

VESICULA BILIAR Y VIAS BILIARES EN DISTENSION AGUDA COMO FUENTE REFLEXOGENA DE SINDROMES CARDIOVASCULARES (*)

Dres. Carlos Stajano y Alfonso Santos Dubra

La elocuencia del hecho clínico ha sido muchas veces subestimada porque ciertos conceptos muy estrictos no permiten encarar con exactitud, en la Clínica, hechos reales.

Es la vieja clínica la que descubrió la coexistencia de la afección biliar y los síndromes cardiovasculares.

Los avances de la cardiología contemporánea, no permitió que el cirujano se hiciese oír, al través de sus comprobaciones cuando tuvo que resolverse en múltiples circunstancias a atacar quirúrgicamente a una afección biliar, pese a la contraindicación médica planteada por un angor a repetición, o un infarto del miocardio o síndromes funcionales cardio-vasculares con modificaciones electrocardiográficas o no. La prueba de tipo similar al experimental ha sido repetidamente comprobada y tenemos la íntima satisfacción de haber rescatado del cautiverio a un ya numeroso caudal de cardíacos de origen biliar, que no nos atrevimos a publicar anteriormente porque deseábamos reproducir en el animal esa sintomatología. Hoy lo hacemos porque hemos comprobado en el hombre resultados superiores a lo que podríamos deducir de la experimentación animal.

La coexistencia de una litiasis biliar y síndromes cardiovasculares, era para muchos considerada sin relación e intrascendente, frente al imponente y respetado peligro del corazón. El cardíaco, era un enfermo intocable, el que no tenía otro camino que soportar un cautiverio sin fin. Otras veces una complicación

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 31 de agosto de 1955.

inopinada de una litiasis biliar tolerada en silencio, no era entregada al cirujano, si existía un padecimiento cardíaco por medio, ignorándose muchas veces que el trastorno cardíaco era secundario a la enfermedad biliar.

La clínica quirúrgica contemporánea, no necesita reproducir ciertos hechos, en el laboratorio de fisiología experimental, para resolver muchos de sus problemas. La sala de operaciones de hoy, permite registrar fenómenos que sólo antes eran factibles en la experimentación y sin perjuicio alguno para el enfermo y es posible en el curso de las maniobras quirúrgicas, utilizar el matiz reaccional, analizando la calidad de las injurias y registros por medios diferentes de exploración y muchos otros que el anestesiólogo acumula. Son esos hechos los que nos han permitido cimentar toda una nueva patología, la que promete modificar el colorido de la clínica y orientar con fundamento toda una terapéutica reaccional.

El interés por este asunto es antiguo, y son numerosas las publicaciones en la literatura, estableciéndose la noción de coexistencia de litiasis biliar y de síndromes cardiovasculares.

En 1909, Robert Babcock (1) demuestra "la frecuente sintomatología de litiasis vesicular y trastornos cardíacos con arritmia, opresión precordial, dilatación cardíaca, insuficiencia, contemporánea al cólico biliar o a la colecistitis aguda y que se repiten cuando hace una recrudescencia la enfermedad biliar. La experiencia lo ha convencido que el drenaje de la vesícula presenta menos peligros, aún en presencia de insuficiencia cardíaca, que la práctica de la abstención".

En 1935, Fitz - Hugh y Wolferth (2), señalaron que un paciente con litiasis biliar, puede ofrecer un conjunto de síntomas cardíacos tan convincente que el internista puede condenar equivocadamente a una sentencia perpetua de esclavitud cardíaca. Se va creando una creciente convicción entre los internistas como entre los cirujanos, que las afecciones de la vesícula pueden iniciar o agravar una enfermedad del corazón, especialmente la llamada enfermedad coronaria. Las ondas T aplanadas o invertidas en el electrocardiograma previo a la operación, se elevaban después de una adecuada intervención, sobre la vía biliar. La enfermedad biliar no sólo afecta al miocardio, sino que hace que el proceso sea reversible hasta cierto grado.

Bellet y Meade (4) en comunicación personal han tratado de producir cambios manifiestos en el electrocardiograma de un perro por distensión de la vesícula o del colédoco. (Nosotros hemos fracasado trabajando en el perro) (*).

El tema de los reflejos víscero-cardíacos, ha sido muy bien estudiado por Scott e Yvy (5) quienes concluyen: 1º La distensión del colédoco en los perros puede producir cambios en la velocidad, ritmo y volumen sistólico del corazón; 2º tales cambios son inconstantes, variables e irregulares; 3º el éxito o el fracaso en la producción de tales cambios por la simple distensión del conducto depende de la presencia o ausencia de anormalidades cardio-vasculares funcionales u orgánicas en el momento en que se realice la distensión.

Barker, Wilson y Coller (6) y otros, han publicado casos de colelitiasis y colecistitis que simulaban enfermedad coronaria.

Recientemente Gilbert (7) (8) y sus colaboradores, demostraron que hay disminución en la circulación coronaria, por la distensión de la vesícula biliar, o por distensión o irritación de los conductos. El grado en que los factores intrínsecos y extrínsecos provocan la restricción de la circulación coronaria, difiere ampliamente, según los enfermos, y de ahí la variabilidad en los síntomas pre y post-operatorios.

R. Froment (9) en 1947, señala el parecido semiológico entre el cólico hepático y el paroxismo de obliteración coronaria.

Di Bello y Reyes (10) en nuestro medio, dicen que cuando un coronario en potencia, hace un proceso vesicular, por "Sumación de estímulos" a nivel de segmentos medulares, éstos pueden provocar dolor de topografía anginoide.

J. E. Wegelin (11), en su tesis, anota que las intervenciones sobre las vías biliares, mejoran definitivamente los trastornos anginosos y que en trece de estos casos, en que tomaron trazados electrocardiográficos, antes y después de la operación vesicular, se comprobó el regreso a la normalidad.

Presentamos un resumen breve de historias clínicas con cada tipo determinado de afecciones biliares, analizamos los hallazgos y hacemos consideraciones.

(*) Stajano, Santos, Fiandra: La distensión vesicular aguda y sus consecuencias electrocardiográficas.

NUESTRAS OBSERVACIONES

OBSERVACION N° 1. — E. S. de F., 33 años. Noviembre de 1921. Dos hijos. Operada en una crisis de colecistitis aguda, con pericolecistitis. Anestesia general: éter. Paramediana derecha. Colecistostomía, drenando pus y una calculosis múltiple facetada, quedando una gruesa vesícula con paredes engrosadas, drenada al exterior, con propósito de hacer una colecistectomía en segunda instancia. Evolución normal. A los 25 días de drenaje, el examen de bilis en el laboratorio, demuestra que la infección persiste. Resolvemos solucionar en aquel momento de prodigalidad para el éter (heridas, peritoneo, cavidades), inyectar 10 c.c. por el tubo de colecistostomía. Casi de inmediato, se desencadena un cuadro alarmante, que creímos terminara con la enferma. Cuadro doloroso intensísimo que se refiere a la región celiaca y a la región precordial desarrollando un cuadro típico de angor grave. Palidez extrema, pulso rapidísimo y que se hace imperceptible a los pocos minutos. Hipotensión máxima, que no se registra. Colapso con todas las características de un grave cuadro de choc. Aspiramos rápidamente los vapores de éter y medicamos a la enferma. A la media hora se recupera, pero en la tarde del suceso dibuja una congestión pulmonar de la base derecha que desapareció a las 24 horas. Persiste un dolor a la palpación en la fosa lumbar izquierda a las seis horas del accidente. Al año colecistectomía. Curación definitiva.

Esta vieja y fecunda observación, inolvidable para nosotros, fue conocida por cuantos han concurrido a nuestros cursos relacionados con la **Fisiopatología del dolor visceral y del factor distensivo en la etiología de las diversas manifestaciones del choc espláncico** y en la que consignamos entonces el efecto prácticamente experimental de la distensión vesicular aguda, por los vapores del éter, inyectados en su interior.

Cierto es también que estuvimos muy lejos de interpretar entonces:

a) El mecanismo de la congestión pulmonar del lado derecho (síntomas de córtico - pleuritis de duración fugaz, 24 horas).

b) La crisis de angor típico, contemporánea a la brutal crisis celiaca.

c) La fluxión pancreática, que tampoco interpretamos entonces como tal, pero que se consigna en el protocolo, con la persistencia de un síntoma de Mayo Robson, que perduró aún hasta las seis horas.

Es de consignar la contemporaneidad de todos esos cuadros que aparecen configurando una verdadera constelación, que se inicia bruscamente y desaparece en totalidad en pocas horas.

Esta observación fija hechos, cuya interpretación entonces no pudo ser conocida (1921):

a) Síndrome gravísimo de choc, en el curso de una distensión aguda vesicular.

- Contemporáneamente
- (b) Reacción pancreática clínica.
 - (c) Congestión pulmonar y de córtico - pleuritis en base derecha;
 - (d) Crisis de angor, con colapso periférico de fuerte intensidad, pero fugaz.

Hoy sacamos del olvido y del montón de hechos no considerados por la Clínica de la época, esta observación que fue como algunas otras, el punto de partida de nuestra búsqueda clínica y experimental ulterior, relacionada con la injuria distensiva.

OBSERVACION N° 2. — L. D., 66 años. Año 1938. Hospital Pasteur.

El profesor Maggiolo nos consulta por esta enferma de edad, que tiene crisis de angor a repetición y presenta una enorme vesícula móvil, palpable a gran tensión y determinante de crisis celíacas contemporáneas al cuadro anginoso. Aconsejamos decididamente la intervención que realizamos con extrema simplicidad Anestesia general al éter. Colectomía, enorme vesícula ocluída por gran cálculo enclaustrado en el bacinete, llena de líquido claro (Hidrocolecistitis).

Recordamos de entre tantos, a este caso que llenó de asombro y satisfacción a aquel maestro que enseñó a sus alumnos, la evolución favorable y definitiva de las crisis de angor, con la supresión de la causa determinante.

OBSERVACION N° 3. — D. H., 59 años. A consecuencia de un copioso almuerzo, crisis epigástrica intensa, colapso, dolor precordial irradiado al brazo izquierdo. Tratado de inmediato por cardiólogos y médicos, Dr. Isasi, radiólogos Dr. Zubiaurre. Electrocardiografía, humores, etc., se comprueba infarto del miocardio. No hay antecedentes digestivos ni gástricos, ni biliares. Estudiado desde el año 1943 y sucesivamente hasta el año 1954 y en constante evolución controlada con 2 empujes de infarto, episódicamente crisis de angor (dolor precordial y sus irradiaciones) que se repiten últimamente 5 y 6 veces al día.

En 1953 algunos insinúan el estudio de la vesícula y sus vías biliares. Zubiaurre informa: vesícula pequeña, hipertónica, débil opacidad por el medio de contraste. No se perciben cálculos. Contracción eficaz, pero evacuación con retardo. Martínez Prado le hace un estudio copro funcional completo normal. Funcionalidad gástrica: gastritis hipoácida.

Sondeo gastroduodenal, repetido y estudio minucioso que omitimos. Bilis infectada con abundantes colibacilos. El tratamiento mediante tubajes, etc., cura un prolongado estado de mal, perpetuado a pesar de su terapéutica cardíaca, a un enfermo que vivió en un estado de angor a repetición, descubriéndose al azar, la causa reflexógena determinante de sus 2 infartos en el curso de 1 año y del temible cuadro de angor a repetición ulterior.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Omitimos reproducir la evolución electrocardiográfica de dos infartos en el curso de un año y sus mejorías de acuerdo al paralelo funcionamiento biliar y su mejoría subjetiva, electrocardiográfica y general después del tratamiento causal. Un año y medio de curación clínica total, con régimen de vida normal.

OBSERVACION N° 4. — L. M., 63 años. A consecuencia de una comida copiosa, grave crisis solar de irradiación precordial y gran colapso. Es asistido por internistas y cardiólogos. Síntomas electrocardiográficos y humorales que certifican el infarto del miocardio. Tratamiento 4 meses, en severa vigilancia. Al 5° mes intenso cólico hepático, con vesícula a gran tensión, con tendencia a reproducir el cuadro de angor, simulando al original. Agravación de la curva electro cardiográfica en el curso de la crisis. Pege a la gravedad posible del acto quirúrgico, consideramos que lo es menos, que esperar la acción nociva de la distensión aguda vesicular con sus consecuencias constantes:

- a) en el territorio pulmonar;
- b) reacción pancreática (pancreatitis aguda contemporánea a la distensión vesicular);
- c) crisis vascular en el miocardio.

Con este panorama, aconsejamos decididamente la intervención que realizamos con anestesia general en circuito cerrado y con gran infiltración de novocaína en subperitoneo y plexo solar. Colecistectomía con grueso cálculo único, impactado en bacinete, dando una vesícula distendida intermitentemente a gran tensión. Evolución perfecta. Normalización electrocardiográfica. Vida intensa de trabajo totalmente recuperado y hace ya 1 ½ años de su operación. Ha vuelto a fumar y comer sin limitación.

OBSERVACION N° 5. — D. R., 43 años. Registro Hospital de Clínicas 014707. Omitimos el reproducir la documentación, historia y estudio completo de esta enferma y transcribimos lo que de interés tiene para el tema en estudio.

Resumen. — Antecedentes de dispepsia hepato-vesicular, hace 5 años. Episodios de cólicos hepáticos hace 5 meses. En el curso de las crisis biliares agudas sufre dolores precordiales con irradiación al brazo izquierdo. Cesa el cólico y cesa el efecto.

Intensa ictericia colostática hace un mes. Diagnóstico clínico de litiasis biliar. Síndrome coledociano. Estudio humoral, general, electrocardiográfico y biliar completo. No se hizo estudio radiográfico de vías biliares durante su ictericia.

Radiografía de tórax: normal.

Intervención Dres. Santos - Mañana. Pte. Heckimian.

Anestesia ciclo, éter, circuito cerrado. Incisión transversa oblicuo subcostal. Sección recto anterior y disociación de los músculos anchos. Infiltración con novocaína de subperitoneo parietal y plexo solar. Colecis-

tectomía, vesícula atrofica, calculosa, cístico y colédoco muy engrosado con intenso proceso inflamatorio antiguo y reciente. Decolamiento duodeno - pancreático y no se palpan cálculos. Se abre sin embargo el colédoco y se hace colangiografía per - operatoria. En este momento gran alarma por intenso colapso, ausencia de pulso periférico y presión. A los 15 minutos se percibe el pulso carotídeo y la enferma se recupera de este gravísimo momento. Se prosigue la intervención ya que la colangiografía muestra gran cantidad de cálculos en el colédoco terminal y otro en el muñón cístico. Los cálculos del colédoco se hacen pasar a presión

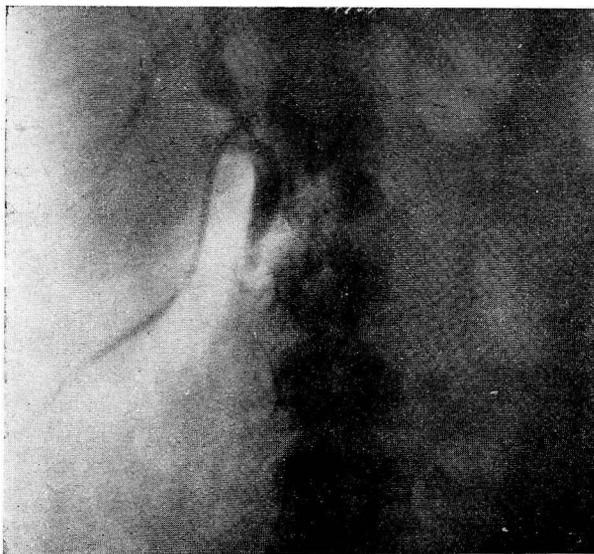


Fig. 1. — Se observan varios cálculos en la porción inferior del colédoco. Hay otro cálculo en el muñón cístico. Obsérvese además la gran dilatación del colédoco, canales biliares y vías biliares intrahepáticas. No hay pasaje al duodeno del líquido de contraste. Hecho inesperado de fisiopatología humana, equiparable al hecho experimental. (Distensión aguda anormal).

al duodeno. La colangiografía inmediata certifica el colédoco absolutamente libre. Drenaje con Kehr.

Post - operatorio: normal. A las 6 horas vomita líquido bilioso y 4 cálculos biliares.

Electrocardiograma en el post - operatorio inmediato: normal; clínicamente, ídem.

Examen clínico de tórax a las 6 horas: disminución del murmullo vesicular y opacidad de ambas bases, mayor a derecha.

Placa de tórax: opacidad retrocardíaca. El seno costo diafragmático, opaco en ambas bases. Las unidades pancreáticas a las 6 horas en orina y sangre son normales.

Evolución ulterior perfecta.

Colangiografía de control a los 7 días es normal.

El interés de esta comunicación reside en el gravísimo accidente de colapso, que se creyó terminal, en el curso de la primera colangiografía operatoria, en la que la inyección no pasó al duodeno, por la trombosis

coledociana existente. La colangiografía muestra una dilatación aguda del colédoco y canalización intrahepática; no hay pasaje al duodeno. En el curso de esta exploración radiológica es que se produce el gran colapso (fig. 1).



Fig. 2. — Esta segunda colangiografía obtenida después de la extracción de los cálculos, muestra la vía biliar principal de caracteres normales con restablecimiento de su calibre natural. La sustancia de contraste pasa fácilmente al duodeno.

COMENTARIOS

La litiasis biliar por sí misma, no es el factor determinante y causal. Hemos demostrado otras veces la absoluta latencia sintomática de la litiasis biliar simple, sin infección. Es la *crisis distensiva aguda, la injuria reflexógena por excelencia*, con cálculos o sin ellos, el punto de partida de reflejos que proyectan su influencia a distancia en todo el ámbito de la inervación esplácnica. Es la distensión el reactivo “princeps” del dolor visceral. Todas las historias reproducen un hecho frecuente: es el dolor precordial episódico y contemporáneo al cuadro vesicular, lo que induce al llamado del internista o del cardiólogo. Es frecuente que no se encuentren signos electrocardiográficos y se autorice la intervención quirúrgica. Es lo que en algunas observaciones queda como constancia y dice: pseudo angor a repetición en el

curso de una litiasis biliar y es posiblemente un simple trastorno funcional sin su representante aún definitivamente organizado.

Otras veces el cardiólogo encuentra signos electrocardiográficos contemporáneos a la crisis vesicular aguda. Pasa la crisis biliar y el cardiólogo comprueba la desaparición de los fenómenos antes registrados, ya bruscamente en unos casos o paulatinamente en otras circunstancias.

Hay casos particulares de infarto de miocardio con latencia clínica de una litiasis biliar. Es el infarto a repetición. A posteriori se descubre una litiasis vesicular que se opera, haciendo olvidar definitivamente el pasado miocárdico del enfermo.

Finalmente, grandes episodios de angor a repetición de origen vesicular, siguen siendo objeto de tratamiento severo por cardiólogos por un infarto del miocardio. Es aconsejado el estudio de gastro duodeno y vías biliares y se descubre recién la influencia criminal de una vesícula atónica, distendida, infectada, no calculosa, que se trata eficazmente con tubajes duodenales, curando desde entonces un estado de mal, de crisis de angor terribles y a repetición. El estudio electro cardiográfico revela luego una total normalización.

En la respuesta cardio vascular, deben valorarse dos componentes:

a) El estado cardio vascular de fondo (esclerosis, edad, antecedentes, etc.).

b) Factor episódico sobreagregado de naturaleza refleja y de origen distante, visceral o vascular, con sus efectos sobre la vasomotricidad intersticial del miocardio y de los troncos coronarios, no ajenos a la influencia nociva de cualquier víscera hueca en trance de distensión. Este proceso intersticial es idéntico al comprobado en el intersticio pulmonar y está constituido por la respuesta vasomotora, la permeabilidad capilar, la congestión, y la reacción histiocitaria primero y la fibroblástica, ulterior, con sus dos evoluciones previstas: hacia la reversibilidad total o hacia la organización fibrosa definitiva. Este doble proceso vasomotor y mesenquimatoso, reflejo y constante, tiene en la vía esplácnica su vía efectora de conducción.

Los conceptos mecanicistas por su simplicidad, no tendrán cabida dentro de muy poco tiempo en el arsenal de la interpre-

tación clínica. Es la patología refleja del mesénquima, con sus sutiles y permanentes reacciones, el ventanal de una nueva Patología que se inicia y que vemos con claridad, dados todos sus fundamentos, su evidencia clínica y la comprobación diaria en el laboratorio de fisiopatología, como lo es, la mesa operatoria, con sus constantes enseñanzas. Además los hechos bien precisos pueden repetirse a voluntad en el laboratorio de cirugía experimental o de fisiología, y si este complemento era años atrás indispensable, hoy pasa a un segundo lugar, por las razones expuestas y será sólo un complemento útil para llegar a la convicción, por ser un hecho manejable, sujeto a reproducción.

RESUMEN

La distensión vesicular o canalicular biliar aguda configurará un subcapítulo del gran tema de fisiopatología, relacionado con la distensión aguda cavitaria, en el resto del dominio visceral, que hemos estudiado clínica y experimentalmente.

La crisis distensiva biliar aguda repercute en el mesénquima, al través de la vasomotricidad del miocardio (aspectos clínicos de la patología humana y comprobaciones en el campo operatorio).

La Clínica quirúrgica — con su copiosa documentación — abre nuevas perspectivas de liberación, para los condenados a perpetuidad, *con la pena cardíaca*.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BABCOCK, R. — J.A.M.A., 52, 1904, 1909.
- 2) FITZ - HUGH, T. H., jr.; y WOLFERTH, C. C. — Annals of Surgery, 101, 478 - 1935.
- 3) RANDIN, M. D.; ROYSTER, H. P.; M. D. and SANDERS, L. B. — Annals of Surgery, 115, 1055, june 1942.
- 4) BELLET, S. y MEADE, R. H., jr. — Personal communication.
- 5) SCOTT, H. L. e IVY, A. B. — Arch. Int. Med. — 49, 227, 1932.
- 6) BARKER, P. S.; WILSON, F. N. y COLLIER, F. A. — Am. jour Med. Sci., 188, 219, 1934.
- 7) GILBERT, N. C.; FENN, L. K.; LE ROY, G. V. y HOBBS, T. L. Trans. Am. Assn. Phys., 56, 279, 1941.
- 8) GILBERT, N. C. — Bull. New York Acad. Med., 18, 83, 1942.
- 9) FROMENT, R. y WEGELIN, J. E. — "Las Litiasis biliares anginó-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DEL URUGUAY

- genas". Arch. des maladies du cœur, T. 40, Nos. 7 - 8. Págs. 321-326. 1947.
- 10) DI BELLO, R. y REYES, W. — "El diagnóstico diferencial del dolor anginoso". Número científico de Acción Sindical. Montevideo. Año XI, Nros. 1, 2. 1950.
 - 11) WEGELIN, J. E. — Patología anginosa y patología digestiva: Relaciones e influencias recíprocas. Tesis de Leyon. 1946.
 - 12) STAJANO, C.; SANTOS DUBRA, A. — "Manifestaciones pulmonares y cardíacas de la litiasis biliar, poco sintomática o latente". Revista Tórax (en prensa), 1955.
 - 13) BUENO de los RÍOS, A. R. — "Colecistitis calculosa y su repercusión cardio vascular". Bol. de la Soc. de Cirug. del Uruguay. Tomo XXIV, N° 4 - 5, 416 - 429, 1953.

Dr. García Capurro. — Antes de pasar a la sesión siguiente, quería decir nada más que dos palabras.

Hace un par de años, en la última sesión del año el Dr. Bueno de los Ríos, trajo unos cuantos casos muy bien documentados sobre este mismo tema.

Hasta ahora habíamos encarado este tema como, la simulación de los cuadros cardíacos, por las lesiones de las vías biliares.

En este trabajo creo hay un paso más, puesto que en algunos de los casos aparece como causa de las lesiones cardíacas reales y efectivas, más o menos pasajeras, pero que se comprueban al electrocardiograma. De manera que el hecho de existir un electrocardiograma con lesiones, no descarta de que el sistema biliar pudiera estar en causa en el proceso que tiene ese enfermo. Este es el adelanto que hay en el trabajo de los comunicantes.

Queda abierta la discusión para la próxima reunión.

Dr. Del Campo. — El tema que trajeron los Dres. Stajano y Santos es un tema que a todos nosotros nos ha preocupado muchísimo. Digo todos nosotros, y todos los cirujanos, ya que el que más el que menos ha tenido que ver muchos casos en los cuales se mezcla un factor cardíaco y una afección vesicular.

El primer conocimiento que tuve del asunto se lo debo a un clínico, a Mackensie, que ya, en el segundo decenio de este siglo, enseñó a operar a los hepáticos como forma de mejorar su estado cardíaco; siendo una persona de tan mentado juicio, influyó mucho en la conducta que tomé ulteriormente.

En la 7ª sesión para graduados de mi clínica le hice tratar al profesor Piaggio Blanco el tema del problema cardio circulatorio en las colestopatías, y este año en el Ateneo de la Clínica Médica del profesor García Otero, también se volvió a tratar en parte, y en forma colateral, este problema.

Nosotros diremos que hemos visto diferentes casos, de los cuales llamo la atención sobre los siguientes, que nos corresponden a todos,

pero que son los más frecuentemente encontrados: 1) colecistopatías obstructivas y síndrome coronario, ya se trate de insuficiencia coronaria, que es lo más frecuente, o de infarto de miocardio que es lo más raro; 2) colecistitis obstructiva y crisis de taquicardia paroxística; 3) enfermos con insuficiencia cardíaca, en general con hiposistolia o crisis de insuficiencia que se repiten y a quien el médico en el momento actual puede, bien instruído al respecto, modificar su estado cardíaco por una operación sobre su vesícula biliar, y por último, 4) un grupo grande de enfermos, ya sea cardio esclerosos, ya sea enfermos con hipertensión arterial, con cardiopatías reumatismales, o cardiopatías congénitas más o menos bien toleradas, que son llevados a la mesa de operación por su lesión vesicular.

En el año 1951, a propósito de la comunicación del Dr. Piaggio Blanco, decía que debía crearse el término de cardio biliares para llamar la atención del problema de estos enfermos, estableciendo una similitud entre ellos y los tirocardíacos. Es muy difícil que un tiroideo por un trastorno de su metabolismo, por un trastorno de su función tiroidea sola, lleve a una lesión cardíaca, a un estado cardíaco si el enfermo no tiene una lesión cardíaca asociada, por ejemplo, de tipo reumatismal o de una edad suficientemente avanzada con el natural recargo del corazón; se produce entonces desfallecimiento del mismo. De allí la importancia de la edad, de allí la importancia de la enfermedad asociada, que se presenta en las dos enfermedades.

En lo que respecta a los biliares, en general se trata de colecistitis **obstructivas**. Allí están los problemas más serios. A pesar de que considero en principio, que el reflejo es uno de los tres comodines de la Medicina — el reflejo, el espasmo y la alergia — en este caso voy a acompañar al Dr. Stajano en la importancia del reflejo en alguna parte de estas lesiones.

Si se me permitiera un par de minutos más, diría que sobre la importancia del reflejo, en alguno de estos fenómenos tengo un caso que nunca traje a la Sociedad de Cirugía, pero que es un asunto fuera del sistema biliar. Se trata de una enferma de 20 años, que tenía crisis anginosas en el momento de la deglución, llegando al extremo de serles provocadas las crisis por la deglución de saliva. Después de un mes de estado desesperante, el Dr. García Otero consideró que se trataba de angorpectosis reflejo; el único antecedente era una perinefritis izquierda. Se le hizo una gastrostomía. Las crisis de angorpectosis desaparecieron en seguida, la enferma fué operada al año siguiente con su gastrostomía por fibroma uterino, lo que mostró los beneficios de la gastrostomía para manejar el íleo paralítico, y tres años después su gastrostomía fue cerrada; la enferma está actualmente perfectamente; demuestra esto la importancia del factor del reflejo. Durante el acto quirúrgico, el toque del polo superior del riñón izquierdo provocó las mismas crisis que la deglución. Es posible que la perinefritis esa haya influido o influya sobre este caso excepcional, pero mostraba el papel del reflejo.

Pero el papel del reflejo no es todo en estos casos, no entra solo.

En la discusión en el Servicio del Dr. García Otero se me señalaba una cosa importante y es la modificación del metabolismo del colesterol en los biliares, lo que puede influir sobre el estado circulatorio de los enfermos, sobre el estado arterial sobre todo.

A mí, anteriormente, me llamaba mucho la atención y le doy mucha importancia a lo que es el hígado desde el punto de vista vascular. Se puede considerar que el hígado es una pre-aurícula y en cualquier fenómeno de colecistitis obstructiva nosotros tenemos inmediatamente un aumento del volumen del hígado y ese aumento del volumen del hígado influye por su valor de esponja de sangre, de reservorio sanguíneo importante y ese aumento de volumen del hígado comprime o modifica la circulación de vuelta, la salida de la sangre a través de las venas supra hepáticas, lo que puede ser aporte de menor cantidad de sangre al corazón e influir por lo tanto sobre la circulación cardíaca.

Pero lo que me ha llamado la atención en estos últimos años, en una exploración que hago sistemáticamente de este asunto, es el tamaño del bazo en las colecistopatías. Yo busco el bazo en todas las intervenciones sobre vesícula biliar y me he encontrado que en muchas de ellas el tamaño del bazo llega a 2, 3, 4 veces su volumen. Este aumento de volumen del bazo no tiene traducción clínica, ni se palpa ese bazo ni hace ningún síndrome de hiperesplenía; tenemos un solo caso de hiperesplenía que nos parece que puede interpretarse en esa forma. Y decíamos nosotros en una exposición que hicimos al respecto que en la patología vesicular estamos demasiado centrados sobre la patología biliar canalicular: vesícula, hígado, canales biliares, Oddi, canal pancreático, duodeno y que en cambio nos olvidamos que hay un factor que une a tres órganos del vientre superior: hígado y vesícula, estómago y bazo y que en el sistema simpático. Más de una vez hemos encontrado nosotros asociados a la colecistitis una esplenopatía y una gastritis, un aumento de espesor del tercio inferior del estómago. Creemos que esto puede influir también sobre el factor cardíaco, porque el bazo, colocado muy cerca de la aorta, como tiene una circulación que es en parte de tipo arteriovenosa, imprime una sobrecarga al corazón como lo imprime por ejemplo el bocio, en alguno de sus casos.

En una búsqueda que hicimos de unos cincuenta casos, operados de vesícula, últimamente, nos encontramos con esto: en 18 casos de colecistitis simple, normales el bazo 8; aumentado 10; poco aumentado 3, dos veces aumentado 4, y en 20 casos de colecistitis obstructiva, normales 6; aumentado 4, dos veces aumentado 1 y muy aumentado en dos de ellos.

Si nosotros vamos a analizar los casos en cuestión, yo tendría para señalar casos iguales a los que señalan los comunicantes, casos en los cuales, vistos a distancia, después de un tiempo grande de observaciones, uno llegaría a pensar si no hubo un error de diagnóstico en la calificación del enfermo. Uno de ellos por ejemplo, sufre hace unos diez años, en el mes de agosto, una crisis que fue rotulada por un cardiólogo por una

crisis de infarto de miocardio, trayendo como consecuencia un mes de estadía en cama. Varios meses después ese enfermo concurre a mi consultorio por un estado vesicular; tiene una colecistitis obstructiva crónica. Lo opero, con gran temor del cardiólogo y ese enfermo desde ese momento hasta ahora no ha tenido ninguna manifestación de orden cardíaco.

Exactamente similar a éste fue un caso de taquicardia con tipo de taquicardia paroxística. Una señora, madre de un médico, cliente del Dr. Piaggio Blanco, fue operada por mí, de su litiasis vesicular, teniendo crisis de taquicardia paroxística que motivaban llamados urgentes dos, tres veces por semana; crisis que el Dr. Piaggio Blanco consideró que que podían estar relacionadas a su colecistitis crónica, una colecistitis esclero-atrónica, residual de una colecistitis obstructiva, desde el momento de la operación; desde hace ocho o nueve años, la enferma no ha tenido ninguna crisis más de taquicardia paroxística. Pero si nosotros abordáramos este tema creyendo que siempre es así, indudablemente que rápidamente seríamos llamados a la realidad. No siempre es así. Hay casos en que una crisis de colecistitis obstructiva puede acompañarse de un infarto de miocardio; lo lógico parecería que la enfermedad cardíaca precede a la enfermedad vesicular pero que la enfermedad vesicular trae como consecuencia, ese último episodio de insuficiencia coronaria llevándola al infarto de miocardio.

Este tema ha motivado varias veces discusiones con los médicos y es probable que el léxico quirúrgico no sea muy ortodoxo refiriéndose a las enfermedades cardíacas.

Hay indudablemente, en esto, lo que podríamos decir alteraciones de hipertrofia, cuando el cirujano habla de una insuficiencia del corazón o insuficiencia cardíaca, en el sentido que pudiéramos llamar gramatical de la palabra, se refiere a una insuficiencia del miocardio.

Por otra parte, cuando nosotros hablamos de insuficiencia —¿no?— nos referimos sobre todo a una insuficiencia anterógrada. En un momento dado, la manera de pensar de los médicos, es que había dos insuficiencias: una cardíaca, retrógrada y una insuficiencia circulatoria anterógrada. La insuficiencia retrógrada era la insuficiencia médica; estudios posteriores han modificado un poco el asunto y no sé en qué momento se estará ahora, pero hace tres o cuatro años los médicos cardiólogos hablaban de que en la insuficiencia cardíaca médica había muy a menudo un síndrome anterógrado, cuya importancia era superior para algunos a la retrógrada. Un hecho: cuando los cirujanos operamos actua- mos en general sobre sujetos en que se hace una gran sangría, con aumento del espacio circundante, en condiciones que la plétora es muy difícil que se produzca. Lo que vemos nosotros son sobre todo casos anterógrados en los cuales puede haber un factor cardíaco como se ha demostrado últimamente.

No voy a entrar en la parte correspondiente a tratamiento, nada más que una cosa: que la indicación operatoria en esos casos es clara,

que hay que tomar todas las medidas, pero todas las medidas en el tiempo y en la medida que sean necesarias y útiles, porque cuando un enfermo hace una obstrucción del cístico, creo que van más rápido a menudo las consecuencias de la obstrucción del cístico, que lo que puede ir la preparación del enfermo para llevarlo después en condiciones a la mesa. Y a veces se crean situaciones muy graves por querer hacer una preparación cardiológica para llevarlo al acto quirúrgico.

No quiero hablar más sobre anestesia porque sino se complicaría más el asunto, pero creo que el problema es muy interesante y por eso quería colaborar en lo que han traído los Dres Stajano y Santos, que habiéndose venido al lado mío no lo puedo decir, en contra de él, sino que lo tengo que decir en favor de él.

Dr. Cosco. — Ante todo debo agradecer al Prof. Stajano el haber traído a la Sociedad de Cirugía el interesante tema de la repercusión cardiovascular de la distensión aguda de las vías biliares. Desde ya destaco la amplitud científica de poner a mi disposición los casos presentados con la finalidad de poder analizarlos con detención. El tema de hoy constituye uno de los tantos aspectos de la acción reflexógena de los dolores viscerales sobre la cual el Prof Stajano ha venido publicando desde hace mucho tiempo importantes comunicaciones y relatos. Ruego al estimado profesor sepa interpretar con la amplitud que lo caracteriza las discrepancias de mi exposición, reiterándole mi sincera admiración científica y personal.

En el trabajo presentado sobre la distensión aguda de la vesícula biliar y vías biliares como fuente reflexógena de síndromes cardiovasculares tiene como base 5 casos clínicos que serán analizados a continuación.

1) Primer caso. Se trata de una enferma con colecistostomía por colecistitis y pericolecistitis a la cual se le inyecta a los 30 días de operada 10 c.c. de éter, desencadenando casi de inmediato un cuadro doloroso intensísimo localizado en la región celíaca y en la región precordial, tan alarmante, que se pensó terminara con la vida de la enferma. Se le rotula como cuadro típico de angor grave con palidez, pulso rapidísimo e imperceptible, e hipotensión tan grande que no es posible registrarla.

A continuación denomina al cuadro resultante de colapso con todas las características de una grave cuadro de shock. Esta denominación es diferente a la primera de angor grave y la creemos más acertada. Además hasta las 6 horas del accidente persiste un dolor a la palpación en la fosa lumbar izquierda que se interpreta como una fluxión pancreática.

Creo que es un caso muy demostrativo, desgraciadamente casi experimental, en el que se pone de manifiesto el factor distensivo en la etiología del shock esplácnico. Los vapores del éter han distendido de manera aguda la vesícula y posiblemente, la vesícula y la vía biliar principal, provocando el dolor sincopal, pero afirmar que se trata de una crisis de angor típica constituye una conclusión muy discutible.

Considero que se trata de un shock por distensión canalicular aguda, consecutiva a la inyección de excesiva cantidad de éter. La reacción pan-

creática, en lugar de interpretarla como una fluxión glandular, considero que, si ella ha existido, se debe a la distensión e irritación canalicular pancreática.

Este caso pone sobre el tapete dos puntos:

a) el mecanismo fisiopatológico del dolor causado por la inyección de éter y b) el diagnóstico clínico entre dolor biliar intenso y crisis de angor.

a) En el caso de shock por éter, el intenso dolor puede ser debido a dos causas: la distensión aguda gaseosa y la irritación provocada por el líquido. Es obvio decir que jamás introducimos tan grandes cantidades de éter en las vías biliares. Comenzamos por colocar 3 c.c. de éter en una jeringa sin émbolo situada a 15 o 20 cms. de altura con relación al colédoco, que se desciende a 5 de presión y se eleva a 20 de manera alternativa, de modo que el éter se introduzca lentamente a una presión de 15 a 20 cms. de agua. Al producirse burbujas de aire, éstas salen al exterior borbotando en el éter de la jeringa. Con este procedimiento de perfusión manométrica práctica garantizamos que no se produzca una hipertensión biliar. A pesar de ello, cuando pasan pequeñas cantidades de éter, la enferma acusa muy pasajeras pero relativamente intensas molestias.

Estas comprobaciones nos llevan a afirmar que el éter es irritante por sí mismo y puede desencadenar intensos dolores sin que intervenga la distensión.

b) Los síntomas de un biliar y de un cardíaco pueden ser tan parecidos que induzcan a un error de diagnóstico. El dolor del cólico hepático se asemeja mucho a la crisis de angina, ya que a menudo es subesternal y en el 10 % de los casos el dolor se irradia hacia el hombro izquierdo y mitad izquierda de la espalda (Blalock). Igualmente el dolor cardíaco suele irradiarse hacia el abdomen. En ambos opresión precordial y sensación de muerte inminente puede observarse. Complica aún más el diagnóstico el hecho de que en la angina no se observan en general, modificaciones electrocardiográficas.

Por lo tanto no es objetable rotular este caso como un grave cuadro de shock provocado por el intensísimo dolor consecutivo a la acción irritante o distensiva del éter, pero es imposible demostrar que desencadenó una crisis de angor típica.

2) **Segundo caso.** Se trata de una enferma de 66 años con crisis de angor a repetición que presenta una gran vesícula y **crisis dolorosas de epigastrio contemporáneas al cuadro anginoso.**

La colecistectomía de la vesícula litiásica es seguida de una evolución favorable y definitiva de las crisis de angor.

Aun cuando no se presenta electrocardiograma, el caso demuestra de manera evidente cómo la supresión de la vesícula enferma incide favorablemente sobre la evolución de la afección cardíaca.

3) **Tercer caso.** Enferma de 59 años que presenta un cuadro do-

loroso en epigastrio y precordial irradiado al brazo izquierdo y que el electrocardiograma comprueba un infarto del miocardio.

Hay que destacar que no existían antecedentes gástricos ni biliares. En el curso de 11 años presenta 2 empujes de infarto y, episódicamente, crisis de angor. Entonces para completar el estudio se le practica una colecistografía y se comprueba una vesícula pequeña, débilmente opacificada, sin cálculos. El sondeo gastroduodenal muestra una bilis infectada con abundantes colibacilos. Se trata con tubajes y cura.

Los comunicantes sostienen que el tratamiento médico de una vesícula pequeña hipertónica, sin cálculos y, más una, sin antecedentes de sufrimiento biliar, que sólo presenta de elemento positivo una bilis infectada con abundantes colibacilos extraída por tubaje, ha curado un prolongado estado de mal anginoso. Afirma que la vesícula descubierta al azar constituye la causa reflexógena determinante de sus dos infartos en el curso de un año y del temible cuadro de angor a repetición ulterior.

No acompaño al Prof. Stajano en este caso en lo referente al diagnóstico de afección biliar, puesto que lo único positivo que se desprende de la historia es que presentaba una bilis con colibacilos al tubaje. Recordemos que al tubaje puede aparecer bilis con colibacilos sin existir infección biliar. Además la vesícula no estaba excluida, no presentaba cálculos ni existe historia de biliar.

No lo acompaño en el concepto fisiopatológico de que una vesícula asintomática constituya una causa reflexógena, y menos aún que determine dos infartos en un año y crisis de angor a repetición. Es más lógico suponer que la enferma era una coronariana con síndrome anginoso, portadora de una vesícula alitiásica sin repercusión clínica. La experimentación ha demostrado que la distensión biliar provoca por reflejo alteraciones funcionales del miocardio, explicado por la vasoconstricción coronariana. Pero no está probado que alteraciones funcionales ocasionen alteraciones orgánicas en el miocardio, como afirma el Prof. Stajano.

4) **Cuarto caso.** Enferma de 63 años con intenso dolor precordial y colapso, demostrando el electrocardiograma infarto del miocardio.

Cinco meses después presenta intenso cólico hepático con vesícula a gran tensión, agravándose la curva electrocardiográfica en el curso de la crisis. Pese a la gravedad posible del acto quirúrgico, interviene a la paciente practicando una colecistectomía, comprobando un grueso cálculo único impactado en el bacinete. El electrocardiograma se normaliza y hace un año y medio que se ha reintegrado a una vida intensa de trabajo. Este caso obliga a considerar dos puntos: 1) la coexistencia de afección cardíaca y biliar y 2) los efectos de la afección biliar sobre el miocardio.

1) La coexistencia de afección cardíaca y biliar es frecuente sobre todo después de los 50 años y por lo tanto es difícil conocer la influencia de cada uno de estos dos factores. En un estudio de 1.200 pacientes con cálculos biliares, Heuer observó una frecuencia más alta de cardíacos que la establecida por las compañías de seguros y Breyfogle sobre 1.493

necropsias estableció una notable asociación de afecciones vesiculares y coronarianas. White, sobre 2.736 necropsias comprobó que en los coronarianos la afección vesicular era 2 veces más común. Esta concomitancia puede explicarse por una misma perturbación metabólica del lipóide-colesterol que forma cálculos y altera las grasas de los vasos cardíacos (arterioesclerosis y cálculos biliares) (White).

2) La litiasis biliar puede empeorar una afección coronariana ya existente. Experimental y clínicamente se han demostrado alteraciones electrocardiográficas debidas a estímulos del árbol biliar. Los cambios en personas sin afección coronariana son insignificantes y en los con afección coronariana los efectos son evidentes (Hodge 1948). Recientemente Ravdin ha demostrado que los estímulos nerviosos biliares disminuyen el flujo sanguíneo coronariano.

Branch en 1953 reafirma estos 3 conceptos: 1) la frecuente asociación de afección coronariana y vesicular; 2) la diferencia entre cólico biliar y ataque de angina es a veces sumamente difícil y 3) los síntomas coronarianos son agravados por los repetidos cólicos biliares; por lo tanto se debe operar precozmente un cardiobiliar antes que las complicaciones biliares repercutan sobre el corazón.

Debe aceptarse que las afecciones biliares repercuten sobre el corazón y que sus efectos son reversibles hasta cierto grado.

Paterson (Anales Cirugía, mayo/54) termina afirmando que la cirugía es sorprendentemente segura y que los resultados que se obtienen justifican que se recurra a la intervención con más frecuencia.

Por lo expresado, estamos de acuerdo con la decisión quirúrgica adoptada en esta colecistitis aguda con vesícula distendida en un enfermo portador de un infarto de miocardio, pero no comparto la opinión de que la afección vesicular haya sido la causa del infarto previo al cólico hepático, y, por último, considero que es arriesgado afirmar que la cura quirúrgica de la afección vesicular haya sido el elemento determinante de la curación clínica del infarto.

5) **Quinto caso.** Enferma de 43 años que en el curso de una operación sobre vías biliares presenta un gravísimo e intenso colapso con ausencia de pulso periférico y presión a consecuencia de una colangiografía coledociana peroperatoria.

Dejando de lado la palpación del colédoco terminal que no puso de manifiesto la gran cantidad de cálculos existentes en la vía biliar principal, es lógica la conclusión de que el intenso colapso ha sido provocado por la excesiva e incontrolada hipertensión del líquido de contraste introducido en el colédoco para llevar a cabo la colangiografía.

Es necesario saber que líquido se inyectó para descartar la acción irritante sobre la mucosa canalicular.

Es un colapso por dilatación aguda del colédoco consecutiva a la inyección de líquido a exagerada hipertensión.

En este caso es evidente la distensión canalicular, pero también interviene de manera importante el poder irritante del líquido inyectado.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Con el Neo Iopax he observado reacciones dolorosas que no se han obtenido con el Nosylan, el Neo Tenebryl y el Hipurán.

El estudio seriográfico por medio de la colangiomanometría a dos placas por segundo me ha mostrado un hecho que considero importante y es que en los casos en que se han acusado dolores por hipertensión coledociana, se visualiza al mismo tiempo un marcado reflujo en el Wirsung. No podemos dejar pasar por alto tales hechos que nos obligan a pensar que en la patogenia de estos dolores tiene intervención preponderante la brusca hipertensión intracanalicular pancreática. Esto significa acercar fisiopatológicamente el dolor por hipertensión biliar al dolor de las pancreatitis agudas.

RESUMIENDO:

1) Con respecto a los cardiobiliares y su tratamiento:

a) La asociación de las colecistopatías y los trastornos cardíacos es frecuente.

b) Las colecistopatías pueden producir: alteraciones funcionales del miocardio no estando probado que provoquen alteraciones orgánicas en un corazón normal; pueden despertar clínicamente una afección coronaria inaparente y agravan un trastorno miocárdico ya constituido. Por lo tanto la afección cardíaca no contraindica la operación biliar que cura o mejora taquicardias paroxísticas, fibrilaciones auriculares, extrasístoles frecuentes y crisis anginosas.

2) Con respecto al mecanismo fisiopatológico del dolor biliar que repercutiría sobre el corazón.

a) El mecanismo fisiopatológico del dolor causado por la inyección de éter puede ser provocado por la distensión gaseosa o sin ella, es decir sin distensión y sin hipertensión biliar, por la simple acción irritante del éter sobre la mucosa biliar.

b) El mecanismo fisiopatológico del dolor tiene una base lógica en la distensión canalicular biliar, pero también debe tenerse en cuenta la distensión canalicular pancreática como lo demuestra la colangiografía a dos placas por segundo, en la cual los dolores provocados más intensos coinciden con el reflujo biliopancreático.

3) Con respecto a los casos presentados

a) el 1º y 5º demuestran que la distensión biliar conduce al shock y al colapso, pero no que provoquen alteraciones del miocardio.

b) En el 3º, la lesión biliar no está demostrada. Junto con las dos anteriores se aleja del tema en discusión.

c) En el 2º caso de sufrimiento biliar contemporáneo a la crisis anginosa y en el 4º de enferma con infarto del miocardio y colecistitis aguda a los 5 meses, acompaño a los comunicantes en que el tratamiento de una vesícula enferma conduce a la mejoría de las crisis contemporáneas anginosas y me suscribo al criterio que el infarto del miocardio no contraindica, sino que obliga a intervenir una colecistitis aguda coexistente.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Es lo que deseaba manifestar, expresando por último, que deseo felicitar al Prof. Stajano por la constante inquietud y renovado entusiasmo que deposita en tan interesantes problemas como el que ha traído a esta Sociedad de Cirugía.

Dr. Stajano. — He oído con mucho gusto esta discusión y me alegro coincidir en un todo con el Prof. Del Campo — que acepta la participación refleja — de la que tanto insisto en todo el dominio visceral.

No he querido mezclar fuentes reflexógenas, fuera de las vías biliares. El caso que refiere Del Campo es instructivo y coincidente; siendo el riñón el punto de partida y concuerda con un viejo caso de úlcera duodenal, cuyos sufrimientos eran contemporáneos a sendas crisis anginosas. Estoy hablando del año 1921, en que el Dr. Luis Mondino contra toda opinión médica, me aconseja operar a ese hombre, y aborda un duodeno escleroso - cicatrizal y hace la operación de Finney. El hecho concreto es que ese familiar curó radical y definitivamente de su enfermedad cardíaca.

No sabía entonces el mecanismo — pero comprendimos objetivamente — el papel reflexógeno de las úlceras gastro-duodenales.

Otro aspecto tocado por el Prof. Del Campo, es el referente a la sintomatología hepática en los síndromes obstructivos del cístico. Conozco sus trabajos, pero en ellos dejan planteada una interrogante respecto al origen de la hepatomegalia, al mecanismo del dolor y a la patogenia de la ictericia, poco explicables por los conceptos mecanicistas de la Patología clásica, que sólo encara la retención por detrás de un obstáculo. La distensión vesicular es fuente de reflejos vasculares en el dominio intersticial del pulmón como lo hemos demostrado; — es capaz de desencadenar cuadros cardíacos — y ofrece el medio de curarlas, suprimiendo el agente causal — nuestro caso — pero también es capaz de producir en el intersticio hepático, la tormenta vaso - motriz intersticial, y determinar la hepatomegalia y el dolor hepático, del mismo modo que el hígado cardíaco, por repleción venosa pasiva, provoca esos fenómenos. Los autores argentinos Carpanelli y otros, han probado experimentalmente, la realidad de este proceso elemental y podemos decir que es la reproducción en el hígado intersticial de lo que hemos realizado y comprobado en el intersticio del pulmón. Dejamos planteada desde ya la noción de la fluxión intersticial refleja — con sus componentes vasculo - mesenquimatosos, como proceso elemental brusco de toda la Patología, y en ello abundaremos a través de sucesivos trabajos; de clínica y de experimentación.

Agradezco al Prof. Del Campo, su participación en este debate, tan instructivo.

Al Dr. Cosco Montaldo, contestaré que coincidimos en parte, y en otras estamos en desacuerdo, o por lo menos vemos con otro ángulo de visión este problema.

Un grave caso se consigna en el caso 1, que data del año 1921; pero ese error, fructífero en enseñanzas de todo orden, jamás se borró de mi

memoria, y tal vez sea el origen de todos mis sucesivos trabajos a través de 36 años relacionados con la "injuria distensiva aguda", en el determinismo del dolor puramente visceral, y en la instalación del "choc", al través de la agresión neurovegetativa que lo expresa, y lo define en todas sus formas. He enseñado desde entonces hasta hoy el mecanismo del dolor visceral por la distensión aguda, no sólo cavitaria, sino la intersticial, por el edema, la hemorragia o la infección.

Acepto de mi amigo Cosco la inculpación del error por inyectar éter en la vesícula biliar, pero bendito sea ese error, dado que fructificó tanta conquista y con tanta fecundidad, con carácter general y de síntesis fisiopatológica, permitiendo encarar el problema genérico de la distensión cavitaria de cualquier canal, o víscera hueca, y hacernos conocer los mecanismos de las colangiografías accidentadas, hechas sin control de la presión, desde hace muchos años; del mismo modo que interpretamos por primera vez el mecanismo de los cuadros agudos de dolor, y de "choc" sincopal en el curso de los utero-salpingografías, por sorpresa distensiva de las trompas, y ya en 1924, nos fué dado modificar en nuestra tesis de "Agregación de Cirugía", los conceptos patogénicos del dolor visceral, sustituyendo los conceptos clásicos de la sintomatología localista y transformar radicalmente las nociones del dolor en las pelvis ginecológicas y en los cuadros agudos de la patología esplácnica tanto de abdomen como de la cavidad torácica.

La cronología de estas conquistas felizmente están consignadas en los sucesivos boletines de nuestra Sociedad, de entonces a nuestros días, y con una firme obstinación, y fue posiblemente ese espectáculo casi trágico de la distensión vesicular aguda por el éter, la que determinó tanta conquista.

El Dr. Cosco critica con razón la colangiografía accidentada del caso de Santos y coincidimos en su nocividad.

El caso del angor a repetición — curado sólo desde que se drenó por tubajes — una vesícula atónica infectada, es un hecho real y no entro a analizar mecanismos. Los hechos hechos son y están para su análisis en otras posibilidades que intenta Cosco.

Coincidimos con el Dr. Cosco y el Prof. Del Campo, en que hay que discriminar en estos cuadros al enfermo cardiovascular, orgánico escleroso y con viejas taras arteriales, y el factor contingente neurovegetativo sobreagregado que llega de diversa y lejana procedencia (duodenal o biliar en nuestros casos).

La supresión del agente reflexógeno, termina radicalmente como lo hemos demostrado, el síndrome en ciertos casos. En otros con supresión hace tolerable una grave lesión orgánica cardio-vascular. Estos son hechos, que todos pueden comprobar, y es a los cirujanos que nos corresponde el supremo mérito de haber modificado el concepto arcaico del "noli me tangere", en las manifestaciones miocárdicas y cardio-vasculares y haber precisado los graves cuadros de las pseudo asistolías del

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

post - operatorio y post - traumáticas, de origen reflejo ya en el año 1934 y sucesivos.

La crisis distensiva aguda vesicular, es capaz de determinar una tormenta vasomotora del miocardio? Hemos fracasado y no lo hemos logrado experimentalmente en el perro, a pesar de nuestro empeño; pero nos permitimos sospechar de que en el hombre, ese fenómeno debe ser frecuente, dado que conocemos casos de infarto del miocardio, que fueron coincidentes con cuadros viscerales distensivos agudos del abdomen.

Por otra parte la Patología de la fluxión intersticial, nos induce a aceptar, para el miocardio, lo que hemos certificado en todos los otros dominios de la Patología visceral.

No insisto en las precauciones preoperatorias y operatorios de estos enfermos. No gasto tiempo en normas teóricas. Es menester usar sentido común en esos enfermos que deben operarse, y sin demora, y mínimas operaciones logrando el objetivo, y si es posible con anestesia local, y mucha novocaina para infiltrar en la pared y maniobras suaves, como es de rigor. Los contrasentidos que muchos cirujanos realizan, sin concepto y sin noción no es óbice para desechar esta conducta intervencionista "à outrance" y hasta en caso de duda, debe imponerse, para seguridad del enfermo que soporta la lesión y la enfermedad.

Agradezco afectuosamente al Dr. Cosco su contribución, pues he considerado siempre que de la discusión nace la luz. Muchas gracias.