

## LA ETIOLOGIA DISTENSIVA AGUDA EN PATOLOGIA GENERAL (\*)

### La clínica de síntesis

Dr. Carlos Stajano

La etiología distensiva aguda y crónica en el dominio explícito, impone ser tratada en un capítulo especial y tan elemental como fundamental dentro de la Patología General.

Su componente vaso-motor reflejo, debe de integrar el conocimiento de la Patología de todo cirujano general y especial.

Esta afirmación es la culminación de un viejo concepto iniciado en la clínica y profundizado en forma ininterrumpida desde el año 1920 hasta ahora. Me refiero a la Etiología distensiva, en sus formas anatómicas y sintomáticas configurando el objetivo de una enseñanza realizada tanto en la Patología como en la interpretación, en la enseñanza clínica, así como ha orientado toda una búsqueda experimental reproduciendo diversos capítulos de entidades patológicas así como también ha fundamentado precisiones terapéuticas.

---

La distensión, como factor etiológico, puede ser exclusiva y dominante o determinante por sí misma de la lesión y sus consecuencias.

Interviene asociada a otras etiologías concurrentes, como la infecciosa, la tóxica, la alérgica, la hemoclásica y hasta la psíquica en los cuadros habituales de la Clínica. Por tal razón, nos esforzamos por destacar su verdadera jerarquía encarándola en forma especial en sus múltiples aspectos.

La distensión abdominal como síntoma dominante en la Patología del vientre agudo, impone la Laparotomía de urgencia, sin pretender en la gran mayoría de las circunstancias el precisar el origen o naturaleza lesional del proceso causal. Muchos

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el 1º de noviembre de 1961.

años de actuación clínica confirman nuestra convicción, configurando nuestra humildad frente al diagnóstico diferencial, conduciéndonos a proceder sin dilación al tratamiento quirúrgico inmediato si el diagnóstico anatómico y lesional es frecuentemente imposible de lograr, en cambio es posible formular el diagnóstico fisiopatológico de la *distensión visceral aguda* con el auxilio de un bien orientado interrogatorio clínico, lo que nos permite arribar en un alto porcentaje de casos al perfecto diagnóstico fisiopatológico, basado en las posibilidades de la justa interpretación. El concepto clínico diagnóstico, así como el proceso mental que lo elabora, es totalmente diferente si nos movemos con la exclusiva información anatómica, a cuando le damos además de su justo valor, el refuerzo conjunto del mayor conocimiento fisiopatológico de las reacciones que la víscera genera ante la polimorfa agresión.

La *distensión abdominal*, síntoma universal de agresiones muy diversas, requiere primero ser analizada en sus orígenes, para luego ser interpretada con grandes probabilidades en la complejidad de la clínica frente al enfermo en que se presentan asociados procesos, muy distintos de:

- A) La patología médica o quirúrgica espontánea.
- B) Los variados procesos de la patología post-traumática.
- C) Las incidencias provocadas por el cirujano en el campo operatorio corriente.
- D) Las complicaciones posibles del postoperatorio inmediato o tardío, dando razón de la complejidad y extensión de este proceso elemental.

Toda una profusa y variada patología justifica este capítulo de síntesis relacionado con la injuria distensiva aguda y crónica, con su patología grosera de iniciación, con sus representantes morfológicos, su expresión sintomática, y su manifestación histológica, la que puede ser tan reversible como fugaz.

Así también deben ser eslabonadas las sucesivas y graduales consecuencias de la organización conjuntiva de sede intersticial, la que merece en el epílogo del drama, la misma síntesis, relacionada con la esclerosis resultante irreversible, que como reliquia inerte queda atestiguando un pasado de nocividad, de la cual fue cómplice involuntario o encubridor inconsciente el clínico expectante que no supo valorar el alcance de la nocividad de la injuria distensiva, ni las irremediables consecuencias, de la organización conjuntiva, elaborada ante su pasiva contemplación.

En esta concepción de síntesis de exclusiva factura y base clínica, extractamos las causales aparentemente diferentes de la

propia distensión, pero de idénticas consecuencias sintomáticas, por ser respuestas a una uniforme y precisa modalidad reaccional de diferentes tejidos que se rigen reaccionalmente por los moldes elementales de la vida neurovegetativa. He aquí el orden de esta resumida exposición:

a) *La distensión aguda* en la patología médica o quirúrgica se hace presente:

I. Dentro de los órganos huecos, cavitarios o canaliculares. Uretra, vejiga, vesícula y canales, trompa, bacinete, uréter, etc., etc.

II. En el espesor de los órganos macizos, en forma circunscripta o difusa (Hígado, páncreas, ovario, riñón), así como en el espesor de las propias paredes de los órganos huecos.

III. En la brusca tensión de las telas serosas:

- a) De revestimiento visceral.
- b) De revestimiento parietal.
- c) De revestimiento de los mesos.

IV. En las crisis de hipertensión vascular aguda:

- a) Arterial.
- b) Venosa.
- c) Linfática. Aún no estudiada.

I. *La distensión aguda cavitaria es ejercida:*

I) *Por retención aguda y brusca de secreciones o excreciones ante variados OBSTACULOS A SU EVACUACION NATURAL:*

a) *La bilis.* Toda la patología obstructiva aguda, sub-aguda y crónica del árbol biliar extra e intra hepática.

b) *El mucus.* Hidrocolecisto simple o infectado. Hidrosalpinx simple o infectado. Mucocele apendicular en accidente.

c) *La orina.* La patología obstructiva de todo el tracto urinario.

d) *El pus.* Por encendido inflamatorio de todas las retenciones.

e) *La sangre.* Las hemorragias cavitarias retenidas. Intestinales. Hematosalpinx. Hematuria. Hemobilia.

f) *Contenido intestinal y gases* en las oclusiones de todo tipo:

- a) De causa mecánica.
- b) De causa dinámica.
- c) De naturaleza paralítica.

II. *La orina, la bilis, el mucus, la sangre, el contenido intestinal, los gases, el pus, contenidos por la cubierta peritoneal continente,* ejercen hasta su rotura, la más intensa de las injurias chocantes.

a) La fractura grave de pelvis y el hematoma subperitoneal mortal de la clínica traumatológica y corriente en la Morgue.

b) El hematoma subseroso post-operatorio por debajo de la peritonización correcta, es de pronóstico gravísimo o mortal, así como los hematomas subpleurales por debajo de la pleurización en la cirugía torácica.

c) El hematoma subseroso disecante del hígado post-traumático. (Casuística y necropsias).

d) El hematoma subcapsular del bazo post-traumático y su sintomatología expresiva reeditan la misma función fisiopatológica con su similar colorido.

III. *El vaso arterial o venoso o linfático* con sus paredes y contenido circulante, lo hemos incluido de acuerdo a nuestras comprobaciones de orden clínico y experimental, en el capítulo de idéntica reactividad, ante la distensión, equiparándolo en su fisiopatología inmediata así como en la tardía de organización esclerosa, a la de las vísceras huecas en general.

El propio contenido circulante obra como agente directo hipertensional.

a) La hipertensión arterial aguda. (Sus cuadros).

b) La hipertensión arterial crónica. (Sus consecuencias).

c) La hipertensión venosa en todo territorio. (Sus cuadros).

d) La hipertensión venosa en todo territorio. (Sus consecuencias y secuelas).

e) No hemos estudiado por el momento, *la hipertensión linfática*.

IV) *La distensión aguda intersticial de los órganos macizos así como en el espesor de las propias paredes de los órganos huecos.*

Procesos muy diferentes ejercen como efectores de la ingurgitación que se opera en el intersticio de los parénquimas.

a) La congestión, la rotura vascular y la hemorrágica, en los traumatismos viscerales cerrados del abdomen y contenidos en el espesor de la víscera. Hígado. Bazo. Riñón. Páncreas en sus formas circunscriptas o difusas.

b) Los procesos mecánicos ligados a la insuficiencia cardíaca de las cavidades derechas y de la gran asistolia repercuten en el intersticio hepático. Es el hígado cardíaco pletórico de sangre venosa que alberga el caudal de la sangre de retorno y que duele en su agrandamiento por la distensión intersticial de la progresiva congestión. La disminución de tamaño, la descongestión y la desaparición de la tensión y su dolor son correlativos y la cirrosis de origen venoso es la consecuencia final.

c) Los procesos fluxivos reflejos del intersticio, consecutivos a la injuria distensiva visceral determinante se hacen en la vecindad cercana o distante, su expresión evidente nos es dado de entre otras por el drama intersticial de las colecistopancreatitis, permitiendo unificar las distintas fases del proceso a través del mecanismo fisiopatológico elemental.

La etapa de edema inicial, (Pancreatitis edematosa pura); la infiltración hemática sin rotura y a expensas de una auténtica eritrodiapedesis inundando el intersticio, (Pancreatitis hemorrágica); el proceso de necrosis resultante de origen vascular y del diastásico consecutivo, (Pancreatitis necrótica), nos autorizan a través de la experiencia clínica y anatómica controlada a formular el concepto de Unidad fisiopatológica dentro de un mismo proceso cataclísmico, histiocapilar del intersticio, así como a desenterrar el novelesco y pretensioso capítulo del diagnóstico diferencial de esas distintas formas anatómicas de la clínica corriente.

El edema, la sangre, la colección plasmática, la movilización conjuntiva joven y la necrosis terminal, ejercen en su etapa aguda de infiltración una misma y exacta respuesta reaccional de tensión del intersticio, con su respuesta natural y sólo la imaginación autoriza a asignarles a cada una, una acción o modalidad particular.

Diferentes entidades analíticas de la Patología de la Vesícula biliar, nos autorizan a unificarlas conceptualmente mediante el nexo fisiopatológico constante que las configura de acuerdo a un exacto mecanismo de producción.

El intersticio parietal de sus paredes, reacciona ante la distensión de su contenido del mismo modo que esa misma injuria enciende a distancia tanto en el páncreas, como en el pulmón, como en el espacio intersticial del hígado (Kierman) una exacta tormenta vasomotriz e histiocitaria con sus exactas consecuencias. Es la fluxión intersticial refleja que hemos estudiado experimentalmente y que ha confirmado en forma insospechada toda una orientación clínica que nos fue persistentemente combatida antes de su demostración experimental.

La colecistopatía aguda por distensión:

a) Filtrante; b) Edematosa; c) Hemorrágica, disecante, submucosa y exfoliatriz; d) Necrótica, aséptica y excepcionalmente la séptica, pero como complicación sobregregada, adquieren todas ellas una compacta unidad, sólo a través de un concepto fisiopatológico de síntesis, simplificando la compleja y múltiple nosología analítica basada en el exclusivo hecho anatómico que en cada momento se caracteriza por su fisonomía particular.

El parentesco de la Unidad le es conferido por la Unidad

reaccional de su intersticio, cuya fisiología y fisiopatología nos ha sido dado colocar en el primer plano de la Patología General. Refuerza además nuestro criterio terapéutico intervencionista, con el fin de aventajar la marcha implacable de la fluxión intersticial hacia la esclerosis, cuyo cómplice involuntario ha sido el médico tratante, con la respetable preocupación de dar tiempo al mejor estudio y completa información. Mientras tanto se da tiempo al fibroblasto a despojarse de sus núcleos y la hialinización esboza la cicatriz terminal, en plazos variables que hemos podido verificar en la clínica en el curso de 15 y 20 días y con motivo de una segunda intervención. (Casuística presentada).

La mínima hemorragia intersticial distensiva en el seno del intersticio del ovario y la hemorragia folicular insignificante por su cantidad está en desproporción con la magnitud de su alarma sintomática, que es en todo idéntica a la de la distensión de la trompa grávida con su repercusión pélvica y general. No insistiremos en este capítulo que describimos con precisión ya en 1924 y 1925.

---

V *La brusca tensión de las telas serosas ha sido estudiada:*

I) En el peritoneo visceral, en el hematoma subseroso post-traumático del hígado, del bazo o del intestino, o el periuterino, etc, con exacta significación.

II) *En el peritoneo parietal. En el gran hematoma retroperitoneal* y su relativa tolerancia merced al ambiente de su laxitud, en contraste con *el pequeño hematoma por debajo de la tienda de peritonización pélvica* cuya gravedad no está en relación con el exiguo tenor del hematoma.

III) *La reflectividad y sensibilidad del ligamento falciforme* en el curso del Neumoperitoneo diagnóstico o terapéutico, con la comprobación clínica y experimental, de la axiomática fluxión intersticial refleja en el intersticio pulmonar cuya trascendencia hemos destacado, revelan la acción dinámica, de su acción curativa tanto en el abdomen como en el espesor de sus paredes, como en las modificaciones operadas en el intersticio pulmonar (En la terapéutica de las tuberculosis).

IV) *La extrema sensibilidad de los mesos-viscerales* denuncian que éstos no toleran, ni la tracción ni la violencia brusca en su manejo.

Este estudio clínico fue realizado con la colaboración de los anesthesiólogos que son los vigilantes de la fisiología del operado y de las intempestivas maniobras quirúrgicas, así como en el terreno experimental, con sus gráficas de pulso, respiración y presión, permitiéndonos incorporar técnicas de protección en las

grandes explenectomías, en el manejo de los infartos intestinales, así como en las distorsiones de vólvulos y en el curso de las resecciones cuyo epílogo mortal en pleno shock pasó desapercibido en su causa a muchos operadores desposeídos de la causa y motivo de tal nocividad.

VI *La distensión aguda en el territorio vascular arterial venoso o linfático.* El tono tensional regula el calibre de los vasos mediante un sutil juego de sensibilidad endotelial coordinando acciones vegetativas automáticas de contracción o de dilatación vascular. Los fenómenos y trastornos hemodinámicos, con los modernos medios de exploración tensional, angiográfica, gaseosa, etc., han enriquecido el acervo del cardiólogo y angiólogo contemporáneo. Sin embargo la vieja documentación anatómica del vaso enfermo, está esperando ser vivificada a través del hecho fisiopatológico que le dé significación. La terapéutica actual a pesar de los grandiosos adelantos de la técnica, suprime vasos, injerta nuevos, restablece con toda clase de plastias territorios totalmente desprovistos de vida, pero sigue, a su pesar siendo una terapéutica sintomática y simplista, a pesar de su esplendor, pues actúa en las etapas terminales, de un largo y variable proceso evolutivo. Un nuevo camino se abre ante el gran capítulo que se refiere a la reflectividad de todo el árbol vascular, y a la sinergia de automatismos en los mecanismos de regulación de la capilaridad y tono arterial y venoso conjuntos. Reflectividad que responde a la tensión sobrepasada de un determinado umbral de tolerancia fisiológica. La hipertensión arterial y la sobre tensión venosa son eminentemente reflexógenas, del mismo modo que las paredes de toda víscera hueca. La respuesta elemental y constante se opera mediante el flujo intersticial que se origina en la capilaridad con la acción conjunta de los elementos del mesénquima que los aloja, y es a nivel de los vasos vasorum de las gruesas paredes donde se descubre la inicial flujión intersticial que elabora el futuro destino funcional del vaso en causa. Es la injuria distensiva accidentalmente episódica la que determina la agudeza del síndrome chocante del angor el que no se limita a la grosera expresión dolorosa y de angustia y a la sintomatología dramática general, sino que mueve por mecanismos reflejos flujiones intersticiales directamente generadas por la específica agresión original.

La vieja clínica asoció en forma indisoluble, a la hipertensión esporádica con el drama pulmonar reflejo, del edema agudo del pulmón, el que se reproduce a voluntad en el manejo experimental de laboratorio, con la variable resultancia de acuerdo a

la especie animal, siendo el perro el más resistente, comparado al gato, conejo o la rata.

Hemos estudiado la respuesta pulmonar, en injurias arteriales de la carótida, de la fémoro ilíaca, de la renal, con sus respuestas constantes y en un todo similares a las distensiones de vísceras abdominales distantes. Las etapas extensivas se hacen gradualmente en el vaso, el perivaso y a distancia. Sólo experimentalmente es posible sorprender las etapas iniciales de la fluación intersticial, la que se inicia en la capilaridad de los *vasa-vasorum* de los vasos distendidos.

El espesamiento de la pared conduce con la inelasticidad del vaso, al menor aporte del flujo arterial y en ciertos territorios hasta la obliteración total por la esclerosis resultante.

Motivo de nueva y fecunda investigación se concentra en otro aspecto de la *regulación arterio venosa*. He aquí el hecho: en todo territorio arterial terminal (riñón) el menor aporte vascular o su supresión brusca, mediante la ligadura experimental, provoca visiblemente, en forma anatómicamente comprobada, la brusca dilatación venosa en todo el territorio isquémico. La trascendencia de esta búsqueda la omitimos por ahora el comentar. (En el miocardio, en el cerebro, en el riñón, en la Patología de Wolkman, en las torsiones pediculares, en la Patología de la pared intestinal, etc.), es permitido rectificar el concepto clásico del infarto en general.

*La Patología refleja consecutiva a la injuria distensiva aguda de la vena* y su proyección intersticial dentro de su pared, en el ambiente celular que la envuelve y a distancia, ha sido motivo de una prolongada labor. Por fin nos propusimos investigar las etapas *sub crónicas o prolongadas* de la injuria distensiva de la vena cuyo estudio realizamos en el pulmón, mediante anastomosis arterio venosas en el perro, con la colaboración de los doctores Abbo, Roglia, Burgel, Surraco, etc., aportando elementos que nos permiten configurar el capítulo de los reflejos endovásculo intersticiales, así como su progresiva evolución y los grados de reversibilidad de ese proceso de organización y más tarde, el de adaptación consecutiva.

No hemos abordado el estudio de la reflectividad del aparato linfático, por razones que nos impidieron lograr nuestro fin.

*Panorama final.* La síntesis fisiopatológica nos ha sido revelada por la Clínica analítica a través de todo un pasado de enseñanza de ciencias básicas y de la Clínica. Tuvo como antecedente un programa de investigación, presentado como prólogo a nues-



tro ciclo de docencia desde nuestra tesis de Agregación en el concurso realizado en el año 1925, con nuestro trabajo "El Cuadro agudo de vientre". Si de todo lo vivido, hemos de extractar alguna enseñanza, hemos de ofrecer a las generaciones que nos suceden, una de sus más provechosas infusiones de aliento, por cuanto no deben medirse, ni los sinsabores de una empresa, antes de iniciarla, ni las inclemencias de una época, dado que nos iniciábamos en una era impregnada de conceptos estáticos, edificada sobre un sólido e inmovible fundamento morfológico. Nuestra modesta tesis de Agregación condensaba desde ya una definida orientación funcional, y un concepto de síntesis fisiopatológica, de acuerdo a la vivencia de una Clínica, que se oponía a la clásica la que sólo consideraba como existente y real a la evolucionada y ostensible lesión anatómica.

Declaramos que vivimos con rubor durante los primeros años, el exiguo caudal y volumen de aquella publicación, con sus escasas 150 páginas, sin un solo grabado, frente a las abultadas y documentadas tesis anatómicas de mis brillantes contrincantes. Sin embargo, hemos llegado ya casi a los 40 años de ese acontecimiento y nos apercebimos recién que toda nuestra vida docente ha sido orientada con aquella definida dirección, profundizando sin apercebirnos en todo ese largo recorrido, cada una de sus páginas, confirmando una invariable orientación y generando sucesivos capítulos de una nueva construcción.

La Facultad de Medicina a través de sus cátedras, nos dio la oportunidad de afrontar la opinión adversa, en sucesivas, cruentas y prolongadas batallas, y de la discusión y sus consecutivas derrotas ante valiosos y fieros contrincantes; lejos de rendirnos, renovamos nuestra convicción combativa, teniendo que recurrir a las armas efectivas de la experimentación, improvisándonos en el método y la disciplina experimental, con todos los sinsabores y carencias del medio y de las épocas. Nuestra guía constante emanó de la convicción y de la libertad del lastre de la opinión ajena, permitiéndonos ver con claridad por encima del "plafond". *La Patología refleja fue la emanación natural, del concepto clínico y fisiopatológico de la distensión aguda.*

No fue ya, el síntoma clínico funcional emanado de tal injuria, sino el representante histológico genuino, provocado en dilatada extensión, a nivel de los intersticios viscerales lo que nos permitió ensanchar los horizontes de la Patología conocida, hacia las intimidades del mesénquima, desconsiderado o menospreciado hasta entonces, frente a la magnificencia ostensible de la organización epitelial. Nuevo jalón del gran proceso de síntesis conquistamos sucesivamente a través de nuevas comprobaciones con-

cordantes, en la Patología de órganos como el pulmón, el hígado, el riñón, el útero o el ovario, lo que nos revela el inmenso y trascendente panorama de la fisiopatología refleja del mesénquima, distribuido con profusión por toda la economía.

El auge de la especialización, enriquece el acervo del Clínico contemporáneo con el virtuosismo de que carece el médico general, pero que a fuerza de profundizar en el tubo de perforación, pierde la visibilidad del extenso territorio de su asiento y a pesar de sus conquistas invalorable, malogra los destinos y la eficiencia de la terapéutica integral, desconectando en sectores de corte feudal la indivisible Unidad Funcional del Organismo vivo en trance de enfermedad.

La nueva visión de una Patología viviente integral, no es una mera vista del espíritu. Es la nueva etapa que se le ofrece al investigador contemporáneo, obligado a concentrar en un esfuerzo de ordenación el valioso material acumulado por el anatomista y por el especialista de toda actividad que ha acumulado en cámaras herméticas, todos sus tesoros adquiridos, pero sin prestar mayor aporte a la comunidad fisiopatológica del conjunto orgánico.

A nuestra Facultad rindo al final de una larga jornada docente, las debidas cuentas de lo actuado. En premio de reconocimiento me ha honrado con el exponente más expresivo de su gratitud, concediéndome un pequeño laboratorio de investigación, para estimular mi inagotable empeño. En la línea estoy de retribuir tal deferencia, que trataré de justificar en el saldo de tiempo que aún me resta por vivir, para justificar el merecimiento de tan grande ofrenda, la que sólo se agradece con derroche de voluntad, en aras del trabajo y de la verificación de la verdad, que es el máximo tributo que puede un ciudadano de la Universidad rendir a las juventudes estudiosas, a sus conciudadanos y al país.

**Dr. Rafael García Capurro.** — Es con enorme satisfacción que veo que el Dr. Stajano continúa siempre joven y que tiene proyectos para seguir investigando en el tema que tantas veces nos ha traído. Estamos perfectamente de acuerdo con él en que el organismo reacciona en todos sus sectores frente a una agresión. Y de todas las agresiones, evidentemente la distensión es la agresión más violenta en la cual el organismo sufre más. El Dr. Stajano nos promete que nos traerá hechos concretos y nos quedamos a la espera de ellos porque estamos seguros de que esas comunicaciones serán extremadamente interesantes.