Presentado en la sesión del 17 de Julio de 1929

Preside el Dr. Albo

El proceso de distensión visceral aguda en ginecología y el síndrome que lo expresa.

HECHOS CLINICOS

por los Dres. STAJANO y RODRIGUEZ LOPEZ

CASO 1

Enferma E. S. — Trigesta — 23 años. Estando en plena salud hace un cuadro agudo de vientre, caracterizada por un súbito dolor de tipo visceral, a punto de partida pelviano que irradia excéntricamente a todo el vientre no pudiéndose localizar el máximum de intensidad a los pocos momentos de iniciada la crisis. La enferma acusa un intenso tenesmo rectal. La agudeza del dolor es de tal intensidad, que la obliga a guardar una inmovilidad absoluta; presenta una palidez súbita e intensa; sudores fríos. Vista por el Doctor M. Rossi a los pocos momentos de iniciarse el cuadro, este piensa en un accidente en el curso de un posible embarazo ectópico. La vemos dos horas más tarde, y comprobamos el mismo cuadro, con la misma intensidad, y dándole la misma interpretación que el colega. El tacto nos revela: Douglas ocupado por el útero en retroversión; sumamente doloroso. No palpamos nada anexial. Ligera distensión abdominal uniformemente dolorosa. El pulso pequeño y batiendo a 120, nos induce a interpretar de acuerdo con la sintomatología general y física, como el índice de un accidente de gravidez ectópica severo, a pesar de no haber amenorrea y de estar en los días correspondientes al premenstruo.

La intervención es indicada de extrema urgencia. M. Rossi — Stajano — Anestesia Eter — Pfamnestiel — no hay una gota de sangre — en el peritoneo. Pequeña cantidad de líquido seroso en el Douglas. Útero congestivo en retroversión. Trompas congestivas sanas. En el ovario derecho, encontramos un quistehemático del tamaño de un perdigón, a gran tensión, y próximo a estallar. Resección del quiste con un segmento de ovario, todo él esclero-quístico y congestivo.

Terminamos el acto operatorio con una apendicectomía profiláctica en apéndice sano y curamos por Doleris la Retroversión. Postoperatorio normal.

Alta a los 9 días.

Nota. — Esta enferma fué vista por dolores sacro-lumbares dos años antes, debidos a una retroversoflexión que reducida manualmente, hizo desaparecer de inmediato sus dolores y permitió una gravidez.

En resúmen. — Pelvis congestiva — Anexos y útero edematosos — por la congestión aumentada por la retroversión uterina. Quiste he-

mático del ovario a gran tensión despertando una intensa y aguda crisis visceral.

Enferma que es vista en el curso de un cuadro agudo de vientre caracterizado por la aparición súbita de un dolor en el bajo vientre que la enferma no puede localizar con precisión irradiando a todo el abdomen, y que provoca un estado hipotímico dado su intensidad. Como antecedentes esta era una dismenorreica que habíamos catalogado dentro de las espasmódicas, y que tratábamos como tal, era además una irregular en sus períodos menstruales teniendo con frecuencia retardos de 10,15 días y hasta un mes. En el momento de su cuadro agudo la enferma está con un retardo menstrual de 10 días. Todo el cuadro subjetivo que presenta, no evoca sinó la idea de una trompa grávida que está a gran tensión en un empuje hemorrágico, o que se ha roto ya, dando el accidente final del embarazo ectópico. Tal es la iniciación brutal y sincopal del dolor, la palidez, la sudación, el pulso rápido, la sensación subjetiva de un tenesmo rectal intenso y por el lado del vientre una ligera distensión dolorosa. Por otra parte el tacto a la media hora de iniciarse el cuadro, nos muestra un Douglas ocupado por un cuerpo uterino — en retroversoflexión, sumamente doloroso, al punto de que no podemos sacar mayores datos del resto de los fondos de saco. A las dos horas vemos a la enferma nuevamente y la disminución de intensidad del cuadro es evidente. A las 24 horas el tacto vaginal es completamente indoloro y se aprecia el vicio de posición uterino y la ausencia absoluta de formaciones anexiales. Diez días de silencio completo, al punto de que la enferma vive en plena salud. Bruscamente al segundo día de su menstruación, que aparece con un retardo de veinte días, y con los caracteres habituales, la enferma hace un nuevo cuadro agudo, de mayor intensidad que el del primer día. Pulso 140. Facies pálido. Vientre doloroso y uniformemente distendido. Palidez extrema. Tenesmo rectal imperioso y Douglas hipersensible. Es todo el cuadro de la rotura de trompa en una gravidez ectópica y no dudamos en intervenir de inmediato, creyendo encontrar o una gran inundación peritoneal o una hemorragia más discreta pero en trompa distendida, dando en los dos casos uiformente, el mismo cuadro, por lo menos en los primeros momentos.

Intervención, anestesia Eter. — Stajano — Oreggia — Peritoneo libre, sin una gota de sangre. Pelvis violácea, congestiva, asiento de un intenso varicocele pelviano bilateral, predominante a izquierda. El útero en retroverso flexión acentuada; es reductible, mostrando ambas trompas sanas macroscópicamente pero intensamente edematosas por la congestión. El ovario izquierdo microquístico y edematoso, libre de proceso inflamatorio. El ovario derecho del mismo tipo que el izquierdo pero nos

muestra un pequeño quiste hemático del tamaño de una aceituna que asienta en la corticalidad y que está a punto de explotar, dado su gran tensión. Es un quiste hemático folicular, que espera una nueva hemorragia para vencer la elasticidad de sus paredes y derramar su sangre en el peritoneo. Resección del segmento ovárico en gajo de naranja y sutura del resto del parénquima a puntos separados, completando la operación con una ligamentopexia transparietal del útero.

Post-Operatorio Normal. — Su menstruación continuó dos días más en condiciones normales. — Alta a los 7 días. — Ha transcurrido un año del acto operatorio y señalamos, como hecho extraordinario la curación total de su síndrome funcional dismenorreico. La enferma no sufre más en sus períodos menstruales desde que se le corrigió su retroversión.

Consideraciones — No hemos querido dejar sin publicar estas dos observaciones, ya que hemos perdido algunas otras, especialmente una análoga a la primera operada en el Hospital Italiano y otra tratada en un sanatorio particular, que vienen a robustecer como hechos de experimentación, ciertas afirmaciones que proclamamos en nuestra tesis sobre «los cuadros agudos de vientre» (1) y que permiten renovar una discusión que provocamos en la Sociedad de Cirugía en su sesión del 22 de Mayo de 1922. En realidad en aquella comunicación, destacamos con tres observaciones perfectamente observadas, y llevadas a la mesa operatoria, de que:

Las mínimas hemorragias, a veces de algunas gotas de sangre, provocadas por estallido de pequeños quistes hemáticos del ovario depertaban el gran síndrome, de la inundación peritoneal con el cuadro de Shoch inicial más violento, o tan violento por lo menos como el de cualquier rotura de embarazo ectópico.

La observación clínica meticulosa, nos ha dado el convencimiento de que el cuadro dramático descrito en el embarazo ectópico, no es de propiedad exclusiva a ese proceso. Sin embargo hago la salvedad de que si bien en la práctica corriente hay ventajas y razones de prudencia para asociar ese síndrome visceral agudo con el probable diagnóstico de embarazo ectópico, que implica siempre una indicación operatoria inmediata y urgente, hay en cambio motivos y hechos de observación más que abundantes para meditar respecto a la fisiopatología del dolor y de las reacciones sintomáticas tan idénticas provocadas por procesos tan distintos de la patología abdominal al punto de que llegará un momento en que no hablaremos de síntomas de tal o cual enfermedad, sino que diremos síntomas de tal o cual proceso elemental.

Los dos casos que presentamos idénticos y completos en su sintomatología dramática, al punto que de extrema urgencia fueron intervenidos con el diagnóstico de gravidez ectópica, mostraron los dos una ovaritis es-

(1) «El cuadro agudo de Vientre». — Tesis de Agregación. — Año 1925.

troquística bilateral con un proceso congestivo complicado en el uno por varicocele pelviano, y aumentado además en los dos casos por la constripción pasiva dada por la retroversoflexión uterina.

La causa del síndrome violento fué la mínima hemorragia intersticial pleno quiste folicular en un ambiente escleroso y más que congestivo, llegar a la dehiscencia por estallido, y sin verterse una sola gota de sangre en el peritoneo.

En ambos casos el síndrome fué despertado por el proceso de distensión aguda intersticial dentro de una cavidad quística, en el ambiente ovárico. Este síndrome, como ya lo demostramos, no es un síndrome de anemia aguda. Es un síndrome de Shoc, es un síndrome inhibitorio que se instala brusca e instantáneamente y que se extingue poco a poco si la causa cesa.

Es idéntico por otra parte al proceso de distensión brusca de la tromba en el curso del embarazo tubario. No es otro el mecanismo que desencadena la tormenta sintomática durante las incidencias evolutivas de ese proceso. De ahí los pequeños cuadros agudos intermitentes y fugaces remonitores de la rotura tubaria en el curso de la gravidez ectópica y que están separados entre sí por períodos de calma absoluta. Es la intermitencia de la hemorragia, que se opera al nivel de un ovulo implantado en ambiente poco adecuado, lo que da ese carácter clínico tan importante al dolor en los procesos distensivos.

Son esas fases agudas, intermitentes de la distensión, operadas en los hematosalpinx grávidos, las que nos ha permitido hacer más de un diagnóstico y casi antes de examinar físicamente a la enferma. Nuestro diagnóstico completo se hace cada vez más modesto a medida que la clínica nos despoja día a día de conceptos parásitos y transmitidos por la rutina por la clínica empírica, y si al principio hacíamos el diagnóstico absoluto y categórico de embarazo ectópico con trompa en plena rotura, sin la menor duda, hoy hacemos en cambio otro diagnóstico más modesto, pero más real y más exacto de acuerdo con lo que hemos visto y es: frente a un síndrome del tipo que nos ocupa, formulamos el diagnóstico fisiopatológico de: **Crisis visceral aguda por distensión intersticial, o por distensión visceral de un órgano hueco**, y una vez definido ese síndrome, como clínicos que somos, tenemos todo el derecho de satisfacer nuestra humana vanidad afirmando su posible causa y es en este proceso mental diagnóstico que apelamos entonces a los antecedentes, a la evolución, a las concomitancias clínicas, a los pequeños datos que iluminan la pesquisa y por razones de frecuencia acertamos frecuentemente ya que no siempre, con un diagnóstico positivo. Hay algo invariable que rige la sintomatología abdominal y son sus mecanismos fisiológicos. Las reacciones elementales son siempre las mismas, al punto que si hay algo que diferen-

ciar frente a un cuadro agudo es por un lado la fisiopatología de las paredes del abdomen, con sus síntomas propios dada por su ractividad elemental y por otro la fisiopatología visceral con sus síntomas exclusivos dependientes de sus reacciones elementales a las cuales tan poca atención prestan los clínicos.

En lo que a reacción visceral se refiere diremos por lo que hemos visto y comprobado, de que el mismo y exacto síndrome lo despierta. Un proceso de distensión visceral aguda producida por:

a) Una hemorragia súbita en una trompa con una salpingitis hemorrágica quística. Es el tipo del hematosalpinx inusitado en la evolución de una paquisalpingitis hemorrágica;

b) En una trompa grávida, que se distiende en uno o varios empujes hemorrágicos, previos a la rotura o al aborto. (Hematosalpinx grávido).

c) En el curso de una inyección intrauterina hecha a presión pasando el líquido al través de una trompa flácida y sorprendiéndola por distensión.

He aquí el verdadero mecanismo de la crisis visceral en el curso de las irrigaciones intrauterinas y no la fantasía de la gota de agua vertida en su migración en el peritoneo, verdadera leyenda simplista que se sigue repitiendo en los libros clásicos y enseñando aún en las cátedras de ginecología.

d) Por el mismo mecanismo en el curso de la insuflación tubaria, hemos visto el choc siderante y brutal, del más típico embarazo ectópico. La inyección gaseosa brusca e imprudentemente practicada sin el manómetro como guía, es la responsable de la distensión gaseosa de la trompa, órgano flácido, órgano prácticamente inerte, y propicio a la distensión aguda y al estallido. Por el mismo mecanismo la inyección de leprodol).

e) Los procesos inflamatorios anexiales especialmente aquellos que han evolucionado latentemente y cuyo tipo nos los da la salpingitis quística bilateral, con un pasado y una evolución absolutamente silenciosa, y que en un buen momento una infección secundaria sobre aguda, infecta su contenido, provoca en muchos casos una distensión rápida por el encendido inflamatorio y despierta en determinadas condiciones el cuadro agudo de instalación súbita simulando una gravidez ectópica que estalla o dando el cuadro seudo hemorrágico cataclísmico, exactamente idéntico al clásico y conocido. Los doctores Nario y Berhouet nos favorecieron una pieza instructiva a ñeste respecto con su historia clínica correspondiente:

Enferma que entra al Hospital Pasteur con un cuadro agudo de vientre — sin pasado anterior, y sin embargo dos enormes salpingitis — quísticas crónicas y silenciosas habían evolucionado aclinicamente en esa pelvis, tal vez desde muchos meses o años atrás.

En el curso de una convalecencia de grippe, hace bruscamente el cuadro de la inundación peritoneal más típica ingresando a Pasteur a las

- horas de iniciado su gravísimo estado. Clínicamente era un embarazo ectópico en su modalidad cataclísmica y así fué intervenida por los doctores Nario y Berhouet. Operatoriamente se constata un viejo piosalpinx e había hecho explosión dentro de una pelvis libre y sin adherencias, y, inundación peritoneal era de pus séptico, que mata a la enferma pocas horas después.

Como vemos, son múltiples los procesos que dentro del mismo órgano, como los que describimos en la trompa, despiertan un mismo síndrome. En dos ellos coincide un mismo mecanismo; es la distensión inusitada por sangre, por aire, por agua, por pus y que por su violencia arranca las mismas notas a esa viscera y un síndrome semejante se presenta al clínico, que tiene tendencia a pensar siempre en lo más frecuente, puesto que en sus textos se asocia siempre ese cuadro al del embarazo ectópico.

En el ovario, viscera por otra parte hipersensible, con una innervación propia también a la esfera esplácnica se desarrollan procesos hemorrágicos ya sea dentro de folículos en distintos grados de evolución, ya sea en pequeños quistes, en ovarios con degeneración distrófica esclero-quística como en nuestros casos, pequeños procesos hemorrágicos favorecidos además por la congestión dada por las retroversiones, contribuyendo éstas por su parte a la estasis y a las angustias circulatorias del órgano. Son esas pequeñas e insignificantes hemorragias intraquísticas o intersticiales, que llegan a hacer explotar a veces la delgada pared quística dando un pequeño hilo de sangre (casos publicados) o pequeñas hemorragias contenidas en tensión (casos actuales) pero que en un todo se asemejan en su expresión sintomática, despertando el síndrome típico y clásico de la inundación peritoneal, con sus caracteres más cataclísmicos y sin embargo ni una sola gota de sangre puede encontrarse en el peritoneo.

En resumen: Para la exactitud del diagnóstico, para la mayor claridad en la enseñanza, cuando la practiquemos; para despojar de la mente acostumbrada por la rutina, a los diagnósticos basados en el empirismo que nos transmiten los libros clásicos regidos por conceptos puramente anatómicos, creemos de utilidad hacer nuestros diagnósticos de acuerdo con un fundamento más fisiológico y dividirlo en dos partes.

En la primera intentamos el diagnóstico de síndrome fisiopatológico de acuerdo con la sintomatología objetiva y subjetiva del enfermo. Por ejemplo en nuestros casos llegamos a catalogar el síndrome como de crisis visceral aguda por distensión en primer término y cumplimos con la primera etapa mental de nuestro diagnóstico. Cosa siempre posible.

En una segunda etapa intentamos cosa no siempre realizable, el diagnóstico causal de proceso y de órgano, siendo los antecedentes, la iniciación, la evolución y las concomitancias las que nos permiten aproximarnos cada vez con más probabilidades a la verdad completa.

No por esto estaremos exentos del error, pero nuestra tendencia a hacer diagnósticos cada vez más basados en los síndromes fisiopatológicos la justifica, la serie de constataciones que hacemos diariamente, confirmando nuestra manera de interpretar la sintomatología abdominal.

Nuestros dos casos son dos comprobaciones anatómicas más, hechas en la mesa operatoria, de nuestra manera de interpretar los síntomas: **tenesmo rectal y sensibilidad del Douglas**, de los cuales nos hemos ocupado con gran atención.

(1) Sociedad de Cirugía, 20 de Mayo 1922. — Cuadros simpáticos y hemorrágicos del vientre ginecológico. — "La distensión visceral". — Stajano. — Anales de la Facultad.

Presentado en la sesión del 17 de Julio de 1929

Preside el Dr. Albo

✓ *Fístula útero cutánea consecutiva a una cesárea abdominal*

por el Dr. D. Prat

Ema M. de, uruguaya, de 27 años de edad, es enviada a nuestro servicio de Cirugía del Hospital Pasteur. Hace cuatro años que fué operada en Fray Bentos, practicándosele una cesarea abdominal, después de habérsele practicado un forceps sin resultado. Al decir de la enferma, suponemos que se admitió como causa de la distocia, un quiste del ovario, cosa que no hemos podido aclarar debidamente, por no haber recibido contestación a nuestro pedido de antecedentes. Curó bien de su operación, pero hará aproximadamente unos cuatro meses apareció en la parte alta de la cicatriz abdominal, cerca del ombligo, un fístula. Por esta fístula sale pus y en los períodos menstruales, sale sangre con las mismas características de la sangre menstrual. Cuando ingresó al servicio, el orificio de la fístula estaba casi cerrado y era bastante difícil su cateterismo. Se hace el examen vaginal y se constata un útero de tamaño normal cuyo fondo presenta un cordón que lo fija a la pared a nivel de la fístula. Examen indoloro. Anexos bien. Presenta flujo debido a una cervicitis subaguda, para la que se le instituye un tratamiento enérgico. Dilatamos el orificio externo de la fístula, aplicándole una laminaria, y una vez ampliada su abertura, se inyecta una solución de yoduro de sodio en el trayecto y se le hace una Radiografía. Fué tan pequeña la cantidad de yoduro que penetró en el trayecto, que la radiografía fué negativa. El yoduro de sodio, hizo cerrar casi completamente la fístula al punto de que en el próximo período menstrual, apenas salieron unas gotas de sangre por el orificio. Se resuelve la operación que acepta complacida la enferma. MM

Operación. — Drs. Prat y Soto Blanco. Anestesia raquídea entre la 3.^a y 4.^a lumbares, solución de novocaína 0 gr. 10. Esta anestesia fracasó. Anestesia general al Eter. Incisión de celiotomía mediana, extirpando la vieja cicatriz abdominal y circunscribiendo el orificio fistuloso que está a unos seis centímetros por debajo del ombligo. Se abre el vientre y se encuentra un útero alargado, de unos diez y seis centímetros de largo, con un cordón que representa el trayecto fistuloso de unos seis centímetros de longitud, que va desde el orificio, cutáneo al fondo uterino. El epiplon está adherido al trayecto y al fondo del útero, se desprende y se reseca toda la parte adherente. Como el aspecto del útero es completamente normal, salvo la implantación de la fístula en su fon-