



LA INFECCION BILIAR: SU PATOGENIA; SU TRATAMIENTO

POR EL

Prof. Dr. LUCAS SIERRA

«Reconócese ahora el hecho de que por lo ménos la cuarta parte de las vesículas biliares enfermas no contienen cálculos». C. H. Mayo.

Los médicos del siglo XIX, sin otros medios de estudio que la observación clínica de sus enfermos, seguida a veces, de la comprobación anátomo-patológica en el cadáver, sostenían ideas bien diversas de las que hoy aceptamos como las verdaderas, gracias sobre todo a lo que se ha denominado la patología viva—*biopsia*—o sea, el análisis de los tejidos vivos, tal como puede sorprenderlos i estudiarlos el cirujano moderno.

Para ellos el cólico biliar i en especial la ictericia i más tarde la infección de la *bilis*, constituían los síntomas culminantes, casi diríamos patognomónicos para diagnosticar la colecistítis calculosa.

Hoy día se sabe que el cólico biliar no es de ninguna manera el heraldo que anuncia la presencia de una piedra en la vesícula de la biliar; ella desempeña un papel secundario o accesorio al lado de la infección. No menos de la cuarta parte de las vesículas enfermas no contienen cálculos, enseña una de las escuelas que más viva luz ha arrojado sobre este intrincado problema, i en igual proporción falta el cólico clásico como síntoma del cálculo vesical operado (Wilcox).

La ictericia es para el cirujano moderno una *complicación* que debe saber prevenir con igual empeño que la peritonitis difusa en las apendicitis. I desde luego avanzaremos que hasta los cálculos que llegan a enclavarse en el conducto colédoco evolucionan en cerca del 33 por ciento de los casos sin dar lugar a ictericia.

En cuanto a la infección de la biliar propiamente tal, la bacteriología de los últimos tiempos ha demostrado experimentalmente que sólo se comprueba de una manera, podríamos decir, incidental. La infección llega en la inmensa mayoría de los casos a la capa balsa de la mucosa, a la region mas vascular, pero menos defendida por el epitelio. Mas aun, el grande i verdadero problema para el cirujano de hoy día es poder precisar el *foco de infección local* donde se han jenerado los microbios infectantes que, en forma de infartos o émbolos microbianos, han llegado a fijarse en las *paredes* de la vesícula biliar.

I

ALGUNAS CONSIDERACIONES ANÁTOMO-FISIOLÓGICAS DE IMPORTANCIA PRÁCTICA

No es fácil encontrar una explicación satisfactoria de la capacidad reducida de la vesícula de la biliar (no mayor

de 30 gramos) cuando se la compara con la vejiga urinaria, i se piensa que tanto el hígado como los riñones secretan en las veinticuatro horas aproximativamente la misma cantidad. Ambos órganos trabajan de una manera continua; pero el hígado durante la digestión, activa poderosamente su secreción. En los intervalos de la digestión en especial, es indudable que una parte de la bilis se acumula en la vesícula i ésta es susceptible de una distensión mas o ménos considerable, sin que el individuo sano se aperciba de ella. Esta bilis mezclada con el mucus que secreta la vesícula es, en concepto de Flexner, mucho ménos irritante para el páncreas, por ejemplo, que la bilis que viene directamente del hígado. La bilis alcalina i su mucus protector emulsionan o saponifican el quimo ácido que vierte el píloro.

Cuando el duodeno está distendido por líquidos o gases, es fuera de toda duda que ofrece un obstáculo mas o ménos insuperable al flujo de la bilis; la vesícula le sirve en tales casos de receptáculo o válvula de seguridad reteniendo la secreción biliar hasta que encuentre paso espedito. La bilis no puede en ningun caso retroceder desde el duodeno al hígado (ántes que eso suceda estalla el duodeno, segun las esperiencias de Coffey) ni tampoco puede hacerlo desde la vesícula por la disposición especial en que el conducto cístico se abre en el colédoco. Fácil es comprender las molestias, dificultades o dolores con que la vesícula, con sus paredes infectadas, va a prestarse a aquella distensión en los momentos en que el reflejo duodenal haga entrar en activo trabajo a todos los órganos que mayor participacion deben tomar en los actos esenciales de la digestión. En todo caso, la bilis llega de una manera intermitente al intestino, mas o ménos del modo que el uréter eyacula su contenido en la vejiga urinaria, contrayéndose de 8 a 10 veces por minuto.

La disposicion oblicua en que el cóledoco se abre en el duodeno, que hace recordar tambien el modo cómo el uréter termina en la vejiga urinaria, está ademas protegida por un repliegue de la mucosa que hace imposible, como ya lo hemos recordado, que la bÍlis pueda volver a penetrar en él y llegar hasta el hÍgado. Mas aun, desde los tiempos de Glisson se aceptaba como cosa corriente que al nivel de la ampolla de Vater existia un anillo muscular especial. Sólo en 1887 fué estudiado i demostrado en los animales por Oddi repitiendo las esperiencias que otro de sus compatriotas, Zambecari, en 1630 habia practicado, estirpando la vesícula a fin de producir una corriente continúa de bÍlis hácia el intestino. Pero en el hombre no se comprobó i demostró su importancia sino en 1898 por Hendirekson i sólo desde 1913, en que Archibald volvió a llamar la atencion en el Congreso de Lóndres de aquel año, quedó incorporado definitivamente entre los hechos científicos. El papel de este esfínter se evidencia en particular despues de estraída la vesícula, o sea, despues de ejecutada la operacion que hoi dia tiende a ser considerada i aceptada como la operacion clásica.

Mitchell i Stifel de la escuela de John Hopkins han medido el grádo o poder de resistencia de aquel esfínter i demostrado que fluctúa entre 100 i 645 mm. de agua. Es importante retener esta cifra sobre todo al compararla con la fuerza o poder de secrecion del hÍgado que los mismos autores hacen llegar sólo a 360 mm. Ahora bien, no siendo susceptibles los canalículos biliares de una distension acentuada, puesto que la misma sustancia hepática ofrece dificultad para ello, es la porcion estra-hepática la que sufre en mas alto grado aquella dilatacion. Tal es en efecto lo que Judd i Mann de la «Fundacion Mayo» han comprobado experimentalmente que sucede una vez estirpada la vesícula biliar. Se diria en algunos casos que el

hepático i el colédoco tienden a hacer el papel de la vesícula que ya no existe. Por lo demas, ni seria estraño que este papel de acomodacion i de suplencia de la funcion se iniciara desde el momento mismo en que la vesícula con sus paredes infectadas comienza a experimentar las molestias consiguientes a las contracciones dolorosas de sus tónicas al vaciar su contenido.

II

En nuestra publicacion de Diciembre de 1916 sobre Infecciones biliares, *Revista Médica*, recordamos con alguna detencion los hechos mas recientemente adquiridos por la ciencia en lo que se refiere a la etiología de la colecistítis. Insistimos naturalmente en el papel cada vez mas preponderante que desde los tiempos de *Naunyn-Cholangitis*, *Deutsche med. Woch.*, número 44, 1911, se atribuye a la accion de los microbios tanto en los padecimientos jenerales por infeccion biliar como en la formacion del cálculo mismo; recordamos que la infeccion suministra el núcleo o base para que se precipiten las sales biliares en las enfermas que por diversas circunstancias, fisiológicas unas, (embarazos, repetidos o no) o patológicas (en especial la fiebre tifoidea) aumentaban la formacion del colesterol i producian una verdadera colesterinemia.

Llamamos la atencion mui en especial a los memorables trabajos de Eduardo C. Rosenow de la «Fundacion Mayo» de la Universidad de Minnesota, acerca de la afinidad selectiva, específica de ciertos microbios para ser fijados o atraídos como por un iman hácia el órgano de donde orijinariamente procedian los bacterios de la esperimentacion. Cómo este autor podia a voluntad reproducir la apendicitis, la colecistítis o la úlcera del estómago en animales inyectados a dosis suficiente con los micro-

bios obtenidos de tejidos afectados de aquellas enfermedades. Ni dejamos de mencionar tampoco la *trasmutabilidad* de dichos jérmenes infecciosos que hace que al cabo de cierto número de pases en los animales de experiencia vayan perdiendo su especificidad inicial. Así es como se pueden determinar enfermedades que podríamos denominar laterales o de afinidad.

El mismo autor, F. Billings, C. H. Mayo i diversos cirujanos modernos han hecho resaltar el papel inmenso que corresponde a los pequeños focos aislados de infeccion para servir de punto de arranque i oríjen de infecciones crónicas lejanas i en no pocas ocasiones agudas tambien. Ellos han demostrado el papel que desempeña la infeccion dental en jeneral, la del apéndice, los focos de infeccion localizados en las amígdalas i con no escasa frecuencia no reconocibles como tales a la simple inspeccion sino por la espresion de aquellas glándulas.

I, por último, insistimos en que los jérmenes de un sin-número de infecciones que hasta hace poco se consideraban como infecciones perfectamente localizadas vertian sus microbios infectantes en el torrente circulatorio, de donde se les podia aislar con frecuencia.

Este último hecho en particular es el que ha venido a modificar considerablemente la interpretacion científica de la patojenia de la infeccion biliar. Es en la grande, en la inmensa mayoría de los casos por vía circulatoria por donde llegan a la vesícula biliar los microbios que la van a infectar (1). De ahí, por lo tanto, que no sea propiamente

(1) «Cuando al tragar, se comprime las amígdalas, una parte de su contenido es espulsado fuera de sus criptas o lagunas que, como se sabe, no son sino invagaciones de epitelio pavimentoso que llegan hasta cerca de la cápsula, i otra penetra mas profundamente en ellas. Su epitelio, compuesto de una o dos capas solamente, permite que las bacterias, por lo tanto, puedan tener fácil acceso en el interior del tejido linfoideo. Así,

te la mucosa de la vesícula—o la del apéndice, las cosas se pasan de una manera idéntica i hasta simultánea a veces—la infectada sino la base, su parte posterior indefensa. Ahí es donde los bacterios dan lugar a infartos, producen ectasias, espasmos dolorosos de las arteriolas—cólicos—la infiltracion de las paredes, el engrosamiento de la mucosa i hasta su necrosis sin que esto quiera significar de ninguna manera que el cálculo sea invariablemente el acompañante obligado de la infeccion. Por eso hemos querido comenzar este trabajo recordando la aseveracion terminante de uno de los cirujanos cuya esperiencia es hoy sin rival en el mundo científico.

Esta interpretacion rigurosamente exacta respecto al modo cómo se origina la infeccion biliar, i el conocimien-

pues, el contenido de las criptas, mas el calor i la humedad de la boca forman un *incubador ideal* para los agentes de infeccion, i la invasion por medio de los linfáticos desde este foco localizado es asunto relativamente fácil. (R. W. Porteus).

Ahora bien, la infeccion localizada no puede ser considerada ya como un simple lugar de entrada de los microbios, sino propiamente como un sitio que cuenta con condiciones favorables para que se desarrollen i adquieran propiedades que les dan un estenso rango de afinidad en diversos tejidos del organismo.

Tales son los famosos estudios de Rosenow que le han permitido, segun el medio ambiente en que cultiva los microbios, cambiar o transmutar el pneumococo de una pneumonia o de un empiema en estreptococos viridans, hemolítico o reumático i volverlo en seguida a pneumococo. Estos hechos vienen a explicarnos de una manera bien sencilla, en concordancia con el grado de afinidad o selectividad de los microbios, las lesiones colaterales que observamos al lado de la localizacion principal de la enfermedad o tejido en que se han concentrado en mayor proporcion. En los animales en experimentacion, al lado de la lesion predominante, reumática, apendicular, ulceracion gástrica, duodenal o apendicitis, se comprueban infartos renales, derrames articulares, trastornos en el miocardio, etc., etc, en carácter de lesiones asociadas o concomitantes. Se prueba, pues, en particular por los estudios del reumatismo experimental, que las lesiones son múltiples i variables. (C. H. Mayo, *Clinicas de 1915*, pág. 882.)

to cabal de la historia natural de la enfermedad han conducido gradualmente a los cirujanos al tratamiento mas racional i perfecto de la enfermedad. Miéntras no dispongamos de un suero preventivo, o una vacuna curativa contra la infeccion, una vez localizada ésta, sea en la vesícula, el apéndice o el duodeno, no sabemos, hoi por hoi, curar la infeccion sino estirpando el foco o el órgano en que se acantona. He ahí la grande i suprema consideracion porque *la colecistectomía es la operacion de eleccion*, a tal punto que se ha podido asegurar que el desagüe de la vesícula—por mas completo i prolongado que sea—sólo vive de las contraindicaciones de la escision de la vesícula.

I si queremos ser completos en nuestra terapéutica, debemos esforzarnos a toda costa en reconocer i estirpar a la vez, o mejor, **previamente**, el foco de infeccion local de donde han partido los microbios infectantes.

Todos los hechos que hemos creido pertinente recordar a propósito de la patojenia de la infeccion biliar evidencian en nuestro concepto la incapacidad del simple desagüe de la vesícula para obtener la curacion de la colecistítis, máxime cuando la infeccion es crónica y no ha dado lugar a la formacion de cálculos. En efecto, A. G. Gerster cita el trabajo mui completo de E. M. Stanton de la clínica de Ochsner que asegura que sólo el 46 por ciento de las infecciones no calculosas llegan a la curacion; miéntras que sanan el 85 por ciento cuando existe cálculo.

No hai mejor prueba de que la vesícula puede estar profundamente enferma sin que haya cálculo, que lo que Moynihan i otros autores han descrito con la denominacion de *vesícula aframbuesada*. Pero entre la forma típica de aquella infeccion i las formas en que sólo el microscopio bien manejado viene a justificar el haberla estirpado, se comprende que haya todas las variaciones imagina-

bles. En todo caso, el tratamiento de la colecistítis no calculosa constituye con frecuencia uno de los problemas más difíciles de resolver para los que nos ocupamos de la cirugía de las vías biliares (1). Son ellos los que sombrean la estadística de los insucesos de la cirugía que ha recordado Stanton, i con frecuencia tambien los que aumentan el número de las operaciones secundarias, o sea de enfermas que operadas una primera vez, han continuado con síntomas casi iguales a los que decidieron a aceptar la operacion i, que operadas por segunda vez, estirpando la vesícula han llegado a la curacion completa. Las *operaciones secundarias* llegan, aun en las clínicas o escue-

(1) «Durante muchos años desconocimos las casos de colecistítis sin cálculos. Algunos de estos enfermos sufrían de cólicos y ataques frecuentes de obstruccion por mucosidades (bilis espesa, verdaderos tapones mucobiliarios), o se quejaban de sensibilidad localizada, pero no tenían cálculos.»

«Los cálculos en vesículas biliares libres de infeccion (aunque ésta existió indudablemente en el momento en que los cálculos comenzaron a formarse), pueden dar lugar a síntomas de obstruccion, o de movilizacion o de paso de cálculos; pero *no producen síntomas gástricos*, o por lo ménos aquellos síntomas no adquieren un carácter culminante. Cuando las perturbaciones gástricas adquieren un valor prominente la infeccion es de regla, haya o nó cálculos, i los ataques se repiten con frecuencia dejando sí intervalos completamente libres, exactamente como pasa con la úlcera gástrica o duodenal y en la apendicitis, cuando estas enfermedades dependen de una infeccion. Un buen número de estos enfermos, libres de infeccion, pueden curar por el simple desagüe de la vesícula biliar. Pero, a causa de adherencias de la vesícula y consiguiente perturbacion en su correcto funcionamiento, consecutivo a la operacion de la colecistostomía, algunos de estos pacientes están espuestos mas tarde a sufrir de colecistítis. Cuando falta la infeccion, aunque se hayan formado cálculos (Aschoff i Bacmeister) los ganglios linfáticos a lo largo del cístico, del hepático i del colédoco no se les encuentra a la palpacion sino lijeramente infartados. Los enfermos de la segunda categoría, o sea los del grupos infeccioso, deberian ser tratados por la *estirpacion de la vesícula*, haya o no haya cálculos, puesto que la infeccion es el elemento esencial. En estos enfermos los ganglios císticos, hepáticos i colédocos están engrosados.» *Mayo Clinic*, 1915, pág. 260.

las que mayor interes demuestran por esta rama de los conocimientos humanos, a un 10 i hasta a un 15 por ciento.

III

INDICACIONES PARA PRACTICAR LA COLECISTECTOMÍA

«Desde que hemos justipreciado el verdadero papel que desempeña la infeccion en la colecistítis, hemos revolucionado su tratamiento en nuestra clínica.» *Mayo Clinic*, 1916, páj. 273.

Entre nosotros la habitual indiferencia de nuestras jentes no las decide a aceptar el tratamiento quirúrgico, que sus propios médicos insinuan floja i tardíamente, sino como un recurso último. La esperiencia operatoria, relativamente escasa de la mayoría de nuestros cirujanos, ha confirmado indirectamente las desilusiones preconcebidas de muchos de nuestros médicos. No siempre sanaban nuestros operados i no podia ser de otra manera: llegaban cuando el proceso infeccioso habia minado profundamente las fuerzas de resistencia del organismo. El endurecimiento de la cabeza del páncreas, los ataques febriles violentos i repetidos, perturbaciones gástricas graves i continuadas (reveladoras siempre de la infeccion) i la ictericia crónica cuando no febril i alarmante, o la gangrena fulminante de la vesícula i hasta el flemon colecístico i subfrénico existian ya en enfermos que, a veces hasta en contra del consejo terminante de los médicos que los habian *tratado*, llegaban hasta nosotros en demanda de la cirugía. Felizmente la reaccion comienza. Las ochenta i

una intervenciones (1) en las vías biliares efectuadas en el curso de los diez primeros meses del año en curso exceden al número total de operaciones de la misma naturaleza efectuadas en los dos últimos años.

(1) Operaciones practicadas en las vías biliares en los diez primeros meses de 1917:

Colecistectomías	68	o sea, mas del 83 por ciento.
Colecistestomías	10	o sea, mas del 11 por ciento.
Esploraciones negativas.....	2	
Hepato-gastrotomía «secundaria».....	1	
TOTAL.....	81	

Mortalidad global 8 por ciento

Hemos perdido dos enfermos de la clientela privada. En uno de ellos se trataba de un caballero que habíamos operado previamente de una colecistostomía, muy debilitado e icterico. Se repuso i mantuvo admirablemente bien durante cuatro meses. Al cabo de este tiempo practicamos la coledocostomía para extraer el cálculo que obstruía el colédoco. Falleció poco mas tarde de insuficiencia hepática.

Tenemos tambien que lamentar la muerte de una extranjera que habia sido operada ya en otros servicios no ménos de cinco veces, en ménos de diez meses; existía una hepato-gastrotomía mantenida durante largo tiempo por intermedio de un tubo en T. Estrajimos el tubo i mantuvimos la anastomosis existente, por intermedio de una sonda de Nelaton núm. 28. Habria sido preferible hacer una hepato-duodenostomía. En todo caso, la herida se infectó i la enferma falleció de una bronquitis infecciosa a los 10 o 12 dias de nuestra operacion.

En San Vicente hemos perdido un enfermo de peritonitis i otro de muerte repentina al 4.º dia.

En el Salvador hemos perdido una enferma operada de coledocostomía, otra de degeneracion aguda del hígado i una tercera dos meses despues de la intervencion, a consecuencia de estensos flemones desarrollados en conexion con nuestra operacion. La mucosa de la vesícula de esta enferma tenia dos ulceraciones bien apreciables.

En realidad de verdad, por faltas imputables a la técnica operatoria misma o mas exactamente a la antisepsia defectuosa sólo hemos perdido dos enfermos. Los demas están en relacion directa con intervenciones en el colédoco o defectos en la indicacion i justificacion de la operacion practicada.

Con la vesícula biliar ha sucedido mas o ménos lo que con el apéndice; se ha esperado que las *complicaciones* evidencien los destrozos del mal para justificar la accion del cirujano. De otra manera, se ha pensado mas prudente esperar, esperar la aparicion del cuadro clásico de la enfermedad, o sea, de aquel de importancia para el anátomo-patológico, pero no siempre para el clínico: son dos cosas bien diferentes. Si la nefasta reputacion que ha conservado la peritonítis no se cerniera aun sobre el diagnóstico de la apendicitis, de seguro que no se habrian resuelto a hacerse operar muchos enfermos que tenian localizada la infeccion esclusivamente a las paredes de aquel órgano. La peritonítis de la colecistítis es mas localizada; sus consecuencias mas lentas para evidenciarse; de ahí que miéntras la fiebre con todo su cortejo alarmante no se instale, o difunda la infeccion hasta los canaliculos intrabiliares i aparezca la ictericia, no se consideraba justificada la operacion. Es evidente que un individuo puede sobrellevar durante años i años una infeccion crónica, i hasta tener remisiones de larga duracion en que la enfermedad pasa al período latente, a tal extremo que enfermo i médico puedan pensar en la curacion de la enfermedad. Iguales períodos de latencia se observan en las úlceras píloro-duodenales, en la tuberculósia renal, apendicitis crónica i multitud de otras enfermedades. Todas ellas conservan no obstante toda la potencialidad infecciosa que les es peculiar.

La simple i vulgar infeccion dentaria destructiva—la caries dentaria—va a suministrarnos una comparacion cuyas diversas faces nos sean mas comprensibles. Una violenta fluxion de la cara suele pasar varios años ántes de que se revele de nuevo por los intensos dolores de a primera vez: en el intervalo la accion destructora ha podido no sólo cariar el diente mas directamente afectado

sino invadir ademas la infeccion varios otros, i el paciente no tendrá otro recurso que obturarlos o estraerlos.

Nosotros no aceptamos hoi dia que la caries dentaria haya pasado sin dar lugar a síntomas que debemos imputar a la infeccion; que no sepamos atribuirlos a su verdadero oríjen ya es otra cosa. De igual manera no creemos tampoco que un cálculo biliar sea inocente: «*Los cálculos biliares inocentes son un mito*». Esta no es una simple frase; obedece a una observacion clínica i experimental mil veces comprobada por los cirujanos de todas partes del mundo que nos obliga a reconocer que los verdaderamente «inocentes» hemos sido nosotros para atribuir los «pequeños síntomas», *los síntomas inaugurales*, en una palabra, al cuerpo extraño formado a causa de la infeccion arrastrada por la corriente sanguínea, que no por la linfática, hasta las paredes de la vesícula biliar.

Personalmente, en mi ya larga esperiencia, no he observado jamas el cáncer de la lengua, de las mejillas o de la boca sino en individuos que eran portadores de una dentadura detestable; abrigo la conviccion profunda de que la infeccion crónica constituye el terreno mas adecuado i predisponente para aquella grave i última complicacion; de igual manera no creo haber observado jamas un cáncer de la vesícula biliar sin que ésta hubiera sido previamente el sitio de una infeccion crónica, calcu-losa o no, poco hace al caso.

Es evidente que el médico consciente i celoso de la salud i bienestar de su cliente no va a esperar que éste sea víctima de una fluxion grave de la cara para recomendarle en medio de las complicaciones a que puede dar lugar, la estraccion del diente causante del mal. Pensamos que tampoco debe dejar al que es víctima de la infeccion biliar que aparezcan complicaciones graves para decidirlo a una intervencion que hoi dia ofrece garantía absoluta de cu-

racion o cuando ménos alivia considerable i eficazmente la situacion afflictiva i perturbadora del aparato dijestivo i, a veces, hasta del organismo entero. Debemos tener siempre presente que la colecistítis es una infeccion progresiva, crónica, con tendencia a agravarse.

Si la fluxion dentaria aun cuando sea a veces de gran violencia, no siempre es indicacion suficiente para estraer el diente que la determina, tampoco constituye indicacion suficiente para estirpar la vesícula el hecho de haber reconocido que es *su* infeccion la verdadera causa i oríjen del mal que se diagnostica. Hai que contemplar ademas el temperamento del enfermo lo mismo que el del operador i sobre todo la eficiencia del trabajo que pueda ejecutar todavía el enfermo, así como la condicion social del paciente.

Volvemos a recordar que hai infecciones biliares transitorias; que el concremento o cálculo a que han dado lugar evoluciona, se mueve i hasta enclava en una vesícula o conducto en los cuales falta el elemento infeccioso que tan terriblemente doloroso suele hacer algunos de aquellos procesos. En buenos términos, es la historia de un cálculo de la vesícula urinaria, libre ésta todavía de la cistítis correspondiente, es poco doloroso. En suma, son los dolores, la intensidad i frecuencia, la duracion que adquieren, los que deciden mas a menudo a los enfermos a recurrir al cirujano. Los trastornos dijestivos, acompañantes obligados de la infeccion, la fiebre i hasta la ictericia, vienen sólo en segundo término. Miétras escribimos o preparamos estas líneas ha llegado a mi consulta un enfermo que desde hace quince años sufre de cólicos biliares cada seis u ocho meses; los últimos han sido de tal intensidad que su médico se ha visto en la precision de recurrir a la morfina como último recurso. Su estado jeneral es magnífico; le hemos garantizado una pronta i completa mejoría; hemos insis-

tido en el peligro de llegar a ser un morfinómano; en la frecuencia con que los ataques habrán de seguir repitiéndose; todo ha sido inútil para decidirlo a aceptar la operación. Este es el tipo del enfermo que frecuentará las oficinas de los médicos en busca de cualquier régimen que pueda retardar sus ataques, que empleará durante largos meses o años la *Gratia probata* u otros específicos con que los charlatanes pretenden hasta disolver los cálculos biliares desconociendo que el cuerpo estraño es de valor secundario al lado de la inmensa significacion que tiene la infeccion.

Por el contrario, hace ya muchos años una de mis primeras operadas a quien un «clínico» habia asegurado que el 90 por ciento de los operados de cálculos biliares se morian de la operación, ante las insistencias de la madre para que desistiera de la intervencion quirúrgica, exclamó con imperturbable tranquilidad:

«Prefiero morir en la mesa de operaciones ántes que llevar la vida de los últimos tiempos, o volver a sufrir un nuevo ataque.»

Su enerjía i resolucion han sido debidamente compensadas; vive hoi en perfecta salud.

En suma, no nos parece que aun los mas recalcitrantes puedan rechazar la intervencion operatoria en los casos de flegmon o empiema crónico i gangrena de la vesícula, ruptura de la vesícula; en los casos de carcinoma incipiente, degeneracion calcárea de sus paredes, «vesícula frambuesada» e hidropesía de dicho depósito biliar.

IV

GRAVEDAD DE LAS INTERVENCIONES EN LAS VIAS BILIARES

El grande i conocido cirujano de Chicago, A. D. BEVAN en una publicacion de este mismo año pasa en revis-

ta el desenvolvimiento de la cirujía biliar desde el año de 1860 en que la mortalidad no era inferior a un 30 por ciento, hasta la éra actual en que está reducida a ménos de UNO POR CIENTO para los cálculos de la vesícula biliar i a CINCO POR CIENTO cuando el cálculo está enclavado en el colédoco.

Habremos de hacer notar desde luego que tanto este cirujano como la mayor parte de los americanos del Norte, gracias en particular a la escuela de los hermanos Mayo, practican en el 90 por ciento de los casos la estirpacion de la vesícula. En efecto, en las *Clínicas de 1915*, páj. 257, se puede leer lo siguiente:

«Con los progresos recientes adquiridos en la materia e influenciados por la recidiva de los síntomas que evidenciaban las fallas para obtener la curacion de los enfermos en un buen número de casos, la colecistectomía llegó a ser la operacion de regla i AHORA CERCA DEL NOVENTA POR CIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR SON TRATADAS DE ESA MANERA. Sólo circunstancias especiales de la infeccion, perforacion, edad mui avanzada o el estado jeneral precario del enfermo nos suelen decidir a aceptar la colecistostomía. Si vuelven a aparecer los síntomas recurrimos a la colecistectomía como un último procedimiento.»

Veamos, sin embargo, las estadísticas de otros cirujanos que no hayan alcanzado a la gran habilidad i destreza de Bevan o los hermanos Mayo; pero hagamos resaltar desde luego la consideracion en que han insistido estos últimos autores con mui justa razon, en nuestro sentir, a saber, que el éxito depende no tanto de la natural perfeccion operatoria que se adquiere con la esperiencia, cuanto de la mayor exactitud, oportunidad o precision científica con que se fijan las indicaciones operatorias, lo mismo que las abstenciones. Saber lo que no se debe

hacer en un caso dado suele constituir la *suprême sagesse*.

J. B. Deaver de Filadelfia ha practicado en los últimos seis años 1,031 operaciones en la vesícula i vias biliares. Figuran en su estadística 474 colecistectomías (incluyendo las coledocostomías) i 427 colecistostomías. Mortalidad 7.18 por ciento. Este autor ha prestado particular atencion a las recidivas de los síntomas por los cuales se ha operado.

Para Eisendrath en el 20 por ciento de cálculos del hepático o del colédoco no ha habido signos reveladores de su existencia o en todo caso, han sido oscurecidos por los que se imputaban a la vesícula.

La exploracion del colédoco deberia practicarse con mucho mas frecuencia; no aumenta la gravedad i permitiria reconocer cálculos en la última porcion de aquel conducto que han sido desconocidos hasta en un 33 por ciento de los casos. La recidiva de los síntomas cuando se ha dejado cálculos olvidados en el hepático, incidente mas frecuente de lo que se cree, o bien cuando se han formado en los canales intra-hepáticos, lo que es propia mente escepcional, podria tambien así prevenirse.

Práctica mui recomendable a fin de evitar estos percances consiste en practicar la exploracion dijital del colédoco levantando este conducto con un dedo introducido en el hiato de Winslow, miéntras el explorador metálico recorre el interior de dicho conducto.

J. Sherren, de Lóndres, ha publicado en *The Practitioner* de 1913 su estadística de 128 ectomías. La mortalidad ha sido de 9 por ciento—hubo 7 casos de carcinomas.

En un congreso de cirujanos alemanes que tuvo lugar en Francfort, en Noviembre de 1912, se trató en detalle la cirujía de las vias biliares.

Poppert en un material mui considerable no ha tenido una mortalidad mayor de 5 por ciento i en 400 coledostomías esa cifra no ha pasado de 6 por ciento.

Heidenhain estudia 238 casos; la mortalidad no ha pasado de 1.7 por ciento para los casos sencillos, o sea, sin sépsis mui intensa, sin obstruccion del colédoco i sin carcinoma. Estas complicaciones elevaron respectivamente la mortalidad a mas de 20, 18 i 36 por ciento. El cáncer de la vesícula figura en cerca del 7 por ciento de su material. «*Todos debemos esforzarnos, agrega, por operar los cálculos biliares ántes que den lugar a complicaciones graves*». Esta regla, dice, debe rejir aun para la obstruccion aguda del colédoco; de esa manera salvaremos mas vidas que si continuamos con la práctica antigua: la de esperar que cedieran aquellas manifestaciones alarmantes durante un período de tiempo que a veces iba hasta mes i medio.

Poppert i Rehn reforzaron las ideas emitidas por Heidenhain i estuvieron contestes en condenar, o por lo ménos considerar con mui poca simpatía el tubo en T de Kehr para hacer el desagüe de las vias biliares.

Riedel ha operado 695 cálculos biliares i encontrado en ese material 77 casos de ruptura de la vesícula; 18 casos de destruccion parcial o total del cístico i 2 perforaciones de colédoco. Desgraciadamente no nos ha sido posible tener a mano el orijinal, *Münch. med., Woch.*, 1912, número 46.

Rotter ha practicado 95 colecistectomías; sólo uno de esos enfermos murió por erisipela. La autopsia demostró que las suturas estaban en orden. Este cirujano cierra sistemáticamente todo el abdómen.

Dietz i Lejars han visto casos de colecistítis subagudas latentes exacerbarse considerablemente despues de una apendicitis aguda. Esta observaciones no tienen hoi dia,

despues de las notables esperiencias i enseñanzas de Rosenow, nada de extraordinario; no hacen sino confirmarlas.

J. Borelius designado como relator, en compañía de Tscherning, ánte el congreso de cirujanos suecos celebra en Estocolmo en 1911, ha ampliado mas sus ideas sobre cirugía biliar en 1912 (*Zentralblatt f. Ch.* páj. 1430). Rechaza terminantemente lo que los alemanes han denominado «la operacion normal» de Kehr, esto es, la abertura del colédoco i su exploracion sistemática seguida de desagüe del hepático, en toda operacion de cálculo biliar. Parécenos pertinente ántes aun de seguir esponiendo las ideas de la escuela sueca recordar lo que dice el profesor T. Kocher (5.^a Auflage, páj. 782) de su *Operations lehre*: «En ningun caso hemos practicado el desagüe ni del hepático ni del colédoco, ni aun en los casos de inflamacion, a pesar de que Kehr i Koerte atribuyen a ese procedimiento los buenos resultados que han obtenido i lo consideran como un progreso. Por lo demas, que se puede obtener tambien excelentes resultados sin ese desagüe, lo demuestra, ademas de mi estadística, la de Mayo Robson relativa al mismo asunto».

El material de Borelius es de 353 operaciones con 26 casos fatales. De las 234 colecistectomías que comprende—sin sondaje del colédoco ni desagüe del hepático—no ha tenido sino tres por ciento de mortalidad. Sólo en cuatro de estos enfermos hubo posteriormente síntomas de obstruccion del colédoco; en otros dos que fueron autopsiados, el conducto estaba permeable.

En 52 coledocostomías tuvo 10 muertos; solamente en 6 de estas 52 operaciones dejó de hacer el desagüe del hepático.

Ha tenido frecuentes recidivas despues de simples stostomías; de ahí que tanto Berg como Borelius i los mas co-

noeidos cirujanos de Suecia, sean partidarios de la ectomía (1).

G. Cotte-Lyon Chirurg. v. IV, páj. 469, 1910; hace un resúmen cuidadoso de la literatura para demostrar que la ectomía gana terreno en el concepto de casi todos los cirujanos, con desmedro, naturalmente, de la colecistostomía.

Pero es, en nuestro concepto al ménos, la escuela anglo-americana, con Moynihan i los Mayo a la cabeza, la que mas directa i eficazmente ha contribuido al progreso de esta rama tan importante de la cirujía moderna.

Moynihan escribe testualmente en su *Abdominal Operations*, 3d. Ed., 1914, páj. 288: «Durante los últimos ocho años me he inclinado mas i mas a practicar la colecistectomía, i, despues de algunas vacilaciones i trepidaciones que la esperiencia ha alejado, *estoi resueltamente dispuesto* a sostener la adopcion frecuente, aunque seguramente no invariable, de esta operacion de preferencia a la colecistostomía, en vista del carácter mismo de los enfermos que llegan hasta el cirujano». Desgraciadamente, agrega un poco mas adelante, «en una proporcion inmensa de los casos la enfermedad ha hecho grandes estragos, la vesícula está engrosada, opaca, blanca i esclerosada i la permeabilidad del conducto cístico seriamente comprometida. En tales casos *la colecistostomía puede aliviar por algun tiempo*, pero es fácil que las molestias vuelvan, con

(1) Borelius (Lund) seguia en su clínica mas o ménos la conducta indicada por Deaver para las colecistitis agudas; pero, lo mismo que Sprengel, e imitando probablemente a los cirujanos de Los Angeles (California), considera este proceso de la misma categoría que la apendicitis aguda i desde principios de 1916 opera las colecistitis en pleno período agudo. Ha operado en concordancia con este principio 21 enfermos que le han dado una mortalidad de 5 casos; dice que dos de estos casos fatales debieron haberse operado dos i seis dias ántes de la fecha en que aceptaron la intervencion. Ha operado en todo 531 enfermos de las vias biliares. (*International Abstracts of Surgery*, XXXIV, 1917, páj. 127).

gran decepcion del enfermo i de su cirujano que se ve compelido a proponer *una nueva operacion*».

Todos los cirujanos de las vias biliares contamos en nuestras estadísticas **operaciones secundarias** que fluctuan entre el 4 i hasta el 15 por ciento, o sea, un crecido número de enfermos en que en la primera intervencion el estado jeneral no permitió hacer sino una operacion paliativa, para salvar la vida del enfermo; pero no para sanarlo de su enfermedad; o bien, en que el cirujano, imbuido en la vieja concepcion de que la vesícula ha de desempeñar un papel importante, no se la ha de sacrificar sino por escepcion. Ya hemos hecho mencion de cómo los canales biliares superiores i el colédoco mismo se prestan fácilmente para reemplazar la falta de aquel receptáculo. Apénas si vale la pena recordar que las amígdalas, la próstata, el apéndice, el riñon, el útero i el ojo son órganos cuyas importantes funciones nos son mas o ménos perfectamente conocidas i cuya utilidad nadie discute; sin embargo, gravemente enfermos, se les sacrifica dia a dia: estamos obligados a elejir de dos males el menor.

A. G. Gerster en la memorable discusion de este tema en la Sociedad de Cirujía de Chicago, Abril de 1912, decía:

«Pero cuando la inflamacion destructiva ha penetrado en las capas subperitoneales, causando estensas linfajinitis sépticas, i tromboflebitis la enfermedad va mas allá de lo que puede la cirujía i se hace irreparable». (*Surgery, Gynec. Obst.*, 1912, páj. 635). Esta atinada reflexion es aplicable con igual exactitud a lo que pasa en la colecistitis que a lo que acontece en la apendicitis.

La clínica de los hermanos Mayo ha publicado la estadística comparativa que nos parece de interes reproducir; se ve que la operacion radical, despues de los trabajos de Rosenow, ha revolucionado el tratamiento de estas enfermedades en la gran clínica de los Estados Unidos.

MORTALIDAD RELATIVA DE LA COLECISTOSTOMÍA I DE LA
COLECISTECTOMÍA.—CLÍNICA DE LOS MAYO

Colecistectomías

	Total de operaciones	Cáncer	Muertos	Porcentaje de muertos	
1907-1909.....	304	..	4	1.0	
1910.....	111	2	
1911.....	100	2	3	2.0	
1912.....	211	7	4	1.9	
1913.....	261	2	5	1.9	} 1.2
1914.....	817	..	5	0.6	
1915 (diez primeros meses)	689	..	11	1.6	
TOTALES.....	2,493	13	32	1.3	

Colecistostomías

	Total de operaciones	Cáncer	Muertos	Porcentaje de muertos	
1907-1909.....	1,085	..	15	1.4	
1910.....	426	2	7	1.7	
1911.....	481	2	4	0.8	
1912.....	427	1	3	0.7	
1913.....	204	3	10	4.9	} 3.4
1914.....	157	435	4	2.5	
1915 (diez primeros meses)	74	..	1	1.4	
TOTALES.....	2,854	8	44	1.5	

«De una serie de cartas interrogatorias enviadas a enfermos operados de colecistectomías en los últimos años —pero en que habia trascurrido por lo ménos uno desde la operacion—se recibieron 219 respuestas, que demuestran que el 71 por ciento de estos enfermos sanaron; 22

por ciento se mejoraron i 7 por ciento no mejoraron. De los enfermos que mejoraron, el 57 por ciento tenia cálculos i colecistítis, i el 43 por ciento solamente colecistítis. (*Mayo Papers*, 1916, páj. 274).

TÉCNICA OPERATORIA

Siempre hemos dado la preferencia a las incisiones verticales; hemos usado a veces las incisiones trasversales u



FIG. I.—(Segun E. S. Judd).

La línea que parte del lado derecho del apéndice xifoides,—incision o línea de Bevan,—permite abordar fácilmente la porcion fija de las vias biliares.

La línea de puntos interrumpidos tenia por objeto esponer en primer término i casi esclusivamente la vesícula biliar.

oblicuas; jamas la incision en bayoneta de Kehr. Entre las primeras, la recomendada por A. D. Bevan en 1897—*Jour, Amer. Med. Assoc.* XXVIII, 1225-1227—es la que nos ha dado mayor satisfaccion i la que permite esponer mas completamente los conductos biliares mismos, o sea, la única parte fija del aparato biliar. Las antiguas incisiones tenian por objeto principal esponer la vesícula misma i en particular el fondo de ella, la parte mas movable i variable, por lo tanto.

El cojin de arena, recomendado por W. Elliot, de Boston, su introductor, por Moynihan, Gosset i tantos otros no lo usan los Mayo ni lo menciona siquiera Judd al ocuparse de la operacion en las Clínicas de 1916. Nosotros lo consideramos de utilidad en la mayoría de los casos i pensamos que los que no tienen gran esperiencia en esta clase de cirugía, se encontrarán mejor con su uso que prescindiendo de él. Contribuye eficazmente a satisfacer la primera i mas indispensable de las necesidades de una buena operacion en la parte alta del abdomen: amplia exposicion del órgano en que se interviene. La perfecta *eterizacion* del enfermo no es de ménos importancia.

La incision comienza como lo indica la figura que reproducimos del trabajo de Judd, a la derecha del apéndice xifoides i siguiendo a corta distancia por fuera de la línea media, viene a terminar a la altura del ombligo i a unos cinco centímetros por fuera de él. Se espone i secciona en seguida la hoja anterior del recto del abdomen de la manera que lo indica la lámina II. Las fibras muscula-

(1) Desde Agosto del año en curso, gracias a la buena voluntad de nuestro amigo C. H. Mayo i en gran parte tambien a su jenerosidad, que nos complacemos en agradecer públicamente, cuenta nuestro hospital con todo el instrumental de que se sirven los famosos cirujanos de la clínica de Rochester.

res son separadas simplemente; completada esta separacion, se la mantiene con enerjía de uno i otro lado a fin de presentar la hoja posterior, el peritoneo i las fibras supe-



FIG. II. (segun E. S. Judd.)

Incision de la hoja anterior del músculo recto anterior del abdómen. Las fibras musculares son separadas simplemente. En la parte alta se pone en relieve que la incision cutánea difiere de la direccion vertical i un poco a la derecha de la línea media en que se separan las fibras musculares. Esta direccion está marcada por una línea de puntos interrumpidos.

riores del trasverso. Colocado el enfermo en posicion declive, la estraccion del apéndice, que nosotros aconseja-

mos i practicamos en la inmensa mayoría de los casos, no presenta dificultad digna de mencion.

Vuelto el enfermo a la posición horizontal, el fondo de la vesícula sirve para ejercer tracción sobre ella i el hígado; tirado éste hácia abajo i adelante, va a permitir luxarlo hácia arriba i presentar, por lo tanto, toda la vesícula i los canales principales. Si en esta actitud se rechaza hácia abajo el duodeno, el conducto colédoco se pone tenso i hace mui visible; seccionese el peritoneo que lo cubre i espóngase el trípode formado por el cístico, el hepático i el colédoco. De la buena esposición de estos tres conductos va a depender el éxito de la operacion.

Nosotros casi sistemáticamente practicamos la colecistectomía de atras a adelante, tal como los Mayo i Moynihan comenzaron a practicarla desde 1906 i sólo en casos escepcionales comenzamos por el fondo. Igualmente raro es que haya necesidad de seccionar el ligamento suspensorio; pero es fuera de duda que facilita las maniobras i la sutura de él no acarrea molestia alguna, si es que realmente tiene el papel de contribuir a mantener suspendido el hígado. Tomado i seccionado el cístico entre dos pinzas curvas, su despegamiento va a poner fácilmente a la vista la arteria cística; procédase lo mismo que con el cístico i continúese despegando la vesícula del lecho hepático teniendo la precaucion de acercarse mas a las tónicas de la vesícula que a la sustancia hepática. Procediendo con cuidado no es imprescindible vaciar previamente el contenido de la vesícula. Despegados ya los dos tercios de la vesícula i manteniendo siempre el resto como muñon de tracción, hai ventaja en ligar la cística, si es que no se le ha hecho en el momento mismo de reconocerla, i en comenzar a suturar los bordes del peritoneo que mantenía a la vesícula aplicada al hígado; de otra manera el

hígado tenderá a escaparse de la posicion luxada en que lo manteniais i os dificultará esta maniobra.

Una vez terminada esta sutura, procedereis a explorar el estado del conducto hepático lo mismo que del colédo-

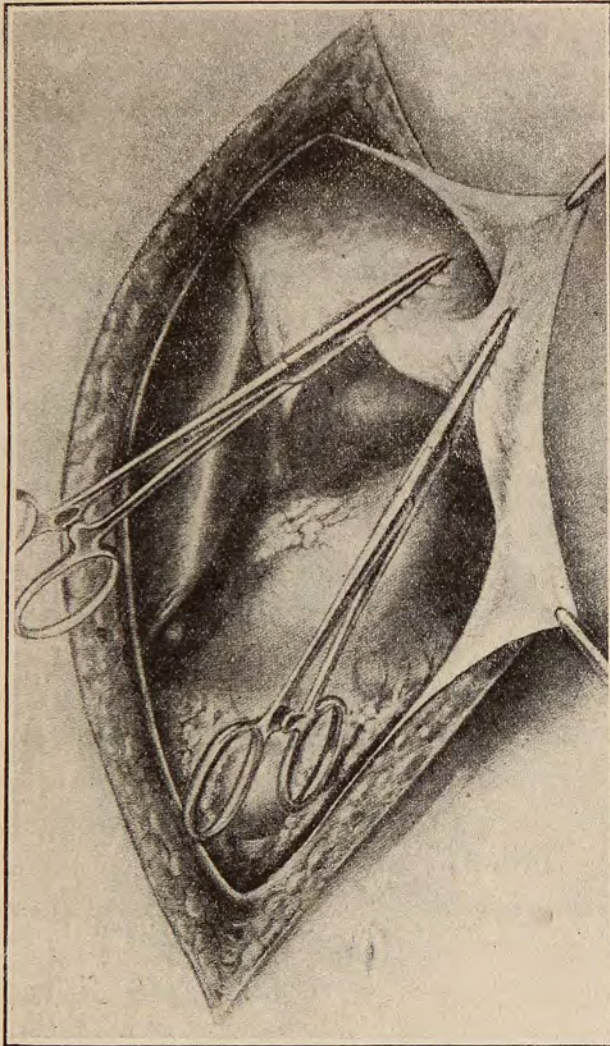


FIG. III.—(Segun E. S. Judd).

En ciertas ocasiones puede haber ventaja en seccionar entre dos pinzas el ligamento denominado «suspensorio» del hígado; permite una esposicion mas amplia de los conductos biliares.

co. Si habeis tenido la precaucion de conservar un pequeño trozo del cístico, i la maniobra de introducir primero un estilete i luego el explorador metálico olivar a traves del adosamiento que ha producido la pinza con que lo habeis ocluido en el momento de comenzar la estirpacion de la vesícula se hace difícil, dad un pequeño tijeretazo hasta mas allá de aquella obstruccion artificial i momentánea, os facilitará grandemente la introduccion de vuestro explorador. Mantenido un dedo en el hiato de Winslow i levantando suavemente todo el pedículo hepático, deslizad lentamente i con debida atencion la oliva del explorador hasta que despues de franquear la pequeña estrechez que precede a la abertura en la ampolla de Vater, tengais la sensacion de penetrar en la verdadera cavidad duodenal. Repetid la misma maniobra de exploracion en el conducto hepático. En ámbos casos habeis podido imponeros del grado de infarto mas o ménos acentuado de los ganglios linfáticos que a lo largo de ellos existen. La consistencia i tamaño de aquellos ganglios deberiais aprender a justipreciarla; será con frecuencia el guia mas valioso para resolver vuestra línea de conducta en un crecido número de colecistítis sin cuerpo extraño. Limpiad cuidadosamente la estrechidad del cístico por donde habeis deslizado vuestro explorador i terminad colocando la ligadura que lo habrá de ocluir. Gosset dice a este respecto que la simple ligadura circular con catgut es la mejor, *a condicion que el cístico sea cortado al ras del colédoco*, en un punto en que se le encuentra sano o casi sano, i agrega:

«Yo creo que los derrames de bílis por el cístico despues de la colecistectomía, son imputables al hecho de que la ligadura ha sido colocada no sobre el cístico mismo, sino sobre un muñon demasiado grueso formado por el cuello de la vesícula. Se pensaba practicar una colecistectomía

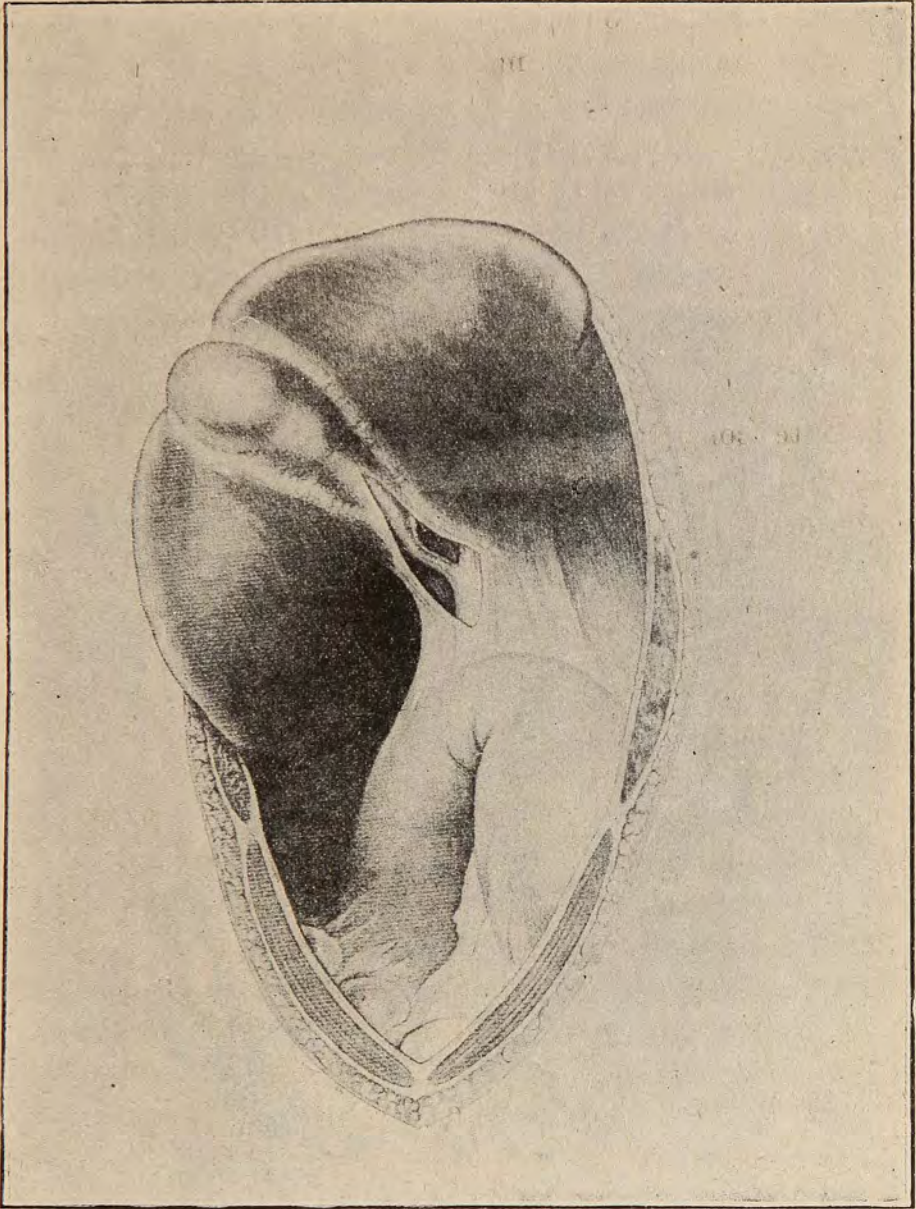


FIG. IV.—(Segun A. Gosset).

Es de capital importancia, ántes de practicar la colecistectomía de atras a adelante, con sección previa del cístico, buscar i poner de manifiesto el trípede formado por el conducto hepático, cístico i colédoco. Esta busca que se hace fácilmente despues de la seccion i desprendimiento del peritoneo, constituye un tiempo esencial de la colecistectomía de abajo hacia arriba. Gracias a esta maniobra se evitarán seguramente las lesiones de colédoco. (Gosset).

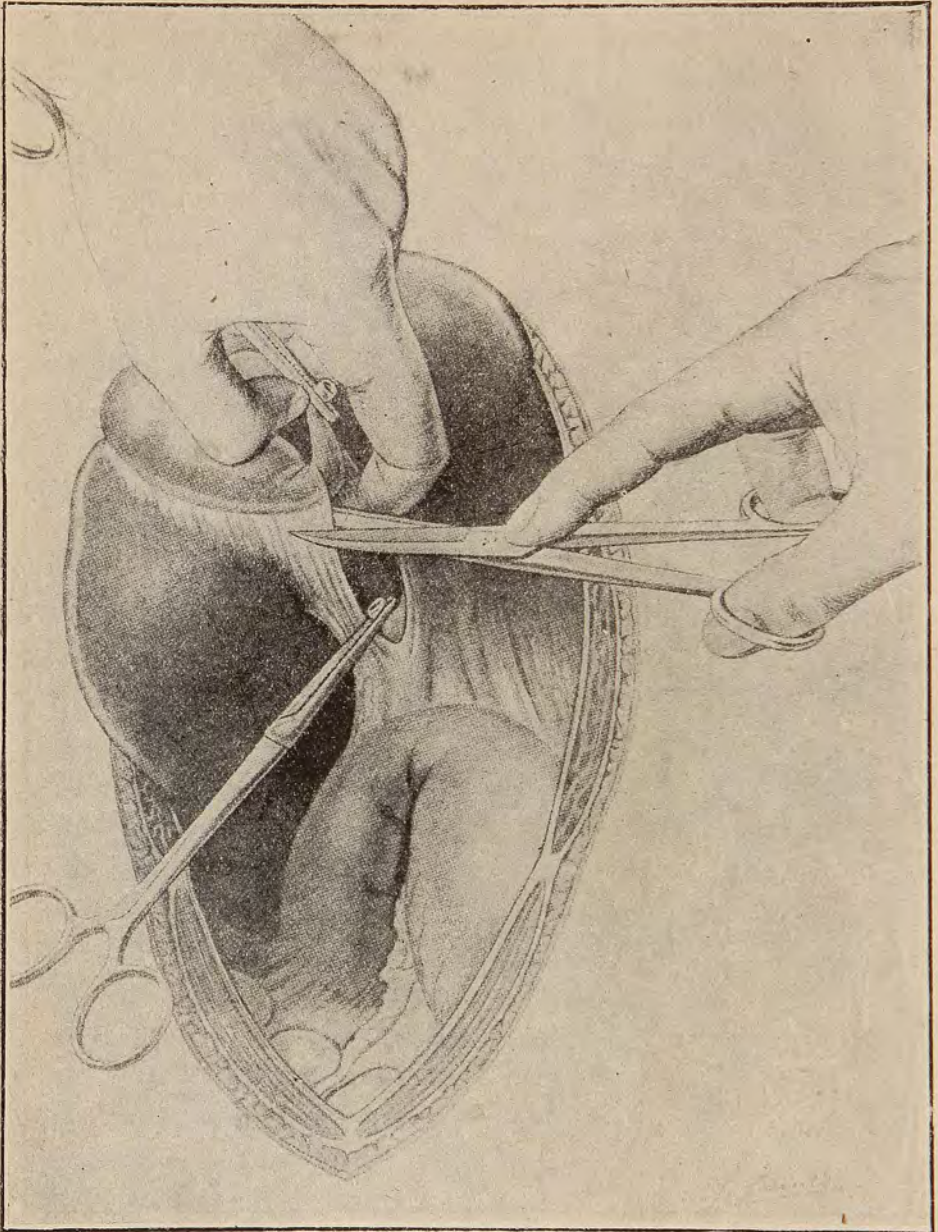


FIG. V.—(Segun A. Gosset).

Colecistectomía de abajo hacia arriba. El conducto cístico ha sido seccionado justamente al nivel de su union con el colédoco; el cirujano mantiene la vesícula en su mano izquierda, la despega con el índice de abajo hácia arriba, trabajando entre la cara profunda de la vesícula i la sustancia hepática. La mano derecha, armada de tijeras, secciona los repliegues peritoneales de la vesícula i el cirujano tiene cuidado de conservar tanto como sea posible de la serosa, para que, una vez terminada la seccion, pueda suturarlo o bien, si lo juzga necesario, implantar ahí un tubo de desagüe.

total i se ha hecho en realidad una colecistectomía subtotal.»

Satisfechos estos detalles de tanta importancia i tras-

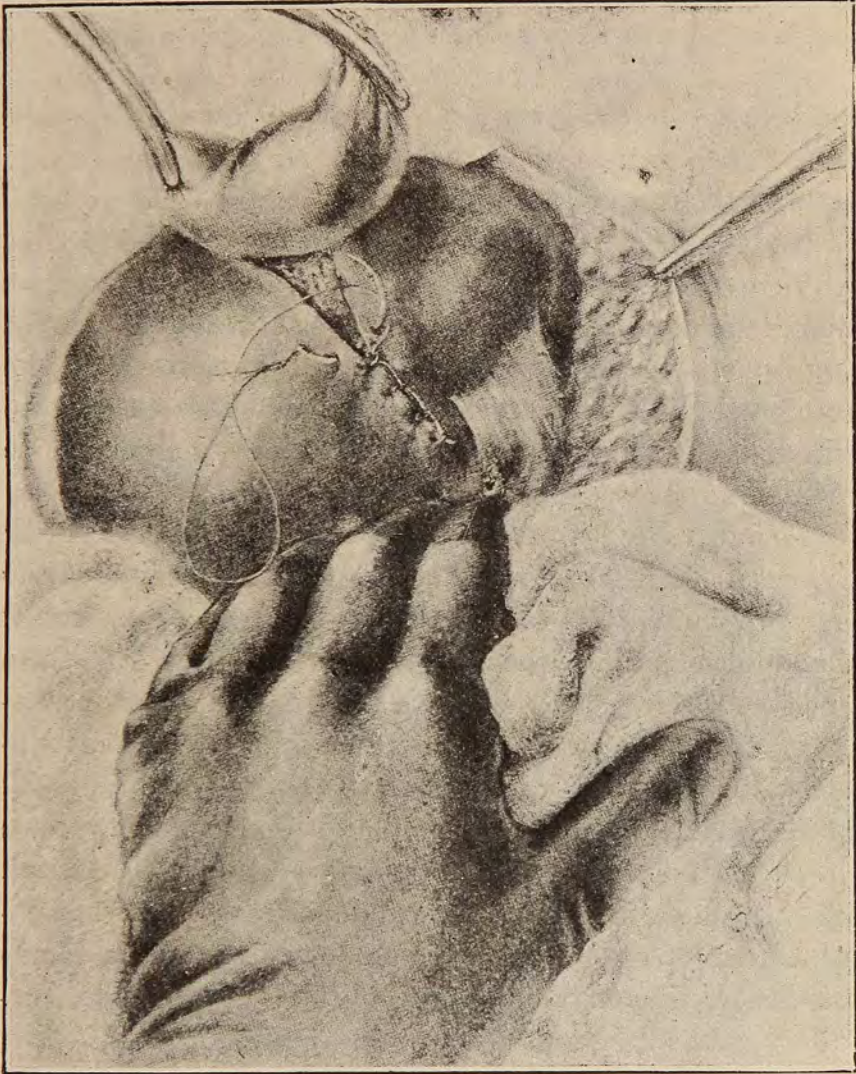


FIG. VI.

Antes de terminar completamente el despegamiento de la vesícula i sirviéndose de ella como de un tractor, se hace la sutura de los repliegues peritoneales que la aplicaban i mantenian contra la cara inferior del hígado.

endencia para la suerte futura de vuestra operacion, reforzadlos, si os parece, con una segunda ligadura con seda fina, i suturad sobre el muñon el peritoneo que habiais incidido para esponer el trípode cístico hépato-colédoco.

Si habeis procedido con toda asepsia i, por lo tanto, vuestra hemostásis i peritoneizacion ha sido perfecta, no hai razon atendible para dejar desagüe de ninguna especie. Para garantía, en los casos contrarios, podeis recurrir a un tubo que quedará aplicado a la cama de la vesícula i cuya estremidad profunda llegue hasta el sitio de la ligadura del cístico. Evitad a toda costa los desagües con gasa simplemente: favorecen en alto grado las adherencias, mui en especial si no habeis procedido en el curso de la operacion con la finura suficiente para no destruir el endotelio de la serosa. Las molestias posteriores del enfermo os evidenciarán esa falta.

La sutura de las paredes abdominales se hace del modo comun i corriente en tres planos, no olvidando jamas retirar previamente el cojin colocado para hacer proeminar la rejion hepática, que mantiene un tanto tensa i tirante los bordes de vuestra herida. El rodete de algodón envuelto en gasa que viene a reforzar vuestra sutura no es indispensable tampoco, en particular si la eterizacion ha sido perfecta. La posicion de Fowler i demas precauciones postoperatorias evitarán los vómitos a vuestro operado en la grande e inmensa mayoría de los casos. Con esta técnica hemos tenido la satisfaccion de ver a muchos de nuestros operados a los ocho dias en pié i a los diez o doce abandonar el hospital completamente sanos.

RECIDIVAS DE LOS SÍNTOMAS

Habremos de insistir una vez mas en la frecuencia con que la colecistítis puede presentarse sola, sin su acompa-

ñante o la *consecuencia* de la infeccion: el cálculo. El cirujano que se encuentra con una de estas vesículas en que las manifestaciones de la colecistítis crónica no se evidencian desde el primer momento, tiene, en realidad de verdad, que afrontar uno de los mas difíciles problemas de la cirugía de las vias biliares. El infarto ganglionar que revela la infeccion de la vecindad puede corresponder lo mismo a una úlcera del duodeno que a una pancreatítis crónica, que con harta frecuencia acompaña indudablemente a la colecistítis; pero de ninguna manera le está vedado a la pancreatítis presentarse como enfermedad única o principal. Moynihan habia dicho hace no muchos años que valia mas pecar dejando una vesícula enferma que extraer una que no estaba bastante enferma. El nuevo impulso impreso particularmente por los notables trabajos de Rosenow i los Mayo vienen a cambiar i casi invertir aquel principio.

En todo caso, es indudable que lesiones de órganos vecinos pueden simular perfectamente la sintomatología de los cálculos biliares. «Nos ha sido imposible en algunos casos, escribe C. H. Mayo en 1915, diferenciar las enfermedades de la vesícula biliar, de las del apéndice o de la úlcera duodenal desde que las tres pueden existir en el mismo enfermo». De ahí el prudente principio implantado en aquella clínica i que nosotros nos hemos esforzado en llevar a la práctica cada vez que la ocasion se presenta: la de explorar todos los órganos que puedan hacer la mímica de aquel en que clínicamente creamos poder localizar la infeccion por la cual vamos a intervenir.

Abrigamos con Deaver la mas profunda conviccion de que el apéndice es el foco de infeccion de donde parten los jérmenes para casi todas las enfermedades del abdomen superior, vesícula i páncreas, lo mismo que duodeno i estómago. Mas aun, la infeccion de aquel órgano puede

dar lugar, eliminados sus productos sépticos o tóxicos, a graves lesiones renales, cardíacas u otras. Es sabido que un buen número de los colelitiásicos tienen su corazón en condiciones que hacen difícil i hasta peligrosa la anestesia i que, una vez operados, vuelven a la fisiológica normal. La eliminacion, pues, de ese foco de infeccion se impone desde el momento en que se sospeche siquiera que puede ser el causante de las perturbaciones de la vesícula que estamos estudiando.

«La colecistítis, calculosa o no, puede persistir durante muchos años. Siendo en estos casos la infeccion el factor de mayor significacion, los reflejos—particularmente los reflejos gástricos—son mas fuertemente acentuados; puede haber ataques de cólicos, no tan graves seguramente como cuando existen cálculos, pero en que la sensibilidad patológica persiste por mucho mas tiempo que en los ataques que producen los cálculos sin colecistítis i la sensibilidad local es mayor. La dispepsia cualitativa es acentuada—las grasas, las manzanas ácidas i los alimentos de difícil digestion dan lugar como manifestaciones reflejas a mucha flatulencia i ectasia gástrica.—LA INFECCION GRAVE—vesícula aframbuesada—se la confunde a menudo con la úlcera duodenal. Aunque estos enfermos no tengan intervalos completamente libres de algunos síntomas, sufren de exacerbaciones o ataques de una i hasta tres semanas de duracion con prolongados intervalos de gran mejoría, exactamente como los que padecen de úlcera. Los síntomas gástricos, sin embargo, cuando son graves, no son del tipo i de la regularidad de los que ocurren en un estómago vacío, sino que tienen lugar ántes de las comidas, dos o tres horas despues de las comidas o en la noche; la ectasia gástrica puede causar náuseas o vómitos—este último es a menudo provocado por el alivio que produce—pero puede calmarse por los alcalinos, como en

la úlcera, lo que viene todavía a complicar mas el diagnóstico. La recidiva de los ataques significa indudablemente que el foco orijinal, probablemente en conexion con la boca i el apéndice, está en actividad todavía i la recidiva de los síntomas se asemeja a las exacerbaciones del reumatismo articular en condiciones parecidas. Mas aun, ámbas lesiones, úlcera—gástrica i duodenal—i colecistítis pueden presentarse en el mismo individuo i ser producidas por las mismas bacterias.»

«En el último año sobre un total de 383 casos de úlceras, —duodenales 275 i gástricas las demas,—en cerca del 10 por ciento se hizo el diagnóstico de infeccion de la vesícula. Durante el mismo período se operaron 1,019 casos de vías biliares. En mas del 7 por ciento se insinuó tanto uno como otro diagnóstico. En el 78 por ciento de los casos hubo colecistítis crónica—del tipo de la «vesícula aframbuesada» (1)—en que los trastornos gástricos remi-

(1) «Dos son las formas principales de vesícula que ofrece la colecistítis crónica: la grande, azul i distendida que no se va cia por sí misma normalmente bajo compresion (la bñlis es delgada i amenudo de mal olor por la infeccion por los bacilos intestinales), i la vesícula blanquecina, de paredes gruesas, a menudo adherente, que contiene con frecuencia bilis espesa como alquitran i con gran cantidad de mucus. En regla jeneral, la hipertrofia de los ganglios a lo largo del conducto colédoco se comprobará fácilmente en ámbas formas. Esta hipertrofia de los linfáticos puede ser el único signo que indique en algunos casos que la vesícula biliar está probablemente enferma. Si la sintomatología es suficientemente clara para aceptar la existencia de la colecistítis, se hace necesario abrir la vesícula i examinar la mucosa ántes que el diagnóstico pueda precisarse de una manera definitiva. En ocasiones la enfermedad podrá estar limitada a un área reducida, que probablemente ni será reconocida tampoco por la simple abertura e inspeccion de la mucosa de la vesícula. En tales casos la causa de los síntomas puede no ser descubierta sino despues de la estirpacion total de la vesícula i despues de un prolijo estudio de ella.»

«Aceptados por ciertos los hechos anteriores, resulta claro que la existencia de la colecistítis sin cálculo es innegable i que su demostracion eviden-

tentes i, en mui alta escala, los síntomas característicos de la úlcera eran mui probablemente los primeros que se revelaban. En otros 17 casos en que se pensó en úlcera gástrica, existian cálculos (esta cifra es excesivamente baja para el número total de casos)». Clínica de los Mayo, 1916.

Nos ha parecido de importancia recordar estas opiniones tan autorizadas para que se tenga presente al practicar la operacion, que otros órganos que la vesícula pueden estar simultáneamente enfermos i que, evidentemente, si se opera sobre uno solo de esos órganos, los síntomas van a reaparecer i el enfermo—a veces tambien el médico—deducirá que la cirugía ha sido impotente para sanarlo de su enfermedad. Recientemente no mas hemos intervenido en una enferma de mi colega el doctor Joel Rodríguez. La infeccion biliar postifoídica persistia desde hacia mas de año i medio con exacerbaciones febriles que hasta hicieron pensar en que la tuberculósis tuviera alguna participacion, a pesar de que el estado jeneral se conservaba bastante bien. Operada de apendicitis en otro esta-

te puede no obtenerse sino con la abertura de la vesícula. Mas aun, que despues de la abertura i esposicion de su membrana mucosa el diagnóstico de colecistitis en el sentido quirúrgico de la palabra, puede quedar mas o ménos dudoso hasta que la vesícula o un trozo de ella sea sometido al exámen del patolojista. Afortunadamente, desde el punto de vista del diagnóstico la vesícula «aframbuesada» es uno de los tipos mas frecuentes de colecistitis (fué comprobada, como ya lo hemos recordado, en el 78 por ciento de las 1019 intervenciones en las vias biliares efectuadas en 1915), (G. B. Eusterman). La mucosa se cubre de manchas amarillas como si correspondieran a ulceraciones en cuya superficie se depositara el material del cálculo biliar. En realidad de verdad estas manchas amarillas son la base de la mucosa puesta a descubierto por la desaparicion del epitelio que las cubria i cuyo tejido conjuntivo ha sido teñido de amarillo por la bilis. (Mac Carthy). La enfermedad está estrictamente confinada a la vesícula.» (W. J. Mayo. *Clínicas de 1913*, páj. 248).

blecimiento, los síntomas no tuvieron sino una lijera i transitoria remision; estirpada, por el contrario, la vesícula—último reducto en que se acantonaron los jérmenes de la infeccion—la curacion fué rápida i completa. Por eso se ha dicho con perfecta razon que la simple operacion de apendicítis, para dar garantía completa al enfermo, puede constituirse a veces en una de las mas complicadas intervenciones abdominales.

Pero, de las verdaderas causas de recidiva de los síntomas biliares, la mas frecuente es el olvido o la imposibilidad en que se estuvo en el momento de la primera intervencion para estraer todos los cálculos. Miéntas mas cróca es la infeccion mas frecuente es que en los repliegues o recesos de la mucosa infectada penetre algun pequeño cálculo que puede escaparse, mui en particular cuando se hace la exploracion del colédoco únicamente a dedo. De ahí que hayamos insistido en que se le practique con el índice izquierdo metido en el hiato de Winslow miéntas el explorador metálico recorre el lúmen del colédoco o el hepático mismo.

• La *reformacion* de los cálculos nos parece tambien innegable. Hace apénas una semana hemos intervenido en un enfermo operado hace ménos de un año por otro de mis colegas de la Facultad. El número considerable de cálculos que hemos estraído nos autoriza para sostener que se han formado en una vesícula profundamente infectada despues de la colecistostomía que practicó el colega aludido. Igual opinion emite Deaver basándose en una esperiencia de mas de dos mil operaciones en las vias biliares. Este mismo autor cree que la bílis espesa como alquitran o brea que se suele estraer del conducto hepático, es mas que indicio de la facilidad con que llegará a dar lugar a cálculos. Por poco que exista una colangiólitis requerirá el enfermo para sanar, o varias intervencio-

nes, o un desagüe mui prolongado de las vias biliares superiores.

En tercera línea debemos hacer mencion de las adherencias que resultan despues de la operacion. Es incuestionable que segun la importancia que adquieran podrán perturbar de un modo mas o ménos serio el funcionamiento de los órganos de la vecindad. Pero no es ménos cierto que a mayor asepsia i suavidad de manos en el tratamiento de los órganos abdominales corresponde una menor tendencia a la formacion de adherencias, a las cuales se está tentado en jeneral a atribuir mayor importancia que la que realmente les corresponde. En todo caso, depende del médico en gran parte evitarlas aconsejando a sus enfermos que se operen ántes de que la infeccion haya dado lugar a estensas pericolecistítis i al cirujano gastando la mayor asepsia i delicadeza posibles en el tratamiento de los órganos del abdómen superior. Boas escribe en 1916—*International Abstracts of Surgery*, páj. 497—que las recidivas que se observan despues de la operacion no son ni con mucho de la gravedad e intensidad que la lesion orijinal i que jeneralmente ceden a una permanencia prolongada en algún establecimiento balneario.

Pero mucho mas importante que todo esto es que recordemos una vez mas la opinion de Heidenhaim que hemos mencionado mas atras i que repitamos: LAS ENFERMEDADES DE LAS VIAS BILIARES SON ESENCIALMENTE QUIRÚRGICAS I NO MÉDICAS; QUE LA CAUSA MAS FRECUENTE DE LA RECIDIVA DE LOS SÍNTOMAS ES EVITABLE: CONSISTE EN NO RECURRIR A LA OPERACION EN ÚLTIMO TÉRMINO. Miéntias este hecho no se grave con caractéres indelebles en el cerebro tanto de los señores médicos como de los profanos, no podemos esperar ver aumentar el porcentaje de las curaciones completas de las infecciones de las vias biliares i enfermedades asociadas.

CONCLUSIONES

La vesícula biliar no es de ninguna manera un órgano necesario para el funcionamiento normal i eficiente del aparato digestivo; su infeccion, por el contrario, da lugar a molestias i trastornos de tal índole que afectan seriamente la salud i hasta comprometen la vida.

La infeccion biliar es una enfermedad netamente quirúrgica i no médica; sólo la cirujía puede curarla radicalmente. La medicina de hoi dia a lo sumo, la hace entrar a la categoría de enfermedad **latente**.

El cálculo biliar constituye solo una consecuencia de la infeccion; no es el factor primordial, como no lo es tampoco la infeccion de la bÍlis, puesto que en la inmensa mayoría de los casos los jérmenes de la enfermedad llegan por via circulatoria i se instalan en la capa basal de la mucosa, o sea, en la rejion de la mucosa ménos protegida por el epitelio. De ahí la incapacidad de los rayos lo mismo que la simple exploracion dijital para diagnosticar la infeccion sin cálculo.

La cólecistítis no calculosa es mucho mas frecuente de lo que hasta ahora se creia; puede afectar territorios limitados de la mucosa de la vesícula. El infarto ganglionar a lo largo del colédoco i del cístico constituye un excelente medio para reconocerla. Pero cuando éste no es mui acentuado o falta, su diagnóstico constituye uno de los mas serios problemas que tenga que afrontar el cirujano.

La infeccion puede existir simultáneamente i desde el principio en la vesícula a la vez que en el píloro, duodeno (úlceras gástricas i duodenales) i en el apéndice. Se impone la necesidad de explorar estos órganos al intervenir por una infeccion biliar.

Los conocimientos científicos hasta hoi adquiridos per-

miten sostener resueltamente que solo la estirpacion total de la vesícula puede dar garantía suficiente para curar la infeccion biliar. I esto a condicion de que no se opere demasiado tarde; de otro modo las linfanjítis profundas, trombo flebitis u otras manifestaciones lejanas de la infeccion o van a subsistir, o van a dar lugar a nuevas formaciones de cuerpos estraños. Tal es la causa evitable mas frecuente de la recidiva de los cálculos biliares. Solo el convencimiento de los médicos i profanos de estos hechos podrán permitir a los cirujanos aumentar talvez hasta el ciento por ciento las curaciones completas de los que padecen de infeccion biliar.

Despistar i curar el foco de infeccion localizada de donde arrancan los jérmenes que van a la vesícula a precipitar la colesiterina i hacer del cálculo la «tumba en que yacen sepultados los microbios invasores», es un asunto de capital importancia.

Santiago, 18 de Noviembre de 1917.

REFERENCIAS

Mayo Clinic, en especial las notables publicaciones de los seis últimos años.

A. G. GERSTER.—*Fracasos de la cirujía de las vias biliares*: Surg, Gyn., Obs. 1912, XV, pájs. 572 i 627.

Zentralblatt für Chirurgie, 1911, II, páj. 1308. Cirujía de las vias biliares. IX Congreso de Cirujanos. Estocolmo, 3-5 de Agosto de 1911

Mittelrheinische Chirurgevereinigung, Nov., 1912. *Zentralblatt f. Chirurg.* núms. 3, 89, 1913.

A. GOSSET.—*De la Cholécystoectomie*. *Journal de Chirurgie*, 1911, páj. 1.

G. SEELING.—*Cholecystectomy*. *Surg. Gynec. and Obst.*, 1917. v. XXV, páj. 52.

R. S. FOWLER.—*La infeccion de la vesícula biliar es una inflamacion progresiva; su tratamiento. Colecistectomía. Internat. Abstracts of Surg.* Agosto, 1917, páj. 127.

J. B. DEEVER.—*La recidiva de los cálculos biliares. Surg. gynec., and Obst.* Oct. 1917.

B. MOYNIHAN.—*Operative Surgery.* 3.^a edicion. vol. II, 262.

S. F. WILCOX.—*Gall Stones. International Abstr. of Surg.* Julio de 1917, 38.

