

Editorial

La congestión pélvica

La clínica, escenario de observación
y fermentario de investigación

Dr. CARLOS STAJANO

Encaramos este Editorial, evocando al Prof. Carlos A. Castaño, de Buenos Aires, que tuvo el mérito en 1913 de reactualizar el capítulo de la Congestión pélvica clásica, a través de numerosos aspectos de semiología física y especialmente funcional, menospreciados hasta entonces por el dogmatismo morfológico imperante en la ginecología y en la cirugía general. El que suscribe se ha ocupado del tema desde 1919 hasta el presente, aportando sin cesar contribuciones anatómicas de orden lesional y de topografías segmentarias de los procesos venosos pelviabdominales, así como las expresiones y máscaras clínicas en la patología crónica del abdomen ginecológico. Hemos dejado consignado los múltiples intentos quirúrgicos de entonces a hoy, frente a este complejo venoso, reconociendo que los conceptos dirigentes adolecían del fundamental cimiento fisiológico. La morfología exclusiva y el estudio anatómico exhaustivo, lejos estuvieron de revelar los misterios de la vivencia reaccional y fisiopatológica de las lesiones patológicas. No es del caso reeditar la importancia que hemos asignado a este capítulo de la clínica francesa del final del siglo y el retardo en ser considerado en las diferentes escuelas. No obstante ese pasado preñado de carencias, este capítulo ha sido fecundo, pues se ha revitalizado a través de numerosas conquistas logradas en otros dominios de la fisiopatología general aportando a la fisiología angiológica nuevos hechos que enriquecen el acervo de nuestros conocimientos. Las venas, desde nuestro aprendizaje, fueron encaradas como simples tuberías de pasaje y de desagüe de retorno y su fisiología muy elemental fue prácticamente ignorada. El sistema venoso, morfológicamente conocido por el anatomista y el cirujano en el campo operatorio, ocupó un secundario lugar y actuó como la "Cenicienta" en la fisiología vascular. Fue esto, consecuencia de la época feudal del conocimiento y de las prácticas docentes. El dogmatismo morfológico obligó a estudiar la anatomía, la fisiología y por consiguiente la patología de la arteria, de la vena y del linfático, en capítulos distantes y hasta como materias diferentes.

El momento actual es de entera revisión, y menester es analizar el hecho clínico y edificar con sus propios materiales la nueva fisiología, sugerida por el hecho fisiopatológico que traduce una realidad. El método experimental ha permitido resolver muchas incógnitas, reproduciendo en el animal circunstancias cuya explicación no era dado responder ni a la clínica, ni a la más exhaustiva información histológica.

Esos hechos aclararon en forma decisiva su significado, sacando del punto muerto a muchos capítulos de la patología vascular que nos permitió descubrir LA CORRELACIÓN FISIOLÓGICA Y FISIOPATOLÓGICA DEL INDISOLUBLE CONSORCIO VENOSOARTERIOLAR con sus proyecciones a la patología y a la clínica diaria.

Veinte años de silenciosa labor experimental, nos autorizan a erigir el concepto de la "vena viviente", frente al concepto clásico de la "vena cadavérica" del anatomista.

La VENA "VIVA" está provista:

- a) De una sutil sensibilidad endo y paravasal reactiva.*
- b) De un potencial reflexógeno en función de su rica inervación neurovegetativa.*
- c) El agente dinámico de esa reflectividad emana del grado tensional de su contenido.*
- d) Hemos jerarquizado de entre otros estímulos, a la etiología distensiva aguda, subaguda y crónica.*
- e) No hacemos mención de los estímulos eléctricos, térmicos, químicos o radioterápicos por considerarlos artificios de laboratorio, útiles en otros sentidos, pero excluidos de nuestro método experimental, pues sólo actuamos con el estímulo natural del propio organismo viviente.*
- f) El área de proyección de sus efectos es contigua, cercana y distante en el resto del aparato vascular y se manifiesta en la red capilar de los intersticios. Esta respuesta fluxiva es axiomática e inmediata y obedece al impulso tensional procedente del endovaso. Esto nos ha permitido abrir el fecundo capítulo de la PATOLOGÍA REFLEJA ENDOVASCULO-INTERSTICIAL, tanto en la arteria como en la vena.*
- g) La respuesta intersticial es cronológicamente instantánea y su constitución es de orden conjunto capilar e histiocitario. ES LA REACCIÓN HISTIOCAPILAR revelando una aptitud constante del elemento vascular indisolublemente unido al dinamismo histiocitario.*
- h) El proceso es reversible frente a la agresión o injuria episódica, o es persistente y evolutivo si la agresión es iterativa o crónicamente prolongada. Hemos precisado el tiempo de duración de las reacciones, así como de sus graduales etapas evolutivas, hasta comprobar la elaboración lesional intersticial esclerosa y definitiva de los diversos parénquimas.*

i) *Una gran y concreta suma de hechos nos conducen por conceptos clínicos a provocar fluxiones distantes mediante injurias distensivas y sus proyecciones lejanas, lo que nos permitió poner de manifiesto el substractum vascular fisiopatológico de los REFLEJOS VISCEROVISCERALES. Sus primeras revelaciones, nos dieron ocasión de resolver las incógnitas hasta entonces en boga, respecto a las complicaciones pulmonares postoperatorias y postraumáticas (1949-1950).*

j) *La verificación objetiva del POTENCIAL DINAMÓGENO DE LA VENA, es un aporte fecundo para la fisiología elemental, y trascendente por sus derivaciones, en todas las órbitas de la patología general.*

La distensión aguda de la vena yugular, iliaca, femoral, cava a diverso nivel, porta, uterina, espermática, oftálmica, etc., enriquecen con sus hechos tal concepto.

k) *Capítulo especialísimo es el que se refiere a la REFLECTIVIDAD CONJUNTA ARTERIOVENOSA Y VENOSOARTERIOLAR, comunicado "in extenso" en los últimos tiempos en nuestra Sociedad. La distensión aguda del árbol venoso, pasado cierto umbral actúa en sentido vasoconstrictivo en el sistema arterial y arteriolar. A su vez, la vasoconstricción primitiva del sector arterial, pro oca axiomáticamente la dilatación aguda del sistema venoso territorial.*

Estos hechos se incorporan a la fisiología, revelando las relaciones dinámicas constantes entre la arteria y la vena, así como las leyes que rigen su determinismo tanto en la vida normal como en la FISIOPATOLOGÍA DE LOS INTERSTICIOS, que es el nivel en que tendremos que encarar todos los problemas de la patología actual.

Dejamos constancia que nuestra orientación abarca temas de diversa índole aparentemente, pero existe en todos ellos una coherente unidad. Cincuenta años han girado al través de la etiología distensiva en patología general. La hemos verificado y confirmado plenamente en los órganos cavitarios y canaliculares; en el intersticio de los parénquimas sólidos; en las serosas de revestimiento parietal y visceral; y en estos últimos tiempos en los vasos arteriales y venosos. Lo que pone en evidencia la jerarquía etiológica de la distensión en todas sus formas.

Insensiblemente hemos sido llevados a concebir una remodelación de la nosología clásica, toda ella exclusivamente lesional y analítica, haciéndola progresivamente sintética y funcional, logrando aglutinar en grandes capítulos a entidades similares, hoy dispersas en el muestrario morfológico de la patología clásica. La enseñanza de la patología visceral se hará más simple cuando se fundamente toda ella en la patología intersticial de base. La diferenciación funcional de los parénquimas definirá en cada caso siempre su individualidad, pero seguirá siendo constante la fisiopatología de su subsuelo epitelial, que es común a todos los parénquimas. La angiología del INTERSTICIO COMÚN será el centro eje de la patología, y la patología general se erigirá sobre tal

estructura vital. La patología pulmonar permite desde ya concebir su remodelado y jerarquizar el dominio intersticial, en la rectoría del epitelio respiratorio, colocando en primera línea a la FISIOLÓGIA Y FISIOPATOLÓGIA ANGIOLÓGICA DEL INTERSTICIO DEL PULMÓN.

En el mismo sentido me refiero a otros capítulos tales como:

a) El del concepto clásico del infarto visceral, frente a la noción fisiopatológica de la acción refleja arteriovenosa o venosoarterial.

b) Al de las diferentes cirrosis viscerales, construidas en forma similar en todos los parénquimas.

c) Al de la transformación arterítica de los procesos primitivamente venosos [(várices del miembro inferior) (Nario)]. El ovario escleroquistico venoso y su evolución arterítica (Stajano). La congestiva uterina y la angiosclerosis (Richelot). Las parametrorrectitis asépticas, congestivas y retráctiles (Kuss).

d) Diferentes capítulos atingentes a las consecuencias fisiopatológicas y lesionales del menor aporte arterial.

e) Otros tantos capítulos atingentes a las consecuencias fisiopatológicas y lesionales consecutivas a la plétora venosa.

g) El capítulo de la retracción isquémica de Wolckmann, así como otros tantos similares de idéntica filiación en la patología de los miembros.

g) La metodización de nuestra búsqueda nos permitió arribar a la síntesis fisiopatológica y patogénica de la arteriolitis obliterante, señalada a diario por el anatomopatólogo en diversos tejidos y parénquimas y consignada en las historias como un dato más, pero sin lograr comprender su exacto significado tales:

h) La arteriolitis obliterante en el lecho de implantación y en la placenta eclámpica, así como en el aborto a repetición.

i) La patología hemorrágica uteroplacentaria y sus infartos, en vuelta en brumas y en hipótesis provisionarias, que el obstetra en su alta especialización no logró visualizar el proceso de orden general desencadenante del conflicto.

j) Las arteriolitis obliterantes han sido reproducidas experimentalmente, lo que no ha hecho más que imitar a la naturaleza con sus mismos procedimientos, lo que ha permitido reproducirla a voluntad.

k) Diferentes capítulos de angiología intersticial han permitido su consideración, me refiero al:

—Síndrome del nefrón inferior y al riñón reflejo vasomotor, medicoquirúrgico y de la obstetricia.

—Los mecanismos de la vasomotricidad en el advenimiento de la hipertensión nefrógena (eclampsia).

—La fisiopatología del edema cerebral agudo, subagudo y crónico en el advenimiento del glaucoma en los traumatismos del cráneo.

—El edema agudo del pulmón en las clínicas médicas y quirúrgicas.

—La fluxión intersticial de la capilaridad de los "vasavatorum" en los grandes vasos. Es a través de la angiología y de la vasomotri-

cidad intersticial, que nos ha sido posible entablar un nexo de relación y de origen a través de un conjunto tan dispar de procesos.

Un lenguaje uniforme y un exacto proceder, confiere salvoconducto a esa unidad. La existencia de un "modus faciendi" común e igualitario, obedeciendo a leyes precisas, pareciera otorgar las garantías locales regionales y generales, a la estabilidad de la vida tisular, subvieniendo a todas las exigencias del equilibrio fisiológico. Los mismos mecanismos son exigidos en caso de agresión y enfermedad, elaborando el edificio lesional con todas sus consecuencias, hasta decidir la muerte, actuando en forma similar en todos los intersticios y a todo nivel.

El gran dispositivo que hemos denominado "DIENCÉFALO INTERSTICIAL" regula el dinamismo de la fragua capilar del intersticio, abastecida por el aporte vascular de los grandes vasos que están a su servicio y cuyo rendimiento depende de la regulación vasomotriz asegurada por la reflectividad arteriovenosa y venosoarteriolar, de cuya eficiencia depende la todopoderosa actividad intersticial.

TODO EN FUNCIÓN Y COMO OBJETIVO VITAL DE LA CAPILARIDAD.

COMO EXPRESAMOS MÁS DE UNA VEZ, LA CLÍNICA ES Y SEGUIRÁ SIENDO EL INSUPERABLE ESCENARIO DE OBSERVACIÓN Y FERMENTARIO INAGOTABLE DE INVESTIGACIÓN.