

## LA HEMORRAGIA PLEURAL INTRASCENDENTE EN LAS COMPLICACIONES PULMONARES DEL POST-OPERATORIO (\*)

Dr. Carlos Stajano

Más de una vez, hemos tenido la impresión de que la participación del internista como colaborador, en el post-operatorio de nuestros enfermos, tenía el carácter de una disociación funcional de aptitudes y que representaba un renunciamiento de conocimientos y de responsabilidades que siempre consideré “contra natura”, frente al enfermo. La colaboración nominal era en realidad un divorcio pues, el cirujano, llamando a un especialista de pulmón o a un internista general, aliviaba la carga de la responsabilidad que pesó sobre él en las horas quirúrgicas, y en ese traspaso al especialista éste debía manejarse con la eventual complicación pulmonar, como si el cirujano no tuviese nada que ver en esta resultancia. Parecería ello la persistencia del viejo resabio de épocas lejanas en que el cirujano-barbero debía reverenciar al sabio docto de la medicina interna.

La evolución de la Patología fisiológica de la hora actual, y la de la Cirugía contemporánea convierten al cirujano no en el técnico anatomista de los albores de siglo, sino en el fisiólogo experimental de la clínica humana, permitiéndole vislumbrar una nueva patología viviente, que sólo en sus últimas etapas adquiere la consistencia y la forma de la lesión gruesa, que nosotros llamaríamos terminal, algunas veces premortem, de los capítulos de la Patología clásica. La clínica a su vez, se basó en esa morfología y en el grueso síntoma o hecho anatómico, dejando de concebir la patología fluxionaria prelesional, y de ahí la enorme laguna de las obras clásicas y por consiguiente del criterio clínico

---

(\*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 30 de agosto de 1950.

de la época, entre el síntoma funcional y la lesión orgánica tardía ya organizada.

Nuestro concepto dinámico de la patología pulmonar del post-operatorio o del post-traumatismo en general, defendido hace decenas de años, fué menospreciado por los internistas, los que no prestaron interés ni atención, a pesar de corresponder a conceptos nacidos de la observación diaria de una clínica meticulosa. La relación evidente entre los fenómenos abdominales, cráneo-cerebrales, medulares y hasta los derivados de la cirugía violenta y traumatizante de los miembros y sus complicaciones torácicas, nos orientó hacia la sistematización neuro-vegetativa y polarizó toda nuestra conducta quirúrgica en la clínica, y nuestra búsqueda experimental en el laboratorio, tratando de conocer la fisiopatología de todas las modalidades del traumatismo, al través del unificador de nuestras reacciones orgánicas: *el sistema vegetativo*.

En nuestro trabajo sobre "El pulmón reflejo experimental post-operatorio", describimos la naturaleza reflejo-trófica, de la complicación pulmonar y los tipos de traumatismos abdominales específicamente injuriantes y determinantes del proceso.

Nuestro colaborador Scandroglío practica innumerables cortes histológicos de la primera serie experimental y nos muestra la conmoción vasomotora intersticial, con la permeación capilar de plasma, la eritrodiapédesis y a la vez el paso de sangre y plasma al través de la membrana alveolar. Esta reacción fluxionaria constante, que tiene por base la vasodilatación o infiltración hemática intersticial e intraalveolar, nos planteó una interrogante fecunda en consecuencias, dentro de la clínica. En efecto, ya que hemos considerado prácticamente constante la fluxión pulmonar de la base derecha en el post-operatorio de la vesícula y vías biliares; ya que tenemos el concepto de que el post-operatorio más normal disimula esa complicación, frecuentemente, pero que esté presente siempre físicamente: ya que la congestión pulmonar satélite de la patología aguda de las vías biliares o del post-operatorio biliar la hemos provocado experimentalmente y comprobado que sus procesos elementales son vasculares y hemorrágicos, nos formulamos la pregunta siguiente: ¿Por qué la sangre no aparece en la sintomatología clínica de esta complicación? He aquí la respuesta, de acuerdo a nuestra búsqueda sistemática y a lo comprobado en ella.

Es corriente el comprobar en el post-operatorio más normal, una discreta opacidad de base, que aparece de las 24 a las 36 horas, con desaparición de los síntomas al tercero o cuarto día. Con sorpresa se descubre un ligero derrame, derrame que no puncionábamos por ser pequeñísimo y por seguir una evolución favorable. Pero he aquí que, actualmente lo puncionamos y creemos haber hallado algo nuevo, afirmando que nuestra conducta reciente nos ha llevado a comprobar que el derrame es hemático y de reabsorción espontánea. El examen citológico demuestra la sangre, y la punción repetida pone en evidencia una reacción pleural simple de reabsorción. En el curso de 15 días hemos sorprendido 4 casos de tales *derrames hemáticos intrascendentes*, cuya explicación no le fué posible hallar al internista, pero que nos es permitido asignar a la sufusión subpleural refleja que asienta en la corticalidad de la base.

Con criterio simplista, tendríamos que admitir una efracción de la pleura para explicar la salida de la sangre del infarto pulmonar. Afirmamos que no es necesario, tanto más que en este proceso domina en las primeras horas de la fluxión, una permeabilidad capilar y hemos comprobado además una permeabilidad de sangre al través de la membrana alveolar sin necesidad de efracción ni solución de continuidad. Es la eritrodiapédesis infaltable de los tejidos en shock trófico local.

Si no buscáramos sistemáticamente esta complicación pasaría como hasta hoy inadvertida, y los cirujanos seguirían afirmando que sus post-operatorios son perfectos y que excepcionalmente tienen complicaciones pulmonares.

### Conclusiones.

En esta nota previa llamamos la atención sobre:

a) La fluxión vaso-motora refleja intersticial que caracteriza la complicación pulmonar del post-operatorio y la complicación pleural, con un pequeño derrame hemático intrascendente.

b) Su mecanismo de producción lo atribuimos a la permeabilidad de la pleura, del mismo modo, que el pasaje del eritrocito al través de la membrana de los capilares o del alvéolo.

c) Un ligero derrame pleural de reabsorción es la consecuencia.

d) A pesar de esta complicación que es enteramente disimulada, el post-operatorio se hace normalmente.