

ARS MEDICA

JUNIO 1929

AÑO V— NÚM. 47

Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo

PERITONITIS AGUDA, SUPURADA, GENERALIZADA(*)

por el doctor

F. GALLART MONÉS

Profesor de Patología digestiva del Hospital.

Exponer el cambio radical que la clínica y la terapéutica de la peritonitis aguda generalizada ha sufrido en el curso de unos cuantos años a esta parte, es el objeto de la lección de hoy. Todo cuanto digamos en el curso de la misma, es el reflejo de lo que nos ha sido dable apreciar y aprender ante los enfermos con abdomen agudo en la sala de operaciones.

Sólo nos ocuparemos en esta lección de las peritonitis agudas supuradas generalizadas, de las peritonitis *d'emblée*, de aquéllas en que el abdomen está lleno de pus. No nos ocuparemos de aquellas peritonitis generalizadas con líquido turbio, cuya marcha o evolución es generalmente benigna.

Hasta hace unos quince años, el concepto clásico de la peritonitis aguda generalizada venía reflejado en los tratados por la descripción de los síntomas terminales, y así, la mayoría de los casos acababan fatalmente de una manera trágica, porque se diagnosticaban tardíamente, y en estas condiciones, aun tratados quirúrgicamente, acababan con la muerte en más del noventa por ciento de los casos.

Se describían, en los tratados de unos quince años atrás, al ocuparse de la peritonitis generalizada, síntomas generales y síntomas locales de extrema gravedad. Para hacer el diagnóstico, se atenía al aspecto de la facies—lívida y terrosa, ojos hundidos, excavados, nariz afilada y fría, — aspecto general muy malo: el enfermo postrado en cama, encogido en gatillo de fusil, vómitos porráceos, desaparición de heces y gases, enfriamiento de las extremidades, pulso miserable y filiforme, síntomas todos ellos precursores de una muerte a plazo breve. Casi siempre, este cuadro iba acompañado de timpanismo. Pocas veces se hablaba de contracturas. Ante este cuadro, que el médico había venido presenciando una porción de días, era llamado, por regla general, el cirujano a consulta. Y entonces poco se podía hacer: era tarde, y las más de las veces no había remedio posible. El cirujano señalaba, como único recurso, la intervención quirúrgica, inmediata, urgente, y el enfermo era llevado a la mesa de operaciones.

La tendencia quirúrgica era la de practicar amplias incisiones, amplios drenajes. La anestesia era

ligera para evitar el *shock*. Se practicaba una laparatomía, se detergió de pus la cavidad abdominal y se colocaba un Mikulickz.

Cuando se trataba de una úlcera duodenal, se taponaba la úlcera o se cosía de cualquier manera. Si el caso era de apendicitis y el apéndice vermiforme, no venía a la mano en el curso de la intervención, lo corriente era dejarlo; ya vendría después la extirpación.

Y de esta manera, con este criterio a base de operar rápido, con prisas, haciendo incisiones amplias, criterio simplista como puede verse, se dejaba en el interior de la cavidad abdominal la causa productora. La operación había de ser breve, rápida, como si el *shock* operatorio fuera debido sola y exclusivamente a la anestesia y no a la causa productora de la enfermedad.

Y como se dejaba la causa originaria en el interior de la cavidad abdominal, esta técnica conducía a la muerte en más del noventa y cinco por ciento de los casos.

Pero en el curso de los años, las cosas han cambiado; y en la actualidad, vivimos una fase clínica completamente diferente. Y como consecuencia del criterio sistemático de operar las apendicitis en sus comienzos, en las primeras horas, y como consecuencia de la intervención sistemática en los individuos afectados de perforación gastrointestinal, médicos y cirujanos han llegado a poder afirmar, de una manera absoluta, que toda la sintomatología que antaño se describía de peritonitis difusa generalizada, era únicamente la sintomatología terminal.

La patología médica ha progresado de una manera notable y en los Tratados ya no figuran tan sólo los síntomas terminales. Hoy podemos ir, mejor dicho, debemos ir a sentar el diagnóstico en el comienzo de la enfermedad; pues si a eso hemos llegado en las oclusiones y en las neoplasias, no hay motivo para que no procedamos igualmente en las peritonitis difusas, ya que, al fin y al cabo, éstas, diagnosticadas

(*) Conferencia del curso de Patología digestiva de 1928-29. Tomada taquígráficamente.

y tratadas tardíamente, son causa de una muy elevada mortalidad.

Los cirujanos observaron que operando en las primeras horas una apendicitis o una perforación gastrointestinal, ya había pus en el abdomen; el pus puede estar en él sin que el enfermo aqueje dolor, ya que el dolor es un síntoma dependiente de la susceptibilidad de cada individuo; y así se dan casos de individuos cuyo abdomen está lleno de pus, y sus dolores, sus molestias, sus sufrimientos, no son en verdad extraordinarios ni alarmantes en apariencia. Además, se puede dar el caso de que un individuo cuyo abdomen esté lleno de pus, presente un pulso normal, ochenta o noventa pulsaciones; la facies puede ser buena, el aspecto de la cara normal o casi normal y puede tener o no fiebre, y aún si la tiene, ésta puede ser ligera.

Operados estos enfermos con pus difuso en su abdomen, por una apendicitis o por una perforación, cuando son intervenidos en las primeras horas cuentan con grandes probabilidades de curación, pues así como antes, cuando se diagnosticaba y trataba tardíamente la mortalidad no bajaba del noventa y cinco por ciento, hoy bien puede decirse que se salvan, cuando menos, el ochenta por ciento. Comparando, pues, los resultados de antes y los de ahora, convendremos en que el cambio ha sido verdaderamente radical.

Si se dejan pasar estas primeras horas de oportunidad quirúrgica, o sea dando lugar a que se presenten los síntomas terminales; que se presentan de una manera segura, fatal, si no se interviene a tiempo, la mortalidad es la ya dicha del noventa y cinco por ciento.

La peritonitis aguda difusa supurada evoluciona en dos períodos. En sus comienzos, el organismo reacciona vigorosamente contra la causa productora; y la peritonitis es una afección local, exclusiva y únicamente local. Los síntomas patognomónicos no están enmascarados por la infección ni por la intoxicación general del organismo y son de una claridad patente que no puede escapar al médico bien orientado. Es solamente en el período de asistolia del organismo cuando se confunde la peritonitis con la toxi-infección. En estos casos, toda terapéutica quirúrgica suele ser ineficaz.

Por consiguiente, hay que diagnosticarla en el *début* y hay que saber que esas peritonitis agudas generalizadas pueden llenar de pus el abdomen a las tres horas de haberse iniciado; y hay que saber, asimismo, que una terapéutica quirúrgica bien orientada y precoz salva a la mayoría de los enfermos.

El punto más importante es el que hace referencia a establecer el diagnóstico en la fase local; y toda nuestra atención debe tender a establecerlo cuando los síntomas generales no se han presentado aún, pues los síntomas generales cuando aparecen son signos de muerte próxima.

Hay que ir, pues, a establecer el diagnóstico a base

de los síntomas locales, y entre ellos hay dos que tienen un valor extraordinario: el dolor y la contractura.

Enfermos que de ordinario sienten molestias y dolores, aunque a veces no hayan aquejado ningún sufrimiento, de repente experimentan un dolor, que puede ser formidable, de puñalada. Es éste el dolor que DIEULAFOY denominó dolor de perforación o síntoma de perforación y que no es siempre constante.

El síntoma patognomónico es la contractura. Los músculos del vientre, contracturados, dan al abdomen una consistencia dura, como de madera.

En la peritonitis difusa, durante las primeras 24 horas, o por mejor decir, durante las doce primeras horas, nunca se meteoriza el vientre. Al principio, siempre el vientre está contracturado.

La peritonitis difusa, sin esta contractura, es una verdadera excepción y prácticamente no existe.

El enfermo siente un dolor más o menos intenso, y seguidamente se presenta la contractura de abdomen. Por consiguiente, el vientre duro, de madera, es un signo patognomónico, que puede decirse que no falta nunca en la peritonitis difusa generalizada. Y esta dureza especial es característica, además, de la peritonitis generalizada supurada.

A veces, por la palpación se puede localizar el punto de dolor máximo, que generalmente coincide con el de la región que se ha perforado, o sea con el punto de la región donde existe la causa de la peritonitis difusa.

En muchos casos es difícil seguir la evolución de la contractura, porque ésta se presenta de una manera rápida antes de que haya acudido el médico; pero, en cambio, es fácil de seguir cuando el enfermo se cura.

Así, en las peritonitis difusas por gangrena de apéndice, cuando el enfermo se salva se observa que lo primero que se contractura es la zona mesocólica.

Estos signos tienen un valor extraordinario para el diagnóstico, y especialmente para establecer el tratamiento. Podrá darse el caso de que en alguna ocasión nos equivoquemos en el diagnóstico exacto cuando esta contractura no sea del todo difusa, cuando sea una contractura que nos parece que es difusa, pero que se ha localizado más en un sitio.

A veces podremos encontrarnos ante casos de oclusión intestinal o de pancreatitis; y estos casos son también tributarios de intervención quirúrgica. Así, pues, en los casos en que el diagnóstico no sea cierto, habremos cumplido con la indicación terapéutica.

Hay otros datos que tienen su valor, pero que, en comparación con los que acabo de mencionar, son de un valor secundario.

Así, por ejemplo, la inspección de los movimientos respiratorios del abdomen. Esta inspección nos puede demostrar el tipo respiratorio torácico que en el hombre tiene gran valor porque en los casos de peritonitis respira igual que la mujer.

El tacto rectal y el vaginal son indispensables practicarlos, pues en ocasiones nos indican la loca-

lización. Así, cuando ésta es en la fosa ilíaca derecha, puede orientarnos hacia la apendicitis.

Los antecedentes individuales y la historia del enfermo nos orientarán acerca del úlcus.

El punto máximo de localización del dolor puede orientarnos también.

A ser posible, no basta con establecer el diagnóstico de peritonitis difusa generalizada supurada, sino que hemos de procurar averiguar o diagnosticar la causa productora.

La descripción hecha es la de un caso de mediana gravedad, que da tiempo para intervenir antes de las veinticuatro horas, pero hay otras formas clínicas, otros tipos de peritonitis, como por ejemplo, la hipertóxica o gangrenosa, que a veces mata en pocas horas sin dar tiempo a poner en práctica ningún recurso. Son las formas sobregudas con fuerte toxemia.

Otras formas, más benignas, son la gonocócica, la neumocócica, que a veces se curan sin haber precisado una intervención. Pero el médico no debe confiar mucho en la benignidad de las mismas, y por ello se impone también un diagnóstico y una intervención precoz.

Después de esta fase local de reacción en que el enfermo presenta un cuadro de abdomen, no un cuadro de todo el organismo, viene la fase segunda, la fase terminal. En esta última fase, la intervención ya no es ni de mucho tan oportuna como en la fase primera, pues desgraciadamente la intervención va seguida de muerte en un tanto por ciento muy crecido, como va seguida de curación cuando se diagnostica e interviene oportunamente en la fase primera.

En la fase terminal no queda más remedio que intervenir o dejar morir al enfermo, pues cualquier otra terapéutica que no sea la quirúrgica, no tiene efecto alguno. Y en estas condiciones, fácilmente se comprende que la elección no puede ser dudosa, que hemos de intervenir decididamente.

Por consiguiente, en estos casos todo el mérito del médico y del cirujano estriba en establecer un diagnóstico y llevar a cabo una intervención antes de llegar a la fase final.

Al establecer el diagnóstico diferencial, una vez comprobada la contractura del abdomen, eliminaremos una serie de causas que la provocan o determinan, como por ejemplo, el úlcus, el cólico saturnino, la litiasis biliar, la litiasis renal y la oclusión intestinal.

Todos vemos enfermos que presentan contractura y, sin embargo, no tienen peritonitis difusa generalizada; pero aquélla no es la contractura difusa y de vientre duro, de vientre de madera. Es una contractura más localizada. En estos casos es cuando hay que pensar en ciertas apendicitis, en ciertos tipos de pancreatitis. Pero aunque ello sea repetir conceptos, digo de nuevo que no importa confundir el diagnóstico siempre que establezcamos la indicación quirúrgica, pues lo mismo en un caso que en otro la operación se impone. Si nos equivocamos, tenemos la suer-

te de no encontrarnos, al practicar la laparatomía, con una peritonitis difusa, sino ante una peritonitis localizada, que también exige el tratamiento operativo. Y así, aunque no hayamos acertado en el diagnóstico habremos acertado en el tratamiento y, en definitiva, salvaremos al enfermo, que es lo principal.

Por consiguiente, es a base de diagnóstico precoz y de tratamiento precoz como se curan los enfermos en estos casos; y el que se salva sin ser intervenido en estas condiciones es por milagro.

En esta terapéutica hay que partir del principio de intervenir urgentemente, en el acto, por toda reacción peritoneal que comienza. En este sentido, es preferible lanzarnos a una laparatomía, aunque sea inútil, que dejar morir a un enfermo por negligencia o falta de decisión.

El médico se ha de sentir dominado por el criterio de que se ha de operar lo mismo por una pancreatitis, que por una apendicitis, que por una peritonitis difusa. Y cuando la operación se lleva a cabo en las primeras horas, el pronóstico es halagador.

Hay que sentar la indicación quirúrgica en el acto. Y sentada esta indicación, el cirujano no debe actuar como antes. Debe prescindir de grandes drenajes y de lavados de peritoneo. El cirujano ha de ir derecho a la causa, al lugar donde radica el daño. Y para ello no hay necesidad de grandes incisiones; para dirigirse al sitio donde radica la causa basta con incisiones pequeñas o, a lo más, medianas, y por ellas dirigir la mano segura al sitio de la causa. Y despreocuparse de la peritonitis, dirigiéndose directa y certeramente contra la causa productora.

Los antecedentes individuales, la historia del enfermo, nos obligarán mucho a este respecto y nos ilustrarán acerca del diagnóstico diferencial, orientándonos sobre si el caso es de una perforación gastroduodenal, apendicitis, etc. Y en vista de estos elementos de juicio, practicaremos las incisiones en los sitios correspondientes: incisión alta si sospechamos que se trata de una perforación gastroduodenal; incisión en la fosa ilíaca derecha si la sospecha recae en apendicitis, etc. No importa que la incisión sea pequeña. Las incisiones demasiado amplias, extensas, no sirven en estos casos prácticamente para nada, como tampoco son de utilidad las varias incisiones o aberturas para practicar drenajes y contradrenajes. Lo que interesa es destruir la causa: lo de menos es en estos casos el drenar el peritoneo. No diré que, en ciertos casos, muy raros, por cierto, no sea preciso drenar la cavidad abdominal; pero por encima del drenaje hay algo más importante, cual es la destrucción de la causa, pues sin suprimir ésta, a pesar de la intervención, y por muy bien practicada que ésta sea, son muchos los enfermos que morirán. Y tanto es así que de nada o de muy poco nos servirá un diagnóstico precoz si no va orientado el tratamiento contra la causa.

Lo importante son las incisiones que nos permitan llegar a la causa y extirpar el apéndice cuando se trate de colecistitis y extirpar el úlcus cuando de

él se trate. No es, ciertamente, este último el criterio corriente, pero no puedo comprender por qué deben extirparse apéndices y vesículas inflamadas y dejar las úlceras en su sitio, contentándonos con suturarlas. He seguido multitud de casos de enfermos con peritonitis difusa por úlcus perforado, en los que el cirujano contentóse con practicar la sutura del úlcus. En estas condiciones el enfermo, a las veinticuatro horas, conserva el aspecto anterior, a los dos o tres días parece mejorar, pero al quinto o sexto día el cuadro se agrava, reaparece la peritonitis difusa y el enfermo muere. Se atribuye esto a distintas complicaciones; la más socorrida es la de hablar de que el corazón ha fallado, cuando lo que ha fallado ha sido la sutura.

Efectivamente, cuando una úlcera se perfora es porque hay un proceso infectivo alrededor de la misma y cuando la suturamos, hacemos los puntos de sutura en pleno tejido infectado. De momento, los puntos prenden bien; pero después, como que la zona periulcerosa está infectada, se va desgarrando lentamente y la consecuencia final es que de nuevo se presenta la peritonitis difusa. Y el enfermo, en estas condiciones, ya no tiene resistencias orgánicas para aguantar el nuevo proceso y muere. Mi experiencia acerca de estos casos, es fatal.

¿Por qué no se ha de seguir en relación con las úlceras perforadas el mismo criterio que se sigue en los casos de apendicitis y colecistitis? Se dirá que es mucho más grave la resección que la práctica de una sutura o de una gastroenterostomía. Puede que sea verdad y así el éxito momentáneo de una sutura sea más brillante, pero el éxito tardío, los resultados a la larga, son irremisiblemente peores. Al expresarme así, no hago sino decir lo que yo he visto en estos casos y creo que las estadísticas no reflejan la realidad de las cosas.

Hay que ir a la gastrectomía, operación que tiene grandes garantías cuando es llevada a cabo por un cirujano hábil. *Una gastrectomía practicada como tratamiento de una perforación en las primeras horas de ésta, equivale en peligros a la misma operación practicada en frío.*

Así, pues, lo interesante es el diagnóstico precoz y la intervención, también precoz y radical, contra la causa, al igual que se hace en los casos de apendicitis o de colecistitis.

No se me oculta que puede haber quien alegue que todo cuanto tiende a prolongar una operación, favorece el estallido del *shock*. Y a este respecto, yo afirmo que no es la duración de la intervención, ni la cantidad de anestésico que precisa para mantener anestesiado al paciente lo que determina el *shock*, sino la permanencia de la causa productora.

Con arreglo a esta norma de conducta, debemos extirpar el apéndice infectado: debemos extirpar la vesícula biliar en los casos de colecistitis; debemos

extirpar el útero que se halla perforado; debemos extirpar los quistes de ovario que han supurado; debemos extirpar los úlcus que se han perforado.

Y es preciso ver, para convencerse de la bondad de esta conducta, cómo después de una intervención por apendicitis, cómo después de una intervención por úlcera y cómo después de una intervención por una colecistitis, la contractura de la pared abdominal va disminuyendo hasta desaparecer, sin haber hecho más que una extirpación de la causa productora. Es, pues, un principio esencialísimo en la terapéutica de las peritonitis difusas supuradas, extirpar la causa.

Hay quien defiende el drenaje. Yo creo que no hay que drenar, pues no entiendo cómo se va a drenar el peritoneo. Cuando se han formado pequeñas cavidades, creo que sí puede y debe drenarse, pero en la peritonitis difusa habría que drenar toda la cavidad abdominal.

En las apendicitis se debe y se puede drenar mediante un tubo o gasas; pero no creo tan conveniente este proceder cuando la lesión está localizada en parte alta, ya que en el hipocondrio derecho los drenajes producen o determinan una serie de perturbaciones (adherencias peligrosas a largo plazo).

Quedan otros recursos terapéuticos, como son las inyecciones de aceite alcanforado, sueros, lavados de estómago, etc., que deben ser usados largamente, según sean el estado y síntomas del enfermo.

Para resumir: ante un vientre duro, de madera, hay que operar en el acto, con la orientación de ir a la destrucción de la causa originaria de la peritonitis generalizada supurada. Interviniendo así, precozmente, y suprimiendo radicalmente la causa originaria, el médico y el cirujano, que necesitan estar en íntima colaboración, lograrán reducir notabilísimamente el porcentaje de mortalidad, llevando la diferencia desde un noventa y cinco por ciento de muertes a un ochenta por ciento de curaciones.

RESUME

Pour agir d'une façon positive contre la peritonite aigue diffuse supurée, il faut en établir le précoce diagnostic et chercher les signes pathognomoniques: douleur et contracture. Une fois le diagnostic établi, on doit operer aussitôt que possible en extirpant la cause productrice de la peritonite.

SUMMARY

To act positively against suppurated, diffuse, acute peritonitis it should be diagnosed early looking for its pathognomic signs: pain and contracture. Once the diagnosis established, it should be operated upon as soon as possible removing the producing cause of the peritonitis.