

SINDROM DUREROS HIPOGASTRIC DECLANŞAT DE ADMINISTRAREA INTRAVENOASĂ A ETERULUI *

dr. Şt. Monokl, dr. L. Ferencz

Eterul administrat pe cale intravenoasă, folosit în trecut şi pentru anestezia generală (Goodman, Gilman, 2), este aplicat exclusiv în scop diagnostic, pentru determinarea vitezei de circulaţie (timp braţ—plămîn). Cantitatea de 0,3 ml de „Aether pro narcosi“, injectată brusc în vena cubitală, de obicei nu cauzează inconveniente; foarte rar se observă apariţia unei fiebite aseptice (Păunescu-Podeanu, 4). Proba necesită precauţie doar la astmatici şi alergici (Friedberg, 1).

După determinarea timpului de circulaţie cu eter la 3 bolnave (din 818 cazuri) am observat apariţia unui sindrom dureros hipogastric, benign după evoluţie, dar dramatic ca aspect clinic, pe care nu l-am găsit descris în literatura accesibilă.

Iată prezentarea succintă a cazurilor:

1. Bolnava P. M., 24 de ani. Dg.: stenoză pulmonară. Determinarea timpului de circulaţie (cu eter şi decolin) la orele 10. La orele 13,30 în mod brusc apar dureri violente în hipogastru, sub formă de crampe, localizate mai cu seamă în partea dreaptă, asociate de o paloare marcată, stare generală alterată şi lipotimie. Puls 100/minut, T.A. 120/80 mm Hg. Bolnava este transferată de urgenţă la Clinica obstetricală, cu suspiciunea unei sarcini ectopice. Examen ginecologic: abdomen suplu perineu intact. Vagîn suplu, sept vaginal sagital incomplet în 1/3 superioară.

* Lucrare prezentată la cel de al II-lea Congres Naţional de Medicină Internă, Bucureşti, sept. 1969.

Col uterin dublu, cu 2 orificii circulare, pe ambele orificii coaguli de sînge. Corpul uterin în retroversiune, flancat la stînga de o tumoretă. Parametre suple, Douglas liber. Puncția fundului de sac Douglas la orele 14 și 18: negativă. Proba Galli-Mainini negativă. Sarcina ectopică se exclude după 3 zile de observație și bolnava se externează cu dg. de criză intermenstruală.

2. Bolnava M. E., 31 de ani. Dg.: Cardiopatie ischemică (coronarită reumatică?). La orele 10,30 se determină timpul de circulație cu eter și sulfat de magneziu. După 90 de minute, bolnava prezintă dureri accentuate sub formă de colici, localizate în hipogastru, fără iradieri, însoțite de tahicardie (100) și paloare. Abdomen suplu, cu sensibilitate dureroasă foarte exprimată în hipogastru. Durerile cedează la 30 de minute după administrare, de 1—1 amp. Plegomazin și Antidoren și 0,12 g Papaverină. Examen ginecologic: uter ușor mărit în volum, metritic, anexa dreaptă chistică, de mărimea unui pumn de femeie (hidrosalpinx?) și chist Bartolinian stg. neinflamat.

3. Bolnava Sz. B., 36 de ani. Dg.: Stenoză mitrală operată. La orele 11 se face determinarea timpului de circulație cu eter și sulfat de magneziu. După cca. 20 de minute apar dureri moderate, suportabile, localizate în hipogastru (linia mediană), fără iradieri. Durerile se intensifică progresiv, luînd un caracter de colică și după cca. 10 minute devin insuportabile. Abdomen suplu, hipogastru foarte sensibil la palpare. Bolnava este foarte palidă, tahicardică (100—120), prezintă lipotimie. T. A. 120/80 mm Hg. Durerile cedează la 2 fiole Mialgin, cca. la 1 oră după începutul crizei. Examen ginecologic: dismenoree primară.

Eventualitatea unei legături cauzale între administrarea i.v. a eterului și declanșarea crizei dureroase — în afară de principiul „post hoc ergo propter hoc” — se bazează pe de o parte pe similitudinea tabloului clinic observat, pe de altă parte pe lipsa totală a crizelor asemănătoare în antecedentele sau în evoluția ulterioară a bolnavelor. Administrarea eterului fiind asociată cu substanțe diferite (Decolin, sulfat de magneziu, gluconat de calciu), nu pare verosimil ca acestea din urmă să fi contribuit la declanșarea simptomelor.

Tresăturile principale ale sindromului dureros se pot rezuma în următoarele: criza apare în urma determinării timpului de circulație, după un timp de latență (30 de minute—3 ore și jumătate). Durerile sînt delimitate, cu o localizare hipogastrică (linia mediană sau paramediană), fără vreo iradiere caracteristică. Ele debutează brusc sînt de o intensitate foarte mare, insuportabile, avînd un caracter de crampă. Abdomenul rămîne suplu, dar hipogastru prezintă o sensibilitate dureroasă marcată. Criza dureroasă este însoțită de paloare, lipotimie și tahicardie; tensiunea arterială nu scade. Durerile cedează după administrare de analgetice (Mialgin, Antidoren) și spasmolitice (papaverină i.v.).

După excluderea unor boli extragenitale (intestinale, ortopedice și urologice), care pot cauza dureri hipogastrice, se poate presupune că tabloul clinic dramatic al crizei dureroase — care seamănă mult cu cel al gravidității ectopice — corespunde unui sindrom ginecologic de „durere pelviană” („pelvic pain”) (László, 3). Acesta din urmă, după diferiți autori, se poate recunoaște după următoarele mecanisme patogenetice: leziuni ale plexului hipogastric („plexalgie hipogastrique” a lui Cotte și Dechaume), spasmul musculaturii netede din parametru („parametropathia spastica” a lui Martius), congestia vasculară și limfatică din bazin („congestion fibrosis syndrome” a lui Taylor), sau distonia sistemului nervos vegetativ („pelvipatia vegetativă” a lui Klotz).

La toate cele 3 cazuri au preexistat anumite anomalii ginecologice, complet asimptomatice (vezi prezentarea cazurilor). Bolnavele 1 și 3 nu au fost niciodată gravide, bolnava 2 a dus la termen două sarcini normale. În ce privește ciclul menstrual, în timpul crizei dureroase o bolnavă (3) a fost cu 8 zile după menstuație, a doua în perioada premenstruală (2) și a treia la mijlocul ciclului (1).

Se poate presupune, că pe terenul unei afecțiuni ginecologice preexistente, dar asimptomatice, eterul administrat i.v., printr-unul din mecanismele sus-citate

a cauzat o hiperemie progresivă în teritoriul vascular hipogastric, care după un oarecare timp a fost urmată de o contracție spastică a musculaturii parametrilor. Menționăm prezența semnelor evidente de distonie neuro-vegetativă la toate 3 bolnavele.

Sosit la redacție: 15 octombrie 1967.



Bibliografie

1. FRIEDBERG CH. K.: Erkrankungen des Herzens. Georg Thicme Verlag, Stuttgart, 1959;
2. GOODMAN J. S., GILMAN A.: Bazele farmacologice ale terapiei, Ed. Med., București, 1960;
3. LÁSZLÓ J.: Orv. Hetil. (1964), 105, 1494;
4. PAUNESCU-PODEANU A.: Ghid de date biologice normale și patologice. Ed. Med., București, 1962.