AÑO 1910. Núm. 2117.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SOBRE UN CASO DE ADENO-CARCINOMA PRIMITIVO DEL CANAL HEPÁTICO

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JULIO C. LENCIONI

EX-EXTERNO DEL HOSPITAL ITALIANO (1905-06-07-08-09-10)

"LA CIENCIA MÉDICA"
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES
1910

SOBRE UN CASO DE ADENO - CARCINOMA PRIMITIVO DEL CANAL HEPÁTICO

AÑO 1910. Núm. 2117.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SOBRE UN CASO DE ADENO-CARCINOMA PRIMITIVO DEL CANAL HEPÁTICO

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JULIO C. LENCIONI

EX-EXTERNO DEL HOSPITAL ITALIANO (1905-06-07-08-09-10)

8484

"LA CIENCIA MÉDICA"
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES
1910

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vértidas en las tésis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

PRESIDENTE

DR. D. EUFEMIO UBALLES

VICE-PRESIDENTE

DR. D. PEDRO N. ARATA

MIEMBROS TITULARES

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4. » » EUFEMIO UBALLES
5. » » PEDRO N. ARATA
6. » » ROBERTO WERNICKE
7. » » PEDRO LAGLEYZE
8. » » JOSÉ PENNA
9. » » LUIS GÜEMES
10. » » ELISEO CANTÓN
11. » » ENRIQUE BAZTERRICA
12. » » ANTONIO C. GANDOLFO
13. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
14. » » ENRIQUE E. DEL ARCA
15. » » DANIEL J. CRANWELL
16. » » HORACIO G. PIÑERO
17. » » JUAN A. BOERI
18. » » ANGEL GALLARDO
19. » » CARLOS MALBRAN
20. » » M. HERRERA VEGAS
21. » » ANGEL M. CENTENO

SECRETARIO

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS HONORARIOS

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. » » MARTÍN SPUCH
3. » » TELÉMACO SUSINI
4. » » EMILIO R. CONI
5. » » OLHINTC DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO

Dr. D. ELISEO CANTÓN

VICE DECANO

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

CONSEJEROS

Dr. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUVENCIO J. ARCE
» » J. A. BOERI (Suplente)

SECRETARIOS

Dr. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo) (con lic.)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Vacante
Química Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Joaquín López Figueroa
Anatomía Descriptiva	» José Arce (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología Externa	» Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	» Leandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito-urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke
» Juan R. Fernandez

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Física Médica	Dr. Juan José Galiano
Anatomía Patológica	» José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde » José F. Molinari
Clínica Médica	» Patricio Fleming
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell » Avelino Gutierrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves » José R. Semprun
Clínica Psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología Médica	Dr. D. J. Greenway
Botánica Médica	» Rodolfo Enriquez
Histología	» Julio G. Fernandez
Bacteriología	» Juan Cárlos Delfino » Leopoldo Uriarte » Alois Bachmann
Higiene Médica	» Felipe Justo
Anatomía Topográfica	» Roberto Solé » Carlos R. Cirio
Clínica Ginecológica	» Jaime Salvador
» Oto-rino laringológica	» Eliseo V. Segura
Patología externa	» Carlos Robertson » Ricardo S. Gómez
Medicina Operatoria	» Pedro Chucro » Ricardo Colón
Patológica interna	» Pedro Labaqui
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Quirúrgica	» Francisco Llobet » Marcelo Viñas » Marcelino Herrera Vegas » José Arce » Armando Marotta
» Neurológica	» Mariano Alurralde
Medicina Legal	» Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Luis Agote » David Speroni Juan J. Vitón
Clínica Obstétrica	» Enrique A. Pardo » Enrique Zárate » Arturo Enriquez » Alberto Peralta Ramos » Faustino J. Trongé
Clínica Pediátrica	» Manuel A. Santas » Mamerto Acuña » Genaro Sisto
» Génito-urinaria	» Bernardino Maraini » Joaquin Nin Pozadas
» Psiquiátrica	» José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía, Fisiología, comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mújica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología razonada	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química Analítica y Toxicológica (primer curso	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Farmacognosia y posología razonadas	Dr. Juan A. Dominguez

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica . .	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	» Ubaldo Fernandez
	» J. C. Llames Masini

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología . . .	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» N. Etchepareborda

CATEDRÁTICO SUPLENTE

Dr. Rodolfo Erauzquin

PADRINO DE TÉSIS:

DR. SILVIO DESSY

A la memoria de mi padre

A mi madre

á Balbina

Señores Consejeros

Señores Profesores

Me ha parecido digno de someter á vuestra consideración, en esta última prueba que la Facultad me exige, un caso de adeno - carcinoma primitivo del canal hepático que he tenido ocasión de observar, durante mi internado en el Hospital Italiano, en el Servicio de Cirujía del Dr. N. Repetto. Es importante este caso por ser poco común, tanto que según mis investigaciones en la bibliografía que me ha sido accesible, seria 31.º de la literatura médica, y el primero de nuestra literatura nacional, ya tan rica en casos y observaciones nuevas. Solo siento que mis modestos conocimientos no me permiten presentaros un trabajo digno de vosotros y de la importancia del tema que he elegido.

Dejando las aulas para siempre, después de largos años de estudio y de labor fecundo, mi recuerdo y

agradecimiento van espontáneamente á todos esos sabios maestros que, desde la cátedra, desde el laboratorio, desde la clínica, dedicaron sus energías y su saber á hacerme llano y provechoso el áspero camino de la ciencia, sembrado siempre de muchas dificultades, muchos dolores y pocas satisfacciones.

Antes de entrar á estudiar el caso clínico que es objeto de este modesto trabajo me ha parecido conveniente recordar sumariamente los caracteres anatómicos y topográficos más salientes del canal hepático, caracteres estos que nos ayudarán á comprender mejor muchos fenómenos y síntomas.

El canal hepático, que va desde el híleo del hígado hasta el punto en que encuentra el canal cístico, nace de la reunión de los dos canales biliares principales llamados raíces derecha é izquierda del canal. Estas raíces ocupan la parte anterior del *surcus transversus,* por delante de la rama de la arteria hepática y terminan reuniéndose en ángulo obtuso. El volúmen de ambos es relativamente igual, pero la rama izquierda es más larga que la derecha. El canal hepático tiene una longitud de 3 centímetros y un ancho de 6 m. m. Se dirige de arriba abajo, de adelante atrás y de derecha á izquierda, es decir, hacia adentro para ir á unirse con el canal cístico que lo roza y se le adosa durante cierto trecho. Emerge del híleo y se encaja en la porción

hepato-duodenal del epíploon gastro-hepático. Por detrás está la vena porta; á la izquierda la arteria hepática cuya rama derecha la cruza ordinariamente por detrás. Todos estos vasos están alojados en el tejido celular laxo que á su vez se halla sembrado de ganglios linfáticos. El canal termina por encima del duodeno, ó más comunmente por detrás de este.

La superficie interna del canal es lisa y desprovista de válvulas, y está constituída por una mucosa y una túnica fibro-celulosa. El epitelio es cilíndrico simple, formado por células prismáticas ó cilíndricas de cuerpo granuloso, con el *plateau* estriado en la superficie libre. Por debajo de este epitelio se encuentra una membrana basal; á esta le sigue el corión formado por células conjuntivas y algunas fibrillas elásticas, colocadas en una materia amorfa. Este corrión se continúa con la túnica fibro-muscular que está formada por tejido conjuntivo de dirección concéntrica á la luz del canal y fibras musculares lisas, agrupadas en haces longitudinales y colocadas en la parte externa de esta túnica.

Las grandes vías biliares, especialmente en su parte más central, son muy ricas en glándulas; estas abundan especialmente en el conducto hepático, algo menos en la porción superior del colédoco y son escasas en la porción inferior del mismo. El cuerpo

glandular es de extructura acinosa y está alojado en la túnica celular del conducto.

La disposición anatómica tan especial, de las grandes vías biliares desde el comienzo del canal hepático hasta la ampolla de Vater nos explica la comunidad de *síntomas* y por consecuencia la dificultad de precisar la porción del conducto en que asienta la lesión.

Es por esta razón que los autores hablan con más facilidad de tumores de las grandes vías biliares, que de tumores primitivos del colédoco, por ejemplo, y esto porque el diagnóstico ha sido hecho casi siempre en la mesa anatómica, y, algunas veces, solamente el microscopio ha podido decir la última palabra.

Las lesiones que pueden experimentar las grandes vías biliares, aparte de las infecciosas, son varias, entre las cuales las más importantes son : tumores primitivos ó secundarios, estrecheces cicatriciales, obliteraciones congénitas, cuerpos extraños de origen diverso, entre los cuales citaremos los cálculos y los parásitos (equinococus, ascarides, distomas), oclusiones por soldadura de las paredes, á raíz de un proceso inflamatorio propagado desde el intestino (Lebert, Audral), colangitis hiperplásica, sífilis.

Al lado de estas lesiones propias, por asi decirlo,

de los conductos, hay muchas otras que comprimen esas vías, ó que al mismo tiempo las comprimen y las infiltran : se trata de neoplasmas, tumefacciones ó proliferaciones conjuntivas ; puede tratarse igualmente de quistes hidatídicos del hígado, de aneurismas de la arteria hepática ó de la aorta abdominal, ó de la arteria meseraica superior, ó también de tumefacciones de las glándulas periportales. por metástasis carcinomatosas, tuberculosis, etc.

Puede encontrarse también una perihepatitis circunscripta adhesiva, que interese al híleo del órgano en caso de sífilis, y finalmente las infiltraciones neoplásicas consecutivas á cáncer de la vesícula y de la ampolla de Vater.

Los tumores primitivos de las grandes vías biliares son raros. Según una estadística reciente de Garbarini, los casos publicados son 120 divididos así : tumores del colédoco 48 ; del cístico 3 ; del confluente colédoco - hepático - cístico 39 ; del hepático 30 : de esta estadística, siguiendo la costumbre han sido excluídos, los carcinomas de la ampolla de Vater, que, según algunos autores, por la idéntica sintomatología deberían pertenecer al colédoco. Las opiniones, acerca del origen de estos tumores de la ampolla de Vater, no están de acuerdo, y esto, por aquella disposición anatómica que reune

en este punto tres canales diversos. Hanot encuentra la génesis de la neoplasia en la ampolla misma, y, por esto, el tumor sería de origen pancreático-biliar. Rendu en el duodeno, Bard y Pic en el páncreas y con Pilliet lo creen un carcinoma pancreático. Rolleston y Durad-Fardel cree que teng asu origen en la extremidad inferior del colédoco y por lo tanto sería de origen biliar y Testi opina de la misma manera.

En la mayor parte de los casos se trataba de las diversas variedades de carcinomas. El sarcoma en el canal hepático ha sido encontrado solo una vez por Schüppel: era un fibro-sarcoma, y algunos autores, dada su excepcionalidad, dudaron que fuese primitivo. Han sido descriptos papilomas, adenomas, fibromas, tumores grasosos que probablemente eran lipomas, mio-adenomas, cisto-adenomas y algunos pólipos mucosos.

Lo mismo que para el hígado, los tumores más frecuentes é importantes de las grandes vías biliares, son los carcinomas que pueden tener su punto de partida en las glándulas de la vía biliar ó del epitelio cilíndrico de revestimiento de la mucosa.

A propósito del carcinoma de la vesícula, se ha discutido muchísimo sobre la importancia que tenía la litiasis biliar en su desarrollo; pero mientras en el 90 % de los casos (Courvoisier) de cáncer de la

vesícula se encuentran cálculos, en los carcinomas de las otras vías biliares se observa esta asociación solo en el 24 % de los casos, y de estos, más en los carcinomas del confluente, menos en los del colédoco y menos aún en los del hepático. De manera pues, que podemos pensar que en la etiología de los carcinomas de las grandes vías biliares y especialmente del hepático, la litiasis no debe tener la importancia que tiene en los cánceres de la vesícula, si es que no queremos admitir, de acuerdo con Donati, que los cálculos son más bien la consecuencia que la causa de los tumores. Es necesario, sin embargo, no olvidar que en los antecedentes de algunos enfermos, atacados después de cáncer de los conductos, se encuentran cólicos hepáticos ; por esta razón se podría suponer aún que los cálculos de la vesícula pueden actuar como estímulo, para el desarrollo de un cáncer de los conductos, por el frote repetido, que determina alteraciones en la mucosa. En nuestro caso el enfermo había tenido un cólico hepático, y, al operarlo, se encontró un grueso cálculo libre en la vesícula.

El cáncer puede interesar el canal hepático mismo, su bifurcación, ó sus ramas de origen : puede alojarse en cada uno de estos puntos ó extenderse á varios á la vez, y esto por la pequeñez de sus segmentos.

La neoformación se establece primero, infiltrando las paredes de la vía biliar que se restringe y luego se ocluye. La mucosa correspondiente á la parte infiltrada puede permanecer por largo tiempo total ó parcialmente inalterada, á continuación toma un aspecto anular ó polipiforme. Algunas veces se presenta como una estrechez callosa, y parece más bien el producto de un proceso inflamatorio crónico, que una verdadera neoformación : en estos casos, solo puede revelarse su naturaleza, mediante un exámen microscópico riguroso. Otras veces se desarrolla como pequeñas prominencias aisladas, ó reunidas en grupos, no pedunculadas, que avanzan dentro de la luz del conducto, recubiertas de mucosa infiltrada y ulcerada : cuando estos grupos confluyen formando una masa carnosa de base ancha, circular ó globosa, se tiene el así llamado cáncer en coliflor del volúmen de una avellana, de una nuez ó también de un huevo de gallina. El tumor puede presentarse también como una pequeña masa pedunculada, adherente por un pequeño pié á la pared del conducto, de color rosa grisaceo, circular y retraída. En otras ocasiones la neoformación se presenta como un conjunto de vellosidades delicadas y sutiles que emergen circularmente de la mucosa y convergen hacia la luz del canal que llegan á obstruír por completo (obs. de Huguenin) ó también como una produc-

ción papiliforme de consistencia blanda. Otras veces adopta la forma poliposa y en su desarrollo se prolonga tanto dentro del conducto mismo que puede llegar hasta las vías biliares intrahepáticas (obs. de Warfoinge, Schimtt). En general estos tumores son casi siempre de tamaño reducido, y tanto que á veces escapan á la palpación más minuciosa.

Si se trata de la forma callosa anular, la masa neoplásica tiene ordinariamente pocos milímetros de espesor y de altura.

Estos tumores no contraen adherencias con las partes vecinas, y la infiltración de las paredes está limitada á la parte externa de la túnica conjuntiva. Muy raras veces se han observado adherencias con los vasos hepáticos ó con el hígado.

La característica de estos tumores malignos reside en su poca tendencia á generalizarse. Muchos autores sostienen que los carcinomas de las vías biliares no dan nunca lugar á metástasis, poniendo como condición necesaria para el diagnóstico, la ausencia absoluta de nódulos neoplásicos en otros órganos, mientras que en caso contrario los tumores de los conductos no deberían núnca ser considerados como primitivos, sino como secundarios.

Esta afirmación nos parece, lo mismo que á Krauss, demasiado absoluta, tanto más cuanto que 28 carcinomas del hepático (estadística de Garba-

rini) dieron tres metástasis en el hígado y una en los ganglios linfáticos. En general, las metástasis se producen más comunmente en el hígado y luego por orden de frecuencia las encontramos en las pleuras, pulmones, peritoneo, glándulas mesentéricas, cabeza del páncreas, y una vez se ha descrito una metástasis en el cerebro. Esta tendencia á no propagarse, tendencia rara en un tumor maligno, se explica por el hecho de su lentísimo desarrollo y por los graves trastornos funcionales que provoca rápidamente, pues que la completa retención de la bilis es casi siempre mortal, aún antes que el neoplasma haya podido reproducirse en órganos lejanos.

Por lo general, el tumor, histologicamente considerado, representa el llamado epitelioma cilíndrico ; este está formado por tubos ó cavidades recubiertas internamente por una capa de células epiteliales de forma cúbica ó cilíndrica y separadas por espesos tractus de tejido conjuntivo fibroso. Hemos dicho ya que las glándulas que se encuentran en las paredes de los grandes conductos, tienen estructura acinosa : á ellas se atribuye una secreción mucosa, aunque no haya seguridad todavía sobre si contienen ó no mucina.

Aumentando el volúmen de los acini glandulares, probablemente por la fusión de ellos mismos, los epitelios cilíndricos avanzan hacia la luz de los aci-

ni mismos, y, según Howald, los transforman en pequeños nódulos carcinomatosos microscópicos.

Cuando por las cavidades se parecen á folículos glandulares, toman el nombre de adeno-carcinomas : en cambio cuando abunda el estroma, perdiéndose todo rastro de tejido adenoideo, adoptan la forma esquirrosa. Parece que esta forma esquirrosa, se produce cuando el tumor tiene su origen en el epitelio de revestimiento de los conductos, mientras que la variedad á tubos es reservada á las neoformaciones que nacen de las glándulas de las paredes.

Las grandes vías biliares se resienten naturalmente de la neoformación y van reaccionando según el punto en que esta se encuentre. Debajo de la lesión las vías pueden ser normales, ó hallarse lesiones atróficas por procesos inflamatorios ascendentes.

Por encima del obstáculo se nota siempre una dilatación de todas las vías, más ó menos grande. Si el obstáculo reside en la porción inferior del colédoco, encontraremos á éste dilatado á consecuencia de la acumulación de bilis, hasta alcanzar el volúmen de una ansa intestinal y al mismo tiempo hallaremos el hepático del grosor de un dedo pulgar.

El cístico y la vesícula estarán dilatados hasta tener el volúmen de un puño : esta ectasia, notable algunas veces, ha permitido extraer por punción hasta un litro de bilis. En cambio cuando el neoplas-

ma se encuentra en el hepático, la dilatación se manifiesta en las vías biliares intra-hepáticas: estas forman sobre la superficie del hígado una especie de tumores fluctuantes, ú, otras veces, tumefacciones que tienen el aspecto de várices ó de tejido cavernoso, ó también grandes dilataciones ampuliformes que contienen una gran cantidad de líquido de color amarillo-verdoso. Otras veces los canales intra-hepáticos se dilatan con uniformidad produciendo un aumento *in toto* del hígado.

Las vesícula y el canal cístico no se dilatan con tanta frecuencia. Antes se aceptaba que cada oclusión permanente del colédoco debía tener necesariamente por consecuencia una dilatación de la vesícula biliar. Courvoisier encontró en las paredes de la vesícula importantes modificaciones histológicas cuando las lesiones dependían de un cálculo; viendo que el órgano se encuentra más pequeño y arrugado por neoformaciones conjuntivas debidas á colecistitis crónicas, y por la acción atrofiante de las adherencias. Por el contrario, cuando hay neoplasias del colédoco, ampolla de Vater ó cabeza del páncreas la dilatación de la vesícula suele ser considerable porque no presenta lesiones. Esta manera diferente que la vesícula tiene de comportarse, según la naturaleza de la lesión, ha sido aprovechada por Courvoisier como signo importante para el diagnós-

tico diferencial, y en el capítulo que destinamos en este trabajo, al estudio de los síntomas, veremos la importancia que puede tener.

El hígado aumenta generalmente de volúmen por alteraciones de étaxis biliar y por el proceso de hepatitis intersticial que le subsigue; solo en casos excepcionales se le ha hallado arrugado y de volúmen más reducido que el normal. Al corte el órgano se presenta de color verdoso ó verde-oliva por imbibición biliar, al par que los vasos biliares intrahepáticos están dilatados y varicosos. Cuando el hígado es atacado secundariamente por el proceso neoplásico, se ven nódulos blanquecinos, no muy voluminosos, haciendo saliencia en la superficie. Con relativa frecuencia se suele observar alteraciones producidas por procesos infectivos ascendentes (abcesos, angiocolitis, periangiocolitis) pero más raramente que en la litiasis biliar. Este proceso infeccioso ascendente, cuando las vías biliares están estenosadas, ha sido demostrado experimentalmente por Homen. Este observó que la ligadura aséptica de de las grandes vías biliares, no solo no impide una infección ascendente sino que más bien la favorece. En efecto, después de la ligadura del colédoco los conejos mueren después de cuatro días, cultivándose de la bilis y del parénquima hepático el bacterium coli, mientras que los cultivos de la san-

gre permanecen estériles. Estos experimentos explican el origen de abcesos del hígado en casos de tumores que ocluyen la luz de las vías biliares. Dichos abcesos, desarrollándose por debajo de la cápsula de Glisson, pueden perforarla y dar lugar asi á una peritonitis purulenta, como sucedió en el caso de Stiegele.

El exámen microscópico muestra lesiones de cirrosis biliar, á veces tan notables, que transforman grandes porciones de parénquima hepático en placas de tejido conjuntivo ; en otros casos se han hallado extensas zonas necróticas. Las alteraciones hepáticas no alcanzan siempre aquel grado en que la superficie del hígado adquiere un aspecto visiblemente granuloso, talvez porque la enfermedad es de corta duración ; pero si la afección hepática durara más largo tiempo, las alteraciones anatómicas del hígado deberían ser mayores y por consiguiente presentarse este más pequeño.

El bazo no se comporta siempre de igual manera ; en cerca del 15 % de los casos fué encontrado más grande. Esta hipertrofia esplénica depende muy probablemente de las alteraciones del hígado y de la condición cambiada de la circulación sanguínea, por el aumento del tejido conjuntivo intersticial y por la compresión de las ramas de la vena porta.

La ascitis, ha sido notada con una cierta frecuencia

en cerca de la mitad de los casos. El líquido puede llegar á un litro ó dos, de color amarillo citrino, unas veces límpido, otras turbio, rojizo ó sero-purulento.

En clínica hay pocos problemas más difíciles de resolver que el que se refiere al origen y á la naturaleza de las ictericias crónicas. Por el hecho mismo de su larga duración, de su cronicidad, ciertas en fermedades quedan ya eliminadas, y, no obstante esto, y con una análisis minuciosa de los antecedentes, del estado actual, de la exploración cuidadosa de los diversos órganos, pueden acudir á la mente tantas hipótesis, que hacen el diagnóstico inseguro y lo mantienen en suspenso. Y el médico antes estos cuadros clínicos tan complejos y multiformes se encuentra frente á frente de estos dos grandes problemas : Donde se encuentra la obstrucción ? De que naturaleza es ?

Contestar satisfactoriamente á estas preguntas no interesa tan solo á la clínica y á la anatomía patológica sino también á la terapéutica ; después de las grandes conquistas que la cirugía ha realizado en el campo hepático durante los últimos 25 años, se deduce que de un diagnóstico preciso puede depender una indicación operatoria. En efecto, si se trata,

por ejemplo, de establecer un diagnóstico diferencial entre un cáncer de la cabeza del páncreas y un cálculo del colédoco, la intervención quirúrgica no cura en un caso mientras está netamente indicado en el otro. En las obstrucciones cancerosas de las vías biliares también es importante poder diferenciar y distinguir porque algunas pueden tener toda una serie de operaciones paliativas y también curativas. Si contra un cáncer de la ampolla de Vater hemos de ser impotentes, la intervención será posible cuando se trate de ciertos neoplasmas limitados y desarrollados únicamente en las vías biliares.

Desde ya una anámnesis bien llevada, puede dar preciosos signos. El carcinoma de la vesícula es más frecuente en la mujer que en el hombre, mientras que el carcinoma de las vías biliares parece tener una relación inversa. La edad en que más se desarrolla es, según las estadísticas de casi todos los autores, de 60 á 70 años. La litiasis biliar, que tan á menudo acompaña al cáncer de la vesícula, es más rara en las carcinomas de los conductos biliares. Courvoisier estableció á este respecto una regla importante : la precedencia de largos cólicos, especialmente cuando estos son contemporáneos de una ictericia, no debe hacer pensar en una calculosis ; pero si durante largos años, aparece algunas

veces la ictericia, casi siempre de breve duración, acompañada ó no de cólicos, que por lo general son muy cortos nos encontramos con uno de los signos más seguros de la colilitiásis. En efecto en su estadística sobre 80 casos de calculosis biliar, solo 51 fueron precedidos de cólicos ; en 26 casos encontró la precedencia de una ictericia de breve duración, mientras que en 22 casos había también cólicos.

En cambio, en 74 casos de obstrucción de las vías biliares por otras causas, solo 4 veces hubo cólico. Por esto, según Krauss, el cuadro de las oclusiones crónicas de las vías biliares por cálculos se desenvuelve á través de largos sufrimientos, atribuídos al estómago (sensación de presión), ó ataques dolorosos sin ictericia, seguidos luego por verdaderos cólicos con fiebre y vómitos, pero todavía sin ictericia ; finalmente ésta se establece variable en intensidad con largos ó cortos intervalos. En el desarrollo de tumores que conducen á la obstrucción de las vías biliares, á pesar de la opinión de Leichtenstern, Krauss dice que según su experiencia personal, faltan por completo los dolores y los ataques dolorosos ; cuando mucho ha observado en las vecindades del estómago y del hígado una cierta sensibilidad á la presión : pero malgrado su estadística, cree que el presentarse formas dolorosas es menos frecuente

que la falta absoluta de ellas, especialmente cuando la enfermedad está en su período avanzado. Los caracteres del dolor, constituyen pues, bajo este punto de vista, una serie de signos, cuya importancia para el diagnóstico diferencial es muy relativa.

Hay que dar mucho valor á los disturbios gástricos, que abren generalmente la serie de los síntomas, recordando que en los casos de tumores, falta el vómito bilioso, por lo menos como corresponde en general á los ataques típicos del cólico por calculosis en el momento más agudo del ataque. El vómito intenso, persistente por largo tiempo en el decurso de la enfermedad, generalmente biliar, se observa de manera constante en las formas de carcinoma del duodeno cuando el duodeno está estenosado. La anorexia es muy frcuente y anú cuando su caracter electivo no sea constante, la repugnancia por las grasas mucho más acentuada que por los otros alimentos, puede ser tenida en cuenta. Las perturbaciones digestivas dependen por una parte de la falt ade flujo de bilis hacia el intestino y por otra parte de la caquexia y decaimiento que acompaña á toda lesión neoplásica. La diarrea es rara. Algunas veces estos disturbios son nulos ; el apetito continúa normal hasta las últimas semanas anteriores á la muerte. En algunos casos se ha seña-

lado la presencia de sangre en los vómitos y en las materias fecales.

La ictiricia asume el papel de síntoma principal en el decurso de la enfermedad. Puede desarrollarse de dos maneras: ó hacerse muy intensa en breve tiempo, alcanzando su grado máximo, ó, desarrollarse de una manera más lenta, pero cada vez más intensa. Algunos autores, como Neusser y Ortner, creen que en el primer caso se debe pensar en una colilitiasis, mientras que cuando la ictericia tiene un desarrollo lento y cada vez más acentuado, sería un proceso más propio de un tumor; pero este dato, especialmente cuando debe sacarse de la anámnesis es muy falaz, porque en una cantidad de casos, publicados por Leichtenstern, se nota lo contrario (Krauss). Un hecho, siempre á propósito de la ictericia, y que puede tener una gran importancia para el diagnóstico diferencial entre calculosis y tumor, es el decurso de la ictericia misma. Courvoisier fué el primero en afirmar que una ictericia, cuya duración parece mayor de un año habla más en favor de una calculosis que de otro obstáculo cualquiera.

Recuerda casos de obstrucciones por cálculos, que han durado de 2 á 5 años, y Krauss ha notado que la duración total del decurso de la ictericia crónica, desde su iniciación hasta la muerte, era de 5 á 9 meses en los casos de carcinoma.

De manera pues que nosotros, con Naunyn, podemos calcular la duración máxima de una ictericia proveniente de una obstrucción por tumor, en un año, recordando sin embargo que, en la práctica, no se debe dar un valor absoluto á este límite, porque aún en la ictericia por calculosis la muerte puede sobrevenir después de una ictericia permanente de breve duración. Como vimos en el breve capítulo, que hemos destinado á la anatomía patológica, las grandes vías biliares, por encima de una obstrucción cualquiera que sea, se encuentran enormemente dilatadas. Cuando esto sucede, y la obstrucción es debida á un cálculo, la bilis restañada pasa atrás del cálculo y la ictericia puede desaparecer del todo ; pero el cálculo termina por afirmarse otra vez y los fenómenos se renuevan. Por el contrario en caso de tumor esto no pasa, y la experiencia clínica lo confirma, porque en las oclusiones crónicas por calculosis, se observa un notable oscilar de la ictericia que puede llegar á desaparecer por completo. y naturalmente, la orina ya obscura, ya clara y las materias fecales pueden ser periódicamente acólicas. En cambio en caso de obstrucción por tumor, la ictericia alcanza su grado máximo, no oscila de modo evidente y las materias fecales permanecen ácolicas : en estos casos sin embargo algunas veces pueden observarse variaciones notables en

la intensidad de la ictericia. Haarmann y Courvoisier explican esta desaparición temporánea y completa de la ictericia por los procesos de disgregación y reblandecimiento del tumor que obstruye la vía biliar, que se hace otra vez permeable hasta el momento en que la proliferación cierra la vía é impide de nuevo el flujo natural de la bilis. Debove en una expléndida lección, sobre un caso de carcinoma del hepático, y en el cual en vida, no fué posible llegar á un diagnóstico preciso, notó que la ictericia que presentaba el enfermo era tan notable, que no recordaba haber visto otra igual ; y teniendo en cuenta esta ictericia, que es mayor en el cáncer del hepático que en el de las otras vías biliares, observó que se podía, con facilidad, pensar en un cáncer del conducto hepático.

Las orinas contienen pigmentos biliares en gran cantidad : se han observado orinas negras, sin rastros de materias colorantes anormales, muy pobres en úrea, sin azúcar ni albúmina. Claisse ha visto bajar la proporción de úrea á 3 grados en 24 horas. Hacia el fin de la enfermedad aparece oliguria y también anuria precediendo de poco á la muerte. La sangre contiene los pigmentos biliares, que son eliminados por la vía renal. Pocas veces, en los casos publicados, ha sido hecho el análisis histológico y cuantitativo : en esos casos se nota una va-

riabilidad tal que no dá ninguna luz. La presencia de pigmentos biliares en la sangre, y su fijación en el espesor de los tejidos, se acompaña de trastornos : la lengua es sucia, la boca amarga, el aliendo fétido. Raramente se señalan disturbios cardíacos, el retardo del pulso es poco acentuado, el soplo sistólico anorgánico de la punta, no existe. Casi siempre se observa un fuerte prurito cutáneo : este síntoma se encuentra en casi todas las observaciones y muchas veces es la única cosa de que se quejen los enfermos.

Las modificaciones en el volúmen de la vesícula, revelables muy á menudo clinicamente, pueden dar indicaciones preciosas sobre el asiento y la naturaleza de la oclusión de las grandes vías biliares.

Courvoisier demostró por primera vez, que en los casos de oclusión crónica del colédoco por cálculos, la vesícula es arrugada y retraída mientras que se encuentra dilatada cuando la oclusión se debe á la presencia de un tumor : este dato confirmado más tarde por Terrier se ha llamado « Ley de Courvoisier - Terrier ». Pero esta ley se refiere sólo al estado de la vesícula en la obstrucción crónica del colédoco y no es aplicable á la obstrucción de las otras vías. Claisse en un caso de cáncer del hepático encontró la vesícula retraída ; entonces estudió la cuestión y propuso dividir los carcinomas de

las grandes vías biliares en dos grupos : 1.º yuxtahepáticos, que atacan al cístico, al hepático, al confluente y en que la vesícula está retraída y 2.º en yuxtaduodenales, que atacan á la ampolla de Vater, al colédoco y conservan la vesícula siempre dilatada. Ni aún esta nueva ley puede ser absoluta, y solo se puede retener, con Devic y Gallavardin, que en los carcinomas del hepático la vesícula comunmente queda retraída.

El significado diagnóstico de la fiebre ha sido interpretado de diversa manera. Muchos autores creen que el aparecer de la fiebre en todas sus fases, debe atribuírse á la calculosis y que un tumor debe evolucionar sin ningún acceso febril. Según Kehr, sólo en casos excepcionales se observa fiebre en la oclusión por tumores y solamente en los estadios terminales de la enfermedad. Krauss ha podido reconocer, ya clinicamente, ya á la autopsia, en casi todos los casos de oclusión por carcinoma, observados por él, que los fenómenos febriles eran debidos á la existencia de una complicación extraña á las vías biliares (parotitis, absceso tonsilar, piemia, pielocistitis, supuración de las glándulas del cuello, apendicitis).

La pérdida del peso y la inanición, cuando se trata de tumores, son muy notables y la caquexia se produce extraordinariamente pronto. En nuestro ca-

so el enfermo pesaba 107 kilos y á los dos meses y medio su peso había bajado á 83 kilos.

En lo que se refiere al estado en que se encuentra el hígado, no todos los autores están de acuerdo. Sin embargo se admite generalmente que el hígado se encuentra aumentado de volúmen, y que solo excepcionalmente su volúmen es más reducido que el normal. Es necesario no dejar de examinarlo prolijamente para poder llegar á palpar nódulos secundarios carcinomatosos, por cuanto el hígado pueda presentarse liso en su superficie y sin embargo contener profundamente nódulos metastásicos. A pesar de las más cuidadosas y repetidas investigaciones, el tumor que produce la oclusión, casi núnca se ha podido palpar. Esto sucede, no tanto por el lugar profundo y escondido del tumor, ni por estar rodeado por órganos voluminosos que impiden la palpación, como por la evolución rápida de la enfermedad, que obstruyendo desde un principio la vía biliar, mata al enfermo más que por caquexia cancerosa, por otras causas como insuficiencia hepática, intoxicación colémica etc. Por esta razón es casi siempre pequeño, no contrae adherencias con las partes vecinas, casi nunca da lugar á metástasis.

La ascitis, debida á fenómenos compresivos de la vena porta, se observa frecuentemente en las neoformaciones de las vías biliares, acompañada, al-

gunas veces, de anasarca. Falta cuando no se trata de tumor (Kehr).

Según Krauss, la manera de comportarse que tiene el bazo, no puede tener importancia diagnóstica, porque en cada ictericia crónica, aún en las de forma catarral, el bazo puede aumentar de volúmen.

Por detrás de la inserción del músculo externo-cleido-mastóideo se encuentra una glándula linfática, la glándula de Virchow, que puede infiltrarse por metástasis carcinomatosas; puede asumir entonces, más comunmente del lado izquierdo, el volúmen de una cereza y aún el de un huevo de gallina, formando una tumefacción aislada, sin que en el proceso participen en lo más mínimo, las glándulas de la región supraclavicular ó del cuello. Este signo, no muy frecuente, sería, según Leichtenstern, de gran valor para el diagnóstico de carcinoma. Kehr confirma esta opinión y añade que esto pasa especialmente cuando la enfermedad toca á su término.

La marcha de esta enfermedad, como todas las enfermedades de origen cancerosa, es continua, progresiva y sin remisiones. A pesar de esto se encuentra en la literatura médica dos casos de mejoría pasajera. En un caso citado por Bazançon, el enfermo presentó en los primeros tiempos de su enfermedad, remisiones que por dos veces le permitieron salir del hospital y entregarse al trabajo: en

el caso de Bouhstedt se produjo también una lijera remisión durante la cual el enfermo aumentó en mucho su peso.

Lancereaux en su clásico tratado sobre enfermedades del hígado y vías biliares, describe en esta enfermedad tres períodos que serían : 1.º Un período de iniciación en el cual el enfermo experimenta trastornos vagos, tiene anorexia, naúseas, dificultad de digestión y un malestar general ; 2.º Un período de estado, caracterizado por la ictericia ; 3.º Un período de intoxicación.

La duración de la enfermedad es generalmente bastante corta, por cuanto sea difícil de precisar á causa de la inseguridad de los primeros síntomas preictéricos, cuando existen. Sin embargo puede decirse que, por término medio, la duración de la enfermedad, es de dos á nueve meses. Solo en el caso de Bazançon la enfermedad dur ó 19 meses, y esta larga duración, fué precisamente uno de los argumentos más poderosos, en favor del diagnóstico de cirrosis hipertrófica biliar que se hizo. La caquexia progresiva tiene una parte importante en la terminación de este cáncer como en el de otros órganos. Facilita las infecciones secundarias y la infección es casi siempre preponderante en la génesis de los accidentes terminales.

Este proceso infeccioso puede atacar otros órga-

nos, que no sean el hígado, y hacerse mortal antes que este haya sido atacado seriamente. Pero por regla general el cuadro final es el de la insuficiencia hepática.

En el primer caso de Jenner se constató fiebre, 130 pulsaciones, hemorragias gastro - intestinales, pericárdicas y de la retina que demostraban la profunda alteración de la sangre y de los vasos.

En el segundo caso del mismo Jenner, se observó diarrea y estado comatoso. En el caso de Claisse la temperatura se baja á 35.8 y en un delirio tranquilo el enfermo cae en cama. Otros enfermos, como sucedió en nuestro caso, han muerto inmediatamente después, ó casi, de la intervención quirúrgica : esto parece que se deba especialmente á la acción de la anestesia clorofórmica, siempre dañosa en estos casos. En un caso de Ingelrans, después de un período larguísimo de apirexia hubo fiebre alta á la tarde ; ocho días después se hizo una colicistotomía. Apareció delirio y diarrea intensa y el enfermo murió tres semanas, después de la intervención, en coma .

Al principio de la enfermedad es necesario que el clínico reserve todo diagnóstico, y sólo la duración de la enfermedad podrá llevarlo á emitir hipótesis en varios sentidos. Cuando la ictericia será crónica, recién entonces deberemos pasar en revista los diferentes síntomas que estarán unos á favor, otros en contra de las siguientes enfermedades : Ictericia catarral prolongada, obstrucción calculosa del colédoco, cáncer de la cabeza del páncreas, cáncer del hígado, enfermedad de Hanot, cánceres del colédoco, vesícula, confluente colédoco - hepático - cístico, cáncer de la ampolla de Vater.

1.º La ictericia catarral crónica puede persistir, cuando mucho, cinco meses, mientras que la duración media del cáncer es de 9 meses. Además, la ictericia catarral ofrece variaciones de intensidad que no se ven en el neoplasma, remisiones seguidas de *poussées* nuevas, con modificaciones paralelas en el color de las materias fecales, cosa esta que no es habitual en el cáncer.

2.º La obstrucción calculosa del colédoco es una dificultad muy seria para el diagnóstico. En efecto, si bien es cierto que muchas veces el enfermo atacado de litiasis, se presenta al médico después de haber sufrido una serie de cólicos, no es menos cierto también que puede haber tenido uno solo ó quizá ninguno. La intensidad de la ictericia es la misma que en el cáncer ; al principio el hígado se presentaba hipertrofiado, regular y liso. En caso de infección biliar la esplenomegalia aparece y si el cirujano no interviene, la muerte es segura, presentándose en condiciones iguales á las de los cancerosos. La vesícula puede estar atrofiada según la ley de Courvoisier, y si por excepción á esta regla se encontrara distendida, este hecho no ayudará al diagnóstico, porque como hemos visto, lo puede estar igualmente, menos en la obstrucción neoplásica del canal hepático. Un signo diferencial mejor, pero que no es constante, es la variabilidad de la ictericia en las obstrucciones calculosas, mientras que en los procesos neoplásicos no sucede tal cosa. Según Hayem, en el cáncer se observaría hipopepsia, mientras que en la litiasis se tendría hipercloridia. Como se vé la ausencia de variabilidad de la ictericia, sería el único carácter diferencial, signo negativo éste, que no siempre alcanza á resolver la duda.

3.º El cáncer de la cabeza del páncreas dá también ictericia crónica, progresiva y continua, con adelgazamiento, caquexia rápida, repugnancia por las materias grasas. El tumor pancreático es imperceptible á la palpación en los cuatro quintos de los casos. La esteatorrea de origen pancreática puede ser igualmente causada por la supresión del flujo de la bilis al intestino. La glicosuria no es constante en los neoplasmas del páncreas y la prueba del salol puede resultar negativa. Muchas veces se encontrarán casos de cáncer de la cabeza del páncreas que por sus síntomas se impondrán sin duda alguna al diagnóstico, pero otras veces la ausencia de un signo de valor real, hará el diagnóstico imposible.

4.º El cáncer del hígado, en su forma masiva no se acompaña de ictericia y no puede dar lugar á confusiones, pero el cáncer nodular produce, muchas veces, una ictericia crónica. La ascitis, el dolor, la caquexia, la anorexia, las alteraciones digestivas, podrían en este momento engañar al médico, si enseguida, la rapidísima hipertrofia del hígado, y sobre todo su deformación que lo hace aparecer como sembrado de pequeños tumores, no quitara toda duda sobre la naturaleza del mal.

5.º La enfermedad de Hanot puede acompañarse

de coloración de las materias fecales, é Ingelrans confiesa que todo parece combinarse para engañar al observador, comprendid ala esplenomegalia, y que el diagnóstico se hace absolutamente imposible, por cuanto el único elemento que pueda presentar algún valor es la larga duración de la enfermedad de Hanot.

6.º El cáncer del canal colédoco, produce dilatación de la vesícula biliar ; el hígado está hipertrofiado, y esta hepertrofia unida al estado de la vesícula, si se supone un cáncer, debe más bien orientar el diagnóstico hacia el cáncer del colédoco que al del páncreas ó al de la ampolla de Vater. Pero como el grueso hígado se encuentra igualmente en el cáncer del canal hepático y como también en este caso la vesícula puede encontrarse distendida, si estos signos se encontrarán, habrá más probabilidades de estar en presencia de un cáncer del colédoco que con uno del hepático, aunque sin ninguna seguridad.

7.º Los neoplasmas de la vesícula biliar, cuando afecta el tipo biliar (Morin) provocan una ictericia, debida ordinariamente á la obstrucción de los canales hepático ó colédoco.

9.º El cáncer de la ampolla de Vater dá una ictericia de intensidad variable ; pero este síntoma importante tiene el inconveniente de no ser absolutamente constante.

Como vemos, diagnósticar con certeza el asiento y la naturaleza de la enfermedad es cosa casi imposible en todos los casos : en el mejor de los casos, el clínico tendrá siempre dos ó tres hipótesis, tan probables unas como otras y que lo mantendrán en la incertidumbre, porque no tendrá un solo signo patognomónico, ni un conjunto de signos tal que le permita hacer un diagnóstico seguro.

Como facilmente se comprende de todo lo que hasta ahora hemos dicho, el tratamiento médico es solo higiénico y paliativo más que curativo, de manera pues que la aereación y la alimentación conveniente serán, junto con el reposo absoluto las condiciones necesarias de este tratamiento. La inapetencia y la repugnancia por los alimentos imponen el régimen lacteo absoluto, puro ó con agua alcalina. El dolor se combate con opiaceos y si es muy intenso se deben suministrar inyecciones de morfina. Contra el insomnio daremos sulfonal ó cloral; á las hemorragias opondremos la ergotina y á los fenómenos hepáticos y urinarios, diuréticos y drásticos. Pero como todos los tratamientos internos son sin eficacia contra el cáncer debemos fundar todas nuestras esperanzas en el tratamiento quirúrgico.

En 1897, Baudouin, al publicar estudios de conjunto sobre las operaciones de las vías biliares, dijo que la medicina operatoria del canal hepático estaba todavía en la infancia, dado que solamente se

conocían raros casos de operaciones sobre ese conducto. Después de él la literatura médica se ha enriquecido poco á poco con un cierto número de observaciones de resultado vario.

El diagnóstico siendo incierto el cirujano tendrá dos objeto operatorios : reconocer la naturaleza y el asiento del obstáculo, y eliminar ese obstáculo restableciendo su camino á la bilis. Esta especie de autoplastia biliar, según Devic, complica mucho el problema. Las operaciones sobre el hepático han sido practicadas en obliteraciones del colédoco, en las que la causa de la obstrucción no podía ser eliminada directamente, y en las cuales, el retorno de la circulación biliar, desde el híleo del hígado hasta el intestino, no podía obtenerse utilizando la vía accesoria, ó colecística, por causa de la atrofia de la vesícula biliar ó por la obliteración del canal cístico, ó aún también, en razón del lugar elevado en que se aloje el obstáculo por encima de la embocadura en el canal común.

En este trabajo nuestro, nos es imposible hacer un estudio quirúrgico completo ; solo nos limitaremos á recordar brevemente que, esquematizando, la cirugía del canal hepático se reduce á tres operaciones fundamentales : 1.º Hepaticotomia ó talla del hepático ; 2.º Hepaticostomia ó abocamiento del hepático á la piel, y 3.º Hepático-enteróstomia ó tam-

tién hepático-gastrostomia, es decir, abocamiento del hepático á una parte del intestino ó al estómago. La posibilidad de estas dos últimas operaciones depende de la existencia de una dilatación notable del hepático. Claro es, que en lugar de abrir simplemente el conducto y abocarlo á la piel (hepaticostomia) se haya pensado en restablecer el curso normal á la bilis, tratando de abocar el hepático con el intestino, imitando el abocamiento del colédoco con el duodeno; pero las condiciones que se requieren para realizar esta operación son infinitamente raras, y aún diremos excepcionales. Por esto la hepático-enterostomia ha quedado hasta hace pocos años, una operación teórica, cuya posibilidad é indicaciones eran claras, pero cuya factibilidad no había recibido todavía de la práctica una sanción definitiva, hasta que por fin el genial Kehr demostró practicamente que buen resultado podía tener. Se trataba de un caso de tumor del hepático y colédoco; resecó la parte enferma, cerró la extremidad periférica del colédoco y abocó al intestino lo que quedaba del hepático después de la resección: el enfermo sanó. Quénu no pudiendo hacer esto en 1903 practicó una hepático-gastrostomia: el enfermo murió por causas pulmonares, pero la autopsia demostró que la operación era practicable.

Con estos resultados, las opiniones de los autores se han dividido mucho.

En efecto, mientras algunos tienen absoluta confianza en la intervención quirúrgica, especialmente si es precoz, otros autores fundándose en estadísticas desastrosas, como las de Ferrier - Auvray, y también en el hecho, al parecer confirmado, de la gravedad y particular peligro que ofrece la anestesia clorofórmica en estos casos, prefieren el *noli me tangere* á cualquier intervención.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

HOSPITAL ITALIANO

Servicio de Clínica Quirúrgica y Laboratorio Micrográfico

JEFE: DR. N. REPETTO — DIRECTOR: DR. S. DESSY

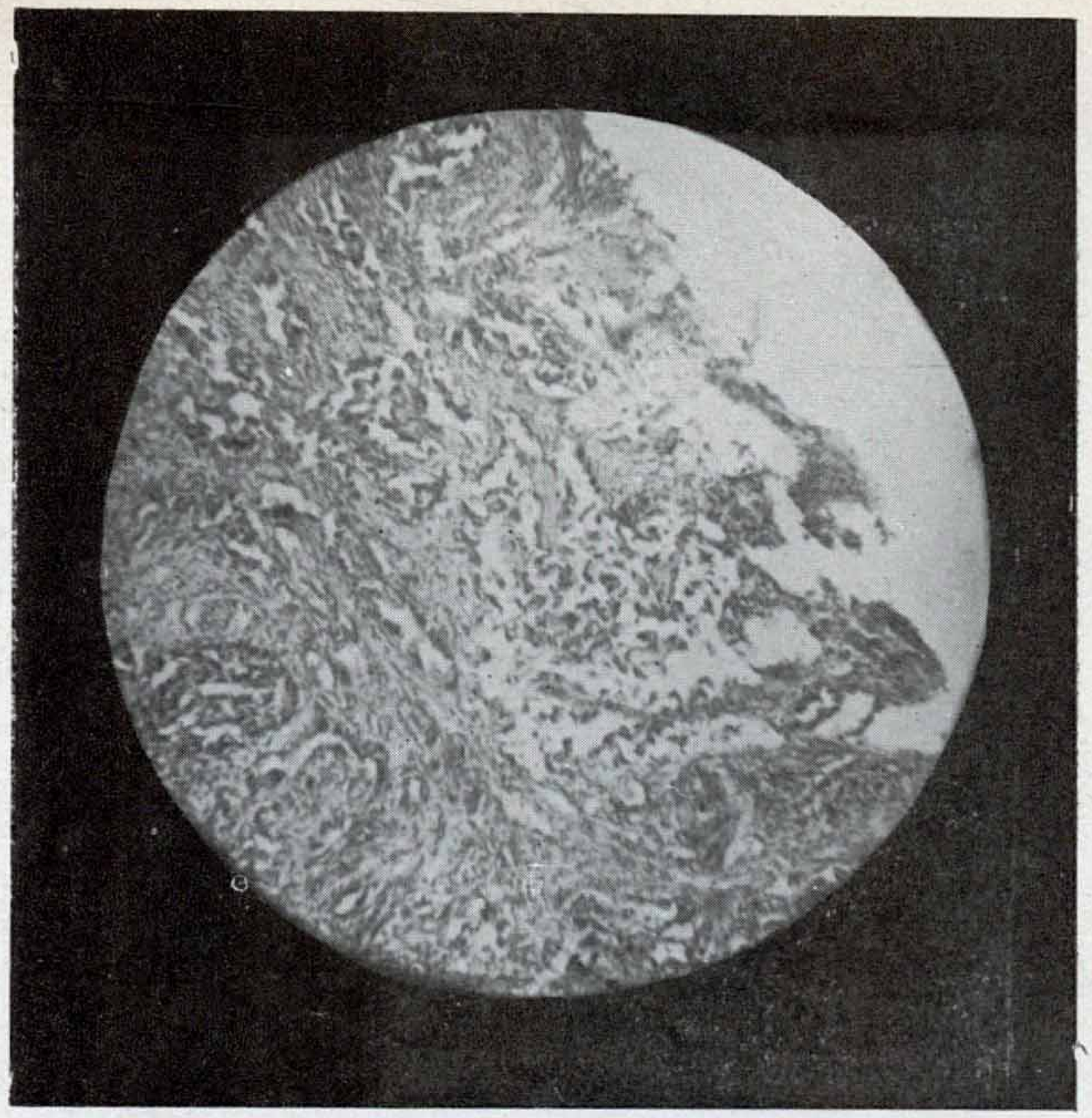
El día 30 de Marzo de 1909, proveniente del servicio de Clínica Médica del Dr. Alberti, y con el diagnóstico de : obstrucción de las vías biliares por encima del confluente - cístico - hepático de naturaleza probablemente calculosa, entraba en nuestro servicio el enfermo V. E. de 45 años, empleado, casado, italiano, con 14 años de residencia en Buenos Aires.

Antecedentes hereditarios. — La madre murió de calculosis biliar ; el padre falleció después de una larga enfermedad que el paciente no sabe precisar, pero recuerda que había ictericia.

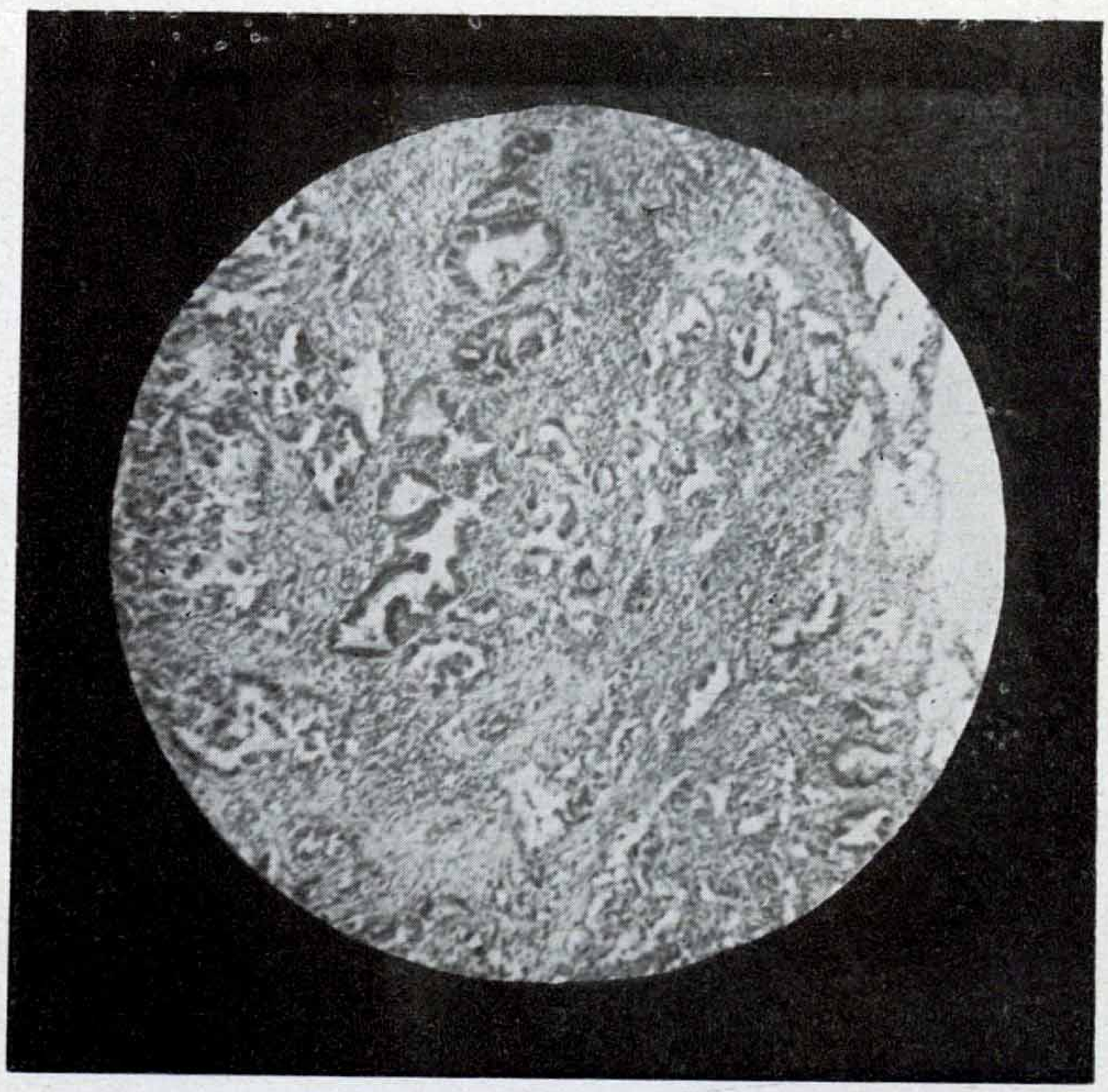
Antecedentes personales. — Acusa solamente una ciática en la pierna derecha experimentada hace muchos años ; ha estado siempre sano. Niega todo precedente venéreo. No bebe vino. ni alcoholes, pero es bebedor moderado de cerveza. Discreto fumador.

La enfermedad actual comenzó hace 2 1/2 meses : de golpe y sin causa plausible, una tarde se sintió atacado de grandes dolores en el epigastrio que se irradiaban por todo el vientre ; tuvo algunos vómitos acuosos. Al día siguiente tomó un purgante salino, y, á pesar de esto los dolores continuaron pero disminuyendo cada vez más de intensidad.

Después de seis días sus parientes notaron que la piel del enfermo se coloreaba de amarillo, y este color de la piel fué aumentando lenta y progresivamente hasta llegar á la intensidad que tiene en el momento del exámen. Al mismo tiempo sufrió un discreto prurito. Su peso normal antes de enfermarse era de 107 kilos y ahora el enfermo nota que está muy adelgazado. También ha notado que la orina se le hacía cada vez más obscura, mientras que las materias fecales se decoloraban : nunca ha notado que éstas recobraran ni momentaneamente, su color primitivo. Se queja de una pérdida muy acentuada del apetito, sin tener sin embargo repugnancia especial por ningún alimento determinado. El 11 de



Microfot. 1.



Microfot. 2.
Zeiss. Obj. A. A. Oc. 4*

Marzo se hizo hacer un análisis de su orina con el siguiente resultado :

Cantidad en 24 h. 2.700 cm^3.
Aspecto límpido.
Color amarillo - verdoso.
Sedimento escaso
Reacción ácida.
Densidad 1009.
Grado crioscópico 1.º
Acidez en P_2O_2 0.88.
Albúmina 0.15 o/oo.
Peptona no existe.
Glucosa id.
Acetona id.
Urea 10.10
Acido úrico 0.12
Fosfatos 0.60
Cloruros 4.20.
Residuo fijo 19.80.

Gran cantidad de biliverdina — Bandas de absorción en E. Se nota un número escaso de leucocitos, células planas, y oxalato de calcio ; poco urato de de sodio y mucus. No se notan elementos figurados renales (Lavalle).

Estado actual. — En el momento del exámen el enfermo se presenta muy decaído, aún cuando pesa 82 kilos. El color de la piel es fuertemente ictérico, pero no oliva, sinó claro ; la conjuntiva y las mucosas orales presentan también la misma coloración. Pulso 60 — Respiración 18 — Apirético. Los límites del hígado son normales y es indoloro á la presión. No se palpa el borde inferior. La región de la vesícula biliar es indolora y ésta parece palparse. Prurito discreto. Materias fecales casi blancas. Aparato respiratorio y circulatorio normales.

Aparato digestivo normal salvo una anorexia completa. El análisis de orina practicado el mismo día, de su entrada al servicio, dá :

Color amarillo - pardo.
Aspecto límpido.
Densidad 1008.
Reacción deb. ácida .
Sedimento escaso.
Urea 12.610.
Fosfatos 1.
Cloruros 4.
Albúmina rastros.
Bilirubina abundante
Urobilina rastros.

Indacan id.
Glucosa id.
Acetona id.
Diazoreacción Ehrlich negativa.

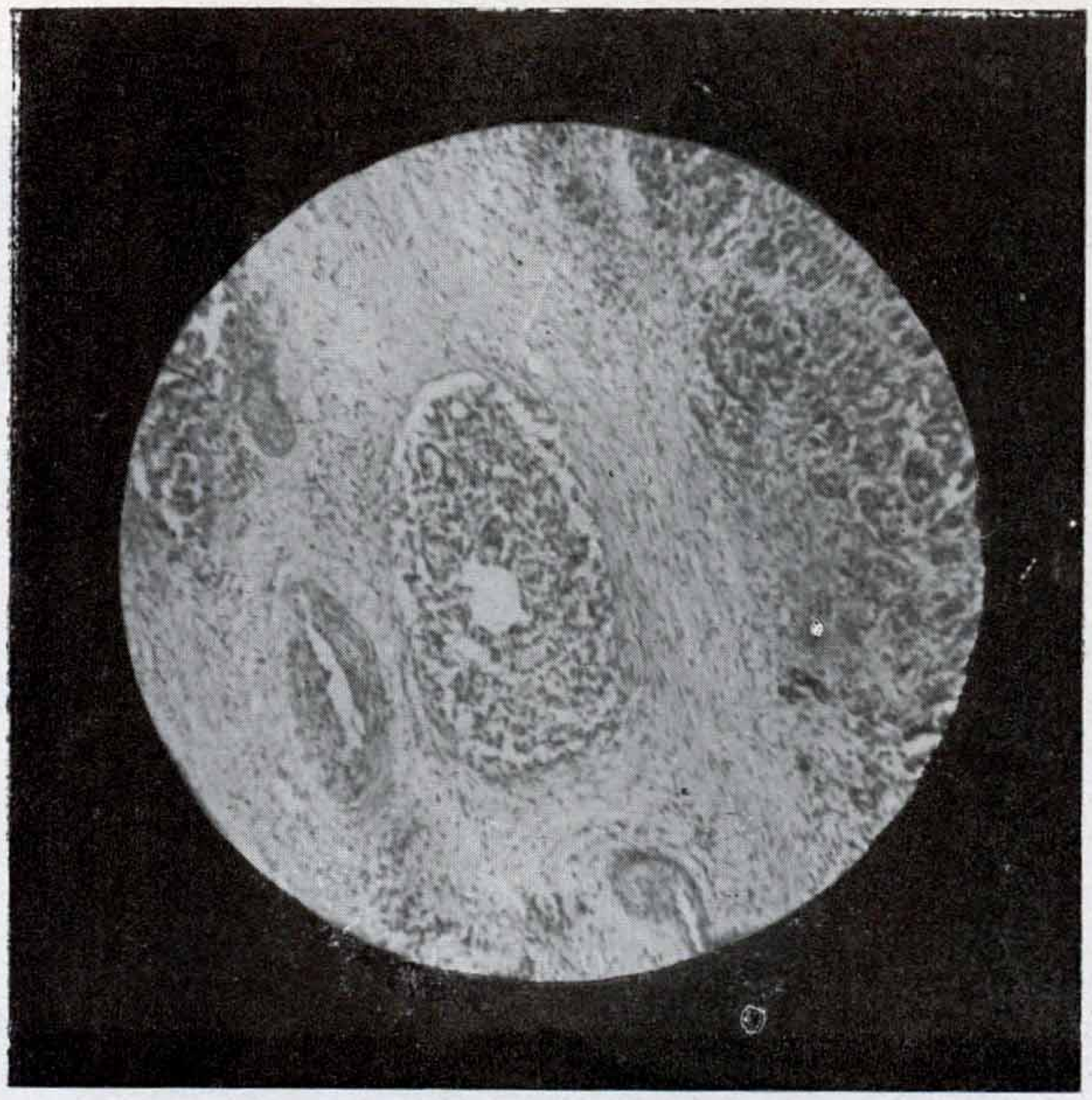
Cilindros nialogranulosos, pocas células renales, pocos leucocitos (Dessy).

Como vemos, la historia es muy pobre en hechos. Entre tanto, la grande intensidad de la ictericia y la decoloración definitiva de las materias fecales, demuestran que estamos en presencia de una ictericia por retención. Se podía pensar en una calculosis ? Los antecedentes hereditarios, aquél cólico hepático tan evidente con que se inició la enfermedad podían inducir á ello. No se podía admitir una cirrosis biliar por la normalidad de volúmen del hígado y por la decoloración constante de las materias fecales. Cierto es que el enfermo había disminuido de peso, pero sus buenas condiciones generales no podían invitarnos á pensar en una neoplasia. Al estómago y al intestino que funcionaba bien y negativos al examen objetivo, no se les podía culpar de que fueran los causantes de algún tumor que comprimiera ó hubiese infiltrado y, por lo tanto, obstruído las grandes vías biliares. A las modificaciones de volúmen de la vesícula, no podíamos pedir nin-

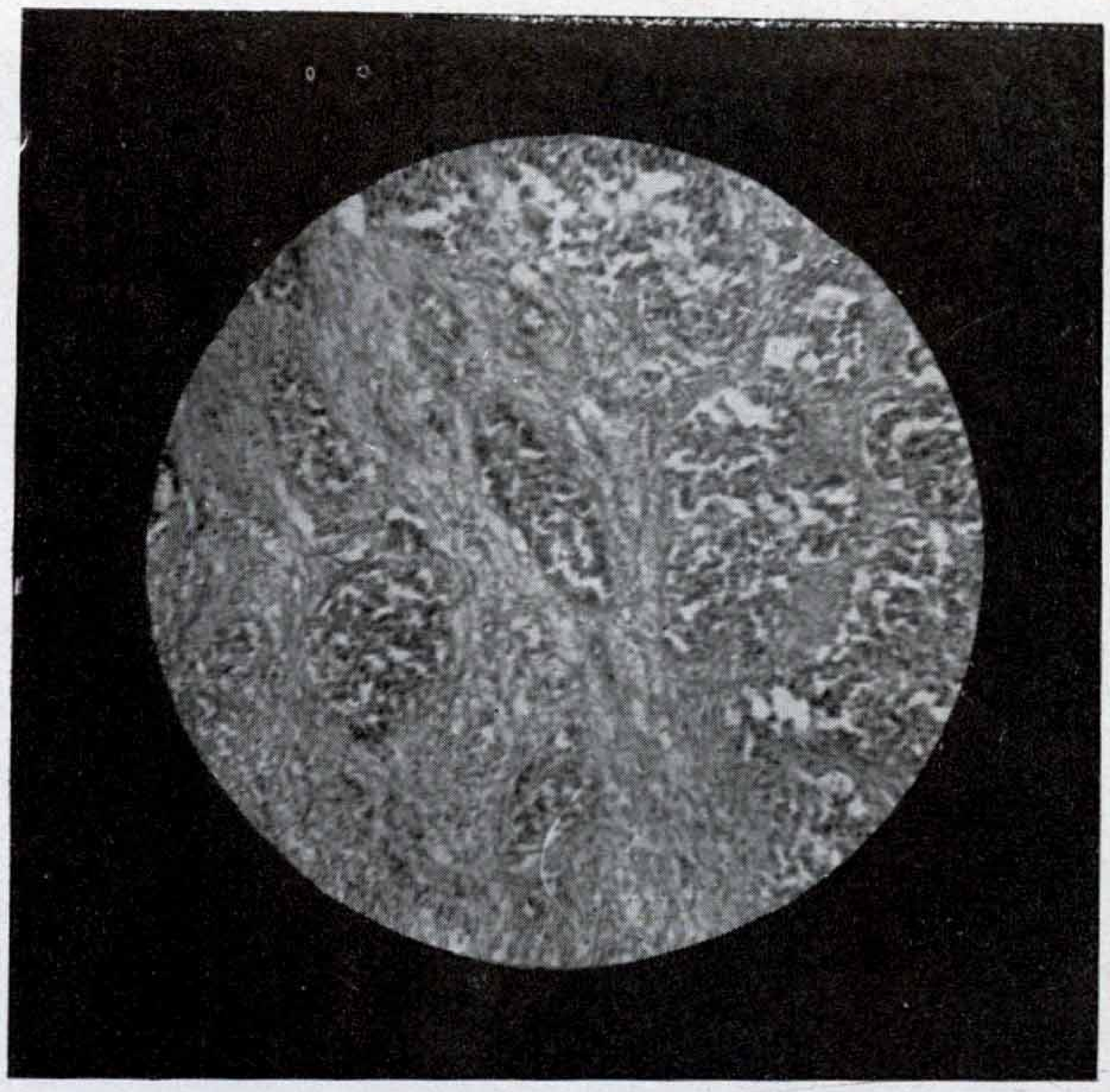
guna luz, porque su palpación era muy vaga é indecisa. Con estos elementos el servicio de Clínica Médica enviaba el enfermo al servicio del doctor Repetto y este, considerando que una intervención ya á título paliativo ó curativo estab ajustificada, resolvió proceder á una inmediata intervención.

Operación. — 30 de marzo de 1909. Operador: doctor N. Repetto, asistido por el doctor Caligiuri. Anestesia clorifórmica á cargo del doctor Girla Corbella.

Laparatomia lateral derecha en Γ Dentro de la vesícula biliar se siente un grueso cálculo. Se trata de ver y palpar el colédoco, pero es imposible por la profundidad á que se hallan los gruesos canales biliares, y por la gran cantidad de grasa. Se abre el fondo de la vesícula biliar y después de chupar con gaza cierta cantidad de mucus negruzco, denso que había dentro de ella, se extrae un cálculo único, sin facetas, del tamaño de una aceituna, translúcido y de superficie granulosa. Como no se podía ver ni palpar el colédoco — que suponíamos ocluído — se decidió incindir la vesícula laton en el cuello de la vesícula, poner algunos pues, la vesícula, á pequeños golpes de tijera siguiendo su cara inferior y á lo largo de su eje mayor: después de haber llegado muy profundamente



Microfot. 3.



Microfot. 4.

no se pudo encontrar la desembocadura del hepático ni la del colédoco : tampoco se vió salir bilis. En vista de esto, se resolvió poner una sonda de Né-
líquido incoloro de aspecto oleaginoso. Se ponen puntos de catgut para suturar la parte más profunda de la incisión vesicular y extirpar el fondo de la vesícula. Al desprender este fondo de su lecho hepático desgarróse un poco el tejido del hígado, y por la desgarradura salió abundante cantidad de un

Terminada la operación el pulso está en 75 con cuatro grandes gazas al modo de Kher y se sutura la porción vertical de la Γ haciendo salir gaza y tubo por la porción horizontal.
mal el aspecto de la ampolla de Valer, introduciéndiscreta tensión.

El paciente estuvo bien hasta las diez de la noche del día de la operación, pero á partir de ese momento se agravó su estado, subiendo el pulso hasta 140 y muriendo á las 4.30 a. m. del día siguiente, es decir, á las 19 horas después de la operación.

Autopsia. — Constitución esquelética regular ; estado de la nutrición bueno ; rigidez cadavérica conservada ; color ictérico intenso de la piel y mucosas visibles.

Se abre sólo el abdómen por oposición de la familia á la autopsia completa. En el abdómen hay un poco de trasudado teñido por bilis. Se saca con precaución de manera de conservar las relaciones anatómicas, el hígado junto con el estómago, el duódeno y el pancreas. Este último aparece duro y cirrótico, especialmente en la región de la cabeza, que se adhiere íntimamente á los grandes conductos biliares. Abierto el duódeno se encuentra normal el aspecto de la ampolla de valer, introduciéndose con facilidad una sonda hasta una relativa profundida, resultando el colédoco libre, saliendo la sonda teñida de bilis.

El colédoco mide cerca de cuatro centímetros de largo por cuatro ó cinco milímetros de ancho, estando todo envuelto por tejido pancreático esclerosado .El cístico tiene cuatro centímetros de largo, provisto de numerosas válvulas y conserva su diámetro normal. Está fuertemente comprimido por el hepático y se halla el canal cístico y el cuello suturado. El hepático se muestra muy dilatado, teniendo la dimensión de una ansa del tenue. Esta dilatación tiene una forma netamente cónica, con el vértice hacia la desembocadura del hepático en el colédoco y la base en el hígado : aquí la dilatación se continúa en los vasos biliares, que están transformados en verdaderas cavidades llenas de un

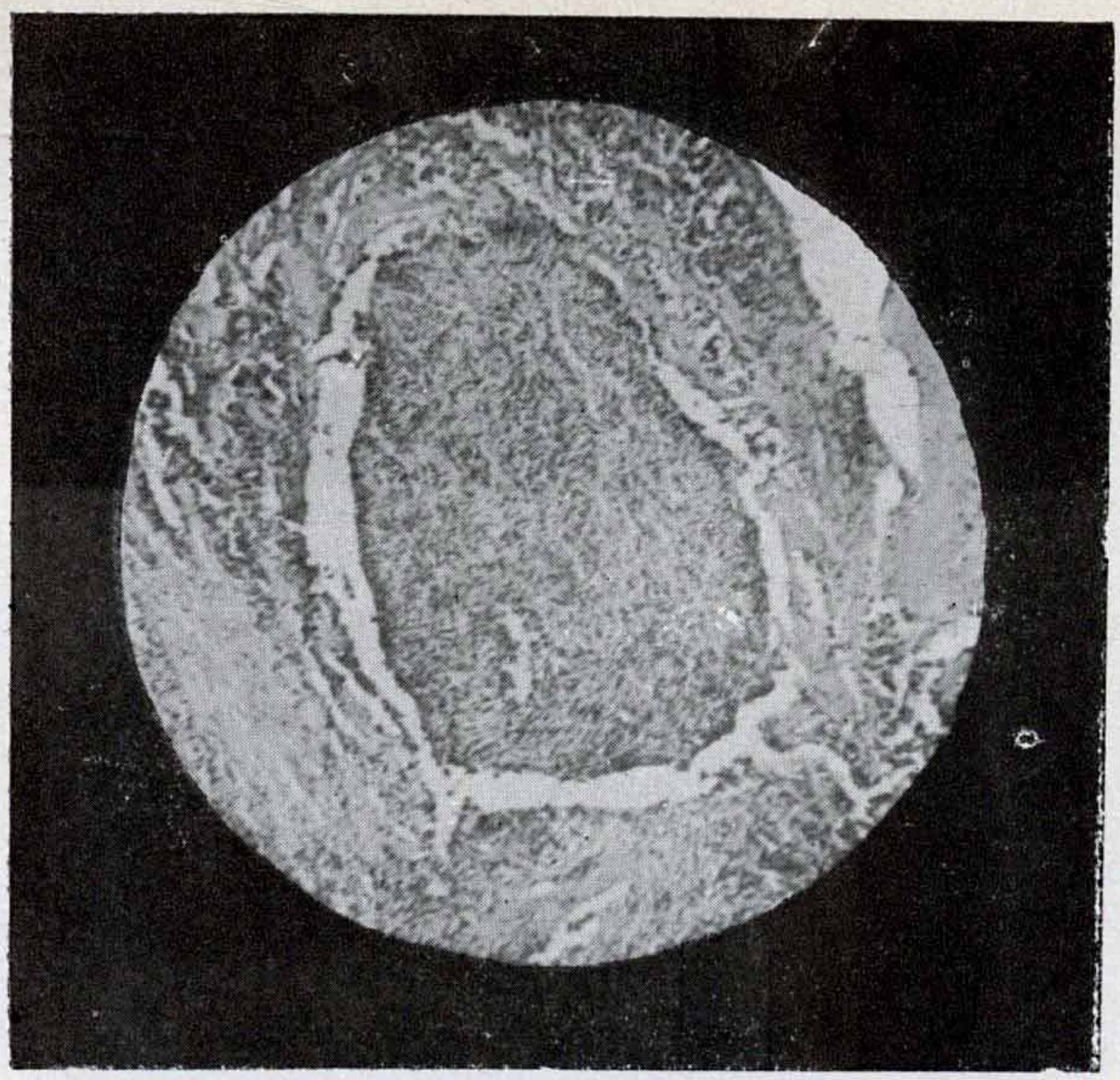
líquido incoloro, oleaginoso. Al lecho de la vesícula viene á terminar una de estas ramificaciones dilatadas del conducto hepático, que fué la que se abrió, durante la operación, dando salida al líquido. En el punto que corresponde á la desembocadura del hepático, en el colédoco, se observa una estrechez callosa, dura, debida en parte á un espesor mayor de la mucosa, que tiene un aspecto tomentoso, y en parte á procesos escleróticos mucosos y submucosos. No se encuentran cálculos en el hepático ni en el hígado. Por arriba de la estrechez no hay nada que llame la atención sobre el estado de la mucosa, que aparece lisa y fuertemente impregnada de bilis. También normal es el aspecto de la mucosa del colédoco y del cístico. El hígado es pequeño y duro por procesos de cirrosis biliar. Las glándulas del híleo del hígado se presentan normales.

Examen histológico. — Diversos trozos se fijan en alcohol, formol, bicloruro de mercurio : inclusiones en parafina. Coloraciones de los cortes con emalumbre y purpurina. Método Van Gieson para el tejido conjuntivo. Método Weigert á la resorcin-fuchsina para las fibras elásticas.

La sección en examen corresponde al punto en que

desemboca el conducto hepático en el colédoco, es decir, al punto que macroscópicamente se presentaba estenosado y endurecido.

Histológicamente se constata un espesamiento uniforme de la mucosa debido á tejido conjuntivo y á elementos glandulares neoformados (microfot. 1 y 2) que existen diseminados en esa región en gran cantidad. El conectivo está formado por haces irregularmente distribuídos, de sutiles fibrillas, ricas en núcleos alargados : en muchos puntos el aspecto fibrilar se hace más evidente por edemas que dan al tejido aquí y allá un aspecto mixomatoso (microfot. 3). Es muy notable la infiltración de todo el tejido conectivo, por pequeñas células redondas : en algunos puntos esta infiltración es mucho más intensa, especialmente en la parte más próxima á la luz del tubo. Aquí y allá se observan procesos regresivos en el conectivo, que se empobrese en núcleos y hasta llega á asumir un aspecto hialino. El elemento glandular neoplásico se destribuye diversamente en los varios puntos de la sección : en algunos puntos es escaso y predomina muchísimo el elemento conectival, que ocupa casi la totalidad del espesor de la mucosa, mientras que los elementos epiteliales aparecen relegados á las capas más periféricas. Sin embargo, en general el elemento epitelial es abundante (microfot. 2) y forma cavidades sumamente



Microfot. 5.

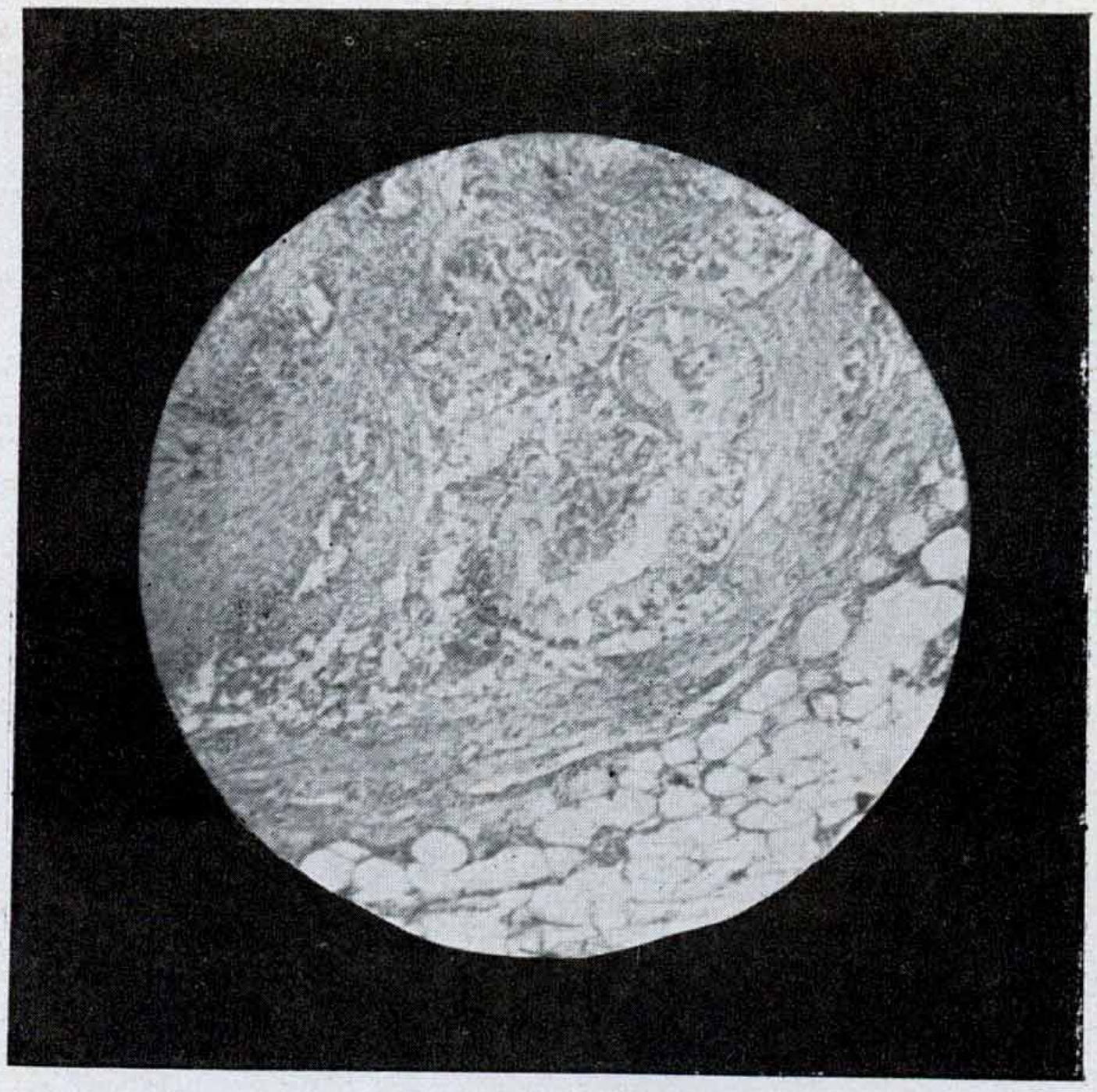
Microfot. 6.

irregulares y ramificadas, revestidas de un epitelio cilíndrico, más ó menos alto, con núcleo basal y protoplasma muy abundante y de contornos en general confusos. El interior de estas cavidades está casi siempre ocupado por epitelios caídos á causa de procesos degenerativos ; en otros casos el revestimiento epitelial se invierte, formando así como circonvoluciones ó formaciones pseudo-papilares. Se encuentran, además, (micof. 4) verdaderos nidos celulares, á veces muy extensos, en los cuales es imposible demostrar una disposición glandular. Todas estas formaciones ocupan, no sólo el espesor de la mucosa, sino que también invaden toda la pared fibro-muscular, y las encontramos, también, en la superficie del pancreas, al cual el conducto se adhiere íntimamente (microf. 3).

En el corte figuran uno al lado del otro, el hepático y el colédoco ; en la mucosa de este encontramos lesiones casi iguales á las que hemos hallado en la mucosa del hepático ; también aquí numerosas neoformaciones glandulares y pseudo-glandulares invaden todo el espesor de la mucosa, y solo aquí y allá, se observan elementos glandulares normales, propios de la vías biliares, más ó menos alterados. Abundantes son también los nidos epiteliales sólidos y muy notable la infiltración parvicelular en toda la mucosa. En el *eperon* de confluencia del cís-

tico con el hepático, los elementos neoplásicos invaden todo el espesor de las paredes de los dos conductos, haciendo prácticamente imposible una delimitación entre ellos. El cístico, hacia el lado de la vesícula, no presenta alteraciones neoplásicas. En el tejido peripancreático, en las inmediatas cercanías del hepático con el colédoco, existen nidos neoplásicos sólidos bastante numerosos : también hemos observado invasiones neoplásicas de los linfáticos, alrededor de una rama nerviosa y, además, unas pequeñas metástasis en el espesor de la misma (microf. 5). En un punto del tejido peripancreático existe una metástasis, visible á simple vista, y grande como una semilla de cáñamo, redondeada, envuelta en una cápsula fibrosa y constituída por abundantes elementos neoplásicos, sumergidos en un estroma conjuntivo denso. Las microfotografías 6 y 7 dan una idea bastante clara de este nódulo.

En el pancreas se observan procesos de esclerosis, bastante avanzados ; no solamente está aumentado el tejido conjuntivo interacinoso, sino que emite también prolongaciones, á veces muy grandes, hacia el interior de los ácinos glandulares, cuyo elemento noble sufre alteraciones regresivas que llegan en ciertos puntos hasta la necrosis. La infiltración parvicelular es muy abundante, especialmente en la periferia de los ácinos.



Microfot. 7.

Las alteraciones del hígado no presentan nada de especial y son las que se suelen observar en los casos de éxtasis biliar, fuerte y prolongada.

JULIO C. LENCIONI

BIBLIOGRAFÍA

Ai Pepere. — I tumori del fegato e delle vie biliari. Napoli, 1902.

E. Lancereaux. — Maladies du foie, 1899.

Chouppe. — Cancer voies biliaires. Bulletin Societé anat., 1872.

Bridge. — Scirrhus of the commun. bile dect. Chicago 1877.

Remy. — Cancer primitif, voies biliaires. Bulletin Societé anat., 1875.

Ortez y Coffigny. — Epitelioma vías biliares. Crónica Méd., Habana, 1879.

Devic et Gallavardis. — Cancer prim. canaux biliaires. Revue de Médicine, 1901.

Fazio. — Cancro primitivo vie biliari Gior. internazionale scienze med., 1887.

Scagliosi. — Sul carcinoma delle grandi vie biliari. Riforma Médica, 1904.

Hesper. — Diss. Bonn, 1893.

Miodowiski. — Arch. gén. de méd., 1902.

Homen. — Cent. blatt f. allg. Path., 1894.

Stiegele. — Diss. München, 1896.

P. Claisse. — Cancer primitif voies biliares. Presse Méd., 1897.

Howald. — Dieprimären karzinome des ductus-choledochus und hepaticus, In. Diss. Ber, 1890.

Ingelrans. — Cancer primitif canal hépatique. Arch. génér. de Méd., 1902.

Pirrone. — Adenoma del condotto épatico. Rif. Med., 1903.

Rocco. — Ueber das primäre metastatische karzinom in ductus hepaticus. In Diss. Basch, 1905.

Schulze. — Ein fall primären karzinom des ductus hepaticus. In Diss. Leipzig, 1900.

Patel. — Neoplasme voies biliaires. Lyon Médical, 1902.

Lacène et Pagniez. — Cancer voies biliaires. Arch. de Méd., 1901.

Gazette des Hôpitaux,, 1908.

Planteau et Cochez. — Cancer yuxta-hépatique voies biliares. Revue de Méd., 1903.

Schuppel. — Handbuch von Ziemmsen, 1878.

Garbarini. — I tumori maligni del fegato e vie biliari, 1907.

Mougour. — Maladies de foie et voies biliares, 1905.]

Cardarelli. — Lezioni sulle malattie del fegato e vie biliari, 1890.

Ygnatieff. — Echinokok ductus hepatici. Med. Obrogr., 1888.

Ferrier Auvray. — Chirurgie du foie et voies biliaires, 1901.

Pantaloni. — Chirurgie du foie et voies biliares, 1901.]

Tuffier. — A'propos de la chirurgie du canal hépatique. Bull. et Mem. Soc. Chir., París, 1905.

A. Ayerza. — Quiste hidatídico abierto en el canal hepático. Revista Soc. Médica, 1901.

Kehr. — Resection des ductus choledochus und hepaticus — Munch. Med. Woch 1903.

Boudoin. — Les operations nouvelles sus les voies biliaires — Inst. inter. bibliog. 1897.

Bouvier. — Drainage du canal hépatique París - Thése 1905.

Buenos Aires, Marzo 16 de 1910.

Nómbrase al señor Consejero Dr. Luis Güemes, al profesos titular Dr. Ignacio Allende y al profesor suplente Dr. Armando R. Marotta, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tésis, de acuerdo con el Art. 4.º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón.

R. S. Gómez.
Secretario.

Buenos Aires, Marzo 21 de 1910.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta N.º 2117 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón.

R. S. Gómez.
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I.

Sintomatología de los tumores de las vías biliares.

L. Güemes.

II.

En la coincidencia del cáncer y litiasis cual es causa y cual es efecto ?

I. Allende.

III.

Debe tenerse en cuenta el quiste hidático en el diagnóstico de las obstrucciones del canal hepato colédoco ?

A. R. Marotta.