

*Neumo-Retzius espontáneo*

Por el Prof. J. HUMBERTO MAY

Mi comunicacion es breve. Se refiere a un caso que me remite un colega en setiembre del año 27 al Servicio de Ginecología del Profesor Blanco Acevedo, por una tumefacción hipogástrica en relieve parietal bien visible y desarrollada en pocos días. Con estos los datos que acompaña una enferma de 58 años con varios de menopausa y que había tenido un embarazo de término a los 22.

Como antecedentes de interés:

1.o 14 años de diarreas periódicas por crisis hasta de 15 días con 8 a 10 deposiciones diarias en las que podía reconocer los alimentos.

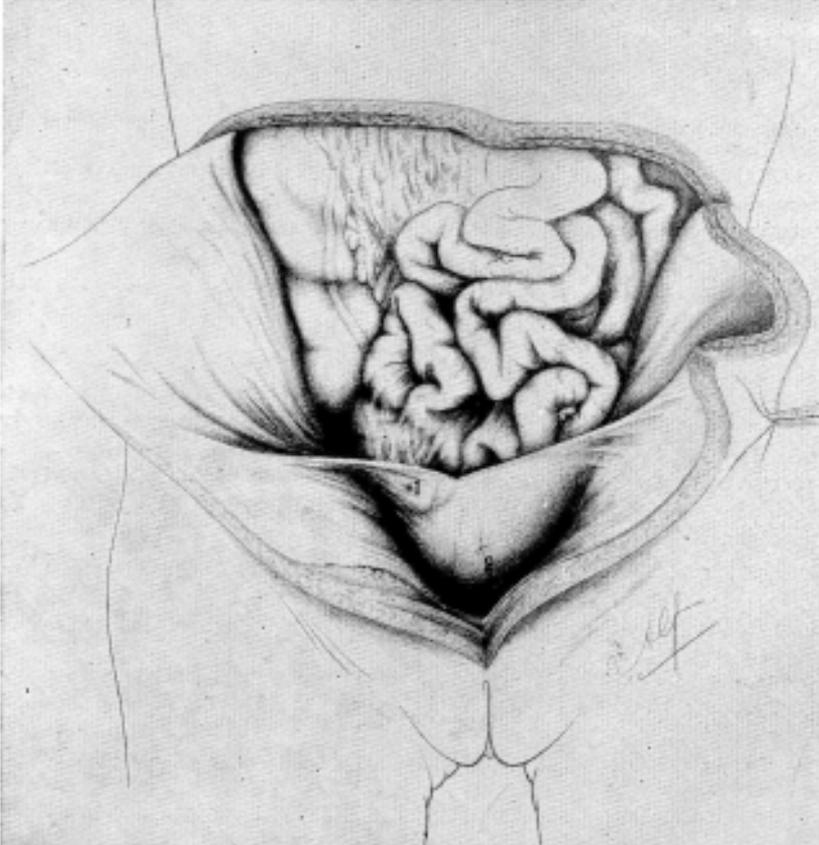
2.o Enflaquecimiento y declinación de su estado general en los últimos meses con marcada astenia, hechos que la enferma imputa al régimen severo que seguía por trastornos hepáticos; de tales habrían sido calificados sus fenómenos entéricos intermitentes de 14 años atrás.

3.o Hace muchos días que nota su vientre aumentado de volumen y duro, con sensación de ardor interno, sin dolores y ligera polakiuria. Finalmente el 14 de setiembre, estando de pie, tuvo la sensación de un desprendimiento hipogástrico y advierte simultáneamente un bulto en la misma región; hace cama y en 2 días la tumefacción adquiere el tamaño de una naranja, volumen que se triplica durante el viaje de su casa al Servicio, donde ingresa el 17 y la examinamos de inmediato. Enferma denutrida, presenta una tumefacción suprapúbica con todos los caracteres inspectivos de una vejiga distendida, sin embargo el aparente globo vesical no cede al sondaje y es timpánico, de nosoridad uniforme, tenso e irreductible a las maniobras manuales.

Los músculos rectos anteriores sensiblemente separados se perciben por delante de esta tumefacción neumática, que por su límite superior se acerca al ombligo e inferiormente se pierde detrás del pubis. El resto del abdomen es depresible, a paredes flácidas que acusan una notoria hipotonía de sus tejidos. Por el tacto vaginal, a través del fondo de saco anterior se alcanza con dificultad la tumefacción. Este proceso tumoral subagudo, no se acompañó de ningún fenómeno de tránsito digestivo, pues si bien por interrogatorio exigente se obtienen referencias que podrían responder a esbozos de cólicos intestinales, estos no han tenido durante el examen ninguna expresión objetiva para que pueda pensarse en signos de oclusión ni siquiera incompleta. La temperatura es de 38°, pulso 110. Presión máxima, 10 ½; mínima, 6 ½; no se constatan modificaciones respiratorias ni cardíacas.

Dos días después de su ingreso, el 19 de setiembre, como la tumefacción aumentaba, decidimos intervenir con anestesia local, vía mediana y mientras incidíamos el plano fibroso que estaba adelgazado, la tumefacción cedió bruscamente como un balón perforado saliendo gas con olor a coibacilo; el hecho no dejó de emocionarnos, pero pronto pudimos establecer que la cavidad abierta era preperitoneal y constituía una feliz demostración espontánea de la cavidad de Retzius. Quizás este autor o quien recogió su idea (Monsieur Charpy) para rectificarla en algo, formulándola con más justeza científica, no tuvieron en toda su vida prueba tan terminante del espacio que describieron.

Es en este sentido sobre todo que nos pareció justificarse esta comunicación; la mayoría de los abscesos o complicaciones inflamatorias que vemos de esta cavidad, son parciales, circunscritas; así lo hemos constatado en tres enfermas del Servicio de Ginecología B. y además en lo que hemos podido leer desde la primera memoria sobre flemones de la pared abdominal escrita en 1850 por Pernutz hasta nuestros días no he encontrado ninguna observación de un flemón que corresponda por su topografía exactamente a este espacio revelándolo en toda su amplitud y mucho menos de índole gaseosa.



- 1 Perforación del ileón en la cavidad de Retzius.
- 2 Cavidad de Retzius.

No pudimos localizar en la pared posterior acartonada de la logia abierta el punto de la evidente perforación intestinal, dejamos un tubo de drenje y al día siguiente aparecieron materias fecales líquidas quedando instalada la fístula pioes-tercoral.

Por ella continuó derivándose en cantidad variable siempre abundante y en forma

discontinua el tránsito intestinal que no obstante aunque en menos proporción se completaba por las vías naturales.

Una radioscopia del colon descartó este órgano como causante de la fístula, limitando el problema al intestino delgado, como era de suponer por los caracteres de las materias eliminadas. El informe del Dr. Caubarrere dice: "La radioscopia del intestino grueso por enema revela el buen tránsito de la sustancia opaca hasta el ciego, no hay ninguna fístula en todo su trayecto."

Transcurren más de 2 meses: El estado general de la enferma mejora bastante, a pesar de la fístula; la infiltración parietal y modificaciones cutáneas se circunscriben y con fecha 3 de Diciembre practicamos una laparatomía mediana verificadora activa hecha por encima de la zona de pared indurada. Constatando adherencias múltiples entre las asas delgadas inferiores; liberamos algunas hasta encontrarnos con otras que muy fijas a la pared son asiento seguro de la perforación; entre éstas y el ciego existen algunos centímetros de ileon libre aunque algo afectado; frente a estos hechos, la enterectomía resultaba una temeridad operatoria; además de las dificultades intrínsecas al intestino implicaba actuar en pleno peritoneo sobre tejidos parietales comunicados mucho tiempo con el exterior; optamos por el corto circuito, nos pareció la solución quirúrgica provisoria más prudente, simple y de esperanza; anastomosando el ileon al colon derecho sin exclusión unilateral o del segmento enfermo, dado que el estado de la enferma y sus tejidos no alentaban para más del acto mínimo.

La "suite" propia de esta intervención fué normal, el drenaje de seguridad colocado, se retiró a los 3 días cicatrizando muy bien.

Pronto disminuyó la corriente por la fístula y después de algunas alternativas en su cantidad se reduce a tal punto que se duda sobre su naturaleza estercoral.

Con un mejor estado general y casi apirética; por otra parte la temperatura de esta enferma no pasó nunca de 38, sale de alta el 29 de abril de 1928. En junio de 1929 reingresa porque su fístula no ha cerrado; da todavía una secreción muy escasa, a veces fétida. Su función intestinal es completamente normal, no tiene ningún trastorno digestivo ni dolores ni diarreas, además está apirética, tampoco presenta signos pulmonares clínicos ni radioscópicos, permanece un tiempo en el Servicio haciendo helioterapia y antes del mes es dada de alta con la fístula casi cerrada. La perdimos de vista durante dos años y medio reapareciendo en la Policlínica Quirúrgica del H. Maciel a consultarnos por fenómenos laríngeos y bronquiales. **La fístula abdominal estaba totalmente cicatrizada.**

El Dr. Pedro Regules informa: "parálisis de la cuerda bucal izquierda tipo neurréncial".

En dos exámenes de esputos separados por varios días no se encuentran bacilos de Koch.

Un informe radiográfico del Dr. Cunha señala infiltraciones difusas de ambos pulmones.

Podemos considerar probablemente tuberculoso el proceso enterérico que tuvo la original expresión clínica del neumo Retzius, naturaleza presumible desde un principio: por la historia de diarrea periódica de 14 años sin determinante parasitaria objetivable, por ser la tuberculosis la lesión más frecuente de las últimas asas ileales, por los caracteres anatómo-patológicos vistos en la laparatomía aunque no descubrimos lesiones macroscópicas típicas, y luego porque se afirma

esa posible etiología en su larga evolución a través de la que se van descartando espontáneamente algunas hipótesis del primer momento para recibir finalmente la sanción radiográfica aunque a distancia en el pulmón y mucho tiempo después, cuando el mismo proceso intestinal con apariencia de primario, clínicamente se había extinguido.

¿Habría sido éste, un caso de tuberculosis ileal primitiva y siembra pulmonar mediata cumpliéndose la tesis de quienes sostienen falta de valla linfática en el adulto o viejo por haber perdido densidad celular los ganglios mesentéricos?

Abonaríá el carácter secundario de la lesión pulmonar la ausencia de signos clínicos y radioscópicos en este órgano durante toda la asistencia de la enferma por su fístula pio estercoral y las revelaciones radiográficas tardías en el año 32 de tipo difuso y posiblemente subagudo.

De todos modos no es la tuberculosis el motivo principal de esta reseña sino el accidente por el que se proyectó el proceso ileal sobre la pared del abdomen, provocando un flemón gaseoso que simula una vejiga llena al ocupar plenamente la cavidad de Retzius y dándonos sobre esta cavidad lo que disecciones y artificios de anfiteatro no habían logrado, la convicción de su realidad.

El mismo Tillaux, ante una observación análoga, no hubiera empezado su página sobre flemones del Retzius, discutiendo a este espacio, la denominación anexa de cavidad. Nosotros diríamos espacio, mientras ofrece expansión fisiológica, a la vejiga y en tanto es proficuo clivaje subperitoneal quirúrgico; pero cavidad en potencia realizable integralmente en circunstancias como la del caso.

En resumen: un neumo Retzius Charpy, consecutivo a la perforación de una de las últimas asas ileales por probable úlcera tuberculosa.

Magnífico hecho de anatomía refleja, de esa anatomía que nos devuelve la clínica compensada en los servicios que le presta; anatomía más definida y convincente.

---

### *Estenosis rectal*

Por el Prof. A. LAMAS

En los servicios de adultos, no es frecuente observar atresias y estrecheces ano rectales de origen congénito. Generalmente, son de causas neoplásicas, inflamatorias, cicatriciales, entrando en las últimas todas las ulceraciones capaces de dejar una retracción al curar. También puede darlo la enfermedad de Fabre a quien hacen respon-