

REVISTA DE REVISTAS

Medicina

Algunas consideraciones sobre la evolución, diagnóstico y tratamiento de las afecciones del tractus biliar. VINCENT LYON.

El profesor LYON, coautor de la prueba exploradora de MELTZER-LYON, expone en este artículo unas magistrales consideraciones sobre las afecciones de las vías biliares y, como resumen, afirma que en las afecciones de las vías biliares, el interés clínico estriba en el conocimiento precoz de la lesión, en aquel momento en que su evolución puede ser detenida por medidas terapéuticas apropiadas. Se comprende que para ello, tales afecciones deban ser estudiadas a fondo y ayudándose de todos los procedimientos de diagnóstico. Los datos proporcionados por el examen de la orina y de las heces, así como por la química hemática y la serología, se unirán a los que dan el estudio de los antecedentes y las pruebas físicas y radiológicas. LYON cree que el único procedimiento para descubrir precozmente la colecistitis, consiste en el examen concienzudo del contenido duodenal, extraído por sondaje; tal examen debe ser practicado por un especialista con el auxilio del microscopio, de la química y de la bacteriología. No han sido hallados, todavía, métodos precisos de análisis cuantitativo de los elementos que aparecen en la bilis normal o patológica, per es de esperar que las investigaciones que actualmente llevan a cabo reputados técnicos, especialmente Mc CLURE y sus colaboradores, llenarán pronto esta laguna.

Otro punto importante, en clínica, consiste en diferenciar correctamente una vejiga biliar médica, de una vejiga biliar quirúrgica. El autor se manifiesta convencido de que los casos incipientes de afecciones de las vías biliares, de la vejiga en particular, pueden ser curados y vueltos al estado normal, cuando son reconocidos precozmente y tratados por una dietética severa, una terapéutica *per os* apropiada y prudente y la extirpación de los focos infecciosos siempre que sea posible. Deben emplearse, además, vacunas preparadas con la serosidades extraídas de estos focos múltiples y, sobretudo, el drenaje médico interno del sistema biliar. La vejiga biliar quirúrgica, con lesiones macroscópicamente apreciables y la función fisiológica anulada, puede ser diferenciada fácilmente del grupo precedente, con ayuda de los métodos de diagnóstico modernos, y es tributaria de la colecistectomía. LYON recomienda que el drenaje del colédoco sea completado por el drenaje del duodeno. Todos los casos de afecciones biliares destinados a la intervención quirúrgica, deben ser sometidos a un corto período de drenaje no quirúrgico preoperatorio, que prepare el campo operatorio y ayude a desintoxicar el paciente, disminuyendo la carga tóxica del hígado, corazón y riñones. Después de la operación debe ser instituido, asimismo, el drenaje biliar no quirúrgico con lo que son combatidas las inflamaciones residuales del hígado y de las vías biliares, inflamaciones susceptibles de producir la colangitis recidivante. (*La Presse Médicale*, 30 octubre 1926).

N. BATTESTINI.

Cirugía

Las indicaciones médicas de la esplenectomía. Ch. AUBERTIN.

Actualmente, puede afirmarse que la mayoría de las esplenectomías son practicadas con motivo de afecciones "médicas". Así, de entre 417 esplenectomías comunicadas por MAYO (hasta Marzo de 1926), solamente 10 han sido motivadas por accidentes quirúrgicos y otras 10 por neoplasmas.

La esplenectomía es bien soportada, lo mismo por el hombre que por los animales de experimentación. En el hombre, la ablación del bazo origina suplencias orgánicas (ganglios, médula ósea, bazo accesorios). La esplenectomía se traduce, en la fórmula hemática, por anemia, aparición de normoblastos, exceso de plaquetas, polinucleosis y, más adelante, linfocitosis y eosinofilia.

La esplenectomía puede determinar la muerte, en las leucemias, por hemorragia difusa a nivel del pedículo esplénico, por

lo que la indicación de la esplenectomía es muy discutible en las leucemias. Hay, sin embargo, casos de larga supervivencia, en que la esplenectomía practicóse después de haber hecho un tratamiento radioterápico del bazo.

En las esplenomegalias con leucopenia e hipopolinucleosis, la esplenectomía está indicada, teóricamente, ya que el síndrome hemático observado en tales casos, es un síndrome de hiperesplenía caracterizado por la disminución de glóbulos rojos y polinucleares debido al exceso de función macrófaga del bazo.

El síndrome hemático indicado es, a menudo, sintomático de una enfermedad de Banti o de una anemia esplénica hemolítica, difícil de reparar, por sólo los signos clínicos, de la enfermedad de Banti en su estudio preascítico.

En las anemias esplénicas, las que se acompañan de leucopenia con hipopolinucleosis y que son casos de Kalaazar, o de esplenomegalia palúdica, o cirrosis del bazo de naturaleza indeterminada, la esplenectomía rinde, en ocasiones, buenos servicios.

En la enfermedad de Banti, la esplenectomía da resultados excelentes en el período preascítico, resultados discutibles en el período de los trastornos digestivos y de las hematemesis y malos en el período cirrótico.

Las esplenomegalias con polinucleosis representan afecciones bastante diferentes pero que, sin embargo, pueden clasificarse en dos grupos: esplenomegalias infecciosas crónicas (tuberculosis o sífilis del bazo) y esplenomegalias neoplásicas (en particular, sarcoma del bazo). Podría añadirse un tercer grupo, constituido por las esplenomegalias infecciosas agudas que se ven, por ejemplo, en la endocarditis maligna lenta y en ciertas septicemias.

MAYO ha operado 8 tuberculosis esplénicas, con una sola defunción. En 14 casos de neoplasia maligna, cita sólo 3 casos de muerte post-operatoria.

En las esplenomegalias sífilíticas, el autor cita 11 casos, con sólo 2 muertes operatorias, ocurridas por accidente quirúrgico y no discrásico.

Las esplenomegalias sin modificaciones sanguíneas: tumores benignos del bazo (angiomas, linfangiomas), los quistes hidatídicos y los quistes no parasitarios, deben ser operados.

En la enfermedad de GAUCHER, así como en la de VAQUEZ, es preciso obrar con reservas. En las esplenomegalias con poliglobulia reaccional (ciertos casos de tuberculosis del bazo, de quistes hidatídicos, etc.), pueden operarse.

Numerosos casos de anemia perniciosa han sido operados, especialmente en América, desde 1913. La mortalidad operatoria es de un 6 por 100 y los resultados lejanos son aleatorios; la supervivencia media ha sido de diecinueve meses y la recaída sobreviene más o menos tardíamente, provocado por una infección ligera, y siendo entonces impotentes los tratamientos empleados. El autor cree que la esplenectomía, en estos casos, obra activando la mielopoyesis.

La esplenectomía ha sido propuesta, también, en ciertos casos de púrpura crónica o recidivante, con síndrome hemorrágico asociado, incluso en los casos en que el bazo no está aumentado de volumen.

El hecho de que la esplenectomía determine en el individuo normal un aumento de las plaquetas, ha sugerido la idea de intentar la extirpación del bazo en la púrpura trombocitopénica.

En cuanto a las esplenomegalias con ictericia, la ictericia hemolítica (congénita o adquirida) es la enfermedad en que más puede esperarse de la esplenectomía.

Para terminar su trabajo, el autor reproduce y se hace suyo el cuadro de KRUMBHAAR (1923) referido a 1.073 esplenectomías, y del que resulta que la esplenectomía es dañina en la leucemia; que frecuentemente es favorable y curativa en la anemia esplénica y en la enfermedad de Banti; que produce mejorías notables aunque pasajeras, en la anemia perniciosa; y, finalmente, que es con frecuencia curativa en la anemia trombocitopénica y en la ictericia hemolítica. (*Journal médical français*, Julio 1926).

J. SALARICH.