

TRATAMIENTO DE LA PERITONITIS NEUMOCÓCICA (*)

por el doctor

MANUEL CORACHÁN

Cirujano numerario del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo

El concepto del tratamiento de la peritonitis neumocócica ha variado en los últimos tiempos al ser descubiertos los tipos clínicos de peritonitis neumocócica agudísima y diferenciar de una manera clara los casos primitivos de los secundarios. Por esto, en esta nota diremos unas palabras sobre el concepto clínico actual de la peritonitis neumocócica, base de la terapéutica, que ha de ser especial para cada caso.

El cuadro clínico clásico, que nosotros describíamos hace 6 años (*Rev. Méd. de Barcelona*, julio de 1924), corresponde solamente a una variedad clínica y aun podríamos decir, a un momento de la enfermedad; momento final; en la actualidad se describen una serie de cuadros clínicos, todos ellos bien definidos.

Ha quedado en primer lugar, claramente diferenciada, la *peritonitis neumocócica primitiva*, de origen genital en la mayoría de los casos.

En segundo lugar, se ha reducido al mínimo el número de casos de *peritonitis neumocócica, secundaria* a procesos respiratorios (neumonías, bronconeumonías, empiemas) y septicemias, habiendo sido demostrado, que en muchos de los casos, la buena observación clínica encuentra los procesos del aparato respiratorio y la septicemia, no como causales, sino como secundarios a la peritonitis neumocócica.

Finalmente, aparece un nuevo hecho clínico o de práctica; ocasionado, de una parte, por el concepto sabiamente difundido de la necesidad de la rápida intervención del cirujano en los procesos agudos del abdomen, y de otra, por la discusión entre los cirujanos sobre si está o no indicada la laparotomía en los casos agudos o en el momento agudo de la peritonitis neumocócica.

Estos tres hechos condicionan el estado actual del tratamiento de la peritonitis neumocócica, a base de los cuales vamos, pues, a describir los tipos clínicos de dichas peritonitis y a base de estos tipos clínicos enfocaremos el tratamiento.

* * *

FRASSER, y nosotros con él, admitimos tres formas clínicas de peritonitis neumocócica primitiva, por lo cual podremos clasificarlas en los siguientes tipos:

Peritonitis neumocócica		
Primitiva	Secundaria	
Fulminante	Aguda	Crónica

PERITONITIS NEUMOCOCICA PRIMITIVA.—Este tipo clínico se limita a las niñas; aparece de los 2 a los 10 años y la infección se produce a través de las *trompas de Falopio*. Algunos autores quieren negar el origen genital y la atribuyen a una infección sanguínea preexistente (septicemia neumocócica), que no encuentra el investigador, y en cambio se ha podido comprobar cada día más la existencia de infección a través del tractus genital (FRASSER, REMLJNSE), por la presencia del neumococo en abundancia, en el flujo genital que presentan las niñas afectadas (85 % según REMLJNSE). Los síntomas varían según la forma clínica.

Forma fulminante.—Súbitamente aparece un dolor abdominal intenso; los vómitos son persistentes y el estado general evoluciona hacia el colapso. La enferma está inconsciente, con pulso incontable, temperatura alta y respiración rápida; las fosas ilíacas son dolorosas y la mitad inferior del abdomen está contracturada, con macidez a la percusión en algunos casos. La peritonitis se generaliza y la enferma muere.

Si se opera, se encuentra una peritonitis aguda predominantemente inferior. Operada y sin operar, la enferma muere, no más allá de las 36 horas de comenzado el cuadro clínico.

La enferma ha presentado una peritonitis agudísima; la ancha superficie peritoneal ha absorbido toxinas en tal cantidad, que se ha producido la muerte por intoxicación.

El diagnóstico de esta variedad es a menudo difícil.

Forma aguda.—El comienzo es menos súbito que en la forma anterior. El cuadro comienza con fiebre alta, malestar, vómitos y dolores abdominales cólicos, ya suprapúbicos, ya localizados en la fosa ilíaca derecha; a

(*) Ponencia desarrollada en el Sexto Congreso de Médicos de Lengua Catalana.

las 24 horas el dolor se generaliza, la fiebre sube, el pulso se hace muy frecuente, aparecen vómitos incoercibles a menudo porráceos, con disuria y retención de orina en muchos casos, así como diarrea con tenesmo, a consecuencia de la inflamación de las paredes del recto y de la vejiga. El tacto rectal es negativo. El examen de sangre muestra leucocitosis moderada con polinucleosis. Al día siguiente el cuadro puede apagarse, para localizarse la infección en la parte baja del abdomen; entonces el vientre se encuentra duro, no distendido. Pero lo más frecuente es que la enfermita empeore, y aparecen cianosis, hiperpnea, delirio, a ratos inconsciencia y fiebre más alta; se trata de que al cuadro peritoneal se ha añadido una infección septicémica que ocasiona la muerte; en otros casos, el enfermo sobrevive a este período y entonces pueden aparecer afecciones pleuropulmonares (bronconeumonía, empiema).

El diagnóstico, al principio, es de peritonitis, sin precisar la causa; sólo que por tratarse de una niña con fenómenos pélvicos, diarrea y disuria, se está autorizado a sospechar la peritonitis neumocócica.

Forma subaguda o crónica.—Períodos de cólicos abdominales con ligera fiebre, alternan con diarreas y vómitos intermitentes; la sintomatología puede ser poco violenta, e incluso, estar levantada la criatura durante la primera semana. En uno de nuestros casos se hizo el diagnóstico de colitis infecciosa.

En un segundo período (de los 7 a los 20 días) continúan los síntomas, no siendo tan marcada la diarrea ni los vómitos, y en cambio se acentúan los dolores. La enfermita enflaquece y se debilita. La sangre ofrece también leucocitosis con polinucleosis.

En un tercer período y al desaparecer casi por completo la diarrea, el vientre se abomba, se hace sensible a la presión y aparece disuria. El tacto rectal, a pesar de todo, es negativo. El abombamiento es especialmente marcado en la región umbilical. Operada en este momento la enfermita, se encuentra una peritonitis enquistada con gran abundancia de pus (uno o dos litros) *no fétido*, como granos de sémola.

En un principio, antes de la formación de la peritonitis enquistada, se confunde, en general, con una colitis, si presenta diarrea con moco; en caso contrario, el diagnóstico se confunde con el de la peritonitis tuberculosa.

PERITONITIS NEUMOCOCICA SECUNDARIA.
—Los últimos trabajos sobre peritonitis neumocócica, encuentran esta forma muy rara en las estadísticas, si tenemos en cuenta que antes se creía que todos los casos lo eran. En los nuestros, en número de 7, sólo hay un caso que podamos creer que sea secundario, por haber encontrado un foco congestivo pulmonar en el comienzo de la enfermedad. Hay autores que creen que sólo se presenta en los casos de neumonía complicada de empiema.

Continúa en esta forma el predominio del elemento femenino, que hace creer, que muchos casos considerados secundarios, no lo son.

Las características de esta forma, muy diferentes de

la forma primitiva, son siempre las mismas; la evolución no es tan aguda ni tan rápida y conduce siempre a la formación de abscesos circunscritos.

Con un foco neumónico extraperitoneal, el niño se queja de fenómenos peritoneales: dolor, sensibilidad a la presión, vómitos y ligero meteorismo; al mismo tiempo la temperatura sube. Al cabo de unos días queda bien delimitada una peritonitis localizada que abomba el vientre debajo del ombligo y le da la forma típica. El examen de sangre muestra, como en las formas primitivas, leucocitosis moderada con polinucleosis.

* * *

Precisados los tipos clínicos, podemos ahora hablar de tratamiento, punto que, para mayor claridad dividiremos en dos partes; a) tratamiento de los casos agudos o en el período agudo de la enfermedad, o sea, en el caso de peritonitis generalizada; b) tratamiento del enfermo crónico, o después de transcurrido el momento agudo, o sea tratamiento de la peritonitis enquistada.

Tratamiento de los enfermos en el período agudo.—Hace unos años que, cuando ante un caso de apendicitis aguda, el consejo médico era el de esperar a que se enfriase el caso para operarlo, no era corriente el operar nunca ningún caso de peritonitis neumocócica generalizada. En el momento actual, en que ya es del dominio público que los casos de apendicitis sean operados de urgencia en el momento de ser diagnosticada, se operan con más frecuencia los abdomenes agudos de causa peritonítica y entre ellos, la peritonitis neumocócica aguda en su comienzo. Por esto, el clásico consejo de que no ha de operarse una peritonitis aguda neumocócica, en el momento del acceso febril, cuando la reacción inflamatoria es intensa, o sea, en el *acmé* de la enfermedad, ha sido sustituido, por una discusión aun hoy no bien definida, de si han de operarse o no los casos agudos.

Ultimamente MATHIEU y DAVIQUOUD, del Hospital de Bretonneau, observan 7 casos de peritonitis generalizada por neumococos, operados todos de urgencia con el diagnóstico de apendicitis aguda por diversos cirujanos (unos médicos de guardia, otros por ellos mismos) en los que 3 han muerto poco después de la operación. Recordamos también estadísticas de BUDDE, KRAFFT y REMIJNSE, todas ellas con mortalidad elevada. Asimismo, estos autores encuentran la enfermedad muy frecuente, ya que comparándola con la apendicitis, ven que la proporción es de 1 a 10 hasta 1 a 20 según los autores, o sea un caso de peritonitis por cada 10 o cada 20 de apendicitis. Ante estos resultados, aconsejan una expectación en el caso de poder ser diagnosticados.

Pero son muchos los cirujanos, KELLEY, CAMERON, MAX PAGE, HUGUES, SMITH, OMBREDANNE entre otros, que reconocen que, si bien es peligroso operar de antelación, ha de operarse siempre ante el temor de una peritonitis apendicular; este último autor dice en su libro de cirugía infantil, que es mucho mejor operar un caso de peritonitis neumocócica creyendo que se trata de una apendicitis, que dejar de operar una apendicitis, tan grave en el niño, por creer que se trata de una peritonitis neumocócica.

Otros autores, con FRASSER a la cabeza, opinan que es incomparablemente mejor la operación precoz que la tardía.

¿Cómo explicar esta diferencia de criterio? Veamos lo que dicen contra la operación precoz, MATHIEU y DAVIoud, que son los que han estudiado mejor este asunto (*Presse Med.* 13 VII-29): "Es necesario buscar la causa en la manera de infectarse el peritoneo. Aquí, en efecto, no hay nada comparable con lo que se encuentra en otras variedades de peritonitis, sobre todo en las apendiculares. No se encuentra ninguna lesión por tratar."

"Exámenes de laboratorio prueban que una septicemia acompaña a estas peritonitis primitivas, sólo en apariencia, y las peritonitis neumocócicas secundarias, conocidas de mucho tiempo acá."

"Esta noción de septicemia permite discutir el valor y la utilidad de una intervención de urgencia. De una manera general, se interviene a la hora actual en una peritonitis, no sólo para drenar, sino en especial, para suprimir la causa; y nosotros sabemos que en el caso de una peritonitis neumocócica, esta causa escapa a la terapéutica operatoria. Al contrario, la intervención parece, en muchos casos, dar un latigazo a la infección, agravar las manifestaciones generales, en especial la septicemia y en particular favorecer la aparición de focos pulmonares."

En cambio, otros autores creen indicada la intervención de urgencia, y basan la indicación en su buena estadística. Nosotros, por esta misma razón nos hemos de sumar a ellos.

¿Cuál es, pues, la causa de esta divergencia de criterio?

Creemos que la contestación la dan las palabras que acabamos de copiar de MATHIEU y DAVIoud, en las que se expone un concepto clínico de la enfermedad bastante diferente del que hemos expuesto nosotros al principio. Se basan en una estadística global, en la que incluyen todas las formas agudas, aceptando que siempre se encuentran junto con un estado septicémico, cosa que está lejos de ser una realidad. En el trabajo citan un caso de un enfermo operado, en el cual al día siguiente de la operación aparecen unos focos pulmonares y el enfermo muere a los tres días, presentando una pleuresía purulenta, y atribuyen la culpa a la operación, olvidando que el mismo curso y la misma complicación podían tener lugar sin la intervención. Hemos visto de cerca lo que significa para un médico de guardia una intervención en una peritonitis aguda, en la que una incisión pequeña por apendicitis va seguida de una laparotomía media, y de una gran exploración de abdomen, acabando con un drenaje con largos y numerosos tubos, olvidándose a menudo del drenaje del *saco de Douglas*, detalles que explicarían los casos que comentan de supuraciones duraderas y de evolución hacia el enquistamiento a pesar de una intervención precoz.

Frente a este aspecto quirúrgico de la peritonitis neumocócica, hay el otro aspecto que podemos sintetizar en la persona de FRASSER, el del cirujano que distingue cuál es el enfermo que ha de operar, qué forma de

intervención hay que hacer, y qué drenaje conviene dejar. No opera los casos sobreagudos; y de hacerlo, no los considera un fracaso de la intervención. Opera los enfermos agudos en fase presepticémica y antes que aparezca la complicación de una lesión pulmonar. De presentar una lesión pulmonar, espera que ésta desaparezca, aun con riesgo de perder el enfermo, por creer que sería contraproducente una intervención que requiere, por tratarse de un niño, una anestesia general. Finalmente, no considera, al apreciar los resultados, el número de fracasos en la intervención, sino que compara el número de enfermos hiperagudos y agudos, que mueren en el comienzo de la infección, con las cifras de mortalidad que quedan en los enfermos, que en idénticas condiciones, son operados. Deja un pequeño drenaje con un tubo de poco diámetro que llegue al *Douglas*, para evitar que se coleccionen allí el absceso clásico.

Como que nosotros seguimos estas normas y hemos salvado los casos operados en el momento agudo, nos sumamos a los partidarios de la indicación quirúrgica en el momento agudo, siempre que ésta se ajuste a las condiciones siguientes:

1.^a Las formas fulminantes, que hemos descrito, en las que, como hemos hecho constar, el diagnóstico es casi siempre imposible, hay que intervenir al enfermo, con objeto de evitar que por una confusión dejásemos de operar un cuadro tóxico debido a otra causa; por ejemplo, una apendicitis gangrenosa. Dudamos que se haya salvado ningún caso fulminante.

2.^a Las formas agudas han de operarse en los primeros momentos, en que el cuadro clínico corresponde a una peritonitis pélvica; podrá intervenir cuando la peritonitis se haya generalizado, pero siempre antes de que el enfermo pase a la segunda fase que hemos descrito, de septicemia o de complicación pulmonar; la hemocultura podría darnos la certeza de la existencia de la septicemia, pero el resultado es tardío; AURESSEAU dice que ha encontrado el neumococo al examen directo de la sangre en 5 casos. De encontrar al enfermo en este momento, es prudente la expectación, ya que el enfermo empeora con una intervención quirúrgica, lo cual no quiere decir que no deje de empeorar e incluso morir, sin la intervención del cirujano.

3.^a En el caso de duda diagnóstica entre una apendicitis y una peritonitis neumocócica, duda sobrevenida al tratarse, por ejemplo, de una niña, que presenta diarrea y disuria con tacto rectal negativo, es de aconsejar la incisión de Jalaguier. Al no encontrar el apéndice lesionado, será suficiente dejar un tubo de drenaje en el *Douglas*, previa extirpación del apéndice, si éste viene a mano, cerrando la pared. De encontrar el apéndice turgente, convendrá extirparlo con mayor motivo.

4.^a Sea con diagnóstico clínico, sea con diagnóstico operatorio, al operar una peritonitis neumocócica aguda hay que reducir al mínimo el trauma operatorio y limitar el drenaje a un tubo de caucho de tamaño medio colocado en el fondo de *saco de Douglas*. Se ha ensayado con éxito el drenaje vaginal, previa laparotomía.

5.^a El diagnóstico operatorio se basará en la exis-

tencia de una peritonitis generalizada de predominio pélvico, en la ausencia de una apendicitis (hay que recordar que se trata de niños, en los cuales son rarísimas las afecciones ulcerosas gástricas y las lesiones biliares) y finalmente en la presencia de un pus espeso como miel, amarillo o amarillo-verdoso, alguna vez seropus líquido, pero siempre *sin fetidez*. Es característico de este pus contener pequeños grumos fibrinosos, como granos de sémola. Las asas del intestino delgado, sobre todo las del final del íleon, están congestionadas, presentando zonas de un punteado congestivo; sobre estas asas, que no están dilatadas, hay pequeñas falsas membranas poco adherentes. La confirmación del diagnóstico se encontrará en el análisis del pus.

6.^a Antes y después de la intervención quirúrgica no ha de olvidarse el tratamiento médico; el suero antineumocócico mejora mucho los enfermos; los estimulantes y el oxígeno tienen su aplicación. Si se sospecha que ha comenzado una septicemia, o si el cuadro tóxico es muy agudo, no se ha de olvidar la transfusión sanguínea que recomienda MC. CARTNEY.

BRUCE y ROBERTSON, de Toronto, antes de la transfusión hacen una sangría. No creemos que valga la pena hacer un comentario a la *linfostomía*, preconizada por COSTAIN, o sea el drenaje del conducto torácico, como medio para reducir la toxemia.

Tratamiento de los enfermos subagudos o crónicos.—En esta segunda parte del tratamiento de la peritonitis neumocócica, hemos de incluir tres grupos de los enfermos que hemos descrito en la parte clínica.

a) Enfermos de peritonitis neumocócica primitiva de tipo agudo y que no habiendo sido operados en los primeros días han continuado con vida, y pasando a un estado subagudo ha quedado enquistada la peritonitis.

b) Los enfermos subagudos o crónicos desde un comienzo afectos de peritonitis neumocócica primitiva.

c) Los raros casos de peritonitis neumocócica secundaria, que sobreviven a la curación de la causa que la ha producido (lesión pulmonar, por ejemplo).

En este grupo de enfermos, el tratamiento está clásicamente establecido; como que la evolución tiende a la localización, hay que esperar que se forme el absceso, que será incindido y drenado. En caso de extenderse la infección en lugar de localizarse, hay que practicar una laparotomía precoz.

Para facilitar esta localización, el enfermo se colocará en la posición de Fowler. Para calmar los dolores se dará opio a dosis suficiente para calmar el peristaltismo. Si hay vómitos se dejará el estómago en reposo y se dará suero fisiológico ya en enemas, ya subcutáneamente. Mejoran al enfermo las compresas frías, así como un tratamiento con suero o *Phylacógeno neumónico*.

Cuando se ha formado el absceso, si las condiciones

son buenas, ha de evacuarse no dejando nunca de operar porque el enfermo presente aun fiebre o algún síntoma pulmonar; en estos casos, la incisión, que se reducirá en lo posible, se hará con anestesia local o bajo un chorro de cloruro de etilo. Si el estado del enfermo es bueno, será mejor la anestesia general (recordemos que se trata de un niño); la incisión podrá ser más ancha (recuérdese que es grande la cantidad de pus, 1 litro a 1 ½) y se colocará, al menos, un grueso tubo en el *Douglas*.

Conviene pensar que en casos de supuración escasa es posible la curación espontánea y que en los casos que no se operan a tiempo, el absceso puede abrirse espontáneamente por el ombligo.

Se ha discutido si era o no permitida la punción exploradora. El cuadro es bastante típico para creerla inútil, y aun perjudicial si la aguja es gruesa. Tal vez la única utilidad que podría tener sería la de evacuar el pus e intentar acto seguido un tratamiento con optoquina como ha recomendado GRALKA en el empiema neumocócico, o sea, inyectando después del vaciado del pus una solución reciente de optoquina al 5 por 100, en la cantidad de 25 miligramos por kilo de peso del individuo, sin pasar nunca, en el niño, de 50 centigramos. Las inyecciones podrían repetirse como en el empiema, cada tres días, hasta que el pus que salga sea estéril. No sabemos que se haya usado este procedimiento.

CONCLUSIONES

1.^a La peritonitis neumocócica aguda primitiva puede operarse en el período presepticémico, siendo bien tolerada la intervención.

2.^a En la duda del diagnóstico entre peritonitis neumocócica y apendicitis, hay que operar siempre.

3.^a En las peritonitis neumocócicas complicadas, en las secundarias y en las formas crónicas primitivas, hay que esperar a que se localice el proceso.

RESUME

La péritonite pneumococcique aiguë primitive peut être opérée dans la période présepticémique, l'intervention étant toujours bien tolérée.

Dans le doute du diagnostic entre la péritonite pneumococcique et l'appendicite, il est toujours nécessaire d'opérer.

Dans les péritonites pneumococciques compliquées, dans les secondaires et dans les formes chroniques primitives, il faudra attendre la localisation du processus.

SUMMARY

The acute primitive pneumococcal peritonitis may be operated in the pre-septicemic period, being the intervention quite well tolerated.

In case of doubt about the diagnostic between a pneumococcal peritonitis and an appendicitis, it is always necessary to operate.

The complicated pneumococcal peritonitis, in the secondary ones, and in the primitive chronic forms, it will be necessary to await the localisation of the processus.