

MINISTERIO DE EDUCACION
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PERITONITIS A NEUMOCOCOS - PRONOSTICO Y TRATAMIENTO
ACTUALES.-

PADRINO DE TESIS:

Prof. Dr. FEDERICO E. CHRISTMANN

TESIS DE DOCTORADO DE
NIDIA H. BELTRAMINI
AÑO 1949.-

MINISTERIO DE EDUCACION

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

AUTORIDADES

RECTOR:

Prof.Dr. Julio M.Laffitte

VICERRECTOR:

Prof.Ing.Héctor Ceppi

SECRETARIO GENERAL:

Dr. José Armando Seco Villalba

CONSEJO UNIVERSITARIO

Prof.Dr.Juan F.Muñoz Drake

Prof.Dr.Eugenio Mordegliá

Prof.Dr.Roberto Crespi Gherzi

Prof.Ing.Martín Solari

Prof.Dr.Julio H.Lyonnet

Prof.Dr.Hernán D. Gonzalez

Prof.Ing.César Ferri

Prof.Ing.José M.Castiglione

Prof.Dr.Guido Pacella

Prof.Dr.Osvaldo A.Eckell

Prof.Ing.Héctor Ceppi

Prof.Ing.Arturo M.Guzmán

Prof.Dr.Roberto H.Marfany

Prof.Arturo Cábours Ocampo

Prof.Dr.Emilio J.Mac Donagh

Cap. de Fragata(R)Guillermo O.Wallbrecher.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUTORIDADES

DECANO:

Prof.Dr.Julio H.Lyonnet

VICEDECANO:

Prof.Dr.Hernán D,Gonzáles

SECRETARIO:

Dr. Héctor J.Basso

PROSECRETARIO:

Sr. Rafael G.Rosa

CONSEJO DIRECTIVO

Prof.Dr.Hernán D. González

Prof.Dr.Diego M.Argüello

Prof.Dr.Inocencio F.Canestri

Prof.Dr.Roberto Gandolfo Herrera

Prof.Dr.Luis Irugoyen

Prof.Dr.Rómulo R.Lambre

Prof.Dr.Víctor A.E.Bach

Prof.Dr.José F.Morano Brandi

Prof.Dr.Enrique A. Votta

Prof.Dr.Herminio L.Zatte.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIA MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Ameghino Arturo

Dr. Rophile Francisco

Dr. Greco Nicolás V.

D^o. Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

Dr. Argüello Diego M.-Cl.Oftalmológica

Dr. Baldassare Enrique C.-F.F. y T.Terapéutica

" Bianchi Andrés E.-Anatomía y F.Patológicas

" Caeiro José A.-Patología Quirúrgica

" Canestri Inocencio F.-Medicina Operatoria

" Carratalá Rogeli F.-Toxicología

" Carreño Carlos V.-Higiene y M.Social.

" Cervini Pascual R.-Cl.Pediátrica y Pueric.

" Corazzi Eduardo S.-Patología Médico I.

" Christmann Federico E.-Cl.Quirúrgica Ila.

" D' Ovidio Francisco R.-P.y Cl.de la Tuberculosis

" Errecart Pedro L.-Cl.Otorrinolaringológica

" Floriani Carlos.-Parasitología

" Gandolgo Herrera Roberto.-Cl.Ginecológica

" Gascón Alberto.-Fisiología

" Girardi Valentin C.-Ortopedia y Traumatología

" González Hernán D.-Cl.de E.Infecciosas y P.T.

" Irigoyen Luis.-Embriología en H.Normal

" Lambre Rómulo R.-Anatomía descriptiva

" Loudet Osvaldo.-Cl.Psiquiátrica

" Lyonnet Julio H.-Anatomía Topográfica

Dr. Maciel Crespo Fidel A.-Semiología y Cl.Propedéutica

" Manso Soto Alberto E.-Microbiología

Dr. Martinez Diego J.J.-Patología Médica IIa.

" Mazzei Egidio S.-Clínica Médica IIa.

" Montenegro Antonio.-Cl.Genitourológica

" Monteverde Victorio.-Cl.Obstétrica

" Obiglio Julio R.A.-Medicina Legal

" Othaz Ernesto L.-Cl.Dermatosifilográfica

" Rigas Carlos I.-Cl.Quirúrgica Cat.Ia.

" Rossi Rodolfo-Cl.Médica Ia.

" ~~Stoppani Andrés O.M.-Química Biológica~~

" Sepich Marcelino J.-Cl. Neurológica

" Uslenghi José P.-Radiología y Fisioterapia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES ADJUNTOS

- Dr. Aguilar Giraldes Delio J.-Cl.Pediátrica y Pueric.
" Azevedo Benigno S.-Química Biológica
" Andreu Luciano M.-Clínica Médica
" Bach Víctor Eduardo A.-Cl Quirúrgica Ia.
" Baglietto Luis A.-Medicina Operatoria
" Baila Mario Raul.-Cl. Médica
" Bellingi José.-Patología y Cl.de la Tuberculosis
" Bigatti Alberto.-Cl.Dermatosifilográfica
" Briasco Flavio J.-Cl.Pediátrica y Pueric.
" Calzatta Raúl V.-Semiología y Cl.Proped.
" Carri Enrique L.-Parasitología
" Cartelli Natalio.-Cl.Genitourológica
" Castedo César.-Cl.Neurológica
" Castollo Odena Isidro.-Ortopedia y Traumatología
" Ciafardo Roberto.-Cl.Psiquiátrica
" Conti Alcides L.-Cl.Dermatosisifilográfica
" Correa Bustos Horacio.-Cl.Oftalmológica
" Curcio Francisco I.-Cl.Neurológica
" Chescotta Nestor A.-Anatomia Descriptiva
" Dal Lago Héctor.-Ortopedia y Traumatología
" De Lena Rogelia E.A.-Higiene y M.Social
" Dragonetti Arturo R.-Higiene y M.Social
" Dussaut Alejandro.-Medicina Operatoria
" Echave Dionisio.-Física Biológica
" Fernandez Audicio Julio César.-Cl.Ginecológica
" Fuertes Federico.-Cl.de E.Infecciosas y P.T.

(IIa)

- Dr. Garibotto Román C.-Patología Médica
- " Garcia Olivera Miguel Angel.-Medicina Legal
- " Giglio Irma C.de.-Cl.Oftalmológica
- " Giroto Rodolfo.-Cl.Genitourológica
- " Gotuseo Guillermo O.-Cl.Neurológica
- " Guixá Hpector Luicio .-Cl.Ginecológica
- " Ingrata Ricardo N.-Cl.Obstétrica
- " Lascano Eduardo Florencio.-Anat.y F.Patológ.
- " Logascio Juan.-Patología Médica
- " Loza Julio César.- Higiene y M. Social
- " Lozano Federico S.-Clínica Médica
- " Mainetti José María.-Cl.Quirúrgica Ia.
- " Manguel Mauricio.-Cl. Médica.
- " Marini Luis C.-Microbiología
- " Martínez Joaquín D.A.-Semiolog. y Cl.Proped.
- " Matusevich José.-Cl.Otorrinolaringológica
- " Meilij Elías.-Patología y Cl.de la Tuberc.
- " Michelini Raúl T.-Cl.Quirúrgica Cat. IIa.
- " Morano Brandi José F.-Cl.Pediátrica y Pueric.
- " Moreda Julio M.-Radiología y Fisioterapia
- " Nacif Victorio.-Radiología y Fisioterapia
- " Naveiro Rodolfo.-Patología Quirúrgica
- " Negrete Daniel Higo.- P.y Cl.de la Tubercuolosis
- " Pereira Roberto F.-Cl. Oftalmológica
- " Prieto Elías Herberto.-Embriología a H. Normal
- " Práni Abel.- Cl.Otorrinolaringológica
- " Penín Raúl B.-Cl.Quirúrgica
- " Polizza Amleto.-Medicina Operatoria

(IIIa)

- Dr. Ruera Juan.-Patología Médica
- " Sánchez Héctor.-Patología Quirúrgica
- " Taylor Gorostiaga Diego J.J.-Cl.Obstétrica
- " Torres Manuel María del C.-Cl.Obstétrica
- " Trinca Saúl E.-Cl. Quirúrgica Cat.IIa.
- " Tropeano Antonio.-Microbiología
- " Tolosa Emilio.-Cl.Otorrinolaringológica
- " Vanni Edmindo O.U.F.-Semiología y Cl.Prop.
- " Vázquez Pedro C.-Patología Médica
- " Votta Enrique A.-Patología Quirúrgica
- " Tau Ramón.-Semiología y Cl.Propedéutica
- " Zabudovich Salomón.-Cl, Médica
- " Zatti Herminio L.M.-Cl.Infec. y P.T.-

DEFINICION

La mayor parte de las veces las peritonitis agudas son ocasionadas por la existencia de una lesión en algunas de las vísceras intrabdominales, sea esta inflamatoria traumática, o de cualquier otra naturaleza.- Así, una apendicitis aguda gangrenosa, la perforación de una úlcera péptica, la ruptura traumática del intestino, provocan de inmediato la inflamación aguda del peritoneo.- Pero existen otras formas de peritonitis, en las que las circunstancias etiologicas son distintas; son las llamadas peritonitis primitivas; primitivas en el sentido de que no existe con anterioridad al estallido de la infección peritoneal, ninguna lesión de víscera abdominales; pero con frecuencia son secundarias a otro proceso infeccioso distante y de donde han partí- dollos germenés, los que siguiendo la corriente sanguínea se implantan en el peritoneo produciendo su inflamación aguda.- Veremos luego que existen sobre este punto varias teorías patogénicas.-

Dentro del capítulo de las peritonitis primitivas se estudian las siguientes formas: estreptococcica, genococcica, tuberculosa, y neumococcica.- Esta última constituye el tema de nuestro trabajo.-

HISTORIA

La peritonitis neumococcica fué descrita por primera vez por Gauderon en 1876 quién describe la enfermedad sin conocer a su agente etiologico.- En 1885, Bozzolo de Turin, descubre el germen causal, en las peritonitis del adulto.-

Dieulafoy hizo una descripción tan completa y acertada del cuadro clínico, que aun hoy se cita en los textos de patología; Pavlocsky la transcribe fielmente. El primer trabajo argentino sobre el tema es de Solé, quién en el año 1905 publica 3 casos por él observados.-

Esta enfermedad ha sido tema de varias tesis de doctorado, tanto en nuestro país como en el extranjero; y son numerosos los trabajos que en la bibliografía nacional y extranjera hemos encontrado referentes a ellas.-

ETIOLOGIA

Frecuencia.- La peritonitis neumococcica es una enfermedad rara; Mathieu considera que constituye el 14% de las peritonitis de la infancia y que para cada 12 peritonitis apendiculares se produce una peritonitis a neumococos.- Cole establece la frecuencia comparada entre ambas afecciones en esta forma: 4.5 peritonitis a neumococos para cada 100 peritonitis apendiculares.- Cifras comparables son las que da Donovan, quién encuentra 12 casos en 10 años, en los que ve 233 apendicitis agudas con peritonitis consecutivas.-

Es posible que la frecuencia no sea tan poca como clásicamente se considera, si se piensa que siendo una afección que se presenta bajo formas clínicas tan variadas y que simulan cuadros patológicos más comunes, al no pensarse en ella, muchas veces quede sin diagnosticarsele.-

Se acepta que existe para esta enfermedad una frecuencia

estacional; se la observa sobre todo en el otoño y en invierno, meses en que los procesos inflamatorios del árbol respiratorio son más comunes, y se establece entre ambos factores una relación causal.-Schwartz, en el hemisferio norte, sobre 14 enfermos encuentra 13 en Octubre y Abril; solo un enfermo en el mes de Julio.- En los enfermos que nosotros presentamos en este trabajo no se ha observado esta frecuencia estacional: 4 enfermaron en los meses de verano, 2 en primavera y solo 2 en invierno.-

La peritonitis a neumococos se ve con más frecuencia en los países europeos (Alemania, Francia y Gran Bretaña) que en América, circunstancia que tal vez esté condicionada por el mayor número de veces que se le diagnostica.-

Edad.-Las edades en que especialmente se la observa son las comprendidas entre los 3 y los 9 años, sin que ello signifique que no se la halla visto en lactantes, niños mayores y adultos.-Paz y Diaz Bobillo, en nuestro país, la encuentran en niños en edades comprendidas entre el nacimiento y los 2 años 7 veces sobre 1,700 historia clínicas del servicio del profesor Del Carril; 1 caso de menos de 6 meses; 2 entre $\frac{1}{2}$ y 1 año y 4 entre 1 y 2 años; con la particularidad de que 4 veces se trató de lactantes varones, hecho que merece destacarse, siendo como veremos enfermedad casi exclusiva del sexo femenino.-

Existe en la literatura un caso de peritonitis neumococica.

occocica congénita; es el que relata Halley, citado por Diaz Bobillo y Paz; Se trató de una niña nacida en un parto precipitado por la neumonia grave que padecía la madre; nace con el cuadro peritoneal falleciendo a las 5 semanas, y comprobándose se etiología mediante la autopsia realizada.-

Tambien es posible encontrar peritonitis neumococcica en los adultos.- Son numerosas las observaciones publicadas al respecto; se trata por lo general de mujeres en actividad genital y es frecuente encontrar como antecedentes inmediato un parto, un aborto o aunque menos su aparición poco días después de la menstruación, todo lo cual habla en favor de la posibilidad de una propagación del neumococo por via genital.-

Entre nosotros Pineda y Sans han publicado 5 casos observados en mujeres adultas en las condiciones referidas.-

Sexo.- El mayor número de los casos de peritonitis neumococcica ocurren en el sexo femenino.- En la estadística de Paz y Diaz Bobillo 41 fueron mujeres y solo 4 varones.- Esta considerable desproporción no solo se observa en los niños, sino tambien en los adultos.- Solo recordamos la que hicieron Bahudet y Cahuzac en la que citan el caso de un hombre de 26 años.-

Esta circunstancia de marcado predominio en el sexo femenino, es uno de los hechos más solidos en que se fundan los defensores de la teoria patogenica de Mac Cartey y Fraser, que luego abordaremos.-

Otros factores etiologicos.- Está demostrado que la apa-

rición de una peritonitis neumococcica en un sujeto afectado de nefrosis lipoidea está lejos de ser una simple coincidencia.-Repetidas veces se comprueba esta complicación en la referida nefropatia.-Lytle, sobre un total de 70 nefrosis de Babies Hospital, encuentra 5 que mueren por peritonitis a neumococos.-Arnold llega a afirmar que el 40% de las peritonitis neumococcicas ocurren en nefroticos.-La disminución de las proteínas sanguíneas que existen en la nefrosis, determina una trasudación de líquido desde el medio interno a las cavidades naturales, entre ellas la peritoneal; este líquido ascítico constituye un excelente medio del cultivo para el neumococo, para el que estos enfermos son especialmente sensibles.-La época en la cual la peritonitis se hace presente, varía mucho de un enfermo a otro: Algunas veces se la ve aparecer a poco de comenzada la nefrosis, y en otras ocasiones sucede años después del comienzo, entre los extremos caben todas las posibilidades.-

Las peritonitis de los nefróticos asumen carácter de gran malignidad, siendo su pronóstico casi siempre fatal.-Los 6 niños estudiados por Morquio y Cantonnnet, sucumbieron a la afección.-

Ya mencionamos en los adultos, la incidencia de, la peritonitis siguiendo a un parto o a un aborto.-

También se mencionan casos en los que la peritonitis se presentó en el post-operatorio de una amigdalectomía y de una apendicectomía.-

Patogenia

Cuatro son las teorías que se han emitido para explicar la vía que el neumococo sigue para llegar a la serosa peritoneal y determinar en ella la producción de la peritonitis aguda.-La mencionaremos en orden de importancia.-

Vía sanguínea.-Es la más aceptada, Cole afirma que el 50% de los enfermos de peritonitis a neumococos tienen o han tenido una faringitis, o, aunque ella no se manifieste clínicamente, el estudio del frotis faríngeo demuestra la existencia del neumococo; sería desde ese foco inicial desde donde el germen, invadiendo el torrente sanguíneo, produciría una septicemia neumococcica (exponente de la cual serían la temperatura elevada, taquicardia, leucocitosis, herpes labial, etc.) y luego por cierto tropismo positivo o por labilidad especial de la serosa peritoneal, se instalaría en ella.-Para condicionar esta labilidad local es posible que influya el traumatismo local que produce una intervención abdominal, como sucedió en la observación de Berisso y Morquio en la que la peritonitis estalla dos días después de una apendicectomía laboriosa.-

El hecho de que en muchas oportunidades el hemocultivo sea positivo para el neumococo, constituye una circunstancia más en apoyo de esta teoría; así mismo lo son las complicaciones a distancia como artritis, pleuresias, abscesos de miembros etc, en cuyo pus también se aísla el diplococo y que hablan de una neumococcemia.-La publicación de Laederich es muy sugestiva: relata el caso

de una adulta que hace la enfermedad en el post-operatorio de una amigdalectomía, en la que se supone se han destruido barreras que dan paso libre a los germenés para invadir el torrente sanguíneo.-

Vía genital.-La mayor incidencia de la afección en el sexo femenino hizo nacer la hipótesis de que el neumococo tendría su puerta de entrada a nivel de las vías genitales.-Mac Carntey y Fraser, firmes sostenedores de esta idea encuentran entre las niñas afectas de peritonitis a neumococos, una gran mayoría pertenecientes a clases bajas, sujetas a malas condiciones higiénicas, que no usan habitualmente ropas interiores protectoras mientras juegan sentadas en el suelo.- Comprueban repetidas veces la existencia de flujo vaginal en el que la bacteriología revela la presencia del neumococo.-Sería, pues, la vagina la puerta de entrada, el foco inicial, desde el cual el germen ascendería y llegando a las trompas se volcaría en el peritoneo.-La congestión y el edema de los anexos es un hallazgo frecuente en las laparotomías de estas enfermedades.-Obdaleck atribuye la presencia del neumococo en la vulva infantil, a la contaminación hecha por las deposiciones.-

En las mujeres adultas que padecen la enfermedad, también cabe esta suposición patogénica; hemos dicho que habitualmente ocurre en el puerperio, o al retornar las reglas después de un parto; en estas condiciones los órganos genitales se encuentran en condiciones óptimas para permitir la colonización del germen.-

Joyeux, últimamente, publica 10 casos en los que se cumplen las condiciones enunciadas, pero establece una interpretación distinta a la clásica; considera que no existe vulvo-vaginitis previa y si la hay en ella interviene una flora mixta y de acción patógena mínima.- Cree que la salpingítis supurada, que va a determinar una pelviperitonitis y, finalmente la peritonitis generalizada, se realiza por vía sanguínea desde un foco distante y se haría ahí precisamente la fijación microbiana por las condiciones conocidas de actual congestión relacionada con el ciclo menstrual, el puerperio, etc.-

Vía enterogena.- Es sabido que el neumococo no puede resistir la acción de los jugos intestinales; que la bilis y el jugo gástrico lo destruyen fácilmente.- Es difícil aceptar la posibilidad de que pueda llegar al intestino delgado en condiciones de virulencia tales como para poder provocar una enteritis (expresión de la cual serían las diarreas) y de ahí, atravesando la pared entérica a nivel de las últimas porciones del íleon, el ciego o el ángulo ileocecal, provocar la aparición de la peritonitis.-

Sin embargo son estas las ideas sustentadas por varios autores.- Hudacsek se basa para sostenerlas en la comprobación de lesiones macroscópicas y microscópicas en el ciego, apéndice e íleon y en la frecuente existencia de diarreas en el cuadro clínico de las peritonitis a neumococos.-

Vía linfática.- Tiene aun menos aceptación que la anterior.-

El germen seguiría los linfáticos que atravesando el diafragma comunican la cavidad abdominal con la pleural; pero recorriéndolos en sentido contrario a la circulación normal, en forma retrograda desde el pulmón al peritoneo. - Resta valor a esta hipótesis la rareza de la existencia previa de un foco neumococcico pulmonar o pleural, los que más bien aparecen como complicación. - A pesar de ello, Menna interpreta que estaba sido la vía usada por el neumococo en un caso de su observación personal; se basa para ello en los datos recogidos por la clínica ya en las comprobaciones hechas en las autopsias. Se trataba de un adulto del sexo masculino, de 44 años de edad, que comienza su enfermedad con una bronconeumonía y una pleuresia serofibrinosa localizada en la pleura diafragmática derecha, y que pocos días después hace una peritonitis neumococcica que se comprobó más intensa en la zona subdiafragma derecha. -

CUADRO CLINICO

En la mayor parte de los casos el comienzo de la peritonitis a neumococos es brusco; aparece en un niño que hasta ese momento gozaba de perfecta salud y es este el concepto clasicamente admitido. - Pero es necesario decir, aunque no sea esto lo que caracteriza a la afección que en algunas oportunidades existe ya un catarro-bronquial, una angina, o aunque menos un simple coriza de tan leve intensidad que generalmente se olvida y los familiares no lo menciona cuando se los interroga. - Otras veces existe una enfermedad previa, preparadora del terreno como es en el caso de la nefrosis lipoideas que ya comen-

tamos; o con anterioridad habian llamado la atención un estado de deficit organico y transtornos dispepticos que hacen que al parecer el cuadro abdominal agudo se piense en la existencia de una peritonitis T.B.C.-

Bruscamente, subitamente, habre el cuadro el dolor abdominal; dolor que es intenso y generalizado desde el comienzo; no existe clasicamente, un sitio de mayor intensidad del dolor o del comienzo del mismo, de ahí que se discuta la frase "puntada de costado abdominal" que creara Dieulafoy, la cual implica la idea de la lateralización del dolor. - No es rara, sin embargo, que sea la fosa iliaca derecha la que se muestra más sensible, de ahí las dificultades diagnosticas con la apendicitis agudas, y ya hemos vistos que algunos lo explican creyendo ver en ese lugar el comienzo de la infección peritoneal que el neumococo produciria al abandonar el tracto intestinal. - Otras veces es la zona periumbilical la zona afectada, o, como ocurrió en un caso nuestro el flanco y fosa iliaca izquierda, donde no solo el dolor era más intenso sino tambien la contractura de la pared abdominal. - El dolor es continuo o con exacerbaciones tipo colico sobre un fondo de dolor constante. -

Junto a este sintoma capital aparece el ascenso termico, o bien antecediendolo o sucediendolo por breve tiempo. - La temperatura alta inmediatamente, va precedida con frecuencia de escalofrios comparandola con la que se ve en la neumonia. - Ascendiendo en crisis hasta alcanzar 39°5 y 40° y aun más y se mantiene en forma continua. -

Diaz Bobillo encuentra en lactantes afectados de peritonitis neumococcica convulsiones tonicoclonicas provocadas por la hipertermia.-La temperatura alta, que junto con el dolor abdominal constituye los dos signos más frecuentes, falta en las formas hipersepticas, en las que las defensas organicas mínimas no dan lugar a ninguna reacción termica.-Ladd, sobre 67 casos observados, constató los dos sintomas mencionados 66 veces.-

Los sintomas digestivos de mayor valor son los vómitos y las diarreas.- En los caso excepcionales en que el enfermo no vomita se constata franco estado nauseoso.-

Los vomitos son faciles, explosivos, en un comienzo alimenticios, se repiten a breves intervalos y se hacen entonces biliosos, y más tarde porraceos.-Es, al igual que los anteriores un sintoma precoz, y alarma lo bastante como para requerir la consulta médica.-A veces son tan persistentes que deshidratan y decloruran al enfermo.- Las diarreas constituyen el sintoma caracteristico, a cual se le atribuye enorme importancia para hacer el diagnostico diferencial con las otras peritonitis, en la que la constipación es la regla.-No es, sin embargo, absolutamente constante su presencia a pesar de que Colle lo encuentra en el 100% de sus enfermos; Diaz Bobillo y Paz no las encuentran en el 53,33% de los casos observados que suman 45, y Ladd, sobre 67 casos las constata solo en 35.-Pero cuando existe su valor es enorme y todos los autores estan de acuerdo con ello; son gene-

ralmente precoces y constituyen junto con la fiebre, el dolor y los vomitos, los "síntomas del primer día" de Mendor; pueden aparecer a los 3-4 días de la iniciación como asimismo mucho más tarde; pero lo que les da individualidad propia son los caracteres de la misma: fetidas, abundantes, de color amarillo-verdoso, biliosas, blandas, frecuentes, (10-20 por día) se acompañan de colicos y tenemos muchas veces son glerosas y sanguinolentas.-Mathieu y Davidud insisten sobre estos caracteres y afirman que cuando la apendicitis aguda se acompaña de diarreas, estas no tienen ese aspecto de enteritis aguda que posee en las peritonitis a neumococos.-Pueden prolongarse durante muchos días, o desaparecer y volver hacerse presentes con mayor violencia, circunstancia que desmejora notablemente al enfermo-

A estos cuatro síntomas fundamentales, debemos agregar los síntomas generales que completan el cuadro nosológico: fascies febril, vultuosa, con frecuencia con herpes labial, aunque este signo es más teórico que real (solo una de nuestros 8 enfermos lo presentaba; además es de aparición tardía) Bustos insiste sobre las fascies "rosada" y marca la diferencia con la terrosa que tiene los peritoniales de origen apendicular.-Puede observarse aliento nasal en los niños pequeños, aunque no exista una localización pulmonar del neumococo.-Polipnea febril y taquicardia en relación con la hipertermia, son hechos constantes; el pulso, aunque frecuente (120-140-), se mantiene tenso e igual, salvo en las formas hipertóxicas en

que la tensión cae junto con la temperatura, mientras el pulso se acelera hasta hacerse incontable.-

La existencia de un proceso inflamatorio de las vías aéreas superiores es posible: coriza, angina, bronquitis pueden haber sido el foco inicial desde el cual partió el germen, pero comúnmente no se evidencia en el examen clínico.- Es excepcional hallarse frente a una neumonía o bronconeumonía en los primeros momentos de la peritonitis; siendo, sin embargo, posible que sobrevenga tardíamente, como complicación.-

Dice Paladino en su Tesis: "La neumonía determina un estado refractario de los tejidos, inmuniza al organismo y lo hace inapto a una segunda localización del neumococo".-

El proceso inflamatorio pelviperitoneal puede producir trastornos vesicales traducidos por polaquiuria y disuria, como lo destaca Arnold.-

Mac Cartney y Fraser, defensores de la teoría de la invasión peritoneal del neumococo por vía genital, encuentran en las niñas la existencia de vulvovaginitis con secreción purulenta; pero no creemos que sea un factor importante ni frecuente; Ladd cita haberlo observado 4 veces en 67 casos de peritonitis neumococcica.- Nosotros no lo hemos visto en ninguno de nuestros 7 enfermos.-

Alzaga anota que es posible el hallazgo de petequias, lo que plantea el diagnóstico diferencial con la purpura de Henoch.-

Al examen físico el abdomen se muestra distendido, abultado, meteorizado; en algunas oportunidades suele hallar-

se un vientre deprimido, plano a semejanza de lo que sucede en las primeras horas en las peritonitis apendiculares; pero con más frecuencia la inspección revela la primera situación mencionada. -La palpación encuentra las paredes abdominales tensas más sin la contractura muscular de las peritonitis por perforación. -Se trata más bien de una pastosidad especial (resistencia pastosa de Parker Synn) que para Bustos estaría dada por el edema inflamatorio del tejido celular preperitoneal que a veces suele llegar a la supuración, de modo que el absceso no siempre sería intraperitoneal; Hecho comprobado en enfermos por el tratado. -Puede sin embargo llegarse a la contractura muscular intensa y difusa, al vientre en tabla. -La palpación provoca dolor en toda la superficie abdominal, e en ocasiones con puntos de mayor intensidad, que varían en cada enfermo y crean problemas serios de diagnóstico diferencial. -Existe dolor provocado por la descompresión signo de Gueneau de Mussy positivo y generalizado a todo el vientre. -El tacto rectal o vaginal provoca dolor en el fondo de saco de Douglas, a veces muy intenso y demostrativo de infección peritoneal. -

FORMAS CLINICAS-EVOLUCION

Clásicamente se admiten dos formas clínicas distintas; o puestas por su cuadro clínico, su evolución, su pronóstico. -Son las formas generalizadas y las localizadas. -La primera, difusa desde el comienzo se presenta como una grave afección con gran repercusión general, sin tenden-

cia a la localización del pus abdominal.-En la segunda la regla es la formación de un absceso intraperitoneal circunscrito, localizado, la efectación del estado general es menor, el pronóstico es menos serio.- Creemos más bien que ambas formas no se oponen, que son sucesivas fases evolutivas de la enfermedad, salvo los casos en que siendo el cuadro hipertóxico de entrada, termina con el enfermo sin dar lugar a que se llegue al período de limitación.-

Corrientemente, pasado 3-5 días de pirexia, grave estado general, vómitos repetidos, deposiciones frecuentes, fetidas, biliosas en que el enfermo acusa violentos dolores abdominales, no se alimenta en absoluto, se deshidrata, la tensión es subnormal y el pulso frecuente; el cuadro comienza a declinar: baja la temperatura, cesan los vómitos permitiendo la ingestión de líquido primero, de sólidos después; las diarreas persisten generalmente pero se hacen menos penosas; el abdomen se hace día a día más abultado, el dolor espontáneo decrece, pero el que la palpación provoca se hace más localizado, de ordinario a la zona periumbilical.-Es entonces cuando el cuadro térmico que luego de las altas cifras del comienzo ^{había empezado} a marcar temperaturas subfebriles, cobra el aspecto característico de los procesos supurativos; hemos llegado a la fase de empiema abdominal y estamos en los 7-10 días de la enfermedad.-El estado general que había repuntado vuelve a declinar; existe decaimiento, anorexia, lengua seca, saburral.-El abdomen continúa aumentando de volumen y el examen revela que un gran

absceso se ha formado entre el ombligo y el pubis; redondeando, mate a la percusión, renitente y con una onda líquida positiva; la piel abdominal con red venosa manifiesta, se torna rosada, caliente, tensa; el ombligo se despliega y si el cirujano no interviene se asiste a la hernia abdominal de Dieulafoy, y la abertura espontánea al exterior a través de la pared abdominal, casi siempre a nivel del ombligo o zonas umbilicales; también puede volcarse en vagina, recto, vejiga, intestino delgado y constituir una fistula, que generalmente curan más rápidamente que las fistulas cutáneas.-

Esta evolución espontánea no se ve en la actualidad.-

El cirujano abre oportunamente el absceso y no se ven esas interminables supuraciones de antes.-Y, más modernamente aun, sin necesidad del drenaje quirúrgico, el pus se resuelve espontáneamente merced a la acción de los antibióticos.-

En las formas hipersepticas, sea por exaltada virulencia del germen causal o por deficiencia orgánica con mínimas defensas reaccionales, el cuadro es gravísimo desde su iniciación: gran hipertermia o por el contrario apirexia, vómitos constantes, hipotensión, brusca deshidratación y dehidratación, fascias peritoneal, rasgos afilados ojos hundidos mucosas secas, cianosis periférica con enfriamiento de extremidades; rápidamente el pulso se hace filiforme y el enfermo fallece en colapso en el término de 2-3 días.-Es la forma que se ve a menudo complicando a la nefrosis lipóidea como enfermedad intercurrente y terminal de dicha ne-

propatia.-

En el extremo opuesto al de estas formas hipertóxicas sobreagudas, hallamos aquellas discretas, sumamente leves, las llamadas subagudas, en que el estado general no se altera casi, los vómitos si existen son espaciados y cesan pronto, lo mismo que la diarrea y solo el examen abdominal nos demuestra hallarnos frente a una peritonitis; casi nunca van a la supuración, aun sin tratamiento, resolviéndose sola en pocos días.-

Existe una forma clínica especial, mencionada por primera vez por Michaut en su Tesis.-

Es la forma abortiva: comienza con una forma aguda, con dolores abdominales, vómitos, diarreas, vientre globuloso, etc.: el cuadro se mantiene una semana y luego de ese tiempo rápidamente mejora y cura sin tratamiento en forma definitiva.- A pesar de que autores como Cassaet niegan esta forma clínica, Brocca, Tordeus y otros la sostienen y citan enfermos que siguieron esa evolución.- Moriquand, Berheim y Rendu creen que la puntada de costado abdominal de las neumonías de los niños, no es un dolor reflejo, sino una peritonitis neumobocica que aborta considerandola por lo tanto como un ejemplo de la forma abortiva.-

Estos mismos autores han descrito la forma a recaídas, cuyo solo nombre expresa sus características.- Citan un caso muy demostrativo: se trata de un niño que hace un episodio abdominal agudo caracterizado por fiebre, vómitos, y dolores abdominales difusos que ceden al día

siguiente.-A partir de entonces goza de perfecta salud durante un año y tres meses;entonces es presa de un episodio doloroso abdominal,similar al primero:dolores muy violentos,fiebre alta,vómitos frecuentes.- En esta oportunidad la enfermedad se prolonga durante 15 días pero a la postre cura sin secuelas,y dicha normalidad se mantiene durante un año,finalizando el cual por tercera vez se repite la misma sintomatología;ante un vientre contracturado,con tacto rectal doloroso y estado general grave,se realiza una laparatomía,la cual muestra antiguas lesiones peritoneales:adherencias viejas entre las ansas intestinales y abscesos crónicos en cuyo pus se descubrió un neumococo;el enfermo falleció en el post-operatorio inmediato.-

Stulliet,además de las clásicas formas difusa y generalizada,considera las siguientes:latentes,crónicas,d'emblée,septicémicas(en que existe una verdadera sepsis neumococcica con múltiples localizaciones),ascíticas (con derrame indoloro,caquexia,que semejan una peritonitis tuberculosa),y la tipo oclusión intestinal(en la cual bridas conjuntivas envuelven las ansas provocando un cuadro oclusivo).-

CUADRO ANATOMICO

El neumococo,al lesionar la serosa peritoneal,lo mismo que la pleura y el pericardio,produce en ellos lesiones tan características que el cirujano se encuentra capacitado,al abrir un abdomen,para hacer un diagnostico etiologico preciso,sin la ayuda del bacteriologo,inmediatamente despues de reconocerlas.-

Se distinguen tres etapas sucesivas en la evolución de las lesiones que el neumococo produce en el peritoneo. -En la primera, la del estado agudo, que se prolonga durante 72 horas, no se reconoce todavía pus verdadero; se caracteriza por la gran hipertermia e el edema considerable del peritoneo parietal y visceral con algunas manchas equimóticas predominando en la región ileocecal; escasas redes defibrina adhieren entre sí las ansas intestinales; ya en esta primera etapa se encuentran los ganglios mesentéricos infartados, con aspecto de adenitis aguda y en las niñas es evidente la congestión y tumefacción de las trompas uterinas; hemos dicho ya que aun no hay pus, solo escaso líquido seroso, opalino. -En la segunda etapa la del período subagudo, este líquido es ya francamente purulento, verdoso, inodoro, bien ligado. -Abundantes membranas fibrinosas le confieren un aspecto especial al proceso inflamatorio; este aspecto se mantiene durante los 4 días siguientes; terminando este lapso el proceso ya se ha localizado y se entra en la tercera etapa o del período crónico, en el que uno o varios abscesos se han constituido. -Bien limitados entre la pared, el eplipon y las vísceras abdominales, contienen el típico pus verde e inodoro; a veces siendo varios comunican entre sí aunque generalmente son independientes; existe una forma anatómica "a abscesos múltiples" caracterizada por infinidad de nidos o celdillas con paredes fibrinosas que contienen pus que ocupan todos los compartimientos del abdomen y que el cirujano tiene que romper manualmente pa-

ra conseguir un drenaje eficaz y suficiente.-El apéndice ileocecal no muestra más lesiones que las generales a todas las vísceras abdominales: intensa congestión y edema; pero suele existir una verdadera apendicitis neumococcica, causa primer a del proceso peritoneal, que algunos autores consideran frecuente Salzer ha afirmado que todas las peritonitis neumococcos que ocurren en varones son secundarias a apendicitis neumococicas, mostrándose firme defensor de la vía genital en las niñas.-Roviralta menciona en su libro un caso de apendicitis neumococcica en un niño, comprobada bacteriológicamente y que se compli- ce en el post-operatorio con una artritis purulenta y un absceso del muslo, hallándose también el germen en las localizaciones metastáticas.-

CUADRO BACTERIOLÓGICO

El examen bacteriológico del pus extraído de la cavi- dad abdominal en el acto quirúrgico o bien por pun- ción a través de la pared abdominal o del fondo de saco de Douglas por vía genital o rectal, nos demues- tra la existencia del germen causa el neumococo, di- plococo capsulado, de forma lanceolada, gran positivo, aerobio facultativo.-Se encuentra además un número variable de polinucleares neutrófilos.-

Hallado el neumococo, puede realizarse la determinación del tipo del mismo con el método de Neufeld, sobre todo con vista a la utilización terapéutica del suero anti- neumococcico específico.-El responsable más frecuente de la peritonitis a neumococos es el tipo I, siguiendo

luego el tipo VI y el tipo V.-Ladd sobre 17 casos en que la investigación fué posible, halla los siguientes datos:-

Tipo I:	5 casos
Tipo VI:	4 casos
Tipo V:	2 casos
Tipo IV:	1 caso
Tipo XI:	1 caso
Tipo XXII:	1 caso
Tipo VII:	1 caso
Tipo XVIII:	1 caso
Tipo X:	1 caso

La determinación del tipo del neumococo no se hace comunmente y pocas veces en la bibliografía consultada lo hemos encontrado especificado.-

COMPLICACIONES

Las formas hipersepticas matan sin dar tiempo a la aparición de complicaciones.- En las formas agudas y subagudas se las ve con regular frecuencia.-Existen complicaciones a distancia y otras de orden local; las primeras constituyen nuevos focos de colonización del neumococo y aparecen corrientemente a los pocos dias de iniciada la enfermedad;son:la neumonia, pleuresia purulenta,artritis purulenta,abscesos en partes blandas de los miembros,otitis,pericarditis, abscesos oseos,etc.:en todos ellos es posible aislar en neumococo del mismo tipo que el que ocasionó la peritonitis.-

ritonitis.-

Las complicaciones de orden local son: fístulas producidas por aberturas espontáneas del absceso sea a través de la pared abdominal, de la vagina, de la vejiga etc.- Fístulas entéricas o biliares, producidas por decubito de drenajes o por esfacelo espontáneo de la pared intestinal o de la vesícula biliar, como ocurrió en nuestra observación N° I. Oclusión intestinal aguda, ocasionada por organización de adherencias fibrinosas que estrechan la luz intestinal extrínsecamente, o acodan las ansas.-

Yanicelli dice que actualmente son más fáciles de observar estas complicaciones locales tardías por la mayor supervivencia que los antibióticos permiten.-

No compartimos esta manera de pensar; los antibióticos curan bien y rápido, sin dar tiempo la mayoría de las veces, a la aparición de fístulas y sin permitir organización de adherencias.-

La complicación local más frecuente en los primeros momentos es la parálisis intestinal refleja, con la consecutiva distensión abdominal y que contribuye a la constitución del desequilibrio humoral.-

DIAGNOSTICO POSITIVO

El diagnóstico clínico positivo de la peritonitis a neumococos es muy difícil.- Sin entrar a considerar que siendo una afección de rara observación muchas veces no se piensa en ella, aun teniéndola en cuenta no resulta fácil asegurar que se está en presencia de peritonitis de esta etiología.- A pesar de que tiene sus caracteres

particulares que la individualizan, no siempre se hallan presente todos ellos, lo cual hace el problema muy difícil en múltiples ocasiones.-La mayoría de la veces se sospecha pero no se afirma categóricamente ante el temor, muy justificado, de dejar pasar una peritonitis secundaria.-

Mahieu y Davicoud observan en una año 7 peritonitis generalizadas a neumococos, operadas todas de urgencia con diagnóstico de peritonitis apendicular.-

Se sospecha una peritonitis neumococcica cuando se esta en presencia de una niña, cuya edad oscile entre 2 y 10 años, que en plena salud comienza su mal con violentos dolores abdominales generalizados, vómitos precoces y frecuentes, diarreas fetidas, amarillo-verdosa, con pujos y tenesmo; temperatura alta, taquicardia, facies vultuosa.-Ayudaran a mantener la presunción diagnóstica la comprobación de herpes labial y de flujo vaginal.-

Ante esta sospecha, cuales son los elementos con que cuenta el clinico para llegar a la afirmación diagnóstica absoluta? Los enunciaremos de acuerdo con su valor practico:

1º) Comprobación del neumococo en el líquido peritoneal, por medio de:

a) punción abdominal: los autores no estande acuerdo sobre su valor y su peligrosidad.-Neuhoff la aclama como un metodo perfecto y asegura que su tecnica es tan simple como la de la punción pleural.-Tambien la preconizan Diaz Bobillo, Josa, Arnold y otros.-Se

realiza con una aguja de punción lumbar o una aguja común de cinco centímetros, previa anestesia local o sin ella, luego de evacuar la vejiga; puede hacerse a lo Saltzer en la mitad de la línea espino-umbilical, o a lo Schwartz a mitad de distancia entre el ombligo y el pubis, zona relativamente avascular que disminuye las posibilidades de punzar un vaso.-Obtenido el pus puede sospecharse inmediatamente y hasta asegurarse la etiología, al comprobar que es inodoro, amarillo-verdoso, espeso; el bacteriólogo lo confirmará al encontrar el diplococo.-

Los detractores de este medio diagnóstico consideran que es una práctica que expone a serios peligros, pues dicen que es muy fácil que la aguja llegue a interesar alguna ansa intestinal con las consecuencias imaginables sobre todo considerando que la aguja utilizada debe ser de grueso calibre para conseguir extraer el pus espeso que produce el neumococo.-Argumentan por otra parte que la punción abdominal no reporta ningún beneficio, pues en las primeras 72 horas, que es cuando el problema diagnóstico se presenta, no se encuentra todavía pus en la cavidad abdominal y que por lo tanto la aguja nada conseguiría extraer. En resumen lo consideran un método ^{peligroso} inútil.-

Creemos que en las primeras horas puede subsanarse este inconveniente inyectando, luego de punzar la pared, algunos c.c. de suero fisiológico que se aspiraran rápidamente antes de su difusión, pudiendo obtenerse de

este modo algún germen.-La positividad es terminante, pero la negatividad, dejará la duda pendiente.- Entre nosotros Pavlovsky desaconseja la practica de la punción.-

b) Punción del fondo de saco de Douglas, por via vaginal o rectal.-Esta considerada como una maniobra más peligrosa aun que la punción del abdomen.-Por otra parte necesita que exista ya una gran cantidad de exudado peritoneal como para que se haya coleccionado en el fondo de saco rectovaginal.-No obstante es utilizada en algunos casos como medio diagnostico.-

c) Laparotomía minima constituye a la vez que un medio para realizar el diagnostico, una medida terapeutica.-Es recomendada por Ladd quien la preconiza por ser de tecnica sencilla, realización facil y rápida, de resultados seguros y constituir al mismo tiempo un tratamiento efectivo, en el caso de no ratificarse el diagnostico, el primer tiempo de la terapeutica correspondiente.-Consiste en practicar en un ambiente quirurgico, y con anestesia local, una incisión de 2 cm. de largo, transrectal infraumbilical derecha; separando los bordes de la herida se hace un ojal de $1\frac{1}{2}$ cm., en el peritoneo; se obtiene asi con minimo traumatismo quirurgico una muestra del pus peritoneal.- Si su analisis demuestra que la peritonitis es a neumococos, deje en el ojal efectuado un drenaje en cigarrillo y un aposito sin necesidad de hacer ninguna sutura; si el pus tiene olor a coli, se hace anestesia ge-

neral, se agranda convenientemente la herida, y se procede a realizar la apendicectomía.-Esta pequeña intervención no es en absoluto shockante, no aparece ningun peligro y proporciona datos exactos.-

2°) Leucocitosis.-El hallazgo de un número muy elevado de leucocitos en la sangre circulante, tambien contribuye para sostener el diagnostico.-La comprobación de un número normal de glóbulos blancos o un aumento muy discreto, harán que se plantee la duda.-Es corriente encontrar cifras de 30.000 o de 40.000 leucocitos y más, y en algunos casos hasta 60.000; siendo las cifras menores de 20.000 absolutamente excepcionales.-Es tipico además el predominio de los polinucleares neutrofilos en la formula leucocitaria; porcentaje de 85%-90% son comunes.- Estos datos tienen valores para establecer la diferencia con la apendicitis aguda en la que la leucocitosis aunque existe, nunca arroja cifras tan altas; corrientemente no sobre pasa los 20.000.-En contraposición con lo clasicamente aceptado, Morine asegura que dicha diferenciación no puede establecerse ya que ambas afecciones provocan un aumento de los globulos blancos, sin seguir una regla que pueda fijarse de ante mano.-

3°) Hiperfibrinosis.-Se constata aca como en todas la afecciones neumococicas; para Rouhier tiene mucho más valor que la leucocitos neutrofila.-

4°) Hemocultivo.-Constituyendo la peritonitis a neu-

neumococos un foco de localización de una septicemia neumococcica, debe constatarse en ella la existencia del neumococo en la sangre.-Así lo sostienen muchos autores y por otra parte lo comprueban; citemos el caso de Arnold en donde se halló el neumococo del tipo V en la sangre; se lo pudo aislar también en el líquido cefalorraquídeo, en el flujo vaginal, en los esputos, y en el líquido pleural, lo que evidencia la septicemia neumococcica que padecía el enfermo.-

En la práctica se tropieza con el gran inconveniente que representa la espera de 24 horas para decidir una conducta terapéutica que indudablemente debe ser mucho más rápida.-

5°) Estudio del flujo vaginal.-En las niñas afectadas de vulvovaginitis, el hallazgo del diplococo en la secreción purulenta es frecuente y este hecho tiene sin duda algún valor; no así en las adultas en donde el germen es un huésped casi constante, casi siempre sin acción patógena.-

6°) Frotis faríngeo.- Ya hemos dicho que Cole afirma que el 50% de los niños que padecen la enfermedad son poseedores del germen en sus fauces, se exteriorice o no su presencia clínicamente.-Siguiendo este criterio, su búsqueda en el exudado faríngeo se justificaría.-

7°) Estudio del L.C.R.-Constituye un medio diagnóstico excepcional.-La comprobación de la presencia del germen en el L.C.R., realizada por Arnold nos parece una rareza solo mencionable.-

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnostico diferencial más difícil y que se plantea la gran mayoría de las veces, es con la apendicitis aguda; existen muchos caracteres diferenciales que estando presente resolveran la cuestion: el dolor generalizado desde el comienzo, la temperatura más elevada, lo mismo que la leucocitosis, son patrimonio de las peritonitis primitivas; tambien ayudaran la presencia de diarreas, aunque suelen existir en las apendicitis pelvianas; la fascies febril y vultuosa en cambio de la peritoneal de las apendiculares; los sintomas fisicos abdominales más atenuados, menor contractura muscular, menor inmovilidad respiratoria. -En general, mayor gravedad general y menor gravedad local. -La prueba terapeutica con sulfamida o penicilina es engañosa y peligrosa. -Una apendicitis aguda puede mejorar aparentemente en un principio y desfigurarse el cuadro lo cual conduce a un tratamiento expectante perjudicial; tambien puede ocurrir que una peritonitis neumococcica no mejore evidentemente en las primeras horas, termino prudencial de espera. -A pesar de todo el diagnostico es en la practica muy difícil; Ombredanne ha llegado a decir: "nadie esta autorizado a sentar el diagnostico de peritonitis neumococcica, una peritonitis purulenta difusa debe ser operada de inmediato, luego se discutira la naturaleza del microbio". -Hudacsek dice: "es imposible de distinguir antes de la operacion la peritonitis neumococcica de la apendicitis flegmonosa aguda o perforada". -El problema es más sen-

ello cuando el enfermo se presenta con varios días de evolución: las peritonitis a neumococos que han pasado los primeros días no presentan los caracteres de extrema gravedad que tendrá un apendicular no tratado; puede además en estas condiciones hallarse un plastron en fosa iliaca derecha que jamás se ve en las peritonitis primitivas.-

Ante la duda, intervenir; debe ser siempre la conducta que guie el tratamiento.-

Enunciamos a continuación otros diagnósticos diferenciales que se plantean a menudo:

Neumonía: Tienen en común la hipertermia, la fascies febril, la polipnea, el herpes labial, el dolor abdominal cuando esta presente la puntada del costado; un buen examen físico del aparato respiratorio aclarará todas las dudas.-

Fiebre Tifoidea: Antes de que el laboratorio nos informe sobre una reacción de Widal o un hemocultivo positivo, nos inclinaremos a pensar en la enfermedad infecciosa, al hallar un bazo palpable, la roseola tífica, el sensorio afectado, el ascenso gradual de la temperatura.-

Peritonitis Estreptococcica, Gonococcica, o a Bacilos de Friedlander: Solo el hallazgo del germen causal podrán afirmar categóricamente la etiología de la peritonitis.- Pueden ser de valor el antecedente de una erisipela o de una escarlatina para orientarse hacia el estreptococo.-

Enterocolitis: La fiebre, las diarreas, los vómitos, ha-

ran pensar en un proceso intestinal inflamatorio.-
El examen del abdomen, cuando es suficientemente demostrativo, resolvera las dudas.- Hay publicados muchos casos en que se cometió este error diagnóstico; citamos el de Matheson y el de Glazier.-

Peritonitis T.B.C: Las formas agudas de peritonitis bacilosa pueden confundirse con una peritonitis a neumococo; los antecedentes familiares y personales, las pruebas tuberculínicas, prestan valiosa ayuda.-

Purpura de Henoch: La circunstancia de que las peritonitis en cuestión se presenten en ocasiones con elementos petequiales y sufusiones, hacen que en algunas oportunidades halla sido la afección que hubo que descartar.-

Perforación de un divertículo de Meckel : Complicación posible en la persistencia del elemento embriológico, que sino frecuente es importante diferenciar precozmente, por las distintas terapéuticas que ambas afecciones exigen; ante la duda, como en las apendicitis, intervenir.-

Dispepsias Agudas: En las raras ocasiones en que la enfermedad sobreviene en un lactante, las diarreas y los vómitos haran pensar en este transtorno nutritivo tan frecuente a esa edad.- Las transgresiones dietéticas que revela el interrogatorio , la ausencia de signos físicos peritoneales, servirán de ayuda para orientar el diagnóstico exacto.-

Linfadenitis Mesentérica: La brusca aparición de dolores abdominales, vómitos y ascenso termico que su-

ceden a una angina o faringitis pueden prestarse a confundir los cuadros.-En el caso de tratarse simplemente de la inflamación de los ganglios linfáticos mesentericos, circunstancia frecuente en los niños adenoides o con hipertrofias de amígdalas, el cuadro general es ^{de} mucha menor gravedad, los dolores más atenuados, no existe contractura muscular marcada, existen en los antecedentes episodios anteriores similares.-

Invaginación Intestinal: Forma frecuente de oclusión intestinal en el lactante, puede pensarse en ella ante el cuadro doloroso abdominal, los vómitos, la presencia de diarreas con sangre.-La ausencia de temperatura, la edad (hemos hablado de la rareza de las peritonitis primitiva en los lactantes), el tacto rectal, la palpación del abdomen que halla la mancha de invaginación, la radioscopia del colon con enema opaco, aclararan la duda.-

Colicos Renal Hepatico y Saturnino: Su difícil comprobación en los niños, los caracteres topograficos del dolor, los antecedentes, son datos de valor.-

PRONOSTICO

La peritonitis neumococica abandonada a sí misma es una afección sumamente grave.-En 1926, Lipchutz y Lowenberf, que tenia una estadística de mortalidad de 100%, dice: "las peritonitis neumococicas son las catastrophes abdominales más terribles de la infancia".- El pronostico de la afección mejora lentamente con la aparición de nuevos recursos terapeuticos, el perfec-

pionamiento de la técnica quirúrgica, de la hemostasia de la anestesia, condiciones que hacen la intervención menos shockante.-Así en 1910, Lischdieth da cifras de 90% de mortalidad; en 1921, Mc Cartney y Fraser la disminuye a 65%; y en 1932, Ciminata habla de 60% de casos fatales.-Pero el cambio notable se produce luego del advenimiento de los antibióticos; la asociación de sulfamidas y penicilina ha hecho de este tan temible mal de otrora una enfermedad perfectamente curable. En 1947 Yanicelli presenta los siguientes datos: sobre un total de 12 casos tratados, sólo uno fallece, el único en el que no se usó penicilina sino solamente sulfamida.-Queda así desterrada la frase de Josa: "Contra la peritonitis a neumococos no poseemos ninguna medicación de eficacia segura y pronta" (1936).

TRATAMIENTO

Historico.- Pocas afecciones han motivado tantas discusiones acerca del tratamiento que mejores resultados ofrece, como las que ha originado la peritonitis a neumococos; múltiples publicaciones se refieren especialmente a la conveniencia de tal o cual conducta, en los primeros días de la enfermedad ya que nadie discute la necesidad de la terapéutica quirúrgica cuando el absceso ya se ha formado.-Existen, desde el conocimiento de la enfermedad dos corrientes distintas: la intervencionista y la abstencionista.-Ya veremos que actualmente dicha división de ideas ha dejado de tener lugar de ser, y gracias a los recursos terapéuticos modernos: sulfamida y penicilina.-

Los partidarios del tratamiento médico fundan su actitud en las siguientes razones:

1°) La inexistencia de un foco causal intrabdominal; considera este el motivo fundamental que hace que no se justifique una intervención que carece de todo objeto, y establece la diferencia con las peritonitis apendiculares en las que sin la extirpación del órgano enfermo no se consigue la curación.-

2°) En las primeras 72 horas no hay todavía pus dentro del abdomen.-No existiendo entonces nada para drenar la laparotomía es inútil.-

3°) La peritonitis neumococcica es un foco más dentro de un septicemia neumococcica; en estas condiciones, toda intervención agrava el proceso infeccioso; al cuadro septicémico se unen la anestesia (que disminuye las defensas para el neumococo), la hemorragia, el traumatismo visceral operatorio, etc.

4°) Busco asegura que la aereación del neumococo realizada durante la laparotomía, exalta su virulencia.-

5°) Ven justificada su conducta abstencionista, por las altas cifras de mortalidad que arroja la intervención precoz.-Budde encuentra 90% de mortalidad operando de inmediato, y solo 33% con la intervención retardada; operando más tardíamente aun solo 6.7%.-

El temor de la terapéutica quirúrgica precoz llega al extremo de hacer decir algunos, partidarios de esta doctrina: "es menos peligroso dejar enfriar una apendicitis aguda, que operar precozmente una peritonitis

a neumococos".-

Pero la conducta quirurgica cuenta con muchos adeptos.-Hudacsek dice " Ubi pus, ibi evacua", encontrando muy peligrosa la abstención.-Los intervencionistas aducen las razones que siguen:

1°) Siendo la peritonitis neumococcica una afección de tan difícil diagnostico, con el temperamento abstencionista se corre el peligro de dejar evolucionar una peritonitis secundaria, con las consecuencias imaginables.-Utilizan la laparotomia, a la vez que como medio curativo, como un modo seguro de afirmar positivamente el diagnostico.-

2°) Loutsch arguye en contra de los abstencionistas que si bien en algunas ocasiones el cirujano no encuentra pus en el abdomen, muchas veces este ya se ha formado, y cuando no lo hay se forma poco despues y el drenaje abdominal oportunamente colocado elimina los productos toxicos a medida que se van formando.-

3°) Creen que los enfermos que fallecen luego de la operación, hubieran seguido la misma evolución sin ella, pues se trata de las formas hiperagudas que matan con cualquier terapeutica.-

La estadística de Ladd parece dar razón a esta corriente: hasta el año 1929 opera a todos sus enfermos precozmente y obtiene una mortalidad de 65%; desde entonces hasta 1936, no los interviene y la mortalidad asciende a 73%; actualmente utiliza su medio diagnostico-terapeutico enunciado en el capitulo de diagnostico positivo,

asociándole además la medicación sulfamídica; obtiene así una mortalidad de 17%. -

Inmunotransfusión inespecífica: Metodo preconizado por Crocker, Valentini y Brody, ha sido empleado por Arnold en 1940 en un caso grave de peritonitis a neumococo que no mejoraba con suero antineumococcico ni con el empleo del Frontylin; se ensaya entonces esta terapeutica, consiguiendose la curación de la enferma. - la inmunotransfusión inespecífica se practica en la siguiente forma: se prepara un dador inyectándole, por via endovenosa, 50 millones de bacilos tíficos muertos; si al cabo de una hora no se ha producido ninguna reacción se inyectan 25 millones más; a las 8 horas se obtiene comunmente con ligeras variaciones individuales, la reacción maxima; esta se caracteriza por: temperatura alta (40°-40.5°) y leucocitosis de 30.000; es este el momento indicado para efectuar la extracción de la sangre que se destinará al enfermo; se obtienen 300 c.c., las que se transfunden de inmediato. - Se procede en esta forma en los dos días siguientes. -

Sobre sus resultados, solo hemos encontrado en la bibliografía la documentación que presenta Arnold, a la cual aludimos ya. -

Suero antineumococcico: Antes del conocimiento de las sulfamidas era esta la unica medicación específica utilizada para luchar contra la neumococcemia. - Se usa de preferencia el suero específico para el tipo causal de la enfermedad. - Previamente a la inyección se to-

man las precauciones antianafiláticas comunes a todas las seroterapias. -Se utiliza generalmente la vía intramuscular, pero en los casos grave se combina con la vía endovenosa. Las dosis empleadas varían con la edad y con la gravedad de la afección. -Se comienza con 50.000-100.000 unidades y se prosigue inyectando la misma cantidad cada 2 horas. - El tratamiento debe continuarse hasta el descenso de la temperatura. -Por lo general se interrumpe entre los 2 y los 4 días; las dosis totales oscilan entre 200.000 y 900.000 unidades. -

El suero antineumocócico fué muy empleado con resultados variables. -Cole refiere 7 casos así tratados, obteniéndose la curación de 2 de ellos. -Rouhier relata el caso de una adulta curada con suero antineumocócico III y colpotomía. -En la observación de Glazier se usó suero antineumocócico I y a los 16 días de la iniciación el enfermo fué dado de alta curado. -
Tratamiento Actual: En nuestros días el hecho de contar con tan valiosos recursos terapéuticos como son la sulfamida y la penicilina, que tanta eficacia han demostrado en la lucha contra el neumococo, ha hecho que se pierda el temor de operar una peritonitis neumocócica en sus primeros estadios o septicémicos. -Por otra parte el progreso de la técnica quirúrgica y de la anestesia, como así también el empleo de la plasmoterapia y demás medicación antishock, contribuyen a disminuir notablemente los riesgos de la intervención. -

Por lo tanto actualmente, ante un enfermo en que se sospeche la posibilidad de que padezca una peritonitis a

neumococos, sin poder afirmarlo positivamente se debe-
ra operar de inmediato.-La laparotomía servirá para
ratificar o rectificar el diagnóstico, no habrá em-
peorado el estado general del enfermo y además hará
posible la realización de la medicación local con los
antibióticos.-Si el enfermo nos llegara en estado ge-
neral muy grave, se lo prepara convenientemente com-
batiendo el shock antes de la intervención.-

Pero cuando el diagnóstico puede asegurarse con abso-
luta firmeza, la laparotomía es innecesaria.-Se reali-
zará el tratamiento médico con los antibióticos y de-
más medicación sintomáticas, en las formas que se deta-
lla:

Sulfamidoterapia: La droga que se utiliza preferen-
temente es el Sulfatiazol, menos tóxica que la sulfa-
diazina usada en el comienzo, la que también se mues-
tra más eficaz.-Cuando los vómitos impidan la adminis-
tración por boca, se recurrirá a la vía intramuscular o
a la endovenosa; de lo contrario es eficaz y suficien-
te por vía oral.-Se dan 20 cgm. por kilo de peso y
por día en dosis fraccionadas en 6 tomas cada 4 horas.-
Conseguida la apirexia se disminuye progresivamen-
te la cantidad para suprimir definitivamente la medi-
cación 3-4 días después.-

Penicilinoterapia: Constituye, junto con la sulfami-
da la medicación de fondo que nunca dejará de emplear-
se.-Se puede iniciar el tratamiento inyectando la
primera dosis endovenosa (50.000-100.000 unidades); se
continuará con la administración de no menos de

50.000 unidades cada 3 horas por vía intramuscular, en los primeros días; las dosis que varían con la edad del enfermo y con la gravedad de la afección, no deben disminuirse hasta conseguida la apirexia; recién entonces se comenzará a disminuirlas reduciendo la cantidad de unidades y espaciando las inyecciones.- Solo se la suspende definitivamente cuando la mejoría es notable y se ha mantenido la apirexia durante varios días.-

Plasmoterapia: La posibilidad del empleo del plasma sanguíneo reporta incalculables beneficios; los vómitos, las diarreas no solo privan el organismo de agua y de sales, sino también de proteínas y demás elementos indispensables para el normal mantenimiento del equilibrio humoral.- Todos estos elementos son suministrados mediante la transfusión de plasma.- En los niños se utilizan dosis que oscilan alrededor de los 10 gramos por kilo de peso, diariamente; en los casos muy graves se puede repetir esa cantidad cada 12 horas.- En los adultos no se transfundirán menos de 250c.c. por día.-

Aspiración intestinal: Cuando se instala la parálisis intestinal deberá colocarse la sonda de Muller-Abbott, con la que se obtiene la aspiración intestinal contante.- El médico debe anticiparse a la instalación completa del cuadro de ileus, efectuando el sifonaje a los primeros síntomas anunciadores.-

Hidratación y rechloruración.- El balance salino y acuoso, que los vómitos, las diarreas y la profunda

intoxicación tanto han perturbado, se restaurará mediante la administración de sueros fisiológico, suero glucosado isótonico y suero Ringer, por vía parenteral que se inyectara mientras persistan los vómitos y el enfermo no puede hidratarse por vía oral. - La pérdida de cloruros se compensa inyectando 20 c.c. de cloruro de sodio al 20% por vía endovenosa, cada 12 horas; con ello, se favorece también el peristaltismo intestinal, tantas veces comprometido. -

Tratamiento complementario. - La medicación preventiva del ileus, mediante la inyección de $\frac{1}{2}$ a una ampolla de Prostigmin cada 4-6 horas según la edad, reporta muchos beneficios. -

La vitamina C, la vitamina B₁, el extracto hepático, el extracto de cápsula suprarrenal, colaboran en la lucha antitóxica y antiinfecciosa. -

En los casos que, pasados los periodos agudos y subagudos, se asista a la formación del absceso, intraperitoneal, estará indicada la terapéutica quirúrgica, la que se reducirá al drenaje de la colección purulenta. - El tratamiento médico así dirigido, termina con la curación completa y precoz del enfermo en el mayor número de los casos. - Si la mejoría no se presenta debe realizarse la laparotomía; esta permitirá la medicación local con los antibióticos y disminuirá la intoxicación general al drenar el pus acumulado en el abdomen. - En última instancia, al rectificar un diagnóstico permitirá la realización del tratamiento adecuado. - Se operará, de preferencia con anestesia local, aunque

en los niños mayores de 5 años, que no estén shockados, se puede usar con ventajas la anestesia raquídea; de no ser posible se empleará sin temor la anestesia general etérea. -Si una vez abierto el abdomen se constata que se está en presencia de una peritonitis a neumococos, se precede a aspirar el pus, si se encuentra en cantidad, y se cierra la herida por planos, dejando un drenaje en cigarrillo; luego de haber dejado en la cavidad abdominal 1-3 gramos de sulfamida líquida y 200.000 a 1.000.000 de unidades de penicilina; se coloca una sonda de Nalaton de calibre mediano en la herida operatoria, la que utilizaremos para realizar la medicación local en el post-operatoto.-

POSTOPERATORIO .-Será el mismo, haya sido realizada la intervención de urgencia, en caso de duda diagnóstica; o luego del fracaso del tratamiento médico. -Se concretará a la práctica de las medidas detalladas anteriormente, pero añadiendo a ellas la introducción intraperitoneal de sulfamidas y de penicilina; a través de la sonda colocada ad-hoc se inyectan diariamente 10-40cc. de la solución al 5% de sulfamida, y 50.000 a 200.000 unidades de penicilina 1 a 3 veces diarias, dosis que varían con la gravedad de la afección de la enferma. -Se suspenderá en forma progresiva, lo mismo que la medicación general.-

RESUMEN DEL TRATAMIENTO ACTUAL

I.-Con diagnóstico clínico seguro: Tratamiento médico (sulfamidas, penicilina y plasma).-

II.-Ante la más pequeña duda diagnóstica: interven-

ción de urgencia, más tratamiento médico, realizado en la misma forma.-

III.-En los casos en que mediante el tratamiento médico se llegue a la formación del absceso intraperitoneal limitado, del período crónico, se realizará el drenaje del mismo.-

CASUÍSTICA

Presentamos a continuación los casos observados en el Hospital de Niños de La Plata que suman en total 8 y en el último de los cuales tuvimos oportunidad de actuar personalmente.-

CASO N° I

Historia N° 373.- B.A. Edad:3 años -

Nacionalidad: argentina - sexo: femenino.-

Fecha de Entrada: 6 de Setiembre de 1932.-

Su enfermedad comienza 6 días antes de su internación, se caracteriza por la existencia de dolor abdominal difuso, vómitos y temperatura.-Se la somete a un tratamiento sintomático; a los 4 días presenta síntomas pulmonares; tos, expectoración y disnea.-Es internada en la sala de clínica médica donde se le hace diagnóstico de neumonía y peritonitis a neumococo.-Presenta además de su cuadro neumónico, un abdomen globuloso, distendido y doloroso.-Leucocitosis 27.000; neutrofilia 93%. -3 días después aparecen diarreas, 5 o 6 deposiciones diarias, fétidas, sanguinolentas.-Se aplica criterio abstencionista.-El día 19 de Setiembre existen signos de derrame pleural, se punza y se obtiene pus verdoso, donde el examen bacteriológico demostró la existencia de neumococos.-La enferma evoluciona con periodos de mejoría en los que la temperatura desciende y el estado general es satisfactorio; y otros de franco recrudecimiento del proceso, con fiebre en agujas, enflaquecimiento, anorexia, etc.-A los tres meses del comienzo se interviene por primera vez; bajo anestesia local se precede a drenar una enorme colección purulenta abdominal, de donde se extrae abundante pus verde cremoso, donde también se individualiza el neumococo.-Posteriormente fue reintervenida en 4 oportunidades, drenándosele nuevos abscesos del abdomen.-La niña falleció a los 8 meses de enfermedad con fístula biliar y estercorácea.-

CASO N° II

Historia N° 735.- E.R. - Edad: 7 años.-

Nacionalidad: argentina - sexo:femenino.-

Ingresa al Hospital de Niños en la noche del día 21 de Febrero de 1934 a las 21 horas.-Su enfermedad se había iniciado en la mañana del día de su ingreso bruscamente,luego de levantarse.-Acusa fuertes dolores abdominales difusos,cefaleas y temperatura alta.-El dolor persiste todo el día aunque en la últimas horas se hace más intenso en la fosa iliaca derecha.-El cuadro se acompaña de vómitos alimenticios que se se repitieron 2 veces,constipación y gran decaimiento.-El enviada al Hospital con diagnostico de apendicitis aguda.-La guardia constata:enferma gravemente enferma febril,temperatura axilar 38°3,rectal 39°9,taquicardia 120 pulsaciones por minuto.-;abdomen ligeramente distendido,con timpanismo periumbilical,sin contractura muscular y exquisitamente doloroso en toda la superficie.-Se interviene de urgencia;anestesia general eterea;incisión de McBurney;al abrir el peritoneo se obtiene líquido seropurulento,inodoro.-El ciego y su apendice tienen el aspecto normal;intestino delgado despulido,congestionado,dilatado,recubierto por escasos exudados fibrinosos.-Se hace apendicectomia típica y se cierra por planos sin dejar drenaje.-

Postoperatorio:Se hace medicación sintomatica,pero a pesar de ella la enferma se agrava día a día y fallece el 26 de Febrero.-

CASO N° III

Historia N° 2904.- S.M. Edad: 3½ años.-

Nacionalidad: argentina - sexo: femenino.-

Fecha de Ingreso: 26 de Enero de 1938.-

ANTECEDENTES PERSONALES: padeció de bronconeumonía
1½ mes antes de su internación.-

ENFERMEDAD ACTUAL: Comenzó tres días antes de la fecha de su ingreso con dolor abdominal intenso y generalizado desde su iniciación acompañados de vómitos alimenticios.-La niña continúa los dos días siguientes con dolor abdominal con los mismos caracteres pero sin vómitos y con evacuación intestinal normal.-Al tercer día aparecen temperatura alta y deposiciones féidas abundantes y frecuentes.-

ESTADO ACTUAL Estado general grave; temperatura axilar 37°8, rectal 38°8; fascies tóxicas; náuseas y vómitos biliosos; taquicardia 110 pulsaciones por minuto.-
Presenta matitez en base pulmón derecho y rales diseminados.-El abdomen se muestra distendido, marcadamente meteorizado, con contractura muscular generalizada y exquisitamente doloroso a la palpación superficial.-
Se hace diagnóstico de peritonitis a neumococo y se mantiene una conducta expectante, tratando a la enferma con sueros glucosado y fisiológico subcutáneos, suero clorurado hipertónico endovenoso y hipofisina.-Al día siguiente la enferma continúa grave, persisten las diarreas y la temperatura.-El día 28 presenta vómitos porraceos, pulso filiforme, hipotenso. Fallece a las 20 hs.-

CASO N° IV

Historia N° 3529.- E.V. -Edad: 4½ años.-

Nacionalidad: argentina - sexo:femenino.-

Fecha de Ingreso: 14 de Diciembre de 1938.-

ENFERMEDAD ACTUAL: Enfermo hace 6 días; comienza con dolores abdominales difusos, vómitos continuos que persistieron 3 días; diarrea intensa, 6-8 deposiciones diarias con pujos y dolores, sin sangre, -Inapetencia, fiebre de 39° a 40°, tos y fatiga, herpes labial.-

ESTADO ACTUAL: Deficiencia ponderal, inquietud, lengua seca con la punta roja; por momentos aleteo nasal, -Polipnea, 50 respiraciones por minutos, taquicardia 120 pulsaciones por minuto, pirexia 38 °5.- Raquitismo torácico, tos discreta pero frecuente; al toser se queja pero no puede precisar la zona dolorosa; algunos accesos de tos son en quintas.- Hipofonosis en ambas bases; no se ausculta tubaria.- Abdomen: paredes tensa, doloroso a la presión; deposiciones líquidas, frecuentes, en pure de arvejas.-

Tratamiento: Antigene neumococo y medicación sintomática.-

Se practica hemocultivo con resultado negativo.- Leucocitosis: 40.000 (neutrofilia de 83%).-

A la semana de su ingreso la temperatura era normal y el estado general se había recuperado.- Continuaba con dolores abdominales pero no tenía vómitos ni diarreas.- El día 30 de Enero se aprecia la formación de un absceso intrepéritoneal en hipogastrio y fosas iliacas; pared abdominal con red venosa tipo bava, matitez en media

luna con los cuernos que llegan a los flancos.-Se resuelve esperar la mayor circunscripción de la colección purulenta.-Pero ella evoluciona hacia la reabsorción y el día 30 de Enero la niña es dada de alta curada sin habersele practicado ninguna intervención quirúrgica.-

CASO N° V

Historia N° 6603.- N.L. Edad: 8 años.-

Nacionalidad: argentina-sexo: masculino.-

Fecha de Ingreso: 27 de Mayo de 1943.-

ANTECEDENTES PERSONALES: Padece de nefrosis desde hace 5 meses.-

ENFERMEDAD ACTUAL: Comienza el mismo día de su ingreso con dolor de carácter punzante en fosa iliaca derecha con leve estado nauseosa, sin vómitos.-

ESTADO ACTUAL Enfermo con edema generalizados, blancos, indoloros del clasico tipo renal.-Presion arterial maxima 11.8, minima 8; pulso regular 120 pulsaciones por minuto, igual, de buena tensión; temperatura axilar 37°8, rectal 38°.-Torax: matitez en ambas bases con ausencia de murmullo vesicular y soplo espiratorio.-Skodismo por arriba raros rales bronquiales.-Abdomen: Distendido en vientre de batracio con matitez en semi luna que se desplaza con los cambios de posición; con onda líquida positiva; no se puede palpar higado ni bazo; se percute dentro de límites normales; dolor muy marcado en fosa iliaca derecha, no hay contractura refleja pero si defensa voluntaria.-El enfermo tiene los miembros in-

feriores flexionados para evitar el dolor que exageraba con los cambios de posición.-Oliguria:270 c.c. de orina.-

Se decide mantener una actitud expectante.-Tratamiento: hielo en abdomen.-

A las 23 horas no hay modificación en el cuadro general.-Se decide efectuar una punción abdominal;se extraen 50 c.c. de líquido citrino que sedimenta en una capa espesa,verdosa de pus franco.-Ante este dato se decide la intervención a pesar del estado grave del niño.-

Protocolo Operatorio: Anestesia raquídea(0.05 grs.de novocaina entre segunda y tercera lumbares)incisión de Mc Burney.-Abierto el peritoneo sale abundante líquido ascítico de aspecto turbio.-Se realiza exploración del ciego,apendice,epiplo,colon,intestino delgado,sin encontrar ninguna lesión más que la existencia de adenopatias mesentericas con aspecto de adenitis aguda.-Cierre de la pared sin drenaje sin efectua ninguna otra maniobra activa.-

Postoperatorio: Tonicos cardíacos y plasma.-

29 de Mayo: Pulso 130 por minuto;presión arterial Mx.11 Mn.9½.-El estado general no ha empeorado;se hacen 130 cc.de plasma.-

30 de Mayo: Enfermo con subdelirio,agitado, inquieto;pulso 145 por minuto;presión arterial Mx.8 Mn. 6;se repite el plasma 120cc.;tonico cardíaco y veritol.-El niño sigue con mal estado general,inquietud,y a pesar de la medicación hipetensiva,tonicos cardíacos y

plasma que se repite fallece el 31 de Mayo a las 7 hs.

Autopsia

Abdomen: la cavidad se halla ocupada por líquido a tensión de color citrino, turbio; el peritoneo esta rojo, congestivo y presenta placas fibrinosas blanco amarillentas, con mayor intensidad en el ángulo esplénico y en la región ileocecal. -No hay solución de continuidad en las vísceras abdominales y el proceso inflamatorio es bastante poco intenso. -La cantidad de líquido en contrado en la cavidad abdominal es de 2000c.c.-

Resumen de las demás lesiones:

Corazón: Endocarditis crónica, miocardosis turbia y dilatación derecha con hipertrofia izquierda. -Hidropericardias.-

Pulmones: pleuritis, atelectasia y congestión. -Hidropleuras.-

Hígado: congestión y hepatosis turbias.-

Bazo: periesplenitis crónica, congestión y esclerosis.-

Riñones: nefrosis lipoidicas.-

Suprrenales: normales.-

Vías urinaria y genitales: normales.-

Vesícula Biliar: normal.-

Caso N° VI

Historia N° 6679. -E.R. -Edad: 4 años.-

Nacionalidad: argentina. -sexo: femenino.-

Fecha de Ingreso: 24 de Julio de 1943.-

ANTECEDENTES PERSONALES: Es importante consignar que desde hace 3 meses la enferma se queja de dolor en fosa iliaca derecha con irradiación al miembro del mismo la-

do.-

ENFERMEDAD ACTUAL: Comienza esta enfermedad en el día de ayer, con dolores abdominales generalizados pero de mayores intensidad en fosa iliaca derecha; a las 3 horas del comienzo, vómitos alimenticios; constipada desde la iniciación del proceso.-Es enviada al Hospital con diagnostico de apendicitis aguda.-

ESTADO ACTUAL; Enferma en mal estado general, fascies febril, hipertermia; temperatura axilar $39^{\circ}6$ y rectal $40^{\circ}5$ Taquicardia 140 pulsaciones por minuto, piel y mucosas secas.-Acusa violento dolor abdominal generalizado.- El abdomen se encuentra ligeramente distendido, no excursiona con los movimientos respiratorios, la palpación provoca dolor en toda su extensión pero especialmente en fosa iliaca derecha.-

Se interviene de urgencia con diagnostico de apendicitis aguda.-

Protocolo Operatorio: Anestesia general eterea; incisión y tecnica de Mc Burney.-Antes de abrir la serosa se nota un proceso inflamatorio agudo del peritoneo parietal.-Al abrirlo sale discreta cantidad de liquido puriforme amarillo rojizo, inodoro.-La porción terminal del ileon, ciego y apendice se hallan sumamente congestivos, con un puntillado hemorragico.-El apendice no muestra mayores lesiones fuera de las destacadas.-Apendiceptomia típica ; se explora el ileon, el fondo de saco de Douglas, sin encontrar más lesiones.- Se extrae liquido para examen bacteriologico.-Se colo-

can 4 gramos de sulfamida en polvo y se cierra por planos sin dejar drenaje.-

En el exudado peritoneal se individualizaron abundantes neumococos.-

Postoperatorio: se indican suero clorurado hipertónico endovenoso 10 cc., suero glucosado y fisiológico subcutáneos, extracto hepático, necroton, y sulfatiazol 0.50 grs. cada 4 horas.-

a las 36 horas de operada la enferma se halla afebril, ingiere líquidos y no acusa dolor alguno.-

Al cumplirse la semana de internación es dada de alta curada.-

CASO N° VII

Historia N° 6875.-N.G $\frac{1}{2}$ Edad: 7 $\frac{1}{2}$ años.-

Nacionalidad: argentina.- sexo femenino.-

Fecha de Ingreso: 23 de Octubre de 1943.-

ENFERMEDAD ACTUAL: Comienza hoy a la mañana con dolores periumbilicales, que luego se generalizan.- A las 5 hs. del comienzo tienen vómitos alimenticios.- Los dolores han ido en aumento sin cambiar los caracteres topográficos del comienzo.- Vista por la Asistencia Pública la envía con diagnóstico de apendicitis aguda.- Esta constipada desde ayer.-

ESTADO ACTUAL: Fascias ligeramente terrea; lengua saburral, garganta libre; regular estado de nutrición.- Actitud de defensa del abdomen; temperatura axilar 38°8, rectal 40°4.- Aparato respiratorio: normalidad clínica y radiográfica.- Taquicardia; pulso regular, igual, débil, 128

pulsaciones por minuto.-

Abdomen: existe ligera resistencia sobre fosa iliaca derecha.-En dicho sitio dolor exquisito demostrado por las maniobras de Mc Burney y de Lanz.-Tambien duele la fosa iliaca izquierda aunque en menor grado.- El signo de Blumberg francamente positivo.-

S_e mantiene en observación durante 4 horas.-En ese lapso no ha tenido vómitos ni deposiciones; pero el dolor se mantiene con la misma intensidad.-Se decide una laparotomía exploradora.-

Protocolo Operatorio: Anestesia general eterea.-incisión de Mc. Burney.-Abierto el peritoneo sale escasa cantidad de liquido citrino.-Apendice ligeramente congestivo con piqueteado hemorragico, lo mismo que el ciego y parte del colon ascendente.-Se extirpa el apendice.- Se exploran 80 cm. de intestino delgado que se presenta distendido con enrojecimiento inflamatorio que cambia su aspecto normal.-No hay ganglios de mesenterio ni otras particularidades en la cavidad pelvica ni en la cicatriz umbilical, salvo el evidente estado inflamatorio de las visceras.-Se hace cierre por planos, sin dejar drenaje .-

Postoperatoria: Se indica sulfatiazol 0.50.grs. cada 3 horas, suero fisiologico 500 cc. y suero glucosado 500 cc.-La enferma pasa la noche tranquila, el pulso se mantiene regular igual 140 de frecuencia, pero de tension disminuida; se indica coramina (1 ampolla) y aceite alcanforado (5 c.c.).-

24 de Octubre: por la mañana la enferma presenta 38°9 de temperatura axilar, lengua saburral y seca.-El estado abdominal se mantiene dentro de las características anotadas en el preoperatorio, aunque el dolor abdominal es algo menor.-Se observa una ligera excitación psíquica.-A las 14 horas la enferma entra en hipertermia, 41° convulsiones tonico-clónicas, delirio intenso, pulso incontable y vómitos.-Se practica el tratamiento correspondiente: antitermicos, tónicos cardíacos, transfusión, etc.-Se consigue disminuir la temperatura y disminuir el estado de intensa excitación anterior; queda la enferma profundamente postrada y fallece el día 25 a las 8 horas.-

CASO N° VIII

Historio N° 10557.-M.L.C. - Edad: 9 años.-

Nacionalidad: argentina - sexo: femenino.-

Fecha de Ingreso: 24 de Diciembre de 1947.-

ENFERMEDAD ACTUAL: Comienza hace 21 días con dolores difusos en abdomen, diarreas (6 o 7 deposiciones diarias), temperatura, anorexia absoluta y vómitos alimenticios.- El cuadro se mantiene durante dos días, al cabo de los cuales consulta a la Asistencia Pública que hace diagnóstico de gastro enteritis aguda y la medica con sulfasuccidina.- Como no mejora es traída a este Hospital en cuyo consultorio externo se le indica una bebida anti-diarreica.- A partir de entonces mejora hasta curar casi completamente; pero en el día de ayer vuelve a sentir intensos dolores abdominales, difusos, de mayor intensidad

que los sufridos en el episodio anterior; a poco de ,
comenzado se hacen más intensos en el hemiabdomen izq-
quierdo; el cuadro se acompaña de nauseas sin vómitos.-
ESTADO ACTUAL: A las 15 horas: enferma febril, temperatu-
ra axilar 38°2, rectal 39°2; mal estado general; fascies:
ojos hundidos, tinte terroso; mucosas secas y lengua sa-
bural; disnea febril; pulso regular, igual, tenso, frecuen-
cia 140. Estado nauseoso. Acusa fuertes dolores espontaneos
en hemiabdomen izquierdo.- Abdomen plano, simétrico; con-
tractura generalizada, más manifiesta en hemiabdomen
izquierdo.- La palpación superficial despierta dolor ex-
quisito en toda la superficie abdominal pero más mar-
cada en hipocondrio y flanco izquierdo.- Ombligo do-
loroso.- Constipación.- Aparato respiratorio normal, cli-
nica y radiograficamente.- Recuento globular: 19.000
globulos blanco.- Se indica hidratación, bolsa de hielo
en abdomen y dieta.- Se mantiene en observación.-

A las 19 horas: temperatura axilar 38 °6, rectal 39°6 ab-
domen: continua contracturado y doloroso.- Hiperestesia
generalizada y muy marcada en el ombligo; es imposible
palpar higado y bazo por la enorme contractura.- Se de-
cide efectuar la paratomia exploradora.-

Protocolo Operatorio: Se hace incisión mediana supra-
umbilical.- Abierto el peritoneo parietal que esta con-
gestivo sale pus sin olor particular, liquido, blanque-
cino.- Se prolonga la incisión hasta hacerla infraum-
bilical.- Se explora el delgado desde la primera ansa
fija hasta el angulo ileocecal: aparece congestivo, en

partes dilatado, con discretos apositos de fibrina, sin otras particularidades.-Se investiga ciego, colon, los cuales, salvo la rubicundez no presenta otra característica; lo mismo los anexos de ambos lados, estomago, bazo, e higado en ambas caras.-De todos los repliegass peritonfales mesentericos viene pus con los caracte-res anotados.-Cierre de la pared dejando 4 grs. de Solu-dagenan y un drenaje al Douglas.-

Postoperatorio: Se medica con penicilina 100.000 uni-dades endovenosas y 50.000 unidades intramusculares ca-da 4 horas; sulfatiazol 0.50 grs. cada 4 horas; transfu-sion 250 cc.; suero Ringer y glucosado 500 c.c. a/a; vi-tamina C, extracto hepatico.-

25 de Diciembre: Enferma en grave estado se repite la medicación de la vispera.-

26 de Diciembre: Abdomen blando, algo meteorizado, vómi-tos continuos.-

27 de Diciembre: Muy mejorada-afebril-abdomen indoloro.-

5 de Enero de 1948: Se da de alta curada; herida comple-tamente cicatrizada.-

o-----o

N°	Nombre	Sexo	Edad	Fecha	Diarrea	Herpes	Vómitos	Asoc. y Comp.	Diag.	Resultados	Tratamiento
I	B.A.	fem	3 a.	Sept. 1932	si	no	si	Neumonía, pleuresia y absceso.	si	Fallece	Quirurgico tardio
II	E.R.	fem	7 a.	Febr. 1934	no	no	si	—	no	Fallece	Quirurgico precoz
III	S.M.	fem	3½ a.	Enero 1938	si	no	si	—	si	Fallece	Medico
IV	E.V.	fem	4½ a.	Dic. 1938	si	si	si	Neumonía	si	Cura	Medico: suero antineumococico.
V	N.L.	masc	8 a.	Mayo 1943	no	no	no	Nefrosis	no	Fallece	Quirurgico
VI	E.R.	fem	4 a.	Julio 1943	no	no	si	—	no	Cura	Quirurgico precoz y sulfamida
VII	N.G.	fem	7½ a.	Oct. 1943	no	no	si	—	No	Fallece	Quirurgico precoz y sulfamida
VIII	M.L.C.	fem	9 a.	Dic. 1947	si	no	si	—	no	Cura	Quirurgico, sulfamida y penicilina.

COMENTARIOS

A través de nuestra pequeña casuística, ratificamos la clásica mayor frecuencia de la afección en el sexo femenino; todos los enfermos citados fueron niñas a excepción de la observación N° V en la que la peritonitis neumococcica complicó a una nefrosis en un varón.-La edad de los enfermos oscilo entre los 3 y los 9 años, en lo que también coincidimos con todos los autores consultados.-

En cuanto a la comprobación de los distintos síntomas, encontramos que en todos los casos el comienzo fué brusco; se caracterizó por súbitos dolores abdominales temperatura alta y vómitos; solo en una observación faltaron estos, aunque exista estado nauseosos.-La presencia de diarreas fué comprobada en el 50% de los casos (en 4 observaciones) Se trató siempre de deposiciones fétidas, biliares, y en una ocasión, sanguinolentas; comenzaron dos veces a los tres días de la iniciación y las dos restantes abriendo el cuadro.-Solo una vez se comprobó la existencia de herpes labial y en ninguno de los 8 casos se consigna que hubiera vulvovaginitis con secreción purulenta.-

Solo una vez fué dable practicar la autopsia; en ella se comprobaron las clásicas lesiones peritoneales que el neumococo produce; se hallaron además lesiones inflamatorias en ambas pleuras lo que una vez más nos induce a hablar de septicemias neumococcica.-

En las observaciones N° I y IV, en la cuales la enfer-

medad siguió un curso torpido y prolongado, se observaron complicaciones en el árbol respiratorio: neumonía y pleuresia; en ningún caso el orden fué inverso es decir, que fuera la peritonitis quien sucediera a una neumonía.-

Pero lo que con más claridad surge de la lectura de lo precedente, son las dificultades diagnosticas que la afección ofrece.-Las enfermas de los casos N° II, VI, y VII fueron enviadas al Hospital con diagnostico de apendicitis aguda, que es, como dijéramos ya, la afección con la que más frecuentemente se la confunde.- Pero el hecho de poder descartar la apendicitis aguda, no resuelve definitivamente el problema; y claro ejemplo de lo que afirmamos lo constituye la observación N° VIII; se trataba de una enferma apendicectomizada dos años antes; su enfermedad fué considerada en el primer momento como una gastroenteritis y como tal fué tratada; cuando llego a nosotros no cabia duda sobre la existencia de una peritonitis; la fascies de la niña, la marcada contractura y el dolor abdominal exquisito, con hipoestesia cutanea, eran hechos categoricos.-Descartada la peritonitis apendicular, era lo más probable que se tratara de una peritonitis neumococcica? Evidentemente, no.-La perforación de un diverticulo de Meckel ignorado y cuya existencia no se pudo descartar a traves de la lectura del protocolo operatorio de la apendicectomia, en el que no se hacia ninguna referencia a una investigación del mismo

podía ser el factor ocasionante del cuadro peritoneal y en ese caso considerar que el proceso inicial fuera verdaderamente una gastroenteritis, sin ninguna relación con el nuevo estado patológico.-La conducta más segura y menos riesgosa era evidentemente la que decidía efectuar una laparotomía exploradora.-

En las observaciones N° I, III y IV se llegó al diagnóstico positivo, sin necesidad de exploración del abdomen.-En dos casos se trató de neumococcemias generalizadas, con un cuadro abdominal discreto, sin urgencia quirúrgica, que dio tiempo a que la evolución confirmara la presunción diagnóstica.-En el caso N° III todos los síntomas clásicos hallaban presentes: dolor difuso desde el comienzo, ausencia de un punto de máximo ^{dolor} al examen del abdomen, diarreas con aspecto característico, etc.-

Insistimos luego de presentar los documentos, sobre el cambio fundamental que la introducción de los antibióticos marca en el pronóstico de la enfermedad.- Sean ejemplos de lo que afirmamos, las enfermas de las observaciones N° VI y VIII, afectadas de formas graves, que curan en pocos días a pesar de haber sido intervenidas precozmente, hecho considerado como muy agravante en la época pre-sulfamídica y pre-penicilínica.-

Citamos otra enferma también operada y tratada en el postoperatorio con sulfamidas, y que fallece a pocas

CONCLUSIONES

- I.- La peritonitis a neumococos es una afección poco frecuente; la mayor parte de los casos se presentan en niñas de 3 a 10 años.-
- II.- Constituye una complicación terminal común de las nefrosis lipoideas.-
- III.- De las 4 teorías patogénicas emitidas, la que parece más aceptable es la de la vía sanguínea.-
- IV.- Su diagnóstico positivo es sumamente difícil; las máximas dificultades de diagnósticos diferenciales se plantean con la apendicitis aguda.-
- V.- Su pronóstico, muy malo en otras épocas, ha mejorado notablemente desde el empleo de los antibióticos.-
- VI.- El tratamiento actual, ante la seguridad diagnóstica, es eminentemente médico.- Cuando existan dudas se debe intervenir.-

A handwritten signature in cursive script, likely belonging to the author of the text, positioned at the bottom right of the page.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1.- ALLEN P.D.-Nephosis complicated by pneumococcal peritonitis.-Amer.Journ. of Diseases of Children. 48:1168-1169.-Nov. 1934.-
- 2.- ALZAGA S.-de Peritonitis pneumococcica en segunda infancia.-Semana Méd.-2:1643-1646.-Dic.10 de 1936.-
- 3.- ARMAND UGON A/-Una caso de pneumococcemia.-Arch.Latino-Americano de Pediatria.-15:119-120.-1921.-
- 4.- ARNOLD L.E.-Pneumococcal peritonitis.Present status.-Surgery.-7:555-565.-Abril 1940.-
- 5.- BAILEY H.-Cirugia de urgencia.-1943-pag.97-99.-
- 6.-BARNETT H.,HARYMANN A.,PERLEYA., yRUHOFF M.-The treatment of pneumococcal infections in infants and children with sulfapyridine.-J.A.M.A.-112:518-527. Febrero 11 de 1939.-
- 7.-BARZZIZA C.M. yMANSO SOTO A.-MICROBIOLOGIA.-Tomo I. 4° edición.-1947.-
- 8.-BASS M.H.-Pneumococcal peritonitis from the pediatric point of view.-Amer.Journ. of Diseases of Children.-48:1169-Noviembre 1934.-
- 9.-BAUDET y CAHUZAC.-Dos casos de peritonitis pneumococcica simulando apendicitis aguda.-B.Ÿ. Mém. de la Soc.Nat. de Chir.61:730.-1935.-
- 10.-BEAWEEN M.-Pneumococcus peritonitis in infancy and early childhood.-Amer.Journ.of Diseases of Children.-20:341-346.-Octubre 1920.-
- 11.-BERETERVIDE y CARBONE.-Consideraciones sobre peritonitis pneumococcica en la infancia.-Arch. Latino-Americanos de Pediatria.-1929.-

- 12.-BERISSO O.A. y MORQUIO F.L.A.-Peritonitis neumococcica despues de la apendicetomia.-Rev.Méd. y Cien. Afines.-2:238-241.-Abril 30 de 1940.-
- 13.-BOHER J.V.-Two cases of pneumococic peritonitis. Amer.Journ.of Diseases of Children 48:1166-1168.- Noviembre 1934.-
- 14.-BONABA y CHARLONE R.-Neumococcias a manifestaciones múltiples.-Arch.Latino-Americanos de Pediatría.-23:69-76.-Febrero 1929.-
- 15.-BOURDE Y.-Appenditis or peritonitis-Diferencial diagnosis with report of case.-Marseille-Méd-2: 65-69.-Julio 15 de 1936.-
- 16.-BRENNER E.-Pediatric Surgery.-pág.490-491-1938.-
- 17½-BUSCO A.-Peritonitis a neumococo primitiva.-Rev. de la Soc. Méd.Arg.-XV:165-176.-1907.-
- 18.-BUSTOS F.-Peritonitis neumococcicas.-Semana Méd. 1:1563.-1568.-Junio 30 de 1927.-
- 19.-CHAIBS.S.Peritonite Pneumococcica.-Rev.Paulista de Medicina.-Febrero 1948.-
- 20.-COLOE W.H.-Pneumococcus peritonitis.-Surgery.-1: 386-394.-Marzo 1937.-
- 21.-COLOMBO A. y LITMANOVICH½- La terapeutica con sulfamidas en las peritonitis a neumococos.-An.d. Hosp. Niños e Inst.Puericult.de Rosario-p.p.187-190.-1942.-
- 22.-COPPLESON V.M.-PENICILLIN in abdominal surgery with special refernce to its abdominal use.-M.J. Australia.-2:292-298.-Setiembre 6 de 1947.-
- 23.-CORACHAN GARCIA y DOMENECH ALSINA.-Clínica y te-

- rapeutica quirúrgica de urgencia.-pag.367-371-
1937.-
- 24.-~~DEL~~ CARRIL, PAZ y DIAZ BOBILLO.-Sobre un caso de
peritonitis neumococcica en un lactante.-Rev. de
la Asoc. Méd. Arg.-pág.121.-1933.-
- 25.-DE SANCTIS y NICHOLL.-Primary peritonitis in chil-
dren.-Amer. Journ. of Diseases of Children.-1929.-
- 26.-DIAZ C.A. y DANA H.A.-Peritonitis neumococcica-
Consideraciones terapeuticas.-Día Méd.-16:459-463.
Mayo 1944.-
- 27.-DIAZ BOBILLO I.-La peritonitis a neumococos en el
lactante-A proposito de 7 casos.-Semana Méd.-1:592
597.-Febrero 20 de 1936.-
- 28DIAZ BOBILLO I.-Peritonitis neumococcicas.-Arch. Arg,
de Ped.,-6:10.-1935.-
- 29.-DUCASTAING R.-A propos de peritonitis a pneumoco-
ques-Considerations cliniques et thérapeutiques(
8 observations).-J. de Chir.-54:62-72-Julio 1939.-
- 30.-DUVAL P., GOSSET., y GATELLIER-Précis de pathologie
chirurgicale.-Tomo IV, pág. 899.-1928.-
- 31.-FINOCCHIARO R.-Peritonitis neumococcica asociada
con empiema pleural bilateral; terapeutica quirur-
gicay curación.-Policlinico(sez. prat.) 54:649-656.-
Junio 16 de 1947.-
- 32.-FORTI E.-Peritonitis neumococcica.-Estudio clíni-
co.-Ann. Ytal. de chir. 17:195-205.-Febrero 1938.-
- 33.-GLAZIER M.M., GOLDBERG B.I. y WEINTEIN A.A.-Prima-
ryperitonitis-Recovery of acute serous type follo-
wing type I serum treatment without surgical in-

- tervention.-Ann.Ent.Méd.-10;1042-1049-Enero 1937.-
- 34.-GOYCOECHEA O.L.-de.-La peritonitis neumococcica.-
Prensa Méd.ARG.-23:1102.-Abril 29 de 1936 y 23:
1041.-Abril 22 de 1936.-
- 35.-HAGLIND O.-Pneumococcal peritonitis in children.-
Acta chir.Scandánav.-82:549-586.-1939.-
- 36.-HORINE C.F.²Pneumococcus peritonitis-An analysis
of seven cases.-A. of surgery.-
- 37.-HUDACSEK E.-De la péritonite a pneumocoques.-J. de
Chir.-46:900-915Diciembre 1935.-
- 38.-JOHNSTON R.S.-Pneumococcal peritonitis.-Am.J.Surg.
33:238-244.-Agosto 1936.-
- 39.-JOSA L.-La péritonite pneumococcica.-Policlinico
(sez.chir.)43:607-621.-Diciembre 1936.-
- 40.-JOYEUX R.-Salpingite suppurée a pneumocoques et
peritonite pneumococcale de l' adulte.-La presse
Méd.-26:361.-Abril 20 de 1949.-
- 41.-LADD y GROSS.-Abdominal surgery of infancy and
childhood.-pág.188-199.-
- 42.-LADD W.E.,BOTSFORD T.W. y CURNENE.-Primary peri-
tonitis in infants an children-amore effective
treatment.-J.A.M.A.113:1455-1459.-Octubre 14 de
1939.-
- 43.-LAEDERICH M.L. y BERNARD²PICHON J.-Péritonite a
pneumocoques consecutive a une amigdalectomie.-
Bull.de la Soc. Méd. des Hopitaux de Paris.-2:
1226-1228.-Julio 6 de 1934.-
- 44.-LASALA A.J. y NUNZIATA A.- Peritonitis a neumoco-
cos-Consideraciones.-Rev.Méd.y Afines.-1:63-67½-

Setiembre 30 de 1939.-

- 45.-LEJARS F.-Chirurgie d'urgence.-pág.607-611½-
- 46.-LEVY L.II.-Peritonitis complicating a case of nephrosis-treatment with penicilin intraperitoneally.-Ann.Int.Méd.-27:467-469.-Setiembre 1947.-
- 47.-LICHAS M.-Tesis.-Buenos Aires 1908.-
- 48.-LOUTSCH y MERIGOT.-Faut-il opérer las péritonitis a pneumocoques?-La presse Méd.-26:517-518-Mayo 31 de 1934.-
- 49.-LYTLE J.D.-Pneumococic peritonitis in nephrosis. Am,Journ.of diseases of Children.-48:1171-1172.- Noviembre 1934.-
- 50.-MARNIERRE de la.-Péritonitis a neumocoques apres accouchement.-Mém.Acad.de Chir.63:774-777.-Junio 2 de 1937.-
- 51.-MARTINEZ GOMEZ S.-Un caso de peritonitis neumococica.-Méd.Españ.13:266-270.-Marzo 1945.-
- 52.-MATHESON I.-Primary peritonitis-two cases with recovery.-Lancet 1:367.-Marzo 20 de 1943.-
- 53.-MATHIEU y DAVIDOU.-Les peritonites generalises a Pneumocoques chez les enfants.-La Presse Méd.-56: 909-910.-Julio 13 de 1929.-
- 54.-MENNA L.-Un caso di peritonite pneumococcica in adulto.-Policlínico(ses-chir.)45:529-534.-Nov.1938.
- 55.-MICHONP.y GIRAD J.-Péritonite pneumococcique primitive généralisée et subaigüe chez l'adulte.-Bull. de la Soc.Méd.des Hopitaux de Paris.-4:556-558 Abril 2- de 1934.-
- 56.-MONDOR H.-Diag.Urg.Abdomen.-pág.419½Paris 1937.-

- 57.-MORIQVAND, BEENHEIM y RENDU.-Forme abortive et forme a rechutes de la peritonite a pneumocoques chez les enfants.-Arch.de Med.des Enfants.-1:572-1926.-
- 58.-MORQUIO L. y CANTONNET BLANCH H.-Nefrosis lipoi-dea seguida de peritonitis fatal a neumococos.-Arch. de Pediat. del Uruguay.-7:284-293-Julio 1936.-
- 59.-NAVEIRO R.-Peritonitis a neumococos generalizada.-Semana Méd.2:852-854½-Setiembre 24 de 1936.-
- 60.-NEGRO R.C.-Particularidades de un caso de peritonitis a neumococos.-Arch.de Pediat. de Uruguay.-9:156-161.-Marzo 1938.-
- 61.-NEWELL E.T.-(Jr)Primary streptococcus and pneumococcus peritonitis in children.-Surg.Gynec.and Obst.-68:760-766.-Abril 1939.-
- 62.-NOSE-JESERAND y BREDOR.-Las peritonitis a neumococos.-(resumen de la comunicaci6n al XI Congreso de Fraces de Cirugia.)Día Méd.-25:528-529-Enero 16 de 1933.-
- 63.-OMBREDANNE G.-Precis clinique et operateire de chirurgie infantil.-pág.575.-1925.-
- 64.-OWENS D.-Primary pelvic peritonitis in adult- Propt cure by sulfapyridine therapy.-Am.J.Obst. y Gynec.-41;121-124.-Enero 1941.-
- 65.-PALADINO A.-Peritonitis a neumococos.-Tesis-Buenos Aires 1910.-
- 66.-PAVLOVSKY A.-Abdomen agudo quirurgico.pág.201-202.-
- 67.-PAZ y DIAZ BOBILLO.-Contribuci6n al estudio de la peritonitis neumococcica en la segunda infancia (a proposito de 45 casos)-Semana Méd.1316-1324.-

Abril 28 de 1932.-

- 68.-PIERINE.-Peritonitis a neumococos-Criterio terapeutico-Semana Médica-2:1051-1058-Oct.1 de 1931.-
- 69.-OINEDA R y SANS P.-La peritonitis a neumococos en la mujer adulta.-[A proposito de 5 casos)Bol.Soc. de Obst y Ginec.de Buenos Aires.-21:350-362.-Julio 29 del 1942.-An.Gated.Clin.Ginec.1:225-238-Julio 1942.-Día Med.15:100-102-Febrero 8 de 1943.-
- 70.-PREIONI C.,MILEO G.U. yBRUETMAN S.-Aneurisma de la aorta abdominaloPeritonitis neumococcica circundante.-Semana Méd.2:1383-1385.-Noviembre 12 de 1936.-
- 71.-ROUHLER M.,LEVY-BRUHL y CHAVALIER.-Pelvi-peritonitis a pneumocoques III.-Mém,Acad. de Chir.-28:1148-1152.-Noviembre 3 de 1937.-
- 72.-ROVIRALTA.-Abdomen agudo quirurgico en el niño-1946.-
- 73.-SAMSON E.-Pérítouite orimitive a pneumocoques.-Laval Méd.9:392-396-Junio 1944.-
- 74.-SHAANING C.K.-Pneumococcus peritonitis;56 cases.-Acta Chir.Scandinav.-77:256-268³/₄1935.-
- 75.-SLULLITET I. y INFANTE C.-Peritonitis a neumococs.-Día Méd.9:140-142.-Marzo 1 de 1937.-
- 76.-STEINBERG B.-Infections of the peritoneun,-pag.182-215.-1944.-
- 77.-SUIFFET W.R.-Peritonitis neumococcica del adulto Arch.Urug.de Med.Cir. y Especialid.-12:448-458-Abril 1938.-
- 78.-SWIFT E.- y SMITH H.- Complete heart block associated with pneumonia and peritonitis.-J.A.M.A.

109:2038-2042.-Diciembre 18 de 1937.-

- 79.-TEASDALE J.M.-Pneumococcic peritonitis with bilateral pneumococcic empyemata;treatment with sulfa-pyridine.-British M.J..-1:1179.-Junio 10 de 1939.-
- 80.-TEJERINA FOTHERINGHAM N.-Operaciones urgentes.-
El ateneo - 1942.-
- 81.-TURRO O.-Abdomen quirurgico del lactante.-pág.261
262.-1949.-
- 82.-VELASCO R.-Peritonitis anemococo.-Bol. y Trab.de
la Acad.Arg.de Cirug.(relator Cairo)pág.108-12
de Mayo 1943.-Discusión del mismo en las páginas
159,193,y 308 por Pasman,Gallo,Bustos,Donovan,
Gamboa y Cairo.-
- 83.-WILLIAMS S.-Pneumococcus peritonitis in children.-
M.J.Australia.-1:506-509.-Abril 1939.-
- 84.-YANNICELLI R.B.-Peritonitis neumococcica en el niño.-Como se han modificado el pronostico y el tratamiento.-Arch.de Pediat. d.Uruguay.-18:357-367.-
Agosto 19 47.-

BIBLIOGRAFIA NO CONSULTADA

- 1.-ACUÑA y CASAUBON/)La peritonitis supurada del lactante.-Pr.M.Arg.1918.-
- 2.-AKHUTIN M.N.,TIKHOMIRON D.N. y LADITSKIY P.F.-Aspectos clínicos y etiológicos de las peritonitis metastáticas.-Sovet.Khir.(nº4)7:613-622.-1934.-
- 3.-ALFORD E.M.-Pneumococcus peritonitis,-Arch.Dis. Childhood.-16:43.-Marzo 1941.-
- 4.-APOSTOLOV.V.L. y VOLOBHIN Y.M.-Pneumococcus peritonitis.-Diagnosis and treatment in children.-Vrach. Delv.(20-887-88.-1937.-
- 5.-AUROUS EAU.-Diagnostic et traitement des peritonites a pneumocoques chez enfants.-La Pediatrie Pratique.1928.-
- 6.-BALDASARRE.-Un caso de peritonitis neumococcica primitiva.-La Pediatria.-1926.-
- 7.-BANKS A.G.- y JOSEPH C.-Peritonitis a pneumococcic treated with soluseptasine and sulfapyridine.-Brit. M.J..-1:931-Junio 8 de 1940.-
- 8.-BASS M.H.-Pneumococcus peritonitis,Med.Clin.North. Amer.-19:847.-1935.-
- 9.-BAXLEY W.W.-Primary peritonitis.-J.M.A.Georgia.-31: 392-394.-Octubre 1942.-
- 10.-BOFFA E.-Pneumococcic peritonitis-Case in child.-Gazz.-Internaz.Med.-Chir.-49:113-115-Marzo 1939.-
- 11.-BREMER J.K.-Primary peritonitis treated by operation and pelicillin;South African M.J.18;349-350-Octubre 28 de 1944.-
- 12.-BROUSTET P.-Péritonite pneumococcique.-Progres.

Med. p. p. 1809-1823.-Noviembre 21 de 1936.-

- 13.-BENCHS C.-Primary peritonitis treated With sulpyridini, sulfamilamide derivative.-
- 14.-CADOLIN I.-Peritonitis criptogenitica causada por neumococos y bacterias similares. Acta Chir. Scandinav.-76:34-1934.-
- 15.-CARABBA J. y TESTOLIN M.-Value of sulfapyridine therapy.-Boll. d. Soc. Eustachiana-38:73-83-1940.-
- 16.-CHAGAS J. (Jr).-Peritonitis neumococcica tratada con penicilina.-Hospital Rio de Janeiro.-28:759-770.-Noviembre 1945.-
- 17.-CHAUVENET A., BROUSTET P. y CORNETTE de SAINT-CYR G.-Peritonitis enquistadas de evolución subaguda o crónica; 6 casos,-J. de Med de Bordeaux.-113:303-309.-Abril 30 de 1936.-
- 18.-COOKSEY W. B.-Pneumococcus peritonitis-serum treatment.-J. Michigan M. Soc.-36:232-234-Abril 1937.-
- 19.-DE M. M. y IBRAHIM M.-Pneumococcus peritonitis.-Indian M. Gaz.-76:133-135-Marzo 1941.-
- 20.-DELANNOY E. y DEMAREZ R.-Pneumococcus peritonitis in adult-late surgical intervention and recovery of patient.-Progres Med. p. p. 453-454-Marzo 26 1938.
- 21.-DEMMEI.-El estado actual del diagnostico y tratamiento de las peritonitis a neumococos.-Deut. Med. Woch.-1:658.-1935.-
- 22.-DOBBINS: J. M.-y REAPPHORT H.-Pneumococcus peritonitis complicating lipoid nephrosis; case with recovery in boy 5 years of age.-Arch. Pediat.-59:646-652.-Octubre 1942.-

- 23-DORAN F/J.-Pneumococcic peritonitis.-Case with recovery.-Ohio, State M.J.-35:609-610.-Junio 1939.
- 24-DRACHTER R.-Pneumococcus peritonitis.-Ztschr. f. Arztl. Fortbild.-32:620-625.-Noviembre 1 de 1935.-
- 25-DUFOUR A.-Primary diffused acute peritonitis in adult.-Hopital.-25:77-80.-Febrero(A) 1937.-
- 26-FABER E.-Value of antibody determinations in connection with case.-Nord Med. (Hospitalstid.)13: 870-873.- Marzo 21 de 1942.-
- 27-FARINAUD M. y SAPPEY.-Chronic peritonitis of a pyretic evolution.-Bull. Soc. Path. Exot.-32:239-241.-1939.-
- 28-FRANK K.-Change in clinical picture by means of modern therapy.-Ann. Paediat.-169:97-110.-1947.-
- 29-GUILLEMINET M. y BERTOYE A.-Peritonitis pneumococcica y apendicitis aguda en el niño; diagnostico diferencial.-J. de Med. de Lyon.-23:253-258.- Mayo 5 de 1942.-
- 30-GUYOT J.-Péritonite pneumococcique.-Progres Med. p.p.857-861.-Mayo 23 de 1936.-
- 31-HEIBERG B. y VAMMEN B.-Peritonitis neumococcica.-Sueroterapia.-Ugest.f. Daeger.-101:871-873.-Julio 27 de 1939.-
- 32-HUBER H.G.-Peritonitis neumococcica; diagnostico diferencial y terapeutica en los niños.-Kinderarztl. Praxis.-9:227-236.-Junio de 1938.-
- 33-IBIRI.-Peritonitis a neumococos.-Tesis.-Buenos Aires.-1920.-
- 34-INGALLS C. J.-Indian M.A.-32:688-694.-Diciembre 1939.-

- 35-JONAS R.-Peritonitis neumococcica. Zentralbl f. Chir.
66:2108-2106.- Septiembre de 1939.-
- 36-JONCKHEERE F.-"Essential" peritonitis.-Bruxelles
Med.-19:1063-1064.-Junio 25 de 1939.-
- 37-JOSA L.-Peritonitis abortiva.-Gyógyászat.-76:
321-24 de Mayo de 1936.-
343-31 de Mayo de 1936.-
359-7 de Junio de 1936.-
- 38-JOSA L.-Peritonitis neumococcica.-Forma abortiva
Orvosi Hetil.-80:271-272.-Marzo 21 de 1936.-
- 39-KICKELHAYN R.-Diagnosticas e indicaciones para la
terapeutica quirúrgica.-Med. Klin.39:465-Junio 25
de 1943.-
- 40-KISS D.-Peritonitis abortiva.-Gyógyászat 80:535-536,
Noviembre 1940.-
- 41-KOKH E.K.-Tratamiento de las peritonitis primiti-
vas.-Novy Khir.Arkhiv.38:48-56.-1937.-
- 42-KRABBEL M.-Peritonitis neumococcica.-Med. Klin.
37:1105-1106.-Octubre 31 de 1941.-
- 43-KUBANNYI.-Peritonitis neumococcica;valor diagnos-
tico de la punción.-Orvosi Hetil.-80:951-952.-
Octubre 3 de 1936.-
- 44-KUSUI K.,KAWAHARA S. y FURUKAWA R.-Peritonitis
neumococcica asociada con nefrosis lipoidea.-
Nabasaki Igakkai Zasshi.-17:1125-1126.-Mayo 25 de
1939.-
- 45-LAMBRET O.,GERNEZ C. y HURIEZ C.-Peritonitis
neumococcica en el adulto; caso en una obesa
diabética de 60 años de edad.-Gaz. d. Hop.-

- 113:157-164.-Febrero 28 de 1940.-
- 46-LARSEN B.-Peritonitis neumococcica tratada con suero específico.-V. Gest. f. Laeger.-101:783-784.-Junio 29-.939.-
- 47-LEVITAS L. I.-Peritonitis neumococcica;terapéutica en en adultas.-Vrach. delo.-21:521-522.-1939.-
- 48-LOWE H.A.-Pneumococcic peritonitis primary.-J. Missouri M.A. 33:353-356.-Septiembre 1936.-
- 49-MAC LEOD C.M. y FARR L.E.-Relación de la peritonitis en los niños, con el síndrome nefrótico.-Proc.Soc. Exper. Biol. y Med.-37:556-558.-Diciembre 1937.-
- 50-MARTIN HERNANDEZ M.J.-Peritonitis difusa aguda; terapéutica mdica.-Farmacoterap. Actual.-4:113-120.-Febrero 1947.-
- 51-MATHIEU.-Péritonite a pneumocoques localiseés determinant une occlusion aigué du grele.-Bull.Soc. Pediat. de Paris.-1927.-
- 52-MAZAL V.-Peritonitis neumococcica;terapéutica quirúrgica.-Lék.Listy.-2:377-380.-1947.-
- 53-MC COLDOUGH N.C.-Primary acute peritonitis;case treated with sulfapyridine.-Pennsylvania M.J.-44:159-161.-Noviembre 1940.-
- 54-MELCHIOR E.-El problema de la peritonitis a pneumococo.-Chir.9:82.-1933.-
- 55-MICHAUT.-Peritonites a pneumocoques chez les enfants.-Tesis.-Paris 1901.-
- 56-MONETTI G.-Early intervention in primary form. Rinasc.Med.-12:530-532.-Diciembre 31 de 1935.-
- 57-MOORE A.E.-Peritonitis;use of Felton's serum.-

- Australian and New Zealand J. Sur.-8:182-185-Oc-
tubre 1938.-
- 58- MUNDORFF H.-Peritonitis neumococcica en los ni-
ños.-Schweg. Med. Wchnschr.-67:982-983.-Octubre 9
de 1937.-
- 59- OLIVIER C. y LEGER L.-Peritonitis neumococcica.-
Terapéutica médica y quirúrgica moderna.-Bull.
Gén. de Thérap. 189:104-112.-1939.-
- 60- OWENS W.D.-Primary peritonitis in adult with re-
covery following specific serum treatment.-South
Surgeon.-9:804-819.-Noviembre 1940.-
- 61- PALMER M.-Peritonitis pneumococcica in nephrotic
and non-nephrotic children; Comparative clinical
and pathologic study with brief review of lite-
rature.-J. Pediat. 17:90-106.-Julio 1940.-
- 62- FEDERZOLI P. La peritonite pneumococcica.-Riv.
veneto di Sc. Med.-13:185-194.-Marzo 1939.-
- 63.- PLATAREANO V. y TROGMAER C.-Peritonitis neumoco-
ccica simulando una trombosis mesenterica.-Rev.
de Chir. Bucuristi.-40:138-141.-Enero-Febrero 1937.
- 64- POPOVICI A.N., GHIMPETZEANO M., VALEANO A. y HODOS.-
Peritonitis neumococcica; dos casos.-Rev. de Chir.
Bucuristi.-40:310-311.-Junio 1938.-
- 65- RAVENTOS MORAGAS A. ³/₄ Peritonitis neumococcica; tra-
tamiento quirúrgico.-Med. Clin. Barcelona.-2:408-
415.-Mayo 1947.-
- 66- RAYMOND G.H.-Peritonitis pneumococcica with perfo-
ration of duodenum.-Canad. M. A. J.-57:62-64.-Julio
1947.-

- 67- ROANTREE W.B. y CAPLAN A.-Peritonitis pneumococic treated with sulfapyridine.-Indian M.Gaz.-76:129-133.-Marzo 1941.-
- 68- ROCHER H.L., VILLAR J. y PINOT M.J.-Péritonite pneumococique dans l' enfant; trois observacion.-J.de Med.de Bordeaux.-115:523-529.-Mayo 7 -14-1938.-
- 69- ROESGAARD C.R.-Pneumococic peritonitis typed by precipitation, of urine.-Acta Paediat.29:387-394 1942.-
- 70- RUST T.-Pneumococic peritonitis in gynecology and obstetric.-Gynaecologia.-124:42-55.-Julio 1947.-
- 71- SAGER W.W. y RAFFEL W.-Pneumococcus peritonitis treated with prontylyn.-M. Ann District of Columbia.-7:99-100.-Marzo 1938.-
- 72.-SAGER W.W.-Pneumococic peritonitis, treatd with sulfamide grugs and serum.-M. Ann, District of Columbia.-9:81-82.-?arzo 1940.-
- 73.-SCHMITH K. y POULSEN O.-Pneumococcus peritonitiã treated with sulfamide intraperitoneally.-Nord. Med.(Hospitalstid)17:453-455.-Marzo 20 de 1943.-
- 74.-SCHREINER C.H.-Pneumococcus peritonitis.-Med.Rev. Bergen.-54:165-169.-Abril 1937.-
- 75.-SHANDS H.R.-Pneumococcus peritonitis; three cases, two treated with penicillin.-Mississippi Doctor. 24:222-226.-Enero 1947.-
- 76.-SMITH H.W.-Primary peritonitis.-Ohio state M.J.-40:946-949.-Octubre 1944.-
- 77.-SPEARS B., GOLDMAN M. y FEINTECH H.-Primary peritonitis.-M. Rec,-153:119-120.-Febrero 1941.-

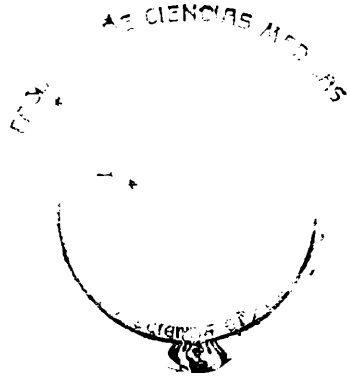
- 78.-STEINERT R. y KASS E.-Pneumococcus peritonitis; .
time of survival of white mice after intraperi-
tonel infection.-Nord.Med.-30:1067-1068.-Mayo
10 de 1946.-
- 79.-SUREN T.J.J.-Peritonitis and anpendicitis syn-
drome.-Zentralbl f.Chir..-67:911-913.-Mayo 1940.-
- 80.-TEIXEIRA C.C.-Peritonitis neumococcica.-Rio de
Janeiro.-16:811-816.-Noviembre 1939.-
- 81.-THOMAS A/E..-Un caso de peritonitis neumococcica.-
Guy's Hosp. Gaz.-53-21-23.-Enero 28 de 1939.-
- 82.-VALEIRO A/-Peritbnitis neumococcica en una niña
de 4 años.-Arch.Bras de Med..-25:363-364.-1935.-
- 83.-VON WERSSOWETZ O.F.W y ANDERSON C.D.-Pneumoco-
ccus peritonitis treated by sulfapyridine.-Cana-
da M.A.J.-43:268-269.-Setiembre 1940.-

Vº Bº
F. de la B. de la B.
du 5/945

W. B. Williams

San J. C. 10/7/49

RAFAEL I. C. ANTE
JEFE DE SECCIÓN



RAFAEL C. ROSA
PROSECRETARIO

J. C.
20-XII-49