

repercusión social. Deseaba fundar una sociedad selecta formada no sólo por hombres cuyos conocimientos quirúrgicos fuesen probados, sino que, además, reuniesen ese conjunto de condiciones de honestidad y de abnegación que hacen de nuestra profesión un apostolado.

Se ocupó con gran interés del perfeccionamiento de los médicos al egresar de las facultades y proporcionó, a quienes se decidieron por la carrera quirúrgica, oportunidades para estandarizar sus conocimientos. Su mirada alcanzaba muy lejos y su idealismo lo hizo entrever la posibilidad de extender los efectos benéficos de su sociedad a toda la América, incluyéndonos a los latinos. Todos los sudamericanos encontraron en Franklin H. Martín, un prestigioso guía para perfeccionarse en los admirables centros de estudios yarkis.

Por eso, al desaparecer el leader de esa noble institución, quien dedicó sus esfuerzos a propagar una literatura médica capaz de colaborar en la difusión de la misma, deseamos que su recuerdo tenga sobre nuestra Sociedad la influencia directriz que ha creado una personalidad excepcionalmente vigorosa, caracterizada por imaginación e idealismo.

ORDEN DEL DIA:

Cronología y significado del dolor del Douglas en el embarazo ectópico.

Por el Prof. CARLOS STAJANO

El objeto y la razón de ser de esta comunicación, reside en su trascendencia práctica. Por otra parte, remueve un asunto fundamental de patología quirúrgica, por cuanto sustituye un concepto clínico aceptado sin discernimiento, por otro basado en la investigación clínico-anatómica, controlada al través de varios años de observación. El molde exclusivamente anatómico de la patología clásica — y debemos confesarlo, aún de la patología de este siglo, — está impregnada evidentemente en la interpretación de sus síntomas, de un simplismo perjudicial. La mentalidad del clínico, muchas veces, se siente aprisionada por conceptos que la rutina ha impuesto, siendo muy difícil liberarse, por la fuerza y el respeto que evidentemente merece la opinión de la generalidad.

La fisiopatología del dolor abdominal no tiene, a nuestro juicio, otro laboratorio de experimentación más fiel que la propia clínica y a ella nos hemos ajustado, conquistando hechos de observación que permiten, poner de relieve ciertos hechos trascendentales para el conocimiento de la fisiopatología abdominal.

Nos concretaremos en esta comunicación a determinar el valor de un solo síntoma, al cual hemos prestado atención, puntualizando su significado, sus caracteres clínicos, su cronología de acuerdo con las etapas del proceso determinante. Precisamos, por otra parte, su valor diagnóstico en el conjunto de los otros síntomas observados. Me refiero exclusivamente al dolor exquisito del fondo de saco de Douglas — en el embarazo ectópico.

Y tales son las preguntas:

¿En qué momento aparece ese síntoma? ¿Persiste largo tiempo o es efímera su duración? ¿Es síntoma de hemoperitoneo o forma parte del síndrome visceral despistado por la distensión aguda del hematosalpinx? He aquí un problema clínico planteado diariamente, y que, debido a la frecuencia de esta afección, nos ha permitido controlar sucesivamente en la clínica, en la mesa operatoria y en el estudio anatómico de las piezas.

Nuestras conclusiones han tenido como base el abundante material de la Clínica Ginecológica durante varios años, donde diversos complejos anatomo-clínicos, han contribuido a formar nuestro criterio. He aquí la base de nuestras observaciones:

- a) Formas cataclísmicas brutales (tipo rápido, felizmente de escasa frecuencia, con relación a las otras formas).
- b) Abortos tubarios con profusas hemorragias al punto que la diferencia clínica alemana entre el cuadro de ruptura y de aborto, si bien puede hacerse en los cuadros tipos, vemos corrientemente como esa precisión diagnóstica anatómica es enteramente imposible e ilusoria en la casi totalidad de los casos.
- c) Hemorragias pequeñas de algunos abortos tubarios (muy frecuentes), que tienden a constituir hematoceles más o menos grandes, y que muchos han llegado a la clínica sin diagnóstico previo: con otras etiquetas.
- d) Formas anatómicas que son de elocuencia, por todo su significado semiológico: son los hematosalpinx grávidos en evolución que no han llegado a la rotura.

Hemos diagnosticado clínicamente ruptura de trompa sin haberse producido en realidad, encontrando hematosalpinx íntegro y a gran tensión, con Douglas intensamente doloroso, acompañando a la sintomatología teatral y aguda por todos conocida, y, sin embargo, ni una sola gota de sangre derramada en el peritoneo.

Conservamos piezas anatómicas documentales, en las cuales los distintos empujes de distensión tubaria por la hemorragia cavitaria

son evidentes y la anamnesis cuidadosa, a veces retrospectiva, completan estas observaciones interesantes. Cada empuje distensivo, por reanudación de la hemorragia salpingiana, es representado clínicamente por un cuadro agudo del tipo "angor visceral". Estos cuadros agudos a repetición, separados por períodos libres o de calma intercalaria total, son de un significado clínico valioso y nos han servido para afirmar, casi con omisión del examen físico, el diagnóstico de síndrome de angor abdominal de origen pelviano.

e) Laparotomías hechas en el curso de inundaciones peritoneales por rotura o estallido de quistes foliculares del ovario nos han dado base para asignarle al dolor del Douglas su valor real. En realidad, ese síntoma no es función del hemoperitoneo, aunque todo se conjura para asignarle esa interpretación que aparentemente la lógica impone y la rutina acepta sin discusión.

f) Laparotomías hechas con diagnóstico de inundación peritoneal nos han mostrado pequeños hematomas quísticos foliculares a gran tensión que no han llegado a la rotura, y, por consiguiente, con Douglas indemnes de sangre. Este proceso desencadena un cuadro "tipo angor", a punto de partida pélvico, constituyendo una verdadera crisis visceral cuyo punto de partida es la hemorragia intersticial, a veces muy pequeña, de sede ovárica. Llega en unos casos al estallido e no, según la intensidad de la hemorragia. El diagnóstico diferencial con el accidente de un hematosalpinx grávido es imposible y se superponen los síntomas en forma exacta, sin faltar, según hemos comprobado en nuestras observaciones, la amenorrea o el retardo menstrual discreto.

g) Nos ha impresionado la escasa sintomatología clínica del hemoperitoneo accidental del post operatorio al través de varios casos y concurre esta entidad a fortalecer nuestra interpretación, respecto a la significación del "dolor del Douglas" en general, y a su ausencia en estos casos, en particular.

h) Los heridos del abdomen con sangre colectada en el Douglas — el que a su vez es doloroso, — se presta a causas de error de interpretación por la asociación de procesos elementales causales diferentes.

El dolor del Douglas, buscado en estos casos con una visión simplista, le da al cirujano un síntoma infiel. La extrema sensibilidad del Douglas en cierto momento, del herido o el contuso del abdomen con profusa hemorragia peritoneal, es atribuida al peritoneo sin discernimiento y aceptado en esto sin discusión. El Douglas por el hecho de la sangre que lo inunda, no se hace doloroso. Su sensibilidad exaltada procede de la lesión que ha desencadenado la hemorragia, no de la hemorragia misma.

EL CONCEPTO SUSTENTADO

Los signos del Douglas. — Nos concretaremos a uno solo, el de la hipersensibilidad, descrito por Proust por primera vez en los accidentes hemorrágicos de la gravidez ectópica.

Es un dolor exquisito, profundo, en un Douglas depresible, que arranca por su aguda hiperestesia un quejido a la enferma, la que, en general, viene con una profunda anemia verdadera, o como es muy corriente, con la máscara perfecta de una hemorragia que no existe y sobre la cual hemos puntualizado. Proust, así como todos los clásicos, asocian el síntoma dolor a la existencia del derrame en la serosa pelviana.

Los autores modernos, y entre ellos cito a Mondor en su gran libro "Diagnósticos urgentes", afirma, diciendo: esa sensibilidad exaltada en una enferma, que en el conjunto del cuadro permite afirmar un embarazo ectópico, no puede responder más que a una hemorragia intraperitoneal. La opinión de Mondor — y no analizaré todas las opiniones concórdantes de este concenso general — es el reflejo de la opinión de clínicos y cirujanos. Por nuestra parte, consideramos un profundo error el seguir aceptando esta premisa tan simplista y tan falta de precisión, por cuanto si bien Mondor busca sus afirmaciones en controles operatorios y en argumentos anatómicos, aparentemente irrefutables, no son en realidad concluyentes porque con piezas anatómicas y con una orientación distinta hemos podido, por nuestra parte, acumular documentación profusa y convincente de la tesis contraria, que es: el hemoperitoneo pelviano es absolutamente indoloro, tanto en la fase inicial de hemorragia líquida, como en la etapa de hematocele sólido, con la sola condición de que sea aséptico, o por lo menos, no llegue a la supuración.

Bien observado ese síntoma — dice Mondor — y verificado en toda su pureza, es decir: sensibilidad independiente de toda lesión tumefacta que ocupe la pelvis, la hiperestesia del Douglas tiene un valor tan grande en su significado como en el suyo lo tiene la contractura abdominal. Es, a su juicio, la modificación del peritoneo por la imbibición de la sangre, la determinante de esa hiperestesia.

Puntualizaremos nuestra manera de interpretar la compleja sintomatología de este proceso. En realidad, en el embarazo ectópico, podemos hoy desmenuzar perfectamente dos procesos elementales, que concurren en forma diversa a cada caso en la constitución del síndrome agudo más o menos teatral con que nos presenta en el curso de sus accidentes.

Procesos elementales que intervienen:

- a) La etapa visceral pura. — El hematosalpinx sintomático.

b) La etapa peritoneal. — El hemoperitoneo.

a) La etapa visceral iniciada desde el momento de la hemorragia de origen ovular, marca la etapa sintomática del hematosalpinx hasta entonces silencioso, y es precisamente a esta etapa puramente visceral que pertenece el síntoma que nos ocupa. Forma parte del síndrome visceral desarrollado en la trompa grávida; constituye un síntoma satélite de la crisis visceral más típica de la patología abdominal y nosotros agregamos, la verdaderamente verificada por la comprobación directa.

El dolor del Douglas es contemporáneo de la crisis aguda de la distensión tubaria por la hemorragia cavitaria.

No es un dolor permanente, es un dolor transitorio y fugaz que se apaga en pocas horas, simultánea y paralelamente con el súbito dolor abdominal con que se inició el cuadro.

Hemos presenciado y participado en numerosas discusiones en las cuales un observador que había comprobado una hiperestesia del Douglas, difería con la opinión de otro clínico que afirmaba su completa insensibilidad 5 o 6 horas después. Ambos tenían razón, por cuanto en distinto momento hacían su apreciación y no a defecto de examen, sino a falta de concepto real de los hechos, era debida esta divergencia.

El dolor del Douglas dura tanto, pues, como los otros síntomas abdominales de la crisis visceral, tales como: el dolor subjetivo, la distensión timpánica dolorosa sin contractura del vientre inferior, el tenesmo rectal. Aparece con ellos y desaparecen en conjunto, por cuanto única es la causa determinante del síndrome visceral.

Controles operatorios sucesivos que hemos hecho, nos permitieron confirmar que: la persistencia de la crisis visceral respondió siempre a la persistencia de la causa determinante, que al seguir actuando ya por integridad de las paredes del hematosalpinx, ya por fisuración incompleta, mantiene, por consiguiente, la persistencia de la tensión parietal.

La tensión estabilizada agota el síndrome visceral. Una reanudación de la hemorragia, un aumento de la tensión, despierta nuevamente la crisis.

Queremos llamar muy preferentemente la atención, sobre estas crisis viscerales a repetición durante dos, tres o más veces, separadas por períodos intercalarios de calma total. Estos períodos de salud aparente, se revisten de un significado clínico extraordinario y de una elocuencia capaz de precisar un diagnóstico, cuando se buscan.

La rotura total y completa de la trompa termina definitivamente con el síndrome visceral, que no volverá a repetirse, por cuanto las condiciones anatómicas no subsisten.

La terrible hiperestesia del Douglas no perdura muchas horas, a

pesar de la hemorragia que continúa a la crisis visceral; tiende, en cambio, a atenuarse y a desaparecer. Otra característica notable: ese dolor es súbito, es máximo, es intensísimo e integral desde el primer momento. Lo que es evidente es que su intensidad y sus características son independientes del derrame hemático, cuyas manifestaciones clínicas si bien se asocian a las crisis viscerales de ese tipo, no concurren en forma alguna en la sintomatología que analizamos.

La cronología del dolor del Douglas, comprobada por el buen interrogatorio, es característica de las crisis viscerales, del tipo distensivo que nos ocupa, y cuán diferente a la del dolor y a los síntomas satélites de la inflamación, o el absceso que tienden a abrirse al exterior. No insistiremos sobre el dolor del Douglas y el tenesmo rectal debido a la inflamación, cuya fisonomía y mecanismo es enteramente diferente.

El dolor del Douglas es la traducción de un mismo fenómeno que se repite en otros procesos espláncnicos, con motivo de crisis viscerales mecánicas. Es la irradiación dolorosa a forma de relámpago excéntrico que, a punto de partida visceral, se extiende a veces en forma limitada y en las grandes crisis, con extensísima generalización a todo el vientre, manifestándose con la exquisita hiperestesia que caracteriza al síntoma que describimos.

Hemos apreciado personalmente y leído observaciones con exquisita hiperestesia del Douglas en:

- a) Crisis viscerales de la fosa ilíaca en volvulación aguda.
- b) Observaciones de vólvulos del intestino delgado, nos sorprenden con la frecuencia de ese síntoma.
- c) La torsión total del mesenterio, crisis visceral máxima y terrible, no deja de manifestarse con el grito del Douglas, desde el momento inicial.
- d) Interpretamos por idéntico mecanismo elemental la extrema hiperestesia de la fosa lumbar izquierda en la pancreatitis agudas, edematosas o hemorrágicas. Es una hiperestesia satélite de la crisis visceral pancreática, determinada por la distensión intersticial edematosa o hemática, determinante de ese síndrome de angor abdominal superior.
- e) Exacta interpretación por analogía debe darse a la hiperestesia irradiada de todas las crisis viscerales, tanto de abdomen como de tórax.
 1. — El angor pélvico de las crisis que nos ocupan.
 2. — El angor abdominal de las crisis mecánicas de abdomen.
 3. — El angor pectoris, de las crisis viscerales distensivas de la hiper-

tensión arterial, etc., dan unidad al proceso elemental que ponemos de relieve.

CONCLUSIONES

1.º) La gran hiperestesia del Douglas en el curso del embarazo ectópico, constituye un síntoma que depende exclusivamente de la crisis visceral que accidentalmente se desarrolla en la trompa grávida.

2.º) La hiperestesia del Douglas es un síntoma que nada tiene que ver con el derrame hemático. NO ES EXPRESION DEL HEMOPERITONEO.

3.º) La hiperestesia del Douglas es satélite de la crisis visceral provocada por la distensión aguda de la trompa grávida, y su cronología es coincidente:

- a) Se instala bruscamente con toda su intensidad;
- b) Puede persistir hasta tanto aumente la tensión hemática en la trompa (formas prolongadas del dolor);
- c) Si la tensión no se hace progresiva, el pequeño derrame intra-tubario, se estabiliza, el dolor se agota en pocas horas. (Douglas enteramente indoloro a las pocas horas).

4.º) Cuando las paredes tubarias por rotura o por aborto, no soportan ya el proceso distensivo, la crisis visceral, y por consiguiente el signo del Douglas, no se repite a pesar del derrame hemático.

5.º) Las hemorragias intra-tubarias en varios tiempos que se producen frecuentemente a repetición, sin llegar a producir la explosión de la trompa, se traducen clínicamente por el síndrome "angor pélvico", que se repite varias veces separado por períodos de calma total. (Dato anamnésico clínico de valor extraordinario).

6.º) El Douglas doloroso es contemporáneo del dolor subjetivo (angor pélvico); del tenesmo rectal; de la distensión timpánica dolorosa (fleo fugaz); de los síntomas generales de la crisis: palidez, lipotimia, sudores, hipotensión, taquicardia, etc., etc., simulando frecuentemente una anemia aguda inexistente.

Máscaras hemorrágicas de shock en las crisis viscerales.

La atenuación del gran cuadro atenúa, a su vez, la manifestación del Douglas.

7.º) Accidentalmente, pero en forma concluyente, se puede comprobar que la distensión aguda de la trompa — por gas o por líquidos (lipíodol), en las exploraciones salpingográficas, — puede determinar crisis viscerales teatrales "tipo angor pélvico", superponibles a las del embarazo ectópico. (Máscara clínica de la anemia aguda).

EL DOUGLAS DOLOROSO SIGUE SIENDO SATELITE DE LA CRISIS VISCERAL y disminuye su intensidad conjuntamente con ella.

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.