

TRACTAMENT QUIRÚRGIC DE LA LITIASI BILIAR

pel Dr. E. RIBAS RIBAS

De totes les malalties de les vies biliars és la colelitiasi la més freqüent i per les modalitats que presenta i les complicacions que origina és, podríem dir, el procés més quirúrgic de tots els que lesionen les vies biliars. La falta d'un criteri ben definit fa que en el nostre país sols demanin auxili quirúrgic quan les lesions força avançades comprometen seriosament la vida. Creiem un encert l'haver portat a aquest CONGRÉS la qüestió de la litiasi perquè serenament tots hi portem la veu de la nostra experiència, i entre tots, metges i cirurgians de comú acord, sentem un criteri clar sobre la conducta a seguir en el tractament quirúrgic de la litiasi.

La cirurgia biliar és una cirurgia brillant i no forma excepció de la cirurgia general; aquella com aquesta reclama en el possible la lesió quan és local. Mentre la cirurgia biliar s'hagi de nodrir de septicèmies, colèmies i agotats, les estadístiques no entusiasmaran als internistes i llur pessimista però lògic criteri—format amb tals resultats—privarà als malalts de la cirurgia mentre no es convencin de sa bondat oportunament practcada. I com que només els fets poden convèncer, els que portem llarga experiència en cirurgia biliar i lamentem encara el poc que es progressa en les indicacions de la mateixa, tenim l'obligació de dir que mentre no es tingui un coneixement profund de l'anatomia patològica, no s'arribarà a un bon diagnòstic i oportuna indicació.

És un fet que parla molt alt a favor de la classe mèdica catalana que cada vegada operem malalts en millors condicions i més oportunament.

Diffícil, per no dir impossible, és tractar de la litiasi biliar solament sense estudiar els processos que clínicament s'exterioritzen amb símptomes de litiasi sense que per a res intervinguin les pedres biliars. És més, si la terapèutica s'adrecés a eliminar els càlculs mitjançant l'operació, a part que no seria brillant, es veuria força reduïda. No és el càlcul com a cos estrany a qui deu combatre el cirurgià, sinó les seves conseqüències: les lesions de la paret de la bufeta. Recordeu el que deia KEHR: «Quan aneu a operar un malalt, no digueu mai a la família que treureu un càlcul, sinó que demés de les lesions vesicals és possible que existeixin càlculs».

La complicació constant és la colecistitis, i àdhuc en els mateixos anomenats càlculs asèptics de colesterina es troben fortes lesions de les parets de la bufeta. Tota colecistitis calculosa es manifesta clínicament per dolor i aquest significa sempre dany vesicular, reacció vesicular, i aquesta reacció vesicular és comú a altres processos que els càlculs: a distensió vesicular, a obstrucció vesicular, a pericolecistitis. I com el clínic enfront de símptomes de reacció vesicular—còlics hepàtics, síndrome dispèptic, etc.—podrà amb certesa diagnosticar la litiasi biliar? Avui per avui no tenim un signe cert de calculosi, com no sigui que el malalt hagi expulsat càlculs o mitjançant els Raigs X, els perfeccionaments tècnics dels quals permeten diagnosticar-los moltes voltes. Tenim, però, molts signes de probabilitat: antecedents, evolució clínica, la colesterinèmia, les dades recollides pel sondatge duodenal, etc. Però estem convençuts que la indicació no deu variar existeixin càlculs o no. Cal gravar-se la idea que el cirurgià no deu combatre el càlcul com a cos estrany sinó les conseqüències del mateix.

Cal, doncs, clarament i terminant, desterrar la idea de càlcul per arribar a una indicació i substituir-la per la del dany vesicular, per colecistitis, lesió la més freqüent i clínicament s'exterioritza per símptomes de reacció vesicular (còlics hepàtics, gastràlgies, etc.).

Certament que la calculosi és la causa més freqüent de lesions vesiculars, però no devem oblidar que hi ha colecistitis originades per infecció sanguínia, hepàtica, per lesions del duodé, per lesions del còlon—estasi intestinal—, per obstrucció vesicular no calculosa, i totes aquestes lesions anatomo-patològiques protesten clínicament de la mateixa manera: dolor, febre, icterícia; i en evolució progressivament greu amb dema-

eració, insuficiència hepàtica, pancreatitis, cirrosi hepato-pancreàtica.

La patologia dels càlculs biliars és múltiple, revesteix modalitats diverses, presenta matissos diferents i que en gradació ascendent poden anar des dels síndromes senzills, larvats, exterioritzats per una simple dispèpsia, fins als greus quadros de la colecistitis sèptica, la peritonitis, perforacions viscerals, l'oclusió intestinal, la supuració hepàtica, etc. (1).

Generalment s'espera el típic còlic biliar per a diagnosticar, i són molts, més de la meitat, els individus amb pedres biliars que acusen síndromes dolorosos vagues gàstrics o intestinals que són atribuïts a gastropaties, histerisme, neurastènia. Els tals quadros no són latents sinó ben manifestos, però víctimes dels clàssics i rígids quadros clínics rebutgem allò que no encaixa en llurs estrets motllos.

La freqüència amb que passen in advertits clínicament els càlculs biliars indica la necessitat de canviar els fonaments del diagnòstic, fent bona l'afirmació d'OCHSNER el qual sosté que de continuar amb les orientacions antigues forçosament les conclusions han de resultar equivocades. En més de la meitat dels casos no existeix el típic còlic biliar, pedra fonamental on descansava el diagnòstic de la litiasi, i poc a poc s'ha desfet la vella i equivocada creença d'esperar la presència de la icterícia per a diagnosticar la litiasi. La icterícia és una complicació, no un símptoma de la malaltia.

La gran majoria de vegades els càlculs són tolerats per l'organisme (95 % segons RIEDEL, 80 % segon KEHR), però hi ha un tant més o menys crescut que transforma en malalts els portadors de càlculs de les vies biliars, són llavors conscients de llurs pedres. La pedra biliar, sia única o múltiple, rodona o afaceta-da, dura o fangosa, llisa o punxaguda, lliure o enclavada, sèptica o asèptica, origina lesions anatomo-patològiques múltiples (que en diferents treballs havem estudiat) i fenòmens fisiopatològics que forçosament s'exterioritzen amb quadros clínics variadíssims sense portar el segell, la majoria de les vegades, del clàssic còlic hepàtic. Voler resoldre per esquemes els problemes clínics, és desconèixer l'intrincat nexa patològic que sor-

(1) E. RIBAS RIBAS. — *Contribució a l'estudi de la cirurgia biliar. Síndromes complexes i larvats*. «Anals de Med.» 1908.

geix quan es desvia el fisiologisme d'un òrgan. En el terreny fisiològic, fetge, bufeta biliar, grans conductes biliars, pílor i pàncreas tenen llur paper ben marcat, però en emmalaltir qualsevol d'aquests òrgans, simpatitzen patològicament i tots ells emmalalteixen. S'inflama la bufeta biliar i en presentar-se peritonitis plàstica o supurada subhepàtica, es fusiona amb els òrgans veïns, es traven relacions flogístiques que de moment desperten reaccions doloroses, trastorns locals després i funcionals finalment. Els òrgans fusionats de la zona subhepàtica formen un tot patològic, del qual les vies biliars són el veritable centre d'on irradien o es propaguen les lesions cap amunt (fetge), o cap a dins (pàncreas), o cap avall còlon, peritoneu).

La colelitiasi, malaltia freqüent, no és sempre malaltia quirúrgica. Tots havem vist bufetes plenes de càlculs en autòpsies sense síndromes que els revelessin. No gens menys, i és aquest un punt de cabdal importància, potser hom exagera massa l'anomenada latència de les pedres biliars, puix que moltes vegades existeixen síndromes que a tot són atribuïts menys a càlculs i en realitat són aquests els causants d'aquells.

No oblidem el que diu BARKER: «En un individu de mitja edat l'estat general del qual s'altera sense causa apreciable, hom deu sempre sospitar una lesió de la bufeta biliar i explorar sistemàticament aquesta regió».

Subsisteix una equívocada idea de la litiasi biliar quan hom sosté que no és una malaltia greu, ja que diuen: «Hi ha molta gent que té atacs de còlics hepàtics i es mor d'altres coses». Això és cert, però també ho és que aquestes altres coses que maten no vindrien de no haver existit la litiasi. En diferents treballs hem demostrat que molts cirròtics de fetge tenen pedres en la bufeta i amb fortes lesions de colecistitis crònica i aquesta ha sigut la causa de la cirrosi. La cirrosi hepàtica i la pancreàtica són els quadros finals de la colelitiasi que passà sense grans manifestacions doloroses, no tan poques, però, que un clínic avisat, amb els moderns coneixements, les haguera diagnosticat oportunament propasant un tractament curatiu i profilàctic. Tinguí ben present el clínic que l'abscess subfrènic, íleus biliar, les estenosis pilòriques per adherències subhepàtiques, la pancreatitis i l'hemorràgia pancreàtica, poden matar i ¿què són aquestes lesions sinó greus complicacions de la litiasi biliar? Els que en dubtin, que es prenguin la molèstia d'assistir a les

sales d'autòpsies o bé a les sales d'operacions i es convenceran que sempre es troben més lesions de les sospitades.

Res no podem ensenyar als internistes hem dit en una altra ocasió, però deuen aprendre dels fets que ha posat de manifest la cirurgia i aquesta, amb les vísceres vistes i tocades, ens diu que les colescistitis i les calculosis per ser les més freqüents maten ja agudament per perforació, per septicèmia, per colèmia, per oclusió intestinal, per estenosi pilòrica, per pancreatitis hemorràgica, ja maten lentament pels sofriments continuats, per trastorns gastrointestinals, per cirrosi hepatico-pancreàtica que condueix a la inanició o a la caquèxia. I això alguna cosa diu, quelcom significa, i és que les conseqüències de la calculosi biliar són nombroses i greus i cal diagnosticar les oportunament per poder donar indicació salvadora.

COTTE i KHER calculen la mortalitat de la calculosi biliar sotmesa a tractament mèdic de 6 a 10 %. Nosaltres creiem, tenint en compte les lesions finals complicacions de la colelitiasi (cirrosi hepatico-pancreàtica), que és més grossa la mortalitat, i avui no deu morir ningú de colelitiasi: una operació oportuna és salvadora.

Certament que hi ha un 80 % de casos que toleren bé llurs càlculs, però n'hi ha un 20 % que protesten de llurs pedres i que estan menaçats de greus contingències. A aquest 20 % que reclama els auxilis del metge tenim el deure d'esposar amb tota claredat i honradesa científica la situació present, son probable esdevenidor, no oblidem que segons KEHR la colecistitis purulenta dona un 20 % de mortalitat, la gangrenosa un 80 %, la colecistitis crònica un 50 % i la colangitis difusa un 80 %. Xifres eloqüents per a convèncer de la necessitat d'una intervenció quirúrgica.

De tot això que havem dit resta una conclusió, i és que quan la litiasi biliar no és tolerable *és una malaltia greu*.

L'operació és greu? Quina operació és la radical? En termes generals, al final d'aquest treball ja parlarem de les operacions que cal practicar, direm que l'operació d'elecció és la colecistectomia, operació senzilla i benigna en el ben entès de practicar-se en casos en què les lesions de pericolecistitis no siguin avançades.

La colecistectomia practicada pels cirurgians que donen indicació tot seguit de diagnosticat el càlcul és una operació

quasi sense mortalitat. La colecistectomia practicada en el nostre país, en què les lesions són ja moltes vegades avançades, és una operació amb mortalitat. Malgrat tot, en els casos en què s'ha complert una indicació relativa, o sigui aquells en què l'operació s'ha fet quan la lesió era sols de la bufeta, la nostra estadística acusa un 3 % de mortalitat, ja que en 87 colecistectomies hem tingut 2 defuncions; en canvi, en 116 colecistectomies dutes a terme per complir una indicació vital hem tingut 36 defuncions. De les colecistectomies, entre les 25 que hem practicat, en resulten 8 defuncions, però cal advertir que 11 casos eren gravíssims. KEHR sobre 1229 casos no complicats va tenir 37 morts (3 %) i en 637 casos complicats 277 morts (43,3 %).

No s'oblidi, doncs, com palesen les estadístiques, que el gran perill és arribar massa tard i els resultats són molt diferents segons hom operi oportunament o no.

L'anatomia patològica ens ha ensenyat les lesions de la colecistitis calculosa: modificacions estructurals de les parets de la bufeta, ulceracions de les mateixes, alteracions dels diverticles de Luska, engruiximents inflamatoris, lesions totes que difícilment retrocedeixen i que constitueixen un perill constant a part d'exposar al càncer de la bufeta. L'anatomia patològica justifica, doncs, l'operació.

DEAVER sosté que l'operació no deu retardar-se, car la colelitiasi té claríssima relació amb les malalties del fetge, pàncreas i intestins. Estem, doncs, autoritzats a proposar la intervenció quirúrgica, benigna practicada oportunament; amb ella evitem les complicacions de la colelitiasi i les operacions tardívoles que són sempre més greus.

Indicacions quirúrgiques (1). — La concepció de RIEDEL, MOYNIHAN, LESJARS, etc., d'extirpar tot càlcul des del moment en què es diagnostiqui, és una fórmula teòrica que no pot, almenys en el nostre país, portar-se a la pràctica — a part que no la trobem fonamentada. Si l'operació fos sense mortalitat — i per senzilla que sigui una operació, sempre es corren alguns perills,

(1) E. RIBAS RIBAS. — Lliçó 52 del Curs de Patologia Digestiva organitzat pel Dr. GALLART. 1921. Hospital de la Sta. Creu. *Terapèutica quirúrgica de la colelitiasi i ses complicacions*.

E. RIBAS RIBAS. — Cirugía biliar. *Indicaciones quirúrgicas de la colelitiás e infecciones biliares*. Tercer Congreso de Cirugía. Madrid 1910.

E. RIBAS RIBAS. — *Cálculos biliares y sus complicaciones*. 1911.

els quals, si no són tan greus com aquells als quals exposa la colelitiasi, no són tampoc tan escassos que poguem prescindir-ne. Ens sembla més pràctica i humana la conducta de KEHR, que nosaltres acceptem, i que consisteix a plantejar les següents indicacions:

Una *absoluta indicació* d'operar en aquelles formes anatomo-patològiques greus en què la vida està amenaçada (empiema de la bufeta biliar, colecistitis agudíssima, perforació, oclusió crònica del coledoc)—i una altra *indicació relativa* en les colecistitis cròniques recidivants en què els continuats sofriments fan impossible la vida;—aquí el metge deu tenir molt en compte l'estat social del malalt.

Guiats per aquest criteri i creient que per al metge pràctic l'interessant són els signes orientadors d'una indicació quirúrgica, formulem aquestes preguntes: Quan deu fer operar els seus malalts? Quins símptomes deuen obligar-lo a proposar la intervenció?

La vostra il·lustració em relleva de fer la descripció clínica de la colelitiasi, basta per al nostre objecte de fixar solament aquells símptomes que exigeixen, per llur intensitat i duració, una operació quirúrgica. Permeteu, doncs, que d'una fàisó esquemàtica expressi els símptomes fonamentals definidors de la indicació operatòria.

Indicacions relatives, ço és, aquelles que aconsellen l'operació per evitar majors perills i bé que de moment la vida no estigui amenaçada, els continus sofriments la fan intolerable. Deuen proposar-se en el següents casos:

I. Dolor vesicular irradiat a l'epigastri amb símptomes de dispèpsia continuats.

II. Còlics hepàtics intensos, cada vegada més freqüents, tant més si van acompanyats d'icterícia.

III. Còlics hepàtics intensos més o menys llunyans, però quedant entre atac i atac dolorosa la regió de la bufeta.

IV. Símptomes gàstrics mal definits que no encaixen en cap de les malalties d'estómac. Deuen ser objecte de reiterats exàmens radiogràfics per sorprendre la regió de la bufeta si és que n'és la responsable; l'existència radiogràfica de càlculs o adherències ens podrà dar un diagnòstic. No devem descuidar mai el sondatge duodenal, exploració de gran valor per a arribar a un positiu diagnòstic de colecistitis i àdhuc de calculosi.

El Dr. GALLART diu als seus alumnes: «Quan vegeu un síndrome gàstric mal definit en dones amb embarassos repetits, penseu en la litiasi biliar»; i tal criteri és cert, la majoria de les dones que hem operat de colelitiasi han tingut mals parts. L'embaràs, per l'estasi biliar que determina i per la colesterinèmia que l'acompanya, afavoreix la formació calculosa.

V. Els símptomes dolorosos subhepàtics amb fenòmens d'infart de la base del pulmó dret són suficients per aconsellar una intervenció. BARDH descriu i KEHR accepta com a complicació, per via limfàtica, de les colecistitis, infeccions més o menys cròniques de la base del pulmó dret i diu que tota lesió indefinida del lòbul inferior deu fer cercar la infecció de la bufeta com a causant. En tals casos hom deu aconsellar la intervenció quirúrgica.

VI. Els còlics hepàtics amb síndrome dolorós vesical o subhepàtic amb fenòmens dolorosos estesos per diverses regions del cos—reumatisme vesicular (1)—deuen intervenir-se.

VII. En els casos d'hidropesia vesicular en què la bufeta per son volum és causant de fortes molèsties.

VIII. Els ictèrics deuen ser objecte d'una minuciosa observació. Tot síndrome vesical dolorós acompanyat d'icterícia amb recaigudes, o bé d'icterícia dissociada, deu ésser tributari de la cirurgia. No oblidar tampoc que tota icterícia lleu pot convertir-se en greu.

Indicacions absolutes vitals, ço és, aquelles que tenint en compte que la malaltia amenaça la vida reclamen una intervenció urgent. Deuen proposar-se en els següents casos:

I. Els còlics d'escassa intensitat amb augment de volum de la bufeta, aquesta dolorosa a la palpació, amb temperatures sense icterícia o quan més un lleuger to ictèric, parlen a favor de supuració de la bufeta.

II. Còlics hepàtics intensos amb tendència al col·lapse.

III. Els còlics hepàtics o síndrome gàstric amb dolor vesicular a la palpació i a la inspiració profunda, acompanyats d'icterícia i temperatures persistents, revelen angiocolitis.

(1) El reumatisme vesicular és un fet. Hem tingut ocasió d'operar mants casos, els quals una volta extirpada la bufeta quedaven lliures de les manifestacions reumàtiques. Últimament hem operat una malalta amb còlics hepàtics, però segons deia la malalta la molestava més un fort dolor que sentia en el dit gros del peu. Un cop operada desaparegué completament tota manifestació dolorosa.

IV. Tota icterícia progressiva amb obstrucció absoluta i constant o alternativa del coledoc deu intervenir-se sens esperar que sobrevingui la pèrdua progressiva de pes o la presència de temperatures indiqui els greus perills que amenacen. Tota icterícia progressiva amb símptomes de dèficit pancreàtic deu ésser operada com més aviat millor. En resum, tota icterícia amb decoloració dels excrements significa obstrucció del coledoc per càlcul o bé pel cap del pàncreas indurat i la indicació és evident: desobstruir tan aviat com sigui possible, i si la icterícia per obstrucció va acompanyada de temperatures, la indicació és urgent.

V. La temperatura és un altre símptoma que per ell sol pot exigir una intervenció quirúrgica i ràpida sempre. Quan un individu amb una colecistitis calculosa presenta dolor espontani i a la pressió en la regió vesicular, amb febre lleugera al principi i alta després i duradora, cal témer supuració de la bufeta i no ajornar l'operació, la qual pot arribar a ésser senzilla si la bufeta s'ha adherit a la paret formant un veritable flemó parietal.

A vegades, i per això ho cito aquí encara que és complicació de la colelitiasi, però per la mateixa raó que havem parlat de la icterícia, que és complicació de la calculosi, podem parlar de l'abscés subfrènic amb el qual deu pensar sempre el clínic enfront d'una litiasi biliar.—Dolor i temperatures que aviat van acompanyades d'un aparent augment de fetge ja que la macidesa s'estén per sota les costelles, però no és que el fetge augmenti de volum, sinó que baixa per la col·lecció supurada o abscess subfrènic que es forma entre el diafragma i el fetge. Quan sospitem la formació de l'abscess subfrènic pel dolor, temperatura, descens del fetge i augment de la macidesa toràcica, línees axil·lar anterior i posterior, devem practicar en el tòrax una punció exploradora, sempre amb agulla llarga per a poder arribar a la col·lecció subfrènica moltes vegades separada de les parets toràciques per vessament pleurític causat per la infecció subfrènica. Moltes són les vegades que havem vist cometre l'erro de punxar amb agulla curta, retirar líquid clar i acontentar-se amb el diagnòstic de vessament pleurític solament.

Altres vegades, en individus amb antigues colecistitis, es presenta dolor subhepàtic amb temperatures altes remittents o intermitents, accentuant-se cada vegada més i presentant-se una tumoració subhepàtica; existeix un adenoflemó de l'hili hepàtic

per infecció dels ganglis de l'hili portada pels limfàtics de la bufeta. La intervenció, també en aquest cas, s'imposa.

Fenòmens dolorosos intensos en la regió vesicular amb altes temperatures i quadro de toxèmia obliguen a una intervenció ràpida: amenaça una colecistitis gangrenosa o una perforació de la bufeta. Devem fer notar que l'operació deu ésser tant més ràpida com més movable estigui la bufeta biliar; en els casos d'aquesta mena que jo he operat he trobat sempre la bufeta grossa i per tant molt palpable per la paret abdominal; si existeixen indicis d'adherències a la paret abdominal—dolor, hiperestèsia cutània amb edema—podem esperar perquè no és tant de témer una perforació en el peritoneu. Cal no oblidar que les bufetes que han sofert diferents «poussées» colecistitiques no estan tan exposades a perforar-se en peritoneu lliure, puix quasi sempre estan protegides per adherències. Quan temem que la bufeta sigui lliure, l'operació deu ésser ràpida i donat el concepte de les lesions devem fer la colecistectomia.

Abans de pendre indicació en les colecistitis agudes no oblidí el clínic que totes les colecistitis cròniques calculoses són susceptibles de reaguditzacions—colecistitis agudes que poden retrocedir—. Tota bufeta ràpidament distesa pot retrocedir ràpidament i no devem precipitar-nos a pendre indicació quirúrgica si aquesta ràpida tumoració vesical no va acompanyada de quadro d'hipertòxia. Aquests canvis de volum de la bufeta s'expliquen per buidament del seu contingut pel cístic, amb la qual cosa disminueix son volum i cessa l'atac. Però al costat d'aquestes colecistitis agudes seroses que poden retrocedir existeixen aquelles altres ja dites agudíssimes, necrosants, gangrenoses, amb quadro intensament tòxic, que ràpidament poden portar a la perforació i originar peritonitis, sia per perforació macroscòpica, sia per perforació microscòpica dels diverticles de Luska.

Qui s'hagi trobat davant un d'aquests quadros formidables de colecistitis ha de confessar que les coses no es presenten tan clares que el cirurgià més clínic no dubti, car difícil, difícilíssim és de saber distingir entre les lesions agudes que poden retrocedir i les que fatalment han de conduir a la gangrena, i en lesions en què esperar és a vegades veure morir el malalt ha d'influir per pendre una resolució, a part de fenòmens hipertòxics, el temperament del cirurgià. Hi ha, però, una dada de gran valor, i és que tota bufeta que bruscament i sens antecedents de

colecistitis crònica presenta quadro d'extrema agudeses és de més gros perill, en general, que el de la reagudització d'una colecistitis crònica. Cosa comprensible, car una bufeta crònicament inflamada té adherències que la defensen, mentre que una bufeta completament lliure té més probabilitats de perforar-se en plena cavitat peritoneal quan és danyada per colecistitis aguda gangrenosa.

Tots aquests quadros clínics tradueixen les lesions anatomo-patològiques que detalladament hem publicat en diferents treballs les quals utilitzarem.

L'anatomia patològica demostra que les formes doloroses de les colecistitis cròniques no depenen ni de la qualitat ni de la quantitat ni del volum del càlcul, ni de la seva mobilització, ni de la distensió de la bufeta, sinó de la seva inflamació, de la colecistitis i pericolecistitis, i les més intensament doloroses depenen de les ulceracions que prop del coll de la bufeta existeixen o bé es veuen en bufetes amb mucosa roja amb pigallat hemorràgic o amb puntets groguencs.

Estudiats esquemàticament els grans símptomes que deuen cridar l'atenció del clínic—el dolor, la icterícia i la temperatura—passarem a fixar les lesions anatomo-patològiques.

Establirem els següents grups de les dites lesions que més sovint es troben:

Primer grup.—Colecistitis i càlculs de la bufeta i cístic.

a) Càlculs biliars en la bufeta amb permeabilitat del cístic que desperta típics còlics biliars amb expulsió de pedres, acompanyats o no de lleugeres angiocolitis i en els quals passat l'atac no queden signes locals (dolor subhepàtic ni tumoració).

b) Càlculs biliars en la bufeta o en cístic obstruït amb còlics biliars freqüents i sens expulsió de pedres. La tumoració de la bufeta i dolor subhepàtic després de còlics biliars són signes d'infecció més o menys accentuada de la bufeta i que pot en un moment donat amenaçar la vida. Moltes voltes no és possible de trobar la bufeta per palpació malgrat estar augmentada de volum com hem tingut ocasió de comprovar per laparotomia. Tingui's present que el lòbul lingüiforme de RIEDEL és a vegades bastant desenrotllat i que l'augment total del fetge i son basculament cap endavant, en les dones sobre tot, poden ocultar la bufeta la qual en alterar-se pel procés flogístic s'enganxa cada

vegada més a la cara inferior del fetge retreint se sobre tot en processos crònics.

c) Càlcul o càlculs biliars amb obstrucció del cístic i hidropesia vesicular però sens atacs aguts i sense dolor a la pressió sobre la bufeta, caracteritzant-se sols per augment de volum de la bufeta que pot per ses exagerades dimensions causar molèsties i reclamar la intervenció quirúrgica.

d) Bufetes amb colecistitis cròniques amb càlculs o sense, generalment petites, retretes, esclerosades, amb pericolecistitis. Causen freqüents còlics biliars o bé sens existir aquests acusen continuament dolors subhepàtics amb trastorns gastrointestinals. Les lesions vesicals i perivesicals causades pels càlculs existents o que han existit formen tot el procés que el cirurgià pot curar amb l'extirpació de la bufeta. Nombrosos són els casos que hem operat sense trobar càlculs i els quals l'extirpació aquesta guarí de llurs molèsties.

e) Bufetes de parets gruixudes, flogístiques, d'aspecte blanquinós, amb mucosa tumefacta, vellositats molt desenrotllades, amb punts groguenecs sobre fons roig de la mucosa d'aspecte de gers (tipus *strawberry gall bladder*). Aquestes bufetes són molt doloroses com hem pogut comprovar i l'examen histològic hi ha demostrat l'existència de granulacions lipoides o de colesterolina en les cèl·lules epitelials. La intensitat i freqüència del dolor és llur característica. Només la cirurgia pot guarir aquesta forma anatómo patològica.

Segon grup.—Colecistitis agudes i agudíssimes amb angio-colitis o sense.—Procés flogístic intens amb edema de la paret de la bufeta, ulceracions o xapes gangrenoses de la mucosa, tumoració vesical, febre, icterícia i dolor subhepàtic amb irradiacions peritoneals. Aquestes colecistitis agudes poden evolucionar o bé cap al flemó biliar fent se adherències amb la paret abdominal (convertint en senzilla la tècnica quirúrgica puix que basta una senzilla incisió per desaiguar el pus), o bé pot conduir a la perforació intraperitoneal, o bé propagar-se la infecció cap al teixit cel·lular retroperitoneal originant l'abscess sufrenic. Qualsevulla que sigui l'evolució, la indicació vital subsisteix i res no significa per a deturar la nostra actuació que existeixin casos de colecistitis aguda que arribin a guarir-se per desobstrucció del cístic o bé per perforació de la bufeta en el

budell; això són favorables casualitats amb les quals no deuen comptar el malalt ni el cirurgià.

Tercer grup (1).—Calculosi amb infecció biliar, colangitis.—La icterícia no és símptoma de calculosi, és una complicació. La icterícia és deguda a dos mecanismes: o bé a obstrucció mecànica o bé a infecció; és sempre icterícia per retenció en tant no arribin les lesions a la cèl·lula hepàtica, ças en el qual la icterícia es fa funcional. Aquest és el gros perill; amb una actuació quirúrgica oportuna assolirem que no es lesioni la cèl·lula hepàtica, extrem al qual no es deu arribar mai.

La icterícia pot ésser fugaç o constant, indicant o ratxes d'infecció o infecció permanent de les vies biliars o bé obstrucció mecànica momentània o permanent de la via principal o bé de l'hepàtic.

La icterícia amb febre en la litiasi és símptoma greu d'infecció canalicular, la qual certament pot retrocedir, però quan la seva presència dura dies accentuant-se les temperatures, hom deu intervenir ràpidament abans que sobrevingui la icterícia funcional, la colèmia, la insuficiència cardiorenal.

Sempre devem seguir el malalt icteric estudiant la corba tèrmica, però convé també examinar l'orina, la presència d'oligúria, hipoazotúria, urobilina signifiquen lesió de la cèl·lula hepàtica la qual deu obligar a una actuació immediatament. En canvi, quan la hipoazotúria vagi acompanyada de desaparició brusca de la icterícia, hom deu formular un pronòstic greu. La cèl·lula hepàtica està atacada de mort, dèiem abans; s'han exhaurit els materials sanguinis formadors dels pigments biliars, diem avui.

Quart grup.—Càlculs del coledoc (2).

Són quasi sempre càlculs secundaris que emigren de la bufeta i en passar pel coledoc s'atasquen en la seva porció supra o retroduodenal o en la mateixa papil·la duodenal.

(1) E. RIBAS RIBAS.—*Tractament quirúrgic de les icterícies*. Lliçó del Curs de Patologia Digestiva organitzat pel Dr. GALLART. 1922. Hospital de la Sta. Creu.

E. RIBAS RIBAS.—*Indicacions quirúrgiques en les icterícies calculoses*. Comunicació al IV Congrés de Metges de Llengua Catalana. 1921.

(2) E. RIBAS RIBAS.—*Intervenció quirúrgica per càlcul del coledoc*. 1908. «Anals de Medicina».

E. RIBAS RIBAS.—*Càlculs del coledoc*. Comunicació a l'Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya. 1920.

Aquesta oclusió pot ésser aguda o crònica. L'oclusió aguda, caracteritzada per dolor intens subhepàtic, icterícia, febre i fenòmens de peritonisme, retrocedeix la major part de les vegades amb la sortida de la pedra. No gens menys, si els fenòmens s'accentuessin i l'angiocolitis es presenta o amenaça perforació, l'operació ha d'ésser urgent.

L'oclusió crònica del coledoc reclama gairebé sempre la intervenció quirúrgica, i diem gairebé sempre perquè hi ha casos que diagnosticats d'obstrucció del coledoc arriben a la curació per perforació del coledoc en l'intestí (duodèn, còlon). CRUVEILLIER ja deia que quan un càlcul voluminós arriba a l'intestí és a través de perforacions de la bufeta o del coledoc. No s'oblidi que, a part la icterícia cada volta més accentuada amb decoloració dels excrements—que pot sofrir alternatives en els càlculs diverticulars del coledoc—, acompanyant sempre a l'oclusió del coledoc, pèrdua de la gana, afloquiment, disminució de la urea, insuficiència hepàtica i pancreàtica, greus mals amenacen; diagnosticat el càlcul del coledoc deu intervenir-se tot seguit.

NAUNY deia que, el procés ulceratiu de la paret del coledoc, pot determinar l'expulsió del càlcul; però KEHR sosté que aquest procés és tan rar, que hom no deu comptar amb ell en tant que la infecció en les vies biliars, la perforació en el peritoneu, la flebitis de la porta, són realitats amenaçadores des de que es presenta l'oclusió.

Devem rebutjar un termini fixe de tres mesos, com volen alguns clínics, per arribar a l'operació. Tot càlcul del coledoc deu intervenir-se un cop diagnosticat i la intervenció serà urgent si es presenta infecció, o bé, encara que aquesta no es presenti, si hi ha dèficit pancreàtic o insuficiència hepàtica.

Cinquè grup. — La pancreatitis és una de les complicacions més freqüents. Tan sovint la pancreatitis acompanya la colelitiasi, que QUÉNU i DUVAL, en 1905, reunien en un interessant treball 118 casos de pancreatitis associades a la litiasi biliar. KEHR troba la pancreatitis en un 33 % de casos de calculosi. MAYO ROBSON diu que, de cada 100 casos de lesions pancreàtiques, 81 són deguts a pedres biliars. Nosaltres, en 210 casos de litiasi biliar operats, n'hem trobat 58 de pancreatitis, i dels 14 casos d'hemorràgia pancreàtica operats, 7 tenien antecedents de càlculs biliars. Tal freqüència d'associació de la litiasi amb la

pancreatitis, que la cirurgia ha posat de manifest, justifica la importància del coneixement de les lesions flogístiques del pàncreas i explica el curs ulterior de moltes intervencions quirúrgiques en la calculosi biliar i l'evolució de molts casos no intervinguts per haver-se expulsat espontàniament les pedres, i en els quals, malgrat la desaparició dels càlculs, no es presenta la curació.

Les lesions pancreàtiques d'origen calculós són degudes, o bé a infeccions limfàtiques que surten de la bufeta i arriben als limfàtics i ganglis pancreàtics, o bé des de la bufeta es propaguen pel cístic, coledoc i conductes pancreàtics, o bé pels dos conductes ensems.

Diferents tipus de lesions pancreàtiques es veuen: pancreatitis lleugeres curables mèdicament, pancreatitis parenquimatoses (induració del cas del pàncreas), pancreatitis escleròsica o atròfica, i finalment, l'hemorràgia pancreàtica. No puc, en aquest lloc, ser més extens; en diversos treballs he descrit aquestes lesions (1). Sols diré que la forma més interessant i més freqüent és la pancreatitis parenquimatosa, que simula un tumor i comprimeix el coledoc, estant en aquest cas indicada la intervenció quirúrgica: el drenatge del coledoc.

Quantes vegades en intervenir i trobar un cap de pàncreas dur com una pedra, sobre tot al principi, hem dubtat, i sospitant un càncer, ens hem llençat a una anastomosi cistogàstrica, si hi havia una bufeta no massa retreta!

Ja fa temps que amb el Dr. GALLART (2) explorem minuciosament aquests malalts, i l'examen de les funcions pancreàtiques practicat per tan reputat especialista, ha guiat les nostres intervencions, i sempre el curs post-operatori ha confirmat el diagnòstic clínic.

(1) E. RIBAS RIBAS. *Contribución al estudio de las hemorragias pancreáticas*. 1915.

E. RIBAS RIBAS. *Pancreatitis y cálculos biliares*. 1915.

E. RIBAS RIBAS. *Colecistendisis, colecistostomia y colecistectomia*. 1920.

E. RIBAS RIBAS.—*Formas quirúrgicas de las pancreatitis*. 1913.

(2) Segons el Dr. GALLART, les dades que investigades minuciosament i repetida ha confirmat la clínica per al diagnòstic de les pancreatitis i càncer, són:

<i>Pancreatitis</i>	<i>Càncer del pàncreas</i>
Disminució de les unitats amilolítiques.	En un 95 %, 0 unitats amilolítiques.
Lleuger dèficit en el desdoblament de les grasses.	Dèficit intens o complet desdoblament de les grasses.
Amilasa urinària augmentada.	Amilasa urinària abolida.
Weber negatiu.	Weber positiu bastant sovint.

Pancreatitis total atròfica: Iguals símptomes que el càncer sense Weber.

GALLART. *Amilasa fecal pancreàtica. La seva investigació i dosificació*. 1914.

Una autòpsia ens ensenyà que allò que nosaltres crèiem càncer del pàncreas, no era més que lesions de flogosi pancreàtica; des de que recollírem tal ensenyança, hem d'estar molt segurs de la naturalesa cancerosa per a procedir a l'anastòmosi de la bufeta biliar amb l'estòmac, i, en el dubte, preferim d'extirpar la bufeta, font de la infecció pancreàtica, i drenatge de l'hepàtic, per combatre la icterícia i fenòmens colèmics. Sols així, si es tracta d'una pancreatitis, assolim el retrocés de les lesions, com ràpidament ho indiquen l'evolució post-operatòria, sortida de bilis pels excrements, disminució de la induració pancreàtica i la desaparició del dèficit pancreàtic. Certament que algunes vegades, podem equivocar nos, però no crec que hom pugui reprotxar-nos tal conducta, ja que, entre córrer les probabilitats, molt científiques, de practicar una operació radical en els casos de pancreatitis i guarir el malalt, o deixar de practicar una operació pal·liativa en el cas de resultar un càncer, no dubto ni un moment a executar ço primer.

Sisè grup.—Altres complicacions de la litiasi i que reclamen intervenció urgent, són: l'abscess sufrènic, l'abscess suphepàtic, les estenosis pilòriques i duodenals, íleus biliar i l'hemorràgia pancreàtica (1).

Setè grup.—Incloem aquí les adherències que lliguen la bufeta biliar amb diferents vísceres i que poden ésser originades per lesions colecistítiques. MERKER (de Nova York) descriu les següents: 1.^{er} adherències en forma de bandes o faixes que embolcallen el duodèn: hepato-duodenals, colecisto-duodenals, hepato-cistoduodenals. 2.^{on} bandes que embolcallen l'estómac: hepato-gàstriques, colecisto-gàstriques, hepato-cistogàstriques, duodeno-gàstriques. 3.^{er} bandes que embolcallen el còlon: hepato-còliques, colecisto-còliques, hepato colecisto-còliques, gastro-còliques. 4.^{rt} bandes irregulars. Totes aquestes lesions són denominades pseudo-colecistitis per presentar símptomes propis de les colecistitis. En un 80 % de casos aquestes bandes o adherències eren complicades d'altres al final de l'íleon, apèndix, cec i còlon. Tot ens indica la necessitat de la radiografia abans de pendre indicacions i d'orientar la nostra actuació quirúrgica.

(1) E. RIBAS RIBAS. *Contribución al estudio de las hemorragias pancreáticas*. 1915.

E. RIBAS RIBAS. *Pancreatitis y cálculos biliares*. 1915.

E. RIBAS RIBAS. - *Complicaciones de los cálculos biliares*. 1920.

Vuitè grup.—Una de les complicacions més terribles és el carcinoma de la bufeta biliar. Segons KEHR el càncer no és tan freqüent com es creu en els litiasis, sinó pel contrari molt rar, tant en la bufeta com en els conductes. Dit autor es funda en les dades d'autòpsia de l'Institut Patològic de Basilea dels anys 1882-1888 (1). El mateix ASCHOFF no creu en la relació del càncer amb els càlculs biliars, però el cert és que en un 80 % de casos de càncer de la bufeta s'han trobat càlculs i que en un 30 % de litiasis biliars s'han trobat transformacions canceroses (2). Nosaltres hem operat 5 casos de càncer de la bufeta i en tots ells hem trobat càlculs. És indubtable, doncs, la relació del càncer amb la litiasi. Hem trobat dues formes de càncer de la bufeta: una forma papilomatosa que es desenrotlla més sovint a nivell del coll i una altra forma infiltrant difusa que comença pel fons vesical. Dels 5 casos per nosaltres operats tenim notícies de 2: un que al cap d'un any d'operat presentà una metastasi cancerosa en el gruix de la cicatriu de la paret i l'altre morí de càncer hepàtic.

El càncer de la bufeta és doncs una complicació de la coliclitiasi i que justifica la colecistectomia; l'extirpació de tota bufeta malalta és fer obra profilàctica.

Una desnutrició ràpida després d'un passat, a voltes d'anys, de gastràlgies o còlics hepàtics deu fer-nos pensar en el càncer de la bufeta (3).

(1) Institut Patològic de Basilea, 1882-1888: en 2520 autòpsies, 7 càncers de la bufeta = 0,28 %. PETERS: en 5894 autòpsies, 6 casos de càncer = 0,1 %. Institut Patològic de Helsingfors: en 3775 autòpsies, 6 casos de càncer = 0,16 %.

Entre les 2520 autòpsies de l'Institut de Basilea hi havien 255 casos de càlculs biliars i 7 casos de càncer, o sigui el 27 %. Aquestes dades estan preses de la comunicació de KEHR al Congrès de Brussel·les (*Gallentsteine*, p. 350).

(2) RIEDEL cita 52 càncers entre 700 malalts de calculosi biliar. PETERSEN: 34 entre 163. KEHR dona una proporció insignificant: 0,0001 %. COLLE admet sense discussió la coexistència del càncer.

(3) Permeteu que citi un dels últims casos operats.

N. N., 53 anys. Fa 20 anys gastràlgies després dels menjars, a les dues o tres hores, que es calmaven amb bicarbonat de sosa i àdhuc amb aigua. Aquestes gastràlgies li repetien de tant en tant i a vegades acompanyades de vòmits biliosos. Dues vegades ha observat la malalta deposicions negres sens haver pres cap medicina. Fa un any, desaparició de les gastràlgies quedant sols pesadesa després dels menjars. Molt restreta de ventre. Ha perdut la gana. Li repugnen les grasses. S'afaqueix i nota un bult en la regió hepàtica dolorós a la pressió.

L'operació demostra un carcinoma de la bufeta, amb pus i càlculs negres i rodons. Hom practica la colecistectomia. L'examen histològic fet pel Dr. FERNELLS digué que es tractava d'un adenocarcinoma de la bufeta biliar.

Finalment, diré, tenint en compte que són alguns casos en què coexisteix colecistitis amb apendicitis i són molts els casos en què extirpat l'apèndix s'ha hagut de reoperar per extirpar la bufeta; que en tot cas de colecistitis amb símptomes apendiculars deu operar-se el més aviat possible; i que en els casos diagnosticats d'apendicitis però en els quals un cop explorat l'apèndix, si no es troben lesions, convé de no acontentar-se extirpant l'apèndix, sinó explorar la bufeta biliar abans de tancar el ventre (1).

Per completar les lesions anatomo-patològiques devem dir que encara que expulsats espontàniament els càlculs per via natural, poden deixar rastre del seu pas per les vies biliars: úlceres, cicatrius del cístic i coledoc, adherències pericístiques i pericoledocals, peritonitis subhepàtica que poden causar acolzaments de les vies biliars, estenosis pilòriques i intestinals. Ja incidentalment havem parlat que els càlculs poden perforar-se en l'intestí: —duodèn, còlon— i àdhuc en la paret abdominal. Fa anys vaig descriure un cas en el qual existia un trajecte fistulós al nivell del llombrígol per on van sortir càlculs biliars. La perforació de la bufeta o del coledoc en l'intestí pot determinar la curació del malalt, però sempre que després de la perforació vinguin temperatures i icterícia devem intervenir.

Exposades ràpidament les grosses lesions de les vies biliars, direm que el cirurgià en obrir el ventre es pot trobar amb bufetes grans i petites. En general és més freqüent el tipus de la bufeta petita, retreta i quasi sempre amb adherències al còlon, al duodèn. Aquestes bufetes freqüentment tenen color blanquinós, parets gruixudes, infarts dels ganglis del cístic; la bilis pot ésser fluida, o blanca o negra com quitrà, o purulenta o estar completament desproveïda de bilis, com havem tingut ocasió de veure-ho en bufetes completament atrofiades no més grosses que el dit gros de la mà i més petites i tot. Altres vegades la bilis està en forta tensió dins la bufeta.

En ocasions, en el gruix de la paret es troben petits abscessos independents de la gran cavitat, ulceracions de la mucosa, bufetes areolars, obstruccions del cístic per càlculs enclavats o bé per mala conformació del cístic o del coll de la bufeta; en ocasions existeixen diverticles prop del coll; altres, replecs

(1) E. RIBAS RIBAS. *Colecistendisis, colecistostomia y colecistectomia* 1920.

membranosos intracavitaris, etc. Per a més detalls consultar els nostres treballs (1).

Quines son les contraindicacions de les operacions en cirurgia biliar? L'edat avançada, l'arterioesclerosi amb fenòmens cardio-renals, les lesions profundes de la cèl·lula hepàtica, bronquitis crònica, l'obesitat, són tots ells factors desagradables, els «indesitjables» de la cirurgia, com diu CHAUFFARD. Cert és que tots aquests desagradables estats seran contraindicació de les operacions que entren dins el grup de les indicacions relatives, però malgrat tot, quan es tracta de complir una indicació vital la complirem procurant en el possible disminuir els perills (anestèsia local, tònic i estimulants cardíacs).

Abans d'operar cal explorar bé el malalt; estudiar les funcions hepàtiques, pancreàtiques, renals; la tensió vascular; en una paraula, tots aquells elements que poden proporcionar dades sobre la resistència orgànica.

Abans d'intervenir, si és possible, devem sotmetre el malalt a un pla desintoxicant, hidratar-lo força amb sèrum glucosat, tonificar i estimular la cèl·lula hepàtica.

Tinguem molt present que devem bandejar de la cirurgia biliar el cloroform, fortament tòxic per a la cèl·lula hepàtica, i àdhuc l'èter si fos possible. Nosaltres utilitzem, és cert, l'èter, però en els casos de forta infecció dels colèmics agotats utilitzem l'anestèsia local, la dels esplànics o la paravertebral.

Acceptada la indicació quirúrgica, quina operació devem practicar? Les peces patològiques, els exàmens microscòpics de les bufetes ens diuen la profunditat de les lesions de les parets, àdhuc en casos en què macroscòpicament semblen sanes i fins en les mateixes bufetes calculoses asèptiques—càlculs de colestèrina—trobem estasi biliar amb dilatacions dels diverticles de

(1) E. RIBAS RIBAS.—*La anatomia patològica de la vejiga biliar calculosa como base de indicaciones y de elección de método operatorio.* «Rev. Esp. de Med. y Cir.» 1920.

E. RIBAS RIBAS.—*L'obstrucció vesicular.* Comunicació a l'Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya. Maig 1922.

E. RIBAS RIBAS.—*Les formacions lipoides en l'epiteli de la bufeta biliar.* Comunicació a la Societat de Biologia. Desembre 1922.

E. RIBAS RIBAS.—Lliçó 51. Curs de Patologia Digestiva organitzat pel Dr. GALLART. 1921. Hospital de la Sta. Creu.

E. RIBAS RIBAS.—Lliçó 52. Curs de Patologia Digestiva organitzat pel Dr. GALLART. 1922. Hospital de la Sta. Creu.

Luska, fets que parlen a favor de la intervenció radical i la colecistectomia.

Com que a aquesta ponència hom deu portar un criteri definit, crec innecessari d'exposar opinions que en res no han de modificar el nostre pensar. Ja en el Congrés de Cirurgia de Madrid 1910, exposàrem el nostre criteri declarant-nos acèrrims partidaris de la colecistectomia com a operació radical i senzilla oportunament indicada.

El principi que deu guiar tota la cirurgia biliar calculosa és el perfecte desaiguament, i amb la cistendisi o sigui l'obertura de la bufeta, extracció del càlculs i sutura de la mateixa, ens exposem a deixar una bufeta que per alteracions del coll o del cístic no es buidi bé, a part que ens exposem que existeixin pedres al cístic les quals faran fracassar aquesta operació. KEHR diu: «des de que faig examinar les bufetes biliars extirpades, he acabat per declarar-me decidit enemic de la cistendisi». La colecistendisi no està mai indicada en la pràctica». (OCHSNER).

La colecistostomia és operació incompleta, ja que deixem la bufeta malalta, malgrat els avantatges que té sobre la colecistendisi de deixar un drenatge de la bilis a l'exterior i que permet la sortida de pedres oblidades. No s'oblidi, però, que a part les fistules biliars que poden durar més o menys la conservació de la bufeta és causa de recidives. De tota manera, encara que partidaris de la colecistectomia com a operació d'elecció no refusem en absolut la colecistostomia, devem acceptar-la com a operació de necessitat sempre que la rapidesa de l'operació sigui una garantia d'èxit, i encara que la colecistectomia sigui una operació tan senzilla com la colecistostomia, en els casos senzills, és innegable que en els casos complicats és més fàcil i ràpida aquesta que aquella i per tant la creiem indicada quan existeixi infecció i colèmia amb accentuades dificultats tècniques,—en els casos d'empiema de la bufeta amb adherències a la paret abdominal; en els individus obesos en què la profunditat a què s'ha de treballar pot dificultar una bona tècnica, quan la peritonitis subhepàtica converteixi en un magma d'adherències tot l'hili hepàtic i sigui impossible d'orientar-se per escindir el coledoc en els casos en què hi hagi un càlcul enclavat; en una paraula, quan calgui un drenatge i les dificultats tècniques siguin invencibles, devem limitar-nos a la colecistostomia,—però aquests casos són excepcionals; finalment,

en els casos de càncer del pàncreas i pancreatitis atròfica conservarem la bufeta per practicar una anastòmosi.

La concepció de LANGEBEC és exacta: «Jamai la cistendisi, sempre l'ectomia, només per necessitat la cistostomia». KEHR, fidel a la doctrina defensada en el Congrés Internacional de Cirurgia de Brussel·les, 1908 diu: «Els que com jo i la majoria dels cirurgians no operem pels càlculs sinó per les greus inflamacions que produeixen, per l'obliteració del cístic, ulceracions, adherències, etc., rebutgem la cistendisi, practiquem l'ectomia preferentment i sols per necessitat la cistostomia». En el Congrés Espanyol de Cirurgia, Madrid 1910, exposàrem el nostre criteri, avui encara més ferm per l'experiència adquirida. Estem com estàvem en el mateix lloc, defensant i propagant la doctrina de KEHR; cada vegada més la clínica ens convenç de la seva bondat i sens ésser exclusivistes, en tesi general, acceptem l'ectomia per a les lesions calculoses de la bufeta biliar com a operació d'elecció, però sempre atents a les particularitats de cada cas per a variar si calgués. No oblidem el que diu KOCHER: «No es tracta de practicar una operació considerada com a clàssica per les autoritats de la ciència, sinó de salvar el malalt en cada cas especial, i això no és possible si es tracta de seguir sempre el mateix patró. Complint les indicacions teòriques més brillantment exposades moren alguns malalts perquè hom no ha tingut en esment llurs condicions individuals».

La colecistectomia la justifiquen: la història natural comparada, l'experimentació i la clínica i l'exigeixen les greus alteracions de les parets de la bufeta biliar que la inutilitzen fisiològicament; tenint en compte l'estructura de la mateixa, àdhuc suposant la curació cicatricial de les ulceracions de les parets, la infecció, el moc i l'epiteli després i arreconat en els diverticles de Luska serien origen de nous càlculs i causa de constants perills: reaguditzacions, perforacions, i àdhuc en els casos afortunats d'expulsió de càlculs i drenatge espontani dels diverticles de Luska, els danys vesiculars de la infecció amb la pericolecistitis consecutiva serien motiu de continuats sofriments.

Hom ha dit que malgrat l'ectomia és possible la recidiva i és cert: pot sobrevenir, però sempre és deguda a faltes de tècnica. Una de les primeres colecistectomies que practicàrem, al cap d'un any d'operada presentà el malalt dolor a la regió subhepàtica i icterícia, amb falta de bilis en els excrements, i la prolongació i agreujament de tal quadro ens obligaren a una

nova intervenció la qual demostrà l'existència d'un càlcul en el cístic que comprimia l'hepàtic. Avui difícilment tindríem tal contratemps puix que recordant aquest cas explorem acuradament les vies biliars abans d'extirpar la bufeta, i tingui's present que a pesar d'ésser el cístic permeable poden existir calculs en son interior. Recordo un cas en què fluïa la bilis del cístic i en un petit diverticle tocant el coll de la bufeta existien dues pedretes. Observacions que mostren la necessitat d'extirpar la major part del cístic després de tota colecistostomia. No oblidarem mai l'exploració amb el sondatge i la incisió del coledoc si fos precís. KÖRTE diu que més val incidir el coledoc per excés que per defecte, i tal conducta seguirem sempre que hi hagi la sospita de càlculs remanents. Aquests són els casos en que a la colecistectomia deu seguir el drenatge de l'hepàtic. Afegeix KÖRTE que en 2000 laparotomies per càlculs biliars, ha vist 2 casos de recidiva; una en un cas al qual s'havia practicat la cistendisi; una en un cas de cistostomia: després de la cistectomia no ha vist cap cas.

Hom ha dit que després de la colecistectomia pot presentar-se icterícia deguda no a càlculs oblidats sinó a adherències que apreten o acolzen les vies biliars. D'ésser possible cal peritonitzar la superfície cruenta que deixi la colecistectomia. No gens menys, jo diré que en ben rares vegades després de les colecistectomies s'han presentat molèsties postoperatòries, malgrat no haver peritonitzat. En canvi, sovintegen després de la colecistostomia, i es comprèn, perquè no basta que hi hagi adherències, cal, per causar molèsties, que aquelles determinin estiraments, acolzaments, i aquests seran més fàcils després de la colecistostomia que de la colecistectomia.

A part els fenòmens dolorosos que poden—encara que ben clares vegades—presentar-se després de la colecistectomia localitzats en la regió subhepàtica, devem citar els trastorns dolorosos per distensió del còlon dret que hem vist tres vegades en la nostra pràctica després de colecistectomies per bufetes amb pericolecistitis.

El drenatge biliar (1) deu practicar-se sempre que existeixi obstrucció de les vies biliars o infecció biliar prolongada o infecció agudíssima que amenaci la vida. El drenatge del coledoc

(1) E. RIBAS RIBAS.—*Indicaciones y técnica del drenaje biliar*. I Congreso Nacional de Medicina. Madrid 1919.

o de l'hepàtic és superior al de la colecistostomia i cisticostomia per tal que està situat en lloc més declivi i ésser més fàcil la curació una volta no es necessiti. Es el drenatge d'elecció. El drenatge per colecistostomia, no gens menys, té les seves indicacions: 1.^{er}, quan tècnicament és impossible el drenatge de l'hepàtic (fortes adherències, profunditat, etc.); 2.^{on}, en els casos de greu colèmia i en els individus de pèssim estat general en que convé una operació ràpida.

El drenatge de l'hepàtic deu seguir sempre tota coledocotomia practicada per a l'extracció de càlculs. Drenarem l'hepàtic sempre que hi hagi la sospita de càlculs remanents després de les operacions per colelitiasi. En els casos de càlculs múltiples, càlculs afacetats, fang biliar, bilis espessa i àdhuc en els casos de càlcul únic amb bilis tèrbola, amb grumolls, deu drenar-se l'hepàtic per evitar les mal anomenades recidives calculoses. Tota colecistectomia per bufeta biliar calculosa fortament i crònicament inflamada deu anar acompanyada de drenatge de l'hepàtic.

Això dèiem al Congrés Nacional de Medicina, Madrid 1919, però avui, al·ligonats per l'experiència, en aquests casos de colecistitis crònica, si la bilis no és bruta o bé no existeixen aquells factors assenyalats (fang biliar, sorra biliar o càlculs petits), practiquem la colecistectomia sense drenatge de l'hepàtic. La complicació de la litiasi—pancreatitis parenquimatososa—exigeix per a la seva curació el drenatge de l'hepàtic. No practicarem mai en semblant cas la colecistogastrostomia.

La duració del drenatge hom no pot precisar-la; casos hem tingut en què ha durat dos i tres mesos. Les dades que tenim en compte per retirar el drenatge són: 1.^a, la permeabilitat del coledoc; 2.^a, la qualitat de la bilis, la seva fluidesa i coloració normal; 3.^a, la desaparició de la tumefacció hepàtica; 4.^a, la desaparició del dèficit pancreàtic (en els casos de lesió pancreàtica); 5.^a, el progressiu restabliment de l'estat general; 6.^a, la causa que obliga al drenatge, car podrà ser de curta durada en els casos de colecistitis crònica amb bilis fangosa però sense infecció biliar, en canvi el drenatge serà de llarga durada en les angiolitis, en les pancreatitis.

Es el drenatge (1) de l'hepàtic o drenatge de KEHR, per ha-

(1) KÖRTE diu que és lo mateix drenar l'hepàtic que el coledoc i es limita a deixar un tub des de l'obertura del coledoc fins a la paret abdominal. Lo fonamental del drenatge és cert que s'obté amb el tub tal com aconsella en KÖrte; però el drenatge de KEHR fet

ver sigut son vulgaritzador, la més gran conquesta de la cirurgia biliar, a condició, però, que sigui practicat oportunament. Quan ha sigut practicat tard en els casos d'infecció biliar, bé que de moment hi hagi milloria, els malalts moren a causa de llurs profundes lesions sèptiques hepàtiques (abscessos areolars).

Un altre important progrés de la cirurgia biliar és el taponament.—Abans, en practicar la colecistectomia, deixàvem com tothom un taponament de glassa en tota la zona limitada per la inserció hepàtica de la bufeta, monyó del cístic, duodèn i colòn. Avui, si el desenganxament hepàtic de la bufeta no sagna ens limitem a deixar un tub de drenatge fins al monyó del cístic amb l'objecte de prevenir l'escapada de bilis cas d'afluixar-se la lligadura del cístic. On té veritable importància el taponament és quan deixem drenatge de l'hepàtic envoltat des del coledoc fins a la paret abdominal de compreses de glassa que es poden retirar del cinquè al sisè dia.

Essent aquesta una ponència medico-quirúrgica he cregut poder prescindir de detalls de tècnica de la colecistectomia, coledocotomia i drenatge biliar, donant sols les dades més culminants.

En acabar aquest treball, fill d'una experiència ja llarga, permeteu que digui altra vegada que *avui ningú no deu morir de litiasi biliar*. L'internista deu procurar i el cirurgià reclamar que els malalts arribin a la intervenció quan les lesions són solament a la bufeta — condició en la qual la colecistectomia és operació benigna—; però si això que fóra l'ideal no fos sempre possible convé sorprendre el neixement de les complicacions, cal saber quan un càlcul es mobilitza i amenaça una obstrucció, quan s'inicia una pancreatitis, quan comença l'angiocolitis per estar arma al braç i no perdre l'oportunitat d'una intervenció que solament fracassa quan s'exhaureix l'organisme per la infecció o la colèmia. Cal orientar els malalts, i aquests accepten sempre una intervenció quan està fundada en principis científics i que han sigut sancionats per l'experiència clínica. Que l'autoritzada veu d'aquest CONGRÉS porti el convenciment a la

amb un tub en T té innegable superioritat, ja que mercès a la branca horitzontal del tub així que disminueix la tumefacció del coledoc es restableix el curs de la bilis cap al budell molt millor i més de pressa que amb el tub recte de KÖRTE.

classe mèdica catalana sobre la necessitat de l'actuació quirúrgica en la litiasi biliar no tolerada.

CONCLUSIONS

1.^a Que la colelitiasi és malaltia freqüent i encara que en un 80 % de casos sigui tolerada hi ha un 20 % de malalts que protesten de llurs càlculs i que estan amenaçats per greus perills.

2.^a La colelitiasi no tolerada és malaltia greu no tan sols per les complicacions immediates—colecistitis agudíssimes, supuració vesical, angiocolitis, perforació de la bufeta, íleus biliar, etc.—sinó pels danys que lentament van lesionant el fetge i el pàncreas—processos cirròtics que acaben amb el malalt.

3.^a Que més de la meitat dels casos no presenten el clàssic còlic biliar, sinó símptomes vagues, indefinits, però sempre de punt de partida subhepàtic.—Tot dolor vesicular no significa càlcul sinó reacció vesicular—dany vesicular—i pot ésser produït per moltes causes.

4.^a Que no essent el càlcul com a cos estrany el que interessa, sinó les seves conseqüències—les lesions de la bufeta (la colecistitis)—cal el diagnòstic anatomo-patològic de cada cas, diagnòstic al qual arribarem estudiant les peces patològiques i relacionant les seves lesions amb els símptomes presentats.

No interessa tant al cirurgià l'expulsió del càlcul com la conducta del malalt que respondrà amb sos sofriments a les lesions més o menys intenses que el càlcul hagi produït; no genys menys, de la forma del càlcul poden deduir-se dades de pronòstic: un càlcul rodó i de colesterina és un càlcul aseptíc i que poques lesions haurà produït, en canvi un càlcul mixte i afacetat significa infecció i l'existència d'altres càlculs.

5.^a L'anatomia patològica ha ensenyat la intensitat de les lesions de la bufeta en la colelitiasi esteses fins als diverticles de Lusha als quals es propaga la infecció i on, per llur estructura igual a la de la bufeta i per l'estasi que pot existir, s'originen, com en aquella, càlculs. Estasi, càlculs, infecció dels diverticles exigeixen no solament l'extracció del càlcul de la cavitat vesical i son drenatge, sinó l'extirpació de la bufeta per a la curació radical.

6.^a Dues indicacions quirúrgiques devem plantejar, una absoluta, vital, en els casos en què la vida està amenaçada (em-

piema de la bufeta, colecistitis gangrenosa, perforació, supuració subhepàtica, angioecolitis, càlcul del coledoc, pancreatitis hemorràgica, íleus biliar, estenosi pilòrica, etc.); l'altra indicació és *relativa*, puix bé que els sofriments fan ingrata la vida, aquesta no perilla de moment: són els casos de colecistitis crònica.—L'estat social del malalt ha de pesar molt per pendre indicació quirúrgica.

7.^a Els grans símptomes que poden obligar a una intervenció són el dolor, la icterícia, la febre, la pèrdua de pes.

8.^a Totes les formes anatomo-patològiques es redueixen a bufeta grossa o bufeta amb permeabilitat del cístic o amb obstrucció del mateix; a bufeta amb càlculs asèptics de colesterina o amb càlculs infectats.—Però totes sens excepció, encara que més en els calculosos infectats, presenten fortes lesions estructurals de les parets que són incurables.

9.^a Que totes les lesions de la bufeta biliar poden originar múltiples complicacions: propagant-se al fetge per continuïtat del teixit—hepatitis o bé abscess subfrènic—; per via limfàtica—l'adeno-flemó de l'hili hepàtic—; la limfoadenitis pancreàtica; per via canicular—l'angioecolitis—; la pancreatitis.

10.^a Que hom deu procurar intervenir en tant la lesió sols és a la bufeta i aquesta a la curta o a la llarga és un perill que por i deu evitar-se. S'imposa, doncs, abans que tot un convenciment de la incurabilitat de la colecistitis, però cal una major i millor exploració dels malalts que conduirà a un diagnòstic de bona hora de les lesions, a un coneixement i convicció dels perills a que està exposat el malalt i a una decisió ferma de la necessitat d'indicació oportuna, amb la qual cosa arribarem a transformar en benignes operacions encara greus per practicar-se desgraciadament en casos avançats.

11.^a Abans d'intervenir devem, a ésser possible, sotmetre el malalt a un pla desintoxicant, hidratar-lo fortament, tonificar i estimular la cèl·lula hepàtica i utilitzar de preferència l'anestèsia local.

12.^a Que l'operació d'elecció deu ésser la colecistectomia, operació benigna que pot convertir-se en greu quan existeixen múltiples adherències o estats sèptics. Les circumstàncies s'imposen i quan l'operació és tècnicament difícil i l'estat general greu devem acontentar-nos amb una simple colecistostomia, car a vegades voler obtenir un èxit definitiu és arribar a un fracàs immediat.

13.^a Que els casos d'infecció biliar (angiocolitis), càlculs petits, fang biliar, bilis purulenta—així com en els càlculs del coledoc i en les pancreatitis la colecistectomia deu anar acompanyada del drenatge de l'hepàtic.

14.^a Com a síntesi de tot ço dit, deu tenir-se molt present que la bufeta biliar és des del punt de vista patològic un òrgan tan important com l'apèndix i en la qual hom deu pensar sempre que es tracti de síndrome complexa vague indefinit de la part alta de l'abdomen; que en els casos difícils deu sotmetre's el malalt a l'exploració radiogràfica, al sondatge duodenal. Tot ho deu aconsellar el metge abans de deixar el malalt exposat a greus perills. Avui no deu morir ningú de litiasi biliar, el metge no pot ni deu amb la seva conducta passiva ésser còmplice de la malaltia.