 150 débil, disnea. Meteorismo. Abdomen: dolor a la palpación, defensa muscular, más marcado en la región infraumbilical. Macidez hepática ascendida. Tacto rectal: Douglas abombado y doloroso. Más o menos 14 horas después de la primera sintomatología de la perforación, se interviene.

Operación. --- Laparotomía paramediana derecha infraumbilical. Abierto al peritoneo muy edematoso e inflamado sale líquido purulento. Se encuentra una perforación del ileon más o menos 30 cms. de la válvula ileo-ceca, de tamaño de una lenteja. Sutura en dos planos y se recubre con epiplon. Más o menos 25 cms. del ceco intestino tapado con epiplon y adherido firmemente. 'Perforación cubierta' Sulfá en la cavidad, drenaje cigarrillo, cierre por planos.

Evolución post-operatoria. --- Buena. Al 11º día mejor, al 18º día buen estado general. La herida cicatriza lentamente. Alta en buenas condiciones, con sana, al 50º día. Control en un mes más: herida cerrada, buen estado general.

Tratamiento post-operatorio. --- Estimulantes, hidratación, transfusiones, sonda Müller-Abbott, Tónicos.

Laboratorio. --- Hemograma (7º día de la enfermedad): 4.000.000 de glóbulos rojos, 10.100 glóbulos blancos, aneosinofilia, anisocitosis, intensa pigmentación patológica. Quinto día de operado: 3.880.000 de glóbulos rojos, 3.500 glóbulos blancos, aneosinofilia, anisocitosis. Eberth, O y H: 1:800, varratifus A: 1:100.

Comentario.

Niño de poca edad (6 años), en que aparece una fiebre tifoidea de mediana gravedad y que presenta desde el primer momento un abdomen sensible a la palpación, a los 18 días de iniciado el cuadro clínico, aparece dolor abdominal intenso, vómitos, decaimiento general, alza de temperatura y pulso frecuente (140), disnea. A las 14 horas es intervenido, encontrándose una peritonitis en comienzo y una perforación libre y otra enquistada. La evolución post-operatoria fué regular los primeros días, mejorando lentamente, por llegar a estar en buenas condiciones a los 18 días, dándosele de alta sano, con herida cicatrizada al 50º días de operado. El control posterior comprueba al niño en buenas condiciones.

Nº 4. --- A. L. --- 13 años. --- 85789/44. --- 5 XII.

Antecedentes hereditarios. --- Sin importancia.

Antecedentes personales. --- Se ignoran.

Enfermedad actual. --- Se inició hace 3 semanas, coincidiendo con la reacción vacunal antitífica, con cefalea, decaimiento, anorexia, después diarrea, vómitos y dolor abdominal difuso. En los últimos 2 días los dolores abdominales, más marcados en la f. i. d., han aumentado, y fiebre. Por esta sintomatología consulta médico, quien la envía al Servicio de Urgencia del Hospital Manuel Arriarán.

Examen físico. --- Enferma emlaquecida, en mal estado general, pálida. Pulso: 140, blando, débil; temperatura: 40º; lengua: seca, saburral; pui-

mon; nada especial; corazón; nada especial; abdomen; excursión respiratoria disminuida; doloroso a la palpación; defensa muscular en el hemicolono derecho. Muñeéz hepática conservada.

Diagnóstico. — Tifoidea. Peritonismo.

Tratamiento. — Tónicos generales, hidratación, plasma; 11 horas después de la hospitalización, como el cuadro se generalizó, se interviene.

Operación. — Laparotomía mediana infraumbilical. Abierto el peritoneo, sale abundante líquido sero-hemático. Hecón semistanguilado por bridas. Más o menos 25 cms. de la válvula ileo-cecal perforación única de la mano de un grano de mijo. Sutura en dos planos con catgut e hilo, como el apéndice se encuentra grueso congestionado e inflamado, se practica apendicectomía clásica. Cinco hrs. de aspiril en la cavidad abdominal, 2 tubos, cierre por planes. Ascitosis.

Evolución post-operatoria. — Sigue grave, intoxicada, tercer día deperistaltosis líquidas, meteorismo disminuido, herida en regular estado, sale líquido claro, con mal olor fecal. Aparece ictericia que sigue agravándose. Segundo día fallece.

Tratamiento post-operatorio. — Tónicos generales, transfusiones, salivacyl e hidratación. Sonda duodenal.

Laboratorio. — Hemograma: 3,000,000 de glóbulos rojos; 3,106 glóbulos blancos; aneisinofilia, anisocitosis, pigmentación patológica.

Necropsia. — Peritonitis fibrino-purulenta generalizada. Fiebre tifoidea. Perforación de una úlcera tífica. Ictericia grave. Apendicectomía reciente.

Comentario.

Niña que presenta de interés el haber iniciado una fiebre tifoidea, juntamente con la primera vacuna antitífica, lo que estimamos una mera coincidencia. El cuadro es tan discreto, que se atribuye al principio a la reacción vacinal y como se prolongara este cuadro infeccioso, no se estimó prudente la colocación de la segunda inyección. A los 19 días este cuadro benigno se agrava con dolor abdominal intenso, fiebre alta y decaimiento general. Dos días después, por esta sintomatología, que no cede, acude al Servicio de Urgencia, donde se comprueba una fiebre tifoidea complicada, con un cuadro abdominal, que por no ser muy alarmante y llevar más de 48 horas, se estimó la posibilidad de una perforación ya enquistada. Pero, como en las 11 horas siguientes el cuadro se agrava, se procede a intervenir, encontrándose una perforación pequenísima en vías de enquistamiento, por lo que se revisó con detención el resto del intestino, encontrándose un apéndice grueso con síntomas de inflamación aguda y se procedió a ex-

tirarlo. Siguió grave, con un cuadro abdominal, que no cedió a los tratamientos médicos instituidos y falleció al séptimo día de operada. La necropsia comprueba una peritonitis purulenta generalizada. Ictericia.

Nº 5. — O. J. M. — 8 años. — 6060. — 6-VI.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Comienza más o menos hace 6 semanas, con decaimiento, estado febril y estitiquéz. Ha continuado con tales síntomas hasta 2 días atrás, en que se agrava notablemente con dolor abdominal y vómitos. Consultó varios médicos, de los cuales el último lo envía al servicio con el diagnóstico de fiebre tifóidea con probable perforación.

Examen físico. — Mal estado general; facies: tífica; pulso: 160; temperatura: 40.5°; lengua: saburral, húmeda; corazón: (—); pulmón: (—); abdomen: globuloso, con persistencia generalizada, rímpanismo.

Diagnóstico. — Peritonitis tífica por perforación intestinal.

Tratamiento. — Estimulante, plasma, indicación operatoria.

Operación. — Laparotomía paramediana derecha infraumbilical. Peritoneo edematoso, abierto el cual sale abundante líquido seroso primero y purulento después, con materias en suspensión. Asas dilatadas. A más o menos 20 cms. de la válvula ileo-cecal, perforación del tamaño de un grano de arroz. Sutura en 3 planos con catgut y seda. Aseo intraabdominal.

Evolución post-operatoria. — Durante 9 días el estado general se mantiene satisfactorio, con temperatura casi normal, alimentándose bien, tránsito intestinal regularizado. La herida operatoria supura siempre. Al 10º día se agrava, apareciendo vómitos, fiebre, pulso alto y tuvo que dársele alta con grave estado general, a pedido insistente de la familia.

Tratamiento post-operatorio. — Tónicos generales, hidratación, transfusiones.

Laboratorio. — Eberth H positivo al 1 x 800; los otros (—).

Comentario.

Niña con un cuadro tífico benigno durante 6 semanas y que se agrava en los últimos días, apareciendo dolor intenso abdominal, fiebre alta y vómitos. Llega al servicio con mal estado general y el cuadro de un abdomen agudo. Se diagnostica una úlcera perforada, que se opera. El resultado inmediato de la intervención es bueno, pero al décimo día se reagrava la peritonitis y a insistencia de la familia debió darse de alta.

Nº 6. — G. F. C. — 8 años. — 14446. — 12-I-46.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sarampión y coqueluche.

Enfermedad actual. — Comienza hace una semana con rinofaringitis y malestar general. Desde ayer dolores abdominales, que se localizan en la fosa ilíaca derecha. Fiebre y hoy día vómitos. Cuarenta y ocho horas sin obrar.

Examen físico. — Estado general satisfactorio; pulso: 138, algo débil; lengua: húmeda, sucia; temperatura: 38.3° axilar y 39° rectal; pulmones: nada especial; faringe: nada especial; corazón: soplo suave sistólico en la punta; abdomen: resistencia muscular generalizada, más marcada en la f. i. der., donde existe, además, intenso dolor a la palpación; Blumberg: (+); Psoas: (+).

Diagnóstico. — Estado infeccioso. ¿Apendicitis aguda?

Tratamiento. — Indicación operatoria.

Operación. — Incisión de Roux. Peritoneo edematoso hiperémico, abierto el cual sale gran cantidad de líquido sero purulento y un poco de aire. Apéndice libre engrosado, hiperémico. Apendicectomía. Siguiendo la exploración a más o menos 15 cms. del ciego, se encuentra en el ileon una perforación del tamaño de una lenteja. Sutura en 2 planos con catgut y seda. Sulfato local. Drenaje. Cierre por planos.

Evolución post-operatoria. — Satisfactoria. Sigue su curso la fiebre tifoidea; la herida se cierra a las 3 semanas de la operación, dándose de alta a los 21 días de operado, en buenas condiciones.

Tratamiento post-operatorio. — Sulfatiazol (45 grs.). Hidratación. Tónicos generales. Sanibactyl. Transfusiones.

Laboratorio. — Eberth H. y O. positivo al 1 x 800. Hemograma: 4.000.000 de glóbulos rojos, 5.200 glóbulos blancos, aneosinofilia, resto normal.

Comentario.

Tifoidea muy benigna, que presenta un cuadro agudo abdominal, simulando una apendicitis aguda. Se opera, comprobándose una peritonitis generalizada con un apéndice congestivo, una perforación del ileon. Evolución post-operatoria muy buena y pasado el cuadro tífico se le da de alta sano.

Nº 7. — R. A. G. — 14 años. — 17010. — 23-III-46.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Comienza hace 19 días con dolor de cabeza, decaimiento general. Se comprueba una tifoidea. Hace 2 días presenta dolor abdominal intenso, alza de temperatura, decaimiento general y pulso frecuente, débil. Como la sintomatología se agrava, acude al Servicio.

Examen físico. — Enfermo en muy mal estado general; facies febril; temperatura: 40°; pulso: 148; abdomen: dolor difuso a la palpación, con defensa muscular difusa; hiperestesia cutánea; meteorismo.

Diagnóstico. — Fiebre tifoidea; peritonitis por perforación intestinal.

Tratamiento. — Estimulantes; plasma; indicación operatoria.

Operación. — Laparotomía mediana infraumbilical. Peritoneo edematoso, inflamado, al abrir sale gran cantidad de líquido citrico claro y después purulento, olor a colí. Plastrón en la f. i. d. Sulta local. Tubo al Douglas. Cierre por planos.

Evolución post-operatoria. — Sigue grave, no alcanza a mejorar el estado general y al tercer día fallece por su peritonitis generalizada.

Tratamiento post-operatorio. — Tónicos generales, plasma, penicilina.

Cementario.

Enfermo de 14 años de edad, que ingresa con una fiebre tifoidea comprobada y de una evolución de 21 días. Durante los 19 días la evolución fué benigna, no requiriendo gran tratamiento, sino más bien observación. La perforación se instaló con dolor intenso abdominal, alza térmica, pulso frecuente y decaimiento general, después vómitos. Al ingresar al Servicio con 48 horas de este cuadro, existía un estado de suma gravedad del paciente, con resistencia abdominal generalizada. La intervención efectuada de urgencia, demostró una gran peritonitis generalizada, con plastrón frente a la región iliaca derecha, que se creyó prudente no explorar, considerando la úlcera enquistada. Fallece en el tercer día después de la operación, por su peritonitis generalizada.

Nº 8. — V. N. C. — 10 años. — 15674. — 10-XI-46.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Comienza hace 10 días en forma más o menos brusca, con fiebre alta, cefalea y malestar general. Se le diagnostica tifoidea con la clínica y el laboratorio. El día anterior, a su ingreso, presenta vómito y dolor abdominal, que ha ido en aumento, agregandose hoy fiebre alta y mal estado general.

Examen físico. — Niño muy enflaquecido, pálido, cara febril, en mal estado general. Pulso 140, débil; temperatura: 40°; lengua: seca, saburral; corazón: taquicardia; pulmón: nada especial; abdomen: tenso, abombado, escasa movilidad respiratoria, hiperestesia cutánea; dolor a la palpación, más marcado en la f. i. det., con defensa muscular.

Diagnóstico. — Tifoidea. ¿Perforación tífica?

Tratamiento. — Hidratación, tónicos generales, transfusiones y observación.

Evolución. — Sigue grave, con mal estado general. En el 2º día se decide intervenir.

Operación. — Laparotomía transrecal derecha mínima, infraumbilical. Peritoneo edematoso con abundante líquido citrino en el interior. Asas intestinales congestionadas, de color algo oscuro. La exploración digital permite apreciar masas de epiploon e infiltración marcada del Douglas. Sin deshacer las adherencias, se deja drenaje tanto al Douglas como a la f. i. der. Cierre por planos.

Evolución post-operatoria. — Sigue muy grave y fallece al 2º día.

Tratamiento post-operatorio. — Estimulantes generales, transfusiones, penicilina, sonda de Müller-Abbott.

Laboratorio. — Hemograma preoperatorio: glóbulos rojos, 3.800.000; glóbulos blancos, 3.000; granulación tóxica y desviación nuclear. Eberth H. positivo al 1 x 800.

Necropsia. — Fiebre tifoidea en la 3ª a 4ª semanas. Peritonitis fibrino purulenta generalizada, por perforación de una úlcera tífica del íleon a 20 cms. de la válvula ileo-cecal.

Comentario.

Niño de 10 años de edad, que presenta una fiebre tifoidea de mediana gravedad y en que a los 19 días aparece una perforación intestinal con gran dolor abdominal, fiebre alta y vómitos. Se interviene a las 58 horas, encontrándose las asas aglutinadas por adherencias firmes, que engloban la última porción del íleon y un absceso del Douglas. Se procede a drenar este último sin tocar el plastrón. Fallece a las 48 horas de intervenido.

Nº 9. — C. C. V. — 8 años. — 18876. — 19-XII-46.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sarampión.

Enfermedad actual. — La persona que la trae dice que sólo hace 24 horas que comienza con fuertes dolores abdominales, vómitos y fiebre.

Examen físico. — Decuéda. febril; temperatura: 39,3º axilar y 39,6º rectal; lengua: seca, roja y saburral; faringe roja; corazón: nada especial; pulmones: crépitos tercio inferior derecho; abdomen: tenso, con resistencia y dolor marcado en la f. i. der.

Diagnóstico. — ¿Estado infeccioso? ¿Apendicitis aguda?

Tratamiento. — Como el cuadro fuera en aumento, persistiendo los síntomas de la f. i. der., se interviene con el diagnóstico de apendicitis aguda.

Operación. — Incisión de Mac-Burney. Abierto el peritoneo, sale líquido purulento en abundancia. Apéndice de aspecto normal. La exploración revela a más o menos 20 cms. de la válvula ileo-cecal, una perforación puntiforme. Sutura en garetta doble. Drenaje. Sutura por planos.

Diagnóstico post-operatorio. — Perforación tífica del ileon.

Evolución post-operatoria. — Su cuadro tífico evoluciona en buenas condiciones y se da de alta sana, a los 28 días de su ingreso.

Durante la hospitalización es visitada por su madre, quien da datos más precisos de la enfermedad, resultando que el cuadro había comenzado 17 días antes, con decaimiento, malestar general y fiebre.

Tratamiento post-operatorio. — Tónicos generales, transfusiones, penicilina.

Laboratorio. — Eberth H.: 1 x 800; Eberth C.: 1 x 100. El examen de pus peritoneal muestra: glóbulos de pus abundantes, no se observan gérmenes. Hemograma 3 días después de operado: glóbulos rojos, 3.800.000; glóbulos blancos, 9.000; leucosinofilia; granulación tóxica; anisocitosis.

Comentario.

Niña de 8 años de edad, que presenta un cuadro tífico, que pasó desapercibido, debido a que al 7º día gran parte de los síntomas se atenuaron, permaneciendo 10 días con un estado general satisfactorio. El décimo séptimo día presentó intenso dolor abdominal con agravamiento del estado general, alza térmica y vómitos.

El dolor se localiza en la f. i. der. y se hace más intenso, por lo que es llevada al Servicio de Urgencia, donde se interviene a las 18 horas después; encontrándose una pequeña perforación ilear con una peritonitis generalizada. La evolución post-operatoria fué muy satisfactoria, siendo dada de alta a los 28 días después de la intervención.

Nº 10. — G. V. C. — 11 años. — 20058. — 7-1-47.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad anterior. — Comienza hace 23 días con un cuadro infeccioso, febril, que se ha mantenido hasta la fecha, atendida por médicos con el diagnóstico de fiebre tifoidea. Desde hace 2 días la paciente se agrava, comprometiendo el estado general. Presenta intensos dolores abdominales, fiebre alta, náuseas y deposiciones líquidas.

Examen físico. — Enferma grave, intoxicada, facies febril; temperatura: 38,8º axilar y 40º rectal; pulso: 154, débil; corazón: taquicardia; pulmón: nada especial; abdomen: timpanizado, no hay movilidad respiratoria; macidez hepática casi abolida; dolor difuso a la palpación con resistencia muscular "vientre en tabla".

Diagnóstico. — Fiebre tifoidea; perforación intestinal tífica.

Tratamiento. — Estimulantes; indicación operatoria.

Operación. — Laparotomía mediana infra-umbilical. Abierto el peritoneo sale gran cantidad de líquido citrino fibrinoso. Más o menos a 18 cms. de la válvula íleo cecal, se encuentran numerosas placas de Peyer inflamadas y 3 de ellas con perforación del tamaño de una lenteja. Sutura en 2 planos, hay varias placas ulceradas, a las cuales se suturan con garetta. Drenaje de Penrose. Sutura por planos.

Evolución post-operatoria. — Sigue grave. Fallece al 2º día de su peritonitis generalizada.

Necropsia. — Peritonitis fibrino-purulenta generalizada por perforaciones tíficas múltiples. Fiebre tifoidea de 3ª—4ª semana de evolución.

Comentario.

Niña de 11 años de edad, que presenta una tifoidea de 23 días de evolución, de mediana gravedad, en que hace 48 horas se agrava, presentando dolor intenso abdominal, manteniéndose la temperatura alta y decaimiento.

Nº 11. — C. M. Y. — 11 años. — 83483. — 27-X-44.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Comienza hace 20 días con coriza y dolores abdominales, que pasaron sin mayor tratamiento. Hace 6 días ha vuelto a tener intenso dolor abdominal, agregándose vómitos, fiebre y mal estado general.

Examen físico. — Niño intranquilo, incoherente; facies peritoneal; lengua: seca, saburral; pulso: incontable; pulmón: nada especial; corazón: taquicardia; abdomen: tenso, movilidad respiratoria limitada, gran resistencia muscular, abdomen en tabla; Blumberg: positivo.

Diagnóstico. — Peritonitis generalizada. Origen *peripendicular?*

Tratamiento. — Operatorio.

Operación. — Laparotomía mínima suprapúbica, peritoneo edematoso, inflamado. abierto sale gran cantidad de líquido citrino, después pus en grumos. Tubo de drenaje.

Evolución post-operatoria. — Fallece 2 horas después de la intervención.

Necropsia. — Fiebre tifoidea en 3ª—4ª semana. Perforación intestinal. Peritonitis generalizada.

Comentario.

Niño de 11 años de edad, ingresa al Servicio con un cuadro abdominal agudo, de evolución benigna durante los primeros 20 días. A esta altura de su enfermedad se agrava bruscamente, apareciendo resistencia abdominal generalizada, abdomen en tabla. Se interviene con una laparatomía mínima, dada la gravedad del caso, encontrándose una peritonitis purulenta generalizada. Se dejó drenaje. El enfermo fallece a las 2 horas de la intervención.

Resumen.

1. La perforación intestinal durante la evolución de la fiebre tifoidea no es tan rara en los niños, como manifiestan algunos autores, siendo por lo menos tan frecuente como en el adulto.

2. Queda la tercera semana como indiscutiblemente el período en que con más frecuencia se produce esta complicación y el tipo clínico de fiebre tifoidea puede ser desde el más benigno hasta el más grave.

3. Es la operación precoz a base de un diagnóstico precoz la más útil ayuda al tratamiento de la perforación intestinal tífica.

4. Cuando la perforación se presenta enquistada, creemos que no debe intervenir, salvo, si se presentan síntomas de generalización.

5. A pesar de los progresos efectuados, queda la perforación intestinal tífica como una gravísima complicación de alta mortalidad.

Summary.

The author reports, in a five year study, 14 cases of intestinal perforation during typhoid fever in children.

The symptoms, differential diagnosis and treatment of this complication are discussed. It was seen more frequently in the third week, whether if the clinical course of the illness was mild or severe.

All these cases were operated, with a mortality rate of 66 %. Five patients recovered and nine died.

Best results were obtained with an early diagnosis and when an early operation was performed.

In spite of the new methods of treatments, intestinal perforation in typhoid fever remains as the most severe complication with a high mortality rate.

Bibliografía.

- KRASSO, HUGO. — Medicina de urgencia.
PAVLOWSKY, A. — Abdomen agudo quirúrgico. El Ateneo, 1941.
FEVRE, M. — Chirurgie infantile d'urgence. Masson y Cia. Paris. 1933.
LEJAHRS, F. — Chirurgie d'urgence. 1941.
CORACHAN GARCIA y DOMENECH ALSINA. — Clínica y Terapéutica quirúrgica de urgencia. Labor. 1937.
INVALDI, A. — La Semana Médica. Buenos Aires, 1944. Nº 9. 417-424.
LARGHERO IBARZ. — Peritonitis tífica. Montevideo.
DUNKERLEY, G. E. — British Medical Journal. 1946. IX. 28. 454-457.