

LA ATELECTASIA REFLEJA INSTANTANEA POST-TRAUMATICA (*)

Resumen de la comunicación presentada en la Sociedad con profusa documentación gráfica (1)

Dres. Carlos Stajano y Juan José Scandroglío

1ª) Nuevas circunstancias reclaman la atención del Anatómopatólogo, que en sus autopsias médico-legales pretende dilucidar las causas de la muerte, en accidentes, traumatismos, operaciones o en muertes de causa imprevista.

2ª) La Patología refleja distante, condicionada por una lesión traumática o accidental, es un punto de referencia indispensable, para despistar la causa de ciertos decesos.

3ª) La magnitud e importancia de la lesión anatómica causal está frecuentemente en desproporción, con la gran extensión de las consecuencias clínicas y fisiopatológicas.

4ª) Mediante un esfuerzo de muchos años, hemos podido reunir un gran conjunto de hechos concordantes, que nos autorizaron a emitir la noción de la absoluta nocividad de la distensión aguda, ejercida en el dominio de la esfera esplácnica. Hemos precisado con detalles, las diversas manifestaciones anatómo-clínicas de esta agresión y sus consecuencias.

5ª) La distensión aguda en la Obs. N° 1, se expresa al través de la gran hemorragia subperitoneal traumática contenida por la tensión de la serosa; en la Obs. N° 2, por la distensión aguda y el estallido de un embarazo ovárico (pieza excepcional);

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 25 de abril de 1951.

(1) Publica en extenso en "Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo, Tomo 36, Nos. 2-3. Pág. 109 a 120, 1951.

en la Obs. N° 3, por la distensión del peritoneo pelviano, limitando un enorme hematoma subperitoneal, de origen obstétrico.

La diversidad de las lesiones anatómicas, se aúna bajo un común denominador: *la distensión tisular aguda*.

6ª) La agresión nociva constituye el punto de partida del reflejo; la fluxión intersticial en el pulmón, es la respuesta constante y fatal.

7ª) La *repercusión pulmonar es instantánea*. Este es el hecho más saliente que se desprende de este estudio histológico realizado en los traumatismos mortales a corto plazo.

8ª) La coincidencia es completa entre los hechos de la Patología humana accidental y los que hemos provocado experimentalmente en el perro. Rogamos además al lector de confrontar hasta en sus menores detalles, las lesiones histológicas de la Patología traumática humana con las fluxiones intersticiales del pulmón del perro, provocadas experimentalmente en el 100 % de los casos, mediante la especificidad del traumatismo visceral utilizado.

9ª) Consideramos además de extraordinario valor el material autopsico que fundamenta este trabajo. Hasta ahora no hemos encontrado en la literatura médica, ni piezas anatómicas humanas de atelectasias inmediatas, ni tampoco un estudio histológico, tan prolijo y tan completo, de esa misma complicación y muy lejos se estaba además de interpretar el origen y mecanismo fisiopatológico, de esta complicación post-operatoria y post-traumática, que intentamos aclarar de acuerdo con esta orientación.

10) La conclusión práctica para la Clínica, es considerar a la fluxión pulmonar refleja, como constante en determinadas y precisas condiciones; que es fatal e instantánea histológicamente. Que es frecuentemente reversible y fugaz y hasta puede pasar inadvertida si no se busca antes de las 48 horas. Aparece engañosamente tarde, con síntomas ruidosos al 3º ó 4º día, pudiendo afirmar que en este plazo, ya es una etapa tardía del proceso, ya en su forma irreversible y grave y mortal, ya en su complicación piógena obreagregada.

Es ya una complicación de una complicación.

El interés de esta comunicación surge de sus comprobaciones histológicas.

a) Del material autópsico humano, donde se estudia la *complicación pulmonar refleja*, de aparición instantánea, consecutiva a tres casos de traumatismos viscerales distantes. El interés aumenta dado, que en la literatura médica no se encuentran piezas anatómicas humanas de atelectasia pulmonar instantánea postraumática o postoperatoria, de la pureza de nuestros casos. Las descripciones anatómicas conocidas son de procesos tardíos y complicados sépticamente.

El estudio histológico prolijo de los focos pulmonares humanos reproduce fielmente la histología de los focos pulmonares de patología experimental realizada en los perros, reproduciendo sin ninguna diferencia la fluxión intersticial característica que hemos descripto con anterioridad, tanto en el territorio capilar como en la dinámica bronco-alveolar, así como en la densificación secundaria del parénquima respiratorio.

b) El caso N° 1, elocuente por sí, demuestra la *instantaneidad* del proceso, dado que sobrevivió al traumatismo sólo pocos minutos, y los casos 2 y 3, murieron en el término de 2 y 3 horas de la iniciación del accidente. Surge que el proceso pulmonar se constituye en forma instantánea. Su semejanza, ya que no identidad, es completa con la fluxión intersticial provocada experimentalmente en el perro, que también es instantánea. El sacrificio de los animales es a los treinta minutos y la lesión ya está constituida en toda su magnitud.

c) A pesar de la desemejanza aparente entre los tres casos presentados, destacamos el común denominador fisiopatológico que los identifica y asemeja. Es la *distensión tisular aguda*, que se ejerce en el caso N° 1 y 3, por el estiramiento del peritoneo de la pelvis, distendido por un inmenso hematoma traumático subperitoneal y el caso N° 2, por la distensión aguda con explosión de la bolsa visceral conteniendo un embarazo ovárico. El concepto de nocividad de la distensión aguda, ha sido estudiado por nosotros con detención en la clínica y experimentalmente, catalogando esa etiología como la *injuria máxima* dentro del dominio esplácnico.

d) Esta comunicación es un nuevo aporte al concepto de

la pre-atelectasia y atelectasia refleja que sustentamos y contribuye a aclarar el concepto de *los traumatismos nocivos* en Patología y en el acto quirúrgico y a deducir las vías que nos conducen insensiblemente hacia una Cirugía atraumática y anociva total.

La documentación anatómo-histológica detallada de esta comunicación presentada a la Sociedad, consta en los Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo, Tomo N° 36, págs. 109 a 120, año 1951.

Dr. Cendán. — Ante todo, voy a aprovechar la oportunidad para felicitar al Prof. Stajano por su presentación, y todos los trabajos que ha hecho al respecto, porque creo que está en la buena vía, y que realmente ha encontrado la razón fisiopatológica de los fenómenos pulmonares que se observan sobre todo en el curso de los post operatorios y que tal vez un poco ligeramente han sido etiquetados como atelectasias de origen brónquico.

En lo que respecta a la presentación del Dr. Scandroglio, de los resultados necrópsicos, yo creo que conviene recordar que las lesiones de tipo de equimosis pleurales y las lesiones de edema pulmonar son lesiones que se conocen desde hace mucho tiempo y que se han interpretado realmente en su fisiopatología también desde hace tiempo.

Fueron primero descritas por Tardieu como signo considerado por él patognomónico de las muertes violentas de tipo asfíxico, a tal punto que se consideraba como signo evidente de muerte por asfixia mecánica. Luego se demostró que estas lesiones eran mucho más amplias, que se observaban en toda clase de muertes violentas y no sólo en su localización subpleural sino también pericárdica.

El origen refejo de estas lesiones también ha sido hecho notar por los diversos autores, médicos legistas, basados precisamente en el hecho de su aparición casi instantánea. Sujetos que mueren de muertes casi instantáneas, por ejemplo, heridas de bala, arrollamiento como el caso presentado, que presentaba este tipo de lesión. Eso era todo lo que quería decir.

Dr. Scandroglio. — Como dice el Dr. Cendán, existen procesos hemorrágicos que acompañan procesos intersticiales porque en las muertes violentas se pueden encontrar, pero son lesiones de otro tipo, son lesiones más pequeñas, puntiformes, pleurales, que no toman casi el parénquima pulmonar. Son pequeños focos hemorrágicos de la superficie del pulmón.

Eso lo vemos y también vemos lesiones hemorrágicas del parénquima pulmonar que son de aspiración, sobre todo en muchos heridos de bala, que antiguamente fueron interpretados como lesiones hemorrágicas producidas de manera refleja y que en realidad son lesiones de aspiración

por lesiones de la base del cráneo, que se produce una aspiración por vía faríngea y el parénquima pulmonar aparece lleno de focos hemorrágicos que inundan el bronquio y alvéolo.

Las lesiones de tipo tardío son de otro tipo, son estas lesiones más que nada parenquimatosas que tienen todas una trayectoria en su desarrollo histológico que va de una lesión inicial intersticial, que se puede ver perfectamente bien, hasta la lesión de derrame alveolar y la lesión de enfisema periférico que acompaña a esos tipos de lesiones tardías que son, como digo, lesiones bien superficiales.

Dr. Stajano. — No tengo nada que agregar; nada más que agradecer la contribución del Dr. Cendán. En cuanto a la interpretación refleja de las lesiones pulmonares, no era una cosa muy aclarada, ni cosa concreta lo que se decía. Se hablaba de lesiones de importancia, y no se había afirmado cuál era el mecanismo causal que permitiera a los clínicos estructurar un concepto que tuviese viso de realidad.

Por otra parte tiene una importancia para mí este asunto ya que define una noción clara de la Fisiopatología del proceso. El bronquio no participa para nada en este asunto. Y la teoría bronquial es una teoría que con estos hechos y otros que tenemos en viaje, de más interés quizás todavía, queda como un hecho que será menester aclarar —y puntualizar— como lo haremos respecto a su modo de actuar y a su nocividad cuando aparece. La teoría bronquial nos ha dominado a todos, es la que nos han enseñado en la cátedra y en clínica y ella ha llamado la atención de todos nosotros. No es el momento de hacer la crítica del proceso bronquial; necesitaría hacerse bien para sacar conclusiones clínicas. Y prometemos hacerlo, dándole al bronquio la participación que le corresponde —pero sustrayéndole el monopolio exclusivista de la atelectasia. Como veremos, al bronquio le quedará reservado el rol —de despertar reflejos—, que encienden a su consecuencia la fluxión intersticial.

Dr. Palma. — La Mesa felicita a los comunicantes por los brillantes casos presentados, y habiendo tenido la oportunidad de ver numerosos hechos que atestiguan la importancia de las presentaciones sucesivas.