

8.º) La hemorragia que sucede a la rotura o al aborto, puede ser discreta o rápidamente mortal, si no se interviene.

9.º) La máscara de una anemia aguda inexistente es la expresión en el estado general de las crisis viscerales que nos ocupa.

10.º) La anemia aguda verdadera continúa frecuentemente a la crisis visceral inicial, y los síntomas de hemoperitoneo se asocian a los síntomas de iniciación continuando el cuadro.

---

### *A propósito de intoxicación hidática*

Por el Prof. DOMINGO PRAT

La intoxicación hidática o shock anafiláctico del quiste hidático es una realidad bien confirmada por los médicos ya fogueados en la terapéutica del quiste hidático.

No es nuestro propósito estudiar en particular la intoxicación hidática, puesto que nos hemos ocupado extensamente de ella en una comunicación a la Sociedad de Medicina de Montevideo en el año 1913 (1) y no obstante el largo tiempo transcurrido no ha variado fundamentalmente, ni el concepto patogénico de la mencionada intoxicación ni su terapéutica.

Recordaremos sin embargo, del mencionado trabajo, que establecíamos una intoxicación hidática médica y otra quirúrgica, o sea las que se producían consecutivamente a una punción exploradora o después de una operación. Si volvemos a ocuparnos nuevamente de esta cuestión en esta comunicación a la Sociedad de Cirugía, ello se debe a que, a pesar de los prudentes consejos dados por los hidatólogos, de que es arriesgado y peligroso puncionar los quistes hidáticos viscerales, constatamos que hay clínicos que no hacen caso a esta prudente prevención y que existen cirujanos que, provistos de una pretendida experiencia hidática, se atreven todavía en la actualidad, a practicar la punción diagnóstica del quiste hidático.

Un caso de punción exploradora de un quiste hidático del hígado seguida de accidentes mortales de shock, publicado en el primer número de los Archivos Internacionales de la Hidatidosis, que se editan en nuestro país, shock que en nuestra opinión no se debe a la intoxicación hidática, es lo que nos ha inducido a presentar a la Sociedad de Cirugía los comentarios que van a oír y que sometemos a la ilustrada consideración y a la crítica de la Sociedad de Cirugía.

El caso clínico relatado en los "A. I. de la H.", es el siguiente:

(1) Revista Médica del Uruguay, Dr. Prat. Los quistes hidáticos en el Uruguay, 1908 a 1912. Intoxicación hidática. — Año 1913, N.º 112, pág. 498.

Hombre de 27 años, fuerte y robusto, que con el diagnóstico de quiste hidático de la cara convexa del hígado ingresa a una Clínica de Zaragoza. Casoni, intensamente positivo.

Minutos antes de iniciar la operación, se le practica una punción exploradora que extrae líquido cristal de roca. A los cinco minutos el enfermo tiene vómitos y se le desencaja la cara. Los cirujanos que ya se estaban lavando las manos, sospechando el shock anafiláctico, recomiendan al anestesizador que proceda a la narcosis clorofórmica del enfermo, a fin de mitigar el shock. "Ya al principio del accidente se le inyectó al enfermo 1 c.c. de adrenalina al 1 por mil". Si la adrenalina fué inyectada al principio del accidente, quiere decir, pues, que ella fué suministrada casi concomitantemente con la iniciación de la anestesia o después de iniciada ésta. Es de lamentar que la observación no sea precisa y categórica en lo referente a este punto, dada la importancia fundamental que ella tiene. Se practica sin pérdida de tiempo una incisión cutánea sobre la 8.<sup>a</sup> costilla para establecer la brecha transtoraco-diafragmática de abordaje al quiste, pero al terminar la incisión quirúrgica la cianosis del enfermo es tan intensa, que obliga a suspender el acto operatorio para atender la situación apremiante y angustiada del enfermo. La piel está fría y sudorosa, carne de gallina, tórax retraído y sin respirar, latiendo el corazón normalmente. La cianosis facial se hace cada vez más intensa, la respiración se suspende y después de diez minutos de respiración artificial, el corazón cesa de latir y el enfermo fallece a los veinte minutos de iniciados los accidentes.

En resumen: "un shock anafiláctico aparecido a los cinco minutos de una punción de quiste hidático de la cara convexa del hígado, hecha en región inocua y desarrollada en 25 o 30 minutos, con predominio de fenómenos respiratorios, principalmente cianosis y síntomas cutáneos. En cambio, los latidos cardíacos, se mostraron normales o casi normales todo el tiempo que duró el shock. Sólo cesaron repentinamente al final".

Como se ve para el cirujano que presenta la observación, lo considera como un caso típico de shock anafiláctico mortal o intoxicación hidática. Hemos analizado cuidadosamente la observación clínica que acabamos de sintetizar y llegamos a la conclusión de que casi seguramente no se trata de un shock anafiláctico o intoxicación hidática; más bien admitimos un accidente mortal por la asociación de la adrenalina con la anestesia al cloroformo.

Es evidente que la intoxicación hidática existe y aquí está presente el elemento fundamental de su producción: la desgraciada punción hidática, condenada en absoluto por los cirujanos experimentados

en hidatología. Ahora bien, el shock anafiláctico hidático no es habitualmente tan fulminante y terrible como los accidentes comprobados en el caso que discutimos, pues en solo 25 minutos se produjo la muerte. Otro dato interesante, el corazón no obstante los graves y serios accidentes del enfermo, siguió funcionando normalmente hasta el final, cosa que nos ha hecho dudar de que estos fenómenos se debieran a la intoxicación hidática, ya que ésta se caracteriza fundamentalmente por la hipotensión y el colapsus.

Estas discordancias clínicas del caso comentado nos llevaron a investigar si no podría existir otro agente que explicara la muerte rápida del enfermo y hemos creído poder atribuir el accidente a la adrenalina, inyectada al iniciarse la anestesia clorofórmica o una vez iniciada ésta.

Analicemos los hechos. Como lo dijimos ya, es de lamentar que el autor no sea preciso en lo referente al momento exacto en que se suministró la adrenalina al enfermo, pero evidentemente fué casi en seguida de iniciarse los accidentes de anafilaxia hidática, que empezaron cinco minutos después de la punción, y como la anestesia clorofórmica se inició también urgentemente con la iniciación de los accidentes de shock, quiere decir, que la adrenalina y el cloroformo fueron suministrados casi simultáneamente al paciente, que a los 25 o 30 minutos había de ser ya cadáver.

Ahora bien, es una cosa bien sabida de la cirugía experimental, que la asociación adrenalina y cloroformo es fatal al animal en experiencia y que este terrible peligro existe igualmente en el hombre.

Noel Fiessinger, el talentoso profesor de medicina experimental de la Facultad de Medicina de París, en su obra "Fisiopatología de los síndromes endocrinianos", pone categóricamente de manifiesto su experiencia, en los siguientes términos: "Si a un perro anestesiado al cloroformo se le inyecta adrenalina, inmediatamente ese perro presenta dos o tres respiraciones rápidas, después la respiración y el pulso se detienen y el perro muere. Es el síncope adrenalino-clorofórmico".

Más adelante agrega: "En el hombre no hay que emplear jamás la adrenalina en el curso de una anestesia clorofórmica".

Y sin embargo, la eterna paradoja de la medicina, se observa la reanimación del corazón en el curso del síncope clorofórmico por la inyección intracardiaca de adrenalina (Toupet).

Acudimos al Instituto de Medicina Experimental en busca de una documentación completa de este hecho y el profesor Rosello fué categórico: "Todas las experiencias realizadas en los animales, con el fin de comprobar las experiencias de Fiessinger, en que se asociaba

la adrenalina con la anestesia al cloroformo, provocaron fatalmente la muerte de los animales en experiencia”.

Quiere decir, pues, que la asociación de la adrenalina en un anes-  
tasiado por el cloroformo, es fatal al paciente y es de desear que tan  
importante dato de la medicina experimental, bien evidenciado por  
Fiessinger, tenga una universal generalización, puesto que el empleo  
conjunto de estos dos importantes agentes terapéuticos puede tener  
terribles e irreparables consecuencias. La rapidez con que se epilogó  
el desenlace del enfermo de la Clínica de Zaragoza y las caracterís-  
ticas clínicas del shock, nos hacen pensar que la muerte se debió más  
a la asociación adrenalina-cloroformo que al shock hidático.

Evidentemente se produjeron accidentes de anafilaxia hidática, a  
continuación de la intempestiva y contraindicada punción hidática  
previa a la operación. Seguramente la punción permitió que el líquido  
hidático se vertiera en el peritoneo libre y ese peritoneo al reaccionar  
ante este excitante patológico, ocasionó los vómitos y el desencaja-  
miento de la cara. Fue entonces que se dió intervención a la adrena-  
lina y al cloroformo que, como ya vimos, por sí solos explican bien  
el resto del drama ocurrido. Se podía objetar que el shock hidático  
exclusivamente podía haber producido la muerte; es posible, pero na-  
die negará que la presencia de los otros dos agentes (adrenalina y  
cloroformo), lo explican también y sobre todo con más naturalidad  
y seguridad.

Lo insólito de que un shock hidático produzca la muerte tan ful-  
minantemente y con una sintomatología tan extraña a su acción, es  
lo que nos hace admitir que en el caso que comentamos se trata de  
un síncope adrenalino-clorofórmico y no de un shock hidático.

Sería interesante antes de finalizar esta comunicación poder sin-  
tetizar las enseñanzas prácticas que se deducen del caso, cosa que  
evito referente a la profilaxis terapéutica del shock, poca cosa podre-  
mos adelantar, puesto que muy poco hemos progresado en esta ma-  
teria en los tres o cuatro últimos lustros. Surge ante todo una ense-  
ñanza, neta y clara: no debe realizarse la punción diagnóstica ni de  
ninguna otra clase de los quistes hidáticos, práctica temeraria que  
algunos clínicos practican aún.

Es corriente y habitual emplear la adrenalina en la terapéutica  
del shock hidático ya instalado. De las experiencias de Dessy y Ma-  
rotta se saca la conclusión de que la adrenalina es efectiva y eficaz,  
si ella se inyecta previamente o concomitantemente con el líquido  
hidático en la práctica experimental. La adrenalina inyectada después  
de producidos los fenómenos anafilácticos no tiene acción ninguna  
sobre ellos. Quiere decir, pues, que la adrenalina deberá suministrarse

preventivamente, antes de las maniobras operatorias que pudieran permitir la absorción del líquido hidático.

Recordemos, finalmente, que Urioste y Scaltritti, en una comunicación que data de algo más de veinte años, establecieron que la germinativa y adventicia quísticas contienen una sustancia lipoidea con las reacciones del líquido hidático y que es soluble en el éter y el cloroformo y que puede ser ésta, en ciertos casos, la sustancia vehiculada por el anestésico y la causa de ciertos accidentes cuya patogenia íntima ignoramos aún.

La enseñanza práctica a deducir de nuestra modesta comunicación es que la adrenalina no debe asociarse nunca con la anestesia por el cloroformo.

---

Sesión del 8 de Mayo de 1935

Preside el Prof. CLIVIO NARIO

Presentación de enfermos:

*A propósito de un quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares.*

Por el doctor ENRIQUE LAMAS POUHEY

**Observación.** — F. A. de G., 53 años, uruguayo, casado.

Antecedentes familiares de insuficiencia cardíaca.

Antecedentes personales: menopausa a los 48 años, sin trastornos. No ha tenido enfermedades de importancia.

Enfermedad actual: Hace un año comenzó con trastornos digestivos y sensación de tironeos en la fosa ilíaca derecha. Se estableció una anorexia electiva por la leche y ciertos alimentos (repollo). Esas molestias se manifestaban en seguida de comer y se acompañaban de sensación de tironeos en la fosa ilíaca derecha irradiada al epigastrio, continuados en la cintura hasta la columna vertebral, sintiendo en forma de "puntadas"; la irradiación al hombro no la ha acusado la enferma.

Hace dos meses sintió un malestar general vago, anorexia y estado febril. Tuvo una noche una crisis dolorosa en la fosa ilíaca, flanco e hipocondrio derechos, irradiándose luego en cintura al epigastrio, hipocondrio izquierdo y región dorsal.

Sintió simultáneamente palpitaciones en la región precordial, dolor en la nuca y crisis diaforética localizada en la cabeza y cuello; la enferma insiste en que tuvo chuchos. Ese cuadro no fué acompañado ni de náuseas ni de vómitos y duró como una hora. Horas más tarde se repitió ese cuadro con los mismos caracteres durando entonces dos horas.

Desde hace dos meses se queja de constipación y sensación de boca amarga. El médico constató entonces ictericia, que se manifestaba en las conjuntivas. El dolor se localizó en el hipocondrio derecho.

A raíz de eso pasó un mes siguiendo un régimen de hepáticos, a pesar de lo cual sufría continuamente.