

Cirugía biliar *

Por el Dr. GABRIEL M. MALDA

Hace algún tiempo exponía ciertas ideas ante esta Corporación, respecto a la cirugía de la vesícula biliar; ideas expresadas en dos trabajos titulados: "¿Por qué se mueren los enfermos colecistectomizados?", y el otro: "¿Por qué siguen sufriendo los enfermos a quienes se les extirpa la vesícula biliar?". El tiempo ha venido confirmando mucho de lo ahí aseverado, y es satisfactorio para mí el haber dado un grito de alarma ante esta Corporación, de los peligros y sinsabores que tenía la colecistectomía practicada festinadamente, sin un escrupuloso estudio clínico, y con ausencia de técnica, en la que los conocimientos anatómicos deben sobresalir con importancia primordial.

Desde el año de 1923 pude notar que algunos colecistectomizados pedían revisión minuciosa para explicar la persistencia de sus dolores y padecimientos que los hacían decepcionarse de la cirugía. Pude llegar a la conclusión que dos principales causas motivan la persistencia o aun el aumento de los sufrimientos. Una, atribuible a la extirpación misma de la vesícula biliar, que en muchos casos deja una herida en la foseta cística que, aun cubierta por los colgajos peritoneales, no ha sido suficiente en protección para aislarla, y adherencias se producen con los órganos limítrofes. El peritoneo es un tejido en extremo delicado; basta tocar las vísceras abdominales aun suavemente, para producir la peritonitis plástica.

Debo afirmar que en diferentes enfermos la semiótica del dolor conduce al diagnóstico de las adherencias expresadas en forma de periduodenitis principalmente supramesocólicas; la fluoroscopia y las radiografías apoyan las impresiones clínicas. Al practicar la intervención quirúrgica se encuentra la confirmación de los hechos. Empero, con decepción para el operador y pena para los enfermos los sufrimientos, no han desaparecido por esta segunda terapéutica, lo que hace surgir la idea que otras causas deben in-

* Trabajo de turno reglamentario, leído en la sesión del 12 de noviembre de 1941.

vestigarse para explicar la persistencia de los fenómenos clínicos.

El Dr. Mirizzi, en sus comunicaciones presentadas en la Academia de Cirugía de París sobre "La colangiografía operatoria", demuestra la fisiopatología de las vías biliares, y una estadística numerosísima unida a estudios meticulosos de cada caso, le hacen descubrir las secuelas dolorosas de la colecistectomía en aquellos casos que no existen adherencias; invoca la distensión del árbol biliar y la estasis que le acompaña, como la causa principal del síndrome, producido todo por un obstáculo funcional o anatómico del tercio inferior del colédoco.

Las investigaciones practicadas en animales, los estudios de anatomía patológica, y la colangiografía, todo concuerda para fundar esta explicación de los hechos.

La clínica, con la elocuencia que siempre ha tenido y tiene, hace recordar que las colecistitis presentan evolución prolongada, sorda y oculta, lo que permite producir secuelas infecciosas y mecánicas en la porción distal del colédoco. Odditis, lesiones estenosantes, espasmos reflejos, o aun la obstrucción por la misma pancreatitis.

Los litiasicos están enfermos desde un principio de todas sus ramificaciones biliares; tienen una dilatación discreta de su hepato-colédoco. La estasis biliar es factor principal del dolor antes como después de la operación. Si se extirpa la vesícula cuando todavía se distiende, cuando todavía sirve de recipiente para recoger la bilis, cuando aun no se encuentra profundamente enferma, sobrevendrá una sobrecarga biliar en todos los canales extra e intra hepáticos, y la colecistectomía no habrá hecho sino recrudecer los síntomas. La clínica prueba estos argumentos porque el sondeo duodenal alivia el padecimiento, y los medicamentos que aumentan la secreción o excreción biliar lo recrudecen.

Extirpada la vesícula cuando aun es permeable, tienen que dilatarse todos los canales biliares por leyes de capacidad hidráulica para suplir el recipiente que falta, y aún más, entrarán en actividad canales biliares accesorios que se encontraban en relativo reposo. Los principales de estos canalículos abordan la vesícula al

nivel de la foseta cística; muchas veces son numerosísimos; pero invisibles en el momento de operar. Empero, cuando la vesícula se ha quitado y el aumento de la tensión biliar se ha producido, entonces demuestran su presencia inundando con la bilis séptica la cavidad peritoneal.

He afirmado en mis trabajos que se relacionan con las vías biliares que las causas principales de muerte en los colecistectomizados, aparte de las ligaduras o traumatismos de vasos que llevan sangre, son las ligaduras de ramos del neumogástrico tomados al ligar el meso vesicular, como también la abertura de estos canales accesorios biliares, al desprender la vesícula de su lecho hepático. Canales invisibles a la simple vista que se dirigen del lobo derecho a la vesícula biliar; del lobo izquierdo a la misma vesícula; del lobo derecho al hepático o a su rama derecha de origen. Otros se encuentran en el triángulo de "Budd", y se seccionan al disecar el cístico. Al lado de estos canales de origen glandular, hay otros que se dirigen de la misma vesícula al hepático o a su rama derecha de origen, de manera que una parte de la bilis de la vesícula pasa a la vía principal sin tener que ver nada con el cístico.

A todos los que operamos vías biliares nos impresiona el observar la aparición de la bilis en el "apósito", a pesar de haber conscientemente ligado el cístico, confiados en no haber abierto ninguno de los canales biliares principales.

Conjeturas diversas surgen al dar la explicación del hecho; pero hipótesis e ideas pasan, y siempre los hechos quedan, revelados por la presencia de bilis al exterior, derramándose en la cavidad peritoneal, y acompañada de un cortejo sintomático gravísimo, mortal. La bilis, estéril o no, es veneno peligroso para el peritoneo. En la estadística de Bakes se encuentra su presencia, 230 veces en 346 colecistectomizados. En mi estadística personal siempre ha manchado la bilis las gasas del apósito cuando he dejado la canalización peritoneal.

Buscar los medios para restañar estas pérdidas de bilis que van a producir la muerte en nuestros operados, es el paso decisivo y firme, que da perfección a la colecistectomía, brillante operación de indicaciones precisas y que sobresale en interés entre las varia-

das intervenciones de la cirugía abdominal. No son las pinzas de forcipresura, ni la compresión del campo operatorio, ni los diferentes medios y recursos que por analogía con las pérdidas sanguíneas podríamos utilizar, para restañar la bilis. Canaliculos biliares invisibles en el momento operatorio, no exhiben su presencia sino horas y días después. El enemigo existe; pero oculto. ¿Dónde? En la foseta cística. Allí es donde hay que dirigirse, pero a toda la superficie de conjunto. La electrocoagulación bien ejecutada, convierte estos tejidos en un tapón aséptico, seco y hialino que obturará todo vaso. Los estudios experimentales y las operaciones practicadas demuestran que las superficies electrocoaguladas en la cavidad abdominal no se esfacelan, sino se encapsulan o absorben; apreciándose además que las superficies electrocoaguladas en órganos parenquimatosos desarrollan una quimiotaxia positiva para las superficies serosas, atrayendo los órganos contiguos cubiertos por peritoneo.

Se han observado aglutinaciones tres horas después de electrocoagular la superficie del hígado.

No hay peligro de trombosis producidas por la electrocoagulación, porque los capilares y vasos sanguíneos no se trombosan por este procedimiento. La hemostasis se produce por coalescencia de las paredes vasculares. Una separación de la columna sanguínea se produce arriba y abajo del punto de aplicación del electrodo, pegándose las paredes del vaso entre sí, y con las otras estructuras electrocoaguladas. Empero, si un "dielectricum" interviene, el procedimiento es nulo, y la fulguración y carbonización darán lugar a la falta de penetración de la corriente. En los tejidos electrocoagulados en la foseta cística donde se reclina la vesícula, las hemorragias secundarias no se presentan, porque los vasos son comprimidos por la masa coagulada contra los tejidos contiguos.

No se trata en el procedimiento que describo, de verificar la colecistectomía substituyendo el escalpelo por el cuchillo eléctrico (colecistectomía electro-quirúrgica), que desde el año de 1928 E. H. Trowbridge describió; procedimiento que también emplearon Keysser y Mirizzi; técnica que en realidad es la de la colecistectomía clásica, pero usando el cuchillo de diatermia, no ocupán-

dose en dar protección al lecho destinado a recibir la vesícula biliar.

Tampoco es la "mucoclasia", cuyo objeto es destruir la mucosa de la vesícula biliar, procedimiento inventado por el Dr. Pribram, quien usó al principio el termocauterio de Paquelin y más tarde el cuchillo eléctrico; la "mucoclasia" de Pribram se transforma de esta manera en un método de fulguración, que produce la destrucción de la mucosa únicamente, pero impropio para curar el padecimiento vesicular, porque la superficie carbonizada impide la penetración de la corriente a las zonas profundas afectadas de la vesícula (senos de Rokitansky-Aschoff y glándulas de Luschka), lugares que abrigan los gérmenes. La mucosa se regenera poco tiempo después, como lo demostraban los enfermos vueltos a operar.

No eran los procedimientos mencionados los medios para llegar a resolver el delicado problema de esta operación.

Al partir del mes de septiembre de 1938 anuncia el Dr. Thorek la "coleciselectrocoagulectomía", como un procedimiento que venía a cubrir las deficiencias que tenían todas las técnicas empleadas para extirpar la vesícula biliar. Años después, presenta estadísticas halagadoras, unidas a las de los cirujanos Kellog, Warren, R. Smith, Best y otros muchos, exhibiendo en sus operados una mortalidad del medio por ciento.

El procedimiento atrae por lo bien fundado de sus principios anatomo-fisiológicos, y su brillante estadística operatoria; por esto mismo invita a practicarlo en nuestros enfermos substituyéndolo a la técnica sangrante de la colecistectomía.

No pretendo describir la operación con excesivos detalles, propios cuando se escribe un libro; me circunscribo a lo culminante que hay en ella, que la distingue y personifica.

Colocado el enfermo en la mesa de operaciones y en la postura clásica para operar vías biliares, se pone un ancho electrodo indiferente y bien protegido por un filtro, en la región sacra. Se practica una laparatomía lateral derecha extendida del borde costal hasta la altura del ombligo, y expuesta bien la región, el cirujano introduce la mano rumbo a la línea media de la pared antero-lateral del abdomen, en busca del "ligamento falciforme". Se desprende esta formación anatómica, y ya disecada, se le con-

serva en un recipiente con suero fisiológico. Puede acontecer que este ligamento se encuentre muy desarrollado, y en caso tal, se deja adherente una pequeña porción a la pared abdominal, formando su pedículo nutritivo. Separadores automáticos (el de Gosset por ejemplo) exhiben el campo operatorio; haciendo el cirujano completo aislamiento del resto de la cavidad abdominal por medio de numerosas compresas.

Buscar la vesícula biliar como tiempo esencial en esta delicada operación. Este órgano representa la estrella polar en el horizonte anatómico, desfigurado ya por las adherencias patológicas del proceso inflamatorio, que transforman la región en un proteo peligrosísimo, que se presta a descripciones anatomopatológicas múltiples y variadas. Trabajar en la búsqueda del órgano con disección roma, siguiendo el procedimiento a la Temoin, que da las mayores seguridades para no abrir una víscera hueca.

Descubierto el fondo de la vesícula biliar, tomarlo con la pinza elástica, y hacer el vaciamiento de la bilis, aspirando con una jeringa apropiada. Vaciar la vesícula del producto séptico, y substituir éste por una solución antiséptica (yo uso una solución de clorazena débil). Este requisito no debe olvidarse, pues en los estudios de la bilis extraída de estas vesículas enfermas, practicados en los laboratorios, sólo en el 5 por ciento de los pacientes se encuentran microorganismos, mientras que su presencia en las paredes del órgano está arriba del 70 por ciento de los casos operados. Este último dato justifica la aplicación del antiséptico y el dejarlo un tiempo conveniente en el recipiente de la bilis.

El cirujano pasa a explorar las vías biliares extra-hepáticas, procurando presentarlas lo más visible que sea permitido; sepárense adherencias y órganos contiguos, con precisión y delicadeza. No intentar disecciones prolijas en busca de la arteria y del canal cístico que hacen sangrar e inundan el campo operatorio, volviendo invisibles elementos anatómicos que hay que proteger. Si el aislamiento de la arteria cística es compromiso para el cirujano, no importa ligarla unida con el cístico biliar; pero siempre con doble ligadura para mayor seguridad.

Pasar en seguida a vaciar la vesícula del líquido antiséptico ahí dejado, para abrirla en seguida evacuando cálculos o lodo biliar.

En esta maniobra, el Dr. Thorek aplica un instrumento auto-

mático de idea personal, que introducido en el recipiente de la bilis, extrae su contenido, impidiendo toda contaminación.

Dividida la vesícula con tijera recta del fondo a su cuello, tomar cada colgajo de pared vesicular con forceps revestidos por tubos de caucho que aislarán el resto del órgano al practicar la electrocoagulación; al mismo tiempo cerrando las pinzas, desempeñan el papel de angiotribos, aplastando las paredes de los vasos sanguíneos que serpentean en el tejido. Volver a usar las tijeras para quitar porciones de vesícula que sobresalen a los angiotribos, y en seguida electrocoagular el borde dejado, aplicando íntimamente el electrodo contra la pinza aisladora; terminada esta electrocoagulación de los bordes, quitar los angiotribos aisladores y practicar la electrocoagulación de la parte vesicular que está en contacto con el hígado; es decir, con la foseta cística. Siempre recordar que al hacer uso del electrodo de diatermia debe éste aplicarse íntimamente al tejido que se va a electrocoagular, para evitar la fulguración, y quien pronuncia este último nombre correlativamente anuncia la carbonización. La corriente debe ser puesta en acción después que el electrodo esté firmemente aplicado, y debe cerrarse antes de desprender el mismo electrodo de los tejidos. Sin estos requisitos, se falseará el objeto de la operación.

Si sangran los cortes, se tomarán los vasos con los pinzas de forcipresura usuales, pero se aplicará el electrodo en la pinza misma, para que por su intermedio se electrocoagule el vaso que da sangre; procedimiento ingenioso ideado por Wards.

Después de todas estas maniobras, sólo ha quedado en el campo operatorio una superficie representada por una porción de pared vesicular unida al hígado en la parte que corresponde a la foseta cística. Con pinzas finas tomar sus bordes, aproximarlos y suturarlos.

Limpiar la línea de sutura con gasa impregnada de solución antiséptica. En mi práctica personal embroco con tintura de yodo muy diluida, buscando irritar la superficie serosa para activar la peritonitis plástica que unirá el colgajo formado por el ligamento falciforme. Tomar éste, del suero fisiológico donde se le había depositado, y aplicarlo a la línea de sutura de la vesícula, fijándolo por puntos entrecortados procurando cubrir con su extremidad inferior las ligaduras del cístico y de la arteria del mismo nombre. Cerrar el vientre. La operación ha terminado. Los

contratiempos y dificultades en esta clase de cirugía en el momento de la operación misma no se pueden eludir; pero al dejar la mesa de operaciones, el cirujano no experimenta esa intranquilidad, esa duda, esa emoción dolorosa que despierta la coléctomía clásica, debido a la marcha nebulosa en que caen muchos de los operados. El cuadro de incertidumbre y dudas lo cambia esta técnica sencilla y efectiva, en promesas reales de obtener la curación del operado con el mínimo de riesgos, ideal que debe perseguir el profesionalista de moral y rectos principios.

La tuberculosis y la desnutrición de los escolares *

Por el Dr. RAFAEL ROJAS LOA.

Hace dos años que visito varias escuelas oficiales primarias, con el fin de rendir mis apreciaciones desde el punto de vista de la salud de los escolares, y con sorpresa he hallado que en inusitada proporción los niños asistentes a las escuelas que se me han encomendado, llevan estigmas de desnutrición en sus distintos grados. Cuando su organismo ha sido minado por un proceso avanzado de desnutrición, el niño es un ser apático, enflaquecido, pálido, y a las veces de ojos profundos y grandes pestañas de que se ufanan los padres. Hutinel, eminente clínico francés, señalaba el desarrollo del vello en los niños debilitados, particularmente el de la espalda, como estigma probable de un estado pretuberculoso o de una tuberculosis incipiente. Las escuelas en donde practico los exámenes médicos, están ubicadas en distintos rumbos de la ciudad; unas, en sitios donde viven las clases acomodadas y, otras, donde residen las clases indigentes: citaré entre las segundas, la que se halla ubicada a la vera del Consulado y a la que concurren los niños de la Tlaxpana, Colonia Anáhuac y Santa Julia; pues bien, en todas ellas el proceso de desnutrición de los escolares, en sus distintos grados, es de una frecuencia inenarrable, predominando naturalmente en los niños que vienen de los alrededores más pobres de la ciudad.

Ahora bien, la desnutrición a que me refiero obedece a una

* Trabajo de turno reglamentario, leído en la sesión del 19 de noviembre de 1941.