LA PERFORACIÓN INTESTINAL TÍFICA

Nuestra experiencia en 71 enfermos operados

DISCURSO DE RECEPCIÓN
en la
REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE BARCELONA

Para ser leído por el Académico electo
Dr. D. JOAQUÍN SALARICH TORRENTS

Discurso de contestación del
Dr. D. LORENZO GARCÍA-TORNEL CARRÓS
Académico numerario

16 de mayo de 1954
BARCELONA

LA PERFORACIÓN INTESTINAL TÍFICA

LA PERFORACIÓN INTESTINAL TÍFICA

Nuestra experiencia en 71 enfermos operados

DISCURSO DE RECEPCIÓN
en la
REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE BARCELONA

Para ser leído por el Académico electo
Dr. D. JOAQUÍN SALARICH TORRENTS

Discurso de contestación del
Dr. D. LORENZO GARCÍA-TORNEL CARRÓS
Académico numerario

16 de mayo de 1954
BARCELONA

Casa Provincial de Caridad
Imprenta - Escuela

Excmo. Sr. Presidente,
Muy ilustres señores Académicos,
Señoras y señores:

En los momentos solemnes de la vida, al llegar a una meta representativa equivalente a la consecución de un ideal o una conquista, sin saber por qué y sin pretenderlo siquiera, muchas veces nos sentimos atraídos por una necesidad de contemplación hacia el pasado, como al llegar a la cumbre de un picacho nos complace deleitarnos en la supervisión del camino recorrido y valorar los innúmeros obstáculos que se habían interpuesto a nuestros deseos y a nuestras ambiciones.

Y en este otear por los caminos del pretérito encontramos, generalmente, un punto, un acto de nuestra vida anterior muy lejano a menudo, que tiene inesperadamente con el momento culminante de hoy un vínculo de parentesco.

Entonces aparece, al relacionar ambos instantes, la impresión de que en la vida todo tiene su correlación sistemática y nos parece, incluso, que lo que acabamos de obtener estaba ya previsto desde lejos, bullía en el subconsciente de nuestra imaginación, desde aquella página tal vez infantil que hoy, al descubrir el libro de recuerdos, se ha abierto precisamente, sin querer, en aquel clisé tanto tiempo olvidado en la memoria y aparecido hoy a nuestros ojos con la precisión que antaño impresionó nuestro ser.

Al trasponer el umbral de este histórico salón, que puede considerarse exponente de la inmortal trascendencia y de la espiritualidad de la ciencia médica de nuestra tierra, adornado con las galas de las festividades determinadas por el protocolo de la recepción que van avivando constantemente el fuego de su tradición y de su historia, siento con la emoción que me corresponde ante un acto que me incumbe de una manera personalísima, una

emoción especial, vinculada intensamente a un humilde episodio de mi adolescencia médica.

Recuerdo... recién terminados mis estudios de Medicina, mi padre que, desde aquel momento, animado por el deseo logrado de una continuidad hacia el mañana, me consideraba, ilusionado, como un órgano más de la Sociedad profesional de la Medicina, cuyo numen infundía a su espíritu aquella vocación que hacía de los médicos de aquel tiempo verdaderos sacerdotes de un culto sagrado a las disciplinas científicas, y que, por otra parte, consideraba esta casa como el templo de nuestra ciencia, me llevó a presenciar una de las solemnidades académicas que por aquel entonces tuvieron lugar en la antigua mansión de la Academia. Y aquel mismo día y otros en que frecuenté esta Aula Magna, sentí cómo inundaba mi alma una oleada de admiración hacia el imponente prestigio de aquellos maestros que, con humana severidad y su — para mí — imponderable saber, mantenían enhiesto el pabellón de nuestra Academia y de nuestra Ciencia.

¿Y por qué no decirlo?... Un deseo emulatorio y un prurito de imitación flotaba en mi espíritu infantil científicamente, mezclando sentimientos y anhelos con ilusas y nobles pretensiones.

Ahora, hoy, en las circunstancias del momento, no me atrevería a penetrar en este salón y ocupar el sillón que vuestra amabilidad y condescendencia me tiene reservado, si no me sintiera asistido, acompañado, llevado de la mano como antaño, no solamente por el espíritu inolvidable de mi padre, sino también por el de otros ascendientes familiares que hicieron de la Medicina exponente indiscutible de tradición familiar.

Mi abuelo, don Joaquín Salarich y Verdaguer, que ejerció la Medicina desde 1836 hasta su muerte en 1884, y consagró su vida al estudio de las ciencias en muy diversos aspectos y ha sido considerado por sus biógrafos como historiador, sociólogo, higienista, literato, etc., galardonado por sus numerosos trabajos en distintas Sociedades científicas nacionales y extranjeras, y ocupa hoy un puesto de honor en la Galería de Vicenses Ilustres, conquistó el título de Correspondiente de esta Academia de Medicina y Cirugía y la Medalla de Oro, con su «Memoria acerca del cólera morbo epidémico, observado en la ciudad de Vich en 1855».

Mi padre, don José Salarich y Giménez, igualmente médico desde 1868 hasta su muerte en 1930, autor de numerosos trabajos sobre temas profesionales, la mayor parte de los cuales vieron la

luz en aquella *Gazeta Médica Catalana,* de primeros de siglo. Poseedor también de títulos honoríficos de distintas entidades nacionales y extranjeras. Mereció el título de Socio Corresponsal de la Real Academia de Medicina en el año 1884, en ocasión de ver premiado su trabajo «Topografía médica del llano de Vich», con la particularidad que durante muchos años ostentó el número 1 de los Correspondientes, por cuyo motivo se hizo constar de un modo especial el sentimiento de la Corporación en el acta de la primera sesión académica que siguió a su muerte.

No por mis méritos personales, sólo por tradición, me siento hoy formar parte de este hogar científico, como si una ley de herencia, inevitable, me obligara a sentarme entre vosotros... No por mis merecimientos, por los méritos y trabajos de mis antepasados que lograron un lugar preeminente, me permito llevar el nombre de nuestro linaje a la corriente de las generaciones que van labrando el prestigio inmarcesible de esta Academia, con la esperanza y el deseo al propio tiempo de lograr los objetivos obligados, para cuya consecución he de encauzar mi voluntad y todas mis actividades, a fin de no desmerecer los sentimientos que animaban a mis antecesores y corresponder a la llamada de vuestra generosidad y de vuestra simpatía.

El ambiente familiar es el protoplasma que proteje y nutre la vida del núcleo. Sin su envoltura protoplasmática este núcleo dejaría de vivir y desarrollarse o, en caso insólito, su vida intrínseca adolecería de lo precario y efímero que su exclusivo desarrollo le hubiera permitido.

Es lógico que en este ambiente que hemos llamado familiar se agrupen no sólo aquellos allegados por vínculos de sangre, sino también aquellos otros que por amistad y relaciones aumenten el caudal de la inteligencia y de la espiritualidad del individuo.

La Medicina no es solamente un arte. El arte puede nacer congénitamente con el espíritu del nuevo ser. La Medicina es Ciencia, y si la vocación hacia esta ciencia puede hallarse intrínsecamente vinculada al alma del profesional, el desarrollo y la práctica de esta Ciencia debe aprenderse del estudio y de la experiencia de los preformados. Los maestros que inculcan esta disciplina y contribuyen a la formación profesional del médico, forman parte indispensable de aquel ámbito familiar, puesto que se hacen acreedores de una deuda vitalicia al haber contribuído a la formación espiritual del médico.

El médico, como hombre, no podrá jamás independizarse de su actuación profesional. Su vida y su obra se hallarán en el porvenir enlazadas, y ni una ni otra podrán desgajarse del tronco básico de su personalidad médica. El contacto vocacional científico con el espíritu libre del hombre aislado de su ciencia es demasiado íntimo y profundo. En todos sus actos el médico dejará entrever el sello de su profesión, y dichoso aquel que haya logrado esta virtud plenamente, por cuanto será poseedor del verdadero espíritu científico del perfecto y ecuánime profesional de la Medicina.

Y es aquí, precisamente, en este aspecto, cuando es más necesario el ejemplo y la compenetración con el maestro, y una manera digna de demostrarles este afecto es, además de recordarlos en todos los momentos de nuestra vida, evocarlos públicamente en los actos que representen para nosotros un honor, para ofrecerles a ellos, en nuestro nombre, la más honda emoción como homenaje y como transferencia de este honor.

Sería para mí imperdonable si dejara de invocar a este respecto, en primer lugar, el nombre de aquel malogrado amigo, el doctor Joaquín M.ª Balcells y Serch, a quien estaba unido ya anteriormente por lazos íntimos de amistad familiar y que, con el tiempo, con el roce persistente de su abnegada protección, convirtiéronse en un nudo ferviente de afecto personal. Como un segundo padre, deseoso del bienestar y progreso del hijo preferido, él fué quien me acercó a las figuras próceres de la cirugía de aquella época, seguro de cobijarme en el mejor regazo, donde aprendiera con verdadera eficiencia los cimientos de la práctica quirúrgica. Y fué al lado de los dos grandes maestros el doctor Juan Puig Sureda y el inolvidable doctor José M.ª Bartrina Thomas donde inicié mis armas en la palestra de la cirugía.

Íntimamente ligado a la actuación profesional del doctor Puig Sureda durante los últimos años de mi vida de estudiante y los primeros de mi carrera de médico, tuve la suerte de poder aprender de aquella inteligencia privilegiada, que lo consagró rápidamente como eminencia quirúrgica nacional e internacional por sus profundos conocimientos clínicos, por su destreza técnica, por su originalidad portentosa, los secretos de su mente peclarísima y de técnica extraordinaria, que tanto influyeron en mis principios y origen y siguen influyendo en el curso de mi actuación, y seguirán, por su arraigo y profunda cristalización, en todo el curso de mi vida, por larga que Dios quiera concedérmela. Permítanme que

en estos momentos solemnes, al evocar en mi espíritu, mucho más y mejor que puedan mis palabras, toda la ciencia y el arte que vertió en mi alma, que desencadenaron, sin duda, para siempre el complemento de mi vocación quirúrgica, y el desenvolvimiento de todas mis posibilidades en aras a la conquista de mis más nobles esperanzas, intente depositar, también en espíritu más que con palabras, el verdadero sentimiento de mi eterna gratitud y los más profundos afectos de veneración y aprecio.

Dios ha querido que él sea el único que se halle presente de las personas de quienes tengo obligación de hablar aquí. Los citados doctores Balcells Serch y Bartrina Thomas, junto con el doctor Torres Casanovas, el doctor Ondiviela Garriga, el doctor Morales Llorens, han pasado ya el umbral de la eternidad. No me será posible hacerles oir mi palabra portadora de un elogio lleno de devoción y de agradecimiento.

Al lado del doctor Puig Sureda, en la Cátedra de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina del Hospital Clínico, pasé los mejores años de mi formación.

El doctor Torres Casanovas fué también para mí un verdadero maestro; en las lecciones Clínicas al lado del enfermo se superaba, y eran una verdadera delicia por su método y claridad.

El doctor Antonio Morales Llorens, de quien es proverbial no sólo su preparación médica, sino su extensa cultura extramédica, se regocijaba con los progresos de sus ayudantes, no ponía obstáculo alguno a nuestros anhelos y a nuestras inquietudes, favorecía y ayudábanos a llevar a cabo cualquier intento o sugerencia que creyera, naturalmente, oportuna, y con su dejar hacer, durante todo el tiempo que regentó la Cátedra de Patología Quirúrgica, permitió ampliar enormemente las bases de nuestra destreza técnica, para lanzarnos a la vía libre de todas las ingerencias que debían desvelar las rutinas de las llanas actuaciones.

Con el doctor Elías Ondiviela Garriga, su primer ayudante, crearon en torno a la cátedra un clima de placidez, exento de disenciones y desarmonías. Uno sentíase allí como en su propia casa y, por ende, con una absoluta libertad de movimientos y con una gran libertad de opinión, que contrastaba verdaderamente con el ambiente de otros círculos cerrados y encogidos. Pero, al propio tiempo, en medio de esta sencillez se notaba acariciadora la responsabilidad y la tutela, científica y paternal, de los profesores.

Ruego a Dios que disfruten en el cielo la recompensa del bien

que ejercieron sobre mí, en esta tierra, y reciban en estos momentos el hálito de la emoción que me domina al recordarlos, como testimonio inolvidable de eterna gratitud.

No quiero terminar este preámbulo sin dedicar una palabra de afecto y estimación a mi buen amigo y compañero doctor Leandro Cervera Astor, mi predecesor inmediato en este sillón académico. Todos le conocemos y sabemos de su valor científico de resonancia universal, sus profundos estudios de fisiología y endocrinología le han colocado en la cumbre de las lumbreras mundiales. Analizar y seguir su obra constituiría un estudio interminable que no cabría en los límites de una vulgar salutación. Me redime de esta responsabilidad el hecho de ser de todos conocido intensamente, y rogándole mis excusas precisamente por esta omisión, reciba el abrazo más cordial y efectivo de un devoto y singular amigo, que sólo desea no desmerecer con su pobre actuación del recuerdo sólido y brillante de su paso científico por esta Academia.

Después del homenaje que acabo de rendir a la grata memoria de mis preclaros maestros, queda todavía subsistente en mí una obligación moral insatisfecha, y es la de testimoniar mi profundo agradecimiento a los señores Académicos que un día propusieron mi modesto nombre para tan prestigiosa investidura y a todos aquellos que benévolamente me concedieron su favorable voto, y en este terreno del agradecimiento permitidme que reserve un lugar de especial predilección para uno de vosotros, de quien recibo hoy el más preciado galardón al haberse dignado apadrinarme en esta solemnidad académica; me refiero a mi querido amigo y por tantos motivos ilustre, el excelentísimo doctor don Lorenzo García Tornel Carrós. Con su inagotable cordialidad, y por el gran afecto que me profesa — de ello no tengo la menor duda —, ha querido tomar parte bien destacada en este acto, contestando a mi mal hilvanado discurso con una magnífica disertación literaria, con aquella galanura y erudición de estilo que le son peculiares. Queda, pues, desde hoy acrecentada en desmesurada proporción la inextinguible deuda de gratitud que desde hace muchísimos años tengo contraída con el doctor García Tornel, quien, con su ejemplar actuación profesional y sus alentadores estímulos, ha influído de un modo muy decisivo en el modelado de mi personalidad médica y ha hecho posible que la experiencia que hoy día poseo del tema de las perforaciones tíficas lo deba exclusivamente

a su maravillosa y triunfal empresa de organización estructural y funcional del considerable mecanismo médico sanitario del Ayuntamiento de Barcelona, al frente de la Tenencia de Alcaldía de Sanidad, en el que el doctor García Tornel ha dejado un indeleble recuerdo de eficacia y acierto. Aceptad, pues, mi dilecto amigo, el fraternal testimonio de mi agradecimiento por vuestra aportación personal a esta solemnidad académica y tened la seguridad de que me siento profundamente feliz de que hayáis compartido conmigo este gran momento de mi vida.

LA PERFORACIÓN INTESTINAL TÍFICA

NUESTRA EXPERIENCIA EN 71 ENFERMOS OPERADOS

Numerosas son las enfermedades infecciosas en que la cirugía presta una máxima colaboración para resolver accidentes que caen de lleno en el campo de la terapéutica quirúrgica, pero en ninguna ha sido tan amplio como en las complicaciones en el curso de la fiebre tifoidea.

El objeto, pues, de mi disertación es aportar y ofrecer a esta Real Academia de Medicina el fruto de una personal experiencia sobre el enunciado del tema, recogiéndose una actuación de diez años consecutivos al frente del servicio de cirugía del Hospital Municipal de Infecciosos de esta ciudad.

Precisamente ahora, después de esta cotidiana observación, podemos sacar conclusiones y delimitar conceptos que, tanto bajo un punto de vista clínico como terapéutico, coadyuven a sentar un certero diagnóstico y un eficaz tratamiento en las complicaciones de la fiebre tifoidea.

Pedro Pons, en su magna obra de Patología Clínica Médica, define la fiebre tifoidea diciendo que es una infectopatía específica producida por el bacilo de Eberth, germen transportado por las heces, agua y alimentos, el cual penetra en las formaciones linfáticas del intestino, que se infartan y ulceran, y a través de ellas penetra en la sangre, albergándose ulteriormente en el retículo endotelio; por consiguiente, la localización ulterior no se limita siempre al tubo digestivo, por evidente que sea su predilección por las placas de Peyer, sino que puede hacerlo en cualquier tejido o aparato de la economía. Tan cierto es esto, que un aparato cualquiera es capaz de reaccionar con preferencia a los demás y su sintomatología particular dar carácter especial a la enfermedad.

Así, pues, las lesiones tíficas en el aparato digestivo pueden dar lugar a perforaciones, hemorragias, invaginaciones, apendicitis, colecistitis, abscesos hepáticos, abscesos y roturas del bazo, pancreatitis y parotiditis.

En el aparato pleuropulmonar, a pleuresías, abscesos y gangrenas pulmonares.

En el aparato circulatorio a trombosis, embolias, roturas de ganglios linfáticos mesentéricos supurados.

En el osteo-articular a periostitis, osteítis, osteomielitis, artritis, osteoartritis.

En el aparato nervioso central, abscesos, paquimeningitis hemorrágicas, etc.

En el aparato uro-genital, perinefritis, abscesos renales, orquiepididimitis, anexitis, úlceras vulvares y vaginales, además de mastitis y estrumitis.

En los embarazos son frecuentes el aborto o parto prematuro.

En el tejido celular subcutáneo son corrientes los abscesos, las escaras y las gangrenas cutáneas.

Nos ocuparemos única y exclusivamente de la complicación más grave y relativamente frecuente, la más temida por el médico y la que por sus numerosos fracasos operatorios pone a prueba el temple del cirujano; ésta es la perforación intestinal tífica.

Muchos enfermos afectos de perforación intestinal han sido abandonados a su suerte por facultativos que conocían los constantes fracasos operatorios. Prácticamente el curso de la perforación abandonada a sí misma es letal.

LUKE, en 1885, es el primero que practica esta operación, y seis años después VAN HOOR publica tres casos operados con una curación, y a partir de entonces los cirujanos de todos los países abordan esta complicación, ya publicando casos aislados o estadísticas más numerosas, desalentadoras unas con 100 por 100 de fracasos, esperanzadoras otras, pero que demuestran el tesón y la constancia que nos había de conducir a los resonantes éxitos que obtenemos hoy, especialmente con la ayuda de los antibióticos.

KEEN es el cirujano que con más extensión estudia estas complicaciones y publica en 1908 una monografía intitulada «The surgical complication and sequels of typhoid Fever» en su tratado de Cirugía, en 1910, expone muchas de estas complicaciones en forma no igualada por otros autores.

Más modernamente, han sido publicadas, por JACKES DOR en 1939, GARCÍA BARON en 1945, DETLEPEN en 1949 y nosotros, interesantes monografías sobre las complicaciones quirúrgicas del tifus abdominal; pero todas estas monografías han sido publicadas

antes de la era antibiótica específica y, si bien el curso clínico de los mismos ha variado muy poco, no así el pronóstico y tratamiento pre-per y post-operatorio, dando como resultado un porcentaje verdaderamente extraordinario de curaciones, y aquella explicación requiere nuevas posiciones y queremos volver a puntualizarlas aquí con la esperanza de que estos conceptos se difundan entre los clínicos, ya que llevan aparejados importantes detalles terapéuticos.

Nosotros, que hemos vivido estas dos épocas, podemos dar fe, a pesar de las muchas restricciones a que nos hemos visto obligados en la prescripción de los antibióticos, que los mismos, si bien no excluyen tales complicaciones, éstas han disminuído, y en los casos en que hemos intervenido ulteriormente, la curación ha sido casi la regla.

Hemos observado esta complicación en 71 enfermos, entre los 2,518 tifódicos ingresados en el Hospital Municipal de Infecciosos de Barcelona, desde enero de 1944 hasta diciembre de 1953, lo cual representa una frecuencia de 2'81 por 100, además de 10 casos de nuestra Clínica privada. En este trabajo nos referiremos solamente a los enfermos hospitalarios.

La mayoría de los autores publican porcentajes de perforaciones que oscilan entre 2 y 4 por 100.

Así, HARTE y ASHHURST, en 1904, sobre 8,881 casos señalan el 2'54 por 100; ARMSTRONG, en 1913, sobre 1,405 casos, el 4'98 por 100. MATTEI, BRAICH, DUMONT y MONJES, en 1937, hallan un 4 por 100. DOR y GARCÍA FERNANDO DOMÍNGUEZ, en 1,000 enfermos señalan un 2'2 por 100; BARON, un 3 por 100.

Cifras que se apartan ya de las anteriores son las de KRILOFF, que alcanza el 8 por 100, y en otro sentido, las de TORRES GOST, que llega tan sólo a un 0'65 por 100.

Las variaciones de la frecuencia son debidas en gran parte a las características epidemiológicas, pero como vemos, en general, la cifra media viene a ser la de un 3 por 100.

En nuestra estadística hay un predominio del sexo masculino. Sobre 71 casos hay 45 en hombres y 26 en mujeres. Este predominio del sexo masculino se señala en la mayoría de las estadísticas, si bien de forma menos acusada que en la nuestra.

Prácticamente hemos observado la perforación en cualquiera de las edades comprendidas entre los 5 y los 60 años. Como puede

apreciarse en el siguiente cuadro, la máxima frecuencia corresponde a la juventud, entre los 15 y los 20 años, siendo ya bastante elevada en todo el espacio comprendido entre los 5 y los 30 años, edades en las que también la tifoidea se da con más frecuencia.

CUADRO DE FRECUENCIA EN RELACIÓN CON LA EDAD

	Casos
De 5 a 10 años	9
De 10 a 15 años	10
De 15 a 20 años	18
De 20 a 25 años	10
De 25 a 30 años	8
De 30 a 35 años	6
De 35 a 40 años	4
De 40 a 45 años	1
De 45 a 50 años	3
De 50 a 55 años	2
Total	71

La perforación tífica suele sobrevenir al final de la tercera semana o comienzos de la cuarta. También se han señalado casos muy precoces, como los de LIECOMPTE, POTAIN, GARCÍA BARON, etcétera. Este último autor describe tres casos en que la perforación ocurrió el 6, 7 y 8 día, respectivamente, del comienzo de la enfermedad tífica.

Casos tardíos han sido, asimismo, descritos. CURSCHMAN cita un perforado al centésimo día de la enfermedad, y GARCÍA BARON, otro en el que se presentó la perforación a los dos meses de haber sido dado de alta el enfermo de su tifoidea.

Nosotros, sobre 71 casos, hemos observado las siguientes fechas de aparición:

	Casos
A la primera semana	1
A la segunda semana	8
A la tercera semana	23
A la cuarta semana	17
A la quinta semana	9
A la sexta semana	8
A la séptima semana	1
A la octava semana	2
A la novena semana	1
A los cinco meses	1
Total	71

El perforado más precoz ha sido a los 4 días de comenzar la sintomatología con anorexia, astenia, cefalea y fiebre. Era un muchacho de 16 años, al cual, en la intervención, se le encontraron dos perforaciones en íleon, a 5 y 35 cm., respectivamente, de la válvula íleo cecal.

El perforado más tardío era un hombre de 26 años, perforado a los cinco meses del comienzo de su tifoidea, se le encontró a la intervención, y a 5 cm. de la válvula íleo cecal, una perforación del tamaño de una lenteja.

Cabe, pues, pensar, en vista de todo ello, que en cualquier momento de la evolución de una tifoidea puede presentarse la tan temida complicación y aun es posible que la perforación sea el primer síntoma de una tifoidea ambulatoria, como es el caso descrito entre nosotros por J. A. BORRÁS, en un niño de 9 años, habiendo otros casos análogos publicados.

La perforación intestinal tifódica es, en general, consecuencia de una úlcera que, iniciada en la vertiente mucosa del intestino, ha ido progresando hasta la serosa peritoneal, terminando por producir la necrosis de la misma, estableciendo una comunicación directa entre la cavidad del intestino y la cavidad peritoneal.

El punto de origen de las perforaciones radica en las placas de PEYER y folículos solitarios del intestino inflamadas por el proceso tifódico.

Para REILLY la ulceración se debería a una acción directa de la toxina tífica sobre el sistema nervioso vegetativo de la cavidad abdominal.

En cambio, para LAVERGNE se debería a una reacción alérgica al ponerse en contacto los gérmenes (en vías de expulsión, tras haber dado lugar a una fase bacteriémica) con los folículos linfáticos y placas de Peyer del intestino.

El progreso anatomopatológico de la lesión intestinal tífica es por sí solo suficiente para dar lugar a la perforación, aun en las mejores condiciones de quietud del intestino y sin ayuda de influencias extrañas.

No obstante, un número variable de circunstancias suelen acelerar, e incluso en un momento dado determinar, la perforación.

Figuran entre éstas: las transgresiones dietéticas, el uso inadecuado de purgantes, el meteorismo acentuado, etc., pero principalmente queremos señalar la intervención de los ascárides.

Nosotros hemos encontrado ascárides en el interior del íleon

en 6 casos. En uno de ellos se trataba de un hombre de 30 años, que a la intervención se encontró en el íleon, y a 5 cm. de la válvula ileocecal, una perforación, y asomando por el orificio de la misma, un áscaris de 5 cm. de largo.

Otro caso era una chica de 14 años, que se intervino, encontrándose en íleon, a 10 cm. de la válvula, una perforación del tamaño de un guisante, que se suturó. La enferma falleció a los 3 días, y a la autopsia se encontraron dos áscaris en la cavidad libre abdominal y dos más en intestino delgado.

En otro caso lo primero que apareció en el campo operatorio, al incindir el peritoneo, fué un ascárides.

Estamos convencidos que la existencia de ascárides en el interior del intestino de un tifódico aumenta el peligro de perforación por la acción directa traumática del áscaris sobre la lesionada pared intestinal tifódica.

Las alteraciones anatomopatológicas características de la tifoidea, a nivel del intestino, tanto en los folículos linfáticos como de las placas de Peyer, asientan en las proximidades de la válvula ileocecal y en la porción distal del íleon.

Pueden hallarse también en el intestino grueso, si bien en proporción muy reducida.

Otras localizaciones a lo largo del conducto digestivo son posibles, pero su aparición constituye más bien una rareza.

Estos hallazgos anatomopatológicos nos explican perfectamente el por qué la mayor parte de las perforaciones tienen lugar a nivel de la válvula ileocecal y de la porción del íleon contigua a ésta.

Haggard señala un 95 por 100 de casos con esta localización. Buizard, estudiando 555 casos, halló en 519 la perforación en la porción del íleon.

En nuestros 71 casos la topografía de las perforaciones ha sido la siguiente, con la particularidad de que en varios enfermos hemos encontrado más de una perforación.

Topografía de la perforación intestinal tífica

	Perforaciones
En la misma válvula ileocecal	1
En la base del apéndice	1
En íleon a 2 cm. de la válvula ileocecal	1
En íleon a 4 cm. de la válvula ileocecal	3

	Perforaciones
En íleon a 5 cm. de la válvula ileocecal	12
En íleon a 8 cm. de la válvula ileocecal	3
En íleon a 10 cm. de la válvula ileocecal	13
En íleon a 12 cm. de la válvula ileocecal	1
En íleon a 15 cm. de la válvula ileocecal	9
En íleon a 20 cm. de la válvula ileocecal	6
En íleon a 21 cm. de la válvula ileocecal	2
En íleon a 25 cm. de la válvula ileocecal	3
En íleon a 30 cm. de la válvula ileocecal	6
En íleon a 35 cm. de la válvula ileocecal	1
En íleon a 40 cm. de la válvula ileocecal	1
En íleon a 50 cm. de la válvula ileocecal	2
En la primera porción del colon ascendente	1
En el ángulo hepático del colon	1
En sigma	2
En curvadura mayor del estómago	2
En esófago	1

Revisando la literatura es posible encontrar casos de varios autores, en los cuales la perforación asentaba en lugares distintos a los clásicos 50 cm. finales del íleon.

Así, por ejemplo, Mitchan, Kaiger y Micrulicz describen perforaciones en el ciego, apéndice, sigma y colon transverso. Lejars, Leri y Deschamps han descrito casos de perforación tífica en el divertículo de Meckel. Mauguer expone dos casos de perforación en el duodeno, y Bletsoe uno de perforación píloroduodenal. En el estómago también ha sido observada la perforación tífica por Basille; Laudet y Hutinel las hallaron en el recto.

Nuestro caso con perforación en curvadura mayor del estómago era un hombre de 38 años que llevaba 29 días de enfermedad, con hemocultivo positivo y seroaglutinación positiva al Eberth al 1/320. Diagnosticada la perforación en fase algo tardía, se interviene hallándose el enfermo con un cuadro de peritonitis generalizada. Se practica la anestesia local con solución de novocaína al 1 por 100 con adrenalina. Incisión de Mac Burney. Al abrir el peritoneo, aparece gran cantidad de líquido seropurulento, que se aspira. A 10 cm. de la válvula ileocecal, en el borde externo del íleon, perforación puntiforme, que se sutura. Cierre por planos.

El enfermo fallece a las 40 horas de operado, con un cuadro de colapso y coma.

Practicada la necro, nos encontramos en la curvadura mayor del estómago, un orificio en forma de ojal, del tamaño de una

moneda de 10 céntimos, o más, y en la misma curvadura y contigua a la anterior, otra de tamaño algo menor.

El caso con perforación en esófago se trataba de un hombre de 34 años, que llevaba 22 días en su tifoidea. El hemocultivo y la seroaglutinación eran positivas al Eberth, ésta última al 1/120. Diez días antes de la perforación tuvo una enterorragia, y en los precedentes últimos días a la perforación, nuevas enterorragias. Diagnosticada la perforación, se interviene a las 7.30 horas de sobrevenir los dolores localizados en fosa ilíaca derecha. Se practica anestesia local e incisión de Mac Burney. En cavidad abdominal se encuentra contenido seropurulento, que se aspira. En el íleon, y a 5 cm. de la válvula, se encuentra una perforación del tamaño de una lenteja. A 10 cm. de la primera, otra perforación puntiforme. Ambas se suturan. A unos 20 cm. de la última, se observa una placa de Peyer en estado preperforativo, que se sutura. Cierre total por planos. El enfermo fallece a los 5 días de operado.

En la necropsia encontramos: Neumotórax bilateral, con contenido gástrico en ambas cavidades pleurales. En el tercio inferior del esófago se observa, en todo su largo y en situación anteroizquierda, una ulceración abierta a cavidad pleural izquierda de 1'5 cm. de anchura. En la cara derecha, y en la unión del tercio inferior y medio esofágicos, dos ulceraciones contiguas abiertas a cavidad pleural derecha, de una longitud y diámetro de unos centímetros.

La localización de la perforación, por lo que hace referencia a los distintos puntos de la circunferencia intestinal, hay que señalar que, asentando en su inmensa mayoría las placas de Peyer y folículos linfáticos en la parte intestinal opuesta a la inserción mesentérica, las perforaciones no tienen nada de particular que las hayamos encontrado siempre que han estado localizadas en el intestino, en la zona opuesta a la inserción mesentérica.

En la mayoría de los casos, la perforación es única, aunque es posible que dos o más úlceras intestinales se perforen simultáneamente, dando lugar a la perforación múltiple.

En estos casos los orificios de las perforaciones suelen hallarse próximos. García Baron, en 22 perforados, ha encontrado en 4, perforaciones múltiples. En un caso de Hoffmnann coincidían 25 perforaciones en el yeyuno. Nosotros, en 71 perforados, hemos

encontrado perforaciones múltiples en 10 casos. La topografía era la siguiente:

1. Una perforación a 10 cm. de la válvula íleocecal y dos perforaciones en curvadura mayor de estómago.
2-3. Dos perforaciones a 5 cm. de la válvula íleocecal y otra a 8 y 10 cm. de la misma, respectivamente.
4. Una perforación en ángulo hepático del colon y otra en asa sigmoidea.
5. Una perforación a 10 cm. de la válvula íleocecal y otra a 25 cm. de la misma.
6. Una perforación a 10 cm. de la válvula íleocecal y otra a 30 cm. de la misma.
7. Seis perforaciones y una placa de esfacelo de 3 cm. de largo por 2 de ancho, todo ello en una porción de íleon, distante entre 25 y 30 cm. de la válvula íleocecal.
8. Una perforación a 15 cm. de la válvula íleocecal y otra a 21 cm. de la misma.
9. Una perforación a 5 cm. de la válvula y otra en la misma válvula íleocecal.
10. Una perforación a 5 cm. de la válvula íleocecal y otra a 35 cm. de la misma.

Aparte de estos casos en que las perforaciones aparecen simultáneamente, existen aquéllos en que las perforaciones son sucesivas, hecho sólo observado después del tratamiento operatorio de la primera. Reciben el nombre de Perforación Iterativa, y de éstas nos ocuparemos más adelante.

Tamaño del orificio de la perforación. — El aspecto macroscópico del orificio es generalmente puntiforme, radicando en el centro de una placa de Peyer. Hutchinson ha publicado un caso de 2 cm. de diámetro. Bonnet y Platchu han observado otro con orificios amplios y múltiples. Santy, un vasto orificio del colon, y Haetorn, una gangrena masiva a nivel del intestino. En nuestros casos hemos podido observar desde un amplio esfacelo hasta las clásicas perforaciones puntiformes.

Anatomía patológica macroscópica. — En el acto operatorio de nuestros casos hemos observado siempre la alteración de la porción intestinal vecina a la perforación en una extensión variable entre 40 y 60 cm. Las asas intestinales aparecían flogosicas y edematosas. En algunas zonas, debido a las intensas lesiones de las capas mucosa y muscular, la pared del intestino se presentaba adelgazada, permitiendo casi apreciar su contenido. En otras porciones

podían apreciarse manchas blancuzcas y enrojecidas que correspondían a los folículos solitarios y placas de Peyer tumefactas. El resto de la serosa intestinal puede encontrarse normal o deslustrado con concresiones fibrinosas, según el grado de reacción peritoneal.

Sintomatología de la perforación intestinal tífica. — La sintomatología depende en gran parte del estado general del enfermo en el momento de ocurrir la perforación y de la forma evolutiva de la enfermedad.

En las tifoideas hipertóxicas graves y ataxodinámicas hay escasez de signos peritoneales por hallarse éstos velados debido al estado de adinamia y postración de estos enfermos. En contraposición, en las formas leves, ambulatorias o semiambulatorias se suele mostrar un episodio llamativo intensamente doloroso.

En la perforación intestinal tífica hay tres síntomas capitales, que son:

Dolor espontáneo y a la palpación.
Defensa de la pared.
Neumoperitoneo.

Basándonos en nuestra experiencia, haremos unas cuantas consideraciones sobre los mismos:

a) *Dolor espontáneo.* — El dolor, sea cual fuere su intensidad, es el primer síntoma que llama la atención del médico. Saber apreciarlo debidamente constituye un dato de mucho valor para llegar, por lo menos, a la presunción de una complicación de tipo perforativo.

De acuerdo con Pablos Abril y Silva Alcántara, en todo tifódico debe valorarse la aparición de cualquier manifestación dolorosa abdominal, y, con mayor motivo, si aparece bruscamente y persiste un tiempo prudencial. Si a este dolor abdominal se le añade cierto grado de contractura, por discreto que sea, es suficiente, según Soupault, Loiseul y Merigot, para sentar una indicación operatoria, opinión que también es compartida por nosotros.

En la perforación intestinal tifódica no suele hallarse un cuadro agudo doloroso comparable al del perforado gástrico. Es más frecuente la sintomatología propia de la perforación solapada, quieta, engañosa, que puede pasar inadvertida por el médico.

Sin embargo, el dolor suele existir siempre en mayor o menor grado. Todos nuestros enfermos han acusado dolor espontáneo. En el 18 por 100 ha sido lo suficientemente intenso para llamar la atención y hacer pensar en el accidente perforativo; en el 82 por 100 restante se apreció dolor subjetivo de mediana o discreta intensidad.

La localización inicial del dolor espontáneo se repite clásicamente, que es en el cuadrante inferior derecho del abdomen; pero en nuestras observaciones hemos encontrado el mismo número de casos en los que el dolor se localizaba en el hemiabdomen inferior. En cambio el dolor generalizado a todo el abdomen lo hemos encontrado sólo en el 21 por 100 de los casos.

La localización supraumbilical es rara y solamente se la observa en los momentos iniciales, pasando posteriormente al cuadrante inferior derecho.

Hay que hacer notar que por la localización del dolor no podemos excluir la perforación tífica, dadas las diferentes posibilidades topográficas de la misma.

El dolor espontáneo puede persistir, disminuir o desaparecer totalmente.

a) *Dolor a la palpación.* — Es siempre constante, nunca falta en los alrededores de la zona apendicular, en la forma clásica y en las proximidades del ombligo, fosa ilíaca izquierda o hipocondrio izquierdo, en las perforaciones de topografía menos frecuente. Tiene, por lo tanto, en el enfermo tífico un valor esencial (Cushing).

b) *Defensa de la pared.* — La reacción peritoneal en estos enfermos no es casi nunca brutal y a veces puede estar ausente. La característica fundamental es la de ceder a la mano que oprime suavemente para reencontrarse a cada nueva palpación. Brown ha observado que la contractura aun localizada en fosa ilíaca derecha puede ser desplazada por los movimientos del enfermo al mismo tiempo y en igual sentido que el dolor que la motiva. Según García Baron, en unos casos constituye un virtuosismo poder distinguir tal contractura de la tensión intraabdominal provocada por el meteorismo. Asimismo afirma que en muchas ocasiones lo que se percibe con la exploración es una sensación mixta que él llama con mucho acierto «constractura tensión», en la que probablemente intervienen ambos factores.

c) *Neumoperitoneo y desaparición de la matidez hepática.* — El neumoperitoneo constituye un signo de mucho más valor que la desaparición de la matidez hepática, ya que ésta suele ser negativa en los casos en que la cantidad de gas es insuficiente. Por el contrario, en aquellos casos en que el hígado se haya basculado a causa del meteorismo intenso o por interposición de una asa meteorizada o del colon transverso, puede darnos una falsa interpretación, ya que en estas circunstancias habrá desaparecido la matidez hepática, sin existir perforación.

Dada la inseguridad semiológica de dicha desaparición, es preciso recurrir a la exploración radiográfica y radioscópica en busca del neumoperitoneo.

La visualización del neumoperitoneo tiene su máximo valor cuando se trata de un enfermo que sufre su primera perforación tífica; pero no así cuando la sintomatología hace sospechar una perforación iterativa y mucho menos cuando el presunto accidente ha tenido lugar a las pocas horas de la primera perforación, ya que la presencia de un remanente de gas en la cavidad puede darnos como falsamente positivo el segundo examen radiológico. Por el contrario, su ausencia no debe invalidar el diagnóstico de perforación si los demás síntomas clínicos lo apoyan.

En cuanto a las localizaciones del neumoperitoneo, la mayoría de las veces es exclusivo del lado derecho. La existencia de un neumoperitoneo localizado solamente en el lado izquierdo, si bien es una posibilidad citada por algunos autores, nosotros no la hemos visto ni una sola vez.

En cambio, en neumoperitoneo bilateral lo hemos observado en cuatro casos.

Indudablemente, su aparición depende del mayor contenido gaseoso libre en la cavidad peritoneal, y en favor de ello tenemos el hecho de haber sido diagnosticados algo tardíamente. Pero nos interesa particularmente y de una manera especial hacer constar un hecho observado por nosotros y es que en las perforaciones cuyo asiento radica en el intestino grueso el neumoperitoneo ha sido siempre bilateral y franco, lo cual puede constituir incluso un dato de cierto valor para el diagnóstico topográfico de la perforación y, además, nos sirve de orientación para escoger el procedimiento técnico quirúrgico más adecuado para abordar la perforación.

Actualmente, en nuestra estadística de setenta y un casos de perforaciones tíficas hemos encontrado cuatro perforaciones cólicas,

y en todos ellos el neumoperitoneo ha sido francamente bilateral y a los pocos momentos iniciales de la perforación.

La causa fundamental de estos hechos radica, a nuestro juicio, en el mayor contenido gaseoso del colon, lo que permite una mayor y más rápida irrupción de los gases hacia la cavidad peritoneal. Deben influir también las características de la úlcera y, quizá, algunas particularidades anatómicas de la misma.

El neumoperitoneo doble creemos que debe marcarnos la práctica de la laparotomía media, para que nos permita abordar esta clase de perforaciones que se apartan de las más corrientes; al propio tiempo, debemos considerarlo como patognomónico de las perforaciones cólicas.

Aparte de los tres síntomas capitales que hemos analizado, existen en la perforación tífica algunos signos accesorios que pueden clasificarse en funcionales, físicos y generales.

a) *Signos accesorios funcionales.* — Los más llamativos son la supresión brusca de la diarrea habitual y la falta de expulsión de gases y materias fecales. Como consecuencia de la reacción peritonel, también es frecuente hallar disuria y tenesmo vesical.

Por lo que hace referencia a los vómitos iniciales, según nuestra experiencia son relativamente frecuentes, ya que los hemos hallado en un 83 por 100 de nuestros perforados. En cambio, Kriloff afirma que el vómito es raro y aparece sólo en el último período de la peritonitis bajo la forma de vómitos fecaloideos. Según Armstrong, no serían precoces, pero se hallan en el 75 por 100 de los casos, coincidiendo con Cushing y Leroix, que los señalan en un 75 a 80 por 100.

b) *Signos accesorios físicos.* — La respiración se hace superficial y taquipneica de tipo costal superior. El enfermo aqueja hiperestesia cutánea abdominal, a la que Olmer concede importancia como signo perforativo. La matidez de los flancos es debida al derrame de líquido en la cavidad peritoneal. El timpanismo abdominal suele ser precoz e intenso en su aparición. Sin embargo, este dato no tiene mucho valor diagnóstico, por cuanto el meteorismo abdominal precede con mucha frecuencia a la perforación o existe aisladamente en muchos tifódicos sin que la perforación sobrevenga ulteriormente.

El tacto rectal revela dolor localizado a nivel del fondo de

saco de Douglas, que se percibe prominente cuando la cantidad de líquido peritoneal alcanza cierto volumen.

c) *Signos accesorios generales.* — La perforación tífica provoca una brusca depresión del estado general del paciente, tanto más acusado cuanto menos afectado se encuentra el enfermo por la intoxicación de la enfermedad tifódica. El pulso se hace más rápido y filiforme y los tonos cardíacos se debilitan.

Clásicamente se señala un brusco colapso térmico que contrasta con la rápida aceleración de la frecuencia cardíaca. Dicha hipotermia se seguiría a las pocas horas de una brusca elevación febril.

En nuestros casos de perforación tífica hemos podido observar una gran disparidad por lo que concierne a este rápido descenso de la temperatura. El descenso rápido de la temperatura se aprecia evidentemente acompañando a la enterorragia, debiéndose interpretar como uno de los síntomas del colapso general determinado por la hemorragia.

En cambio, la perforación acaecida en una úlcera que lentamente se ha ido fraguando a través de la pared intestinal, provoca una reacción peritoneal, no siempre de aparición violenta, que se manifiesta por una elevación térmica, sobre todo apreciable si el estado febril anterior del enfermo no era muy acusado.

Recuento y fórmula leucocitaria en la perforación intestinal tífica. — Pablos Abril distingue, en cuanto a la alteración hematológica consecutiva a la perforación, lo siguiente: Si ésta sobreviene en una tifoidea larvada o ambulatoria, la alteración es brusca, con leucocitosis, neutrofilia y eosinofilia. Hay aumento de las formas inmaduras, especialmente con el núcleo en cayado. Este hemograma puede aparecer en cualquier perforación del tubo digestivo y, por tanto, obliga a realizar un diagnóstico diferencial.

Cuando la perforación ocurre en el período de estado o convalescencia de la fiebre tifoidea, en un 20 por 100 de los casos no se produce alteración hematológica, y en el 80 por 100 restante tiene lugar la aparición de formas inmaduras.

Según Behrend, la falta de leucocitosis en el curso de la perforación intestinal tífica sería relativamente frecuente en las primeras horas que siguen al accidente, hecho también observado por nosotros, por cuyo motivo coincidimos con este autor en la necesidad de valorar más los hechos clínicos que los exámenes de laboratorio, por lo menos en la fase precoz de la perforación.

Signos preperforativos. — Habrá que extremar la vigilancia y pensar en la posible aparición de una perforación siempre que un tifódico tenga una severa infección tífica, una diarrea intensa, un dolorimiento intestinal que, aunque ligero, sea bastante persistente, un aumento del meteorismo y, sobre todo, un dato del mayor interés, como son las hemorragias intestinales copiosas y repetidas, que traducen evidentemente la gravedad de las ulceraciones intestinales. De ciento sesenta y siete casos de hemorragia observados entre dos mil quinientos dieciocho que constituyen la estadística de nuestro hospital, dieciocho sufrieron la perforación consecutiva. Se comprende la necesidad de que los enfermos que presentan estos síntomas que podemos llamar preperforativos estén sometidos a una estricta vigilancia.

Por lo demás, creemos nosotros que los enfermos tíficos deben ser observados cuidadosamente a partir del décimo día de su enfermedad, y siempre que su estado lo requiera someterlos a exámenes repetidos, a fin de que sean intervenidos en los primeros momentos de la instauración del síndrome perforativo, y para este fin es necesaria la instauración de una eficaz colaboración médico-quirúrgica.

Perforación tífica ambulatoria. — Los síntomas preperforativos que obligan al médico a una expectación armada frente al enfermo tifódico faltan por completo en las perforaciones sobrevenidas en el curso de tifoideas ambulatorias. Esta contingencia no es tan rara como a primera vista pudiera parecer, siendo ya numerosos los casos descritos en la literatura. Recientemente, entre nosotros, Borrás ha publicado un caso en un niño de nueve años.

El tifódico ambulatorio es un candidato a la perforación intestinal, y en estos casos el cuadro clínico puede confundirse con el de un abdomen agudo de cualquier etiología, particularmente con un síndrome apendicular.

La valoración exacta de los signos clínicos y de los proporcionados por el laboratorio nos ayudarán en el diagnóstico; pero es la intervención quirúrgica la que en último extremo desvanece las dudas.

Perforación intestinal en las paratifoideas. — Su frecuencia es mucho menor que en el caso de las tifoideas. El cuadro clínico de ambas es superponible, aunque debe destacarse, según CORNIL, que en el curso de la paratifoidea la perforación sería más precoz, más frecuentemente única, el exudado menos virulento y el pronóstico menos grave que en la tifoidea. Nosotros hemos tenido un caso.

Perforación iterativa. — Al lado de la perforación única en el curso de las enfermedades tíficas y paratíficas, existen los casos de perforación iterativa; es decir, que tratada quirúrgicamente la primera perforación, sobreviene al cabo de mayor o menor número de días un nuevo accidente perforativo, con características clínicas semejantes al primero, o bien, lo que es más frecuente, con sintomatología mucho menos acusada.

Hemos tenido ocasión de observar un caso. Era un muchacho de dieciocho años, que en el curso de su tifoidea había sufrido cinco enterorragias, y en la tercera semana sufrió una perforación intestinal que fué intervenida a las trece horas de producida, hallándose dos placas de Peyer ulceradas a nivel del íleon, una de las cuales presentaba una perforación puntiforme, siendo ambas cerradas en bolsa de tabaco.

A los seis días de la intervención, y en medio de un curso postoperatorio normal, aparecieron de nuevo bruscamente dolores abdominales, vómitos, contractura generalizada de toda la pared abdominal, todo ello acompañado de un descenso térmico de 39'5 a 36 grados. En la intervención quirúrgica se encontró la cavidad peritoneal ocupada por líquido de olor fecaloideo, y el examen del intestino puso en evidencia dos nuevas perforaciones puntiformes a 3 y 5 cm. respectivamente de la válvula íleocecal. Este enfermo falleció al día siguiente de la segunda intervención.

SALMON, en un estudio basado en veinte casos de perforación intestinal tífica en el niño, hace notar que en muchos de los operados que mejoran en los primeros días del postoperatorio, mueren luego bruscamente al cabo de unos días, y en estos casos el *éxitus* sería atribuído a perforaciones iterativas, prácticamente asintomáticas.

Nosotros hemos tenido enfermos tíficos operados que, no obstante presentar un curso postoperatorio que hacía prever una terminación favorable, en un momento dado sufrieron una agravación

repentina que les produjo la muerte sin ofrecer ninguna sintomatología abdominal atribuíble a la perforación iterativa. Y esto no obstante, la necropsia reveló la presencia de nuevas perforaciones de localización a veces muy distante de las corrientes en esta infección.

Son seis los casos que tenemos de perforación silenciosa, aparecida en el curso post-operatorio, causantes de la muerte del enfermo. En todos los casos necropsiados hemos observado la perfecta coaptación de las suturas practicadas, sin que podamos atribuir la muerte a fallo de éstas.

Diagnóstico diferencial de la perforación intestinal tífica. — Puesto que no toda perforación tiene lugar en el período clásico ni en el curso de las formas hipertóxicas de la fiebre tifoidea, sino que puede presentarse también en las formas ambulatorias latentes y, asimismo, dada la posibilidad de aparición de peritonitis por otras causas que simulen la perforación tífica, tendremos que hacer el diagnóstico diferencial con todos los procesos que aparezcan en el curso de la tifoidea y cuya sintomatología puede hacer pensar en la perforación intestinal.

Cuando por todos los medios a nuestro alcance no podamos determinar con exactitud la causa que provoca la aparición del cuadro agudo abdominal, deberemos recurrir a la laparotomía como único medio exploratorio eficaz, con tanto mayor motivo por cuanto es el tratamiento adecuado para la complicación causante del error.

Sólo el conocimiento exacto de la causa es el que nos faculta para que la intervención sea más económica y más breve.

Pronóstico. — El pronóstico de la perforación intestinal es extremadamente grave. Según ESCHER, cuanto más tarde se produce la perforación en el tifus tanto más favorable suele ser el pronóstico en cuanto a la curación operatoria. Con la intervención quirúrgica precoz, que evita la instauración de la peritonitis supurada y permite al mismo tiempo evitar la aparición de nuevas perforaciones al suturar las placas de Peyer en inminente estado de perforación, el funesto pronóstico que tenía hasta hace pocos años ha disminuído considerablemente. La introducción de las sulfamidas y, sobre todo, de la penicilina, como medios preventivos de la infección secundaria, y últimamente el empleo de la cloro-

micetina como tratamiento de fondo de la tifoidea, han contribuído también a mejorar el porvenir de estos enfermos.

Coincidiendo con PABLOS ABRIL y SILVA ALCÁNTARA, la mejoría del pronóstico está condicionada por los siguientes factores:

1. Diagnóstico precoz.
2. Operación precoz y con mínimo traumatismo.
3. Lucha contra la infección secundaria (penicilina y sulfamidas).
4. Empleo de la cloromicetina.
5. Evitar el colapso vascular periférico (tónicos cardiovasculares, sueros, transfusiones).

Curación espontánea. — ¿Es posible la curación espontánea de una perforación intestinal? En la literatura existen algunos casos descritos como perforaciones cubiertas que han evolucionado espontáneamente hacia la curación, si bien en alguno de estos casos el diagnóstico es susceptible de ser puesto en duda.

Si bien parece posible que tal contingencia se presente, sobre todo en perforaciones puntiformes, el hecho es extraordinariamente raro; la perforación aboca, en la inmensa mayoría de los casos, a un cuadro de peritonitis, y el médico no debe dejar jamás en suspenso la intervención quirúrgica ante la sospecha de una perforación intestinal.

Tratamiento. — No existe un tratamiento médico de la perforación, puesto que sería el de la espectación, esperando la evolución espontánea, prácticamente mortal. El tratamiento quirúrgico es el único que, practicado según las condiciones antes indicadas, tiene probabilidad de éxito.

Varios procedimientos técnicos se han aconsejado para el tratamiento quirúrgico de la perforación. Por ser el más rápido y, por consiguiente, «economizador» de la capacidad de resistencia del enfermo, citaremos en primer lugar la:

Simple sutura de la perforación. — Es el procedimiento más rápido. Intenta reparar la solución de continuidad del modo más parecido a la curación espontánea por el organismo.

No obstante, como el intestino del tifódico presenta una pared alterada y edematosa, la zona que rodea la perforación es friable y fácilmente puede ser desgarrada por los puntos oclusivos, fa-

llando la sutura y sobreviniendo la peritonitis. La simple sutura puede ser practicada en dos planos o en uno solo.

Cuando el orificio es puntiforme, la sutura en bolsa de tabaco es la que cierra con más eficacia la perforación. Si por su tamaño no es factible este tipo de sutura, lo más aconsejable es efectuarla con puntos sueltos en sentido perpendicular al eje del intestino, para evitar la estenosis de la luz intestinal y, por lo tanto, la posibilidad de ulteriores oclusiones.

Se practica con lino, y los puntos, como recomienda DOR, no deben estar cercanos al borde de la perforación como para que lleguen a producir desgarros, ni tan alejados como para llegar a estenosar la luz intestinal. La resección del borde de la perforación aconsejada por POUCEL, intentando buscar una zona de menor tumefacción, no es aconsejable, porque requiere mayor tiempo de ejecución y, además, aumenta la extensión de la superficie que ha de suturarse, y, por consiguiente, los peligros del fallo de las suturas son mayores.

Al objeto de prevenir los fallos de sutura se han propuesto varias maniobras: LENORMAND y LAURENCE recomiendan adosar la sutura al peritoneo parietal. MONTY, LEGUEU, BERHENDY y BRANCO RIVEIRO, recubrir la sutura con epiplón, y ROUX y QUENU la recubren con una porción del mesenterio vecino.

Enterostomía en el punto perforado. — Consiste este procedimiento operatorio en establecer la comunicación hacia el exterior aprovechando para ello el propio orificio de la perforación, o el más alto si hay varios, a través del cual se pasa una sonda de Nélaton. El asa intestinal se sutura al peritoneo parietal, y la sonda, fijada en bolsa de tabaco, sale al exterior por la incisión en la fosa ilíaca derecha.

Tiene sobre la simple sutura de la perforación la ventaja de prevenir el fallo de sutura en algún punto; pero, en cambio, tiene el inconveniente de que deja una fístula que exige para su cierre una segunda intervención. Nosotros somos partidarios del simple cierre.

Exteriorización. — Es útil cuando en un corto segmento intestinal coexisten una o varias soluciones de continuidad y otras ulceraciones que hagan temer la aparición de nuevas perforaciones. El asa intestinal se exterioriza y se fija con una corona de puntos a la periferia de la incisión operatoria.

Drenaje simple. — Es un recurso de excepción que sólo se debe llevar a cabo cuando, por las condiciones del enfermo, no es posible hacer otra cosa. Los resultados son desalentadores.

Resección intestinal. — Alcanza en el tifódico un 100 por 100 de mortalidad y, por lo tanto, debe ser desechada.

La ileotransversostomía y la exclusión intestinal de ROCQUES son procedimientos de excepción, que ni por su laboriosidad ni por su gravedad convienen en absoluto al tipo de enfermos que nos ocupan.

Técnica empleada en nuestros casos. — Hemos realizado sistemáticamente el procedimiento que a nuestro juicio es más sencillo y rápido: la simple sutura. Siempre que la edad del enfermo lo permite, practicamos la intervención con anestesia local empleando solución de novocaína al 1 por 100, con poca cantidad de adrenalina o sin ella, ya que somos de la opinión de que la isquemia que produce por vasoconstricción, al actuar sobre los tejidos deficientemente irrigados como son la piel del tifódico colapsado, pueden favorecer la aparición de escaras cutáneas, como nos ha ocurrido al principio más de una vez.

Si el enfermo es un niño, practicamos antestesia general con éter. La incisión la practicamos corrientemente en la fosa ilíaca derecha. En aquellos casos que hemos visto por radioscopia la existencia de un neumoperitoneo bilateral, practicamos una incisión laparotómica media, ya que en estos casos, como ya dijimos, la perforación asienta con la mayor probabilidad en el colon, y exploramos luego en sentido ascendente el intestino hasta hallar la perforación. Abierto el peritoneo procedemos a la aspiración del líquido que ocupa la cavidad abdominal mediante el aspirador eléctrico. El hecho de que no sean raras las perforaciones dobles o múltiples y de que su asiento pueda hallarse más allá de las últimas asas ileales, obliga a explorar un segmento intestinal más o menos extenso, de acuerdo con el criterio formado por la localización objetiva del dolor. Una vez localizada la perforación procedemos a la sutura con puntos sueltos de lino y, si es posible, en bolsa de tabaco.

Simpre que vemos placas de Peyer en estado tal que nos hace temer que lleguen a perforarse, las invaginamos mediante simple

sutura. Siempre procedemos al cierre de la pared por planos sin dejar drenaje.

La experiencia de los setenta y un tifódicos perforados que llevamos operados nos enseña que la operación practicada según el método expuesto y con anestesia local, no agrava el estado del enfermo, y en ninguno de nuestros casos fallecidos puede inculparse el *exitus* al trauma operatorio. Incluso podemos añadir que en los enfermos llevados a la sala de operaciones después de muchas horas de haberse fraguado la perforación, una vez suturada ésta y aspirado el líquido peritoneal, han mejorado notablemente en su estado general. Por estos motivos sugerimos la necesidad de un criterio más intervencionista ante el tifódico que aqueja un síndrome doloroso abdominal.

Tratamiento quirúrgico preventivo de la perforación. — Los procedimientos quirúrgicos que han intentado prevenir la perforación desde el primer momento, tales como la exteriorización del asa, la cecostomía, la colecistostomía, etc., no han logrado generalizarse. Las úlceras tíficas sólo requieren tratamiento quirúrgico en caso de perforación de las mismas (KLEINSCHNIDT y HOHLBAUM).

En cambio, cuando actuamos sobre un intestino ya perforado sí podemos, mediante la sutura de las placas de Peyer o formaciones linfoideas sospechosas de perforación, hacer un verdadero trabajo quirúrgico preventivo de la perforación.

En caso de extensas lesiones podría estar indicada la exteriorización del asa, que si bien no evitaría la aparición de nuevas perforaciones, previene por lo menos que sobrevengan peritonitis a consecuencia de la perforación iterativa, ya que las perforaciones suelen radicar en la porción terminal del íleon en su mayor parte, y ésta es la zona que elegimos para la exteriorización.

Tratamiento y cuidados especiales postoperatorios. — Hay que evitar por todos los medios disponibles el que se presente un colapso vascular periférico, o bien ayudar al enfermo a salir de él, caso de que su estado general así lo demande.

Contra la infección secundaria tenemos buenas armas hoy día con las sulfamidas y antibióticos, especialmente la penicilina y la cloromicetina.

No dejaremos de emplear la cloromicetina en ningún caso de perforación, dados los buenos resultados que en la evolución de

las lesiones tíficas tiene este antibiótico. En cuanto al tratamiento local de la región operatoria, se seguirá el corriente de cualquier herida operatoria.

En algunos casos, especialmente en aquellos en que el contenido intestinal aspirado era seropurulento, se produce una infección de la herida que obliga a retirar algunos puntos; incluso a veces se origina un fallo total de la sutura, que conduce a una cicatrización por segunda intención en los casos favorables, y en otros casos desgraciados, a través de la herida abierta, asoma un asa intestinal que no tarda en fistulizarse, dando lugar a una fístula estercorácea que generalmente suele acabar con el enfermo. Esta última contingencia no la hemos visto desde que hacemos empleo sistemático de penicilina y sulfamidas.

Aspecto de la antigua perforación supurada con motivo de nueva laparotomía. — Hemos tenido ocasión de reintervenir por causas diversas cuatro enfermos que anteriormente tratamos su perforación intestinal, y nos ha sido posible observar el estado del intestino en el punto de la sutura.

Macroscópicamente, ofrece el mismo aspecto que ofrece cualquier úlcera del tubo digestivo que hubiera cicatrizado sin ayuda quirúrgica. Hay un ligero engrosamiento al tacto, pero la permeabilidad es completa. En todos los casos había ligeras adherencias, que cedían sin esfuerzo alguno.

Consideraciones. — Hemos de distinguir dos épocas: antes y después del empleo de los antibióticos. Con algunas excepciones los resultados antes del empleo de los antibióticos han sido malos; las revistas profesionales de vez en cuando publican algún caso de curación como un hecho verdaderamente extraordinario. Algún cirujano como, por ejemplo, JACQUES DOR publica una estadística referente a la actuación de los médicos de Marsella en el año 1939, con un 13 por 100 de curaciones. GARCÍA BARÓN, en su trabajo publicado el año 1945, dice que las estadísticas que se han publicado antes de 1934, de recopilación mundial, eran demasiado favorables, pues alcanzaban el 27 por 100 de curaciones. Este autor recuerda que MADRELUNG, desconfiando de estas estadísticas demasiado brillantes, y pensando en la suya y en otras poco afortunadas, recogió con todo el rigor científico una estadística mundial, que dió el resultado del 8 por 100 de curaciones.

Autores sobre todo españoles no han ocultado su mala estadística y, a pesar de todo, no han dejado de reconocer que el único tratamiento de la perforación intestinal tífica no podía ser otro que la intervención quirúrgica.

En 1928, MANUEL TAPIA decía que los perforados de su Hospital de Infecciosos de Madrid morían todos. GARCÍA MORÁN, en 1943, en un importante artículo publicado en *Medicina Española* dice que todos los operados de su estadística, que eran unos 17 casos, no se salvó ninguno. Solamente tres de ellos salieron del «shock» operatorio y crearon, en días subsiguientes, alentadoras esperanzas, pero no tardaron en surgir terribles esfacelos en sus heridas, supuraciones y fístulas estercoráceas, que acarrearon la muerte en plazos que oscilaron entre los doce y veinte días, y esta fatal estadística no puede achacarse a la falta de asistencia, pues todos ellos fueron operados antes de las tres horas de surgir el episodio perforativo, creando en el ánimo de dicho cirujano una actitud que, si no es de abstención terminante ante las perforaciones tíficas, es francamente escéptica. Estas palabras de GARCÍA MORÁN, criticadas amistosamente por GARCÍA BARÓN, marcan, por su pesimismo, el criterio de una época, al mismo tiempo que retratan al cirujano estudioso y obstinado que, en vez de perder la confianza en el tratamiento quirúrgico de esta complicación como hicieron otros, todavía aconseja la intervención en determinados casos.

En 1945 continúa el pesimismo en algunas regiones de España. TORRES GOST, del Hospital del Rey, de Madrid, en un interesante trabajo publicado en aquella fecha, acaba con este comentario: «Conocemos estadísticas en las que se afirma que se han curado hasta el 20 por 100 de los operados; en un buen ambiente de trabajo, y con una organización perfecta, creemos en la posibilidad de obtener estos resultados». Hasta ahora nosotros hemos perdido todos nuestros enfermos de perforación intestinal, y contra esta atmósfera de pesimismo se levantó, en 1945, el eminente cirujano de la Casa de Salud de Valdecilla, doctor GARCÍA BARÓN, diciendo que es preferible partir de la idea del que hasta hoy logrado no es tan poco para desanimarse, ni tanto como para cejar en el empeño, y con esta convicción resolver y atenuar todas las dificultades que se oponen al diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoz. Sólo así podremos estar seguros de lo que hoy se consigue poco o mucho, y que podrá ser superado con rapidez y amplitud. Y la prueba de

este espíritu alentador y consciente de que la intervención es la única solución para el tratamiento de esta contingencia es que publica una estadística de 22 casos, consiguiendo resultados con un 22 por 100 de curaciones.

Nosotros, en el año 1948, publicamos nuestra estadística de 22 casos, obteniendo un 50 por 100 de curaciones, y este éxito lo atribuímos al empleo de las sulfamidas y la penicilina, que evitaron las infecciones secundarias que era una de las complicaciones más temibles postoperatorias.

Resultado de la intervención quirúrgica en las perforaciones intestinales después del empleo de los antibióticos, especialmente la «cloromicetina». — El doctor J. A. Borrás, de Valencia, ponente del tema «De las indicaciones quirúrgicas en la fiebre tifoidea», desarrollado magníficamente en las Jornadas Médicas de Valencia en noviembre de 1951, hizo una encuesta entre los médicos de otras regiones para sacar conclusiones afirmativas del empleo de los antibióticos, y especialmente de la cloromicetina, por lo que respecta al tratamiento operatorio en los perforados tratados con este citado antibiótico.

En su ponencia dice que la cloromicetina, de una forma particular, señala una nueva era luminosa en el tratamiento quirúrgico de estas perforaciones. Soldevilla señala la importancia de este fármaco, diciendo que ha resuelto el difícil problema del diagnóstico en las perforaciones tíficas, al hacer desaparecer el estado semisoporoso de los enfermos, y presenta dos operados con resultado favorable. El pesimismo de García Morán se ha trocado en franco optimismo al experimentar el resultado terapéutico de la cloromicetina, y en un interesante escrito del 8 de agosto de 1951 contesta al doctor J. A. Borrás con el siguiente párrafo: «prueba de que no propugnaba la inhibición es que seguí interviniendo a tíficos con perforaciones intestinales y mi experiencia seguía siendo mala. Ahora bien, con gran sorpresa mía y satisfacción, tengo dos casos consecutivos operados y tratados con cloromicetina que han tenido excelente curso.»

Torres Gost atribuye a la cloromicetina la notable reducción de perforaciones en el curso de la fiebre tifoidea.

Con la cloromicetina ha mejorado también notablemente nuestra estadística. De 13 enfermos operados de perforación tífica y

tratados en el curso de la misma con cloromicetina, hemos salvado 9, lo que representa un 69'23 por 100.

Indudablemente el tratamiento de la fiebre tifoidea con la cloromicetina ha reducido el número de perforaciones, la prueba es que en el año que terminamos solamente hemos visto 3 casos de perforación, habiendo ingresado en el Hospital 152 enfermos tíficos, lo que corresponde al 1'97 por 100, habiendo, por lo tanto, disminuído del 1'03 por 100 el porcentaje de perforaciones.

En los casos tratados con cloromicetina hemos podido observar que las perforaciones se presentan incluso de una forma más tardía, y en estos casos el estado del intestino era marcadamente distinto, bajo su aspecto macroscópico, de los no tratados con la misma. El color de la serosa intestinal no es tan rojizo, ni presenta aquel color vinoso de alguno de ellos, sino que tiene un color rosado pálido, y en el que las placas de Peyer se presentan más aisladas y mucho menos confluentes.

La cloromicetina ha resuelto en la fiebre tifoidea, salvo en rarísimas ocasiones, el tratamiento de las perforaciones tíficas. Esto tiene una importancia suma, demostrando que la medicina y la cirugía forman un solo cuerpo y se compenetran en el tratamiento de las infecciones.

He dicho.

DISCURSO DE CONTESTACIÓN

DEL

Dr. D. LORENZO GARCÍA-TORNEL CARRÓS

ACADÉMICO NUMERARIO

Iltre. Sr. Presidente;
Muy ilustres señores Académicos;
Señoras y señores:

Quiero llamar vuestra atención sobre la significación verdadera del ingreso de un nuevo Miembro en esta, por tantos títulos gloriosa, Real Academia de Medicina de Barcelona.

Porque, desde luego, nunca, ni juzgada superficialmente por espíritus poco dados al análisis ni a profundizar en lo que ven ni en lo que oyen, constituye un acto más que añadir a los que un cronista del llamado «gran mundo» podría incluir entre peticiones de mano, puestas de largo, comunicación de viajes próximos o de recientes arribos o de reñidas y empeñadas lides de bridge o de canasta en las que distinguidas y caritativas damas ponen a contribución su habilidad en el manejo de tréboles y carrós, y ninguno de los que honráis con vuestra presencia esta solemne ceremonia y os complacéis en acompañar al doctor Salarich en este momento, seguramente el más significativo y trascendental en la vida de un médico, pensáis en que simplemente cumplís un deber de cortesía y amistad, sino que os percatáis, y ello aumenta vuestra satisfacción, del alcance de este acto en el que se concede a nuestro amigo un título que es consagración y ejecutoria.

La Real Academia cuando abre las puertas de este histórico recinto, repleto de laureles, para que penetre el que ha de ser desde poco después un nuevo e ilustre compañero, en realidad no da paso a un hombre: da paso a una vida. A una historia. Y acompañándoles entran con ellas aires y estímulos nuevos, cálido entusiasmo y la seguridad de que la pérdida que dejó un sillón vacante ha sido repuesta por quien, precisamente por aquella vida y aquella historia, es promesa y certidumbre a la vez de que ha de contribuir con su talento y con su esfuerzo a mantener la brillantez

y el tono altísimo de la vida científica de este viejo Solar. Y es lógico que cada recepción académica sea para sus miembros motivo de emoción, en la que van entremezclados sentimientos de tristeza y alegría al evocar el recuerdo de los que nos abandonaron y al comprobar que la hoguera que encendieron nuestros antepasados continúa ardiendo viva, porque la cadena de hombres dispuestos a atizar el fuego y avivar la llama no se rompe nunca. Si un eslabón se desprende, otro le substituye.

En la recepción del doctor Salarich Torrents hay algo excepcional que ha de subrayarse con trazo fuerte. Con el ingreso de nuestro compañero, el apellido Salarich quedará inscrito en los archivos de esta Real Academia por tercera vez. Y no por una fortuita coincidencia de apellidos o de parentescos lejanos. No. Son tres generaciones sucesivas las que han proporcionado hombres que han merecido pertenecer a esta corporación: Su abuelo, su padre y él.

Es éste un hecho inusitado motivo de orgullo y aumento de emoción para el nuevo Académico y que a mí me obliga al comentario.

Tres hombres unidos por la consanguinidad inmediata, padre, hijo y nieto, con la natural distancia de épocas, consiguen, por sus méritos brillantes, figurar en este círculo limitado, de difícil acceso, cerrado a la influencia y al favor.

Creo justicia obligada que hoy, al elogiar la figura del doctor Salarich Torrents, asocie a la loa los nombres de Salarich Verdaguer y Salarich Giménez.

Y ya que, por desgracia, no pueden hallarse presentes ni el uno ni el otro, quisiera que mis palabras sirvieran para que el querido amigo tuviera la sensación de que su padre y su abuelo no se hallan ausentes, sino que están aquí llenos de gozo y que, aunque invisibles, sentados a su derecha y a su izquierda, con los ojos humedecidos por la emoción y el cariño, le acompañan aquellas dos figuras interesantísimas de la medicina catalana que constituyeron para él ese ambiente familiar que califica de protoplasma protector, pero que fueron también ejemplo y guía que le han hecho seguir la senda difícil en la que se funden el trabajo, la vocación y la honorabilidad profesional.

Confieso mi perplejidad. No sé cuál es el calificativo que merece la egregia figura del doctor Joaquín Salarich Verdaguer, primo hermano del gran poeta, que le profesaba hondísimo afecto

y gran respeto, y de quien el nuevo Académico conserva una de las más ricas e interesantes colecciones epistolares, que por su carácter íntimo y familiar permite conocer a fondo toda la humildad y la virtud de aquel varón insigne a quien el pueblo catalán, con familiaridad llena de cariño y admiración devota, conoce por «Mossén Cinto».

Y comprenderéis mis dudas cuando os diga que este hombre de cultura enciclopédica, de inteligencia fuera de clase, de voluntad invencible, de laboriosidad infatigable y de moralidad personal y profesional inmaculada, fué, a pesar de los defectuosos y escasos medios de aquella época, un verdadero polígrafo.

Apoyado por el primogénito de la casa de Morgadés, don Joaquín de Picó, que le había sacado de pila e impuesto su propio nombre, comenzó en el momento oportuno estudios de Gramática castellana, latina, Filosofía y Teología.

Siente vocación sacerdotal e intenta ingresar en la Orden de la Merced, en la que seguramente hubiese profesado, de no ser por los desgraciados sucesos ocurridos en 1835, que «acabaron con casi todos los sagrados asilos de varones de la Nación».[2]

Y aquí cedo la palabra al ilustre vicense señor Serra Campdelacreu, quien textualmente dice:[1] «La profesión que escogió vino en alguna manera a hacer menos sensible el cambio, porque la práctica de la medicina a que aspiró a consagrarse es, para los hombres de conciencia, un sacerdocio bien penoso y una regla no poco dura».

Yo dedico en estos momentos un recuerdo de gratitud a la memoria del ilustre biógrafo, por esas nobles palabras que amortiguan la pesadumbre que provocan en nuestro ánimo las tan manoseadas como injustas y rara vez ingeniosas diatribas contra los médicos.

Los escritos del doctor Salarich Verdaguer pasan de doscientos, y versan sobre tan diversas materias como Medicina, Botánica, Literatura, Filosofía, Sociología, Agricultura, Numismática e Historia.

Impresiona comprobar cómo se adelantó a su tiempo.

Hace cien años, cuando el cólera azotó y diezmó a Vich — epidemia sobre la que escribió una Memoria, que fué premiada por esta Real Academia con la concesión del título de Académico corresponsal —, y los médicos se hallaban divididos en contagionistas y anticontagionistas, se declara acérrimo convencido del con-

tagio y defiende su criterio con las siguientes frases, entre las que aparece una oportuna y punzante ironía: «El cólera es contagioso, y no se comprende como, pudiendo seguirle los pasos en todas las invasiones del mismo modo que en la nuestra, haya quien se atreva a negarle esta virtud. Esto parece increíble después de haber leído las minuciosas relaciones de las diferentes introducciones del cólera en diversos puntos, como son en Oremburg, por Fletsk; en Guivet, por Pellarin; en Santa María de Nueva Granada (América), por Duchassing; en París, por Briguet y Mignot; en Leignitz, por Schegel; en Noruega, por Kierulf; en Frankfurt, por Newfille; etc.»

«Otro de los argumentos de los anticontagionistas es el resultado nulo que han dado la inoculación e inyección en animales vivos, de la sangre y vómitos de los coléricos. Pero, ¿conocemos acaso la naturaleza del cólera para saber qué reside en estos productos? Si no reside en ellos, ¿por qué han de transmitir lo que no poseen?»

Y añade: «Todas las pruebas aducidas por los no contagionistas son negativas. Hemos visto las principales ... Mas el grande argumento, la convincente prueba de la no contagiosidad del cólera consiste en que no conviene que lo sea ... a los ingleses».

Salarich Verdaguer hablaba, hace más de ochenta años, de «Enfermedades del cuerpo social» y de «Enfermedades sociales».

En época en que los agentes de Seguros de Vida eran recibidos poco menos que con escopeta, publica una serie de trabajos sobre las virtudes de la previsión y las ventajas del seguro, e incluso escribe una amena breve comedia, con el título de *Un negoci assegurat*. Hace casi un siglo, en 1857, cuando la Medicina del Trabajo era un embrión, publica una *Higiene del tejedor, o sean medios físicos y morales para evitar las enfermedades y procurar el bienestar de los obreros ocupados en hilar y tejer el algodón*, que, lo mismo que su *Estudio médico-topográfico del Llano de Vich*, merecieron ser premiados con Medalla de oro por esta Real Academia.

Pero lo que mejor define y dibuja la altísima figura de Salarich Verdaguer es su concepto del ejercicio de la profesión.

Y aquí recurro nuevamente a su biógrafo Serra Campdelacreu, testimonio incomparable, porque fué su contemporáneo y su amigo y le conoció a fondo. Y este excelente literato en la biografía magnífica de nuestro compañero, publicada por acuerdo del Muy

Ilustre Ayuntamiento de Vich, y que él titula *Bosquejo biográfico*, dando a entender que no ha agotado el tema, publicada, repito, en 1885, dice de él: «al colocarse en su puesto para consagrarse al bien de sus semejantes, vió entre sus conciudadanos algo más que males del cuerpo: descubrió igualmente otro género de desequilibrios, vicios de conformación y otras dolencias que reclamaban prontos y eficaces auxilios de parte de los entendidos en curar estas enfermedades morales, acaso más perniciosas que las otras». Esto es decir, añade, «que nuestro médico no se había limitado a estudiar al individuo en estado morboso; lo había estudiado también en estado de salud».

Asombra, señores, comprobar como, hace ya tantísimos años, para este médico admirable el enfermo era algo más que un enfermo: era un hombre. Un hombre al que había que conocer en su conjunto de materia y espíritu, con sus cualidades buenas y malas, con sus defectos y virtudes, y ante el cual no podía ni debía olvidarse la influencia de la proyección del alma sobre el cuerpo. Es decir, que por una prodigiosa intuición, sólo posible en un cerebro privilegiado, había adivinado la verdad de lo que constituye el concepto ultramoderno de la Medicina de nuestros tiempos. Cerebro privilegiado que, además de cirujano hábil y magnífico patólogo, fué, como dice su biógrafo, «estadista minucioso, economista y sociólogo, excelente higienista; los botánicos tuvieron en él un colaborador diligente; los amigos del desvalido aceptaron de este arbitrista cristiano sus teorías sobre la beneficencia; en sus libros aprendieron los agricultores los cánones del propio arte, y los vicenses vieron aparecer en Salarich al eminente historiador compilador de sus glorias olvidadas o desconocidas».

¿Cómo explicar esta fecundidad pasmosa y el acierto profundo con que abordó temas tan dispares? No sé qué contestar. Yo pienso que quizás, aparte el talento extraordinario y la cultura extensísima que son elementos necesarios para realizar esta obra ingente, fuera la recompensa que le otorgó la tierra en que naciera, por no haberla abandonado.

Pudo volar a la gran urbe donde seguramente hubiese encontrado más ancho campo y mejores medios para sus actividades; pero donde es posible que el bullicio, la agitación y la lucha hubiesen cortado sus alas.

Fué fiel a la tierra, y ella le premió facilitándole un ambiente propicio para pensar, estudiar y ensoñar.

Hablo de Vich. De esa bella ciudad, cuna de literatos, de filósofos, de grandes figuras de la Iglesia, eminentemente catalana. Pero que a mí, con su gran plaza, con sus soportales, con sus calles estrechas en las que, a cada paso, vamos encontrando señoriales mansiones, con su Catedral, que conserva el tesoro de San Bernardo Calvó y el de las pinturas con que decoró sus paredes un pintor español y universal y cuya contemplación sobrecoge el ánimo y reaviva la fe, tanto me recuerda a las viejas ciudades de Castilla, llenas de austeridad y nobleza, en las que parece haberse detenido el tiempo y en las que sus moradores, verdaderos aristócratas del espíritu, gozan y se recrean en el culto del pasado, y aunque no se oponen a los avances modernos ni a los ensanches necesarios, no toleran que una piqueta demoledora y sacrílega, con máscara de mentido progreso, destruya y derribe sillares y muros impregnados del aliento viril del espíritu heroico de la raza.

Piedras sagradas, cien veces sagradas, porque en ellas ha quedado grabado para siempre el sello inmortal de nuestra Historia.

No menos importante es la figura del doctor José Salarich.

Fué un médico que gozó del mayor prestigio. Era una época feliz en la que al médico se le consideraba como parte integrante de las familias que constituían su clientela; de una clientela que era hija de su esfuerzo, de su conducta y de sus conocimientos. Época en la que el clásico médico de familia era, además, el amigo y el consejero.

Pero entre las muchas cosas que «el viento se llevó», se llevó una forma del ejercicio profesional.

En esos grandes países, tan admirables en muchos conceptos, se proclama a voz en grito la libertad. Y efectivamente, resulta posible que un periodista afirme que tal ministro, en lugar de gobernar, lo que hace es tocar el violón a gran orquesta; es posible que un ciudadano subido a una silla en un parque público defienda las más extravagantes ideas o invite a los oyentes a ingresar en una nueva religión que él acaba de inventar; es posible que otro, adorador de Baco, penetre en un establecimiento e ingiera alcohol hasta alcanzar la diplopia, siempre que no cause escándalo y pueda mantenerse erguido sin necesidad de apoyarse en las paredes o abrazarse a los faroles.

Pero estas grandes libertades sólo las disfrutan unos cuantos. Y en cambio están suprimidas otras libertades, más pequeñas, más

individuales, más íntimas, que al parecer no tienen importancia, pero a las que los hombres no sabrán renunciar jamás.

Hoy la artesanía muere ahogada por la gran industria y todo parece que haya de adquirirse en los grandes almacenes. Y poco a poco, hasta lo que no es objeto tangible, se va considerando materia de bazar.

Parece como si los que pretenden dirigir la alta política del mundo, desde las orillas de un lago encantador, inspirados por una idea de igualdad antinatural, aspiraran a la creación de monumentales bazares nacionales, donde un ejército de funcionarios estará encargado de entregar a los ciudadanos unos paquetes, coquetamente preparados, advirtiéndoles: «Aquí tiene usted su lote de alimentos vitaminados y revitaminados, sus medicamentos, la parte alícuota de libertad que le corresponde y, en resumen, la ración de felicidad, prefabricada especialmente para usted».

Es posible, sin embargo, que los ciudadanos repliquen: «Muchas gracias, señores; pero no me den una felicidad estandardizada. Dejen que yo la construya a mi manera. Es posible que mi felicidad sea más pequeña, menos perfecta; pero yo la estimaré más, porque será mía, porque la habré conquistado con mi esfuerzo, porque la habré modelado a mi gusto».

Y estoy seguro de que en un tiempo lejano, que a mí no me será dado conocer, el pensamiento humano, en su constante evolución, que nunca es una línea recta, sino ondulada y aun con posibles o aparentes retrocesos, rectifique y reconozca que para el verdadero progreso y la verdadera felicidad de los hombres, a los cuales desde luego hay que proteger, aun contra su voluntad, hasta un determinado grado, es necesario que en la lucha por la vida quede sin ataduras el libre juego de las inteligencias, las aptitudes y las voluntades. Que nada se oponga a la conquista de las alturas por el propio esfuerzo y el trabajo honrado, porque barrar el paso a los afanes y a las nobles ambiciones del hombre es invitarle a la negligencia, a la rutina y al abandono.

Y si proclamamos como una de las más bellas ideas esa justicia social, que nosotros llamamos justicia cristiana, porque antes que Ginebra está Roma, donde gritó estas verdades evangélicas la voz augusta de un Pontífice inolvidable y preclaro, y estimamos obligación ineludible de la sociedad facilitar a todo ser humano los medios para que su vida merezca tal nombre, también decimos que es desviarse de la ruta y seguir peligroso rumbo el que en la

práctica sea factible que queden equiparados el diligente y el perezoso, el inteligente y el necio, el honesto y el depravado. Porque esto no es justicia. Porque esto es injusticia notoria, irritante y absurda.

Perdonad esta digresión a la que me ha conducido el recuerdo del doctor Salarich Jiménez. Su cultura médica, sus aciertos y sus condiciones personales le conquistaron una clientela numerosísima y selecta que sentía por él profunda devoción.

Pero no ya sus clientes, era todo Vich el que sentía por él honda veneración y verdadero cariño. Sabían que en aquel hombre caritativo y culto, que atendía por igual a pobres y a ricos y que tantas horas dedicaba al Santo Hospital, corrían parejas su gran inteligencia y su gran corazón.

Fué autor de numerosas y notables publicaciones y, como ha recordado en su discurso el recipiendario, fué premiado y nombrado corresponsal de esta Real Academia, donde por la antigüedad de su ingreso ostentó el número uno de aquéllos.

Pero para mí lo más característico y lo más digno de recordar en la vida de este hombre fué la veneración que sentía por su padre.

Vivió siempre rindiendo culto a su memoria, y yo creo que, aunque alcanzó, como habéis visto, gran notoriedad y renombre, procuró quedar, no en la penumbra, pero sí en situación de no proyectar sombra sobre el autor de sus días.

En un hermosísimo discurso que el doctor Miguel Salarich Torrents leyó con motivo de la colocación del retrato de su antepasado en la galería de Vicenses ilustres, y que lleva como subtítulo «Proyección familiar del abuelo», podéis hallar la confirmación de cuanto digo. En él, el autor, después de referir que, aunque no le habían conocido, la continua conversación de su padre, saturada de un amor filial sin límite, consiguió producirles la sensación de haberle tratado, añade: «Nuestro hogar, fiel guardador de todas las tradiciones de la convivencia, constituía, gracias a la santa vocación de mi padre, un verdadero altar donde ardía constantemente la llama evocativa del paso firme y estelar de nuestro ascendiente».

«Nuestra casa era un altar», dice Miguel Salarich. Bella y poética comparación. Y en ese altar brillaba una llama constante; pero el combustible y la mecha de esa llama eran un amor entrañable que confería un título superior al de sabio y a cualquier otro.

Dos palabras lo definen; pero engloban las más excelsas virtudes: Buen hijo.

El mismo título merece el doctor Salarich Torrents, cuyo íntimo gabinete de estudio, recogido y silencioso, tiene algo de santuario. Porque allí, frente a su mesa de trabajo, rodeada de extensos anaqueles que rellenan centenares de libros, está colocado el retrato del padre. Y cada vez que para el descanso necesario levanta la vista, contempla aquella figura venerable en la que el pintor supo reflejar una alma selecta, que le anima, con más fuerza que si estuviera vivo, a continuar la labor. Y en lugares adecuados para la reverencia y la contemplación, medallas, títulos y diplomas de sus antepasados. Santas reliquias, soportes sobre las que el alma puede apoyarse confiadamente, segura de que nunca fallará su fortaleza.

Dice él, que una ley de herencia parece obligarle a sentarse entre nosotros. ¿Cómo negar el peso de esta ley biológica? Pero la herencia no basta. Porque si contra las malas herencias hay que saber luchar para destruirlas, también hay que luchar para conservar las buenas herencias y hacerse digno de ellas, porque una fortuna se disuelve como sal en el agua en manos inexpertas o viciosas y de poco sirve descender en línea directa del mismísimo Don Pelayo o del Cid Campeador si la conducta corresponde a la de un degenerado.

El doctor Salarich recibió una herencia moral cuantiosa. Un tesoro; pero los tesoros morales son más difíciles de conservar y acrecentar, porque no sirve una buena racha, ni un golpe de fortuna, ni un viento favorable que eleve a las alturas, sino que exige sólidas convicciones, esfuerzos y sacrificios personales, si el que heredó no quiere contentarse con el humilde mérito de ostentar un apellido que otros hicieron brillar. Hereditario seguramente fué el impulso que determinó al doctor Salarich a ser médico. En él, la vocación, esa condición indispensable, no puede discutirse, y su historia académica, profesional y científica, tan extensa y brillante que tendré que esquematizarla, viene a confirmarlo.

No fué a la Facultad seducido o deslumbrado por los falsos oropeles que a tantos jóvenes han engañado y continuarán engañando. Conocía lo que era la profesión a través de la vida noble de un médico a quien no guiaba el lucro, sino el amor a los semejantes, que vivía desahogadamente sin preocupaciones económicas, porque tampoco sentía preocupaciones por la ostentación ni le tentaba el lujo que tantas veces conduce al desastre. Apariencias en-

gañosas que aun arrastran a las Facultades de Medicina a tantos jóvenes ilusos que no quieren ver el drama entre bastidores y creen que el triunfo y la fortuna son fáciles de alcanzar. Pero la verdad es distinta.

Como dice Marañón: «Nada se parece tanto al actor dolorido y derrotado que representa para ganarse la vida el papel de alegre triunfador, como la mayoría de esos médicos de la urbe que parece que nada les falte para ser el arquetipo humano de la felicidad y de la fuerza. Pero el joven ve la luz del cohete que sube y no su armadura de palo abrasado que desciende en la noche a contarle a la tierra la mentira del triunfo».

No fué luz de cohete la que guió a Salarich hacia la Facultad. Fué luz serena que iluminaba su hogar. Y así toda su vida, desde la época de estudiante hasta hoy, ha seguido, no la carrera desenfrenada y loca al término de la cual desfallece el corredor, sino al ritmo consciente del que llega a la altura con paso firme, sin que ésta le dé vértigo con riesgo de hundirse en el vacío, ni el corazón fatigado se pare para siempre. Escoge con tino certero sus Maestros, y hago observar, como coincidencia grata para mí, que cita tres nombres, entre ellos, que también lo fueron míos y a los que en su día rendí los tributos de mi gratitud y mi cariño: Torres Casanovas, Morales Llorens y Puig Sureda. Los dos primeros murieron ya, por desgracia; pero viven en nuestro corazón y en nuestro pensamiento. En cuanto al Prof. Puig y Sureda, por fortuna para todos, continúa realizando la admirable labor de siempre, y nadie ha podido arrebatarle el título de Maestro entre los Maestros. Hoy me uno gozoso al doctor Salarich para reiterarle mi devoción y mi reconocimiento.

Paso como sobre ascuas sobre los párrafos que me dedica. Le doy las gracias, porque siempre son gratas al oído las expresiones de afecto, en especial si no podemos dudar de la sinceridad; pero he de rechazar de plano algunas afirmaciones que podrían conduciros a error.

Que me une al doctor Salarich una fraternal y entrañable amistad, es cierto. Que los lazos que nos ligan los ha ido estrechando el tiempo, también es verdad. Que me deba gratitud, no es verdad. Soy yo el que tengo deuda antigua con él.

Hace años, en circunstancias que hacían más comprometida mi situación, firmé unas oposiciones que se anunciaban, y fueron muy reñidas.

Mi preocupación era hondísima, porque el trabajo preparatorio de esta lid científica es casi incompatible con la labor ordinaria.

Y Salarich, adivinando mis temores y mis dudas, vino a encontrarme y me dijo: «Ven. Yo tengo lo que necesitas». Me dejé llevar, y en un rincón paradisíaco, en una casa solariega en cuyo dintel estaba grabado en piedra el blasón de los Arbell, encontré el sosiego del espíritu y la paz interior indispensables para prepararme debidamente para el duro y noble combate.

Y esto no fué todo. Porque en las horas de descanso creí estar en mi propia casa, al gozar de la intimidad de la vida de familia de un hogar cristiano, en el que el eje y la base eran, como es lógico, una mujer. Una dama cuya belleza quedaba obscurecida por el resplandor maravilloso de sus grandes virtudes de esposa y de madre, y a la que hoy renuevo una vez más el homenaje de mi más profundo respeto y el testimonio de mi leal afecto.

Hablemos de gratitud si el doctor Salarich lo desea, porque nunca me ha importado reconocer públicamente las deudas que la nobleza y la bondad de mis amigos me han hecho contraer. Lo que no puedo aceptar es aparecer como acreedor ante quienes soy deudor insolvente.

Termina Salarich su carrera; su hoja de estudios, su expediente académico es reflejo exacto de su conducta estudiantil con la que acumula curso tras curso las máximas calificaciones. Pero no abandona el Hospital. No puede abandonarlo, y continúa al lado de sus Maestros, que por conocerle le conceden la mayor beligerancia y amplia libertad para que sus condiciones quirúrgicas encuentren el campo apropiado para desenvolverse, y más tarde trabaja también en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, y cuando ingresa en el Cuerpo de Asistencia Médica Municipal, rico venero de iniciativas científicas, como corresponde a las grandes figuras médicas barcelonesas que de él forman parte, y llega al Hospital de Nuestra Señora del Mar, en el departamento destinado a las contingencias quirúrgicas que provocan las enfermedades infecciosas, crea una Escuela, uno de cuyos numerosos hijos habéis conocido hoy al escuchar su magnífico discurso.

Por último, en el Hospital Comarcal de Vich, de donde fué nombrado cirujano jefe, su labor queda patente en la Memoria que se refiere al primer quinquenio, en el que fueron intervenidos 1,126 enfermos, y organizó diversos cursillos monográficos con gran éxito.

Y esta vida de tan intensa actividad no le priva de cultivar lo científico y docente.

Ha sido Profesor ayudante de Anatomía con los profesores Planellas y Serés, y de Patología quirúrgica con los profesores Torres Casanovas y Morales Llorens; Secretario del Instituto Médico-Farmacéutico, bajo la presidencia del eminente doctor Baudilio Danés, y Secretario y Redactor jefe del *Boletín* de la Sociedad de Cirugía de Barcelona, bajo la presidencia del gran Cirujano Ribas y Ribas.

Y todo esto no eran cargos puramente honoríficos exentos de trabajo, porque todos sabemos la carga que pesa sobre los secretarios de entidades científicas. Y en la Facultad de Medicina, además de tener encomendadas durante varios cursos la enseñanza de exploración quirúrgica, desempeñó oficialmente la Cátedra de Patología quirúrgica por enfermedad del titular.

Las publicaciones y conferencias, la mayoría de las cuales han sido comentadas con grandes elogios por colegas nacionales y extranjeros, sobrepasan de medio centenar, y a más de ciento cincuenta alcanza la cifra de las críticas bibliográficas aparecidas en las revistas médicas de mayor circulación y prestigio. Su asistencia a los Congresos relacionados con problemas quirúrgicos ha sido constante, y merecen consignarse sus éxitos resonantes en los Congresos de París y Lisboa, organizados por la Sociedad Internacional de Cirugía, en los que sus comunicaciones y la proyección de películas cinematográficas de intervenciones quirúrgicas y de la maniobra de Gómez y Gómez, realizadas por Salarich, merecieron los más extensos, repetidos y encomiásticos comentarios por parte de los más eminentes cirujanos.

Y a todo esto aun hay que añadir la obra del doctor Salarich en el terreno castrense.

Incorporado al Glorioso Ejército Nacional, fué destinado primeramente a un regimiento que batallaba en un frente peligroso. Es posible que allí, como me ocurrió a mí en otro lugar, supiera lo que es el miedo y cómo se le disimula y domina. Porque si para Napoleón la música es el menos desagradable de los ruidos, no me da rubor confesar que para mí el ruido de los disparos próximos de ametralladora o de cañón es la más desagradable de las músicas.

Nombrado, como le correspondía, Jefe del equipo quirúrgico, pasó al Hospital Militar de Pamplona, y poco después al de Cestona, donde sus aciertos crearon entre nuestros soldados una fe, no diré ciega, porque estaría mal emplear el vocablo aplicado a lo que com-

probaban con los ojos, sino sin límites, como tampoco la tenía su gratitud, y que merecieron por parte de sus Jefes la más alta estimación y los más cálidos elogios.

Y, gracias a Dios, terminó la guerra. Merced a la victoria de nuestro Caudillo, pudimos reintegrarnos al hogar abandonado. Entonces, reanudada la vida ordinaria, hubimos de quitarnos nuestro uniforme. Lo hicimos con alegría, porque significaba que se había puesto fin a una guerra heroica, pero fratricida, que Dios querrá para nuestro bien que nunca más podamos contemplar; pero también con pena, con melancolía, con la melancolía con que nos despedimos de las cosas amadas y que creemos nuestras, porque las horas de zozobra, de trabajo y de alegría que habíamos pasado dentro de él, eran tantas y de tanta intensidad, y las delicadezas y pruebas de afecto y buena camaradería que nos habían prodigado nuestros compañeros ilustres de Sanidad Militar eran en tal número y de tal calidad, que nos creíamos como fundidos con nuestro uniforme militar y con el cuerpo insigne en el que servimos con la mejor voluntad. Hoy nos enorgullecemos de figurar en su escala honorífica.

Pero Salarich continuó. Y en el Hospital del Generalísimo, aun habiendo pasado a la escala honorífica, trabajó sin interrupción, y aun abandonó Barcelona para organizar y establecer en Ripoll un Hospital donde atender a nuestros heridos de la zona pirenaica.

Cuando el número de sus operados en aquel Hospital pasaba de cuatro mil, se dirigió al Ministro de la Guerra un oficio, del que entresaco tan sólo su comienzo y su final, que dicen: «Excelentísimo señor: El eminente cirujano civil don Joaquín Salarich Torrents, hoy Comandante médico honorífico del Cuerpo de Sanidad Militar, etc., etc.», y después de relatar su actuación, termina: «Por lo expuesto, y considerando que esa inmensa labor excede en mucho a cuanto exige el art. 6.° del Reglamento de Recompensas, tengo el honor de proponer a V. E. la concesión de la Cruz de 2.ª clase del Mérito Militar con distintivo blanco».

Firmaba este oficio un soldado ejemplar. Un general heroico que era la encarnación de las virtudes militares españolas: el valor y la caballerosidad. Un hombre a quien Barcelona recordará siempre, no sólo por ser uno de sus libertadores, sino porque como Capitán general de Cataluña, dejó en nuestra tierra hondo surco en el que siempre germinarán las flores del buen recuerdo y del amor. El firmante de este oficio se llamó José Solchaga.

Más tarde es la Armada la que también, y por méritos análogos, le concede la Cruz de 2.ª clase del Mérito Naval con distintivo blanco.

Y esta vez es un ilustre marino y querido amigo, el hoy Vicealmirante González Aller, quien hace la entrega rodeado de su oficialidad, y no puedo dejar de daros a conocer sus frases: «La Marina, por O. M. de 5 de enero del corriente, os ha concedido la Cruz del Mérito Naval de 2.ª clase con distintivo blanco.

»Me cabe el honor de ser el que promovió la propuesta en la que claramente aparecían los méritos contraídos por tan eminente Doctor en favor de la Marina Militar, y habiendo tenido favorable acogida por la más alta representación de la Marina mi propuesta, quedáis ligado a la misma ingresando en la Orden del Mérito Naval.

»La Marina se honra en tener por compañero a tan insigne médico, gloria de la Cirugía, y para testimoniarlo, y como demostración de ello, he querido que compartan este acto, que la amistad que nos une hace tan grato, el grupo de compañeros aquí presentes, para que os llegue el calor del agradecimiento de todos los componentes del Ejército de Mar por el cariño y acierto con que habéis tratado todos los casos que en cirugía se os han presentado en su personal.

»El señor Ministro me envía la insignia que os entrego, que corresponde a la recompensa que se os ha concedido, y al cumplir su orden de entregarla en mano, lo hago con profunda emoción de gratitud a vuestra persona y con la seguridad de que la ostentaréis siempre con honor.»

Poco más tarde la gloriosa Aviación le tributó idéntico homenaje.

Ésta es la vida y ésta es la historia. El hombre a quien pertenecen una y otra, bien merece penetrar en este Casalicio y ocupar un sillón. Y permitidme que antes de contestar brevemente a su discurso, espiritualmente le abrace y, conmovido al repasar sus méritos y recordar nuestro entrañable afecto, le diga con todo mi corazón: Bien venido seas.

* * *

El tema escogido y tan brillantemente desarrollado por el doctor Salarich ofrece dificultades para el comentario propio, porque son pocos los cirujanos que en la práctica privada hayan tenido ocasión de recoger un número suficiente de casos para poder

opinar, y un número reducido de observaciones no permite sentar criterio ni apoyar conclusiones de valor.

Es necesario disponer de un servicio casi superespecializado y con organización perfecta, como el que dirige el doctor Salarich en el Hospital de Nuestra Señora del Mar u Hospital de Infecciosos, para obtener una estadística como la suya que permitan exponer hechos y resultados que hoy son conocidos y comentados en el mundo médico.

Sabemos todos que una de las más graves complicaciones de la fiebre tifoidea es la perforación, y que lo que ningún médico debiera olvidar son dos verdades: 1.ª, la necesidad de un diagnóstico precoz, incluso del de un síndrome preperforatorio; 2.ª, que el único medio de salvar al enfermo de las consecuencias de este accidente es la intervención quirúrgica.

Paso por alto las diferencias señaladas por los autores respecto al tanto por ciento que representa la perforación intestinal tífica. En general, no son grandes, y es natural que acusen diferencias derivadas de la calidad de los casos observados, según éstos sean consecuencia de epidemias especialmente graves, como son las que los franceses llaman *coquillagères*, es decir, las que tienen su origen en la ingestión de ostras o mejillones, o sean casos aislados o procedan de epidemias con menor virulencia.

Pero quiero insistir y llamar la atención sobre los tres síntomas cardinales señalados por todos los autores: El dolor, la defensa de la pared y el neumoperitoneo.

El dolor es el primer signo que llama la atención, y, como recuerda Salarich, rara vez es violento o comparable al dolor de puñalada. Es un alfilerazo, una punzada, dice Mondor. Permite conciliar el sueño, afirma Meyer-May.

Pero este dolor, si comienza bruscamente, puede bastar por sí sólo para establecer el diagnóstico, afirman Paisans y Plandier, y si a su aparición es claramente localizado por el enfermo, añade Dor, localización que es considerada por Cushing como un síntoma de preperforación.

Debe investigarse minuciosamente el dolor a la palpación, sin olvidar un detalle de importancia. En los tíficos la sensibilidad del ciego y colon ascendente es normal y no se aumenta por la descompresión. Al hallazgo de este signo, equivalente del de Blomberg en la apendicitis, dice Dor, debe concederse gran valor.

Meyer May, refiriéndose a la defensa parietal en los perfora-

dos tíficos, dice: «El síntoma de la contractura está muy a menudo amortiguado. Amortiguado no quiere decir ausente, sino desfigurado, modificado en tales proporciones, que en lugar de conducir a la convicción se convierte en una presunción más y en un elemento accesorio en los otros signos de presunción».

Aunque los caracteres de la defensa abdominal están muy bien observados por este autor, tiene razón Dor cuando llama la atención sobre el riesgo de considerarla como un signo accesorio, lo que constituiría un error de importancia, ya que la contractura moderada, defensa abdominal discreta, pero siempre presente, le da un valor capital. Y Mondor comenta: «Me parece que el análisis de los médicos descansaba sobre los signos que los cirujanos están acostumbrados a considerar como los más infieles y, por el contrario, no habían concedido el lugar que le conviene al mejor síntoma: la defensa muscular».

La comprobación radiológica del pneumoperitoneo por la aparición de la media luna gaseosa entre la cúpula diafragmática derecha y la sombra hepática tiene un valor diagnóstico que no puede discutirse, y recordemos que Salarich ha sido el primero en observar y describir el pneumoperitoneo doble como patognomónico, en las perforaciones de intestino grueso. Sin embargo, a pesar de que Guipponi le concede un valor absoluto cuando es positiva, de que Meyer May afirma de que nunca le ha engañado, de que Brocq opina que es necesario saber no privarse de ella y de tantas opiniones favorables, ha sido objeto de objeciones ninguna de las cuales ha quedado sin respuesta.

Se ha dicho que la investigación radiológica supone retardo en una operación urgente, que puede proporcionar imágenes engañosas, que la comprobación de un pneumo peritoneo no significa siempre la existencia de una perforación, y, por otra parte, su ausencia, puesto que se le concede un valor absoluto, podría conducir a una abstención quirúrgica peligrosa y posiblemente mortal, en casos de ruptura de abscesos esplénicos o perforaciones vesiculares.

A todo ello se puede contestar cumplidamente, porque el retardo que supone un examen de este género en un servicio organizado se reduce a minutos, y, como dice Mondor, si es cierto que el hallazgo clínico o radiológico del pneumoperitoneo es un signo que asegura el diagnóstico y abrevia los titubeos, ¿cómo no intentar apoderarnos de él, recurriendo a todos los medios?; porque hemos de considerar como afirmación atrevida la de la existencia de gas

intraperitoneal sin perforación visceral; porque es más que dudoso que la ausencia de pneumoperitoneo hiciese suspender o aplazar la intervención en casos de complicaciones vesiculares o esplénicas a un cirujano experto, porque tienen sintomatología propia suficientemente clara para que no se cometa un error.

Pero, además, la verdadera respuesta la da Dor, al decir que «el examen radiológico, cualquiera que sea el resultado y la importancia que se le conceda, no debe hacer olvidar los signos clínicos con los cuales lo hemos estudiado».

Y repitamos con Mondor: «Tanto como suponga el signo positivo del neumo peritoneo, tanto sería gravemente arbitrario esperarlo, si los buenos signos clínicos están ya presentes».

Estas afirmaciones que subscribimos por entero, vienen a demostrar, una vez más, que en Medicina la clínica continúa siendo soberana indiscutible, y que no existe hoy ni creo exista mañana, rama auxiliar, por importante que sea, que pueda arrebatarle el cetro.

Y precisamente es necesario el dominio clínico para poder ir bien orientado y establecer a tiempo el diagnóstico de perforación tífica, porque su sintomatología dista de ser fácil de establecer en muchas ocasiones.

Habrá casos en los que por recaer sobre sujetos poco intoxicados, sobre casos ligeros o de forma ambulatoria, la complicación perforativa aparezca acompañada de todo el cortejo sintomático aparatoso del drama abdominal, en los que el diagnóstico será fácil y clara la línea de conducta que se debe seguir.

Pero no siempre ocurre así. Es frecuente que la complicación aparezca en casos que Dor califica de peritonitis asténica en los que parece que a los síntomas se les ha aplicado la sordina. Casos en los que, como dice Londe, todos los síntomas están bosquejados y son a penas tangibles.

Se comprenden las dificultades diagnósticas, y la inquietud del cirujano sobre quien pesa la responsabilidad de una determinación que tan grave resulta en el sentido de la actividad como en el de la pasividad.

Para Mondor, en estos casos, el mejor síntoma es la contractura; pero no la clásica contractura del vientre de madera, sino ligeros grados de la contractura que, como comprendéis es difícil de apreciar, hasta el punto de que, para muchos, pierde todo valor.

Dor señala como síntoma de gran importancia el dolor a la

descompresión brusca. Dice que es un buen signo de reacción peritoneal que nunca le ha fallado, y afirma que en todas las ocasiones en que no pudo apreciarlo y pudo operar o practicar la autopsia, el peritoneo estaba intacto, y en todas las que había aparecido claramente halló perforación.

Tasso Arteriades recomienda practicar el tacto rectal al que, si provoca dolor vivo, considera como síntoma de gran valor.

Févre aconseja intervenir cuando aparezcan determinados síntomas entre los que considera como suficientes para decidir la intervención los siguientes: Dolor espontáneo del que se pueda precisar el momento o la hora de su aparición; la modificación de la temperatura, tanto por elevación como por descenso y el dolor a la palpación de la fosa ilíaca derecha. Criterio al que hay que oponer reservas, ya que, aceptado sin ellas, expondría posiblemente a practicar intervenciones evitables.

Repitamos que el diagnóstico es difícil, y más difícil el diagnóstico diferencial. Es en estas ocasiones en las que la comprobación del neumoperitoneo adquirirá valor imperativo y obligará a la intervención si el resultado es positivo, porque ella es la única forma de actuación que proporciona posibilidades de salvar al enfermo.

Posibilidades aumentadas considerablemente desde el empleo de antibióticos y de la cloromicetina, lo que aún aumenta la razón del criterio intervencionista.

El pronóstico de los operados ha mejorado en forma extraordinaria, y ya Salarich publicaba, en 1948, su estadística en la que el número de curaciones se eleva al 50 por 100.

Pero yo creo que aun sin contar con estos poderosos medios defensivos que hoy podemos facilitar al enfermo y que tanto influyen en la evolución favorable, el criterio del cirujano debiera ser el mismo: operar al perforado.

Comprendo el desánimo ante estadísticas como la de Wesiting, la de Buizard, la Mijai, la de Genelette, la de Senormant, la de Jaki y la de otros en las que la mortalidad asciende al 62, al 76 y al 86 por 100.

Pero, ¿por qué no recordar el trabajo de Duval, en el que los casos de «exitus» desciende al 54 por 100 o el de Monchet, que señala una proporción de curaciones próxima a la de Salarich, y citar las cuatro curaciones sobre cinco casos obtenidos por Tasso Arteriades? ¿Y por qué no invertir los términos y hablar del 20 ó del 30 por 100 de curaciones?

Porque, por pequeño que fuera el balance positivo, siempre cabe preguntar: ¿cuál hubiera sido la suerte de estos enfermos si no hubiesen sido intervenidos? La muerte, en proporción que oscila del 95 al 100 por 100. Y aun en este 5 por 100 optimista de curaciones espontáneas, cabe la duda de la real existencia de la perforación, y por otra parte confiar en aquéllas es peligrosísimo y es dejar al enfermo en trance semejante a la situación apurada en que en ocasiones queda un lidiador, y que se define con este elocuente comentario: «Al quite..., la Providencia».

Sabemos bien los cirujanos como en cada caso, aun en el aparentemente sencillo, ponemos en juego nuestro propio prestigio, porque nunca de antemano poseemos la seguridad absoluta de que no sobrevendrán complicaciones que nada tienen que ver con nuestra pericia; pero que servirán, sobre todo si el caso es mortal, para que el vulgo nos atribuya toda la responsabilidad y nos dedique los adjetivos calificativos más desagradables.

Pero esto no debe detenernos. No hemos de tenerlo en cuenta para cumplir con nuestro deber. Sería demasiado hermoso el ejercicio de la Cirugía si no tuviéramos que luchar con inquietudes y amarguras; con la ingratitud y la incomprensión.

Si el cirujano se encuentra ante un preagónico, ante casi un cadáver o ante un caso en el que en conciencia cree que tiene 100 por 100 en contra, se negará a operar. Y hará bien. Exigirnos, como ocurre a veces, inconscientemente desde luego, y tal vez por exceso de fe en la cirugía, que practiquemos la eutanasia quirúrgica es demasiado. Ayudar a bien morir, no.

Pero si, por el contrario, la conciencia le dice que el único medio de conseguir una curación es la intervención quirúrgica, aunque la operación sea arriesgada, aunque el tanto por ciento de posibilidades de éxito sea reducido, pero exista, está obligado a no pensar en sí, a no pensar en que el enfermo se puede morir, si no en que se puede salvar, a prescindir de pequeñeces humanas y seguir camino adelante y operar.

Operar. Sí. Un solo enfermo condenado a muerte que salvamos hará menos dolorosa las mordeduras de los perros y nos consolará de la pérdida de los que murieron a pesar de la operación.

Séneca, el inmortal, en sus famosos escritos sobre la clemencia, virtud que recomienda a los Césares, dice a Nerón: «Porque la voluntad de cualquier hombre puede privar de la vida a un seme-

jante. Pero sólo la tuya, ¡oh César!, puede concederla, perdonando al que va a morir».

Sin que nadie pueda tacharnos de presuntuosos, afirmemos que, aunque no somos césares, son nuestras manos, contando con Dios, las únicas que pueden evitar el cumplimiento de una sentencia de pena irreparable. Y nada hay comparable a la alegría, a la sensación, tal vez vanidosa, pero comprensible, de potencia salvadora que experimentamos cuando nos parece que somos más fuertes que la misma muerte, porque logramos arrebatarle una presa sobre la que proyectaba su sombra y extendía su garra.

Elogiemos como merecen a los que nunca, como entre nosotros Salarich, sintieron el desfallecimiento ante las estadísticas de signo negativo y contribuyeron con su fe y con su esfuerzo a conseguir victorias brillantes en campo tan peligroso y difícil.

Quisiéramos que reflexionáramos sobre una frase del discurso del doctor Salarich. La que insiste en la necesidad de la colaboración medicoquirúrgica, estrecha, íntima y cordial.

Si esta colaboración necesaria nadie la discute en el campo médico, es una verdad tal vez poco conocida entre los profanos, que ignoran además que en la fiebre tifoidea constituye una de las claves del éxito posible.

El tífico, si ha de ser bien asistido, exige una observación frecuente, que, según la gravedad del caso y a partir de determinado día o de la aparición de síntomas que pueden considerarse como preperforatorios, ha de ser repetida varias veces cotidianamente, y Tasso Asteriade recomienda que estos enfermos se coloquen en clínicas u Hospitales en lugares próximos a la Sala de Operaciones.

Pero esta forma de proceder, ¿es posible en la clientela privada, aunque pertenezca a la clase social alta? Evidentemente, no.

Por ello es preciso que inculquemos al público la conveniencia de que de la misma manera que hoy es habitual el traslado de la que va a dar a luz a clínicas especializadas, a Maternidades o a Hospitales, y lo mismo ocurre con los enfermos quirúrgicos, de los cuales sólo una ínfima minoría dejará de ingresar en servicio o sanatorio adecuados, el enfermo infeccioso debiera trasladarse a institución pública o clínica privada destinada a tratamiento de estas dolencias, con lo que, además de que el enfermo estaría mucho mejor asistido por su propio médico, que contaría con elementos auxiliares de extraordinario valor, la familia correría menos riesgo de contagio, que en el ambiente domiciliario es más difícil de evitar y facilitaría a su deudo las máximas probabilidades de sanar.

Poco, poquísimo costaría que Barcelona (ese fué uno de mis sueños) contara con un pabellón o con un edificio que pudiera albergar a turistas o enfermos de clases acomodadas, dotado del necesario confort y de una asistencia irreprochable. Y me refiero a determinada clase social, porque las clases humildes ya poseen un Hospital que es orgullo de Barcelona, donde reciben una asistencia de tal naturaleza, que sólo los privilegiados de la fortuna podrían gozar de otra semejante.

Compruebo con íntima satisfacción que párrafos míos que figuran en el prólogo del libro del doctor Salarich, *La fiebre tifoidea en su aspecto quirúrgico*, que tanta resonancia ha tenido, puedo repetirlos como si estuvieran escritos hoy.

Al comentar los brillantísimos resultados obtenidos por el autor, decía entonces, y digo ahora: «¿A qué deben atribuirse? Si reflexionamos un poco, coincidiremos en que la maestría quirúrgica es indispensable; pero no basta. Es necesario, además, que el cirujano tenga alma de cirujano, es decir, sensible, compasiva, ansiosa de salvar una vida y con sed insaciable de estudiar y de aprender, y claro está..., no sepa lo que es pereza».

Y al comentar sus historias clínicas señalaba como en algunas de ellas se lee simplemente: «Tiempo entre perforación e intervención, una hora».

Mayor laconismo no cabe. Total, media docena de palabras. Pero, ¡cuánto significan! ¡Cuánto dicen! Dicen buena asistencia, eficacia, colaboración, coordinación de servicios. Dicen elogios sin cuento a un Cuerpo Médico brillante que está pendiente y ha acostumbrado al personal auxiliar a estarlo también, de la evolución de un enfermo grave y presto a dar la voz de alarma. Afirman que un cirujano ha estado dispuesto a volar al lado del presunto perforado, lo mismo de día que de noche; a sacrificar el estudio, el reposo o la diversión para intentar salvar una vida en peligro. Demuestran, finalmente, que en Barcelona existe un hospital que es orgullo de la ciudad, donde una selección de médicos de la más alta estirpe moral y científica lucha con denuedo contra procesos de ordinario muy graves, sin miedo al riesgo personal, y demuestran, con su actuación ejemplar, que si el triunfo sobre la enfermedad puede algunas veces ser obra de la casualidad o de la buena fortuna, es sólo por excepción, y que para obtener esa costosa victoria es indispensable la conjunción del saber, la buena vo-

luntad, la persistencia en el estudio y el espíritu de sacrificio.

En el pabellón quirúrgico de ese Hospital, que, bajo la simpática advocación de Nuestra Señora del Mar, alberga a los enfermos infecciosos de nuestra gran urbe, es donde trabaja Salarich.

Allí es donde ha consumido gran parte de su vida en un trabajo agotador; pero no estéril, sino fecundo y provechoso, y el camino que ha seguido a diario para llegar a aquel Hospital para el que mi corazón guarda los más profundos afectos, es el que le ha traído hasta aquí. Porque paralelamente a la ruta cotidiana que vemos y pisamos, se extiende otra invisible a los ojos humanos, empedrada con nuestros actos, que es la que conduce, en consonancia con aquéllos, al abismo o a la cima.

Al terminar la gratísima y honrosa misión que me ha sido confiada, quiero destacar la nota plena de optimismo que se deduce del magnífico discurso del doctor Salarich. De él se desprende la inquietud constante de los médicos de todo el mundo y la lucha sin tregua ni armisticio contra la enfermedad.

El descubrimiento de fármacos, el mejor conocimiento de las patogenias, el perfeccionamiento de las técnicas e instrumentos quirúrgicos que justifican audacias que nuestros antecesores no pudieron ni soñar, influyen a diario sobre los resultados que desalentadores en un ayer todavía próximo, son hoy aliento y esperanza.

Permita Dios que estos adelantos evidentes y bienhechores conseguidos en el tratamiento de enfermedad tan grave como la fiebre tifoidea, se consigan también sobre las otras dolencias que son azote de la humanidad y tormento de investigadores y médicos que viven obsesionados por el afán de lograr rasgar el velo o disipar la niebla que cubren todavía tantas verdades desconocidas.

Señor Presidente: Voy a acompañar hasta el estrado al doctor Joaquín Salarich Torrents.

Por el afecto que a él me une, mi emoción corre pareja con la suya. Sé muy bien que estáis seguro de que hoy imponéis la Medalla de Real Académico a un hombre digno de ostentarla. A un médico que siempre hizo honor a su título. A un Cirujano de tal categoría, que parecen escritas para él aquellas hermosas palabras que uno de los grandes maestros de la cirugía francesa, Jean Louis Faure, escribió en su precioso libro *El alma del Cirujano*: «En esta tierra de alegrías y miserias, sus manos ensangrentadas han consolado muchos más sufrimientos que causado dolores». He dicho.