



915

N.º 3010

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**PANCREATITIS CRÓNICA
SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

DOROTEO DRAKE

Ex-practicante menor y mayor del Hospital Alvear (1912-1913-1914-1915)

Ex-practicante menor y mayor de la Asistencia Pública de La Plata (1913-1914)



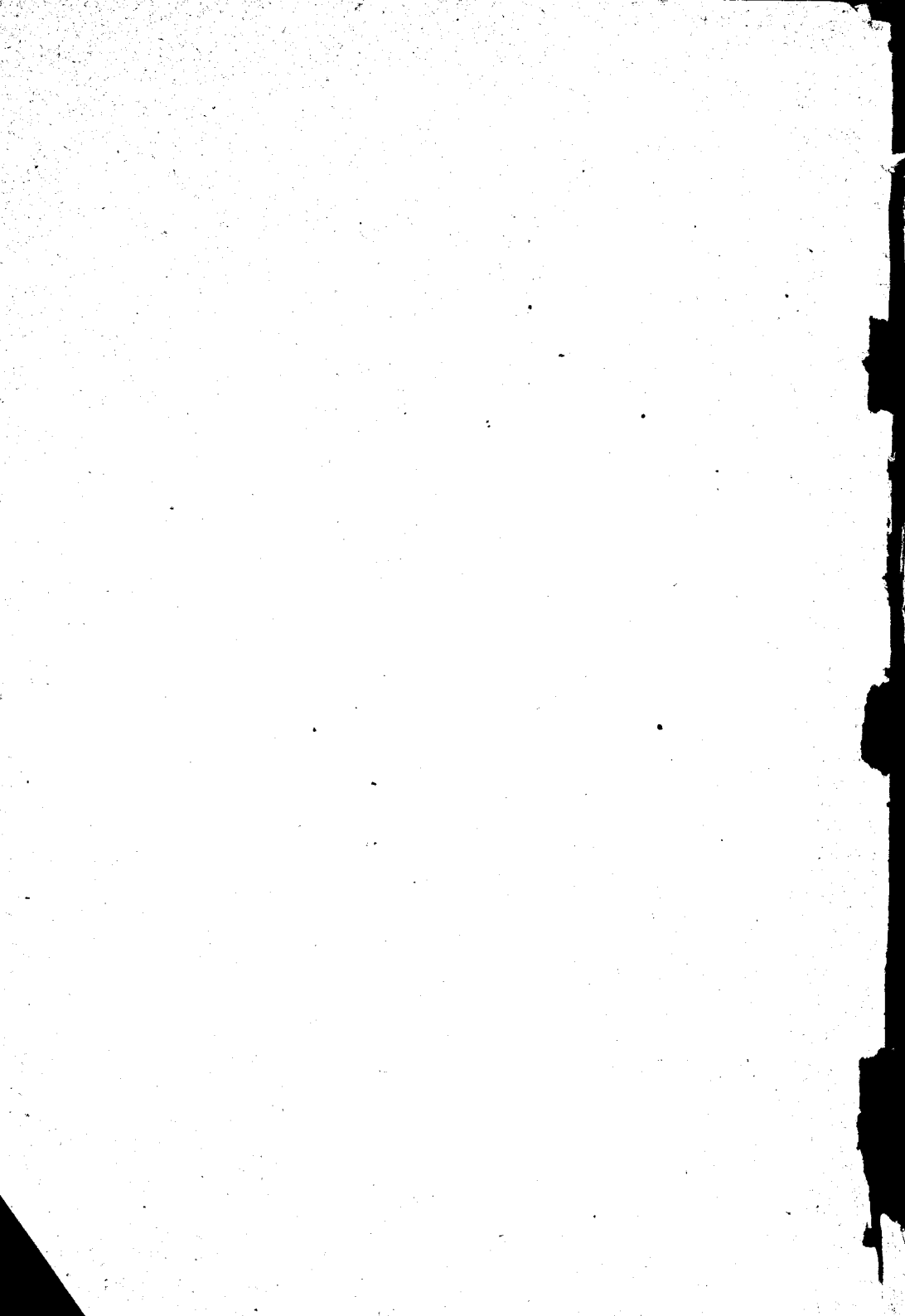
BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

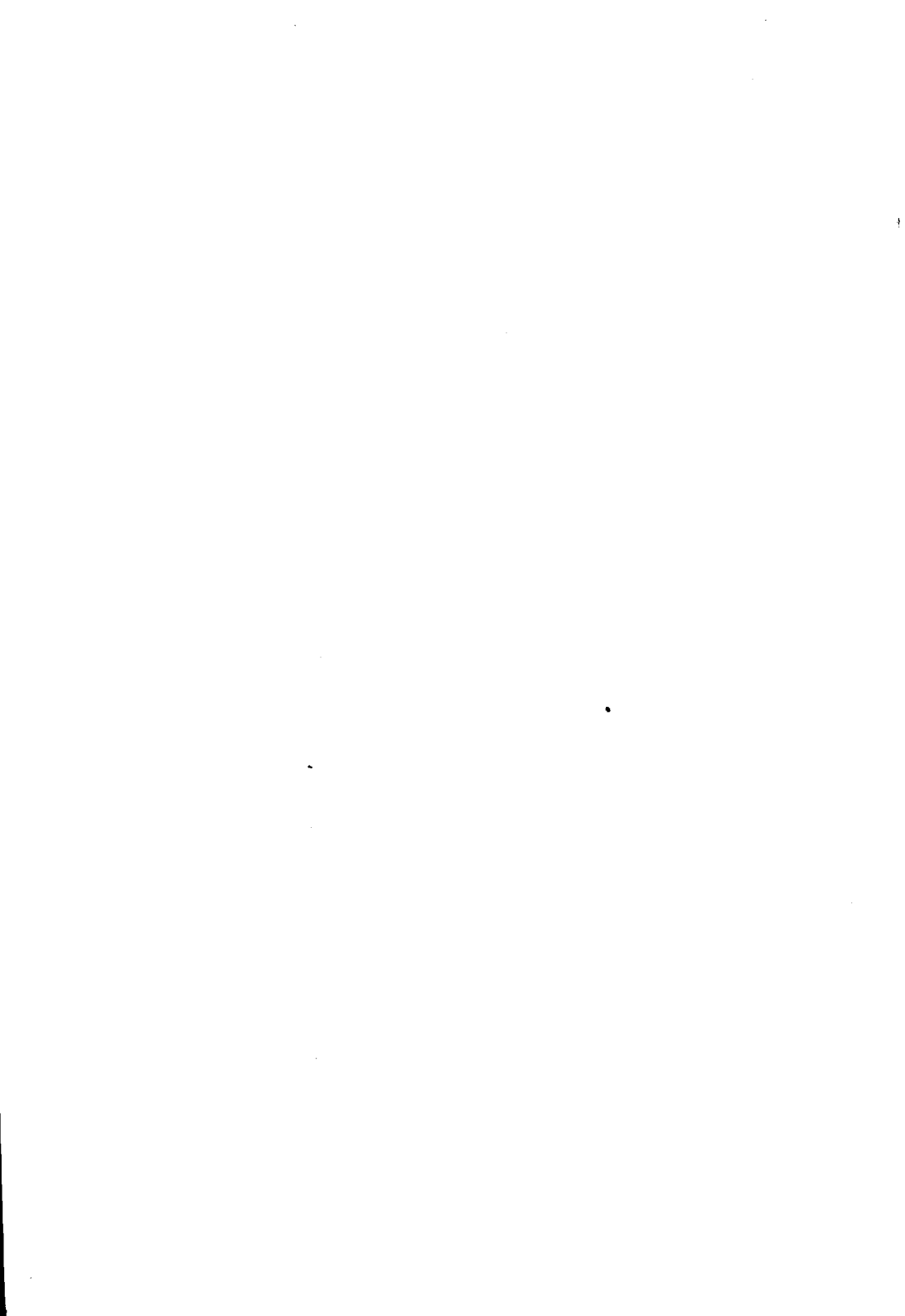
845 — Junin — 845

1915

Max B. 16.15



PANCREATITIS CRÓNICA
SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO



Año 1915

N.º 3010

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PANCREATITIS CRÓNICA
SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

TESIS

PRESENTADA PARA OBTENER AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

DOROTEO DRAKE

Ex-practicante menor y mayor del Hospital Alvear (1912—1913- 1914—1915)

Ex-practicante menor y mayor de la Asistencia Pública de La Plata (1913—1914)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 — Junio — 845

1915

Handwritten notes:
1915
16/15

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F

•

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » PEDRO LAGLEYZE
5. » » JOSE PENNA
6. » » LUIS GÜEMES
7. » » ELISEO CANTÓN
8. » » ANTONIO C. GANDOLFO
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » DANIEL J. CRANWELL
11. » » HORACIO G. PIÑERO
12. » » JUAN A. BOERI
13. » » ANGEL GALLARDO
14. » » CARLOS MALBRAN
15. » » M. HERRERA VEGAS
16. » » ANGEL M. CENTENO
17. » » FRANCISCO A. SICARDI
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » DESIDERIO F. DAVEL
21. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » ABEL AYERZA
24. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

- DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. PEDRO LACAVERA

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZFERRICA
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BORRI

» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURANAÑA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada ...	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos }	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPEKONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica .	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALLIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CARLOS DELFINO
	{ » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTUR
Clínica Neurológica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN
	{ » MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	{ » BENJAMÍN T. SOLARI
	{ » JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica	" GUILLERMO SEEBER
Histología	" JULIO G. FERNÁNDEZ
Anatomía descriptiva	" EUGENIO A. GALLI
Fisiología general y humana	" FRANK L. SOLER
Bacteriología	" ALOIS BACHMANN
Higiene médica	" FELIPE JUSTO
	" MANUEL V. CARBONELL
Semiología	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anatomía patológica	" JOAQUÍN LLAMBIAS
Materia médica y terapéutica	" JOSÉ MORENO
Medicina operatoria	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología externa	" CARLOS ROBERTSON
	" FRANCISCO I. CASTRO
Clinica dermato-sifilográfica	" NICOLÁS V. GRECO
> génito-urinarial	" PEDRO L. BALIÑA
	" BERNARDINO MARAINI
	" JOAQUÍN NIN POSADAS
> epidemiológica	" FERNANDO R. TORRES
Patología interna	" PEDRO LABAQUI
	" LEÓNIDAS JORGE PACIO
	" PABLO M. BARRARO
Clinica oftalmológica	" ENRIQUE B. DEMARÍA
	" ADOLFO NOCETTI
> oto-rino-laringológica	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" ARMANDO R. MAROITTA
> quirúrgica	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" JOSÉ M. JORGE (H.)
	" JOSÉ ARCE
	" ROBERTO SOLÉ
	" PEDRO CHUTRO
	" JUAN JOSÉ VIFÓN
	" PABLO MORSALINE
	" RAFAEL BULLRICH
Clinica médica	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" JOSÉ DESTÉFANO
	" JUAN R. GOYENA
> pediátrica	" MANUEL A. SANTAS
	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
> ginecológica	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
> obstétrica	" ARTURO ENRIQUEZ
	" ALBERTO PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. BRONGE
	" JUAN B. GONZÁLEZ
	" JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
Medicina legal	" JOAQUÍN V. GNECCO
	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTÁ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Catedráticos titulares

Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	DR. JULIO J. BATTI
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 farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Técnica farmacéutica.....	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA » PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas ..	
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS » LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	
Química inorgánica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ » ANGEL SABATINI



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año.....	» LEON PEREYRA
3 ^{er} año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO GUARDO

Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc..... Vacante

Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

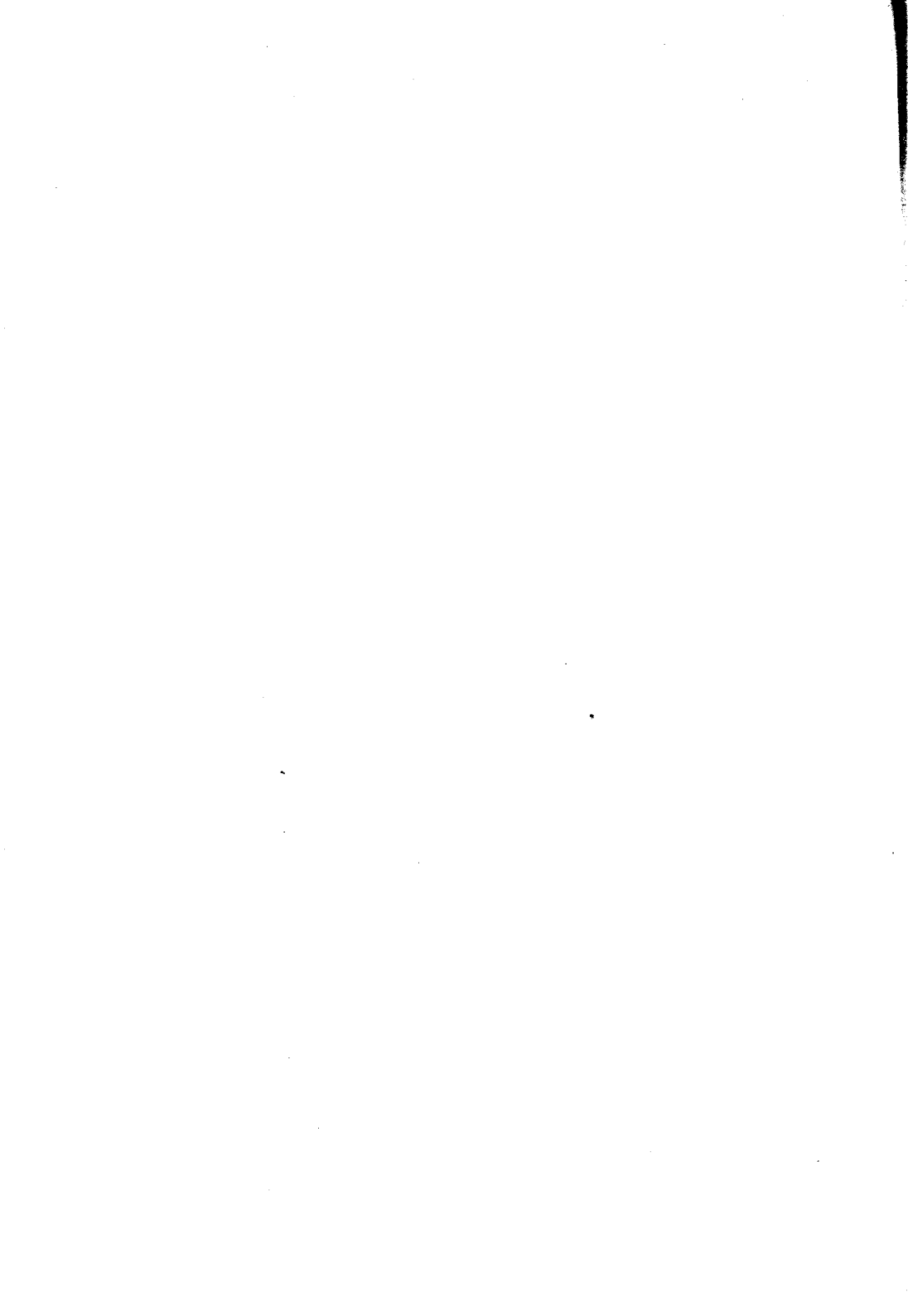
Puericultura..... Vacante

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Clinica Obstétrica..... DR. J. C. LLAMES MASSINI
(encargado del curso del 1er año)

» » » UBALDO FERNANDEZ
(encargado del curso de Puericultura)



PADRINO DE TESIS

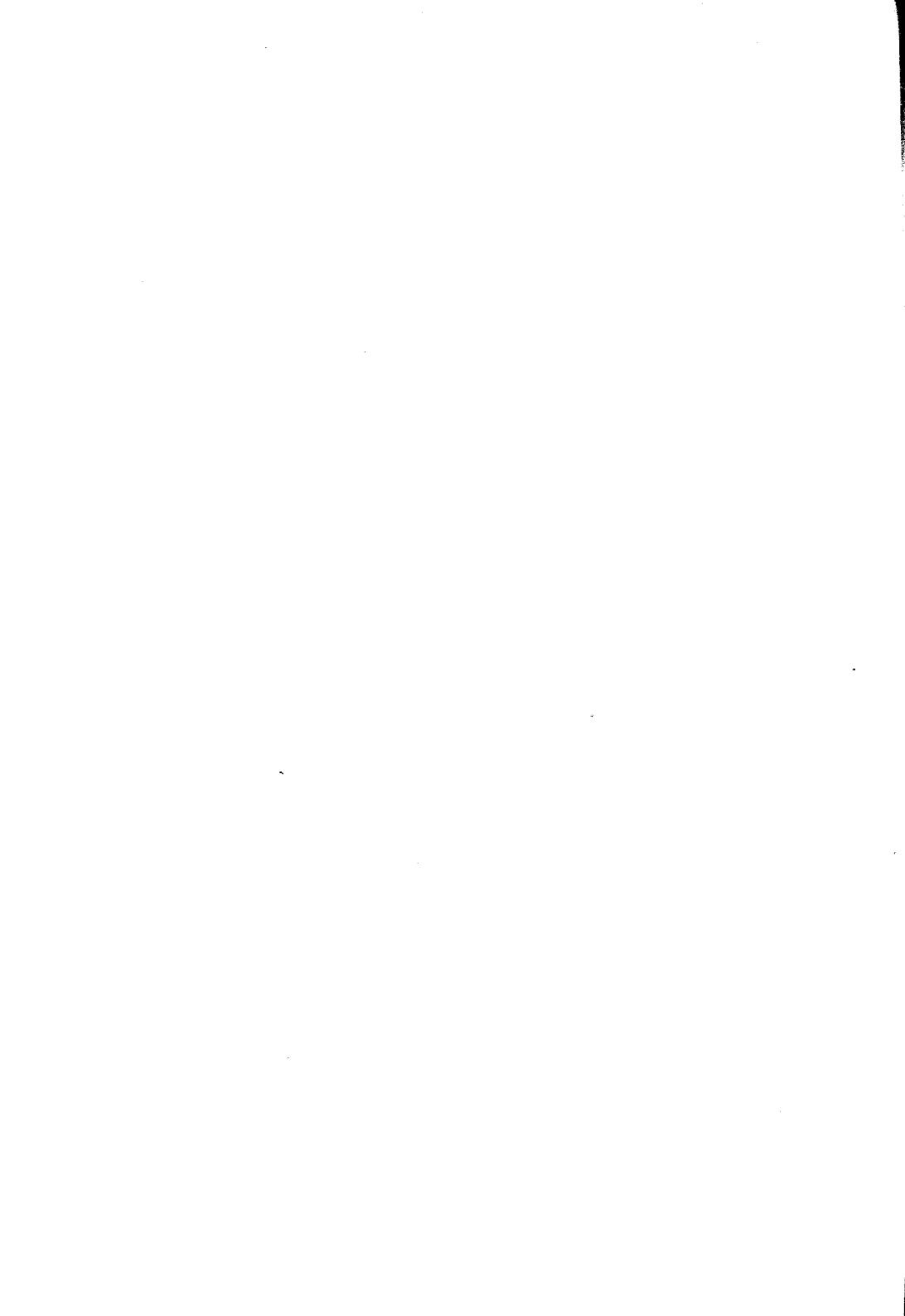
DR. OSCAR COPELLO

Jefe del Servicio de Cirugía de la sala V del Hospital Alvear

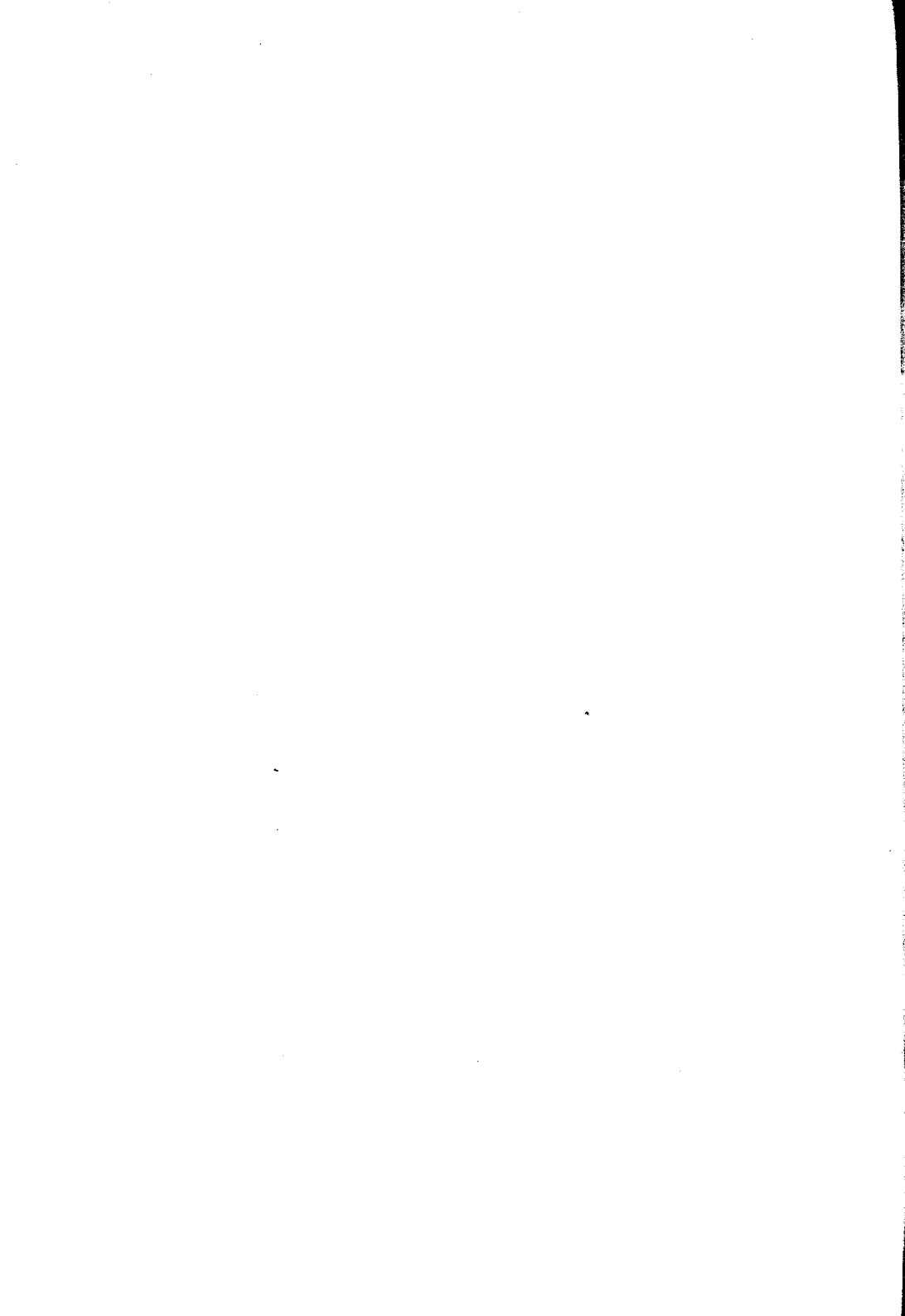


A LA MEMORIA DE MI PADRE

Y DE MI HERMANA MERCEDES

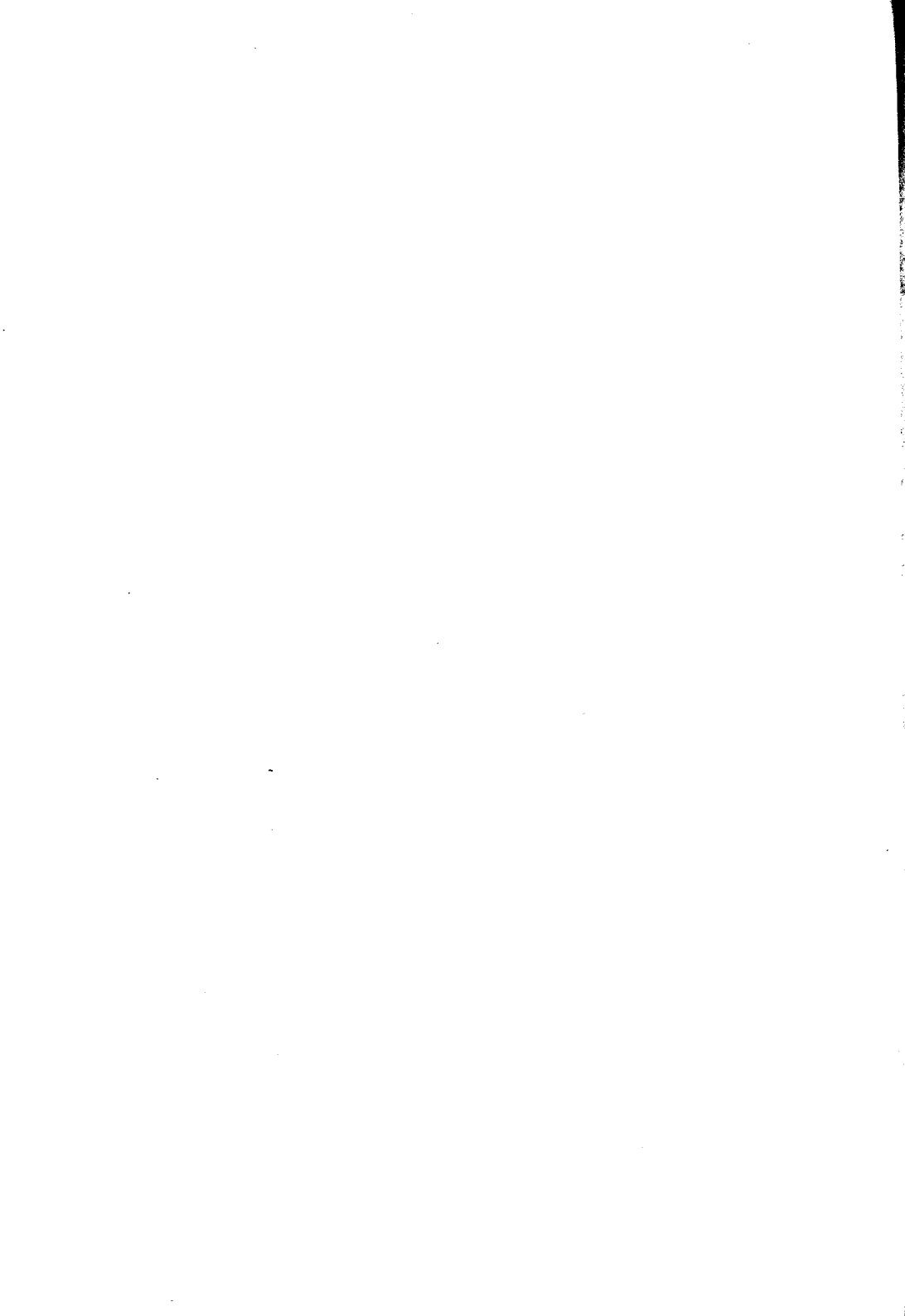


A MI BUENA MADRE



A MI HERMANA JUANA

CON TODO CARIÑO



Á LOS DOCTORES

ERNESTO ACCAME

NICOLAS ROSSO

JUAN GAMBA

ARMANDO ZAMUDIO

JOSÉ CAVALLO

JUAN CARLOS RECALDE CUESTAS

JUAN OXILIA

CARIÑOSAMENTE



SEÑORES ACADÉMICOS :

SEÑORES CONSEJEROS :

SEÑORES PROFESORES :

Con el respetuoso acatamiento que la ciencia impone, tengo el honor de presentar á vuestra elevada consideración este trabajo que finaliza mi situación de alumno.

Modesto, bien simple y que exige de vosotros más que la estrictez analítica de su complexión, un juicio benévolo, desde que es el producto indisciplinado, de quién por primera vez trata de ordenar unos capítulos.

Antes de abandonar esta casa cuna de tantos prestigios médicos y ciudadanos, quiero agradecer vuestra generosa acción educativa y al mismo tiempo presentaros el homenaje de mis respetos.

A vosotros médicos del Hospital Alvear, muchas gracias!

No necesito disertaciones abundantes para justificar ni para exteriorizar un sentimiento de gratitud que de suyo justo pugna por salir: es que,—precisamente al lado de vosotros, en esa íntima correspondencia de afanes—mezcla del deseo de saber y de la satisfacción humana de aliviar, tan propios de ese medio hospitalario, en que se labran reputaciones y se cosechan amistades—he formado mi bagaje de médico-práctico. Poco antes de abandonar el hospital, el decano de sus médicos, nos despedía con palabras de estímulo y de cariño que han comprometido nuestra hidalguía en pro de la verdad—virtuosamente sostenida con fô y honrandez profesional—solemne es el empeño de nuestra palabra.

Al doctor Oscar Copello —caballero y maestro— de quien recibí muchísimas atenciones, siendo su practicante y que me honra como padrino de tesis, acompañándome en este acto, doblemente agradecido.

Para mis compañeros de internado y para todos aquellos que con migo participaron de las alternativas, lógicas en nuestra esfera, por éxitos estudiantiles ó por la imagen espectral de exámenes próximos. Ya lo sabéis, cómo se sufre!, mi más sincero recuerdo—con ellos se fortalecía el alma y se abría el corazón.

CAPITULO I

ANATOMIA TOPOGRAFICA DEL PANCREAS Y DE LA REGION FERI-PANCREATICA

El páncreas es un anexo del tubo digestivo, en relación inmediata con el duodeno, situado transversalmente delante de la pared posterior del abdomen, por detras del estómago al cual separa de esta pared, órgano extra-peritoneal, se encuentra á la altura de la primera y segunda lumbar. Abierto el vientre no aparece enseguida, debe para descubrirse descender el estómago previa sección del epiplón gastro-hepático ó mejor aún levantar el estómago por su gran curvatura después de practicar la sección del gran epiplón. Aparece el páncreas entonces bajo la forma de una glándula alargada, de 15 centímetros más ó menos de longitud con un

peso medio de 70 gramos, de consistencia firme con lobulaciones irregulares, de color blanquecino cuando está en reposo y con una coloración rosada en los periodos de actividad funcional. Conviene á nuestro estudio considerarlo en sus distintas porciones: *cabeza, cuerpo y cola*.

La primera porción ó cabeza se halla comprendida en el hueco que forma el asa del duodeno, es la parte de mayor volumen del órgano; continúa á ésta una porción más delgada que se llama cuello y enseguida por detras del estómago y hacia la izquierda sigue el cuerpo, que es de forma prismática triangular, más ó menos aplastada con su extremidad final, delgada y afilada constituyendo la cola, en relación con el bazo en muchos sujetos.

El páncreas está fijo á la columna lumbar por su cara posterior por medio de un tejido célula-adiposo, en tanto que su cara anterior es libre y se halla recubierta por el peritoneo.

La forma y relaciones de las distintas partes del páncreas deben estudiarse separadamente, en razón de su importancia patológica, pues hay síntomas que están íntimamente ligados á esa disposición anatómica y aunque breve trataré de esbozar lo que verdaderamente tenga alguna importancia.

Cabeza del páncreas.—Llamada más comunmente extremidad derecha ó duodenal, es plana, achatada estando abrazada por el anza duodenal; bastante

maleable de ahí sus distintas formas, comparadas según los casos á un talón, á un martillo, á una escuadra etc. Se la divide en dos partes: una vertical, la otra horizontal.

La vertical en relación con la segunda porción del duodeno, se le llama también páncreas vertical, pequeño páncreas, páncreas de Winslow, gancho etc. Es variable según los sujetos, apenas desarrollado en algunos, otras veces, siendo de interés anatómico-clínico por eso lo cito, está dispuesto rodeando á la vena mesentérica superior que reposa entonces sobre un lecho glandular y en casos de cirrosis pronunciada del órgano constriñe á este vaso como pasaba en un caso operado por Mayo Robson y en el cual agregada á la sintomatología que daba la insuficiencia de la glándula, se habían desarrollado signos de hipertensión venosa.

En un caso citado por Paul Carnot esta porción del páncreas tiene una longitud de doce centímetros en su porción vertical, en tanto que su rama horizontal muy corta apenas alcanzaba á diez centímetros.

Las relaciones de la cabeza son ante todo duodenales, el intestino abraza, puede decirse, esta parte de glándula; el borde de su porción vertical es espeso y marcado por una especie de gotera donde calza el intestino: igual aspecto presenta la parótida en el borde relacionado con la rama ascendente

del maxilar inferior para el cual tiene un lecho labrado en pleno parénquima.

El páncreas se prolonga á veces por detrás de la primera porción del duodeno (prolongación retro-duodenal); y hay casos en que la cabeza del páncreas rodea por completo al duodeno en su porción vertical (páncreas anular citado por Ecker, Sandras, etc.), llegando á producir en casos de esclerosis una estenosis subpilórica.

El duodeno y la cabeza del páncreas son por otra parte, aplicados y mantenidos contra la pared posterior por el pasaje delante de ellos del peritoneo parietal; la unión duodeno-pancreática es tal que en los casos de ptosis gastro-duodenal, la cabeza pancreática enclavada sigue al anza duodenal desplazada y se le puede encontrar en esos casos frente á la quinta lumbar (caso de Schieffendecker), al nivel del ombligo (Charpy) encontrándose el resto de la glándula en su sitio normal.

Las relaciones anteriores de la cabeza determinan varias consecuencias clínicas; recubierto por el peritoneo como se ha dicho y cruzado horizontalmente por el meso-colon transverso la cara anterior está en relación con diferentes vasos (arteria gastro-duodenal y sus ramas, arteria cólica superior derecha): el colon transverso no recubre casi, más que el ángulo infero-externo: en íntima relación con el estómago, sobre todo en su porción pilórica, cuya

impresión lleva gravada. Por su cara posterior como se ha dicho antes, no está recubierto de peritoneo sino por un tejido conjuntivo-adiposo que rodea y penetra en la glándula y relacionándola con los vasos especialmente con la vena porta y sus ramas (mesaraica mayor y vena esplénica). La vena mesaraica se halla alojada en un surco á veces muy profundo, labrado en el borde inferior de la glándula y que generalmente pone límite entre la cabeza y el cuerpo de la glándula.

Muchas veces la vena porta se constituye un profundo surco en el páncreas y en ciertos casos un verdadero túnel, refiere P. Carnot un caso semejante, en el cual el tejido pancreático, muy indurado constituía un anillo completo alrededor de la vena porta y provocaba manifiestamente á este nivel un extrangulamiento del vaso, dando como resultado una hipertensión portal con su ascitis correspondiente, bazo grande, etc.

El canal colédoco igualmente recorre la cara posterior del páncreas alojándose en un verdadero surco y otras veces en una especie de túnel o anillo como quiera llamársele. Helly ha estudiado las relaciones exactas del colédoco y la cabeza del páncreas. Este autor ha observado que la extremidad inferior del colédoco está en contacto con la glándula en una extensión que oscila entre 2 y 7 centímetros; en el 37 $\frac{0}{10}$ de los casos examinados por Helly,

el conducto estaba situado en un canal de la cara posterior del páncreas: en el 62 % estaba completamente rodeado por substancia glandular. Corresponde esta disposición con las observaciones de varios autores que han hecho estudios al respecto (Bunger, Keen Moynihan, etc.). En esa gotera pancreática el colédoco está en contacto con el canal de Wirsung, vía excretora del páncreas. Juntos al llegar á la segunda porción del duodeno se abren en un reservorio común que precede á la ampolla de Vater.

De esa relación tan estrecha del canal colédoco con la cabeza del páncreas resultan hechos clínicos importantes: así las alteraciones de este segmento glandular provocan la obstrucción del colédoco y consecutivamente una ictericia por retención. Es común, en efecto, que el cáncer de la cabeza del páncreas y á veces las pancreatitis crónicas con induración de esa porción, sean caracterizadas por el síndrome de la retención biliar. Entre las otras relaciones mencionaremos la existencia de linfáticos y ganglios que muchas veces completan la gotera del colédoco y que infartados pueden ser causa de obstrucción parcial de dicho canal y dar un ligero tinte sub-ictérico al paciente. Anátomo-patológicamente esta es la verdadera porción del páncreas que tiene importancia para nosotros, pero no podré

prescindir de una breve relación de las otras porciones del órgano, que trataré juntas:

Cuerpo y cola del páncreas.—El cuerpo es prismático triangular y va decreciendo suavemente de derecha á izquierda hasta terminar en una extremidad afilada que corresponde á la cola y que está relacionada por lo general con el hilio esplénico. Su borde superior está recorrido por la arteria esplénica que presenta un trayecto muy tortuoso y por detrás de ella, un poco más abajo, se encuentra la vena esplénica. A lo largo del borde inferior tiene lugar la inserción del meso-colon transversal. Las relaciones de la cara anterior tienen lugar por intermedio de la retrocavidad de los epiplones; ésta que constituye una cavidad serosa interpuesta entre el páncreas y el estómago permite la movilidad de éste último órgano y su deslizamiento en los movimientos de repleción: su importancia en patología pancreática, proviene de que las colecciones quísticas, sanguíneas ó purulentas del páncreas, se hacen frecuentemente en la retrocavidad, previa ruptura de la lámina peritoneal que lo recubre. Michel (de Nancy) experimentalmente lo ha logrado por medio de inyecciones de gelatina en dicha cavidad, ha conseguido reproducir la forma y repartición particular de estas colecciones peri-pancreáticas.

Canales de excreción pancreática.—Están constituidos por un canal axil, canal de Wirsung desde el

cual parten en ángulo recto los canales de segundo orden. El conducto principal desemboca en el duodeno al nivel de la ampolla de Vater; paralelamente en su extremidad duodenal corre un canal accesorio que va un poco por arriba del principal hasta desembocar en el duodeno independientemente del otro en la pequeña carúncula, tratase del canal accesorio de Santorini.

Los canales secundarios son generalmente verticales y provienen de la periferia del órgano especialmente de los bordes superior é inferior, los últimos siendo más gruesos y más profundos. Su trayecto es suavemente espiralado, su abocamiento en el canal de Wirsung se hace casi siempre en ángulo recto. La rama más gruesa es el canal accesorio de Santorini que se separa al nivel del cuello y que después de hacer un recorrido paralelo al de Wirsung independientemente se hecha en el duodeno. Este canal mide de 5 á 6 centímetros con calibre de 2 á 3 milímetros, se abre por un extremo en ángulo recto en el canal de Wirsung sitio de origen, situado como queda dicho al nivel del cuello más ó menos y por su otra extremidad se abre en el duodeno á un centímetro y medio ó dos por encima de la ampolla de Vater. Resulta así un canal abierto por sus dos extremos, desprovisto de válvulas, la circulación se hace indiferentemente en los dos sentidos, pero con mayor frecuencia ella tiene

lugar desde el intestino hacia el canal de Wirsung, pues su orificio de abocamiento duodenal es pequeño y hay cierta dificultad por esto mismo para una circulación inversa, por otra parte es un canal sinuoso provisto de algunas crestas, verdaderos esbozos valvulares que favorecen esa circulación, hay además otra particularidad más, que las dimensiones del canal aumentan desde el intestino hacia el canal de Wirsung. Ahora si el canal principal estuviese obstruido, un cálculo, por ejemplo, enclavado en la ampolla de Vater ú otra causa cualquiera que crease un obstáculo en el canal de Wirsung, ya las cosas cambian y entonces el canal de Santorini se arregla de manera de suplir al principal, razón por la cual en muchos de esos casos la obstrucción puede no acompañarse de una retención pancreática absoluta y de una insuficiencia digestiva correspondiente.

El canal de Wirsung ó canal principal colecciona á todos los canales glandulares, ocupa en toda su longitud el eje del páncreas y va á desembocar en la segunda porción del duodeno, en la ampolla de Vater, su calibre es variable y desigual, tiene un aspecto varicoso en la extremidad del colédoco, Oddi ha descrito un esfínter de fibras musculares lisas, visible á simple vista según Helly, desde luego común á los dos canales, se desdobra más lejos para constituir un esfínter propio á cada uno de ellos,

sus fibras anulares siendo entonces reforzadas de ahí la saliencia de la papila durante el pasaje del jugo. La ampolla de Vater representa la terminación común al canal de Wirsung y al colédoco, está situada en la parte interna de la segunda porción del duodeno.

Según Letulle y Nattan Larrier, el conducto de Wirsung puede abrirse en el colédoco á una distancia mayor ó menor del intestino; también el canal pancreático puede abrirse solo completamente independiente del colédoco en el intestino. Estas distintas maneras de abocarse en el intestino el canal de Wirsung y colédoco y accesorio de Santorini tienen su importancia y explican la etiología de muchas pancreatitis cómo lo veremos dentro de poco.

CAPITULO II

PANCREATITIS CRONICAS. - HISTORIA

La historia de las pancreatitis crónicas data de observaciones muy antiguas, en las cuales ya se había mencionado, sea la dureza del órgano, sea la presencia de cálculos más ó menos numerosos en los canales pancreáticos.

Por aquella época la pancreatitis crónica constituía una simple curiosidad de autopsia.

Mondiére en 1836 refiere algunos de estos casos. Ancelet en 1864 insiste sobre la necesidad de buscar las lesiones crónicas del páncreas «que se encontrarán siempre cuando sepamos distinguirlas».

Posteriormente las pancreatitis crónicas han sido estudiadas clínicamente en sus relaciones con la diabetis; Lanceraux, Lapierre, Thirolloid han lla-

mado la atención sobre la esclerosis y la litiasis pancreática cuyas relaciones ellos estudian con una forma especial de diabetes.

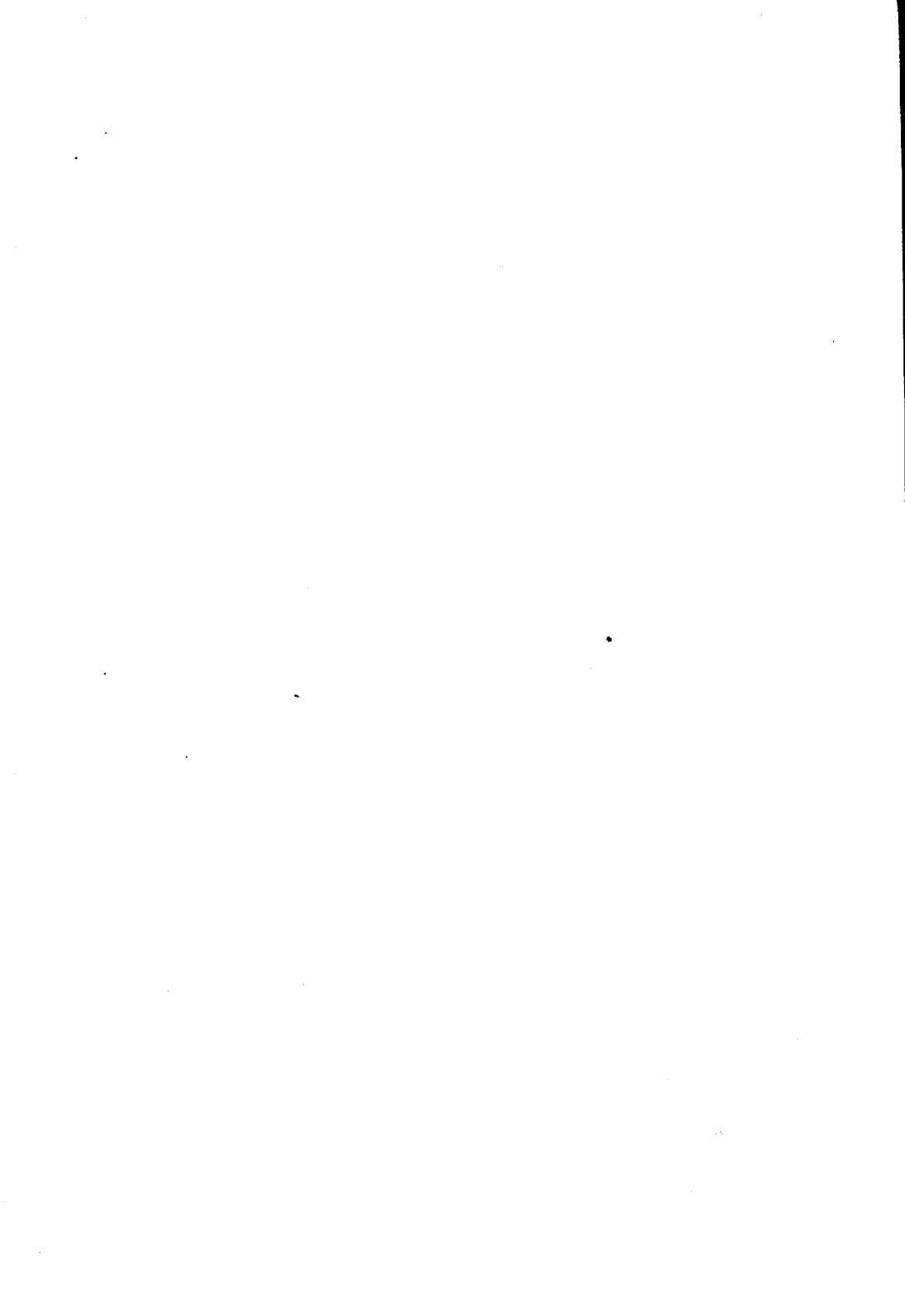
Opie, Klippel y Carnot encaran la cuestión desde el punto de vista patogénico y estudian sucesivamente la pancreatitis tuberculosa, sifilítica y sobre todo las angio-pancreatitis ascendentes.

Por último aparece el período quirúrgico de la pancreatitis crónica. En 1886 con el americano Seen el período quirúrgico del páncreas empieza á delinearse alcanzando mayor importancia después de los trabajos de Nimier (1887, 1893 y 1894). Fitz, Körte y Riedel publican casos de inflamación crónica de la cabeza del páncreas contemporánea de la litiasis biliar. Körte y Mayo Robson en 1900 insisten sobre las lesiones crónicas del páncreas, hablando de sus consecuencias con datos precisos aportados por la cirugía visceral. Kehr en 1905 exclama con razón «mientras más opero, más lesiones pancreáticas encuentro».

En Francia Terrier, Segond, Quenu, Duval, Desjardins insisten sobre la esclerosis indurativa de la cabeza del páncreas en sus relaciones con la litiasis biliar.

Como se ve las adquisiciones modernas sobre patología pancreática y su tratamiento, ha ido gradualmente afirmándose; está bien estudiada su patogenia, evolución y tratamiento; pero por desgracia

el punto débil está en su sintomatología que es lenta en pronunciarse y cuando sus signos vienen á denunciar el proceso nos encontramos con lesiones confirmadas, viejas ya, en su última faz evolutiva muchas de ellas, de modo pues que de los tratamientos que se intenten no debe esperarse milagros.



CAPITULO III

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

La causa inmediata de las pancreatitis es la infección microbiana y en la inmensa mayoría de los casos, las pancreatitis crónicas dependen de la infección intestinal ó biliar.

Cuatro son las vías principales por las cuales la infección puede invadir el páncreas: *vía sanguínea, linfática, directa y canalicular*: es sobre todo esta última que da las formas crónicas.

Desjardins en su tesis hace resaltar toda la importancia que tiene la vía canalicular, él la explica apoyándose sobre la disposición especial de los canales excretorios del páncreas. Hemos visto que el canal de Santorini, se abre independientemente en el duodeno y que en este canal la circulación es indiferente, es decir que tanto se hace desde el intes-

tino hacia el páncreas, como de éste hacia el intestino. Recordaremos que el canal de Wirsung presenta una circulación normal, es decir que se hace desde la glándula hacia el intestino. Por pocos gérmenes sépticos que se encuentren en el duodeno y que penetren en el canal de Santorini, ellos progresan hacia el interior de la glándula hasta el punto de abocamiento de este canal con el de Wirsung; desde esta altura ellos serán vueltos al intestino por la circulación normal del canal de Wirsung y muchos de ellos llegarán así ha alojarse en la ampolla de Vater. Esta disposición como se ve favorece la infección de la glándula pancreática y casi siempre la lesión asienta al nivel de la cabeza del órgano; esta constituye el verdadero sitio de elección para la infección canalicular y más particularmente el sitio designado en patología quirúrgica con el nombre de *triángulo de infección del páncreas*, cuya base es duodenal y sus lados están formados, el superior por el canal accesorio de Santorini y el inferior por el canal de Wirsung.

Los casos de infección del páncreas netamente intestinal son raros y todas las observaciones muestran que en la gran mayoría hay que incriminar la infección á las vías biliares.

Desjardins cree, que la causa primera de la infección pancreática es el duodeno, he aquí cómo explica la marcha de esta infección.

Los gérmenes parten del duodeno, ganan secundariamente el colédoco y el canal de Wirsung, pero únicamente en este primer período el colédoco y las otras vías biliares manifiestan clínicamente su invasión, cubriendo con su sintomatología, la propia a la infección que corresponde a los canales de excreción pancreática pasando desapercibida por esta razón. Es necesario a su nivel una lesión más considerable para que ella pueda traducirse por signos apreciables, es por ésto que hay la tendencia a creer que la infección pancreática viene de las vías biliares puesto que ellas han manifestado antes que nadie su enfermedad.

Las vías biliares infectadas mantienen, aumentan la infección del páncreas que ya según Desjardins ha sido primitivamente invadido de una manera lenta y sin producir mayores síntomas. El páncreas teniendo una nueva fuente de infección sobre agregada a la primitiva contemporánea de la biliar, redobla a su vez las lesiones de ésta; la infección sigue por consiguiente un trayecto de ida y vuelta; partida del intestino, asciende por las vías biliares, después vuelve a su punto de partida al nivel de la cabeza del páncreas que reinfecta en el caso de que no haya existido una infección primitiva. Se concibe fácilmente la frecuencia de lesiones comunes a los dos órganos, hígado y páncreas y la reinoculación mutua, incesante ejercida por sus apa-

ratos excretores, redoblando así la gravedad de la enfermedad desde que concurren mayor número de órganos lesionados. En definitiva, para Desjardins la infección inicial es una *hepato-pancreatitis canalicular ascendente* produciendo por un lado la infección biliar y por el otro la infección pancreática. Esta hipótesis parece lógica á Quenu y Duval.

Luego la frecuencia con que se encuentran las pancreatitis crónicas en los casos de enfermedad de las vías biliares (litisias especialmente), certifican en su favor.

Nos ocuparemos ahora en algunas palabras de las otras vías de infección, pero sin detenernos mayormente, dada su menor importancia.

Via sanguínea.—Se requiere una infección general y aún así son raros los casos de pancreatitis crónicas, se las ha señalado en la fiebre tifoidea, casos citados por Davian en su tesis de París de 1906. Varios autores y Mayo Robson entre ellos, cree más bien, que estas pancreatitis tíficas son el resultado de una infección ascendente partida del duodeno.

Otro medio de infección sería el directo que ha sido observado por Mayo Robson, Cruveilhier y otros varios. En el caso de Mayo se trataba de un tumor maligno del píloro que había determinado una perigastritis con adherencia del estómago al páncreas y creado una pancreatitis intersticial muy neta de la cabeza del páncreas.

En el caso de Cruveilhier se trataba de una úlcera perforada del estómago y en la cual el páncreas había hecho de tapón diremos, en ese caso había también una pancreatitis esclerosante.

El caso de úlcera de duodeno operado en la sala V del Hospital Alvear, había determinado una esclerosis de la cabeza del páncreas produciendo compresión del colédoco que se traducía por el síndrome ictericia.

Finalmente, la última vía susceptible de ser seguida por la infección, es la vía linfática, como sucede en la tuberculosis y la sífilis, según lo asegura Lanceraux, Kippel y Lefas.

La pancreatitis crónica es una enfermedad cuya frecuencia antiguamente ni se sospechaba; su descubrimiento é importancia clínica se debe á las observaciones hechas al emprender el tratamiento de la litiasis biliar; Riedel, Körte y especialmente Mayo Robson han contribuido con sus observaciones al reconocimiento de la patología del páncreas.

La inflamación intersticial de la glándula es generalmente secundaria. Virus ó tóxicos, más ó menos atenuados, pero nocivos aún, llegan por sus canales de excreción más comúnmente y la determinan. Las lesiones crónicas atraviesan dos estados sucesivos; un primer estado hipertrófico caracterizado por el aumento de volumen de la glándula, que en muchos casos puede doblar ó triplicar su tamaño

normal y este aumento asienta por lo general al nivel de su porción cefálica, de donde el nombre de induración crónica de la cabeza del páncreas. La zona hipertrofiada es abollonada, irregular y de consistencia dura, en ocasiones muy marcada. Posteriormente en un estado más avanzado la glándula se atrofia considerablemente y puede no ser representada más que por un simple surco, constituyendo su último estado ó atrofia cirrótica de la glándula.

De acuerdo con la descripción de Opie se admiten dos formas de inflamación crónica: 1.^a la interlobular; 2.^a la interacinosa ó interlobulillar.

En la variedad interlobular, el tejido conjuntivo normal situado entre los lóbulos de la glándula es convertido en tejido escleroso denso; irradia alrededor de los canales excretores, los envuelve y disocia los lóbulos, dejando intacto el tejido intralobular de tal suerte aprisionado en islotes el tejido glandular puro concluye por resentirse en su función, trayendo como consecuencia una insuficiencia pancreática.

En la variedad interacinosa existe separando los acini glandulares, un tejido fibroso, irregular, difuso, de nueva formación que penetra algunas veces entre las células individuales. En esta variedad el tejido conjuntivo interlobular ha sufrido pocas modificaciones.

Desde Brown Sequard se admite que el páncreas

lo mismo que el cuerpo tiroideo, cápsulas suprarrenales y en general todos los tejidos glandulares tiene á más de su función externa bien conocida, con su acción de complemento digestivo sobre los proteidos, grasas é hidratos de carbono, debido á la intervención de los fermentos elaborados en sus acini glandulares: con independencia de esos epitelios de secreción conocida, se encuentran en el páncreas unas producciones parenquimatosas especiales, verdaderos conglomerados de células epiteliales, aislados, sin canales de excreción; producciones á las se las llama islotes de Langerhans y á los cuales la mayoría de los fisiólogos atribuyen la elaboración de una secreción interna cuyo rol sería regularizar por medio de un fermento glicolítico, la combustión del azúcar en la sangre.

En las pancreatitis interlobulares quedan intactos por lo general los islotes de Langerhans, todo el proceso está localizado á la perifería de los lóbulos y canales de excreción; en cambio en la variedad inter-acinar el desarrollo del tejido de nueva formación no están sistematizado, es más ciego en su desarrollo, invade el interior de los lóbulos y envuelve también en sus mallas á los islotes de Langerhans. Anchos cordones de tejido cicatricial cortan ó dividen el órgano irregularmente, haciendo la impresión de una glándula compuesta, por una gran cantidad de pequeñas fracciones de parénquima aisladas

unas de otras, sin otra relación que la de contigüidad; aisladas en su función sin poder concurrir á la formación de su secreción externa que por otra parte es mínima cuando no lo es nula del todo. Sabemos hoy, después de los estudios de Opie que la invasión de los islotes de Langerhans, su destrucción gradual y la consiguiente supresión de su secreción interna trae el desarrollo de la diabetes flaca, ya se ve, entonces, que hay interés en la caracterización de una ú otra forma de esclerosis, desde que suponen pronósticos distintos.

La cirrosis del páncreas es el estado final de estas dos clases de esclerosis precedentemente analizadas; pero de preferencia se desarrolla á expensas de la forma interlobular, la glicosuria en estos casos es rara; no sucede lo mismo en la forma intracinosa allí los islotes de Langerhans eran precozmente atacados, la diabetes se manifiesta rápidamente y puede causar la muerte antes que la cirrosis se halla desarrollado.

CAPÍTULO IV

SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO

Las pancreatitis crónicas se manifiestan lo más frecuentemente de una manera frusta y esbozando más que otra cosa en su periodo inicial los distintos síndromes de insuficiencia pancreática.

Son formas que muchas veces pasan por completo desapercibidas para el médico desde que su aparición es paralela muchas veces al desarrollo de una infección intestinal ó de una litiasis biliar.

Los signos de las pancreatitis crónicas bien confirmados y observados metodicamente son muy numerosos. Aquellos que se refieren á las variaciones de volumen de la glándula son delicados, dada la profundidad de su situación que la hace inaccesible en cierto modo, solo una laparatomía puede verifi-

carlo; por otra parte son tantos los tumores que pueden dar en ese sitio una producción análoga, quistes hidáticos, lesiones pilóricas, del hígado, de la vesícula etc., que debieran tenerse siempre presentes y que hacen por tanto un poco difícil el asegurar, si el tumor que se palpa corresponde puramente al páncreas; pero si ésto requiere cierto tacto y hace por el elemento tumor solo, un tanto obscuro el diagnóstico, éste se simplifica asociando á la comprobación anterior los accidentes de vecindad y en particular las alteraciones de compresión que son tan fáciles de observar en estos casos.

Cuando la inflamación crónica del páncreas sucede á un proceso anterior de una agudeza relativa; los signos que marcan su aparición son los más frecuentemente precedidos de trastornos gastro-intestinales ó biliares. Es probable como lo cree Desjardins que sean entidades clínicas paralelas, concomitantes, pero que la sintomatología pancreática es tan vaga que es incapaz de llamar la atención del clínico y así es como los trastornos biliares ó gastro-intestinales toman ese carácter de predominio que hace que la gran mayoría de los autores vea en las enfermedades del páncreas una consecuencia de aquellas.

La pancreatitis puede comenzar con manifestaciones dolorosas; se trata generalmente de un dolor espontáneo, mediano del epigastrio con irradiación

interescapular ó hacia el hombro izquierdo. Puede ser despertado por la presión en una región, limitada sucesivamente por Desjardins y Chauffard. Para Desjardins este dolor corresponde al punto en que el canal de Wirsung termina en el duodeno, vale decir la ampolla de Vater. Este punto sobre la pared abdominal está sobre una línea que va desde el ombligo al vértice de la axila derecha, á una distancia de 5 á 7 centímetros del ombligo. Chauffard no admite esta localización estricta y dice: «Tenemos el ombligo como punto de reparo y desde él tracemos una vertical y una horizontal formando un ángulo recto á la derecha, enseguida tracemos la biceptriz de dicho ángulo. La zona pancreática coledociana está comprendida entre la línea vertical y la biceptriz del ángulo sin pasar por arriba una altura de 5 centímetros sobre la biceptriz y sin alcanzar hacia abajo hasta el ombligo», esto es, en el concepto de Chauffard la zona correspondiente al síntoma dolor del páncreas; no localiza precisamente en un punto como Desjardins, sino que da los límites de probabilidad que corresponden á ese signo.

Orlowsky, basándose en el hecho anatómico de que no en todos los casos el ombligo está situado en el mismo sitio, sino que al contrario hay sujetos para los cuales varía, cree que ese punto de partida que tanto Chauffard como Desjardins aceptan, es

causa de errores que él trata de subsanar con el trazado de dos líneas: una que partiendo de la extremidad acromial de la clavícula derecha vaya á interceptar en su punto medio á una línea que partiendo desde la sínfisis pubiana vaya hasta la espina iliaca antero-superior izquierda; del otro lado del cuerpo traza una línea semejante haciéndola partir de la clavícula izquierda; estas dos líneas se cortan sobre el abdomen. La cabeza del páncreas corresponde á la mitad superior del ángulo obtuso formado á la derecha por la inter-sección de esas dos líneas.

Espontáneo ó provocado por la compresión del punto de Desjardins ó de la zona de Chauffard, el dolor puede ser muy vivo, teniendo el carácter del cólico hepático; se acompaña en ocasiones de vómitos, otras veces el dolor es más suave, es más bien una sensación de plenitud en la región epigástrica en tanto que en otros enfermos reviste carácter paroxístico.

A veces al signo dolor se agregan fenómenos dispepticos que dominan la escena. El enfermo se queja de una sensación vaga de malestar que sobreviene después de las comidas.

Digiere mal, el sujeto es atacado de una laxitud extrema; necesita acostarse después de comer, con frecuencia experimenta una somnolencia invenci-

ble, el estómago se dilata, el vientre está doloroso y timpanizado.

Hay constipación en algunos casos, en otros diarrea que es fétida, abundante, cenicienta con mucho residuo de materiales grasos y albuminoides. Se reconocen los fragmentos musculares.

El enfermo acusa inapetencia y disgusto electivo hacia las grasas. Al mismo tiempo tiene un tinte sub-ictérico sujeto á oscilaciones bastante grandes; aliento fétido y lengua saburral; es el cuadro que corresponde á un sujeto que digiere mal y penosamente. Se responsabiliza al estómago y sin embargo, el examen directo de la motricidad y del quimismo gástrico no dan nada de anormal; se habla de fermentaciones intestinales y lo real sin embargo, es el ataque profundo llevado al páncreas por enfermedades anteriores que dan este cuadro, debido á su insuficiente función digestiva y antitóxica que se le reconoce.

Hay distintas pruebas clínicas para individualizar el órgano enfermo; hay una simple y fácil de hacer que nos da esta diferenciación entre las dispepsias de origen gástrico de las de origen pancreático, consiste en hacer ingerir extracto de páncreas activado para que los trastornos digestivos señalados se atenúen si se trata del páncreas. Debe administrarse en cápsulas de keratina para evitar la acción del

jugo gástrico que destruirá toda acción á los fermentos que se trate de hacer llegar al intestino.

Después de un periodo doloroso acompañado ó nó de fiebre, la ictericia es susceptible de aparecer como una de las primeras manifestaciones de la enfermedad; muchas veces son, como hemos visto, signos dispépticos vagos que constituyen el primer sintoma, pero con frecuencia en el periodo de estado, no obstante toda la vaguedad inicial de la enfermedad, se encuentra una ictericia que se ha hecho progresivamente y que reconoce casi siempre por origen una litiasis biliar, acompañada de un proceso de esclerosis de la cabeza del páncreas.

Es una forma de ictericia que tiene el carácter de las ictericias por retención; al comienzo ligera, sigue una marcha progresiva con variaciones de intensidad que son de una importancia muy grande para el diagnóstico; es debida generalmente á la compresión del colédoco en su porción pancreática. La vesícula obedece aquí á la ley de Courvoisier Terrier. Se halla distendida si se trata de una pancreatitis solamente; pero si existe al mismo tiempo una litiasis biliar y particularmente cálculos, en el mismo reservorio biliar se presenta por el contrario retraída y atrofiada. Esta forma de pancreatitis crónica con ictericia no obstante ser la última individualizada en clinica, es la mejor estudiada actualmente desde que la cirugía biliar entró de lleno con Riedel, Körte,

Terrier, Mayo Robson, etc., en los dominios de la ciencia, y hoy mientras más se operan estas cosas más pancreatitis se encuentran como dice Kehr, desde que es común que su desarrollo sea paralelo.

Fué confundida por mucho tiempo en razón de su fisonomía clínica con el cáncer de la cabeza del páncreas; que á decir verdad ella no se distingue más que por la marcha y evolución de la enfermedad y por su mejoría bajo la influencia del drenaje biliar.

Hale White cita un caso de un hombre de 42 años que entra al Hospital con una ictericia intensa, gran prurito, deposiciones decoloradas, hígado aumentado de volumen y que había enflaquecido rápidamente. Bien pronto se siguió de vómitos y vivos dolores abdominales. Muere, y en la autopsia se encuentra la cabeza del páncreas grande y dura, histológicamente esclerosa, había compresión y retrodilatación de los canales pancreáticos y biliares.

En un caso citado por Mayo Robson se trataba de una mujer que, habiendo sufrido de ictericia acentuada con gran dolor, fiebre irregular, trastornos digestivos y enflaquecimiento. Se opera, no había ningún cálculo. Hay en cambio un tumor en la cabeza duro y voluminoso que abraza y comprime la terminación inferior del colédoco y que hace pensar en un tumor maligno. Sin otra intervención se cierra el abdomen. La enferma se restablece per-

fectamente y continuaba catorce años después en perfecto estado, lo que rechaza en absoluto toda suposición de tumor maligno.

Trae otras observaciones más, en donde la historia clínica muestra una ictericia crónica con enflaquecimiento, y el diagnóstico oscila entre una pancreatitis crónica ó un cáncer de la porción cefálica y en los cuales la operación muestra la presencia de una masa indurada y donde la supervivencia posterior así como el examen histológico permitieron eliminar la hipótesis del cáncer y afirmar la existencia de una pancreatitis indurativa de la cabeza.

En una observación de Terrier el enfermo se queja de gran dolor en la vecindad del ombligo, profundo y con irradiación hacia arriba. Glicosuria acentuada, 150 grs. en las 24 horas, que dura tres semanas, desaparece con el régimen para volver al poco tiempo. Meses más tarde el enfermo tuvo un embarazo gástrico febril, con diarrea abundante y fétida, bien pronto después una ligera ictericia limitada al principio á las conjuntivas, extendiéndose después á todos los tegumentos acompañándose de vivo prurito y enflaquecimiento rápido. Este estado persiste más de un año con variación en la intensidad de la glicosuria y de la ictericia.

El hígado es normal, no hay aumento de la vesícula, hay una induración limitada y dolorosa á la presión, ovalar, del tamaño de una nuez grande, en

un punto que corresponde á la cabeza del páncreas.

El examen de las heces practicado por Gaulthier, muestra la presencia de fibras musculares mal digeridas y una abundancia extrema de gotitas de grasa. Practicada la operación se encuentra al nivel de la cabeza un tumor irregular, abollonado, duro, ovóideo y de gran eje horizontal. Este tumor mal limitado parecía invadir toda la cabeza pancreática, su adherencia al colédoco hace su extirpación imposible. Se drena el colédoco, pero el enfermo muere algunos días después con vómitos hemorrágicos. Se practica la autopsia extrayéndose el tumor, que examinado histológicamente, demuestra ser una esclerosis con atrofia del páncreas; un proceso difuso que encerraba irregularmente los lóbulos y los acini.

^[12] En un gran número de observaciones la pancreatitis crónica con ictericia está asociada á la litiasis biliar; la sintomatología que corresponde á este tipo clínico es la siguiente: Frecuencia de antecedentes intestinales por una parte y de antecedentes biliares por otra; crisis de cólicos hepáticos ó de dolores peri-umbilicales, en ese momento aparece una ligera ictericia, que se hace cada vez más oscura y termina por generalizarse; pasa, vuelve á aparecer dando á la manifestación ese carácter transitorio. Las materias fecales se decoloran, la asimilación intestinal se hace defectuosa, las fibras musculares

y especialmente las grasas son eliminadas sin digerir. Esta ictericia, según Quenu y Duval, es menos pronunciada y sometida á variaciones más grandes que la ictericia de la coleliatísis. Paralelamente sobreviene un enflaquecimiento rápido; Terrier ha operado un hombre que había perdido 8 kilos en un mes, al principio de la enfermedad; un año después el enflaquecimiento siempre progresivo, había hecho tal adelanto, que los huesos dibujaban sus saliencias bajo la piel. Quenu ha observado en un caso la pérdida de 10 kilos. Moynihan cita el caso de una mujer que en tres meses pierde 12 kilos. Mayo Robson señala enflaquecimientos más acentuados, y así habla de 19, 25 y 50 kilos!

Los enfermos que he tenido ocasión de observar en el Hospital Alvoar, presentaban igualmente un enflaquecimiento extremado.

En estos enfermos hay una tendencia manifiesta á las hemorragias, se pueden así ver casos de hemoptísis, epístaxis, hematemesis, enterorragias, etc. Walther cita un enfermo cuyas epístaxis se repetían á cada momento. Terrier nos habla de hematurias y de hematemesis en enfermos observados por él; Tietze refirió un caso que sucumbe de enterorragia y un enfermo de Barling. 19 días después de la operación muere de igual complicación.

Otras pancreatítis crónicas se caracterizan por la glicosuria que determinan: siendo transitoria, la ma-

yor parte de las veces, es ese su carácter; se presenta por lo general después de una crisis de cólicos ó de golpe con independencia de toda sintomatología dolorosa notable.

En un caso de Patyakoff, un hombre de 28 años fué atacado bruscamente de dolores violentos en el epigastrio con irradiación hacia el omóplato izquierdo; estos accesos se repiten con vómitos 4 ó 5 veces en tres semanas; cesaron por fin dejando un poco dolorido el epigastrio.

Al mismo tiempo, el enfermo, atormentado por la sed y el hambre empieza á enflaquecer, la orina abundante, clara, no albuminosa encerraba mucha azúcar, que desapareció varios meses después.

Lanceraux y Paulesco, citan el caso de una mujer que después de un ataque de diarrea coleriforme, fué atacada de golpe de cólicos muy intensos con vómitos biliosos, escalofríos, llamaradas de calor y sudores fríos. Se repiten estos ataques varias veces, con igual intensidad y pasan definitivamente. Dos años después, enseguida de comer, siente la repetición de aquellos cólicos; por la noche, nota que sus deposiciones estaban rodeadas de grasa, al principio líquida y amarilla como el aceite se solidificaban con el frío tomando un aspecto grisáceo. La esteatorrea persiste dos meses, la enferma comía, bebía y orinaba abundantemente. Estas orinas encerraban 40 gramos de glucosa en las 24 horas,

fenómenos que se sostienen por algún tiempo y luego pasan. En ocasiones no se trata ya de una glicosuria transitoria como en los casos de Potyakoff, Lanceraux y Paulesco sino permanente, constituyendo un verdadero tipo de diabetes. La polidipsia es tan intensa que hay enfermos que beben hasta 10 litros en las 24 horas; la poliuria es enorme, la proporción de azúcar urinaria oscila de 400 á 800 gramos en las 24 horas, son verdaderas fábricas de azúcar. La polifagia es considerable y sin embargo el enfermo enflaquece rápidamente y pierde sus fuerzas, y terminan como siempre ya sea por el coma diabético, una pneumonía ó una tuberculosis, etc.

Hay algunas afecciones cuyos cuadros clínicos generales pueden semejar una pancreatitis crónica, examinaré las más importantes y daré su diagnóstico diferencial:

Las pancreatitis crónicas pueden fácilmente simular, gran parte de las afecciones dolorosas del abdomen especialmente superiores. No debe esperarse gran cosa de la precisión topográfica del dolor provocado. Se puede confundir con la úlcera de duodeno, la apendicitis, el colico hepático; más pueden en estos casos los antecedentes del enfermo y concurrencia de otros signos: hablarán en favor de una úlcera de duodeno, el antecedente de una hiperclorhidria, dolor punzante en puñalada de ade-

lante atrás, no con irradiaciones altas como en las pancreatitis, que se presentan con dos ó tres horas de intervalo después de las comidas constipación generalmente en la úlcera, con existencia de sangre oculta en sus materias fecales, diarrea fétida y abundante con esteatorrea y lentería en las pancreatitis. Vómitos más frecuentes en los ulcerosos y ectasia gástrica, con retención matinal en muchos casos: con estado general más rápidamente afectado en las pancreatitis.

Con la apendicitis llamará la atención la brusquedad de la enfermedad, la falta de antecedentes gastro-intestinales ó biliares, la temperatura, el estado general, examen de orina, materias fecales, etc.

Con el cólico hepático, si se trata de un primer ataque llamará la atención la brusquedad inicial y la falta de otros antecedentes, pero si ya ha habido ataques de cólicos la diferenciación es ya más difícil; hemos visto en distintas ocasiones la relación íntima que hay entre las afecciones pancreáticas y biliares; el dolor con su irradiación hacia el hombro derecho más constante y la existencia de cálculos en las deposiciones pueden aclarar un poco la cuestión pero sin esos elementos debe observarse muy bien al enfermo antes de fijar un diagnóstico.

Las pancreatitis que traen compresión del duodeno difícilmente serán tomados por una estenosis de origen gástrico, pues si el duodeno está comprimi-

do el colédoco se halla así afectado y la ictericia será una advertencia; pero ese signo pueden darlo también una litiasis biliar, un cáncer de las vías biliares, sobre todo cuando estas afecciones interesan el colédoco. El cáncer de la cabeza del páncreas se acompaña casi siempre de ictericia; pero la coloración ictericia que dan las pancreatitis crónicas es menos constante, menos progresiva y está más sujeta á variaciones. No puede la intensidad de la ictericia dar un carácter fijo de diferenciación por cuánto hay pancreatitis crónicas que dan una pigmentación tan fuerte que puede tener un tinte de aceituna ó verde obscuro; de modo, que es complicado por este solo medio llegar á un diagnóstico preciso. Tampoco puede guiarse el médico por el estado general, ya vimos al extremo de caquexia y enflaquecimiento que podían llegar los enfermos portadores de una pancreatitis. La presencia de un derrame ascítico es un signo favorable para el cáncer. La duración de la enfermedad podría entrar en línea de cuenta, pero es una apreciación un poco delicada, dada la forma vaga inicial, general en una y otra afección; en el estado actual de la ciencia es muy difícil sino imposible dar un diagnóstico preciso entre un cáncer de la extremidad cefálica del páncreas ó una simple esclerosis: y con el vientre abierto en muchísimos casos aun se hace dudoso y cirujanos de la talla científica de Quenu han debido

practicar una biopsia y esperar el resultado, para en una nueva intervención, si solo se trataba de una pancreatitis esclerosante, practicar la operación necesaria. De modo que las gradaciones de color, á que son tan afectos muchos autores no tienen un valor tan absoluto desde que hechos semejantes han llegado á producirse.

El cáncer de las vías biliares determina frecuentemente ictericia salvo para aquel que está limitado á la vesícula biliar ó al canal cístico, la distención ó la retracción de la vesícula biliar no podrán servir de base; en efecto, la ley de Courvoisier-Terrier se ha visto fallar muchas veces en frente de las pancreatitis crónicas. La existencia de una tumefacción de localización pancreática será en estos casos, todavía, uno de los buenos síntomas, pues el cáncer de las vías biliares es de dimensiones ordinariamente pequeñas, no es casi perceptible á la palpación.

La litiasis biliar, tiene el carácter de los dolores, más netamente irradiados hacia el hombro derecho, mientras que los dolores espontáneos de las pancreatitis se encuentran en la región interescapular ó hacia el omóplato izquierdo. Su ictericia es variable como la de las pancreatitis, la existencia de fiebre de tipo intermitente, el antecedente de cólicos hepáticos, permitirán al médico horientar con probabilidades un diagnóstico. Por otra parte aquí la razón de la diferenciación es menor desde que las

dos afecciones litiasis biliar y pancreatitis pueden coexistir, son hechos bien probados y documentados. Se tendrá casi la certidumbre si en un sujeto con antecedentes francamente biliares se ven aparecer trastornos digestivos de tipo pancreático y que un análisis microscópico de sus materias fecales nos diga que debemos atribuirlos á una insuficiencia de secreción de esa glándula, es lógico entonces pensar en una pancreatitis ¿que será consecuencia de la litiasis? muy bien, pero en ese momento lo que domina es la afección pancreática; en ocasiones una glicosuria ligera, intermitente, viene en apoyo de un diagnóstico que precisa más aún.

En resumen y como criterio final, el diagnóstico de las pancreatitis crónicas es muy difícil, en el curso de un examen clínico, y aún después, de laparotomizado un sujeto y en presencia de un tumor, dudamos; entre un cáncer, y una pancreatitis esclerosante, y ya hemos visto á Quenu, esperar de una biopsia el resultado que posteriormente; debería descidir la operación de utilidad que el caso exigía. Casi nunca las pancreatitis crónicas se presentan con el sello propio de su sintomatología pura sino envueltos, confundidos, con los de una litiasis biliar, de una úlcera de duodeno etc., y hasta relegándose á un segundo plano, para hacer más difícil su diagnóstico como pasó en los dos casos de nuestra observación.

CAPÍTULO V

PRONOSTICO DE LAS PANCREATITIS CRONICAS

Varía según la causa de la enfermedad, y sobre todo según la extensión y el tiempo de la lesión. Se concibe que lesiones parciales que pueden evolucionar á la reabsorción ó á la formación de focos conjuntivos ó de quistes pancreáticos no sean causas suficientes para sentar la gravedad del pronóstico. No es lo mismo cuando toda la glándula está afectada; cuando la compresión de los grandes canales que la atraviesan (canal colédoco y de Wirsung), trae serias complicaciones en el funcionamiento de dos glándulas esenciales para la vida—el hígado y el páncreas—ó finalmente que el ataque difuso del órgano produzca una verdadera cirrosis pancreática con las mismas consecuencias

que acabo de señalar. Se explica pues que en este ataque á fondo de la glándula el pronóstico sea muy grave. Gravedad tampoco quiere decir fatalidad y muchos casos en estas circunstancias por la vía quirúrgica han conseguido salvar el trance difícil, y curar muchas veces.

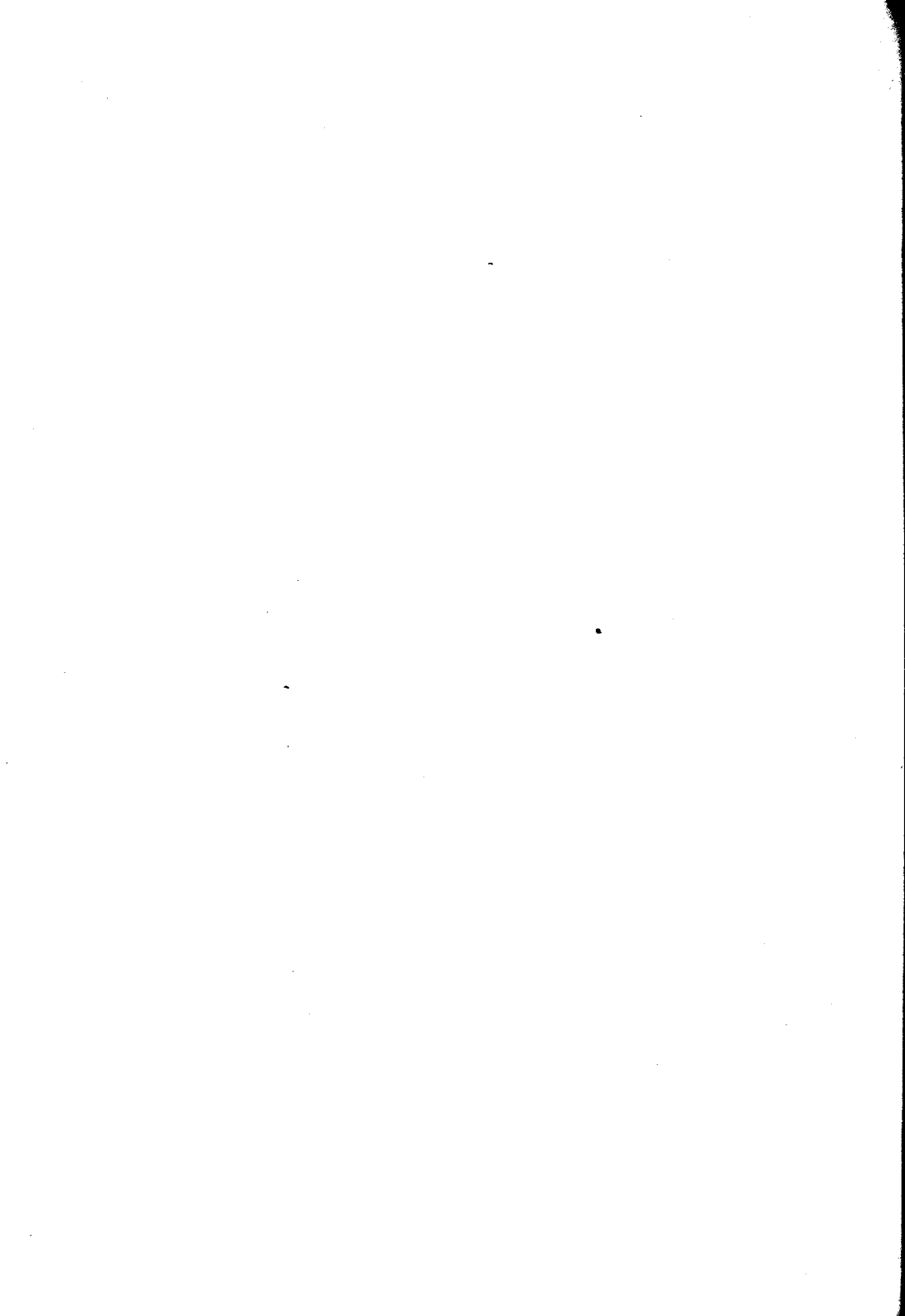
En términos generales la enfermedad es grave; de las pancreatitis las que obedecen á la litiasis y las que obedecen á úlceras de estómago ó duodeno no son tan graves, pues la lesión va por grados y solo se hace difusa cuando la intervención es tardía, es sobre todo una enfermedad propagada, mejorando las condiciones patogénicas --cálculo y úlcera-- á tiempo es posible dominar á la pancreatitis; pero cuando la enfermedad se ha extendido á toda la glándula, cuando ella ha causado la compresión de los grandes canales (colédoco y pancreático), cuando los síntomas de la insuficiencia pancreática han ya estallado; y que el hígado está también hondamente afectado y que por sí solo por medio de una ictericia grave ó supuración difusa puede provocar la muerte; pero restando su gravedad extrema á este último factor, nos encontramos que el cirujano en esos casos poco puede con las operaciones indirectas, que siempre son las mejores, por lo mismo que como operaciones en sí son de muy escaso peligro.

Sin embargo, cirujanos de experiencia afirman

que estas operaciones son verdaderamente curativas y que esta conducta en el tratamiento han modificado la gravedad del pronóstico.

Nuestras observaciones constituyeron casos graves de pancreatitis con retención biliar é intoxicación consecutiva,—así fueron pronósticados antes de la operación— fueron operados y aunque una mejoría hizo ver el éxito operatorio, el tratamiento en sí poco pudo en contra de los fenómenos de caquexia pancreática.

Hay que hacer notar las alteraciones de la sangre en las pancreatitis crónicas. Walko hablando de ellas dice que pueden alcanzar un grado tal que bien pueden simular una anemia perniciosa; hemos visto también la tendencia que hay en esta enfermedad hacia las hemorragias múltiples y hay observaciones en las cuales fueron el principal factor de muerte.



CAPÍTULO VI

TRATAMIENTO, RESULTADOS É INDICACIONES

El tratamiento de las pancreatitis crónicas, puede ser médico y quirúrgico; el primero bastante limitado en sus medios de acción y sus resultados consiste más bien en la prescripción de un régimen ó de medicamentos que suplan en parte la acción pancreática, tratando de combatir también los trastornos hepáticos, gástricos ó intestinales en razón de su sinergia funcional respecto al páncreas.

Por desgracia del tratamiento médico, no obstante todo su fundamento fisiológico, no da siempre el éxito, sus resultados son muchas veces inciertos ó insuficientes, y actualmente en esa tendencia lógica de buscar lo mejor, se va en busca del éxito al campo de la cirugía. Mucho se ha hecho ya, pero

como tratamiento nuevo relativamente, sufre sus oscilaciones, hasta que una técnica más perfecta y más que todo la oportunidad de la intervención, se hayan precisado más y den una estadística honrosa que llegue á convencer de su bondad.

Se puede proceder directamente sobre el páncreas (incisiones, incisión de su cápsula, debridamientos, etc.) ó hacerlo indirectamente, por medio de la desviación de la bilis, estancamiento al nivel de la glándula; esta última manera de proceder es la más frecuente, lo que ha hecho decir á Desjardins, que casi todos los cirujanos han practicado una cirugía parapancreática.

Uno y otro procedimiento se emplean, pero no se pueden sentar reglas fijas, dado que según sea la causa que ha creado la pancreatitis, el procedimiento operatorio y curativo debe ser distinto. Fácil es comprender que cuando es la colelitiasis (causa común) la que ha provocado la pancreatitis—sólo la derivación biliar producirá la curación—en cambio, cuando es una úlcera duodenal será en primer lugar la gastroenterostomía la que, llevando la mejoría á la úlcera, obre sobre la pancreatitis, que es una de sus consecuencias; los procedimientos indirectos se asemejan á los que se emplean en el tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago, donde también se trata de derivar, desviar el curso de los alimentos y de los líquidos ricos en ácido clorhidro-

péptico que entretiene la enfermedad. Sin duda alguna en la mayoría de los casos de pancreatitis crónicas es este procedimiento indirecto el más empleado, el menos ofensivo y que mejores resultados da.

Es Riedel quien con mayor entusiasmo ha difundido este proceder: desviando la bilis se consigue:

1.º Se impide que esta bilis estancada é infecciosa continúe irritando y dañando al páncreas.

2.º Se obtiene una desviación del jugo pancreático, también infectado, y de esta manera un drenaje indirecto de los canaliculos pancreáticos que forman al gran canal de Wirsung, y es esto mismo lo que la experiencia clínica nos enseña, observando los casos operados y á quienes se les ha creado una fístula biliar—siguen bien mientras la fístula se mantiene bien—pero se empeoran cuando cualquier trastorno entorpece el buen funcionamiento fistuloso.

Como hecho excepcional tenemos las pancreatectomías parciales, y después de las investigaciones experimentales de Coffey se puede admitir la desviación posible del jugo pancreático hacia el intestino mediante una pancreato-enterostomía.

A los fines del procedimiento de curación indirecta se han propuesto varias operaciones:

Von Elvesser ha propuesto la dilatación del colédoco por medio de una pinza especial. Este proce-

dimiento no goza de gran favor; sin embargo Kehr no lo rechaza y ha hecho varias veces la dilatación de la *papila vateri* con buenos resultados.

En general, las dos operaciones más usadas para el drenaje de las vías biliares, ó mejor dicho, para la desviación de la bilis en los casos de pancreatitis crónica son: 1.º la colecistostomía, y 2.º la colecisto-enteroanastomosis, procedimientos que tienen sus ventajas y sus inconvenientes.

La colecistostomía es el procedimiento más simple y más seguro, pero la colocación de una fístula que continuamente barra la piel del abdomen, no solamente es una gran molestia, sino que si la fístula dura mucho tiempo consume al enfermo, el cual se desnutre considerablemente.

La cistoenterostomía se ha dicho que es de técnica más difícil—pero esto no puede ser un serio argumento en su contra tratándose de cirujanos;—también se dice que la boca se puede estrechar y hasta ocluirse.

La objección más importante es la de la infección de las vías biliares por la boca anastomótica, sobre todo para los casos en los que se restablece con la mejoría del paciente—la circulación del códoco por las posibles corrientes de retroceso de la boca anastomótica hacia las vías biliares—sin embargo, es necesario reconocer que á pesar de estos inconvenientes sobre los cuales se ha exagerado,

esta operación para Robson y otros muchos, es la operación de elección. Como variante de esta derivación por la creación de una boca entre la vesícula y el intestino, disponemos de la cisto-gastrostomía, operación muy defendida por Kocher y que fué practicada á nuestro enfermo, razón por la cual la describiré con algún detalle: es una buena operación y su técnica muy sencilla y lo que es sorprendente, los enfermos no vomitan nunca. Exactamente ha ocurrido con nuestra observación. Kehr que la ha practicado ocho veces con buen resultado, la recomienda sobre todos los casos de pancreatitis crónica sin cálculos.

Las incisiones pueden ser las comunes de acceso á las vías biliares (Kehr, Czerny, Kocher, etc.), ó la simple laparotomía supra-umbical. Se explora las vías biliares, se explora debidamente el páncreas, se trata de diagnosticar de visu sus lesiones. Se examina si el caso es técnicamente factible de la gastrocistostomía (libertad de la vesícula, proximidad del estómago sin mayor tracción, etc.).

Se acerca la vesícula á la región pilórica estomacal y se adosa su base á una línea transversa que una la dos curvaturas del estómago á 5 ó 6 centímetros del piloro (maniobra con pinza de Chaput).

Se aísla el campo debidamente con compresas. Se punciona y aspira el contenido de la vesícula. Se practica la sutura sero-muscular, primer plano,

en la extensión de la mitad de la circunferencia de la base. Se abre transversalmente á la vesícula y al estómago. Se seca debidamente el interior de las dos vísceras, por medio de tapones de gasa cargados en pinzas previamente preparadas. Se sutura la mitad posterior de las tres capas de ambas vísceras, sutura hemostática y oclusiva, luego se termina la mitad anterior; finalmente, se completa la sero-muscular, suturando la mitad anterior. Cierre completo de la pared sin drenaje.

Las anastomosis con el duodeno funcionan bien.

Las anastomosis con el colon no son aconsejables, los resultados son inseguros, hay diarrea pertinaz frecuentemente y la infección ascendente es la regla.

Se ha propuesto también la colecistectomía con drenaje del hepático (Kohr), tal vez sea una operación buena para los casos de concomitancia de cálculos en las vías biliares. Robson señala un inconveniente de la ectomía en el tratamiento de la pancreatitis; dice: que la vesícula tiene además de la misión de receptáculo la de mezclar la bilis con mucus, segregado en su pared, lo que le hace menos irritante para el tejido pancreático. Kohr, descuida esta observación, y debe estar en lo cierto cuando afirma que entre sus 2000 operados no ha visto estos accidentes de irritación que se quieren atribuir á la resección de la vesícula.

Natural es, que para las pancreatitis que obedecen á la litiasis biliar, la derivación de la bilis debe ser acompañada por la extracción de los cálculos para lo cual existe una serie de operaciones que no es del caso detallar.

Para los casos en los cuales la pancreatitis es una consecuencia de una úlcera del estómago ó más frecuentemente á una úlcera del duodeno la gastro-entero-anastomosis debe ser la operación curativa; pero cuando haya retención biliar no debe de prescindirse nunca del drenaje de la bilis así lo ha practicado Robson en cinco casos con todo éxito, —es decir practicando las dos operaciones—una de nuestras observaciones está dentro de la regla, se trata de una pancreatitis crónica consecutiva á una úlcera de duodeno, había gran retención biliar, extrema postración en el enfermo, y como no había enfermo para dos operaciones semejantes se optó por ejecutar la indicación que más apremiante se hacía y en nuestro caso dado el grado de retención biliar era el drenaje de sus vías biliares, se practica una cisto-gastrostomía prescindiendo no obstante su síndrome pilórico, de la gastro-enterostomía, en parte como digo por la gravedad del enfermo que no hubiera podido resistir las dos operaciones y en parte alentados por la idea de que la alcalinidad de la bilis echada en el estómago, bastaría para la curación de la úlcera duodenal. Repuesto el enfermo

de su primera intervención y como continuáse con vómitos, dolores y habiéndose comprobado sangre oculta en sus materias fecales se pensó en atacar directamente á la causa de su enfermedad que habia quedado relegada á un segundo plano por las circunstancias que mediaron. Se practica una gastro-enterostomía á lo Mayo con buen resultado, el enfermo no tuvo ya más vómitos y fué posible alimentario.

Entrando ahora á los procedimientos que atacan directamente al páncreas tenemos: Vautrin recomienda para los casos de cirrosis pancreática, disecar el duodeno (á lo Kocher) exponer por detras la cabeza del páncreas y drenarlo así de un modo retro-peritoneal. Este drenaje puede llevar á la mejoría. Cuando el colédoco se encuentre englobado por el páncreas y envuelto así en un manto inflamatorio se completaría aquella operación libertando al canal por incisiones á termo-cauterio de manera de disecarlo así en pleno parénquima. Una sonda acañalada facilitaría la operación.

Payr y Martínez recomiendan un procedimiento original de ellos, se trata de hacer incisiones sobre la cápsula de la glándula así, su tensión, su congestión es vencida y se le coloca en mayores condiciones de reabsorción: el procedimiento es muy poco ofensivo, hasta inocuo para el páncreas. Sus autores

lo recomiendan mucho pero hay poca experiencia al respecto.

Von Gobiet, ha ido más lejos, practicando incisiones sobre la glándula misma, en un caso, con muy buenos resultados.

Von Gobiet y Dos Santos preconizan las excisiones y resecciones parciales del páncreas, —pero pensemos en la importancia de la glándula— en las hemorragias y dificultades de una buena homostasia para proveer que estas últimas operaciones no pueden ser de salud para el tratamiento de las pancreatitis crónicas.

Resultados é indicaciones operatorias.— En esta cirugía que puede decirse que se inicia es difícil dar preferencia á uno ú otro procedimiento desde que todos tienen sus éxitos. Villar ha practicado 21 colecistostomía con 16 curaciones, 1 curación favorable 4 fallecidos. Robson con esta operación en casos de pancreatitis crónica ajena á toda litiasis biliar ha obtenido el 97 % de curaciones.

La *colecistostomía* es una operación cuya ejecución ordinariamente es fácil, al menos cuando la vesícula no ha sufrido alteraciones demasiado acentuadas. Se le reconoce una acción favorable en los casos recientes de pancreatitis de origen biliar, aparte de los inconvenientes ya anotados en otro lugar es una operación que debe preferirse á la *colecistectomía con drenaje del hepático*. Esta interven-

ción si bien es cierto que asegura de una manera completa, la evacuación y desinfección de las vías biliares, prescinde del porvenir diré del enfermo y citan los cirujanos muchos casos en los cuales las lesiones pancreáticas lejos de regresar han aumentado, pero esto no constituye una imputación fundamental, Kehr, su gran propagandista, presenta una estadística honrosa; la desventaja que podría asignársele respecto á la colecistostomía es el tiempo que requiere su ejecución y que exige una anestesia general prolongada luego la clase de enfermos de que se trata con gran retención biliar é intoxicación consiguiente, es fácil deducir que en esos casos no hay enfermo para tanto, en cambio una cistostomía puede hacerse brevemente y con anestesia local, es esa su principal ventaja me parece. Indicada especialmente en las pancreatitis por litiasis y sujeta á las indicaciones de la colecistectomía según el estado de la vesícula.

La *collecisto-enterostomía* es la operación tal vez más en boga—es buena—pero tiene en su contra los riesgos de infección ascendente de origen intestinal—para Bardeleben y Radziewsky esto sería bastante raro.—Esta infección sería poco temible en una anastomosis regularmente ejecutada, dando pasaje á una buena corriente biliar que se consigue con la técnica de Krause ó de Momprofit, y que no

tienen de desventaja sino el tiempo demasiado largo que requiere su ejecución.

La *colecisto-enterostomía*, cuando se tiene una vesícula grande de paredes suficientemente sólidas todavía, y que el cístico sea permeable.

La *cisto-gastrostomía* difundida por Kocher, es una buena operación, sencilla y breve; está especialmente indicada, así como la anterior, en los casos de pancreatitis crónica muy antiguos, cuyos procesos esclerosos han evolucionado ya hasta su último grado y en donde la esperanza de verlos regresar resultan hipotéticos. Deben practicarse igualmente en los casos de duda entre una pancreatitis crónica y un cáncer.

Mayo Robson, en el Congreso de Budapest, ha dado á conocer la estadística siguiente: sobre 55 casos de pancreatitis crónica acompañada de litiasis del colédoco, ha practicado la coledocotomía 42 veces; la colecistostomía 9 veces, y la colecisto-enterostomía 4 veces solamente.—52 enfermos curaron.

En 46 casos de pancreatitis crónica no acompañada de litiasis biliar, ha practicado 19 veces la colecistostomía simple; 17 veces la colecisto-enterostomía; 5 veces la liberación de adherencias para desprender los canales; 5 veces la colecistostomía asociada á la gastro-enterostomía.—44 enfermos curaron perfectamente, uno hubo diabético y otro

que evolucionó hacia una anemia perniciosa. Este autor cita así 102 operaciones con el 96.1 % de curaciones y 3.9 % de muertes.

Posteriormente Moynihan (Keen's Sugery, Sugery of the pancreas) presenta una estadística de 113 casos de pancreatitis crónicas, operados con el 8 % de mortalidad.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

1.º La indicación de determinada operación está en íntima relación con el factor etiológico que determina la pancreatitis crónica.

2.º La derivación de la bilis es el mejor medio de que disponemos, para modificar la marcha de la pancreatitis.

3.º Aconsejamos la colecisto-gastrostomía en las pancreatitis sin cálculos, en procesos viejos especialmente—acompañada de gastro-enteroanastomosis en los casos de úlcera del estómago ó del duodeno—y siempre que haya fenómenos de retención biliar.

4.º La gastro-enteroanastomosis para los casos consecutivos á úlceras y cuando no hay fenómenos

de retención biliar, debe ser la operación de elección.

5.º Cuando haya cálculos en las vías biliares, la operación se complica; la pancreatitis será tratada en esos casos por una coledocotomía y drenaje (Mayo); en caso de cálculo enclavado en el colédoco, por una colecistectomía con drenaje del hepático (Kehr); en los casos de litiasis vesicular—con las excepciones propias, naturalmente—corresponden á la colecistectomía por cálculos.

HISTORIAS CLÍNICAS

Observación I

HOSPITAL TORCUATO DE ALVEAR.—SERVICIO
DEL DOCTOR OSCAR COPELLO
SALA V, CAMA 24

C. B., italiano, 34 años, soltero, peón. Ingresó el día 27 de Diciembre de 1914.

Diagnóstico.—Pancreatitis crónica y úlcera duodenal.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Dice haber sido siempre sano. Hace 8 años tuvo un chancro en el surco balano-prepucial, que no fué seguido de manifestaciones secundarias. Ha sido fumador y bebedor.

Enfermedad actual.—Se inicia hacen dos meses con dolores violentos en el epigastrio, apareciendo á los 10 ó 20 minutos después de las comidas, con

irradiación interescapular y que se prolongaban todo el día. No tiene ardores ni pirosis. No vomita; es constipado habitual. Enflaquecimiento muy marcado y rápido. Anorexia y adinamia marcada.

Estado actual.—Sujeto de buen esqueleto, sin deformidades, estado muscular pobrísimo, piel seca y arrugada, ligeramente ictérica y con fina descamación, pániculo adiposo muy pobre. No hay temperatura ni ganglios palpables.

Cabeza, cuello y tórax, normales.

Lengua, húmeda, ligeramente saburral, mucosas ictéricas, aliento fétido. dientes muy mal conservados.

Abdomen, deprimido, hiperestesia en el epigastrio, localizado en el plexo solar, á la palpación se toca la vesícula algo sensible y aparentemente distendida ocupando su sitio normal, por debajo de ella se nota un tumor irregular, pequeño pero duro que no se localiza bien. La insuflación del estómago hace descender su borde inferior hasta la línea umbilical.

Quimismo gástrico—Estómago vacío en ayunas. Comida de prueba de Edwal Boas. Extracción á la hora.

Acidez total.—46 %.

ClH.— + + +.

Acido láctico.—Positivo, débil.

Sangre.—Negativo.

Heces al principio biliosas, luego se hacen decoloradas (color ceniza), fétidas y diarreicas.

Reacción de Weber y Bencidina, intensamente positivas. Al examen microscópico se denuncia gran cantidad de almidón y residuos musculares. (No hay digestión pancreática).

Hígado y Bazo.—Nada de particular.

Orinas.—Biliosas, color cerveza fuerte, con espuma amarillenta. Sin albúmina. Pigmentos biliares positivos. Ácidos biliares positivos.

Se decide la intervención para el día 28 de Diciembre de 1914.

Operador.—Dr. O. Copello.

Ayudante.—Prat. mayor D. Drake. Anestesiador prat. menor, Sr. J. Barbuzza.

Anestesia general mixta.—Cloroformo y éter.

Operación.—Laparatomía Mayo, costado derecho. Se encuentra el borde del hígado adherido al peritoneo parietal, á la izquierda de la línea media. La vesícula grande dilatada con sus paredes normales, sin cálculos en su cuello, tampoco los hay en el cístico ni el colédoco. La palpación del estómago dió la presencia de un tumor á través de sus paredes; éste órgano resulta de tamaño y aspecto normal. No hay indicios de úlcera ni de cáncer en ningún sitio. La palpación de ese tumor duro é irregular situado detrás del estómago y del duodeno nos llevó á examinar el páncreas, para ello y visto que se to-

caba el tumor también por detrás del duodeno, se practica la disección del duodeno en su porción descendente á lo Kocher. Se descubre la vena cava y se vé al colédoco en su porción retroduodenal muy dilatado. No se palpan cálculos sobre las vías biliares. Rechazando el duodeno se descubre el tumor, que constituye al mismo páncreas, duro, irregular, luego se explora nuevamente el páncreas á través del ligamento gastro-cólico y se toca á la glándula dura, grande y esclerosada en toda su extensión hasta la cola inclusive. En el duodeno se constata una lesión cicatricial de úlcera antigua pero sin estenosis. Se practica el cierre del peritoneo posterior y luego se disecciona á la vesícula de su lecho hepático para dar mayor facilidad á la cisto-gastroanastomosis que se practica en seguida junto al píloro, previo vaciamiento de la bilis con la protección que el caso requería. Cierre total de la pared.

Marcha post-operatoria.—No hay reacción térmica. Pulso débil y frecuente, no vomita. Se le hacen inyecciones de cafeína y aceite alcanforado. En los días siguientes se nota que su tinte icterico se atenúa, se pigmentan sus materias fecales. Se le empieza á alimentar.

A los 10 días se sacan los puntos de crin, buena cicatriz. Toma la dieta segunda, (pastas, purés, sopas). El estado general ha mejorado algo pero sus dolores aparecen nuevamente, se hacen fomentacio-

nes y no ceden. Se agrega un síntoma nuevo, que acusa como á los 15 ó 20 días después de operado; vómitos alimenticios, ardores de estómago, etc., después de las comidas.

Se hacen nuevos análisis de jugo gástrico y se constata una fuerte acidez y sangre oculta en las materias fecales, (reacciones de Weber y Bencidina). Considerándose insuficiente para su tratamiento etiológico la operación anterior, desde que ahora se nos revelaba como un franco-ulceroso se decide practicar una gastro-enteroanastomosis. Había dolor espontáneo y retención en ayunas.

Operación.—Enero 26. - *Anestesia general mixta.*
—Laparotomía mediana supra-umbilical, se encuentra al estómago adherido por un repliegue peritoneal á la pared abdominal anterior, sitio de la cicatriz operatoria anterior. La vesícula cubierta por el mismo repliegue está oculta, no se ve la sutura anastomótica anterior, el epiplón mayor tiene algunas adherencias á este mismo sitio. Se desprenden estas adherencias liberando al estómago hasta el sitio de la anastomosis. Se explora el páncreas, se ha retraído considerablemente y presenta el aspecto de un budin duro, homogéneo, desde la cabeza hasta la cola. El estómago llegaba en su límite inferior hasta dos travesos de dedo por arriba del ombligo. Se practica una gastro-enteroanastomosis á lo Mayo. Se cierra sin drenaje.

Marcha post-operatoria.—No hay reacción térmica.

Febrero: El enfermo sigue muy bien, ha cicatrizado por primera intención. Cesaron los vómitos y puede alimentarse. Hay aun un poco de dolor en la región umbilical, en estas condiciones á su pedido se le hace el alta.

Observación II

HOSPITAL TORCUATO DE ALVEAR
SERVICIO DEL DOCTOR OSCAR COPELLO
SALA V, CAMA 3

C. G., 45 años, italiano, viudo, comerciante. Ingresó el 9 de Noviembre de 1914.

Diagnóstico.—Úlcera de duodeno, perigastritis y pancreatitis crónica.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sano siempre hasta los 30 años en que adquiere un chancro específico seguido á los 45 días de rosela y pápulas. Ha tenido blenorragia y un chancro blando posteriormente. No ha sido bebedor.

Enfermedad actual.—Empezó hacen dos meses con dolores en la región lumbar, inapetencia, gastralgia, cólicos, diarrea (4 á 5 deposiciones por día), bastante fétida y de coloración gris oscuro. Más tarde constipación que solo mejoraba con purgantes. Como este estado empeora de día en día, el enfermo se hospitaliza.

Estado actual.—Sujeto de regular estatura, con sistema muscular pobre, piel y mucosas pálidas. No hay estruma ni ganglios palpables.

Tórax.—Simétrico, órganos en función normal. Abdomen de paredes flácidas, hígado normal, estómago á dos traveses de dedo por arriba del ombligo con hiperestesia del plexo soleo. Intestino grueso palpable en su porción ascendente, contractil doloroso, se palpan escilabos.

En el estómago se palpa un tumorcito que se mueve con la respiración, del tamaño de una nuez grande. Acusa ardores de estómago después de las comidas, con vómitos alimenticios muy ácidos tres ó cuatro horas después.

Adminístrase la comida de prueba de Edwalds Boas. Extracción á la hora.

Cantidad extraída, 100 c. c.³

Acidez total, 18.

ClH, libre vestigios.

Acido láctico, negativo.

Materias fecales.—Reacción de Wöber y Bencidina positivas.

Radioscopia.—Se administran 60 grs. de s. de bismuto. Se observa un estómago dilatado y atónico.

Como continuase con sus dolores y vómitos después de las comidas, no obstante su régimen y tratamiento médico, se decide la operación para el día 9 de Noviembre.

Operador.—Dr. O. Copello.

Ayudante.—Practicante mayor D. Drake.

Anestesia general.—Practicante menor señor M. Campana.

Operación.—Laparatomía mediana supra-umbilical. Estómago algo grande, fijo en su región pilórica. Se observa el piloro normal, así como el resto del estómago, y más allá, en la primera porción del duodeno, se halla una estrección anular que recorre toda la cara anterior del duodeno y ya á fijarse en la parte posterior del páncreas. El colon transversal está fijo por una brida inflamatoria que termina dentro de esa zona cicatricial mencionada en el duodeno. Existen dilataciones de vasos venosos en un sector que corresponde á la vecindad de la lesión. El páncreas en su porción cefálica es uniformemente duro y aumentado de volumen; hay compresión de las vías biliares, colédoco dilatado, vesícula aumentada de tamaño.

Se practica una gastro-enteroanastomosis á lo Mayo. Se cierra sin drenaje.

Observaciones.—En el sitio propilórico los vasos del meso-colon sangran mucho y con gran facilidad, lo que dificulta y atrasa la operación. Hubieron dos síncope, que se combaten como de costumbre.

Marcha post-operatoria.—Enfriamiento general. pulso frecuente é hipotenso. Sin temperatura; al siguiente día de operado continúa con su miocardio

flojo (se hace aceite alcanforado, esparteina, etc.) Hay un pronunciado tinte icterico, vómitos frecuentes, fáciles; el enfermo daba bocanadas de vómitos sin esfuerzo; parte superior del vientre dolorida, no hay meteorismo.

El día 13 el corazón habiase debilitado más aún, pulso muy débil y frecuente, temperatura 37°, falta reacción peritoneal. Por la noche de ese día fallece.

Autopsia.—Ventre más bien flácido, á su abertura no mana liquido alguno. Estómago un poco dilatado, cubierto por peritoneo sano. Sutura de la anastomosis sin fallar, en el sitio de Mayo, permeable. Ansas intestinales ligeramente distendidas con peritoneo sano. Páncreas, esclerosis intensa. Hígado, degeneración amarilla. Corazón grande, flácido, amarillento, con coágulos agónicos; pulmones, congestión de bases. Es evidente una miocarditis tóxica (cloroformo) con una degeneración amarilla aguda de igual origen.

La parte de laboratorio que corresponden á estas dos observaciones ha sido ejecutada por el doctor Carlos Bonorino Udaondo, á quien queremos dejar constancia de nuestro agradecimiento por su gentileza.

OBSERVACIONES TOMADAS DEL TRABAJO SOBRE LITIASIS
BILIAR DEL DR. J. M. JORGE (H.)

Pancreatititis crónica. Colecistostomía. Un año más tarde colecistectomía. (Obs. del profesor doctor Viñas.)

Ramón S., 40 años, alcoholista.—Junio de 1910.

Hace como tres años que empezó á sentir dolores en la boca del estómago, dolores que le duraban algunos días, dificultándole la respiración é irradiándose hacia la espalda (punta del omóplato).

Cuando le daban esos ataques tenía que guardar cama.

Durante más de diez meses estos ataques se repetían con frecuencia, poniéndose á veces amarillo y con las orinas muy cargadas.

Como hace 9 meses que su color amarillo ha aumentado hasta tener hoy un tinte verdoso obscuro, como la picazón en el cuerpo se hace intolerable y el peso disminuye progresivamente, decide entrar en el hospital.

Actualmente es un hombre bien constituido, de

escaso panículo adiposo, conserva un tinte amarillo, color aceituna, con una ictericia muy pronunciada de sus conjuntivas.

El hígado grande, sobrepasa tres traveses de dedo el reborde costal, algo doloroso á la presión. A la palpación profunda se puede apreciar un tumor duro y doloroso en la región de la vesícula. Materias fecales decoloradas y orinas con abundantes pigmentos biliares.

Operación.—Anestesia clorofórmica, incisión de Kehr. Vesícula grande y adherente. La cabeza del páncreas es grande y dura, forma un tumor del tamaño de una naranja. Se exploran los conductos dilatados y no encontrándose piedras, se punza y abre la vesícula, fijándola á la piel. Poco tiempo después las materias fecales se colorean, la piel y las orinas van perdiendo sus caracteres anormales.

A los tres meses sale del hospital con una fístula biliar, habiendo aumentado de peso y regularizado sus funciones.

Un año después resuelve ingresar en el hospital, porque la fístula persiste y ha producido una ulceración de la piel alrededor de ella. Tratada la lesión de la piel se resuelve operarlo para curar su fístula.

Segunda operación.—Incisión abarcando la fístula y cicatriz anterior, se explora el páncreas que se encuentra duro, pero cuyo tamaño es menor que el normal. No hay cálculos. Se resuelve hacer una ec-

tomía, dejando un pequeño drenaje de la foseta y muñón cístico.

El enfermo es dado de alta un mes después completamente curado.

Epicrisis.—Dos años más tarde la curación se mantiene. El drenaje por la vesícula ha sido suficiente para curar la pancreatitis.

Pancreatitis crónica.—Colecisto-duodenostomía (obs. del Dr. J. M. Jorge). Mujer de 49 años que desde hace más de dos años sufre de dolores en el hipocondrio derecho. Le diagnosticaron quiste hidático y fué operada el año pasado. Después de la operación los dolores han continuado más ó menos en la misma forma con crisis que duraban uno ó dos días, dejando á la enferma en una postración muy grande. Los dolores se localizaban en el epigastrio ó hipocondrio derecho y con alguna frecuencia eran acompañados de vómitos.

Poco tiempo después el décaimiento general aumenta, la atonía se acentúa y la piel toma un tinte icterico que desde hace seis meses conserva con una coloración amarillo verdosa. Más ó menos desde esa época las orinas se han hecho más oscuras y las materias fecales se han decolorada.

Como el prurito se hace cada vez más intenso y se adelgaza progresivamente, ingresa en el Hospital de San Fernando, donde se constata: el síndrome icterico, hígado grande que sobrepasa dos de-

dos el reborde costal y un tumor que se ve y palpa en el sitio de la vesícula, del tamaño de una naranja; por debajo de él se siente otro tumor doloroso y de límites poco nítidos.

La orina contiene gran abundancia de pigmentos biliares. El estado general es bastante malo.

Operación.—(Junio de 1911). Cloroformo y éter. Incisión de Kehr. La vesícula distendida se encuentra libre en su fondo, pero el cuello se halla adherido á un tumor grande y duro de la cabeza del páncreas.

Este tumor era del tamaño de un puño y no permitía la exploración de las vías biliares principales.

Se punza la vesícula extrayendo bilis clara y fluida: se practica una colecistoduodenostomía y se cierra la pared. Ocho días después se quitan los puntos, desde el tercer día el prurito había disminuido, las materias se habían coloreado y la piel y orinas volvían á su coloración normal.

Un mes después la enferma se levantaba y á los dos meses era dada de alta, con un aumento de 4 kilos de peso.

Vista 2 años después, la paciente nos refiere que desde que fué operada no ha vuelto á sentir dolores y que su peso há aumentado hasta hoy que tiene 15 kilos más que cuando fué operada.

Buenos Aires, Junio 3 de 1915.

Nómbrese al señor Académico Dr. Diógenes Decoud, al profesor titular Dr. Pascual Palma y al profesor extraordinario Dr. Francisco Llobet, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes.»

L. GÜEMES
J. A. Gabastou
Secretario

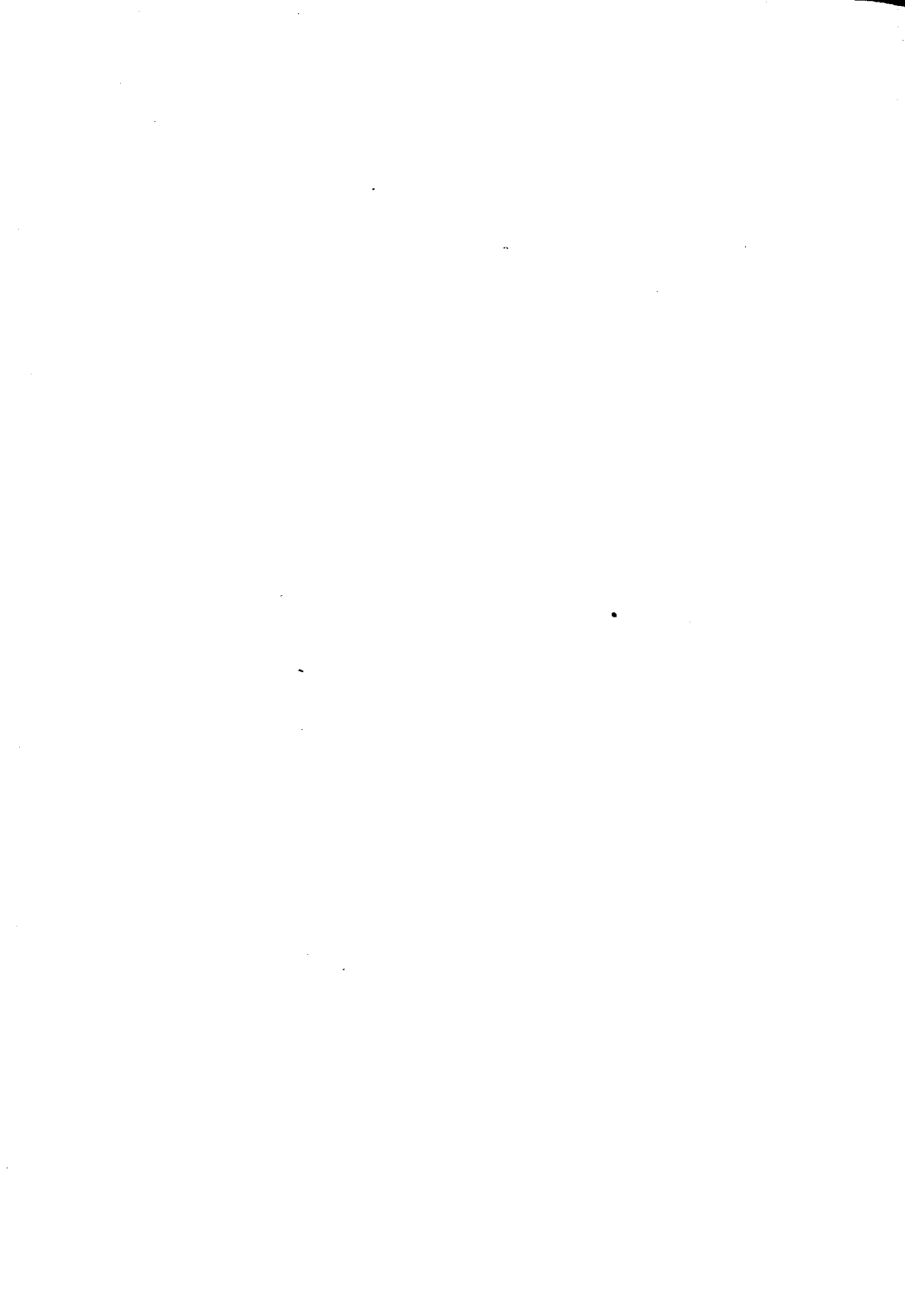
Buenos Aires, Junio 25 de 1915.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3010 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES
J. A. Gabastou
Secretario



30343



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Tratamiento de la pancreatitis aguda hemorrágica.

Decoud.

II

Bibliografía nacional.

P. Palma.

III

Reflexiones sobre la prudencia y tino quirúrgico á propósito del sujeto de esta tesis.

F. Llobet.

