

CLINICA QUIRURGICA.

Algunas consideraciones respecto al tratamiento de la Colelitiasis.

Bouchard, concluyendo de una serie de observaciones que sólo su talento analítico podía sumar, que la colelitiasis era efecto del des-arreglo nutritivo, confirmaba las ideas de humorismo que sobre la patogenia de este fenómeno existían y de ahí arrancaba la idea bien arraigada, y más de lo que pudiera esperarse, de curar esta dolencia modificando tenaz y sostenidamente el terreno para aliviar uno de los síntomas más aparentes y mejor marcados de una infección, que como todas, tiende, hoy por hoy, á ser remediada por medios más activos si no más eficaces.

Raffray, buscando en el desequilibrio funcional del sistema nervioso el por qué de una buena serie de padecimientos, ve en la colelitiasis una manifestación del des-arreglo del centro celiaco y busca en la bromatología y en la terapéutica nervina el remedio á esta enfermedad que si no es de diaria observación, es sobradamente frecuente para llamar bien la atención sobre los recursos con que el arte cuenta para oponerse á su desarrollo y persistencia. Para orientarnos en la materia, bosquejemos, siquiera, su génesis, sus síntomas, sus complicaciones, y sobre esta base tratemos de buscar los medios de que disponemos para remediar los efectos y las consecuencias á que orilla en un buen número si no en la mayoría de casos.

La colelitiasis es el efecto directo de la infección microbiana de las vías biliares. Estudiando el aparato excretor del hígado y la bilis sana en los animales y en el hombre, durante las intervenciones, Netter por un lado y Mieczkouski por otro, la han encontrado estéril en los cultivos ordinarios; pero en estos mismos ejemplares Gilberts y Lippman en medios anaerobios han hecho cultivos constantemente. Debemos tener por sentado que la bilis es capaz de ser infectada, puesto que normalmente encierra gérmenes. Por otra parte, Duclaux ha establecido de tiempo atrás, que la parte inferior del canal colédoco es habitualmente séptica y el hecho ha sido verificado por numerosos observadores.

Los microbios habitantes habituales del intestino tienden á penetrar en las vías biliares; la naturaleza evita su irrupción por el flujo biliar que arrastra los microorganismos de un modo casi mecánico; de suerte que, cuando el curso normal de la bilis es estorbado por cualquier motivo intra ó extracanalicular, la flora microbiana del intestino invade los ramales de circulación biliar y produce los cuadros de infección local, que tanta resonancia tienen en el organismo, hasta producir un resultado funesto ú obligar á los medios extremos de la cirugía profunda y difícil de los grandes canales biliares.

La experimentación y la observación de consuno abogan por el microbismo en la génesis de los cálculos. La primera, en manos de Gilbert, ha producido en la vesícula de un perro, á favor de un cultivo de bacillus coli, cálculos biliares, en condiciones propicias de experimentación, es decir, con microbios de virulencia atenuada, poniendo la vesícula en un estado de inercia suficiente para que no expulse las concreciones blandas, neoformadas y estorbando parcialmente el flujo biliar. Obrando de esta manera, cuyos detalles han sido precisados por Mignot, discípulo de Terrier, se obtienen, en más del tercio de los casos, verdaderos cálculos duros y estratificados compuestos casi exclusivamente de colessterina.

La observación ayuda en este sentido y los casos de Naunyn y de Rokitzki, encontrando después de un mes de la fiebre tifoidea, litiasis biliar y demostrando el bacilo de Eberth en el contenido y en las concreciones de la vesícula, tienen el alcance de una experiencia.

No podemos dudar del origen microbiano de la litiasis y considerar esta enfermedad como un mal local y no como efecto del humorismo que ayudará más ó menos, pero que no es la causal directa; y siendo esto así, hay que oponer medios locales que tengan influencia directa sobre el mal, procurando una curación completa y definitiva.

Una vez efectuada la infección, queda como resultado la alteración de la pared vesicular; alteración que á la corta ó á la larga dará nacimiento al cálculo ó mejor dicho á la litiasis biliar. Varía es la forma clínica que revelará la existencia de estas concreciones.

Nula, á las veces, siendo encontrada en la autopsia y habría que pensar en la sintomatología lejana y sin conexión al parecer con la región afectada como consta en el trabajo de Hallet, cuando se ocupa de las perforaciones espontáneas de la vesícula, en donde bajo la apariencia de ataque de apendicitis, de catarros gástricos de repetición, se revelaba la litiasis. De modo que bien podemos creer que ésta se revela siempre; pero que á veces reviste una forma anómala y que escapa al cuadro habitual. Recuerdo á este propósito la historia de un hombre de 40 años, robusto, bien constituido, que padece hace buen tiempo, de malas digestiones, timpanismo, sensación de peso en el vientre, calambres de estómago después de la ingestión de los alimentos, sudaciones abundantes, fenómenos que aparecen por períodos más ó menos distantes, diarreas inmotivadas ó constipación de duración variable completan el cuadro de síntomas que acusa. En principios de este año, notaba que su peso disminuía, que su capacidad para el trabajo era menor, sus conjuntivas presentaban un ligero tinte subictérico, el adelgazamiento se hizo palpable y como quiera que este estado de cosas se prolongaba, me dió la idea de un canceroso incipiente, cáncer que viniera á asentarse sobre una mucosa que se inflamaba de tanto tiempo atrás y tan frecuentemente. En este estado decidió hacer una cura mineral y con sorpresa se vió atacado de cólicos hepáticos que expulsaron las concreciones que eran las causantes de la sintomatología vaga que padecía. Creo que la colelitiasis se traduce siempre por fenómenos palpables que no es fácil atribuir á su causa verdadera y que cuando la autopsia los revela han dado, durante la vida, lugar á un cuadro sintomático bien difícil de diagnosticar. Pero pasando de estos casos en que el resultado de la infección no se revela de un modo claro, vengamos á aquellos que van acompañados del ruidoso y clásico cólico hepático que es la forma como la naturaleza expulsa y se libra de ese verdadero cuerpo extraño. Detengámonos un momento á analizar el alcance y las consecuencias de este fenómeno expulsivo. Cabe bien recordar la feliz clasificación de Riedel en cólicos expulsivos, logrados, y cólicos sin expulsión, falsos, que es lo que Gilbert y Terrier llamaban cólico vesicular, y citando al mismo Riedel, cuya experiencia es voto en la materia, recor-

dar que un 90 por ciento de los casos, el cólico es falso, es decir, no expulsivo. Ahora bien, aún suponiéndolo expulsivo, el paso de cálculo á través de los canales produce por una parte el maltrato consiguiente y necesario de las paredes, su dilatación, lo que orilla á facilitar la invasión microbiana y por otra y de gran interés, el estorbo del escurrimiento biliar, y ya hemos visto el gran papel defensivo que el jugo biliar desempeña arrastrando consigo la flora microbiana intestinal que propende á invadir constantemente los canales de excreción. Es pues, cierto, que este fenómeno curativo natural expone sobradamente no sólo por el dolor que causa, sino por los efectos directos que produce el paso forzado del cálculo en su emigración desde la vesícula hasta el duodeno pasando por el colédoco en donde frecuente es que se detenga y provoque angio-colitis variables ciertamente de extensión y gravedad, pero que en su forma supurada equivale muy á menudo á la muerte. Pero hay más, la presencia del cálculo, siendo como es un cuerpo extraño, mantiene un estado de inflamación de la mucosa que acarrea su generalización á los canales, que puede hacer supurar la vesícula, que puede producir la inflamación en el contorno de ésta y basta anunciar estas probabilidades para no hacer mucho hincapié en los casos felices en los cuales la litiasis se limita á una serie de cólicos más ó menos distantes que aparentemente no traen consecuencias mayores. Sabemos bien que estas ideas deben tener sus límites, que la observación detallada de cada caso inspirará la conducta á que debemos ajustarnos; pero no es menos cierto que la expulsión, en los pocos casos en que existe, no cura ni puede curar el proceso colelitíásico, quedando el enfermo sujeto al mismo predicamento que antes de su cólico, es decir, no ha dado un paso en su curación. Algunos ejemplos harán más palpable nuestra idea. Cuido á una enferma de 50 años que desde hace cuatro me consulta de tiempo en tiempo, con motivo de *su dolor*, como ella le llama, dolor agudo, subhepático, acompañado de ictericia y vómitos, de calofríos y acolia y que sobreviene casi siempre á resultas de un recargo alimenticio, de una emoción, y una vez, después de una erisipela de la cara. El cuadro es el del cólico hepático. Y bien, esta enferma padece estos accesos varias veces en el año, quedando después de cada acceso en un estado

de subinfección, si me es permitido decirlo, que se revela por accesos de asma, por indigestiones, por timpanismos sostenidos durante varios días, por diarrea que no explica su régimen alimenticio. Enferma vieja, obesa, de miocardio hipotónico, no convida á practicar en ella intervención ninguna y sobrelleva su situación mal que bien, pero deja esta enseñanza que el cólico no es curativo de la colelitiasis y que ésta persiste á pesar de los esfuerzos naturales. Los ejemplos á este respecto podrían multiplicarse.

Las consecuencias que trae la permanencia del cálculo en la vesícula son varias que se subordinan por un lado á la permeabilidad del cístico y por otro á la índole de la infección que se radica en la vesícula. Cuando esta infección queda aislada, período vesicular, como dice Lejars, todos los fenómenos que se suceden tienen un alcance local; con efecto todo está limitado á la vesícula, puede hasta cierto punto considerarse independiente y sin gran resonancia en el funcionamiento hepático, ya porque obstruído el cístico exista una independencia absoluta entre la vesícula y los canales; ya porque el espesamiento de las paredes por su inflamación crónica aisle la cavidad vesicular. Así sucede que la colecistitis catarral de contenido fluído que distiende el continente hasta su grado extremo, puede existir y desarrollarse sin comprometer en nada el funcionamiento regular de la excreción biliar; lo mismo existen y desarrollan la colecistitis supurada, la pericolecistitis, el flemón subhepático sin perturbar la función excretoria. Recuerdo á este propósito á una enferma que operé hace diez años, robusta, bien constituida, calculosa antigua, que me llamó para atenderla, pues sufría un dolor agudo situado en el hipocondrio derecho, dolor acompañado de cuadro febril, de vómitos; presentaba en el hipocondrio un endurecimiento que creciendo de día en día llegó á la renitencia, á la falsa fluctuación y sumamente doloroso. Resuelta la intervención y una vez abierto el vientre, nos encontramos una vesícula adherida al epiplón y á la cara inferior del hígado, adherencias que respetamos; liberado su fondo, se incindió éste, lo que dió salida á pus mezclado á concreciones biliares, se procedió á llenar el hueco con gása esterilizada y se dió por terminada la intervención. Los días subsiguientes se encontraban cálculos mezclados al pus y al cabo de ocho días

el escurrimiento era francamente biliar, quedando una fístula que cerró en poco más de un mes. De entonces acá la enferma no ha vuelto á acusar sino pequeñas molestias y no han vuelto á aparecer las grandes crisis que padecía. Podemos pensar que entretanto existe la colelitiasis, aun complicada, la enfermedad no tiene consecuencias mayores. Todo cambia cuando se comprometen los grandes canales; entonces aparece la posibilidad de la angiocolitis y según su extensión, su intensidad, su duración, el pronóstico se hace más y más grave; es el segundo período, el *colideciano* de Lejars. En este segundo período radica todo el peligro, y si el primero es compatible con la salud y con la vida gracias á sus intermitencias y á su aparente curabilidad, en el segundo todo está comprometido. Es, por consiguiente, necesario esforzarse en curar la litiasis biliar en su primer período.

Si razonamos un poco en todo lo expuesto, no será aventurado pensar que el problema del tratamiento de la colelitiasis ha cambiado sus términos; puesto que si hace pocos años aún el tratamiento médico era el general y el quirúrgico, no era aplicado sino como recurso extremo para calmar el dolor substrayendo el cuerpo del delito y más tarde para hacer el drenaje biliar é intentar suprimir la infección general; hoy las condiciones deben cambiar y la acción médica debe ser el recurso, siendo la quirúrgica aplicada en la generalidad de los casos y esto precozmente antes que el compromiso serio aparezca y la intervención deje de ser sencilla, fácil y por consiguiente de resultado más ó menos dudoso.

Lejars escribe: Sin duda hay un cierto número de litiásicos espontáneamente curables, á menudo en muchos tiempos por descargas sucesivas de cálculos; hay otros que quedan latentes y que su régimen especial y la cura hidromineral los adormecen periódicamente; en fin, grandes cálculos pueden emigrar por el colédoco ó por vía indirecta, por el intestino. En la primera eventualidad es de temerse la infección; lo es más en la segunda y sería atroz contar con la tercera. En consecuencia, si está averiguado que la vesícula contiene cálculos, si éstos provocan accidentes, no se ganará nada en esperar la repetición de las crisis ó se dará ocasión para que se efectúe la obstrucción de los grandes canales.

Riedel manifiesta una opinión igual cuando dice que se debe intervenir desde que se tiene certeza en la existencia de los cálculos.

Chauffard en un trabajo lleno de interés y tratando de refutar estas opiniones, trata de limitar la intervención y divide los casos en infecciosos y no infecciosos, pero en un caso dado jamás podremos negar con fundamento que la infección aparecerá.

Hay casos en los cuales la intervención no se discute: cuando los procesos vesiculares propenden á la supuración, á la gangrena, creando las peritonitis perivesiculares, cuando el flemón subhepático, el asunto es obvio, se opera y se opera pronto. Cuando amenaza la angiocolitis y que ésta por sus calofríos, su fiebre, por su ictericia, por su orina biliféica, por su examen hematológico que nos indica la inminencia de la supuración, se opera y se opera sin tardanza y en condiciones bien difíciles, observando el hepático, el colédoco, canalizándolos, haciendo colecistectomias, y cuán distinta es entonces la intervención, la técnica, el pronóstico y la condición en que se deja al enfermo. Estos enfermos tomados en su principio, en su faz vesicular habrían curado con toda sencillez á los primeros avisos de su colelitiasis. Ciertamente, esta conducta tiene en su contra no sólo las contraindicaciones de toda intervención formal, de toda laparotomía alta; sino el alivio aparente que procura la terapéutica médica bien dirigida; pero el mal existe y necesitamos seguir estos enfermos, y al primer síntoma de complicación que presenten recordar la intervención.

Los casos se presentan. Los éxitos que hemos recogido, obrando con prudencia, nos detienen para tomar con resolución y tal como debemos, la conducta que curando á todos salva á la mayor parte de las complicaciones más ó menos serias que los amenazan.

Recordemos siempre, que un colelitiasico lleva un foco de infección local que no cura radicalmente sino por la colecistotomía, y que abandonado puede dar margen á una serie de consecuencias cuya aparición, aunque imprecisa, amenaza siempre al paciente.

IGNACIO PRIETO.