

## LA SULFANILAMIDA EN LAS PERITONITIS AGUDAS

Armando M. LOUBEJAC

Presentado a la Sesión 1º de Octubre de 1941

La terapéutica de las infecciones por la Sulfanilamida cobra nuevo interés cada día, a medida que vamos conociendo mejor su modo de acción y que se la asocia razonadamente a las directrices lógicas en el tratamiento de los procesos quirúrgicos.

He tenido oportunidad, recientemente, de asociarla al tratamiento quirúrgico de una peritonitis aguda de origen apendicular con un resultado altamente satisfactorio. Bien es verdad que es, precisamente, en las grandes peritonitis de ese origen que todos los cirujanos hemos visto el más franco éxito con el simple drenaje del vientre, aun en aquellos casos en que la gran cantidad de pus predisponía de antemano a un pronóstico severo. Pero no es menos cierto que cuando ese peritoneal carece de las defensas necesarias, — e imponderables por el momento, — se nos escapa de nuestras manos, pese a un buen drenaje, a buenos sueros anti-peritoníticos y a una buena estimulación general. Tal sucede en los que tienen varios días de evolución. Las *peritonitis residuales* representan otro grave achaque en la evolución ulterior de esos casos y es en ellas donde creo que la sulfanilamida puede resolver situaciones difíciles y, a veces, angustiosas.

Un buen resultado con la *sulfanilamida por vía bucal* en una peritonitis aguda grave lleva al deseo de insistir con ella en todos los casos, graves o no, para resolver, precisamente, las temidas *douglasitis* que complican el post- operatorio. Hay casos en que la presencia de vómitos o la intolerancia gástrica hacen difícil esta vía de administración. Se podrá recurrir, entonces, a la vía rectal, a la intravenosa o a la vía local, como preconizan los americanos, vertiendo *polvo purificado de sulfanilamida* entre las ansas en el momento del acto operatorio. En nuestro ambiente

no se nos ha facilitado todavía la droga en polvo bajo forma comercial ni tengo conocimiento de que otros cirujanos la hayan obtenido. En forma particular he sido informado que las experiencias de laboratorio que se efectúan en nuestro Instituto de Medicina Experimental tienden a demostrar que las peritonitis provocadas en perros cuyo peritoneo ha sido contaminado con una dilución de materias fecales, curan con la administración de sulfanilamida por vía local o bucal, mientras mueren los animales testigos. Abrigo la esperanza de que pronto podamos escuchar en esta Sociedad el resultado completo de esas experiencias.

Con el ánimo de promover una beneficiosa discusión sobre el tema, tengo el agrado de poner a consideración de los señores consocios la observación personal a que hago referencia, por tratarse de un caso muy grave y evidentemente influenciado en su evolución por la sulfanilamida.

U. G..., de 14 años, uruguayo, (ficha 4724 de Sala San Luis), ingresa a mi guardia del Hospital Maciel el 10 de junio de 1941 con un cuadro grave de peritonitis generalizada, con 4 días de evolución. En efecto, hace cuatro días comenzó a sentir un dolor, de intensidad progresiva, en la F. I. D. e hipogastrio, sin vómitos y con numerosas deposiciones diarreicas hasta el día anterior al ingreso. El estado de obnubilación del enfermo no permite obtener mayores datos.

*Examen.* — Facies peritoneal. Lengua saburral, con aliento muy fétido. Pulso 126. Temp. axilar: 38  $\frac{1}{2}$ ; rectal: 39  $\frac{6}{10}$ . Vientre de madera. Semi-erECCIÓN peneana. Douglas doloroso, no ocupado. Cardio-pulmonar S/P.

*Radiografía de abdomen.* — Placa A 14423, del Instituto de Radiología del Hospital Maciel. En su mitad superior se observa el aspecto "flux" de los vientres ascíticos; en su parte media hay gases irregulares de intestino delgado, dispuestos en bandas transversales, y una gran ampolla gaseosa en el ciego, testigos del íleus paralítico. En plena pelvis se observa otra ampolla gaseosa.

Se interviene a la hora 24.

*Operación.* — Dr. Loubejac. Eter C02. Mac Burney, ensanchado luego por sección baja de pequeño oblicuo y de transverso. A la abertura del peritoneo sale en chorro gran cantidad de pus seroso, sin grumos. En un tubo de ensayo se recoge pus para examen bacteriológico, que después se rompe accidentalmente en la sala. Aglutinación de numerosas ansas delgadas en el bajo vientre y en la pelvis, con falsas membranas. En su centro se libera un grueso apéndice, muy enfermo, adherido por su parte media a la raíz del mesenterio, donde se palpan gruesos ganglios. De entre las ansas sale pus muy fétido, ligeramente rojizo. Viene pus de todas partes del vientre. El apéndice está muy profundo, con ciego fijo, y se abrevia la operación aislándolo con una mecha de gasa. Tubo de drenaje en el Douglas

que sale por una botonera suprapúbica. Tubo de goma ascendente en el surco parieto-cólico derecho — de donde viene mucho pus — y otro entre las ansas. Ambos salen por la incisión del Mac Burney. La multiplicación de drenajes parecía encontrar amplia justificación en este vientre inundado totalmente. Cierre parcial de la pared paritoneo-muscular con puntos separados de catgut. Taponamiento con gasa vaselinada en piel y tejido celular.

*Indicaciones inmediatas:* suero fisiológico, suero clorurado hipertónico, aceite y cafeína.

*Post-operatorio.* — A las 6 horas de la intervención el enfermo sigue grave, con mucha disnea tóxica. Se inicia la administración de sulfanilamida: 8 comprimidos diarios (4 grs.), repartidos en el día, durante los días 11, 12 y 13 de junio. Interrupción el 14. Son bien tolerados y se continúa con la misma cantidad los días 15, 16 y 17. El día 18 baja la fiebre. se han retirado los dos tubos del Mac Burney al tercer día y se ha cambiado el del Douglas, que da muy poca serosidad. Se moviliza la mecha que rodea el apéndice y se retira totalmente al 10º día. El día 23, a los 13 días de operado, nuevo empuje febril que dura 5 días, recibiendo durante los tres primeros de fiebre 4, 3 y 2 grs. respectivamente de sulfanilamida. Entra nuevamente en apirexia. El vientre es blando y depresible y el enfermo se alimenta bien. El día 7 de julio, a los 21 días de la operación, nuevamente fiebre. Al tacto rectal se comprueba un grueso empastamiento doloroso del Douglas. Sulfanilamida 4 grs., 3 grs. y 3 grs. los días 9, 10 y 11 de julio. Entra en apirexia y se reabsorbe lentamente su douglasitis. Alta a los 50 días, curado. Recibió, en total, 43 gramos de sulfanilamida.

Creo que la sulfanilamida ha tenido activa participación en el proceso de curación, pese a que las cantidades administradas son muy discretas. Vale la pena formarnos un juicio propio a su respecto, y administrarla en cantidades mayores que las empleadas en el caso que presento, en todos los procesos peritoneales agudos, identificando antes en el pus el microbio predominantemente en juego para dar la sulfanilamida sola o asociada a la piridina o al derivado thiazole.

Una aplicación práctica — y que reputo de gran interés — se presenta en las apendicitis agudas, en las que nos vemos obligados a contemporizar por acompañarse de fuertes corizas y estados bronquiales, tan frecuentes en esta época del año, y en las cuales la prudencia aconseja diferir la intervención. En esos cuadros puede ser muy útil el empleo de los sulfamidados por vía bucal si el enfermo no tiene vómitos. A este respecto, he tenido oportunidad, en estos últimos días, de tratar en esa forma do apendicitis agudas en las que la contemporización se imponía en el primer plano por la predominancia franca del cuadro respira-

torio. Colocados los dos casos en medio sanatorial y en condiciones de ser intervenidos si era necesario, les administré 5 grs. diarios — 1 gr. cada 3 horas — de Sulfatiazol durante tres días. Tuve la satisfacción de ver evolucionar la crisis de la F. I. D. en ese plazo, sin que, por el contrario, mejorara igualmente su estado respiratorio, que no fué influenciado por el medicamento.

Tal experiencia, aunque corta, no deja de tener un auspicioso significado en lo que respecta a la conducta a seguir en tales casos, en los que el cirujano no desea agregar un traumatismo quirúrgico al balance inestable de un organismo atacado por una infección apendicular y en meiopragia de sus vías respiratorias. La anestesia raquídea y la local son a menudo poco prácticas en ciertos enfermos que quieren ser dormidos. Y en nuestro ambiente la anestesia por gases — que estaría indicada — no se encuentra siempre a la mano del cirujano. Queda, pues, el recurso de emplear la terapia que comento esperando mejores días para intervenir, en el bien entendido que el cirujano que maneja ese vientre agudo sabe lo que tiene entre manos y posee la experiencia suficiente como para poder decidir de la oportunidad del acto quirúrgico.

En estos últimos meses ha aparecido una copiosa literatura sobre el *empleo local* de un derivado de la sulfanilamida, el Sulfa thiazol, que permite alcanzar una alta concentración del medicamento en el punto tratado, con baja concentración en la sangre circulante. Los trabajos de Jensen, Johnsrud y Nelson, publicados en el número 6, T. VII, 1939 del "Surgery", los de Mayo y Miller de la Clínica "Mayo" en setiembre de 1940, los de James Thompson en el "Journal of A. M. A." de noviembre de 1940, de Lookwood en la misma revista, son particularmente sugestivos como *preventivos* de la infección en fracturas expuestas, intervenciones sobre intestino delgado y grueso, heridas de guerra, intervenciones sobre pulmón, etc. El papel *curativo* en los procesos microbianos de orden quirúrgico es destacado en los mismos trabajos, asociado al correcto tratamiento habitual de esas infecciones: osteomielitis, procesos peritoneales agudos, celulitis, etc. En lo que se refiere al tema que traigo a esta sesión, sólo he encontrado una estadística de Thomson, Brabson y Walker, del Hospital Roosevelt, de Nueva York, sobre 204 apendicectomías ayudadas con la sulfanilamida. Entre ellas se encontraron 31

peritonitis de origen apendicular que recibieron una aplicación de sulfanilamida en el momento de la operación, con sobrevida de todos los casos. Recomienda la dosis de 8 grs. de sulfanilamida dentro del vientre y 4 grs. en los planos superficiales. Se esteriliza la droga en tubos de ensayo conteniendo cada uno de 2 a 8 grs., de sulfanilamida, esterilizados a la autoclave a 120 grados, durante media hora. En el acto operatorio se vierte la droga directamente en el vientre. En 14 casos se continuó la administración rectal u oral de la sulfanilamida. En 85 % de los casos, el bacillus coli era el responsable. Destacan los autores que la sulfanilamida no irrita el peritoneo y evita la formación de adherencias.

Una pregunta surge, naturalmente, cuando se habla de acción local de la sulfanilamida en las peritonitis agudas: ¿Es posible el contacto íntimo de la droga con los gérmenes infecciosos en el vasto escenario abdominal, lleno de repliegues y de espacios interviscerales, multiplicados al infinito por las coalescencias fibrinosas que provoca la inflación de la serosa peritoneal? ¿Serán capaces los exudados reaccionales de repartirla sobre toda su superficie para anular "in situ" la agresión microbiana?

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, absesos, 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.

Por otra parte, la acción farmaco-dinámica de la sulfanilamida se encuentra retardada cuando se pone en presencia de albúminas desintegradas y detritus celulares. El conocimiento

de este hecho impone la limpieza amplia de la herida infectada o del foco inflamatorio antes de aplicar la droga. En lo que concierne a las peritonitis agudas, 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 del pu podrá verterse la sulfanilamida o sus derivados, en la seguridad de que este poderoso instrumento químico ayudará eficazmente al cirujano.

En cuanto a las intolerancias y a las intoxicaciones con los sulfamidados pueden prevenirse fácilmente con la administración diaria de 40 miligramos de Vitamina P. P. o ácido nicotínico, o yugularse de la misma manera si han aparecido. En la observación que presento el medicamento fué muy bien tolerado. Las dosis empleadas fueron muy díscretas y creo que deben ser mayores, especialmente las dosis iniciales. Por eso considero conveniente prevenir los accidentes con la administración de ácido nicotínico, como hacen los que tienen gran experiencia sobre el punto.

---

ORDEN