

REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA

Director: C. JIMENEZ DIAZ. Secretarios: J. DE PAZ y F. VIVANCO

Redacción y Administración: Antonio Maura, 13. Madrid. Teléfono 22 18 29

TOMO XLV

15 DE MAYO DE 1952

NUMERO 3

REVISIONES DE CONJUNTO

SINDROMES POST-COLECISTECTOMIA (*)

S. CARRO.

De la Real Academia Nacional de Medicina (Instituto de España).

El mejor conocimiento de la fisiopatología de las vías biliares, los nuevos métodos diagnósticos y el perfeccionamiento de la técnica operatoria han conseguido, en los últimos veinte años, un considerable avance, y si no han logrado borrar del capítulo de las complicaciones o accidentes quirúrgicos las secuelas y síndromes post-colecistectomía, hay que admitir que los han reducido a una expresión mínima, señalando el camino para el logro de resultados aún más halagüeños.

En este balance favorable juega el mayor papel el diagnóstico exacto y la indicación precisa, pues no es justo culpar de la mayoría de los fracasos a la colecistectomía.

Al analizar las causas de las recidivas o alteraciones patológicas de los colecistectomizados, no hemos de limitarnos a aquellos casos en que los trastornos dependen exclusivamente de la extirpación de la vesícula, por el hecho mismo de la desaparición de sus funciones, sino a todas las causas de error diagnóstico que han conducido a una operación perjudicial, pues ello constituye una enseñanza provechosa que interesa difundir.

Resultados lejanos de la colecistectomía.—Las estadísticas de otros autores, en su mayoría coincidentes, dan idea del porcentaje de enfermos que no se benefician de la operación y del motivo de las secuelas de la misma.

Nuestra aportación, aunque modesta e incompleta en muchos aspectos, encierra algunas enseñanzas clínicas, que queremos destacar.

Se refiere a 51 colecistectomizados que consultaron por diferentes síntomas o síndromes, en período próximo o alejado de la operación. No hemos podido seguir el curso de muchos más enfermos cole-

císticos, en su mayoría litiásicos, que por indicación nuestra fueron operados, lo que nos impide establecer una relación procentual de secuelas o síndromes post-colecistectomía, y, por otra parte, en nuestra estadística hay enfermos que consulté por primera vez después de haber sido intervenidos, sin facilitarme datos del mismo acto quirúrgico.

En estos 51 colecistectomizados, de algunos tengo noticias posteriores, incluso de los que fueron nuevamente operados, y de otros, la mayoría ausentes de Madrid, no pude seguir su curso postoperatorio o los resultados obtenidos con el tratamiento médico.

De los 51 colecistectomizados, eran:

Hombres	7
Mujeres	44

Edad:

Menores de 20 años	Ninguno.
De 20 a 30 años	5 (mujeres).
De 30 a 40 años	15 (2 hombres y 13 mujeres).
De 40 a 50 años	17 (3 hombres y 14 mujeres).
De 50 a 60 años	13 (2 hombres y 11 mujeres).
De 60 a 70 años	1 (mujer de 64 años).

Síntomas principales antes de la operación:

Cólicos hepáticos	39
Dolores en zona vesicular, sin llegar a cólico hepático	2
Molestias en dicha zona, sin llegar al dolor	2
Cólicos hepáticos y apendicitis	1
Dolores epigástricos fuertes e ictericia	1
Datos atípicos o no valorables	6
Total	51

Operación practicada:

Colecistectomía	34
Colecistectomía y apendicectomía	6
Colecistectomía y drenaje	6
Sin precisar	5
Total	51

(*) Extracto de la Ponencia oficial en el VI Congreso Español de Patología Digestiva y de la Nutrición. Santander, 5-9 de septiembre de 1951.

Datos de la operación:

Cálculos en la vesícula	32
Sin cálculos	6
Cálculos en colédoco	1
Vesícula infectada o con adherencias	2
Vesícula perforada en estómago (fistula) y un cálculo	1
Vesícula inflamada y llena de barro biliar	1
Vesícula atrófica	1
Vesícula de aspecto sano, deshabitada	1
Sin datos de la operación	6
Total	51

De entre los 32 enfermos con cálculos vesiculares, había cuatro con cálculo único, uno con 2 cálculos, uno con 7 cálculos, otro con 9 cálculos y los restantes, hasta 32, con cálculos múltiples, llegando a contar en uno 150, en otro 198 y, en el que más, 456 cálculos de pequeño tamaño, facetados.

Síntomas posteriores:

Cólicos hepáticos	21
Dolores sin llegar a cólico	6
Vómitos biliosos o alimenticios	3
Molestias vagas, punzadas, sensación de tirantez	2
Vómitos de retención	1
Melenas	1
Ictericia o subictericia	3
Síndrome hiperclorhídrico o molestias gástricas	2
Diarreas	3
Datos imprecisos	9
Total	51

De los enfermos con cólicos, padecieron crisis típicas, con reacción febril intensa, ocho, y sin fiebre, 13, e ictericia o subictericia pasajera, de pocos días de duración, en ocho casos.

Síndromes o enfermedades coexistentes:

Anteriores a la colecistectomía:	
Gastritis con acidismo	4
Ulcera gástrica o duodenal	3
Síndrome de hipersecreción	3
Gastroneurosis	2
Colitis	2
Molestias gástricas imprecisas	5
Hernia diafragmática	1
Espondiloartritis	1
Total	21

Posteriores a la colecistectomía, sufrieron operación de úlcera gástrica un enfermo, otro de hernia de sutura, otro de ovariectomía y uno de apendicitomía.

Fecha de aparición de las molestias:

Cólicos:	
Antes de 1 mes de la colecistectomía	1
De 1 a 6 meses	6
De 6 a 12 meses	2
De 1 a 3 años	3
De 3 a 4 años	1
De 4 a 6 años	2
A los 20 años	1
A los 23 años	1
Sin poder concretar fecha	5
Total	22

Diagnóstico radiográfico.—En 10 casos de enfermos colecistectomizados, la exploración radiográfica dió adherencias de zona piloroduodenal, más o menos acusadas; en un caso, úlcera duodenal; en otro caso, hernia diafragmática, y en otro, extensa perivisceritis, con periduodenitis y adherencias de asas del yeyuno. En ninguno se logró visualizar cálculos en el colédoco.

Resultados del tratamiento médico.—En pocos casos pude conocer los resultados de la terapéutica médica, por ausentarse los enfermos y perder toda relación con ellos. Igual me ha ocurrido con los sometidos a tratamiento quirúrgico: unos, por no aceptar la indicación operatoria formulada por mí, y otros, por no enviarme noticia alguna sobre lo ocurrido en la segunda operación.

En los que seguí el curso de la enfermedad con tratamiento médico, mejoraron los que sufrían molestias poco acentuadas o dolores sin llegar a cólicos, los gastríticos e hiposecretores, muy beneficiados con el régimen adecuado; los neurópatas y algunos con disquinesias funcionales periódicas y poco persistentes.

Operación practicada.—En todos los que se conocen detalles de la operación, que son 46, se hizo colecistectomía; en seis de ellos se hizo también drenaje, y en uno, apendicectomía. Ello demuestra el criterio de nuestros cirujanos, que ni en un solo caso realizaron la colecistostomía ni otra operación de vías biliares.

En la operación se encontraron cálculos en la vesícula o en el colédoco en el 70 por 100 de los casos, pero como hay falta de datos en seis casos, el coeficiente podría elevarse a cerca de 80 por 100. Si además añadimos los casos de vesícula infectada, esfacelada y adherida, o de vesícula atrófica, la indicación operatoria estaba formalmente indicada en 84,44 por 100 de los casos, lo que habla muy favorablemente en cuanto al acierto diagnóstico de los internistas que habían aconsejado el tratamiento quirúrgico.

Síntomas en las recidivas.—El más importante fué el cólico hepático y los dolores en cuadrante superior derecho. Si se les suma la ictericia o subictericia de origen litiasico, deduciendo los nueve casos en los que faltan datos, representan el 71 por 100. Siguen en importancia los trastornos digestivos (vómitos, diarreas, molestias gástricas, síndrome hiperclorhídrico), con alrededor de un 24 por 100. Este porcentaje elevado corresponde a enfermos que en su mayoría tenían ya las alteraciones digestivas, gástricas o intestinales antes de ser operados, y que si se hubiese hecho una minuciosa exploración, no hubieran sido colecistectomizados. Así lo confirma el estudio detallado de cada uno de nuestros enfermos, en los que hallamos 19 con tales síntomas o síndromes, de entre los 51 historiados, después de la colecistectomía, lo que levanta el porcentaje a 37 por 100, si bien hay que tener en cuenta que algunos de estos trastornos forman parte del síndrome post-colecistectomía, y a él deben atribuirse.

También es significativo el hecho de que después de la colecistectomía registremos algún caso en que hubo que hacer una operación por úlcera gástrica y otra por apendicitis, cuyo diagnóstico se impuso con toda evidencia.

Y, por último, el dato de que de 22 casos de cólicos hepáticos, después de la colecistectomía, en 59 por 100 se presentaron aquéllos en plazo menor de un año, y la mayoría en los primeros meses, dis-

minuyendo mucho en años sucesivos, significa que se trata de alteraciones del esfínter de Oddi y, en menor proporción, de una litiasis del colédoco, que de existir daría nuevos y rebeldes síntomas, incluso ictericia y fiebre, que obligarían a nuevo tratamiento quirúrgico.

La falta de informes sobre la casi totalidad de los enfermos en los que hemos planteado nueva indicación quirúrgica después de haber sido colecistectomizados, nos impide ampliar estas consideraciones de orden clínico y sacar de ellas nuevas y provechosas enseñanzas.

LITIASIS DEL COLEDOCICO.

Ocupa el primer lugar y constituye la más grave de todas las secuelas postoperatorias, debiéndose a ella, según algunos autores, entre un tercio a la mitad de los "exitus letalis".

La litiasis del colédoco pasa inadvertida, en el mayor número de casos, para los cirujanos que se limitan a extirpar una vesícula, litiásica o no, sin descubrir a la vista, o por palpación, alteraciones del hepatocolédoco. Los que practican coledocotomía sistemática, encuentran cálculos entre 51 y el 10 por 100 de los casos. Los que propugnan la colangiografía operatoria, afirman que son pocos los cálculos que pueden pasar inadvertidos, debiéndose esta pequeña cifra de resultados negativos a errores de interpretación o a deficiencias en la técnica.

La frecuencia de la coledocolitiasis en relación con la vesicular varía, según las estadísticas, entre el 20 y 25 por 100. Su síntoma más importante es la ictericia, que puede alcanzar, en su anamnesis, del 80 al 90 por 100, mientras que en la vesicular se observa sólo en 15,8 por 100 y muchas veces con un solo ataque de corta duración o un ligero tinte subictérico de la esclerótica antes del acto quirúrgico.

En la ictericia por litiasis del colédoco se presenta con frecuencia infección de las vías biliares y déficit funcional hepático por litiasis biliar. En la coledocolitiasis está muchas veces afectado el páncreas. Según MAYO-ROBSON, hasta en 60 por 100 de los casos, encontrándola SCHMIEDEN-SEBENING en 57,8 por 100, y MILBOURN, en 10 a 50 por 100 de sus operados, mientras que en la colecistitis calculosa sólo existen lesiones pancreáticas en el 4 por 100 de los enfermos.

La causa frecuente en la afección pancreática es la existencia de un cálculo incarcorado en la papila de Vater, que varía, según varios autores, entre 3 y 7 por 100 de los casos.

Merece resaltarse el hecho de que mientras las recaídas operatorias por cálculos son de un 25 por 100 en las operaciones practicadas por litiasis de la vesícula biliar, se reducen a 4,5 por 100 en las de litiasis del colédoco. Esto se explica por el hecho de que en las intervenciones por litiasis del colédoco son abiertas y exploradas las vías biliares profundas, mientras que en las de la vesícula no se lleva a cabo, de ordinario, esta exploración de las vías bajas. Ello hace que pasen inadvertidos cálculos únicos o múltiples del colédoco, sin alteraciones de la papila de Vater, o algún cálculo enclavado en ésta, e incluso alteraciones del calibre del colédoco, en su tercio distal, con odditis y pancreatitis.

Clinicamente pueden ser causa de error, haciendo pensar en litiasis del colédoco, procesos tan dispares como la existencia de parásitos en las vías biliares, quistes hidatídicos, lesiones inflamatorias o quirúrgicas, compresiones extrínsecas, traumatismos, etc.

También pueden observarse estenosis por pancreatitis, por edema de la cabeza del páncreas o tumor de éste, por adenopatías, por pericoléstitis o por adherencias consecutivas a previa intervención quirúrgica. Y por mucho que destaque el cuadro clínico, como el denominador común es el síndrome de estenosis, será muy difícil formular un diagnóstico causal sin el auxilio de métodos exploratorios, entre los que destaca, por su gran valor, la colangiografía operatoria, cada día más perfeccionada y más en boga.

MÉTODOS EXPLORATORIOS DE LAS VÍAS BILIARES.

Colangiografía, radiomanometría.—En 1922, CARNOT y BLAMONTIER practicaron por primera vez la colangiografía postoperatoria o fistulografía, inyectando sulfato de bario, por el tubo de drenaje, en un enfermo con una fistula biliar externa postoperatoria.

Posteriormente se perfeccionó el método usando sustancias menos tóxicas y de más fácil difusión, como el lipiodol o aceites yodados, empleándolo COTTE, BERAUD, MALLET-GUY y otros.

En 1931 practicó MIRIZZI, por primera vez, la que él denominó colangiografía operatoria: "Entonces —dice dicho autor— la cirugía de la litiasis biliar pasaba por un período crítico, por el alto porcentaje de secuelas dolorosas, oscilando los malos resultados alrededor del 30 por 100 de los casos, y aún se mantienen en algunas estadísticas." Gracias a este método y a sus perfeccionamientos técnicos, pudo estudiar en numerosos casos de enfermos de vías biliares, que en los primeros meses de 1950 alcanzaba la cifra de 2.300 operados, las verdaderas causas de dichas secuelas, el estado funcional y anatómico del hepatocolédoco y del hepático, la repleción y vaciamiento de la vesícula biliar, los disturbios funcionales de la vía biliar principal, los del esfínter de Oddi y de Vater, las anomalías de las vías biliares o la presencia de cálculos inadvertidos y los resultados de las intervenciones quirúrgicas, con sus accidentes inmediatos o tardíos.

MIRIZZI pondera el gran valor de la colangiografía practicada durante el acto quirúrgico, que permite evitar numerosas complicaciones y graves riesgos a los enfermos, absteniéndose el cirujano de inútiles drenajes y haciéndole reconocer fácilmente anomalías de las vías biliares, alteraciones del colédoco, presencia de cálculos o alteraciones funcionales que marcan distintas modalidades operatorias.

La colangiografía los revela objetivamente, destacando la mayor frecuencia e importancia en el citado esfínter. El resto del colédoco aumenta de diámetro y longitud a causa del estasis biliar, como consecuencia de los trastornos del esfínter de Oddi.

La distonía del esfínter de Oddi, función disociada, contractilidad perturbada del esfínter, tiene como signo radiológico típico el reflujo del lipiodol hacia el conducto de Wirsung. Su alargamiento y aumento de diámetro demuestra la existencia de estasis en el árbol pancreático y la penetración biliar. La radiografía es testimonio inequívoco, y cuando esto ocurre pasa a segundo plano la lesión vesicular, transformándose la colecistitis en una enfermedad pancreática.

El disturbio del esfínter de Oddi y el reflujo hacia el conducto de Wirsung pueden originar, como accidentes postoperatorios, el deslizamiento de la ligadura del cístico, que conduce a la peritonitis biliar si se cerró el abdomen sin drenaje; a la fistula biliar, por regla general temporal, o a la ruptura

tardía del colédoco. De ello se deduce que no se debe cerrar sin drenaje, sin la certeza de la permeabilidad completa del colédoco terminal, que puede obtenerse con la colangiografía. En 800 colecistectomías sin drenaje, por colecistitis calculosa, no tuvo MIRIZZI un solo caso de coleperitoneo.

La ruptura tardía del colédoco es un accidente postoperatorio en el que juegan importante papel los disturbios funcionales del esfínter de Oddi, cuyo tonismo ocasiona éstasis biliar y provoca la ruptura a nivel de la cicatriz de la colédocotomía. El diagnóstico causal, establecido en el momento de la operación con la colangiografía, evita este grave accidente.

El signo radiológico más importante de la distonía es el reflujo hacia el conducto de Wirsung, pero a veces se observa, en sucesivas imágenes, que el lipiodol pasa al duodeno, lo que indica la naturaleza espástica del trastorno del esfínter. La persistencia del lipiodol a lo largo del conducto de Wirsung apoya la existencia de un pequeño cálculo de la ampolla, cuya imagen simularía el clásico "sa-cabocado".

Odditis estenosante.—La imagen radiológica es distinta que en la distonía, en "punta de lápiz", "punta romana", "pulpejo de dedo". El árbol biliar sufre las modificaciones propias del obstáculo del esfínter y puede haber confusión con el cálculo de la papila. La diferenciación la dará la mutabilidad de imágenes, obteniendo varios clichés sucesivos.

En el trastorno dinámico de la odditis estenosante se pueden asociar otros pasajeros, como la congestión, el edema y la infección, que no desnaturalizan el carácter funcional del proceso.

En la estenosis esclerorretráctil de Del Valle, que es muy rara, aunque predomina la causa anatómica, puede añadirse un factor funcional que aumenta de modo intermitente el obstáculo y el éstasis biliar.

Los disturbios del esfínter de Oddi juegan un gran papel etiopatogénico en las secuelas dolorosas de la colecistectomía.

Entre ellas, por su importancia, destacan las alteraciones del hepatocolédoco por reflujo pancreático, que pueden conducir a la coledocitis y a la pancreatitis aguda, y cuya causa es el disturbio funcional persistente del esfínter de Oddi.

El éstasis biliar y pancreático puede originar crisis dolorosas y trastornos digestivos, muchas veces de formas leves y conlevados con el tratamiento médico, secuela que llega numéricamente, en algunas estadísticas, al 25 por 100 de la cifra total, como en la de COLP. En cambio, en 1.000 operados de litiasis biliar, empleando siempre la colangiografía, encontró MIRIZZI sólo 2 por 100 de disturbios del esfínter de Oddi y del páncreas y un total de 4 por 100 de secuelas.

Objetivamente, el obstáculo se localiza en la papila de Vater, excluyendo, por sus imágenes características, otras causas de retención biliar, como son la existencia de cálculos, o de parásitos, o de pancreatitis. El árbol biliar accusa claramente el éstasis, colédoco aumentado y dilatado, dilatación también del sistema hepático, peristalsis y gran retención de la sustancia inyectada, que cuando hay aumento del tonismo del esfínter de Oddi puede llegar a durar varias horas y hasta un día entero.

La colangiografía no puede, en muchos casos, determinar si el factor patogénico de este síndrome es puramente funcional o hay otras causas anatómicas, pasajeras, como la congestión, edema e infección, o permanentes, como la estenosis esclerorre-

tráctil. Es preciso, además, una técnica correcta en la colangiografía. La instilación de escasa cantidad de lipiodol no da idea exacta del estado de las vías biliares. El exceso, y más si se inyecta rápidamente, provoca su distensión y el espasmo del esfínter, simulando la imagen de la odditis estenosante.

Muy importantes son los resultados de este medio exploratorio en la litiasis del colédoco, pues gracias a él se ha demostrado que el porcentaje de secuelas dolorosas por cálculos, que pasaron inadvertidos al practicar la colecistectomía, rebasó del 8 al 20 por 100. Para evitar esto, algunos cirujanos practican sistemáticamente la colédocotomía, seguida de exploración instrumental, procedimiento que no es tan inocuo como el de la colangiografía operatoria.

En un reciente artículo, CARTER y GILLET resumen su juicio sobre la colangiografía inmediata, después de aludir a las importantes publicaciones de LAREY, CASTELL, PEARCE, COLE, ALLEN, WALTERS, BERT, HAGAN, HICKEN y otros autores, diciendo que "es un método simple, fidedigno y seguro para determinar la configuración exacta de las lesiones anatómicas de las vías biliares, y que su uso es recomendable en las obstrucciones congénitas, en las debidas a cálculos o estrechez y siempre que existan indicaciones de explorar la vía biliar principal", poniendo de relieve las grandes dificultades quirúrgicas que representan las oscuras lesiones del tractus biliar originarias de obstrucción, y cuánto puede ayudar la colangiografía a decidir, en el mismo momento de la operación, si ha de practicarse alguna anastomosis y cuál de ellas está indicada. Y aunque hay autores, como PARTINGTON y SACHS, que usan sistemáticamente la colangiografía en todas las intervenciones, entienden que, desde luego, debe emplearse siempre que se sospeche una lesión congénita de las vías biliares, cuando las indicaciones que motiven la exploración del colédoco sean vagas e imprecisas y en todas las operaciones secundarias del tractus biliar por estrechez o por sospecha de cálculos en el colédoco.

Los accidentes ocasionados por la colangiografía pueden considerarse raros y más bien debidos a defectos en su técnica.

Un nuevo método exploratorio, que ha permitido un avance considerable en el estudio de las vías biliares, y especialmente en las alteraciones funcionales, es la radiomanometría. Desde la "colangiomanometría", que McGOWAN y BUSTH practicaban en la Clínica Mayo, estudiando la presión de la bilis en los conductos biliares, hasta la "radiomanometría", combinando la colangiografía y el estudio manometrónico, hay numerosos perfeccionamientos técnicos y valiosas aportaciones al estudio anatomofuncional de los conductos biliares, debidas, en gran parte, a MALLET-GUY, CAROLI, GUY ALBOT, FEROLDI, MIELK, H. BEZES, G. ALBOT, OLIVIER y otros autores.

MALLET-GUY, FEROLDI y MIELK, valiéndose de este método, estudiaron 104 casos de enfermedad del esfínter de Oddi, sin base anatómica, pero que en el transcurso del tiempo evolucionaron algunos a la esclerosis, precisando los síntomas de las alteraciones del cístico y de la vesícula, del esfínter de Lüdens y los factores etiológicos de la odditis.

Con H. BEZES, el mismo MALLET-GUY publicó el resultado de 41 intervenciones por recidiva del síndrome que motivaba la colecistectomía, y gracias al control radiomanométrico preoperatorio llegó a la conclusión de que, en la mayoría de los casos, los factores de recidiva existían ya y fueron desconocidos en el momento de la operación. En ocho casos había lesiones anatómicas (cálculos, pancreatitis),

y en 21 casos síndromes puramente funcionales (hipertonia del esfínter de Oddi, hipotonías de la vía biliar principal).

G. ALBOT, Cl. OLIVIER, F. POILLEUX y H. LIBAUDE estudiaron, por radiomanometría biliar, las colecistitis crónicas no litiasicas y los síndromes hipertónicos císticos y vesiculares, estableciendo bases para el diagnóstico de las alteraciones del infundibulum, del cuello y del cístico, el espasmo reflejo del cístico y la esclerosis del mismo, las disquinesias mecánicas de la vesícula y el amplio capítulo de las colecistitis crónicas no litiasicas.

Y casi al mismo tiempo estos autores publicaron otro estudio sobre los síndromes radiomanométricos de la segunda diferencial reducida y de las presiones residuales vesiculares en escalera, para relacionar ciertas anomalías radiomanométricas con las formas localizadas al cístico, de las colecistitis crónicas no litiasicas.

En el reciente II Congreso Europeo de las Asociaciones Nacionales de Gastroenterología, MALLETT-GUY, en su estudio sobre tratamiento quirúrgico de las disquinesias biliares, dió los resultados obtenidos en 1.100 intervenciones practicadas desde 1942 al 3 de febrero de 1950, previa radiomanometría, encontrando hipotonia en 228 casos, hipertonia en 206 y síndromes complejos en 17.

CAROLI, en el mismo Congreso, tratando de las disquinesias biliares puras, dice que sólo se pueden demostrar gracias a la colangiografía (MIRIZZI) y especialmente por la radiomanometría, que le ha permitido clasificar las disquinesias en vesiculares y oddianas y estudiar las diversas formas de cada una de ellas.

SÍNDROMES POST-COLECISTECTOMÍA.

Hace más de veinte años se concedía ya una gran importancia al fisiologismo de la vesícula biliar y a los trastornos que su extirpación podía determinar, y sin otros elementos que la observación clínica y experimental, el sondeo duodenal y el estudio radiológico en fistulas biliares, se daba el debido valor al funcionamiento del esfínter de Oddi, a la dilatación del hepatocoléodo, al éstasis e infección biliar y a las alteraciones pancreáticas, que la colangiografía y la radiomanometría pudieron precisar debidamente, acotando el bien delimitado campo del síndrome post-colecistectomía.

El nombre de síndrome post-colecistectomía debe reservarse para aquellos trastornos que pueden atribuirse directa o indirectamente a alguna o algunas de las funciones de la vesícula biliar, desaparecidas o perturbadas por el hecho de su extirpación.

PRIBRAM proclama los excelentes resultados en el 80 por 100 de los casos, con una mortalidad reducida del 0,5 por 100 al 0,9, y estudia los trastornos y crisis recurrentes en el restante 20 por 100, y que confirman que la vesícula tiene numerosas funciones de considerable importancia. Los síndromes de las desaparecidas funciones pueden permanecer latentes, hasta que una causa adicional—transgresiones alimenticias, enfermedad intercurrente, estados emotivos, infecciones, etc.—los pone de relieve.

Para el conocimiento de los síndromes postcolecistectomía recuerda sumariamente las funciones de la vesícula biliar y el trastorno que su ausencia determina en cada caso. Puede resumirse así:

Funciones relacionadas con la colequinesis (expulsión de bilis).

Funciones relacionadas con la propiedades bioquímicas de la bilis vesicular concentrada.

Función de la vesícula biliar. Regulación de la presión biliar.

Neurorregulación de la expulsión de la bilis.

SÍNDROMES SECUNDARIOS POST-COLECISTECTOMÍA.

Colangiohepatitis.—El aumento de la presión y el éstasis por condiciones espásticas del esfínter, más manifiestas después de la colecistectomía y debidas a la no controlada presión de la bilis en el coléodo, pueden originar este síndrome secundario de post-colecistectomía.

Pancreatitis.—El espasmo del esfínter y la creciente presión en el coléodo pueden engendrar diversas formas de pancreatitis en los colecistectomizados, influyendo en la determinación del síndrome las transgresiones alimenticias.

Atonía o parálisis del esfínter.—Mientras que en unos enfermos se presenta la contracción espástica del esfínter, en otros hay una acentuada atonía o completa parálisis después de la colecistectomía, hecho demostrado experimentalmente.

Síndrome de la desaparición de las funciones bioquímicas de la vesícula.—Las funciones bioquímicas de la vesícula son la concentración de la bilis, que ayuda a su acción digestiva, y la secreción de una sustancia hormonal, "colecismón", que activa las lipasas disociadoras de las grasas.

Tales son, sintéticamente enumeradas, según PRIBRAM, las alteraciones funcionales que pueden engendrar los síndromes postcolecistectomía, reservando este nombre exclusivamente a las dependientes de la extirpación de la vesícula biliar; pero llama la atención el hecho de que tales síndromes, especialmente los de tensión, no se presenten más que en un 20 por 100 de los enfermos, mientras que el 80 por 10 restante se ve libre de tales molestias.

Como otros autores, señala el menor número de síndromes postcolecistectomía en los casos de mayor enfermedad vesicular, y, por el contrario, los más acusados y rebeldes en aquellos de poco daño y buen funcionamiento vesicular. Y también cree que hay ciertas personas propensas a presentarlos, especialmente las mujeres jóvenes con acentuada irritabilidad del sistema neurovegetativo, con tendencia a espasmos, hiperclorhidria y estreñimiento.

DISQUINESIAS BILIARES.

Se ha designado con el nombre de disquinesias biliares, coledisquinesias, disinergias o discinesias a los trastornos funcionales de las vías biliares, con anormal evacuación de la bilis, que originan dolores o molestias de intensidad variable.

Estas disquinesias puras, es decir, sin alteración anatómica, proceso inflamatorio o infectivo, endocrino o psíquico, pueden presentarse en sujetos con vías biliares sanas, según MIRIZZI, CAROLI, GUY ALBOT y MALLETT-GUY, basándose en datos obtenidos por angiografía y radiomanometría, pero esta doctrina no está unánimemente aceptada. CAROLI admite, desde el punto de vista clínico, dos formas: la "dolorosa", con crisis típicas, y la "jaquecobiliar", que es la más frecuente, negando la forma "ictérica", pues no cree que las disquinesias biliares

puras puedan ocasionar la retención biliar, y entiende que la llamada ictericia emotiva debe borrararse de la nosología.

El estudio de las disquinesias se inicia con la descripción hecha por ODDI, en 1887, del esfínter que lleva su nombre, pues ya él entrevió los trastornos que podía originar su contractura. Posteriormente fueron descubriendo las funciones y alteraciones de este esfínter, y los motivos de otras disquinesias, numerosos autores, entre ellos ASCHOFF, SCHIEDEN, BERG, WESTPHAL, CHIRAY, PAVEL y los anteriormente citados.

No se ha llegado a un acuerdo sobre la clasificación de las disquinesias por la dificultad de encuadrar todas las variedades clínicas que pueden observarse, pero citaremos la de CAROLI, que las divide en tres grupos, que son los siguientes:

Disquinesias vesiculares: Mecánicas (acodadura de cuello, espasmo de Lütckens). Hiperestesia biliar. Colecistoatonia de Chiray-Pavel.

Disquinesias oddianas: Atonía primitiva. Distonía biliar y reflujo wirsuniano. Hipertonia primitiva del esfínter de Oddi.

Formas mixtas: Vésico-oddianas.

Dejando a un lado el primer grupo, que no interesa al circunscribirse a colecistectomizados, encontramos en el segundo el amplio capítulo de las disquinesias oddianas, en sus formas de atonía que CAROLI considera poco frecuente; la distonía biliar y reflujo wirsuniano, cuya causa principal es el espasmo del esfínter de Oddi, y la hipertonia primitiva de dicho esfínter. Y en el tercero, de formas mixtas, las vésico-oddianas, en las que la extirpación de la vesícula no logra mejoría alguna del enfermo.

MALLET-GUY, FEROLDI y NIELK, basándose en el estudio de 104 casos de enfermedad del esfínter de Oddi, con colangiografía y manometría, creen que esta enfermedad, en su primera etapa, es de naturaleza funcional, habiendo un estado espasmódico del esfínter que cierra el colédoco y una irritabilidad de todas las vías biliares, pero que, en el transcurso del tiempo, la evolución crónica de tal estado espástico conduce a la fase de esclerosis.

Lo fundamental, admitido hoy por casi todos los autores, en la etiología de las disquinesias puras, es la inervación neurovegetativa de las vías biliares, la constitución neuroendocrina que predispone, en los sujetos "lábiles" o "estigmatizados vegetativos" (BERGMANN), a tales trastornos, y con mayor razón en los que han sufrido la extirpación de la vesícula biliar. Pero también admiten, con MALLET-GUY, que la alteración funcional, por la acción de otros factores individuales, como las infecciones, trastornos humorales o endocrinos, puede desembocar, con el tiempo, en enfermedad con lesiones anatómicas. En uno u otro caso, trátese de alteraciones funcionales o anatomofuncionales, el denominador común, del que arranca toda la sintomatología, es el éstasis biliar, concepto que no podemos admitir para alguno de los disturbios del esfínter de Oddi.

Las disquinesias producidas por otros factores, como los hipofisarios (embarazo, función menstrual, climaterio), por enfermedades de otras vísceras que actúan por vía refleja (matriz, apéndice, colon, etc.), alteraciones endocrinas, estados alérgicos, etc., constituyendo disquinesias secundarias, pueden ocasionar también en los colecistectomizados cuadros disquinéticos, muchas veces difíciles de distinguir de los propios de las disquinesias puras por su igual repercusión sobre el esfínter de Oddi.

Las disquinesias puras las consideramos como

raras, y nunca, o casi nunca, tenemos la seguridad de su diagnóstico.

Las disquinesias en los colecistectomizados también son de excepción. URRUTIA, al analizar los 1.500 casos de colecistectomizados, con colangiografía operatoria, encontró, como causa de secuelas, en 1.000 de una serie, sólo cuatro casos de odditis estenosante y uno de pancreatitis estenosante. Y de enfermos anteriormente colecistectomizados en otros servicios sin colangiografía, hubo de intervenir 19 de odditis y cuatro de pancreatitis estenosante, cifras todas ellas reducidas en tan copiosas estadísticas.

Si consideramos, además, que entre los factores de recidivas figuran algunos tan importantes como la litiasis residual del colédoco, las estenosis de las vías biliares, los procesos hepáticos e infectivos, las perivisceritis, los reflejos visceroviscerales y las enfermedades simultáneas, no queda mucho campo etiológico para las disquinesias del esfínter de Oddi, que unas veces ya existían antes de la colecistectomía y otras son secundarias a un proceso infeccioso residual.

Encontramos excesiva esta enumeración de dolencias, y, por lo menos en las extrahepáticas, nos será muy difícil establecer el factor etiológico que induzca al diagnóstico del espasmo del esfínter de Oddi.

La intubación duodenal es un valioso auxiliar. Puede provocar, primero, la dificultad de contrastar el duodeno, por irritabilidad duodenal; luego, la de obtener la bilis A (hipertonia del esfínter) o interrumpirse el flujo biliar. El obstáculo funcional para la salida de la bilis al duodeno puede apreciarse radioscópicamente por la comprobación de espasmos prolongados al nivel de D. II, y en tal caso la coleistogramografía puede demostrar además de la vesícula, todas las vías biliares, cístico, colédoco e incluso hepático.

Refiriéndonos concretamente a los colecistectomizados, el factor etiológico es muy claro en los espasmos o atonías del esfínter de Oddi, y se presentan también muchos de los síntomas clínicos descritos. La intubación duodenal no puede dar análogos signos diagnósticos por la desaparición de la vesícula y subsiguiente modificación de la bilis, pero también permitirá comprobar la dificultad de la salida de la bilis, o su brusca interrupción, en el caso de espasmo, y la uniformidad de color y el flujo biliar constante de existir atonía del esfínter de Oddi.

CHIRAY y PAVEL, después de estudiar estas formas del síndrome espasmódico del esfínter de Oddi, insisten en que su diagnóstico no puede quedar para el momento de la intervención operatoria con la colangiografía o radiomanometría, sentando las bases clínicas que a él pueden conducirnos y dando un gran valor, dentro de los síntomas objetivos, a las variaciones de la evacuación biliar, comprobadas por sondeo duodenal y por la ictericia.

La radioscoopia y la radiografía seriada pueden dar datos sobre la existencia de un estado de hipertonia del esfínter de Oddi, encontrando un éstasis hipertónico que se caracteriza por espasmos prolongados que asientan sobre el D₂ y el D₃, y más raramente sobre la cuarta porción del duodeno, y si el espasmo es total, el duodeno se presenta filiforme. Otras veces se localiza a nivel de la ampolla de Vater, y después de la colecistectomía se ha comprobado muchas veces el espasmo del esfínter de Oddi y del D₂.

También puede observarse, en otro tipo de disqui-

nesia, que el espasmo de un segmento duodenal alterna con la dilatación e hipotonía de otro, estableciendo a veces confusiones con el éstasis mecánico. La repetida observación radioscópica o el estudio de las imágenes radiográficas seriadas demuestran que el éstasis es pasajero, aunque puede tener bastante duración, sugiriendo la muy probable participación del esfínter de Oddi.

La insuficiencia del esfínter fué demostrada gracias a la radiomanometría, que comprobó en algunos casos el franqueamiento del esfínter a presiones muy bajas (5 cm., en vez de 15, y hasta sólo 4 cm. en un caso de ALBOT y LIBAUDE). En estos enfermos se obtiene, por sondeo duodenal, una bilis clara, igual antes que después de la inyección del sulfato de magnesia, no disociándose las tres clases de bilis, A B y C, lo que con el flujo constante de la bilis denuncia la incontinencia del esfínter de Oddi.

En los colecistectomizados, la insuficiencia del esfínter de Oddi podría explicar la angiolitis crónica que sobreviene tardíamente en cierto número de casos, siendo probable que la hipervirulencia de la flora intestinal, con la incontinencia de dicho esfínter, origine la infección ascendente de las vías biliares, como antiguamente sostenía GILBERT, proceso de marcha lenta y progresiva que no se hace ostensible hasta meses o años después de la operación. Esta insuficiencia esfínteriana puede facilitar también la penetración, en el colédoco, de ascaris o de otros parásitos y el reflujo del jugo duodenal en el canal de Wirsung, con el riesgo de necrosis pancreática.

Todos estos trastornos resaltan el interés del diagnóstico de los estados de hipotonía o incontinencia del esfínter de Oddi. A él pueden conducirnos, y muchas veces con gran dificultad, además de los datos y medios exploratorios consignados, síntomas clínicos de tanto valor como la tendencia a la diarrea o a brotes febriles. Y el diagnóstico será relativamente fácil si estos síntomas se presentan en enfermos colecistectomizados.

IMPORTANCIA DE LA TERAPÉUTICA MÉDICA.

Hemos visto que muchos de los trastornos de los colecistectomizados son puramente funcionales y otros revisten formas mixtas, así como que la reiteración de los disturbios funcionales puede ser el punto de partida para la formación y lenta evolución de lesiones anatómicas.

CARTER y MARAFINO observaron síntomas recurrentes en 63 por 100 de 307 colecistectomizados. Tratados médicaamente se obtuvieron resultados beneficiosos en 84 por 100 de los casos, y 16 pór 100 requirieron nueva intervención. GRAY y SHARPE insisten en que no puede irse a una segunda operación sin la evidencia clínica o radiológica de enfermedad de las vías biliares, y COLP añade que debe ensayarse siempre el tratamiento médico del síndrome postcolecistectomía antes de plantear la indicación quirúrgica.

CAROLI, en su estudio sobre las disquinesias biliares, también recomienda la estricta limitación de las indicaciones del tratamiento quirúrgico y "el interés que hay en evitar que entren en el círculo de las intervenciones quirúrgicas, a menudo reiteradas, todos los psíquicos, simuladores, exageradores, que sufren más o menos de sus vías biliares, así como a los que padecen de jaqueca".

MALLET-GUY limita la indicación operatoria en las disquinesias esenciales, diciendo que no está segu-

ramente justificada más que por el fracaso de los tratamientos médicos y la intensidad de los trastornos funcionales.

PRIBRAM, después de sentar que el tratamiento médico tiene éxito en muchos casos, cree que lo fundamental para evitar los espasmos del esfínter y combatir los síntomas de presión es la alimentación adecuada, debiendo evitar todos los irritantes que puedan originar espasmos, los alimentos grasos, las bebidas heladas, los alcoholes, el café y el té puros, las especias, las salsas fuertes y restringir el uso de la sal común.

R. BOLLER, en un estudio sobre estados subsiguientes a la colecistectomía, seguido en su hospital, en Viena, llega a la conclusión de que el contenido en materias grasas de la alimentación es de una importancia decisiva para la aparición de molestias postoperatorias.

Fundándose en que el ácido clorhídrico tiene un decisivo efecto estimulante de la contracción del esfínter, se recomienda la terapéutica antiácida mediante la administración de alcalinos, y, por el contrario, si hay atonía o parálisis del esfínter, se obtienen a veces impresionantes resultados administrando ácido clorhídrico y pepsina a dosis suficientes, después de las comidas.

Nosotros creemos que no pueden darse, con tan simples indicaciones, medicamentos alcalinos o ácidos, y que es indispensable, o por lo menos muy conveniente, hacer un previo examen del químismo gástrico para instituir una u otra medicación con fundamento científico.

También es recomendable que las comidas no sean muy copiosas y que las cenas sean ligeras y ricas en frutas y verduras, para combatir los espasmos y la tendencia al estreñimiento. El aceite de olivas es un excelente colecistoquinético.

Aunque la terapéutica antiespasmódica produce a veces resultados desfavorables, pueden ser útiles la belladona (o la atropina) y la papaverina, que inhiben la secreción gástrica (en los hiperclorhídricos); el luminal y otros preparados análogos de acción sedante. En las crisis dolorosas puede darse la morfina (o sus equivalentes) con atropina.

En los estados hipertónicos debemos abstenernos de los coleréticos, que son útiles cuando hay éstasis biliar y no existe inconveniente en estimular el esfínter. Sin embargo, en ocasiones, el sondeo duodenal y la instilación del sulfato magnésico provoca, tras cierto tiempo de espasmo del esfínter de Oddi, su apertura y la salida regular de la bilis. La reiteración de los sondeos duodenales puede ser tan eficaz que logre la reeducación y normalización del reflejo esfínteriano, actuando favorablemente en las formas dolorosas, ictericas o febris que aparecen después de la colecistectomía.

También en los estados de hipotonía oddiana se recomienda el sondeo duodenal, los coleréticos y la administración de medicamentos tónicos que levanten el estado general e influyan indirectamente sobre las funciones digestivas.

De existir, aparte de uno de los apuntados trastornos, infección biliar, habrá de recurrirse preferentemente a la penicilina, a la estreptomicina, las sulfamidas, la urotropina por vía intravenosa y, de haber gérmenes tíficos, a la cloromicetina. Nosotros hemos utilizado, en algunos casos, la vacunoterapia con buenos resultados, haciendo preparar autovacunas si se encontraran en los análisis de la bilis y sus cultivos gérmenes claramente responsables de la infección de las vías biliares. Y también pueden ser de efectos favorables las proteínas.

Por último, recomendamos a muchos de estos en-

fermos, sean de síndrome post-colecistectomía o por secuelas, que no requieren el concurso de la cirugía, las curas con aguas medicinales, mejor con estancia balnearia, no sólo por la mayor eficacia de las aguas, sino por factores tan importantes como los del clima, ambiente, alejamiento de preocupaciones y trabajo, que contribuyen poderosamente a la sedación del estado general y a la modificación del síndrome biliar y que muchas veces son su verdadero substrato.

LAS INDICACIONES QUIRÚRGICAS.

Pueden plantearse ya por diagnóstico directo, clínico o auxiliado por métodos exploratorios (sondeo duodenal, radiografías) o bien si el tratamiento médico no ha producido ningún resultado beneficioso. Y, desde luego, la colangiografía o la radiomanometría pueden y deben ser valiosísimas para el examen de las vías biliares y determinación precisa de la técnica operatoria a seguir en cada caso.

Entre las secuelas más importantes y frecuentes de la colecistectomía figura la litiasis del hepatocóléodo, ya que la sintomatología clínica no puede orientar, antes de la operación, sobre su posible existencia, lo que se logra, en casi todos los casos, mediante la colangiografía o la radiomanometría. Puede presentarse como litiasis residual del coléodo, por cálculo único o múltiple, o cálculo de la papila de Vater, coexistir con alteraciones en el calibre del coléodo, con papila permeable o no, odditis o pancreatitis.

El tratamiento médico, en estos casos, es ineficaz y hay que decidirse por la operación.

CONCLUSIONES.

1.^a La colecistectomía es una operación que da excelentes resultados siempre que se planteen con acierto sus indicaciones y se lleve a cabo con una perfecta técnica.

2.^a La colangiografía operatoria y la radiomanometría han logrado reducir a porcentajes mínimos las secuelas y los síndromes post-colecistectomía, alcanzando en algunas estadísticas un 95 por 100 de curaciones.

3.^a La debida valorización de los datos clínicos, de los obtenidos por el sondeo duodenal y la exploración radiográfica puede lograr, en la mayoría de los casos, el diagnóstico de la secuela o del síndrome post-colecistectomía.

4.^a Entre las secuelas operatorias más frecuentes figuran la litiasis del coléodo, la odditis estenosante, la pancreatitis, las perivisceritis y las lesiones extrabiliares. Algunas de ellas existían antes de la intervención y pasaron inadvertidas en el acto quirúrgico.

5.^a No pueden considerarse como secuelas de la colecistectomía los síntomas o síndromes ligados a enfermedades o trastornos no dependientes de la vesícula biliar, que dieron motivo, por un error diagnóstico, a la intervención quirúrgica.

6.^a Debe reservarse el nombre de "síndromes post-colecistectomía" para aquellos trastornos o alteraciones dependientes de la desaparición de alguna o algunas de las funciones vesiculares.

7.^a Los síndromes o secuelas de causa orgánica, como la litiasis residual del coléodo, las estenosis de las vías biliares o del esfínter de Oddi, las perivisceritis, las fistulas biliares, la pancreatitis este-

nosante, etc., deben ser tratadas quirúrgicamente.

Las disquinesias puras, por proceso inflamatorio o infectivo, endocrino, psíquico, y las alteraciones funcionales derivadas de la extirpación de la vesícula biliar, caen en la órbita de la terapéutica médica, con la que puede lograrse en muchos casos la curación, y en otros, un considerable alivio.

8.^a Los colecistectomizados deben observar siempre un adecuado régimen alimenticio y someterse a vigilancia médica, pues la enfermedad fundamental no desaparece con la extirpación de la vesícula. Con ello se lograrán los mejores resultados y podrán evitarse muchos de los trastornos agrupados bajo el nombre de "síndromes post-colecistectomía".

BIBLIOGRAFIA

- ALBOT, G., OLIVIER, C., POILLEUX, F. y LIBAUDE, H.—La Revue du Foie, 8, 293, 1949.
 ALBOT, G., OLIVIER, C., POILLEUX, F. y LIBAUDE, H.—Archives des mal. de l'app. digestif et de la nutrition, 38, 1949.
 ARRESE, D. G.—Rev. Ibyx, 8, 6, 1950.
 BENGOLEA, A. J. y NEGRÍ, A.—Mém. Acad. Chir., 75, 563, 1949.
 BEHREND, M. y BEHREND, A.—Arch. Surg., 57, 51, 1949.
 BERNHARD, F.—Der Chirurg., 1, 9, 1943.
 BETTMAN, R. B. y LICHTENSTEIN, G.—Amer. Journal Med. Sciences, 194, 788, 1947.
 BONORINO UDAONDO, C.—Del citado libro de MIRIZZI, t. II, p. 104.
 BOTTIN.—Academie de Chirurgie, 22 noviembre 1923.
 BOYER, R.—II Congreso Europeo de Asociaciones de Gastroenterología, Madrid, mayo de 1950.
 CALVO MELENDO, J.—Rev. de Enf. del A. Digestivo y de la Nutrición, 1, 1, 1951.
 CAROLI y MERCADER.—Les dyskinesies biliaires. 1949. Edit. Vigot.
 CAROLI, J. y PARAF, A.—La Semaine des Hôpitaux de Paris, 26, 17, 1950.
 CAROLI, J.—Las disquinesias biliares. Estudio clínico, fisiopatológico y radiomanométrico.—II Congreso Europeo de Asociaciones Nacionales de Gastroenterología. Madrid, mayo 1950.
 CARPANELLI, J. B. y FERREIRA, J. A.—Revista Asociación Médica Argentina, 64, 251, 1950.
 CARRO, S.—Congrès Internationale de la Lithiase Biliaire, p. 150. Vichy, 1932.
 CARRO, S.—El dolor gástrico en las enfermedades extragástricas.—Academia Nacional de Medicina. Madrid, 1934.
 CARRO, S.—Fistulas biliares: Sus dificultades diagnósticas. Comunicación al II Congreso Europeo de Asociaciones Nacionales de Gastroenterología. Madrid, mayo 1950.
 FRANKLIN, R. y GILLETTE, L.—Colangiografía inmediata.—Journal of the Amer. Med. Association, 143, 951, 1950.
 CASAS SÁNCHEZ, J.—Rev. Española de Cirugía, 1, 12, 1948.
 CASAS SÁNCHEZ, J.—Patología Médica (Dr. Bañuelos), t. III, 5.^a edición, 1948.
 CINELLI, A.—Colangiografía operatoria.—Cirugía de la litiasis biliar, por P. L. MIRIZZI, Córdoba (Argentina), 1944, p. 295.
 CHIRAY y PAPEL.—Arch. des mal. de l'app. dig. et nut., 15, 921, 1925.
 CHIRAY y PAPEL.—Journal Physiologie et Pathologie Gén., 23, 3, 1925.
 CHIRAY, PAPEL y MLOCHETCH.—Présse Méd., 12, 9, 1925.
 CHIRAY y PAPEL.—Présse Méd., 12, 1926.
 CHIRAY y PAPEL.—La vesícula biliar et ses voies d'excretion.—Un vol. Masson et Cie, 1936.
 CHIRAY y PAPEL.—Présse Méd., 67, 777, 1947.
 DAVIS, C. E.—Annals Surgery, 128, 240, 1948.
 DEBRAY, Ch., ROUX, M. y GREPY, Cl.—Semaine des Hôpitaux de Paris, 26, 21, 1950.
 DELONNAY, SOULIER y DEVAMBEZ.—Soc. de Chirurgie de Lille, 12, 6, 1950.
 DEMEL, R.—Anales de la Real Academia Nacional de Medicina, 67, 571, 1950.
 DEMEL, R.—Fistulas biliares.—II Congreso Europeo de Asociaciones de Gastroenterología. Madrid, mayo 1950.
 D'HAEENS, A. y MARINUS, Ch.—Acta Gastro-Enterol. Belg., 2, 250, 1948.
 DIFFENBAUGH, W. G. y MCARTHUR, S. V.—Arch. Surg., 59, 5, 1949.
 DOUBILET, H. y MULHOLLAND, J. H.—Annals Surgery, 28, 609, 1948.
 DUBOURG, M.—Estrechez inflamatoria de la vía biliar principal y litiasis vesicular.—Soc. National française de Gastro-enterologie, 12 marzo 1950.
 EPPINGER—Enfermedades del hígado, 1941, p. 76.
 GAILLARD, M. P.—Société Nat. française de Gastro-enterologie, 12 marzo 1950.
 GALLART MONÉS.—Congrès International de la lithiase biliar. Vichy, 1932.
 GALLART MONÉS, F.—Estudio clínico de las colecistitis no calculosas.—II Congreso Europeo de las Asociaciones Nacionales de Gastroenterología. Madrid, mayo 1950.
 GARAVAGO, C.—Présse Méd., 69, 647, 1949.
 GARCÍA MORÁN, J.—Rev. Esp. Enf. Ap. Dig. Nut., 10, 1, 1951.
 VAN GOISENHOVEN, F., BOUTSEN, J., WELLENS, P. y PICARD, E.—Act. Gastro-Enterol. Belg., 11, 140, 1948.

- VAN GOISENHoven, F., APPELMANS, R., BOSSENS, H. y VAN MOORTELE.—Las estenosis adquiridas benignas de las vías biliares.—II Congreso Europeo de Asociaciones de Gastroenterología, Madrid, mayo de 1950.
- GONZÁLEZ BUENO, C.—Rev. Esp. Enf. Ap. Dig. Nut., 9, 3, 1950.
- GRIMAUD.—Tres observaciones de coledocoduodenostomía por litiasis de la vía principal.—Société de Chirurgie de Lyon, 26 enero 1950.
- GUY, ALBOT, OLIVIER, C., POILLEUX, F. y LEBAUDI, H.—Revue du Foie, 5, 293, 1949.
- HENAO, J. T.—Journ. Amer. Med. Ass., 143, 672, 1950.
- HERNANDO, T.—Práctica Médica, 96, 30, 1951.
- HICKEN, N. F. y STEVENSON, V. L.—Annals Surg., 128, 1.178, 1948.
- JUTRAS, A. y GERNEZ, A.—Présse Méd., 5, 4, 1950.
- LAHEY, F. H. y PYRTER, L. J.—Surg. Gyn. Obst., 91, 25, 1950.
- LE GAG, P.—Litiasis biliar y cirugía.—Société des Chirurgiens de Paris, 3 febrero 1950.
- GRASSI, A.—Ref. Med., 28, 35, 1937.
- LONGMIRE, W. P. y SANFORD, M. C.—Annals Surg., 130, 445, 1949.
- LOFGREN, L.—Nordisk Medicin, 3, 1, 1942.
- LUQUET, G.—A propósito del tratamiento de la litiasis biliar. Soc des Chirurgiens de Paris, 3 febrero 1950.
- MAHORNER, H.—Annals Surg., 129, 6, 1949.
- MALENCHINI, M. y ROCA, J.—Prensa Méd. Arg., 21, 4, 1950.
- MALLET-GUY y MARION, P.—Présse Méd., 35, 481, 1942.
- MALLET-GUY y JEANJEAN.—Revue du Foie, 3, 4, 193.
- MALLET-GUY, JEANJEAN y FEROLDI.—Lyon Chirurgical, 22, 174, 1947.
- MALLET-GUY, P. y BÉZES, H.—Lyon Chirurgical, 14, 419, 1949.
- MALLET-GUY y FEROLDI, J.—Acad. de Chirurgie, 18, 1950.
- MALLET-GUY.—Tratamiento quirúrgico de las disquinesias biliares. II Congreso Europeo de Asociaciones de Gastroenterología, Madrid, mayo 1950.
- MALLET-GUY, P. y DURAND, L.—Présse Méd., 16, 974.
- MARTELLI, F.—Archivio Ital. Anat. histol. patol., 22, 98, 1949.
- MASSIONE, J., LEONARD P. y VOTON, J.—Anomalías congénitas de las vías biliares. II Congreso Europeo de Asociaciones de Gastroenterología, Madrid, mayo 1950.
- MEERSEMAN.—Présse Méd., 9, 112, 1943.
- MILTON, W. y EISENSTEIN.—Surg. Gyn. Obst., 89, 49, 1949.
- MIRIZZI, P. L.—Cirugía de la litiasis biliar. Córdoba (Argentina), 1944.
- MIRIZZI, P. L.—Bol. Trab. Soc. Cirg., 24, 1132, 1932. Lyon Chirurgical, 4, 1948.
- MIRIZZI, P. L.—Causas de las operaciones recurrentes de las vías biliares. XII Congreso de la Soc. Intern. de Cirugía. New Orleans, octubre 1949.
- MIRIZZI, P. L.—Rev. Esp. Enf. Ap. Dig. Nut., 188, 1949.
- MIRIZZI, P. L.—II Congreso de Asociaciones de Gastroenterología, Madrid, mayo 1950.
- MIRIZZI.—Colangiografía operatoria. Academia de Cirugía de París, 31 mayo 1950.
- MOCK, H. E., BROWN, C. F. y DOLKART, R.—Surgery, Gyn. Obst., 66, 79, 1938.
- MORTON, G. B.—Surgery, 24, 779, 1948.
- NANU, MUSCEL y PAVEL, I.—Présse Méd., 7, 1260, 1939.
- PAGET.—Los nuevos métodos de exploración biológica de las ictericias. Valor diagnóstico y pronóstico.—Soc. Médica y Anatomoclínique de Lille, 26 octubre 1948.
- PAVEL.—Présse Méd., 103, 1032, 1948.—Wien. Klin. Woch., 49, 1485, 1934.—Bruxelles Médical, 5, 1936.—J. A. M. A., 10, 556, 1938.
- PAVEL, I.—Diagnóstico clínico de los trastornos funcionales de la vesícula biliar y de las vías biliares. II Congreso Europeo de Asociaciones de Gastroenterología, Madrid, mayo de 1950.
- PAVLOVSKY, A. J. y FERREIRA, J. A.—Prensa Méd. Arg., 35, 1628, 1948.
- PELAYO, M. y NIETO AYESA, J.—Clin. Lab., XLIX, 269, 1950.
- PI FIGUERAS, J., ARTIGAS, V. y ANDRÉS, P.—Rev. Esp. Enferm. Ap. Dig. Nut., 8, 597, 1948.
- PI FIGUERAS, J., ARTIGAS, V. y BOFILL TAULER, P.—Informes sobre la cirugía de las afecciones del hígado, de las vías biliares y del páncreas durante los años 1948 y 1949. Anales Inst. Corachán, 2, 2, 1950.
- POORE, T. N., MARVIN, C. P. y WALTERS, W.—Arch. Surg., 59, 5, 1949.
- POSTLETHWAIT, R. W. y BRADSHA, H. H.—Southern Surgeon, 16, 437, 1950.
- PRIBRAM, B. O. C.—J. Internat. College Surg., 10, 294, 1947.
- PRIBRAM.—Amer. Jour. Dig. Diseases, 12, 1948.
- PRIBRAM, B. O. C.—Journ. Amer. Med. Assoc., 143, 1262, 1950.
- RALPH C.—Gastroenterology, 7, 4, 1946.
- ROCHA, A.—Espasmos esfínter de Oddi.—Comunicación al II Congreso Europeo de Asociaciones Nacionales de Gastroenterología, Madrid, mayo de 1950.
- ROMANO, N.—América Clínica, 1, 82, 1948.
- RONCORONI, I.—Ann. Radiol. Diagn., 20, 224, 1948.
- SALEMNIER y LEPAN.—La cirugía biliar en el Hospital de la Charité, Service de M. Swyngheedaw.—Soc. de Chirurgie de Lille, 12 mayo 1950.
- SCHÖNDUBER.—Zts. Klin. Med., 135, 542, 1939.
- SENÉQUE, J. y ROUX, M.—Présse Méd., 56, 670, 1948.
- STIEFEL.—Obstrucción coledociana por áscaris.—Clínica del Dr. Andreu Urra, Sevilla. Sesión 28 octubre 1950.
- URRUTIA, J. M.—Técnica de las operaciones derivativas en la vía biliar principal. Cirugía de la litiasis biliar, por Pablo L. Mirizzi, 1944.
- VACHON, BLONDET y BUFFARD.—Jour. Méd. Lyon, 5, 3, 1949.
- VALDÉS, U.—Rev. Gastro-Enterología Méjico, 12, 489, 1937.
- WARELA, ZURIAURRE, VARELA y MARTÍNEZ PARDO.—Prensa Méd. Arg., 37, 13, 1950.
- WAGGONER, CHARLES y DAVID V. LE MONE.—Radiology, 53, 31, 1949.
- WALTER, H.—Annals. Surg., 130, 448, 1949.
- WALTERS, W. y MARVIN, C. P.—Archives Sur., 57, 18, 1948.
- WEBER.—Deutsche Mediz. Wochens., 17, 11, 1950.
- WESTPHAL.—Zeit. Klin. Med., 96, 1, 1924.
- WESTPHAL.—Gallenwegsfunktion und Gallensteinleide, 1925, Springer.
- WILSON, H. y GILLESPIE, C. E.—Annals Surg., 129, 6, 1949.
- WILLARD.—Congrès Internationale de la Lithiase biliaire. Vichy, 1932.
- ZECH, R. J.—Western Jour. Surg. Obst. Gyn., 57, 295, 1949.

ORIGINALS

TRATAMIENTO DEL ASMA CON MOSTAZA NITROGENADA Y CONSIDERACIONES DERIVADAS SOBRE LA NATURALEZA DE LAS ENFERMEDADES ALÉRGICAS Y LA TERAPÉUTICA DE DISREACCIÓN

C. JIMÉNEZ DÍAZ, A. MERCHANTE, J. PERIANES,
C. LAHOZ y V. L. BARRANTES.

Hace un año comunicamos los primeros resultados del tratamiento de ciertas formas de asma bronquial con mostaza nitrogenada¹, y ulteriormente, de nuevo, algunos casos más². Partiendo de las similaridades existentes entre

la acción de la cortisona y ACTH, y las mostazas-N, tuvimos la idea de aplicar esta terapéutica en casos de asma intratable o con estado de mal asmático prolongado. Las relaciones que pueda haber de mecanismo entre el asma bronquial y otras afecciones consideradas como alérgicas, como aquellas que se integran en la llamada "enfermedad del colágeno", el hecho de haber sido observado efecto beneficioso con las hormonas E y ACTH en enfermedades asmáticas y haber obtenido nosotros efectos en el reumatismo inflamatorio crónico, constituyen las bases de este tratamiento.

En total, hasta la fecha, hemos tratado 17 casos, de los cuales damos algunos datos, en resumen, a continuación: