

## Revista de Revistas

### Resumen de las ponencias del Congreso de la Litiasis biliar que se celebra en Vichy <sup>(1)</sup>

**DONNET (J. V.):** Patogenia de las secuelas colecistectomía. Nueva York.

El estudio fisisio-patológico de las secuelas de la colecistectomía, basado sobre datos puramente experimentales, demuestra que la ablación de la vesícula biliar determina en tiempos variables perturbaciones constantes caracterizadas por una dilatación progresiva de las vías biliares. Esta dilatación es pasiva, pero no es la expresión de una readaptación fisiológica. Las vías biliares dilatadas tienen una tendencia manifiesta a infectarse, su funcionamiento secretorio es trastornado, su arquitectura histológica transformada. Estas perturbaciones tienen una repercusión sobre las funciones digestivas, sobre todo en lo que concierne a la asimilación de las grasas. Toda suspensión prolongada del funcionamiento vesicular, determina secuelas semejantes a las que se observan después de la colecistectomía. La idea de que la ablación de la vesícula biliar no ocasiona perturbaciones importantes está mal fundada.

*Conclusión práctica.* — La ablación de la vesícula biliar no está justificada más que por la función vesicular profundamente alterada.

**WILKIE (D. P. D.):** Estudio clínico de las consecuencias de la colecistectomía. Edimburgo.

La operación de la colecistectomía está indicada cuando se observan los cuatro síntomas principales siguientes:

- 1.º Obstrucción colecistítica aguda.
- 2.º Cólico vesicular crónico.

3.º Síntomas reflejos de dispepsia.

4.º Afecciones tóxicas lejanas.

Varios síntomas de los que acabamos de enumerar pueden coexistir en la misma persona enferma.

Ya sabemos que el estado mórbido de la vesícula biliar por regla general es una infección intersticial y probablemente sanguínea; el procedimiento racional cuando existe un estado mórbido de esta naturaleza consiste pues en la ablación de la vesícula.

Los riesgos inmediatos de dicha operación son mínimos cuando el tratamiento preliminar se ha hecho con cuidado, y si la operación se ha llevado a cabo al descubierto.

Se observan con frecuencia lesiones coincidentes del duodeno y del apéndice, que deben tratarse al mismo tiempo que las lesiones de la vesícula biliar.

Los resultados de la ablación de la vesícula biliar en los casos de obstrucción colecistítica aguda durante el período de calma que sigue al acceso son uniformemente buenos. En el gran número de casos en los que el cólico vesicular constituye el síntoma principal, los resultados son buenos si no se descuida la presencia posible de lesiones asociadas, como las de cálculo en el conducto biliar, úlcera duodenal o apendicitis. Hay determinados síntomas, no obstante, de origen hepático que tienden a persistir y requieren un tratamiento médico.

En los casos en que los síntomas dispépti-

(1) Por no obrar en nuestro poder no podemos incluir en este número las ponencias de los Dres. CASTAIGNE, PIERY y MILHAUD.

cos sin cólico vesicular indicaban la necesidad de la operación, los resultados generalmente son satisfactorios; la dispepsia ácida y la intolerancia de los alimentos grasos persisten en cierta proporción de casos.

La miocarditis tóxica desaparece a veces notablemente después de la ablación de una vesícula biliar infectada. Los síntomas cardíacos asociados a una degeneración grasienta del corazón no se atenúan, a no ser que se imponga un régimen muy riguroso después de la operación.

Un mejoramiento sensible puede resultar en las afecciones articulares y de los tejidos fibrosos con la ablación de una vesícula biliar infectada.

La nefritis con albúmina pronunciada aparece asociada a veces a la enfermedad de la vesícula biliar, y desaparece con la extirpación de la vesícula.

Las crisis hepáticas acompañadas de jaqueca y de vómitos no desaparecen, en general, después de la ablación de la vesícula enferma. La intolerancia de los alimentos grasos persiste también muy a menudo.

Se ha descubierto que los síntomas mórbidos persistentes son debidos la mayor parte de las veces a una operación incompleta. En 650 casos examinados no se ha descubierto que una consecuencia lamentable de carácter definido pudiera atribuirse a la ablación de la vesícula biliar en sí misma.

**GOSSET (A) y PETIT-DUTAILLIS (D.):** Las consecuencias de la colecistectomía. Indicaciones quirúrgicas.

Si se considera el menor número de síntomas que acusan los enfermos, puede admitirse que un 40 % de los operados se quejan de consecuencias. En la mayoría de casos se trata de trastornos ligeros que no entorpecen la vida social del enfermo. Estos pequeños trastornos consisten en trastornos digestivos (dispepsia hipotónica, tendencia a la diarrea) y molestias dolorosas en la región operada de naturaleza y graduación variables, pero que no recuerdan en absoluto, dentro de la intensidad y la duración de los mismos, las crisis de cólicos hepáticos. Una nueva intervención quirúrgica no ha sido nunca necesaria para remediar a estos ligeros trastornos.

Las consecuencias serias no se observan sino en un cinco a diez por ciento de los casos. Se consideran tres categorías en las que puede presentarse la necesidad de una nueva intervención.

1.<sup>a</sup> *Crisis de cólico hepático con ictericia.* — Pueden estar unidas a una ictericia crónica por obstrucción. La intervención quirúrgica está en dicho caso incontestablemente indicada. Estas ictericias crónicas post-operatorias se producen excepcionalmente a raíz de un cálculo de la vía principal (cálculo olvidado durante la colecistectomía). Obedecen las más de las veces a un acceso de pancreatitis, en ciertos casos de adherencias apretadas que determinan una compresión extrínseca del conducto, o de la coledocitis estrecha.

Por último, no se descubren a veces obstrucciones de las vías de excreción (ictericia por hepatitis). El tratamiento que conviene a la mayoría de estos casos consiste en el drenaje del coledoco. Esta operación produce en los enfermos excelentes resultados. La recidiva de los accidentes es poco temible.

2.<sup>a</sup> *Fistulas biliares post-operatorias.* — Complicación excepcional dentro del estado actual de la técnica. Son debidas a una herida accidental del colédoco en el transcurso de la colecistectomía. Complicación grave y de difícil curación. Las intervenciones quirúrgicas en estas fistulas post-operatorias provocan un gran número de casos mortales. Los resultados lejanos son casi siempre aleatorios.

3.<sup>a</sup> *Periduodenitis y pericolitis.* — Estas lesiones son debidas ora sea a la liberación de las adherencias o a la derivación gástrica o intestinal; gastro-enterostomía, colo-colostomía o fleo-transversostomía en los casos de adherencias leñosas y retráctiles, casos muy frecuentes en los enfermos que presentan uno de estos síntomas. Los resultados de estas operaciones son buenos en el conjunto.

En la última parte de su informe, los autores, en 101 enfermos especialmente elegidos y examinados por ellos, muestran los resultados obtenidos con arreglo a las diversas formas anatomoclínicas de las colecistitis. De ese estudio se desprende que los resultados son muy satisfactorios en todas las variedades de colecistitis calculares y las vesículas con o sin cálculos.

Los enfermos que han tenido crisis dolorosas antes de la operación tienen 95 probabilidades

sobre 100 de que desaparezcan después de la colecistectomía. Aquellos que no presentaban trastornos de aspecto dispéptico, apenas sufren la influencia de la ablación de la vesícula.

La colecistectomía influye en sentido muy favorable en las colecistitis no calculares todas las veces que se encuentran lesiones inflamatorias pronunciadas del órgano. En los casos en que la vesícula, a pesar de los síntomas clínicos, no presenta sino pocas lesiones aparentes, los resultados no son tan favorables. Se observa un gran número de mejoramientos más o menos notables, pero pocas curas completas. Esta medianía de resultados en estas formas tiene varias explicaciones: errores de diagnóstico, multiplicidad de lesiones que no se sospechaban, frecuencia de la pancreatitis en demasía y hepatitis también, persistencia de la infección causal, a veces muy lejana y que es necesario despistar. Por último, después de haber considerado el tratamiento preventivo de las consecuencias, los autores, basados en sus observaciones personales, procuran determinar el lugar que debe conservar la colecistectomía en las indicaciones operatorias de las colecistitis, al lado de las operaciones de derivación, que han de preferirse únicamente en ciertas formas de colecistitis no calculares.

**GIRAUD (G.):** Las secuelas de la colecistectomía. Tratamientos médico e hidrológico.

Las secuelas imputables directamente a la supresión de la vesícula biliar (trastornos funcionales debidos a la expulsión biliar prandial quínetica) o al acto operatorio de la colecistectomía (complicaciones infecciosas o adherencias) no constituyen sino una ínfima parte de la cantidad de accidentes secundarios que pueden experimentar los colecistectomizados.

La mayoría de estos últimos no son imputables a la colecistectomía en sí misma, sino a la persistencia postoperatoria de los trastornos hepáticos y humorales o procesos infecciosos existentes antes de la intervención, que determinaron la inflamación de la vesícula y motivado la exéresis de la misma.

La ablación de este órgano suprime una fuente de complicaciones locales o generales, facilitando la labor del médico que no necesita temer las reacciones quíneticas o inflamatorias de

un depósito muscular vulnerable y permite que se ataque con mayor libertad y eficacia el fondo del estado.

No puede adquirirse la más leve seguridad, si el operado no se ha sujetado, lo mismo después que antes de la intervención, aun cuando no hubiera accidente, a las reglas dietéticas e higiénicas que no difieren de las que se imponían antes de la operación, como también al empleo de medicaciones modificadoras moderadas, espaciadamente administradas con regularidad y a las aplicaciones crenoterápicas renovadas con perseverancia.

El tratamiento preventivo de las secuelas de la colecistectomía tiene un alcance mucho más amplio que el tratamiento curativo de las mismas. Ambos proceden de idénticos medios y sólo se diferencian en la rigurosidad con que se aplican.

Prácticamente, los trastornos de un ex colecistectomizado se manifiestan por dolores, trastornos funcionales gastrointestinales, con diarrea especial muy a menudo, un estado infeccioso latente o expresado y a veces accidentes neo-litiásicos o de carácter mecánico (adherencias), que se producen en personas cuyo hígado es más o menos insuficiente, frágil o amenazado.

Ahí nacen las *indicaciones terapéuticas*, que se desprenden del estado hepático y humoral; trastornos digestivos, que son la consecuencia; estado de infección de las vías biliares o del intestino; manifestaciones de accidentes mecánicos; reacciones dolorosas, cuya frecuencia es grande; trastornos asociados.

Estas indicaciones pueden realizarse mediante la *dietética hipotóxica*, no irritante, hipocolesterética; por la *quimioterapia* o la *bioterapia* hepato-biliar (coleresis, excreción, modificación antiseptica), digestiva (gastro-pancreática, intestinal), analgésica, general, cardio-renal; mediante la aplicación de excelentes reglas *higiénicas* y de prácticas fisioterápicas (hidriática, diatermia, etc.); por la *crenoterapia* en fin, que en la mayoría de los casos ocupa un lugar preponderante: las indicaciones más generales entran en el dominio de Vichy, cuando la participación del hígado es importante se requiere Châtel Guyon; un factor renal o un estado hipertensivo da lugar a que prefiera cuando la meyo-pragia del hígado no exige con dominio las curas de diuresis del tipo Vittel, que posee todavía una polarización hepática, o del tipo de Evian; bajo

las mismas reservas, la atonía general, la obesidad, la plétora reclaman Brides o Carlsbad; las grandes simpatalgias y las distonias neuro-vegetativas, las estaciones sedativas.

**BECLERE (Henri):** El radiodiagnóstico de las secuelas de la colecistectomía.

Después de la colecistectomía, existen casos bastante numerosos de enfermos que continúan sufriendo y que pueden padecer nuevos trastornos. El examen radiológico puede ayudar a la clínica revelando el estado de los órganos incriminados o complicaciones previstas.

En los casos de fístulas, mostrará la configuración de los trayectos y permitirá descubrir en determinados casos los cálculos abandonados en la parte baja del colédoco. Merced a la radiografía podrá ponerse de manifiesto un fragmento de "dren" que hubiera quedado en el canal del colédoco.

La radiografía precedida de un examen radioscópico es la que podrá revelar las lesiones de perivisceritis que son tan frecuentes después de la ablación de la vesícula biliar. El bulbo duodenal queda siempre deformado después de la colecistectomía. A deformaciones iguales, hay enfermos que sufren y otros que no se quejan de nada o que no manifiestan sino ligeros trastornos fáciles de soportar.

En muchos casos el factor moral desempeña un papel preponderante.

Sucede que la perivisceritis no se limita a una simple deformación bulbar. Se observa a veces una molestia apical con engarzamiento de burbuja de aire y báscula bulbar.

La molestia en el "genu superius" es bastante frecuente y puede producirse secundariamente plegadura del bulbo. Con bastante frecuencia también el bulbo deformado se presenta bajo el aspecto titulado "de manguilla". Cuando aparece así, es porque hay molestia verdadera acompañada a veces de dolores intensos.

En un grado más avanzado todavía, podrá observarse estenosis en el "genu superius", lo que podrá ser indicación desde el punto de vista quirúrgico de una operación complementaria, ya sea por la sección de bridas, ya sea aun por indicación de una gastroenterostomía.

Las deformaciones bulbares se traducen asimismo desde el punto de vista radiológico en

los exámenes de perfil, por la retroposición del bulbo.

Independientemente de poder estar localizadas en el bulbo, las adherencias pueden hallarse en la 2.<sup>a</sup> porción del duodeno con determinadas deformaciones radiográficas características. El colon recto también puede ser parte interesada y hallarse comprendido en la masa adherente.

En el movimiento brusco de "vientre hueco" los órganos situados al nivel de la encrucijada se mueven en montón.

Todas estas lesiones constituyen los sufrimientos que se observan después de practicada la colecistectomía.

**CHIRAY (M.) (París) y PAVEL (I.) (Bucarest):** Indicaciones del drenaje médico en el tratamiento de la litiasis biliar.

El avenamiento o drenaje médico primitivamente concebido para el tratamiento exclusivo de la litiasis del colédoco ha conquistado poco a poco otras indicaciones. En la litiasis del colédoco, el drenaje médico, para que tenga éxito, debe ser, con arreglo al método de Allard, violento y hasta brutal. Cuenta con numerosos casos de desobstrucción del canal con eliminación de los cálculos por las vías naturales. El método se emplea escasamente, sin embargo, pues los resultados no son seguros, y parece temible en las personas debilitadas debido al choque que puede determinar la provocación artificial de un cólico. Conviene, no obstante, no echar en olvido que por otra parte el riesgo operatorio es mucho más importante. A raíz del drenaje médico y de las irrigaciones duodenales, puede observarse la desaparición de la ictericia sin que el cálculo haya sido eliminado. Este efecto, un tanto inesperado, permite establecer la posibilidad de mejorar en ciertos casos el riesgo operatorio algún día mediante la supresión de la retención biliar tóxica e infectante, antes de la intervención quirúrgica para la extirpación del obstáculo calcular.

En las consecuencias de la colecistectomía, el drenaje puede utilizarse ventajosamente para calmar los dolores que se producen algunos días después de la operación. Según la teoría patogénica admitida por los autores, como quiera que estos dolores se deben a la hipertonía del esfínter de Oddi, el drenaje médico que abre este

último suprime el dolor, y al cabo de algunas sesiones se llega a la reeducación del esfínter. En los casos en que la operación se ha realizado en período de infección biliar y ha dejado que subsista una angiocolitis residual de manifestaciones paroxísticas, el drenaje médico determina la asepsia de los canales biliares mucho mejor que otro tratamiento cualquiera.

Por último, si persistiera después de la operación una fistula biliar, que superase los límites corrientes, el drenaje, manteniendo por espacio de mucho tiempo abierto el esfínter, puede derivar el derrame biliar hacia su vía natural y asegurar de esta manera que se cierre la fistula.

En la litiasis vesicular, el drenaje tiene por objeto particularmente, disminuir la sensibilidad del colecisto drenando la infección e impidiendo el éxtasis. No hay por qué decir que en este caso no han de exagerarse los buenos efectos del método. No se podría esperar sobre todo la evacuación de los cálculos, desaparición de las adherencias o mejoramiento anatómico y funcional de la esclero-atrofia vesicular.

Desde el punto de vista práctico, la técnica del drenaje médico se ha perfeccionado en el sentido de que no está encerrada en un cerco de reglas rígidas. Puede modificarse el drenaje en su intensidad y duración según el estado del enfermo y el resultado esperado. Esta elasticidad mayor en las aplicaciones parece susceptible de poder calmar ciertas aprensiones provocadas por un procedimiento brutal en apariencia y ampliar el círculo de sus aplicaciones.

**CHABROL (E.):** Medicación colerética. Sus indicaciones y contraindicaciones en la litiasis vesicular.

La medicación colerética tiene por objeto aumentar la secreción biliar, sin entorpecer el juego funcional de la vesícula; se aparta en este terreno de la medicación colagoga, la cual, por definición, pone en movimiento el contenido de los canales extra-hepáticos. Su principal indicación consiste en mejorar el drenaje del hígado que las concreciones calculares y la infección que las modifican con frecuencia en el transcurso de la litiasis vesicular; puede concebirse asimismo que penetrando en la intimidad de la linfa y del sistema lagunar, los coleréticos determinan un

drenaje intersticial muy interesante en la cura de las enfermedades de la nutrición.

El autor recuerda sus estudios experimentales proseguídos con M. CHARONNAT y M. MAXIMIN en trescientos perros que llevaban fistulas coledocianas. Los coleréticos más activos pertenecen a la categoría aromática; están emparentados con el núcleo naftaleno y las funciones fenoles. En el hombre, la inocuidad de los mismos no es la misma; si se administra por la boca, el colerético se transforma en poco tiempo en colagogo, entorpeciendo las funciones digestivas, lo mismo que representa un elemento tóxico para el hígado sometiendo este órgano a sangrías biliares abundantes y repetidas.

En la clínica conviene distinguir:

1.º *Las coleresis de urgencia* por la vía venosa, que se aplican a las litiasis infectadas, al día siguiente de la operación quirúrgica, cuando se quiere asociar al drenaje operatorio el lavado médico de las vías biliares.

2.º *Las coleresis ligeras e intermitentes*, que pueden aconsejarse por la vía bucal a la mayoría de los litiásicos en el intervalo de las crisis. Entre los factores de las mismas se encuentran las aguas termales de la Grande Grille, de l'Hôpital y de Chomel, respecto a las cuales el autor ha reconocido experimentalmente la eficacia de ellas en un estudio de conjunto sobre los factores hídricos de la coleresis proseguído por el señor Jean COTTET.

**ABRAMI (P.):** La desinfección de la vesícula por la antisepsia médica.

En la primera parte, el autor muestra *todas las dificultades* que se oponen a una desinfección absoluta de las vesículas infectadas; dificultades que provienen de que el microbismo afecta no solamente la bilis, sino también las paredes del colecisto, parénquima hepático, y se renueva con accesos bacteriémicos, cuyos focos originales, casi siempre digestivos, debe examinar la terapéutica antiséptica para encauzar hacia ellos sus esfuerzos.

En la segunda parte se exponen las *tentativas experimentales*. La esterilización biliar no ha sido realizada por la vacunoterapia o seroterapia, ni por la bacteriofagia, ni por los métodos de antisepsia clínica, utilizando las sustancias más variadas. Los únicos resultados interesantes

se deben a la *antiseptia iónica* que haciendo desviar el pH de la bilis hacia la alcalinidad, ha convertido el ambiente en centro impropio al cultivo de ciertos gérmenes. Los resultados son poco numerosos todavía para que puedan deducirse conclusiones terminantes.

En la tercera parte se exponen los *resultados prácticos*. ¿Si no se puede esterilizar una vesícula infectada puede, cuando menos, conseguirse que la infección sea compatible con una salud más o menos perfecta, transformar la infección en un *saprotitismo tolerado*? Los hechos parecen permitir que se conteste afirmativamente, particularmente con respecto a la acción de la urotropina en inyecciones intravenosas.

Los procedimientos de la antiseptia médica tendrán siempre un gran interés en que vayan asociados a los tratamientos más eficaces del drenaje de las vías biliares por entubamiento y de la coleretoterapia.

**UMBER (F.):** Terapéutica protectora del hígado en la litiasis biliar.

Un problema importante en el tratamiento de la litiasis biliar consiste en la protección del parénquima del hígado contra las alteraciones peligrosas, provocadas por el éxtasis biliar asociado a la infección. La señal de alarma de una lesión de esta naturaleza, o sea de una hepatitis, está en una ictericia pronunciada, siempre de origen hepatocelular. Existen ciertas exploraciones funcionales del hígado que ayudan a reconocer las fases iniciales de una hepatitis, pero hay que juzgar con reserva el alcance que supone un diagnóstico de esta naturaleza. La observación clínica, la ictericia pronunciada, el aliento específico del enfermo, que he descrito como "foetor hepaticus", dominan siempre en el diagnóstico de la hepatitis.

La importancia del factor hereditario constitucional en las enfermedades del hígado aparece en una observación única de mi clínica: dos gemelos univitelinos padecían a la edad de 51 a 54 años la misma cirrosis típica, sin que fueran alcohólicos.

En cuando se aborde una hepatitis secundaria, es preciso establecer la terapéutica protectora del hígado (Parenchyschutz-Therapie) para evitar los trastornos hepáticos que siguen (atrofia del hígado, hepatitis, abscesos biliares, cirrosis biliar).

Desde el año 1919, he insistido en mis trabajos relativos a la atrofia del hígado, sobre el hecho que el empobrecimiento del hígado en glicógeno es la condición primitiva para el desarrollo de esta enfermedad. El destino de la célula hepática depende de la cantidad de glicógeno que contenga. Por ese motivo he pedido desde esa fecha que se hiciera una alimentación rica en levulosa y glucosa, asociada a una aplicación de insulina para favorecer la glicopexia hepática. Los éxitos incontestables de esta terapéutica sobre el parénquima del hígado han demostrado que la glicogenia del hígado es el acontecimiento primitivo y no secundario en la evolución de la atrofia del hígado.

Este tratamiento de vital importancia ha de completarse con la movilización del torrente biliar, mediante la antiseptia biliar y curas hidrominerales, una vez asegurada la convalecencia.

La intervención quirúrgica ha de discutirse en cada caso de litiasis biliar infectada.

**DELHERM y DAUSSET:** La Fisioterapia sedativa de las afecciones vesiculares.

Los agentes físicos tienen una acción sedativa importantísima en el tratamiento de las afecciones hepático-vesiculares.

Modifican la circulación intra-hepática, provocando la hiperemia, merced al balanceo circulatorio (facilitando la circulación porta).

Disminuyen el dolor profundo, determinando reflejos inhibidores o dinámogenos por intermedio de las extremidades nerviosas del dermatoma.

Modifican el equilibrio electroiónico de las células hepato-vesiculares.

Parecen provocar la disminución de la colesteroína sanguínea, hecho particularmente importante en las enfermedades que nos ocupan.

Tienen un efecto lisante en los tejidos cicatriciales profundos (adherencias).

El papel que desempeñan es, pues, importantísimo.

Estos diversos modos de acción se ponen en vigor para coadyuvar en otros tratamientos, en numerosas afecciones dolorosas hepato-vesiculares o como tratamiento principal.

En la *crisis aguda de cólico hepático*, los *maitots*, las cataplasmas de barro, los infra-rojos,

la diatermia llegarán más tarde para ayudar o substituir la inyección de morfina.

En los casos rudos, con dolor braquial, jaqueca, bradycardia, dolor que recuerda el de la úlcera duodenal, la diatermia transhepática, la ducha hepática, la eritemia localizada en la región del hígado son medios espléndidos y muy a menudo la eficacia del tratamiento físico es la que hace el diagnóstico.

Para disminuir el volumen de los hígados gruesos y dolorosos, nada es comparable con la ducha hepática, cuya acción es poco menos que inmediata.

Las *colecistitis subagudas y crónicas* constituyen la indicación por excelencia. La diatermia aquí es el tratamiento principal, ya sea para fortalecer o facilitar la acción de las aguas minerales, ya sea porque ponga, mediante series repetidas, el hígado y la vesícula en mejor estado de funcionar.

La corriente continua, la galvano-faradización, mejoran asimismo las funciones intestinales y calman los dolores.

Los *dolores de las perivisceritis post-operativas* requerirán la diatermia, los infra-rojos, pero también los rayos X. El masaje profundo es igualmente un procedimiento excelente.

La *celulitis* de la pared, que tan a menudo acompaña y hasta simula la colecistitis, cura con rapidez extraordinaria mediante el masaje y los infra-rojos.

Las contraindicaciones son poco numerosas. Es cierto que los agentes físicos, aun cuando calmen momentáneamente los dolores, no tienen ninguna acción curadora en las vesículas esclerosas, en aquellas que están rellenas de cálculos, en las vesículas de badajo de campana, o en la angiocolitis con ictericia.

**FIESSINGER (N.):** La misión del hígado en la patogenia de la litiasis.

Noel FIESSINGER establece la realidad del papel que desempeña el hígado en la patogenia de la litiasis basada en la existencia de dos argumentaciones fundamentales: la litiasis hepática y la litiasis que sigue a las colecistectomías. Muestra que los cálculos hepáticos se distinguen de los cálculos biliares por estar menos cargados de colesiterina.

El autor aborda seguidamente el estudio de

la acción de la célula hepática: formación del núcleo orgánico y bilirubínico, insuficiencia de colalogenia, determinando la ruptura del equilibrio físico-químico y acarreado la precipitación de la colesiterina. Los trabajos de CHAUFFARD y de GRIGAUT han determinado las razones de esta inestabilidad de la colesiterina y han sido confirmadas en numerosos trabajos extranjeros. El papel de la célula hepática pone de manifiesto lo que se ha denominado "diatesis colesiterinica". Los depósitos minerales y las infiltraciones metálicas de hierro o de cobre son fenómenos accesorios.

**BRULE (M.):** La ictericia en la litiasis de la vía biliar principal.

La ictericia observada en la litiasis del colédoco, en la mayoría de los casos, es una ictericia mecánica, asociada a la obstrucción de la vía biliar principal y no a una hepatitis.

A pesar de lo que piensan algunos autores, resulta fácil reproducir experimentalmente la retención biliar mediante ligadura o resección del colédoco, mas para interpretar los resultados obtenidos, hay que saber que determinadas especies animales se defienden mejor que el hombre contra la impregnación; el perro en particular, presenta un asiento de excreción muy bajo para la bilirubina y elimina rápidamente con la orina los pigmentos biliares detenidos en el organismo.

Las lesiones histológicas del hígado observadas experimental y clínicamente en las obstrucciones coledocianas son muy distintas de las lesiones observadas en las hepatitis icterígenas.

En el hombre, los cálculos detenidos en el colédoco no provocan a menudo sino una obstrucción incompleta, por hallarse el conducto dilatado; el éxtasis biliar se vuelve más intenso con una coledocitis asociada.

La litiasis coledociana puede desenvolverse sin ictericia, la ictericia puede ser ligera, urobilínúrica, intermitente, puede ser aguda y continua. Ninguno de los caracteres de la retención biliar permite el diagnóstico diferencial con las ictericias de las hepatitis, exceptuando una variación brusca en la intensidad.

En la litiasis coledociana, y a la inversa de lo que se observa en las hepatitis, la instilación intraduodenal de sulfato de magnesia permite a

menudo disminuir bruscamente la retención biliar.

El diagnóstico diferencial entre las ictericias por hepatitis e ictericias por obstrucción coledociana parece más fácil hoy día, pues en el segundo caso, existe siempre una intensa hepatomegalia, de caracteres particulares, debido a la distensión del hígado por la bilis acumulada detrás del obstáculo coledociano.

El diagnóstico entre la obstrucción calculosa y la obstrucción cancerosa del colédoco lo facilita el lavado duodenal que, en la litiasis, permite sacar la bilis, mientras que en el cáncer no puede retirarse a no ser que se halle en estado avanzado de evolución.

El lavado duodenal con instilación de sulfato de magnesia es una excelente terapéutica que permite ya sea la extracción del cálculo después de haber hecho desaparecer la ictericia o, hasta a veces, conseguir la expulsión de los cálculos.

**HARVIER y CAROL:** Las lesiones del hígado en las ictericias del hígado.

Para estudiar en las condiciones más favorables, las lesiones del hígado en las ictericias de la litiasis, hay que recurrir a la *biopsia del hígado*, practicada en el propio transcurso de las intervenciones quirúrgicas. De esta manera puede individualizarse cierto número de hechos anatómico-químicos:

1. Toda colecistitis (calculosa o no), va acompañada de una lesión del hígado, consistente en una infiltración linfocitaria del espacio porta con un mínimo de lesiones celulares. Hasta en los casos en que la evolución clínica de la colecistitis no llevaba ictericia, puede observarse, en las biopsias, cierto grado de hepatismo. Se trata aquí de una hepatitis latente.

2. Una forma anatómica especial corresponde a casos, muy raros por otra parte, de litiasis vesicular con ictericia crónica intensa, realizando el cuadro clásico de obstrucción calculosa completa de la vía principal. Y, no obstante, en el momento de la intervención, el colédoco no aparece dilatado, no encierra ninguna concreción calculosa; no hay adherencias, ni coledocitis, ni pancreatitis. En todos los casos observados, la muerte sigue a la intervención quirúrgica sin

que nada, desde el punto de vista clínico, pudiera prever esta eventualidad. La autopsia, realizada en buenas condiciones, reveló lesiones hepáticas con predominio centrolobular, con necrosis más o menos completa de las células nobles y numerosas rupturas trabeculares, lesiones completamente comparables a las que se observan en las atrofias agudas o subagudas primitivas del hígado. En estos casos, la ictericia tiene indiscutiblemente un origen hepático. Es una ictericia "hepato-celular" testigo de una "hepatitis grave", en el transcurso de una litiasis vesicular.

3. Con más frecuencia, la colecistitis calculosa provoca crisis dolorosas, repetidas, a menudo febriles, seguidas de un acceso de ictericia que regresa, para dejar en el intervalo de las crisis, una ligera subictericia. El cuadro clínico recuerda el de la obstrucción calculosa incompleta del colédoco o de la litiasis coledociana. La intervención en estos enfermos, muestra que no hay obstáculo en la vía principal, y la biopsia denuncia lesiones de hepatitis parenquimatosa, intermedias entre las de la hepatitis latente y las de la hepatitis grave. Son todavía lesiones celulares, de predominio centro-lobular, que recuerdan las que han sido descritas en los casos de "ictericia catarral", operadas por error, y estudiadas por biopsia. Se trata todavía en este caso de una ictericia hepato-celular, testigo de una *hepatitis ligera*, satélite de una colecistitis litiasica.

4. Cuando la ictericia, en el transcurso de la litiasis, coexiste con la presencia de cálculos en el colédoco, las biopsias del hígado permiten diferenciar dos aspectos del parénquima hepático: En el primero, dominan los signos histológicos de una *éstasis mecánica*: es una *ictericia calculosa simple*. En el segundo, las alteraciones celulares dominan a la *éstasis*: es una *ictericia hepato-calcular*. Las lesiones del hígado, que determina la presencia de cálculos en el coledoco, desempeñan un papel no sólo en la aparición, sino en la agravación y en la persistencia de la ictericia, después de haber desobstruido quirúrgicamente la vía principal.

El pronóstico operatorio lo determina el estado anatómico del hígado. Es indispensable, por lo tanto, desde el punto de vista práctico, aquilatar, antes de una intervención operatoria, por ictericia litiasica, la importancia de las lesiones hepato-celulares asociadas.

**DIERYCK (J.):** Exploración funcional del hígado en la ictericia litíásica. Métodos químicos. Lovaina.

El autor revisa los resultados suministrados por la exploración de las diversas funciones del hígado: función biliar, función glicogénica, metabolismo, función cromagoga, y función anti-tóxica. Entre las pruebas funcionales del hígado ha buscado aquellas que por su sencillez y la calidad de los resultados pueden utilizar corrientemente. Considera que la exploración funcional no solamente debe denunciar el ataque hepático sino también el grado del mismo y dar de esta manera una indicación para el pronóstico.

Deduca de todo ello que para la exploración del hígado en la litiasis biliar (con ictericia o sin ella), la exploración de la función biliar no proporciona datos concretos sobre la importancia de las lesiones del parénquima hepático y no permite un pronóstico clínico. 2) la exploración de la función azoada exige una técnica delicada y deja sin descubrir un gran número de hepatitis ligeras. 3) la exploración de la función cromagoga no está indicada en esta afección. 4) que no puede juzgarse actualmente el estado del hígado ni mediante el estudio de la función anti-tóxica, ni por los trastornos del metabolismo de los lípidos. 5) da la preferencia a la exploración de la función glicogénica por la prueba de la galactosuria provocada; teniendo en cuenta, no ya la cantidad de galactosa eliminada global, sino el estudio de las concentraciones totales y parciales.

Este método sencillo permite denunciar el ataque hepático, apreciando la gravedad del mismo; permite además distinguir una ictericia mecánica (obstáculo de las vías biliares) de una ictericia hepática (por lesión celular). Posee también un interés diagnóstico y pronóstico.

**GILBERT (R.):** Sobre los métodos radiológicos de exploración del hígado en la litiasis y la ictericia litíásica. Ginebra.

Estos métodos comprenden: 1) el método directo (radiografía sin artefacto) 2) el examen de la encrucijada sub-hepática por comida opaca ("signos indirectos"); 3) la colecistografía (anexo; hepatografía); 4) los métodos confundidos. El autor insiste particularmente sobre la

colecistografía, siempre en evolución. El método por *via bucal*, desde el punto de uso corriente, el tetraiodo debe administrarse en solución, bajo forma coloidal; el procedimiento de las dosis fraccionadas preconizado por Sandstrom tiene grandes ventajas en determinados casos. La preparación del enfermo y un examen metódico son factores importantes para el éxito; las causas de error quedan reducidas de esta manera a su más simple expresión. La técnica del examen está indicada; la prueba funcional (evacuación vesicular provocada) proporciona datos de diagnóstico de importancia; el colecistoquinético recomendado es la *yema de huevo* (2 a 3). El autor examina después las respuestas del método de Graham, especialmente en la litiasis. Un ligero resumen compendia las nuevas tendencias en colecistografía; en particular la investigación de la excreción provocada del yodo, idea que llevará tal vez a una prueba radiológica funcional del hígado.

La última parte del informe está dedicada a la exploración de la ictericia litíásica. Mediante ciertas reglas, el método de Graham puede aplicarse sin inconveniente a muchos casos. El tiempo dirá si el diagnóstico en la ictericia litíásica puede enriquecerse con nuevos elementos a la luz de los rayos de Roentgen.

**GATELLIER (J.):** Deducciones quirúrgicas en la ictericia litíásica.

Comienza el autor por recordar en su informe las etapas del tratamiento quirúrgico: coledocotomía de LANGENBUCH en 1884, con extracción del cálculo, mejoramiento en 1897 de los resultados merced al drenaje hepático de KEHR; por último nuevos progresos con la precocidad operatoria.

Pero desde hace veinte años, la cirugía biliar no ha realizado progresos, como no sea desde el punto de vista de la técnica pura. La cirugía biliar produce grandes decepciones; la causa de ello estriba en los accidentes debidos a la insuficiencia hepática postoperatoria.

El valor funcional de la célula hepática es el factor primordial de la inestabilidad del hígado operado. El problema por consiguiente es como sigue: ¿tenemos los medios de distinguir la estasis hepática, la retención biliar pura de las hepatitis toxi-infecciosas o de las hepatitis icterígenas? ¿El laboratorio está en condiciones

de informarnos sobre el valor exacto de la célula hepática y sobre la naturaleza de sus alteraciones? ¿Cuáles son las deducciones terapéuticas que podemos adelantar, durante y después de la operación?

Cada uno de estos problemas se estudia sucesivamente y después se expone la preparación operatoria de un enfermo icterico, con arreglo a los datos modernos del laboratorio. En el momento de la intervención, no parece que la fórmula clásica de "coledotomía, ablación del cálculo y drenaje de la vía principal" sea la fórmula permanente. Hay casos en que la cirugía parece deber abstenerse.

Concluye el autor pensando que en la actualidad los datos suministrados por la clínica y el laboratorio son netamente insuficientes para que el cirujano pueda considerar las intervenciones en la ictericia litiasica como operaciones perfectamente establecidas.

### Cirugía

**RAMIREZ MELENDEZ (E.):** Nuevo tratamiento de las osteomielitis por las larvas de mosca. *Vida Nueva*. Febrero 1932.

Con motivo de una visita que hizo el autor en el hospital del Ejercicio Americano en Hot Springs relata los buenos resultados obtenidos en el tratamiento de las osteomielitis por este procedimiento nacido de la observación durante la guerra europea de los casos que no pudieron ser debidamente atendidos y eran portadores de larvas de mosca *Phormia Regina* y *Lucilia Sericata*.

Una vez practicada la extirpación de los sequestros y desbridadas las partes blandas en toda la extensión posible se evitará la acción

de cualquier antiséptico que podría comprometer la vitalidad de las larvas. Procúrase también colocar un vendaje compresivo a fin de cohibir la hemorragia antes de la colocación de las larvas.

La manera de llevar a cabo la implantación de las larvas es como sigue: previamente se corta una tela metálica que sobrepase en una o media pulgada el área de la herida, a dicha tela se cose la cara inferior y a su borde mismo, o bien tiras de esponja de goma de media pulgada, o tramos de tubo de goma colocada en situ, se cortan tres caras de una ventana central dejando un borde no seccionado para que sirva de charnela. Recubierta de gasa se procede a la esterilización. Esta tela metálica se mantiene sujeta con unas tiras de esparadrapo. Queda por lo tanto un espacio cuyo fondo y lados está formado por la herida y por tapa la tela metálica con suficiente entrada de aire para no comprometer la vitalidad de las larvas. La casa Lederle que prepara asépticamente los huevos, para extraerlas del recipiente se añade una solución salina donde quedan en suspensión. Se cuelan con gasa estéril y mediante una espátula son transportadas a la herida. Las gasas que cubren la herida deben renovarse todos los días; a los dos días las larvas han crecido enormemente y a los seis o siete días no existe ya ninguna larva viva; previo un descanso de 24 horas se verifica una segunda aplicación. Comúnmente después de varias aplicaciones hay que suspender el tratamiento porque se crean anticuerpos que matan las larvas en algunas horas. Los resultados obtenidos con este procedimiento son de una marcada estimulación hacia el crecimiento de las granulaciones que han de rellenar la herida disminuyendo de una manera extraordinaria el tiempo de curación de una osteomielitis.

J. SALARICH.