

## Peritonite pneumococica post-pneumonica. Intervenção. Cura.

por

Jacy Carneiro Monteiro  
Docente livre de Clínica Cirúrgica

J. A. de 42 anos de idade, de côr mixta, recolhido á 20.<sup>a</sup> enfermaria acha-se no 8.<sup>o</sup> dia de uma pneumonia lobar E. A temperatura já estava declinando quando começou a sentir fortes dôres no ventre acompanhadas de vomitos frequentes e biliosos.

O Dr. Barcelos Ferreira examina a doente e impressionado com o quadro abdominal, faz sentir a presença de um cirurgião, e por intermedio de um dos seus internos convida-nos para vermos a enferma.

Ás duas horas da tarde visitamos a paciente que jazia no leito em decubito dorsal e em attitude de desconforto. Sua fisionomia estava alterada e o facies traduzia sofrimento intenso. Estava dyspneica e respondia com esforço as perguntas que lhe eram dirigidas; conta-nos que no 8.<sup>o</sup> dia de sua molestia, quando começava a melhorar, sentiu dôres intensas no ventre, que foram aumentando progressivamente até tornarem-se atrozes, ficou nauseada e entrou a vomitar com certa frequencia.

Na sua historia pgressa nada ha de importancia que se relacione com a doença atual. Teve cinco filhos, não relata abortos, sempre foi forte assim como a prole e o marido. Perdeu, no entanto, um irmão, de tuberculose pulmonar, mas, não conviveu com ele no periodo de sua molestia. Genitais, sem alteração digna de nota. Pulso radial, contava-se a 140 pulsações por minuto. Temperatura axilar 39,7. Movimentos respiratorios, 32 por minuto. Não eliminava fezes nem gazes desde a vespera.

Uma vez anotadas essas informações gerais, dirigimos o nosso exame para o abdomen, séde do sofrimento maximo da nossa paciente.

Á inspecção, o ventre apresentava-se uniformemente distendido. A cicatriz umbelical não estava protusada. Os grandes retos do abdomen não se mostravam salientes e não havia esboço de alças intestinais desenhadas na parede. A coloração da pele era normal, não existia solução de continuidade, circulação colateral ou elevação anormal na superficie do abdomen. Havia, contudo, aliado á distensão do abdomen, um sinal semiologico de grande valor, a imobilidade do ventre. A doente respirava só com o torax, seu diafragma estava paralisado.

Pela palpação notamos o ventre distendido e resistente a esse processo de exame; havia uma contratura pouco acentuada dos musculos abdominais, com mais evidencia para os quadrantes direitos, mas não

tão intensa e notável como no ventre de páu das perfurações gastro-intestinais em peritонеo livre. A parede do ventre não se deixava deprimir, e a paciente acusava fortes dores quando procuravamos aprofundar a nossa palpação. Os reflexos cutaneos insistentemente procurados estavam ausentes. Fígado e baço não palpáveis. Pereção, dolorosa em todo o ventre, encontrava som tímpanico exagerado. Havia, contudo, massiez discreta nos flancos. Não existia sonoridade pre-hepática. Toque vaginal revelou o Duglas relativamente tenso e excessivamente doloroso. Não havia evidencia de tumor. Corrimento vaginal escasso. Colo uterino hipertrofiado.

Somados os sintomas mestres, dôres intensas no ventre, distensão da parede abdominal, vomitos incessantes, pulso 140, temperatura 39,7°, estado geral máu, ausencia de eliminação de gazes e fezes, achavamo-nos consequentemente em presença de um ventre agudo aparecido nos últimos dias de uma pneumonia. Pensamos numa apendicite com peritonite pela existencia de maior numero de sinais para o abdomen D e indicamos a terapeutica de urgencia pela laparotomia. A paciente recusa a operação imediata e pede para chamar seu marido com quem resolverá a situação. Às 4 horas da tarde o quadro é o mesmo, porém, os vomitos são mais repetidos. Às 6 horas sou avisado que a doente resolvera submeter-se a operação. Às sete horas iniciamos a intervenção. A paciente é anestesiada pelo cloroformio com o fim de poupar o seu pulmão afetado, dos efeitos nocivos do eter, neste caso.

Com a nossa suspeita de apendicite aguda, abrimos o ventre com uma incisão paramediana D. ao longo do bordo do grande reto. Na ocasião da abertura do peritонеo, grande quantidade de liquido purulento jorra pela ferida operatoria e inunda os campos e compressas que cobriam a enferma. Este liquido purulento não era espesso, mas sim, aguado, muito claro e não apresentava o cheiro característico do puz de supuração intestinal, com seu fetido habitual e anunciador da coparticipação do colibacilo. No caso presente era completamente inodoro. Um facto, porém, nos chamou a atenção, era a quantidade enorme de formações fibrinosas, que envolviam as alças intestinais e saíam pela brecha operatoria, flutuando como se fossem troços de madeira ao sabor da corrente; é habitual nas supurações abdominais, a presença de fibrina e falsas membranas, mas neste caso, a quantidade dessa substancia era surpreendente, e tal era o aspecto apresentado, que tínhamos a impressão de ter aberto um torax cheio de liquido pleurítico e não um ventre apendicular.

Tamponamos com gaze o campo operatorio, secamos com compressas a parte exposta do abdomen e dirigimos a nossa pesquisa para a região ilio-cecal. Uma pinça lançada sobre o ceco, traz-nos este órgão livre de adherencias e de aspecto normal; em seu lugar habitual estava implantado o apendice livre e são. Nosso diagnostico não se confirmara, uma bolsa é praticada no ceco, e o mesoapendice é ligado e o *grande culpado* é extirpado em poucos minutos.

A incisão é prolongada alguns cms. para baixo, e uma exploração ampla da bacia é efectuada. Os anexos e o utero estavam normais, e não havia evidencia de lesões, que pudessem ter causado o quadro presente.

A vesicula biliar é palpada, não apresenta calculos nem está tensa.

Estômago e duodeno examinados pelo prolongamento da incisão para cima nada apresentam de anormal. Revisamos cuidadosamente o intestino a procura de uma perfuração, de um divertículo de Meckel rompido, mas, nada foi encontrado. Aliás, o líquido purulento, muito aguado e inodoro, como foi achado na presente enferma, não é característico destas entidades morbidas causadoras de cataclismas abdominais agudos.

Uma vez completada a minuciosa revisão da cavidade abdominal, e verificada a ausência de lesão visceral, secamos completamente o ventre, e colocamos um dreno n.º 40 no ângulo inferior da incisão operatoria, e fechamos o abdômen em três planos, reforçando a parede com três fios de seda n.º 3. Pelo dreno, cuja extremidade inferior alcançava o Douglas, derramamos duas ampolas de eletrargol. A operada é reconduzida ao leito e convenientemente aquecida. Um litro de soro fisiológico lhe é ministrado sob a pele. Duas ampolas de Cardiazol efedrina são feitas. Uma bolsa de gelo é colocada sobre o ventre.

O post-operatorio é bastante favorável, não houve choque, e a doente se refez rapidamente, sendo que uma distensão abdominal esboçada, é combatida eficazmente pelo soro salino hipertônico, de quatro em quatro horas endovenoso, e os gases são libertados no terceiro dia. No fim do oitavo dia o dreno é retirado, a doente está em boas condições, a temperatura alcança 37,4º e o pulso conta 110 por minuto, e, a doente entra em franca convalescença.

*Diagnostico.* As ocorrências agudas de ventre, mais comumente encontradas, afóra os traumatismos e ferimentos são, na opinião de Mondor, a úlcera gastro duodenal perfurada e apendicite, no homem, e as afecções pélvicas e ainda a apendicite na mulher; daí a nossa presunção diagnóstica ser orientada para o lado de uma apendicite aguda, tal a subtaneidade do drama peritoneal de nossa paciente, e a localização preferencial para a direita das dôres e da defesa muscular.

Uma vez aberto o ventre e verificado que o apêndice estava fóra de causa, e diante do estado íntegro da totalidade das víceras abdominais, ficamos com o diagnóstico de peritonite purulenta pura, com grande quantidade de líquido sero-purulento e maior ainda de formações fibrinosas. Infelizmente, como acontece muitas vezes nas intervenções de urgência, não foi colhido material para exame bacteriológico. Diante desta peritonite generalizada que temos sob os olhos, como cataloga-la, para enunciarmos com exatidão o nosso diagnóstico? Desde logo ficam excluídas as peritonites de causa visceral, pois pela operação não foram verificadas perfurações gastro-duodenais, rupturas de vesícula biliar, apendicite ou diverticulite supuradas ou perfuradas, lesões graves do útero e anexos, ou solução de continuidade do tractus intestinal capazes de produzir um quadro de peritonite generalizada. Assim, devemos procurar entronizar o nosso diagnóstico entre as peritonites ditas específicas, como a tuberculosa, gonocócica, streptocócica (puerperal) e pneumocócica. As peritonites tuberculosas, via de regra, apresentam-se de forma crônica e acompanhadas de ascite, mas, podem aparecer, sob o aspecto de afecção aguda peritoneal, mas são extremamente raras. Têm sido, contudo, confundidas com apendicites agudas e levadas até a intervenção com este diagnóstico. Entre as observações conhecidas sobre este erro, no-



# IMPUREZAS DO SANGUE

# Biodarsyl DEPURATIVO

SOLICITEM AMOSTRA E LITERATURA (ELIXIR E AMPOLAS)  
CAIXA POSTAL, 2147-RIO

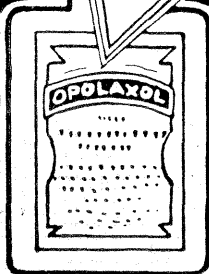
# OPOLAXOL

Produto  
opoterapico

REMEDIO PARA  
O FIGADO E  
PRISÃO DE VENTRE

*INSUFICIENCIAS  
HEPATICAS  
E BILIARES*

EM TODAS AS  
BOAS DROGARIAS  
E FARMACIAS



DEPOSITARIOS:  
DROGARIAS BRASILEIRAS  
R. ANDRADAS, 21 - RIO DE JANEIRO

SOLICITEM AMOSTRA E LITERATURA  
CAIXA POSTAL. 2147-RIO

tam-se as de Quenu, assistido por Hutinel e de Legars, que abriram o ventre com o diagnostico de apendicite aguda e encontraram o ceco e apendice de côr arroxada e cobertos de granulações miliares caracteristicas da tuberculose peritoneal, e só então fizeram o diagnostico de peritonite bacilar. Acentuam, porém, grande numero de autores, que a afecção tuberculosa do periteneo pode produzir o quadro das peritonites agudas, mas, que quasi sempre falta um sinal de muito valor, que é a contractura muscular, que nos casos de tuberculose está, via de regra, esboçada ou então ausente.

As peritonites de origem genital, tipo pelvi-peritonite gonococica, têm uma feição clinica particular, e são acompanhadas de temperatura mais ou menos elevada, dôres intensas em barra no baixo ventre, os vomitos são escassos ou inexistentes, o pulso, via de regra, é tenso e acompanha a temperatura, e os achados ginecologicos relatam corrimento vaginal intenso, fundos de sacco da vagina cheios de massas tumorais, e excessivamente dolorosos; cedem facilmente com o repouso, gelo e proteino-terapia, são compatíveis com estado geral relativamente bom e ramente reclamam uma terapeutica cirurgica de urgencia.

No nosso caso os órgãos genitais estavam em perfeitas condições; não se tratava, pois, de uma peritonite gonococica.

As afecções peritoneaes agudas de causa puerperal são desde logo afastadas, por isto que a nossa doente estava fóra de um periodo obstetrico, ou de um aborto, responsaveis por esta terrivel affecção causada pelo streptococos. As peritonites streptococcicas não puerperaes, isto é, primitivas, são muito raras, sua origem é comumente genital, rino-farin-gea ou então por contagio direto. *Menuier* relata um caso de uma parteira que atendia uma mulher com infecção puerperal, e no momento de suas regras foi acometida de uma peritonite aguda, morrendo em 7 dias. *Guichard* cita outro caso de uma enfermeira que cuidava de seu marido acometido de erisipela da face, e que contraiu pela ocasião de sua menstruação uma septicemia peritoneal mortal.

Como já se deixa ver, o nosso caso nada tem de comum com esta variedade de peritonite.

Assim, uma vez eliminadas as modalidades de peritonites acima relatadas, pensamos que a afecção peritoneal de que foi acometida a nossa doente bem poderia ser encaixada no capitulo das peritonites pneumococicas.

Como justificativa desta nossa asserção, temos que a paciente antes de manifestar sintomas peritoneais, achava-se no declinio de uma afecção pulmonar de origem pneumonica, e nós sabemos que as pneumonias e os fôcos de infecção pneumococica pôdem produzir peritonites ditas secundarias e com o quadro geral de ventre agudo.

Em segundo lugar os achados operatorios eliminam as outras variedades de peritonites, e evidenciam grande quantidade de liquido purulento aguado, sem cheiro e com abundantes flócos de fibrina, que nos fez no principio do trabalho comparar com o liquido dos derrames sero-fibrinosos da pleura; ora, nós sabemos o grande poder fibrinogenico de que é dotado o pneumococo e a qualidade do exudato por ele produzido. Concorre tambem para justificativa deste diagnostico, o facto de não ter

sido encontrado no ventre lesões vicerais responsaveis pelo surto peritoneal, como é comum nas peritonites pneumococicas. Assim, numa peritonite aguda, em um doente portador de uma pneumonia, sem lesão visceral constatada pela laparotomia, e com grande quantidade de liquido sero-purulento e notavel formação de fibrinas, nos faz emitir o diagnostico clinico, pois os exames de laboratorios não foram feitos, de peritonite pneumococica secundaria a um foco pneumonico do pulmão E.

A peritonite pneumococica é, como sabemos, de grande raridade, principalmente entre nós, nunca lemos publicações a respeito de sua frequencia, e mesmo de sua existencia em nosso meio, nesta ultima decada.

E' mais comum nas meninas e raras no adulto. Augusto Paulino confessa ter visto uma só vez neste ultimo durante toda a sua vida; quase sempre é secundaria a um foco de pneumococo, ou então é primitiva sendo sua porta de entrada apontada nas fossas nasaes, orgãos genitais externos e intestinos, quando não desce atravez do diafragma, de um ponto septico ignorado do pulmão e da pleura para a serosa peritoneal.

O modo pelo qual ela faz o seu aparecimento, é diferenciado em dois tipos clinicos bem estudados; ora se apresenta sem grande ruido, numa forma arrastada, terminando num grande abcesso na região umbelical, sub-hepatica inguinal, crural etc. e constitue a *forma septada*, que é a mais frequente, ora apresenta-se com o grande drama peritoneal como o nosso caso, com symptomas vivos de peritonite aguda, manifestando-se com a forma *generalizada*, muito mais grave e de alto coeficiente letal. A symptomatologia deste tipo que se adapta ao nosso caso, muito pouco se afasta do quadro geral das outras peritonites, todavia, traz alguns sinais que lhe são proprios, porém, muito inconstantes; os symptomas comuns são a febre, quase sempre elevada, 39 ou 40º, vomitos a principio alimentares, depois biliosos e por fim porraceos, pulso rapido, dispneia, suores frios, grande estado de adinamia e contractura dos musculos do ventre.

Dos symptomas proprios da peritonite pneumococica, um avulta de valor e, via de regra, serve de orientador diagnostico; é a diarreia intensa e fetida aparecendo dez a vinte vezes ao dia e desidratando enormemente o doente; o herpes labial tambem encontrado frequentemente nestes casos é, porém, de grande inconstancia; quanto á contractura abdominal, todos os autores estão de acordo que ela não é tão intensa, como nas peritonites em que ha lesão visceral. No caso que serve para o presente estudo não existia diarreia, nem herpes peri-labial, e a contractura não era muito intensa.

Dois pontos de capital importancia prendem a atenção do cirurgião no capitulo das peritonites pneumococicas: o *diagnostico* e o *tratamento*.

O diagnostico da peritonite pneumococica apresenta no seu inicio serias dificuldades devido á semelhança que mostra com uma peritonite apendicular; sabemos o quanto é perniciosa a indicação operatoria na primeira, e quão desastrosa a abstenção na segunda. E' pois, baseado nesta grande dificuldade que o cirurgião acha-se muitas vezes sob um terrivel dilema: ou opera um doente com o diagnostico de apendicite aguda e o perde de peritonite pneumococica, ou então abstem-se de operar com o diagnostico de afeção peritoneal pneumococica e leva o seu en-

fermo á morte de peritonite apendicular. Sendo a peritonite pneumocócica de facil exclusão, das outras especies de afecção peritoneais, e apresentando enorme confusão com as apendicites agudas, quais os sinais que devemos fixar para o diagnostico diferencial destas duas terriveis afecções abdominaes? Ambas apresentam sinais comuns, como febre alta, vomitos, dôres intensas no ventre, principalmente na fossa iliaca D, pulso de 120 a 140, estado geral máu, facies peritoneal e contractura dos musculos abdominais. A afecção pneumocócica tem, contudo, sinais proprios como relatamos acima, temperatura mais elevada, chegando até 41° de inicio, diarréia profusa e fetida que é o ponto capital do diagnostico diferencial, herpes peri-labial e, a pouca intensidade da contractura abdominal. E' preciso, porém, resaltar, que o herpes muitas falla ou é tardio, a temperatura pode não ser tão alta e a diarréia, o grande sinal, pode estar ausente, a fraqueza, porém, da contractura, é, pelo contrario, quase sempre presente (Lenormand e Lecene).

Devemos procurar, então, para orientar o nosso diagnostico, focos de pneumococo nas vias aereas superiores, no pulmão ou a existencia de vulvo-vaginite aguda. Mas, o pneumococo sendo muitas vezes um germen saprofita, pode ser encontrado no faringe e na vulva, sem ser contudo responsavel pelo drama peritoneal. Vemos assim a dificuldade do diagnostico que sempre persiste. O laboratorio foi chamado tambem para fornecer o seu contingente de esclarecimentos. Assim Budde, da Alemanha, propõe a hemo-cultura e diz ter encontrado muitas vezes pneumococo no sangue no decorrer das afecções pneumocócicas no peritoneo; Arrousseau, chefe de clinica de Ombredane, pesquisa o pneumococo com exame direto pela punção da polpa do dedo, e relata que cinco vezes poudé diagnosticar assim, a septicemia.

Estes achados, porém, não são de grande valor, por isto que falham em grande numero de casos, e quando aparecem são tardios e o cirurgião tem que agir urgentemente. Lipchutz e Lowenberg de Berlim, propõe a punção do ventre para a colheita de material e exame microscopico. Este processo, que deverá ser praticado com trocar grosso devido ás formações fibrinosas, foi condenado pelo perigo que oferece de lesar o intestino. O laboratorio, pois, apesar de trazer algumas luzes ao diagnostico desta afecção, não nos fornece sempre elementos reais no inicio do ataque agudo do peritoneo. Continuamos, pois, a afirmar que o diagnostico entre a peritonite pneumocócica e a de causa apendicular, é difficilimo e muitas vezes é só firmado depois do ventre aberto.

Brechot e Nové-Jesserand, referindo-se a grande dificuldade desse diagnostico, no relatorio apresentado sobre as peritonites pneumocócicas no congresso francez de cirurgia em Outubro de 1931, assim conclue: em uma questão tão delicada com esta, a decisão depende muitas vezes de pequenas subtilizas de diagnostico, das qualidades do cirurgião, de sua experiencia e senso clinico, pois, não se pode formular regras absolutas; mais adeante estes mesmos autores referindo-se á confusão que existe com as apendicites agudas dizem: um de nós teve ocasião de operar duas apendicites gangrenosas, que tinham sido consideradas por medicos muito competentes como peritonites pneumocócicas, e a intervenção por isto retardada não conseguiu salvar estes dois doentes.



*Tratamento.* A terapeutica das peritonites pneumococicas tem dividido os cirurgiões em dois grupos distintos, uns levados pela grande mortalidade dos casos operados, que chegam a alcançar a cifra de 80% em certas estatisticas, preconizam a abstenção armada, esperando que o processo agudo torne-se septado, e então incisam os abcessos existentes; outros baseados sobretudo na grande confusão que se faz com as peritonites apendiculares, são intervencionistas na primeira hora, dizendo que esta atitude tem salvado muitos doentes portadores de apendicites graves, rotuladas de peritonites pneumococicas, e que a alta mortalidade observada, é função da gravidade da afecção. De facto, as estatisticas apresentadas sobre os casos operados são de resultados lastimosos. Bretonneau em cinco casos operados perde quatro doentes, e Arrousseau em oito intervenções precoces regista sete mortes, em quatro casos não operados, tres curas. Budde e numerosos cirurgiões alemães repelem a intervenção precoce, e relatam 90% de insucessos no primeiro dia, 30% si a operação é retardada, e 6% se a intervenção é bastante tardia. Na Inglaterra, em 1930, houve uma discussão muito importante sobre este assunto na Sociedade de Medicina de Londres, opiniões divergentes foram proclamadas, mas Cameron, Page, Hughes e a grande maioria condenou a intervenção, julgando inutil e perigoso operar no inicio dessas peritonites.

Qual, pois, a causa da morte, nos operados de peritonite pneumococica, em que seguindo exstrictamente a formula classica do "Ubi puz ibi evacua" não conseguimos a salvação do doente? O laboratorio tendo demonstrado que estas peritonites vêm sempre acompanhadas de uma septicemia, todos os autores são acordes que o choque operatorio e a anestesia, golpeando um organismo tomado já por uma infeção seria, vêm agravar as manifestações septicemicas, favorecendo o aparecimento de focos pulmonares e levando o doente a exito letal.

*Conclusões.* Diante do exposto e conhecida a dificuldade do diagnostico, a atitude do cirurgião deverá ser a seguinte: nos casos em que o quadro clinico se apresente com seus symptomas nitides, doente jovem, principalmente meninas, temperatura super elevada, diarreia intensa e fetida, dôres intensas no ventre com preferencia da fossa ilíaca D, contractura moderada dos musculos abdominais, herpes peri-labial e pneumococo presente no sangue, o diagnostico de peritonite pneumococica será firmado, a abstenção será regra adotada, e a intervenção terá sua indicação tardiamente para drenar os focos septados que se formarem.

Nos casos em que o diagnostico não for bem claro, e a duvida estiver presente, como acontece na maior parte das vezes, o cirurgião com a preocupação de não deixar passar uma apendicite grave, deverá operar seu doente para verificar o diagnostico com o ventre aberto. Si fôr uma apendicite, trata-la convenientemente segundo a tecnica habitual, si o aspecto do puz e a presença abundante de fibrina e falsas membranas aliadas á ausencia de lesão apendicular, confirmam a existencia de uma peritonite pneumococica, um dreno grosso deverá ser colocado no Douglas, as manobras intra-abdominais reduzidas ao minimo e um tratamento geral anti-infeccioso instituido.

Esta é a opinião unanime dos autores, entre os quais Nové-Josserand

e Brechot no Congresso de Cirurgia de 1931, de Mathieu, expedida através do seu artigo: As peritonites pneumocócicas generalizadas, na *Presse Medicale* de Julho de 1929, e de Loutch e Merigot no mesmo jornal medico de março de 1934, no seu trabalho: Devem ser operadas as peritonites pneumocócicas? Como o choque operatorio agrava formidavelmente o estado destes doentes em plena septicemia, Fèvre, do serviço de cirurgia infantil de Ombredane, aconselha que nos casos duvidosos, uma incisão deverá ser feita com anestesia local na fossa iliaca D, e a lesão reconhecida. A esta opinião ligam-se a maioria dos cirurgiões, com o fim de evitar o choque e os efeitos maleficos da anestesia geral e conseguir uma melhor percentagem de cura nos casos operados.

Encerrando a serie de comentarios que fizemos sobre esta grave afecção peritoneal, devemos resaltar certas particularidades, que tornam interessante o caso por nós estudado e justificam a nosso ver a sua publicação.

1.º) A raridade das peritonites pneumocócicas entre nós (não conhecemos nenhum caso relatado nestes ultimos onze anos).

2.º) A idade elevada da paciente, 42 anos, quando a afecção é mais comum em meninas de nove a 15 anos.

3.º) O facto de ter aparecido como complicação de uma pneumonia, pois são sem conta as pneumonias por nós observadas, e nunca vimos uma peritonite vir agrava-la.

4.º) A anormalidade do caso que se apresentava sem seus sinais proprios, a diarreia, o grande sinal diagnostico, e o herpes labial, o que nos levou como é comum nestas ocasiões, a dirigir nossa opinião para o lado de uma peritonite apendicular.

5.º) A feliz terminação do nosso caso, cuja doente teve alta curada, apesar da alta percentagem de letalidade nestes doentes socorridos pela arte cirurgica.

#### *Obras consultadas*

1. Augusto Paulino — *Patologia Cirurgica*, tomo II.
2. *Traité de medicine* Widal Roger Teissier, tomo 15.
3. Mondor — *Diagnostics urgents. Abdomen.*
4. Lecène Leriche — *Therapeutique Chirurgicale*, tomo III.
5. Fèvre — *Chirurgie infantile d'urgence.*
6. Eiselberg — *Tratado de patologia e clinica cirurgica*, tomo II.
7. F. Lejars — *Chirurgie d'urgence*, tomo I.
8. Loutch et Merigot — *Faut-il operer les peritonites a pneumocoques? Presse medicale, Mars 1934.*
9. Mathieu et Dariéud — *Peritonites generalisees a pneumocoques. Presse medicale juillet 1929.*
10. Novè - Jousserand — *Raport au Congrès de chirurgie française 1931.*
11. Warbasse — *Surgical traitement*, tomo II.
12. Quervein — *Diagnostic Chirurgical.*