

Acido fosfórico.....	103.2	„
id. clorhídrico.....	53.4	„
Sulfato de manganeso.	0.08	„
Acido sulfúrico.	9.2	„
id. cítrico..	111.1	„
Citrato de fierro..	6.34	„
Cloruro de sodio.....	0.25	„
Sulfato de alúmina y potasio.....	0.025	„

15 de octubre de 1919.



La obstrucción crónica del canal colédoco.

Por el Dr. MANUEL GODOY ALVAREZ.

LA obturación de este conducto desarrolla un síndrome sumamente interesante por la gravedad que reviste y suele poner a prueba la sagacidad del médico para definir la verdadera naturaleza de su origen y la pericia del cirujano para enfrentarse con uno de los más áridos problemas que se ofrecen en la práctica quirúrgica.

Imposible fuera agotar en un breve trabajo tan importante asunto, tanto desde el punto de vista de la patología como el de la clínica; por esto en la lectura reglamentaria que tengo el honor de ofrecer a la consideración de esta docta asamblea, habré de limitarme a exponer las impresiones que he tenido en la observación de algunos casos de mi práctica, puntualizando los elementos que me han servido para establecer el diagnóstico de oclusión del colédoco y luego para distinguir la obstrucción producida por calculosis de la obturación determinada por otras causas patológicas. Tal diferenciación en la clínica es de trascendencia; pues tiene que servir de norma para reglamentar de modo preciso la conducta terapéutica.

El canal colédoco, como sabéis, formado por la reunión del canal hepático, del cual parece ser la continuación y del cístico, proveniente de la vesícula de la hiel y comprendido en el espesor del

epiplón gastro-hepático, se dirige oblicuamente de arriba a bajo y de fuera hacia dentro; llegado al duodeno pasa sobre su cara posterior, penetra bajo el páncreas que le ofrece uná canaladura y a veces un túnel completo para abrirse hacia el medio del borde interno de la porción descendente del duodeno.

Este canal puede obstruírse por cuerpos flotantes en su interior: son comunmente cálculos venidos de la vesícula de la bilis o rara vez autóctonos del canal colédoco o hepático. Excepcionalmente la obstrucción ha podido ser producida por la migración de gusanos intestinales o por irrupción de elementos parasitarios provenientes de quistes hidáticos del hígado.

Por otra parte, la luz del conducto puede obliterarse por presión ejercida de fuera hacia dentro y ocasionada por diversas causas de orden patológico, de las cuales una de las más frecuentes en esta categoría es la carcinosis de la cabeza del páncreas. Se comprende que otras lesiones de este órgano podrían obrar en el mismo sentido: quistes, abscesos, esclerosis.

Por mecanismo semejante pueden ocluir el calibre del colédoco las diversas degeneraciones de que pueden ser asiento los ganglios de la hila: tuberculosis, sífilis, carcinosis. Finalmente el calibre del colédoco puede disminuir paulatinamente por un proceso de estenosis cicatricial radicado en las paredes del mismo.

Cualquiera que sea su causa, la obturación del colédoco determina un estancamiento más o menos completo de la bilis, de donde procede una icteria más o menos intensa a la vez que marcada disminución de este líquido en el intestino, hasta llegar, en ocasiones, a una completa acolia.

Sobre este fondo común se dibuja una sintomatología variada, según la causa de la obstrucción.

Haciendo punto omiso de las obstrucciones producidas por elementos parasitarios, la oclusión del colédoco puede referirse a dos tipos clínicos, según que sea o no de origen calculoso.

El primero, el producido por litiasis, se caracteriza por la variación en la intensidad de los síntomas que ofrece, que ya aumentan, ya disminuyen, pudiendo eventualmente llegar a desaparecer por completo por sólo la fuerza de la naturaleza o bien con la ayuda de un tratamiento médico apropiado.

En contraposición a éste, el segundo tipo, en el que intervienen como causas de la obliteración las lesiones estenosantes y compresivas, se distingue por la permanencia y desarrollo progresivo de los síntomas, los cuales no tienen tendencia jamás a desaparecer espontáneamente ni por tratamientos médicos, a no ser que muy excepcionalmente se trate de lesiones sífilíticas; sino que agravándose más y más, acaban por denunciar la conclusión definitiva del conducto.

Por esta simple enunciación se ve claramente cuán importante es hacer el diagnóstico entre la obstrucción litiasica y la obturación producida por las otras causas mencionadas, las cuales en su

conjunto, para facilidad de la exposición, convencionalmente llamaré de naturaleza orgánica.

Así pues, tenemos obstrucción calculosa y obliteración orgánica. Como con relación a esta última la más frecuente en la práctica es la producida por los neoplasmas del páncreas, en último análisis tenemos que distinguir, en clínica, la oclusión de origen litiásico, de la de origen neoplásico.

Veamos cómo puede hacerse este diagnóstico.

En la obstrucción litiásica, de ordinario la ictericia ha sido precedida de cólicos hepáticos bien definidos; es raro que el primer cólico biliar sea principio de obstrucción crónica del colédoco.

En la neoplásica, el cólico es la excepción; si hay dolores no revisten el carácter de cólico, son sordos, compresivos de carácter más bien crónico que agudo. Con frecuencia se sitúan más bien en la espalda, en las proximidades de la última vértebra dorsal y primera lumbar, que en la parte anterior del vientre.

Temperatura. Mientras que la obstrucción de origen neoplásico es ordinariamente apirética, pasa lo contrario en la litiásica, en la cual, a menudo, hay alza de la temperatura. Rara vez se trata de una fiebre remitente de poca elevación; la regla es que se produzcan accesos febriles intermitentes del tipo palúdico: fuerte calosfrío, brusca y alta elevación térmica, sudor profuso. La intermitencia es irregular; pero suele ser periódica y entonces de tipo cotidiano, terciano o cuartano.

Ictericia. Uno de los caracteres diferenciales más importantes es suministrado por el comportamiento de la ictericia. Esta es esencialmente variable en la obstrucción calculosa; ya aumenta y la bilis disminuye en el intestino, ya en días es menos marcada y vuelven a colorearse las materias fecales.

De menor valor que el anterior, pero siendo siempre un signo de mucha consideración, es el suministrado por la vesícula biliar. Esta, en caso de obturación orgánica se ofrece a la exploración llena, dilatada, haciendo a la vista un relieve marcado, a veces enorme.

Por lo contrario, la obstrucción calculosa se acompaña de ordinario de una vesícula pequeña, retraída, dolorosa.

Este estado patológico de la vesícula en relación con la oclusión litiásica del colédoco es conocido en patología con el nombre de ley de Courvoisier-Terrier. La ley de Courvoisier no deja de tener excepciones, que naturalmente disminuyen su valor. Así, la obstrucción calculosa del colédoco puede acompañarse de una vesícula dilatada, cuando coexiste una obstrucción del cístico. Entoces el error de diagnóstico puede evitarse teniendo en consideración el antecedente de cólicos y observando que la vesícula es dolorosa.

Por otra parte, se ha encontrado en caso de oclusión neoplásica, la vesícula llena, pero con las paredes depresibles y sin formar tumefacción notable.

Tales son los elementos que permiten distinguir la obstrucción calculosa de la producida por causas orgánicas.

No es posible, sino excepcionalmente llevar el diagnóstico más lejos y precisar si se trata de una estenosis cicatricial, de la compresión por un tumor benigno, fácilmente enucleable o si los fenómenos son producidos por el carcinoma del páncreas, caso el más frecuente, como ya se ha dicho.

La existencia de una ascitis apoya la malignidad de la lesión compresiva, así como el estado caquético, que por desgracia no siempre puede distinguirse de la decadencia orgánica que determina una ictericia profunda y prolongada.

Como ilustración de la eficiencia que, de ordinario, tienen los medios diagnósticos sobre los cuales me he permitido insistir, voy a referir brevemente algunos casos en los que la marcha del padecimiento en unos y las lesiones comprobadas durante la operación, o en la autopsia en otros, han confirmado plenamente el diagnóstico.

El señor J. B. era un hombre como de 44 años, de constitución robusta; había padecido tifo en su juventud, no tenía antecedentes hereditarios y desde hacía unos 16 años acostumbraba libar bebidas alcoholizadas, embriagándose con frecuencia.

Desde hacía varios años de cuando en vez sufría de dolores agudos en la parte superior del vientre, del hipocondrio derecho al epigastrio; algunas veces había tenido calentura después de tales dolores y se había puesto icterico. No había buscado cálculos en el excremento.

El caso era, que después de uno de esos cólicos se estableció una ictericia más marcada que de ordinario, acompañada de un período de dolores en forma de cólico que se repetían diariamente o con dos días de intervalo, quedando adolorido el hipocondrio derecho y el epigastrio cuando cesaban los cólicos. Se había desarrollado un estado febril intermitente, cuyos accesos eran precedidos de intenso calor frío, solían llegar a 39.5 y 40 grados, terminando por copiosa sudación.

El hombre llevaba unas tres semanas de enfermedad cuando lo ví la primera vez; guardaba el decúbito dorsal y presentaba facies de sufrimiento; tenía inapetencia, apenas soportaba la leche, sufría de náuseas y tenía, una que otra vez, vómitos alimentarios y biliosos. Constipación, materias descoloridas; orinas escasas, de aspecto de láudano, pintaban ligeramente la bacinica en amarillo. El enfermo había enflaquecido y se sentía muy deprimido física y moralmente.

La ictericia era muy notable; el vientre blando y depresible era un poco doloroso a la presión en la zona supra-umbilical; el dolor era mucho más marcado al nivel de la vesícula; el hígado desbordaba un poco las costillas.

La cosa era clara: el enfermo padecía de litiasis biliar y entonces era probable que tuviera un cálculo enclavado en el colédoco, produciendo fenómenos de obstrucción.

Como, por su precaria situación económica, el enfermo casi no había tenido atención médica, le propuse los servicios hospitalarios al cuidado de la Clínica Quirúrgica de 3er. curso, a la sazón, a mi cargo a fin de que fuera atendido convenientemente y operado en caso necesario.

El enfermo fué estudiado detenidamente en la clínica y encontróse casi completa acolia intestinal.

Antes de todo intento quirúrgico, se juzgó pertinente instituir un tratamiento médico sobre las bases clásicamente establecidas y con gran contentamiento del enfermo y satisfacción nuestra aquel cuadro sintomático fué modificándose favorablemente: comenzaron a disminuir las alzas de la temperatura en intensidad así como los fenómenos dolorosos, aumentando más y más el aflujo biliar al intestino; renació el apetito, poco a poco se regularizó la digestión; el enfermo, aunque enflaquecido, ganó en fuerzas y, finalmente, casi todos los síntomas desaparecieron, no persistiendo sino una ictericia ya muy disminuida y dolorosa la región de la vesícula a la presión profunda, indicio lo último de la persistencia de fenómenos inflamatorios en este órgano.

Aunque el paciente había mejorado notablemente, tratándose de una persona que por sus hábitos y manera de vivir estaba constantemente expuesta a faltas en el régimen dietético que en tales casos se impone, y por lo mismo en riesgo de sufrir una reincidencia quizás de fatales resultados, se le propuso la intervención para librarlo de sus cálculos; mas el enfermo viéndose tan aliviado declinó la operación y fué dado de alta.

He aquí otro caso. El señor J. de la S., cuando fuí su médico frisaba en los 40 años. Era persona de baja estatura, bien nutrida, con tendencia a la obesidad. Había sufrido de mucho tiempo atrás y sufría entonces de litiasis biliar, cuyas manifestaciones dolorosas antes muy espaciadas, habían venido siendo cada vez más frecuentes, a pesar de que el enfermo pacientemente se sujetaba a los métodos medicinales y dietéticos que sucesivamente le habían aconsejado los médicos.

Se había mejorado temporalmente con estancias en Tehuacán; mas al poco tiempo volvían las molestias. Poco a poco se había instalado un estado crónico caracterizado por ictericia, dolores en el hipocondrio más o menos intensos, pero cada vez más frecuentes; adolorimiento continuo en la región de la vesícula; un estado febril remitente, y a veces intermitente vespéral; marcada descoloración de las materias fecales; un estado lamentable de las vías digestivas y decadencia progresiva de las fuerzas completaban el cuadro.

Con prolijos cuidados se lograba hacer desaparecer por algún tiempo, no muy largo por cierto, los fenómenos febriles y dolorosos; volvía a colorearse en bilis el excremento, sin llegar al color normal y se realizaba una especie de equilibrio inestable que se perdía por la causa más baladí. Este era un cuadro clásico de obstrucción crónica del colédoco, que pedía una intervención; mas el paciente por entonces se mostraba refractario a la cirugía.

Una vez me participó su decisión para ir a tomar las aguas de Carlsbad, lo cual apoyé; mas aconsejándole que consultase con algunos médicos competentes en el tratamiento de las afecciones de las vías biliares, recomendándole especialmente al eminente profesar Koerte, de Berlín, uno de mis más venerados maestros, y el notabilísimo especialista Hans Kehr, de Halberstadt.

El diagnóstico de obstrucción del colédoco fué pronunciado por estas celebridades mundiales y el paciente, lejos de ir a Carlsbad, resolvió ponerse en manos de Kehr, quien le practicó lo que hoy por hoy constituye la operación clásica de las vías biliares por litiasis: extirpación de la vesícula y canalización del canal hepato-colédoco, después de haber tenido que hacer un verdadero desatascamiento del mismo. El resultado de la operación fué enteramente feliz.

Mas los casos que llevo relatados eran de fácil diagnóstico; eran tipos clásicos de obstrucción por cálculos y nadie podía haber pensado otra cosa.

No son así los que someto, en seguida, a vuestra ilustrada consideración.

Presentóse un día en el consultorio un enfermo para investigar mi opinión sobre un padecimiento que mucho le atormentaba y físicamente lo había arruinado en unos cuantos meses, haciéndole ya la vida insoportable. Se trataba de un respetable caballero como de 65 años, sobre quien, según en lo particular me dijeron sus familiares, pesaba el terrible y fatal diagnóstico de cáncer de la cabeza del páncreas.

Esencialmente, el enfermo sufría de una profunda ictericia que se había instalado desde hacía cuatro meses, a consecuencia de un cólico en la región superior del vientre. Esta ictericia se había venido pronunciando más y más al grado de llegar al tinte verde oliva. No se trataba por cierto de un padecimiento en anodinia ni apirético, que en cuanto a lo primero, había manifestaciones dolorosas y accesos febriles de carácter intermitente irregular, ya diariamente, ya cada dos, tres o cuatro días. Del lado de las vías digestivas, había inapetencia, dispepsia y constipación. Mas lo que les llamaba la atención a los familiares, era que no había una agravación progresiva de las molestias y trastornos, sino que, en días, el enfermo comía más y digería mejor. Las materias albinas en lo general, eran descoloridas, pero no en el mismo grado siempre, sino con marcadas variaciones, siendo a veces bien evidente la presencia de bilis en el intestino.

Naturalmente, el enfermo había enflaquecido y de modo enorme perdido las fuerzas. Había antecedentes de cólicos al parecer biliares, pero a la vez referencias hereditaria de carcinosis.

Aquel señor, en otro tiempo, lleno de carnes, se ofrecía a mi examen atrozmente enflaquecido, profundamente ictérico, en un estado de completa astenia y abulia, que tal es la condición en que suelen sumergirse los ictéricos.

¿Quién podría afirmar o negar que ese estado no estaba ensombrecido por la caquexia cancerosa?

Pero prosigamos con los datos de la exploración directa. El hígado estaba evidentemente crecido; la región de la vesícula dolorosa, pero no se sentía tumefacción alguna.

¿Qué era lo que en este enfermo había inspirado el diagnóstico de cáncer del páncreas? Solamente la edad del paciente y vagos antecedentes hereditarios, que el resto de los elementos conmemorativos así como todos los datos de la exploración directa hablaban elocuen-

temente en favor de la litiasis biliar: relación de numerosos cólicos, elevaciones térmicas bruscas y considerables, vesícula retraída (Ley de Courvoisier) y, sobre todo, fluctuaciones evidentes en el aflujo de bilis hacia el intestino.

Por estas consideraciones, con firmeza manifesté a los allegados del enfermo que éste, en concepto mío, no tenía cáncer del páncreas; sino una obstrucción crónica del canal colédoco por cálculo, aconsejando que el paciente continuara bajo los cuidados de su médico el tratamiento interno, y sólo en caso de que en esta vía se fracasara, se intentaría una operación, que por el momento no era de practicarse, por la edad del paciente, a no ser como supremo recurso, o que fuera reclamada por el enfermo.

Todavía dos años después, se podía ver al enfermo en su paseo por las calles seguramente conservando su calculosis, pero habiendo salido de aquel grave estado que a médicos muy competentes se había impuesto como un padecimiento canceroso.

Fué en el 3er. curso de Clínica Quirúrgica correspondiente a 1918 cuando vimos a una enferma recogida de uno de los servicios de medicina del Hospital General, quien había sido ya estudiada en la Clínica Médica llegando a la conclusión de calculosis de las vías biliares y se entregaba a la clínica quirúrgica, porque dicha enferma tenía una enorme repleción de la vesícula.

Litiasis biliar coincidiendo con una vesícula de la hiel tan enormemente dilatada constituía una notable excepción a la ley de Courvoisier y esta reflexión nos estimuló más para hacer el análisis clínico con la mira de establecer el diagnóstico y proceder a la operación.

Se trataba de una mujer como de 46 años, regularmente constituida, plúrpura y ya en la menopausa. En lo general había sido sana y no tenía antecedentes hereditarios. Esta mujer refería el principio de su padecimiento a un poco más de tres meses de la fecha del examen, y habría sido marcado por un dolor en la parte superior del abdomen, habiéndose iniciado entonces una ictericia, la cual se había venido acentuando más y más, sin haber acusado posteriormente fenómenos dolorosos notables, elevaciones térmicas, calosfríos ni sudores. Poco a poco se había desarrollado una tumefacción bajo el hipocondrio derecho que había llegado a ser muy notable y se situaba entre la mencionada región y una línea horizontal pasando por el ombligo, no habiendo sido jamás sitio de dolor marcado. Inapetencia, dispepsia, constipación, descoloramiento de las materias fecales, debilidad general y enflaquecimiento completaban el cuadro sintomático.

La ictericia era de las más pronunciadas, y a la inspección del vientre, desde luego, llamaba la atención la tumefacción mencionada; de forma redondeada, los tegumentos de la región conservaban sus caracteres ordinarios.

Prosiguiendo la exploración se observó que el tumor era poco o nada sensible a la palpación abdominal, movable en el sentido transversal, en relación con el hígado, del cual seguía los movimientos,

del volumen de una toronja y de consistencia renitente. El hígado desbordaba un poco el borde costal.

Tenía razón la Clínica Médica: había una repleción de la vesícula y una obstrucción del canal colédoco. De lo que dudamos fué de la naturaleza de la oclusión; porque una vesícula distendida no se encuentra de ordinario con obstrucción litiásica, lo que constituye la ley de Courvoisier, a no ser que haya también obstrucción del cístico, pero entonces la vesícula está dolorosa, lo que no existía en el caso.

Para resolver la cuestión no quedaba otro recurso, sino observar el comportamiento de la bilis en el intestino, lo cual hicimos por unos cuantos días, concluyendo en que no había fluctuaciones en la coloración de la heces, sino más bien un estado permanente de acolia. El diagnóstico entonces fué formulado por nosotros en el sentido de que se trataba de una obliteración del colédoco, por causa orgánica, probablemente un carcinoma del páncreas, por la rapidez en la evolución del proceso.

Con tal diagnóstico se procedió a la operación practicando una laparotomía paramediana derecha, partiendo del borde costal en una extensión de 12 centímetros; abierta la cavidad salió un poco de líquido ascítico; no había adherencias de la vesícula al peritoneo; asépticamente se puncionó con un trocar de mediano calibre obteniendo como 800 centímetros cúbicos de un líquido espeso, verde oscuro, sin olor marcado. Ocluido temporalmente el orificio con una pinza, se exploraron los canales cístico, hepático y colédoco encontrándolos libres de cálculos. Si había en su proximidad algunos pequeños ganglios, e introducido el dedo índice por el hiatus de Winslow, se observó endurecido el parenquima del páncreas.

Se practicó en seguida una colescisto-entero anastomosis y se cerró el vientre dejando sólo una mecha de gasa en la extremidad inferior de la herida.

Desgraciadamente la enferma no pudo soportar la intervención y falleció al tercer día con síntomas, según supe, de congestión hipostática pulmonar.

La autopsia nos permitió cerciorarnos de la carcinosis del páncreas y de la completa ausencia de cálculos, tanto en la vesícula, como en los canales.

He citado estos casos, porque demuestran que la clínica de ordinario puede llegar a determinar la causa de la obstrucción del canal colédoco entre la calculosa y la que he llamado orgánica.

Y esta distinción no es mera vanagloria científica, sino que es de gran importancia para definir el pronóstico y establecer, sobre una base sólida, el tratamiento; pues naturalmente es de gran interés saber oportunamente, si la oclusión del colédoco es de carácter permanente, si se trata de una obliteración definitiva, por una causa fatalmente progresiva; cicatrices, ganglios, tumores, para procurar dentro de la operabilidad del sujeto, la desviación del curso de la bilis, por medio de la anastomosis de la vesícula con el intestino.

La obstrucción calculosa, que casi no es jamás completa de

modo permanente, puede evolucionar por las fuerzas de la naturaleza o con la ayuda del tratamiento médico hacia la curación, dejando sí a veces un estado valetudinario.

Mas el arte no debe contar con esas eventualidades y hoy por hoy, la obstrucción calculosa del colédoco constituye una formal indicación para operar sobre las vías biliares, por los graves peligros que entraña.

México, 4 de febrero de 1920.

Manuel Godoy Alvarez

Estudio cinematográfico del desarrollo embrionario.

Por el Dr. TOMAS G. PERRIN.

Señores Académicos:

PERMITID que mis primeras palabras sean en debido homenaje a ese auxiliar poderosísimo para las investigaciones biológicas, maravilla de la óptica de proyección, de la mecánica cronométrica y de la química fotográfica, que lleva el poco expresivo nombre de cinematógrafo y que ostentar debiera—Comandon lo ha pedido—la noble denominación de «biógrafo».

El cinematógrafo puede asociarse al microscopio o al telescopio y reproducir ante nuestros ojos desde el oculto desarrollo de un óvulo fecundado, hasta la magna evolución de un eclipse solar. Pero, aisladamente, ni el microscopio ni el telescopio obran sobre el espacio maravillas tales, como sobre el tiempo obra el cinematógrafo. Este bello aparato, victorioso dominador del viejo Cronos, puede en tal modo retardar la marcha del tiempo que permite a nuestros ojos seguir plácidamente la trayectoria de una bala de fusil, o acelerarla de modo tal, que a nuestra presencia evolucionan en breves minutos las semillas, surgen las lozanías de tallos y hojas, aparece el misterio de los capullos y hace «eclosión» la pompa de las flores. Y todo ello, sin