LA SULFANILAMIDA EN LOS PROCESOS RESIDUALES DE LAS PERITONITIS AGUDAS

Dr. Armando M. Loubejac

En la sesión del 1º de octubre de 1941 tuve el honor de presentar a esta Sociedad la observación de un caso grave de peritonitis difusa de origen apendicular, francamente influenciado en su evolución ulterior al acto quirúrgico por el empleo de la sulfanilamida, así como destacar la acción eficaz de esta magnífica droga en la resolución de una *douglasitis* que se hizo evidente a los 21 días de la operación. En el mismo trabajo, que representaba la primera publicación nacional sobre el tema, insistía sobre la necesidad de continuar con el empleo sistemático de la sulfanilamida vertida en el vientre y administrada luego por vía bucal en todos los casos de peritonitis agudas localizadas o generalizadas de origen visceral, como modo de poder resolver el grave achaque que representan las peritonitis residuales. Consecuente con esa manera de pensar, cuando tenía que operar en clientela privada llevaba conmigo un frasquito con 5 grs. de sulfanilamida, porque en esa época muchos de nuestros sanatorios no contaban aún con la droga en polvo.

Ensayaba, asimismo, una interpretación personal sobre el verdadero modo de actuar del polvo de sulfanilamida vertido en el vientre, y decía a ese respecto:

"A mi modo de ver, la concepción teórica de la acción local, perfectamente explicable en procesos localizados y con una absorción enlentecida como sucede en focos de osteomielitis, abscesos etc., no puede aplicarse a las inflamaciones peritoneales en las que la sulfanilamida se vierte sobre una gran hendidura linfática que goza de un gran poder de absorción, a pesar de la limitación que en ese sentido pueda imponerle el proceso inflamatorio.

Los gramos de droga que se vierten en la cavidad peritoneal en el acto operatorio son seguramente absorbidos y pasan a la sangre para combatir la infección por retaguardia. De ahí la razón de verter, también, algunos gramos de sulfanilamida en la herida operatoria, cuya lenta absorción permitirá mantener un nivel constante de droga en la sangre. Y por igual razón debe continuarse la administración de sulfanilamida por vía bucal, si ello es posible.

"Ella no sustituirá nunca al acto operatorio — como puede suponer algún espíritu muy avisado — el que deberá cumplirse con las reglas clásicas de la cirugía del vientre agudo. Pero una vez evacuado la mayor parte de pus, podrá verterse la sulfani lamida o sus derivados en la seguridad de que este poderoso instrumento químico ayudará eficazmente al cirujano."

Un año más en la práctica de la cirugía de urgencia del vientre agudo ha reafirmado mi convicción sobre la ayuda valiosa que presta esta droga en las peritonitis agudas. Su acción es aún más convincente en los procesos residuales consecutivos a ellas, en los que la vía bucal, permitiendo mantener un nivel constante de la droga en la sangre, asegura un ataque permanente al foco de infección localizado.

La observación que presento a continuación corrobora lo antedicho y me estimula a proseguir en la línea terapéutica que señalo. Se trata de un caso muy parecido al que dió motivo a mi trabajo anterior, con la diferencia de que la administración más enérgica de sulfanilamida acortó la evolución a la mitad.

He aquí la observación:

F. A., 17 años, uruguayo, domiciliado en la Capital, ingresa a mi guardia del Hospital Maciel a las 22 horas del día 14 de Julio de 1942, con un cuadro agudo de F. I. D. datando de cinco días. Su enfermedad comenzó el jueves 9 con fuerte dolor epigástrico que soporta sin guardar cama hasta el sábado. El domingo de mañana sufre una agudización y el dolor se hace periumblical para localizarse más tarde en la F.I.D., acompañado de chuchos, vómitos y diarreas. El lunes sigue igual, pero desaparecen los vómitos. El martes, día de su internación, el dolor es permanente y muy intenso.

Examen: Enfermo muy intoxicado, obnubilado, con 37°3 de temperatura axilar y 38°8 de rectal. Pulso 96, regular. Lengua saburral, con aliento muy fétido. Abdomen que se moviliza poco con la respiración, muy retraído. Dolor intenso a la presión, con defensa en la zona del Mac Burney. Duele un poco la F. I. I., y hay dolor generalizado a la decompresión.

Douglas ocupado y doloroso. Aparato respiratorio s/p. Presión arterial: Mx. 12,5 y Mn. 8,5. Se interviene con diagnóstico de peritonitis de origen apendicular.

Operación: Dr. Loubejac. Eter CO^2. Mac Burney. Se cae en un absceso apendicular, limitado por ansas delgadas aglutinadas, que continene alrededor de 150 grs. de pus fétido. En su centro está el ciego acartonado y friable, con falsas membranas. El apéndice es retrocecal, fijo, muy enfermo, con una perforación lenticular en su parte media. La movilización del ciego no es posible y como la extirpación del apéndice podría dar lugar a maniobras peligrosas, se resuelve su abandono rodeándolo con tres mechas de gasa. Se vierten cinco gramos de sulfanilamida en el foco. Cierre parcial de la pared músculo-aponeurótica, donde se vierten tres gramos más. Piel sin suturar. No se hizo exploración del *Douglas* para no contaminar la gran cavidad. Pasa a la Sala con indicación de bolsa de hielo y *sulfatiazol* cuatro gramos diarios por boca y una ampolla de *Soluseptazine*.

Julio 19. —La guardia de ese día anota: "Enfermo dolorido; acusa dolor en el hipogastrio. Está en el *cuarto día*, de su operación y apirético desde ayer. Como desde hace dos días está con diarrea y esta mañana hizo una retención de orina, se hace un tacto rectal que muestra un *Douglas* ocupado y doloroso. Se indica enema calmante."

Julio 23. — La fiebre ha ascendido de nuevo. Lleva *ocho días* de operado. La herida operatoria supura ampliamente, habiéndose retirado las tres mechas. El enfermo continúa un poco obnubilado. Ha tomado, hasta ahora, 26 grs. de *Sulfatiazol* por boca. Tiene ardores de estómago. *Tacto rectal*: *Douglas* fuertemente empastado, muy doloroso, abombado en la luz del recto. Se suspende la *sulfanilamida* por boca y se indican dos ampollas diarias, intramusculares, de *Soluseptazine* durante tres días (en total, seis ampollas).

Julio 26. — La fiebre ha descendido. Está mucho mejor. La herida no supura y granula intensamente. *Tacto rectal*: *Douglasitis* en franca regresión. Se indican ocho comprimidos diarios de *Sulfatiazol*, suspendiéndose la *soluseptazine*.

Agosto 5. — Sigue sin fiebre. En forma gradual se ha venido reduciendo la dosis diaria de *sulfatiazol* hasta llegar a un comprimido en el día de hoy, en que se piensa suspender su administración. Ha tomado 51 grs. de *sulfatiazol* en 22 días, con perfecta tolerancia y real eficacia en su acción sobre la *douglasitis*.

Agosto 22. — Se da de alta en perfectas condiciones. Hacia el 10 de agosto hizo un pequeño empuje febril, reiniciándose la administración de *sulfatiazol*, tres gramos diarios durante 10 días. Ha tomado, en total, 81 gramos por boca y ocho ampollas de *soluseptazine*.

Octubre 10. — Continúa perfectamente bien. El *Douglas* conserva una ligera disminución de su elasticidad.

En resumen, considero interesante puntualizar:

Primero: Que presento una nueva observación de *Douglasitis* consecutiva a una peritonitis de origen apendicular, resuelta favo-

rablemente hacia la resolución espontánea con el empleo del sulfatiazol;

Segundo: Que fué empleada la *vía bucal* casi exclusivamente, con buena tolerancia gástrica;

Tercero: Que se administraron 81 gramos de sulfatiazol por boca y 8 ampollas intramusculares de soluseptazine (sulfanilamida soluble) en 36 días de tratamiento;

Cuarto: Que esta nueva observación confirma las previsiones establecidas en la comunicación anterior sobre el tema, en el sentido de administrar dosis grandes de sulfanilamidas, — o derivados —, en los casos de peritonitis septicémicas o no;

Quinto: Que mi experiencia sobre el empleo de los sulfamidados en las infecciones, me lleva a afirmar la necesidad de emplear siempre, y en tiempo suficiente, grandes dosis de drogas, sin que el temor a los accidentes, que felizmente vemos muy poco, nos haga caer en la grave falta de ser insuficientes en la terapéutica.