

TÉCNICA OPERATORIA EN EL TRACTAMENT QUIRÚRGIC DE LA COLELITIASI

pel Dr. A. SALDAÑA

Honrat amb la designació per a redactar la ponència del tema enunciat i volent donar una idea de conjunt del mateix, he seleccionat en la literatura dues obres per pendre'n pauta; són aquestes: *Die Gallensteinkrankheit und ihre Behandlung* de KARL GRUBE i HENRI GRAFF, i *Chirurgie der Gallenwege* de HANS KEHR.

El tractament operatori de la colelitiasi ha d'encaminar-se a tres fins principals:

- 1.^{er} Vèncer la causa de la malaltia, per tant, la inflamació i els càlculs.
- 2.^{on} Restablir el lliure pas pels conductes biliars.
- 3.^{er} Evitar tot el possible la nova formació de càlculs.

Tret d'ésser urgent la intervenció, cas en el qual hom no disposa de temps, tot malalt tributari d'una operació en les vies biliars ha de ser convenientment preparat seguint les regles generals aplicables a tot període preoperatori; no és aquí el lloc de tractar-les amb detall, únicament dec esmentar que en els malalts amenaçats de colèmia convé de prevenir en el possible el perill de l'hemorràgia, per a això, seguint els consells de WRIGHT i MAYO ROBSON, hom pot administrar-los alguns dies abans de 2 a 3 grs. de clorur càlcic, *per os* o *per clisma*, i també 100 cm.³ de gelatina Merck esterilitzada.

L'anestèsia a usar depèn de l'estat del malalt. Individus amb bon estat general poden ésser sotmesos a l'anestèsia per

inhalació, essent sempre preferible usar l'èter que el cloroform mentre lesions broncopulmonars no estableixin una contraindicació per al primer, però en aquest cas es tractarà sovint d'individus que uniran a llurs lesions bronquials cròniques, arterioesclerosi més o menys accentuada, per la qual causa llur ronyó, i no cal dir que el fetge afectat, demés, per les conseqüències de la colelitiasi, seran més fràgils al cloroform.

En aquests casos i en els de mal estat general per intoxicació serà millor de recórrer a l'anestèsia regional. L'anestèsia dels esplànics, segons KAPPIS, no pot considerar-se com procediment d'elecció; quan té èxit és excel·lent, però en aplicar-lo han tingut lloc diversos accidents, sobre tot, síncope reflexe i àdhuc algun cas de mort s'ha registrat. SCHMIEDEN prefereix l'anestèsia paravertebral, i amb ella i l'anestèsia local de la paret, ha obtingut remarcable èxit. Encara que de tècnica meticulosa i entretinguda, és preferible, en mon concepte, aquest procedir a la raquianestèsia alta, malgrat les entusiastes afirmacions de THOMAS JONNESCO.

Incisió.—Deu practicar-se de tal guisa que permeti en tot temps son allargament si cal per a l'ample descobriment de la regió biliar. No és d'aquestes pàgines la relació detallada de tots els procediments d'incisió; KEHR els descriu detalladament en la seva obra abans mencionada (pp. 400-422). Aquí faré esment dels principals.

La incisió de què ens ocupem ha d'omplir les següents condicions: posar per complet de manifest les vies bilials de manera que la vesícula biliar i els conductes profunds puguin inspeccionar-se bé; respectar tant com sigui possible les condicions anatomo-fisiològiques de la regió de manera que la ulterior sutura obtingui una cicatriu que eviti tota eventració i, per últim, estar situada de manera que pugui fer-se bé qualsevulla taponament que sigui necessari. Aquestes condicions les compleixen moltes incisions, unes longitudinals, altres transversals i altres compostes.

LAWSON TAIT i LÖBKER practicaven la incisió longitudinal en la línia mitja i CZERNY hi afegí una incisió transversal formant angle recte amb la primera immediatament per sota del llombrícol i que seccionava transversalment el múscle recte (fig. 1 a). RIEDEL fa la incisió longitudinal a nivell del terç extern del múscle recte (fig. 1 b), i KEHR l'anomenada incisió ondulada (fig. 2 d) que comença a nivell de l'apèndix xifoides,

recorre la línia mitja fins a prop del llombrícol, després es desvia cap a la dreta seccionant en tota la seva espessor (no en tota la seva amplària) el múscle recte de l'abdomen procurant de respectar les interseccions aponeuròtiques i els vasos i nervis, fins a arribar al terç extern d'aquest múscle on torna a canviar de direcció, fent-se de nou longitudinal per acabar alguns centímetres més avall del nivell del llombrícol.

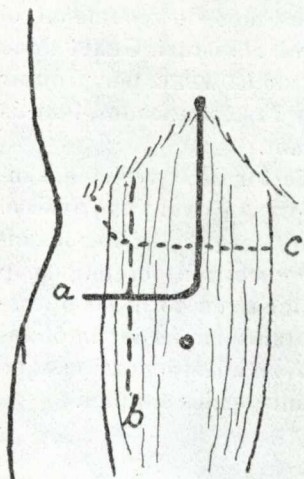


Fig. 1

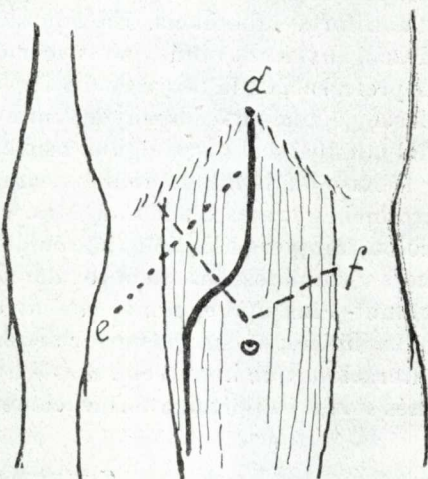


Fig. 2

Entre les incisions transversals són les més conegudes: la de KOCHER (fig. 2 d), la de SPRENGEL (fig. 1 c) i l'obliqua de KAUSCH (fig. 2 f).

Cal cridar l'atenció, sobre tot dels principiants, a fi que la incisió no sigui massa petita; ha d'assolir-se amplitud i llibertat en el camp operatori, i el temps que després depèn la sutura és compensat amb escreix gràcies a la claredat del camp que facilita i accelera l'operació. Oberta la cavitat abdominal, és de la major importància d'orientar-se acuradament sobre la situació i lesions viscerals. El primer acte consisteix a lliberar la vesícula biliar; si està adherida al veïnatge i sobre tot a l'epíplon hom deu destruir les adherències tenint compte de no lesionar la vesícula, la qual cosa podria comportar la sortida de material infectat i la contaminació de la cavitat peritoneal. Cal prevenir-se contra aquesta contingència i per a això hom deu protegir el camp operatori amb grans compreses en totes di-

reccions i no començar l'alliberament d'adherències fins a haver-ho fet. Si aquestes són fortes, no deuen desenganxar-se obtusament quan es tracta d'epíploon, sinó que deuen seccionar-se entre dues lligadures deixant una porció enganxada a la vesícula. D'altra manera poden obrir-se perforacions que l'epíploon hauria evitat. Més dificultosa és la lliberació d'adherències amb l'estómac, l'intestí i el còlon transvers, perquè pot produir-se l'obertura d'una d'aquestes vísceres en lliberar-la d'una forta adherència. En aquestes és més de recomanar el desenganxament obtús que la secció amb el bisturí. GRAFF dóna la preferència a la tisora corba i roma de COWPER, per produir desenganxaments empenyent amb les rames tancades, fent ús del tall quan cal per a alguna brida tivant.

Assolida la lliberació de la cara inferior de la vesícula, s'introdueix per sota d'ella una nova compresa i tivant cap avall el còlon transvers i l'epíploon, són llavors accessibles les vies biliars profundes basculant o almenys enretirant el fetge cap amunt. Fins aquí el començament és igual en totes les operacions biliars; el curs posterior de les Intervencions depèn de les alteracions que hom trobi. Passem revista a les operacions que més sovint es porten a terme, començant per les simples.

CISTENDISIS

L'operació més simple és la cistendisis, és dir: l'obertura de

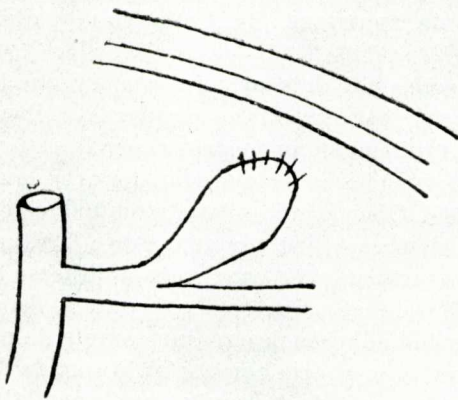


Fig. 3

la vesícula, extracció dels càlculs i immediata sutura de la mateixa deixant-la en son lloc (fig. 3). Aquesta operació fou practica-da per primera vegada per MEREDIK i COURVOISIER en 1884, fou repetida per KOCHER, entre d'altres, mentre que KÖRTE i RIEDEL la rebutgen en absolut. Inconvenients que hom li imputa: no donar cap

seguretat d'haver extret absolutament tots els càlculs, i cons-

tituir un perill el lloc de la sutura en la vesícula en cas de presentar-se una estancació.

KEHR diu que la cistendisi deu ésser considerada com a *falta operatòria* (*Kuntsfehler*) i a seguit afegeix que retira aquesta expressió per no ofendre homes com KOCHER, GARRÉ i KÜMMEL que l'han practicada. Sobre d'ella s'expressa amb les següents paraules que transcriu literalment:

«He reflexionat mantes vegades sobre els casos en els quals hom podria practicar una cistendisi. Ja he mencionat que pot indicar aquesta intervenció una ferida aïllada de la bufeta biliar, i jo mateix he practicat la cistendisi en un cas de ferida de la vesícula per arma de foc. Existeix encara una altra indicació per a la cistendisi; quan en un cas d'íleus ocasionat per un gros càlcul biliar extreiem aquest de la porció inferior de l'íleon i observem una faceta en un dels costats del càlcul, obrarem bé, tret que el míser estat del malalt ho consenti, comprovant si hi ha altres càlculs en les vies biliars. Els grans càlculs que ocasionen íleus passen generalment a través d'una fistula, i aquesta és quasi sempre colecistoduodenal. Què devem fer quan trobem encara en la vesícula un gran càlcul, el germà del productor de l'íleus? Devem practicar la colecistectomia? De fer-ho, ens resulta un gran forat en el duodèn. És veritat que podem suturar-lo, però una operació per a l'íleus en una dona d'edat que ha estat vomitant durant cinc dies, i després una colecistectomia, una sutura duodenal i eventualment una gastroenterostomia, seria aventurar massa. En un cas d'aquests no ens queda altre remei que extreure el càlcul de la vesícula suturant aquesta tot seguit. Si en aquest cas féssim una colecistostomia es vessaria a l'exterior el contingut duodenal i augmentaria la debilitat del malalt. Existeix per tant una indicació per a la cistendisi. L'honor de l'operació s'ha salvat!»

CISTOSTOMIA

KEHR afirma que aquesta operació només és necessària en raríssims i excepcionals casos, i que, cas de fer-se, basta en totes ocasions el seu procediment de drenatge per tub o el drenatge de contorn impermeable segons POPPERT. Més endavant parlaré d'ambdós procediments.

Diu KEHR que amb la cistostomia no es guareix la colelitiasis sinó únicament la inflamació momentània, i així que hom

tanqui la fístula temporal pot desenrotllar-se una nova inflamació i novament poden formar-se càlculs.

Avui dia la colecistectomia domina i impera, però fa anys la cistostomia era l'operació més practicada i hom la portava a terme de diferent manera segons el tamany de la vesícula. Si aquesta està tan plena que el fons fa prominència a nivell de la pell i sobresurt de la incisió operatòria, hom la pot suturar a nivell del lloc més convenient de la incisió (figs. 4 i 5) amb drenatge consecutiu, de guisa que hom sutura circularment les vores

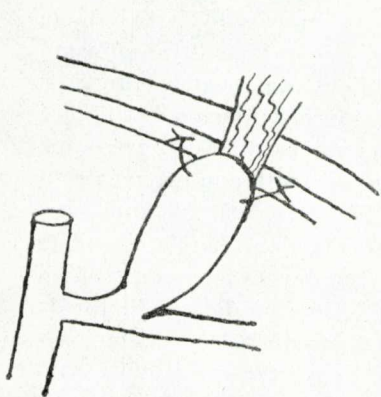


Fig. 4

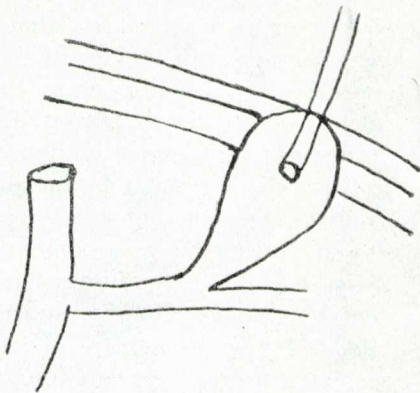


Fig. 5

del peritoneu parietal a la serosa de la bufeta quedant el fons d'aquesta manifest en gran extensió a nivell de la ferida. Hom tanca per complet la resta de la ferida. Tenim llavors el fons de la vesícula situat fora de la cavitat abdominal per complet, de manera que és possible de penetrar en la bufeta sens afectar en res la dita cavitat. Esperant alguns dies (cistostomia en dos temps) fins obtenir segures adherències entre el peritoneu i la coberta serosa de la vesícula, no cal témer infecció peritoneal encara que surti material infecciós en obrir la vesícula.

A vegades poden existir tals dificultats, per les condicions especials de la vesícula, que la sutura del fons resulti impossible. Si malgrat això hom vol practicar una fístula vesicular pot fer-ho de la següent manera: hom sutura solament una part de la vesícula, el que sigui possible sense tensió, i hom tapona tot el contorn, o bé hom desenganxa, seguint el consell de RIEDEL, el peritoneu parietal en l'extensió necessària per doblegar-lo i poder-lo suturar a la vesícula. Es forma així un profund embut

en el fons del qual es troba la vesícula suturada. Aquesta operació auxiliar és, no gens menys, innecessària, sense necessitat de cap mena de sutura pot assolir-se una fistula biliar, i això taponant per complet amb glassa tot el voltant de la vesícula (figs. 6 i 7) de manera que aquesta quedi voltada de glassa. La incisió abdominal no es sutura, o tot el més sols parcialment per la seva porció inferior. Per drenar de seguida la secreció, es practica el procediment del tub segons KEHR, o bé, segons

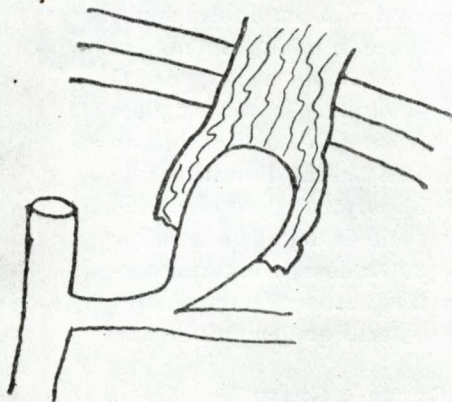


Fig. 6

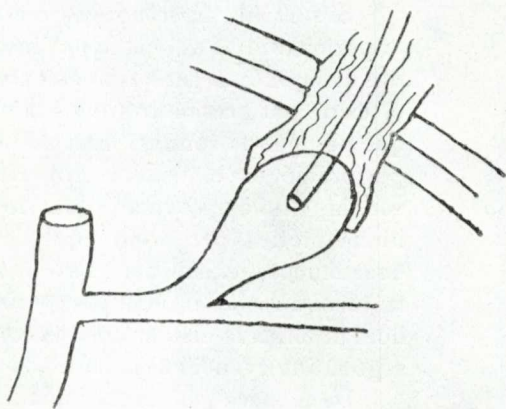


Fig. 7

el mateix principi, el drenatge de contorns impermeables de la vesícula segons POPPERT; és dir, després de puncionada la vesícula hom fa una incisió en el seu fons, introduint-hi un tub de drenatge tan llarg com sigui possible i la incisió de la vesícula es tanca completament al voltant del tub de manera que no pugui passar gens de líquid entre el tub i la paret. L'altra extremitat del tub és portada fora de la cavitat abdominal. Aquest procediment és preferible a la sutura amb tensió, perquè segons mostra l'experiència en aquestes condicions es produeixen forts dolors deguts a la tracció. El taponament de la cavitat abdominal al voltant de la vesícula i del tub suturat ha de ser molt acurat.

GRUBE i GRAFF recomanen la cistostomia per al tractament de la colecistiti *sine concremento*, la qual pot ser guarida completament amb això sol.

Oberta la vesícula existeixen dificultats moltes vegades per a netejar-la totalment de càlculs, i aquestes augmenten quan n'hi ha un d'enclavat en el cístic. Precisament l'extracció d'a-

quest càlcul és de cabdal importància. KEHR executa la següent maniobra per extreure'l: introdueix la mà esquerra en la cavitat abdominal, en pronació forçada, de tal manera que la palma de la mà miri cap amunt, per a la qual cosa gira el braç i el cos mirant cap als peus del malalt. En aquesta disposició abasta el cístic amb els dits i l'exprem amb l'índex esquerre. Si hom no assoleix de cap manera la desobstrucció del cístic deu renunciar en absolut a la cistostomia i decidir-se per la cistectomia si les forces del malalt ho consenten.

Si surt bilis fresca, el cístic està lliure. Si hi ha dubtes sobre la permeabilitat del cístic pot intentar-se el sondatge del mateix des de la bufeta, però això és extraordinàriament difícil, perquè el cístic pot presentar sinuositats i la seva mucosa ofereix plectes que detenen la sonda, i hom no deu fer cap força pel perill de perforació en el teixit retroperitoneal. El fracàs d'un intent de sondatge no és prova absoluta de ser impermeable el cístic. Si hi ha motius per creure que l'obstrucció és deguda a la inflor de la mucosa, existeix la possibilitat que en desaparèixer aquesta torni a restablir-se el pas, però si en aquestes circumstàncies hom practica la cistostomia es corre el perill que calgui fer una segona intervenció al malalt.

De manera general recomanen GRUBE i GRAFF la colecistostomia per a aquells casos en què la comunicació entre el coledoc i la vesícula està lliure amb seguretat, i en els quals la paret vesical està poc alterada, de manera que no siguin de témer per a l'esdevenidor ni estancació ni infecció, circumstàncies que favoreixen la formació de càlculs. La comprovació de processos ulcerosos en la vesícula biliar, de porcions desproveïdes de mucosa, que pot percebre el dit explorador, i la de zones aprimades, constitueixen en opinió de GRUBE i GRAFF absoluta contraindicació de la colecistostomia. Aquests autors reconeixen per a aquesta operació amb drenatge únicament les següents indicacions: la colecistitis aguda *sine concremento* amb inflor purament inflamatòria i sense processos ulceratius de la mucosa, on és possible, per consegüent, una *restitutio ad integrum* completa; la colecistitis catarral o flemònica amb escassos i grans càlculs essent expedit el cístic; per últim, en casos de necessitat, quan l'extirpació de la vesícula, per qualsevol motiu sigui tan difícil o exigeixi tant de temps que no ho tolerin les forces del malalt.

Respecte al tractament consecutiu, hom deixa el tub de dre-

natge, el qual ha sigut prèviament fixat a la vesícula amb un punt de catgut, desembocant a través de l'embenament en un recipient, durant 8 o 10 dies. El tub no deu ésser tan estret que impedeixi el pas de petits càlculs ni tan tou que es deixi axaifar. A través del tub poden fer se lavatges de la vesícula, però no són necessaris quan el curs és sense incidents. Si al cap d'uns dies raja la bilis clara, hom pot, a faisó de prova, obturar per compressió el tub durant algunes hores per cònvèncer-se de si la bilis penetra en l'intestí. Si en obturar el tub apareix estancació i dolor cal treure de seguida la pinça perquè la retenció no ocasioni danys.

Generalment aquestes fistules biliars es tanquen 3 o 4 setmanes després de l'operació, però no és cap raresa que durin més, i aquest continu rajar bilis constitueix per al malalt, ultra una incomoditat, una causa debilitant. Per a aquests casos WOHLGEMUT administra aliment a curts intervals, àdhuc durant la nit, i GRAFF diu que està satisfet dels resultats d'aquest procedir.

Com he dit al principi, aquesta operació ha perdut moltíssim terreny, essent quasi totalment suplantada per la colecistectomia.

COLECISTECTOMIA

L'extirpació de la vesícula biliar és avui l'operació més sovint practicada i la que recomanen els cirurgians de major experiència en aquesta matèria. Fou duta a terme per primera vegada per LANGENBUCH en 1882, però transeorregué quasi un decenni fins adquirir carta de naturalesa en cirurgia biliar.

L'extirpació no deu ésser començada fins que hom té alliberades totes les adherències, de manera que la vesícula estigui completament lliure i fins a persuadir-se per inspecció que els grans conductes biliars, sobre tot el coledoc, estan lliures o que l'obstacle que els obtura és reparable. Sobre tot en casos de trastorns del cap del pàncreas que poden comprimir el coledoc, hom no deu procedir mai a l'extirpació de la vesícula sense convèncer-se abans, mitjançant sondatge, de la permeabilitat del conducte i de l'ampolla de Vater. En aquests casos és preferible a l'extirpació de la vesícula l'obertura i drenatge del coledoc.

La colecistectomia es verifica de la següent manera:

Després de vençudes les adherències, hom comença per se-

parar la vesícula de son llit hepàtic (el camí invers, és dir, del cístic cap al fons, no el recomana KEHR als cirurgians novells). Hom practica una incisió entre la cúpula de la vesícula i el cantell del fetge i a aquesta petita incisió transversal hom afegeix dues incisions longitudinals que corren al llarg de la vesícula, incisions que en un principi només afecten la serosa. En casos de bufetes poc inflamades en els quals la coberta serosa es deixa desenganxar fàcilment, pot fer-se l'anomenada decapsulació de la vesícula, suturant després els penjolls de serosa de manera que cobreixin el llit de la vesícula, no quedant-hi cap superfície cruenta. Aquest procediment erigit per WITZEL en mètode, és molt de recomanar en els casos senzills, en molts d'altres no serà possible d'executar per les alteracions existents.

El més important és, un cop incidida la serosa a l'altura de la vesícula, abastar o introduir-se en la capa convenient entre el fetge i la vesícula biliar, en la qual no es produeixin ni lesions del fetge ni de la bufeta. Si hom assoleix aquesta capa òptima, l'extirpació resulta relativament senzilla i la vesícula es deixa separar del fetge amb facilitat.

Aquesta maniobra resulta difícil quan la vesícula està re-treta, aquí hom no pot diferenciar les diferents capes anatòmiques i la unió de la bufeta amb el fetge té lloc mitjançant teixit esclerós, de manera que no és possible una lliberació sense lesionar parènquima hepàtic. Això comporta dos inconvenients, a saber: l'hemorràgia del parènquima, que pot cohibir-se mitjançant compressió amb compreses humides però les dites compreses resulten un destorb en el camp operatori; i la sortida tardívola de bilis pels conductes biliars capil·lars oberts.

Dues maniobres faciliten aquesta intervenció; el bascular el fetge fora de la ferida presentant la seva cara inferior, i la punició de la bufeta si està massa tensa i ofereix perill de rompre's o d'ésser lesionada.

Com més ens acostem al cístic cal atendre amb més cura per descobrir les dues rames de l'artèria cística i pinçar-les abans de la secció llur. En individus afeblits és molt important d'evitar tota hemorràgia. Es bastant fàcil de reconèixer l'artèria cística formant una brida tensa, després de la secció de la qual resulta gairebé aïllat el cístic i es possible d'exterioritzar encara més la vesícula biliar. Així les coses, hom segueix el cístic fins arribar a la seva desembocadura en el coledoc, és pinçat el cístic amb dues pinces de pressió i seccionat entre elles. Si no

cal obrir el coledoc, hom lliga el cístic a ran de la seva desembocadura en el coledoc. Si hom veiés en el monyó quelcom de mucosa alterada, s'extirpa amb la tisora i hom dóna un altre punt a aquest troç de paret despoveït de mucosa. Per a més seguretat pot recobrir-se el monyó amb una porció d'epíloon.

Després devem ocupar nos del llit hepàtic, el qual es recobreix suturant les dues vores seroses que han quedat als costats. Si el llit hepàtic i el monyó del cístic han quedat peritonitzats per complet, és dir, si ha sigut possible una decapsulació de la vesícula segons WITZEL, GRAFF s'ha decidit en algun cas que altre a tancar l'abdomen sense taponament; però declara que són casos excepcionals i que considera el taponament després de l'ectomia com procediment normal. KEHR és més absolut i exclama: «Taponament després de cada ectomia àdhuc després de l'operació de Witzel» (*l. c.*, pàg. 487).

El taponament pot fer-se amb glassa sola que arriba fins al monyó i cobreix el llit hepàtic, o bé amb un tub i glassa al voltant. (figs. 8 i 9).

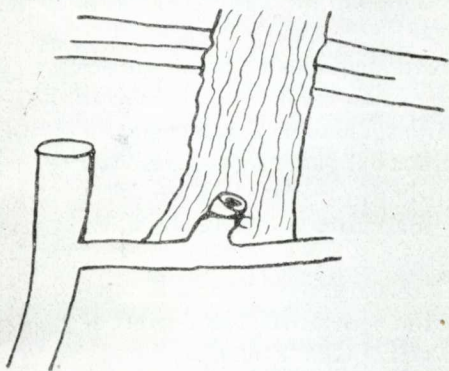


Fig. 8

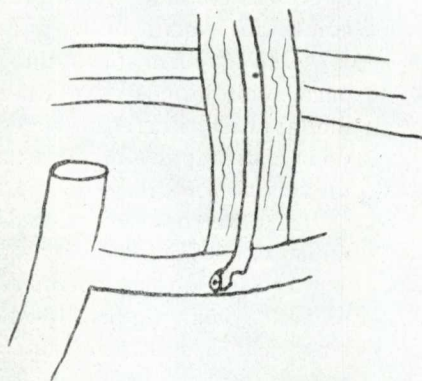


Fig. 9

Hom tanca després la ferida abdominal, tret del lloc destinat al pas del taponament, tenint la precaució de no tancar de manera que disminueixi el calibre del cilindre de glassa que el taponament constitueix, ja que sinó podrien sobrevenir estancaments, com confessa GRAFF haver-ne observat per aquesta circumstància.

Així es desenrotlla l'extirpació de la vesícula biliar en els casos amb relacions normals, els quals són molt rars desgraciadament. Regularment l'ectomia resulta molt més difícil, en

part per les males condicions de la mateixa bufeta, en part per les adherències amb els òrgans veïns.

Algunes vegades és tan friable la vesícula, que s'estripa a cada pas de manera que únicament pot extirpar-se per pàrts, i àdhuc pot succeir que resulti impossible l'extirpació completa i el cirurgià es vegi obligat a un taponament especial i extens. Sovint en desenganxar la vesícula es produeixen lesions del teixit hepàtic o, i això és molt pitjor, s'obren abscessos pericolecistítics amagats, inundant bruscament de pus el camp operatori, o perforacions de l'estòmac o intestí que es trobaven obturades per adherències. En aquests casos és gairebé inevitable la sortida de contingut gàstric o duodenal, i la sutura de les perforacions resulta moltes vegades difícilíssima perquè els punts de sutura travessen teixit esclerós el qual s'estripa, i perquè en aquest nivell la serosa ha perdut les seves precioses condicions cicatritzants tan importants en les sutures gastro-intestinals.

Les perforacions del còlon transvers resulten, encara que greus, menys desagradables: primer, per ésser més superficials i accessibles; segon, perquè en el moment de la intervenció, el còlon està bastant buit.

Una mala anestèsia amb les seves seqüeles de tensió de les parets abdominals i prominència de la massa intestinal, és gran inconvenient i en aquestes condicions l'hemorràgia inesperada de la cística, per aflluïr-se una pinça o lligadura, pot constituir un veritable perill.

Aquesta operació deu fer-se amb tots els requisits d'instal·lació, personal auxiliar, etc.

Tractament post operatori.—És relativament senzill. El taponament roman alguns dies. Els uns el retiren als 5 o 6 dies, altres el deixen intacte fins a 10 o 12. GRAFF fixa la duració segons les circumstàncies; si només ha deixat una estreta compresa fins al monyó cístic, passant pel llit hepàtic, com a vàlvula de seguretat, la retira generalment al tercer dia. Si està seca i en retirar-la no raja sang ni serositat, hom no renova el taponament o substitueix per una metxa prima que s'insinui en la cavitat peritoneal. Si el taponament degué ésser extens, GRAFF el retira al cap de 5-6 dies encara que existeixin petites elevacions tèrmiques. Si ha col·locat un taponament Mikulicz, retira la glassa interior i la reemplaça per una altra de nova; la glassa externa la separa als vuit dies.

COLEDOCOTOMIA

Aquesta operació fou practicada primerament per KÜMMELL en 1884, després per THORNTON en 1889 i per COURVOISIER en 1890 amb bon èxit.

Per a fer-la és indispensable l'ampli descobriment de la regió biliar mitjançant les maniobres de què vaig parlar al principi. Fet això i retirat o basculat cap amunt al fetge, es posa tens el lligament hepatoduodenal, en el qual fa prominència el coledoc, accessible a la vista i al tacte.

La coledocotomia es facilita molt si abans hom practica la cistectomia; ara bé, aquesta última operació, que no dubtarem a portar a terme quan ens trobem amb una vesícula inservible per alterada, no la practicarem en cap altre cas sens abans convèncer-nos que el pas del coledoc pot restablir-se, car si l'oclusió fos permanent, ens veuríem impossibilitats, un cop extirpada la vesícula, de servir-nos-en per derivar la bilis al tub digestiu mitjançant una colecistogastro o colecistoenterotomia.

La coledocotomia ofereix o no dificultats segons les lesions; fàcil en gran manera quan el coledoc està molt dilatat, resulta a vegades extraordinàriament difícil si existeixen estenosis cicatricials.

En casos de grans adherències i alteracions inflamatòries de la regió, resulta moltes vegades difícil de descobrir bé el coledoc, i no gens menys això és condició prèvia, perquè en aquesta regió hom no pot obrar per tanteig, sinó veient on es treballa, ja que hi ha el perill de lesionar els grans vasos veïns.

Seguint el cístic, és la manera més segura d'arribar al coledoc. Abans d'obrir-lo, hom palpa son trajecte per comprovar l'existència de càlculs, i d'existir-ne, procura el cirurgià de col·locar-los en el lloc més propici. La palpació es fa de manera que un dit introduït en l'hiatus de Wislow aixeca el lligament hepatoduodenal, mentre que un altre dit palpa per la cara anterior. L'exploració no deu quedar limitada a la porció del coledoc inclosa en aquest lligament, sinó que si és probable l'existència d'un càlcul en la papil·la, hom deu verificar el desenganxament i mobilització del duodén, segons KOCHER, a fi d'explorar la porció pancreàtica del conducte.

L'apertura del coledoc té lloc primer en la porció més adequada del lligament hepato-duodenal, i des d'aquesta obertura hom intenta extreure els càlculs; si existeix un càlcul voluminos, se'l fixa entre dos dits de la mà esquerra i s'incindeix directament damunt seu, fixant amb dos punts de seda les vores de la incisió, la qual es fa en un principi solament del tamany precís, perquè justament passi el càlcul; el càlcul, per l'expressió, surt amb força de l'orifici, seguit d'un aflix de bilis.

Contra aix  devem estar previnguts, i a part l'aïllament previ del camp mitjançant compreses, hom practicar  la compressió del coledoc amb els dos dits que el fixaven i col·locarem després una compresa perquè xopi la bilis en aflixar nosaltres la compressió. En cas de gran dilatació i estancament, serà convenient una aspiració evacuadora prèvia. Quan cessi l'aflix de bilis, deu explorar-se l'interior del coledoc, la qual cosa és possible de fer introduint el dit en casos de gran dilatació, i sinó, amb instruments especials, com per exemple, les sondes biliars de Desjardins. A l'exploració ha de seguir l'extracció completa de tots els concrements, àdhuc dels més insignificants, la qual maniobra pot facilitar-se introduint una sonda de N laton i amb lavatges amb sèrum sal  fisiològic calent. La neteja del coledoc ha d'ésser completa; cal, doncs, afegir el lavatge a l'extracció mec nica dels grans càlculs amb pincees o cullereta roma. Cal entretenir-se en aquesta maniobra, essent en ella escrupolós, car de la seva deficient pr ctica poden dependre les recidives.

D'existir un càlcul incarcerationat en la porció intrapancre tica del coledoc i que no pugui mobilitzar-se ni per tant extreure's per la primitiva incisió del coledoc, cal emprar una altra via. Quasi sempre l'enclavament s'esc u a nivell de l'ampolla de Vater i amb freqüència ens veurem obligats a arribar-hi directament. Per aix  disposem de dos camins: retroduodenal i transduodenal. Seguim el primer mitjançant la prèvia mobilització del duod n, segons KOCHER, incindint la cara posterior del coledoc al nivell del seu abocament, després d'aix  i d'extret el càlcul, hom torna a suturar la incisió i col·loca al seu nivell un petit taponament. Aix  constitueix el punt dèbil i l'inconvenient d'aquest procediment pel perill que falli la sutura i s'infecti el teixit retroperitoneal, per qual motiu la majoria de cirurgians prefereix l'altre camí, el transduodenal, verificant el procediment de MACBURNEY, en el qual hom incindeix el duod n en la porció situada davant l'ampolla de Vater, després d'haver

pinçat elàsticament el duodèn per dalt i per baix per evitar l'aflux intestinal. S'extreu el càlcul de l'ampolla, practicant, si cal, incisions lliberadores, les quals incisions són suturades acuradament a continuació, i tot seguit s'explora amb la sonda per comprovar si el conducte queda expedit en totes ses porcions, o es fa un lavatge a través de la papil·la, sortint el líquid per la primitiva incisió del coledoc i arrossegant els petits concrements que hi poguessin quedar. KEHR recomana introduir per la papil·la una tira de glassa, treient-la mitjançant una pinça per la primera incisió del coledoc i practicant un veritable escovillonatge del mateix.

Extretes totes les concrecions del coledoc, devem tancar-lo o devem col·locar un drenatge? KEHR i KÖRTE recomanen el drenatge en tots els casos, mentre que GRAFF diu que ha suturat el coledoc en tots aquells en què no trobà càlculs o aquests foren de gran tamany, en els quals la bilis estava poc o gens infectada i en els quals a l'exploració mitjançant la sonda s'havia pogut comprovar l'existència d'ampli pas a través de la papil·la.

KEHR, en la seva obra abans esmentada, després de relatar les opinions de GRAFF sobre les indicacions de les diverses operacions en les vies biliars, diu el següent, que transcriu literalment (*l. c.*, p. 389):

«GRAFF, en escollir el procediment operatori, defensa aquell punt de vista individualitzant (*individualisierenden Standpunkt*) que accepten els cirurgians que no poden disposar encara de gran experiència en aquesta matèria. En canvi, aquells que es trobaven en la feliç situació de disposar no de 100 o 200 intervencions sinó de 1000 o 2000, com KÖRTE, POPPERT i jo, han caigut tots en un *esquematisme* lamentable (*bedauerunverten Schematismus*): han suprimit gairebé en absolut la cistostomia, només practiquen la cistectomia i afegeixen el drenatge a quasi totes les incisions del coledoc.»

Hom introdueix en l'hepàtic un tub de drenatge, ja en forma de T (fig. 10) ja rectilini amb orificis laterals (fig. 11) que permetin el pas de la bilis al coledoc i a l'intestí. La incisió del coledoc es redueix després amb punts de sutura de catgut fins que el tub de drenatge ajusti perfectament, essent de recomanar el subjectar-lo amb un punt de catgut perquè no sigui expulsat. El tub de drenatge ha de correspondre al calibre del conducte de manera que puguin eliminar-s'hi petits concrements que po-

guessin haver quedat. El tub de drenatge roman de 8 a 10 dies, el mateix que el taponament que el volta àmpliament.

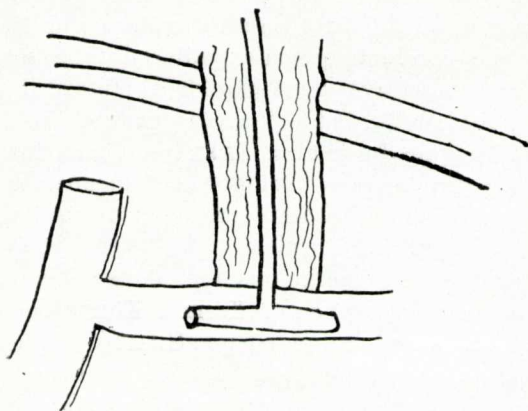


Fig. 10

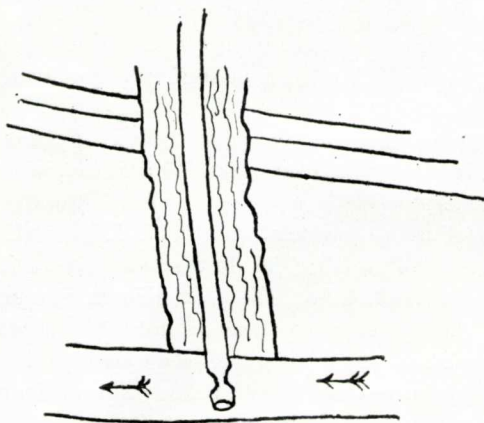


Fig. 11

En els casos en què la paret del coledoc està alterada i és friable, o en què no és possible una coaptació exacta al voltant del drenatge, és de recomanar disposar un altre tub de drenatge fins al coledoc a fi de recollir la bilis que pogués escapar-se. El tub del coledoc acaba per fora en un recipient que recull la bilis i així l'embenament roman sec. Si el tub s'obtura es restableix el pas per mitjà de lavatges amb sèrum artificial calent. GRAFF

diu que després de retirar el tub, és dir al cap de 10 dies, ha verificat generalment un altre lavatge del coledoc, ja valent-se d'una sonda de Nélaton prima, ja d'un catèter uretral metàl·lic femení, que poden fàcilment guanyar el conducte.

Si la bilis perdura molt espessa pot ser precis de perllongar el drenatge, encara que quasi sempre ja no cal al cap de 10 o 12 dies.

És precis col·locar un tub de drenatge voltat de glassa fins a l'orifici del coledoc i taponar els voltants; la bilis raja llavors per algun temps encara a través del tub, encara que per regla general dintre de poc disminueix el flux de bilis i es tanca l'orifici del coledoc.

El drenatge del coledoc és de grandíssima valor per a tots els casos en què la bilis està fortament infectada i espessèïda i en què conté concrements, càlculs i partícules dels mateixos, i en què el flux vers l'intestí està dificultat. Els resultats són notabilíssims.

ANASTOMOSI DE LES VIES BILIARS AMB EL TUB DIGESTIU

Quan el coledoc està obstruït per tumors, adherències cicatricials o altres processos irreparables, existeix la possibilitat de voltar l'obstacle establint nova comunicació entre la vesícula biliar i l'estómac o l'intestí que permeti el pas de la bilis. Aquesta intervenció només deu fer-se quan el restabliment del pas en la direcció normal és absolutament impossible, i té com a condició prèvia el fet que sigui lliure i franca la comunicació entre l'hepàtic i la vesícula, passant a aquesta la bilis lliurement.

GRUBE i GRAFF mostren preferència per la colecistoduodenostomia, mentre KEHR es declara partidari de l'anastòmosi entre la vesícula i l'estómac.

Si hom vol practicar una anastòmisi entre la vesícula i l'intestí (fig. 12), i fer-ho en la porció duodenal resulta excessivament difícil o impossible àdhuc, es recorre a una ansa del jejunum com més alta millor passant-la per davant del colòn transvers de manera que no en resulti cap compressió del mateix i s'anastomosa amb la vesícula com es faria entre dues anses intestinals.

Essent gran el perill d'infecció en aquests casos, F. KRAUSE i V. MIKULICZ han proposat d'excloure funcionalment l'ansa en què té lloc l'anastòmosi establint-ne una altra entre les porcions

aferent i eferent de la mateixa, procediment molt convenient si les forces del malalt suporten aquesta major duració operatòria.

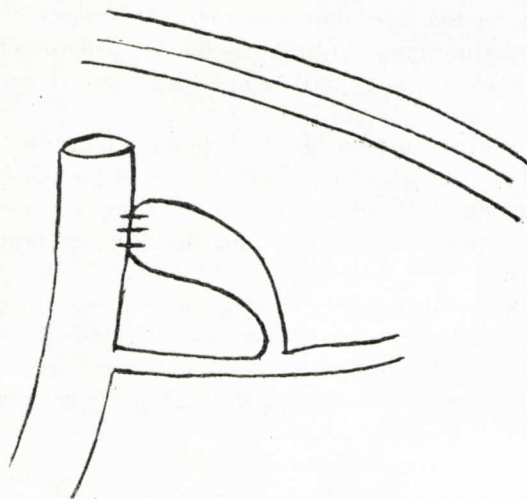


Fig. 12

En lloc de la via antecòlica ha proposat BRENTANO la via transmesocòlica.

Per a la *colecistogastrostomia* recomana KEHR el següent procediment: Incisió de l'estómac 2-3 cm. abans del pílor, equidistant d'amdues corbadures, unint aquí l'estómac a la vesícula sense fer sutura mucosa per prevenir incrustacions. En la majoria de casos pot fer-se l'anastòmosi amb tanta seguretat que no són de témer ni formació de fistules ni insuficiència de la sutura.

En cas que l'anastòmosi no sigui molt segura, pot col·locar-se un taponament fins a les proximitats, no arribant a tocar-lo la sutura mateixa.

De la mateixa manera poden portar-se a cap comunicacions entre els conductes biliars i l'intestí, en aquells casos en què la vesícula biliar sigui funcionalment inútil o no existeixi i en els quals l'obstacle existeix en la part més baixa del coledoc. Les operacions a aquest respecte són: la que uneix el coledoc amb el duodèn o un altre tram intestinal i la que estableix comunicació entre l'hepàtic i el duodèn.

La *coledocoduodenostomia* fou practicada per primera vegada

per RIEDEL en 1888. Per a aquesta intervenció cal mobilitzar el duod n a fi de poder-lo desplegar fins al coledoc dilatat. .

 s recomanable comprimir acuradament el coledoc amb una pinça elàstica o millor amb els dits. El mètode d'anastòmosi és sempre el mateix, però donada la primor de les parets del coledoc  s de major dificultat t cnica i no d'absoluta seguretat. KOCHER recomana en aquests casos drenar la bilis per l'hepàtic un cop feta l'anastòmosi. Sempre és de recomanar el taponament en aquests casos, però sense que arribi al contacte amb la sutura, ja que per experiència hom sap que llavors s'afavoreix la formació de fistules.

Si el coledoc està completament obliterat ha d'utilitzar-se per a l'anastòmosi el conducte hepàtic, la qual cosa és molt més difficultosa perquè no sempre hom aconsegueix de mobilitzar el duod n fins al punt que la sutura sigui possible; no gens menys s'han publicat casos en qu  ha tingut lloc amb bon èxit.

Tant la coledoco com l'hepaticoduodenostomia poden fer-se, no ja mitjançant anastòmosi latero-lateral, sinó seccionant aquests conductes i abocant-los directament al duod n amb anastòmosi termino-lateral. Per a aquests casos també són recomanables el drenatge biliar i el taponament de les proximitats. Si tant el coledoc com l'hepàtic estan obliterats, s'ha intentat d'establir una comunicació entre els conductes intrahepàtics i l'intestí, comunicant per tant directament el fetge amb aquest tram del tub digestiu, operació a la qual hom ha donat el nom de

Hepatoenterostomia.—El primer cas d'aquesta intervenció que tingu  èxit durador fou el de GARR  en 1905. Es tractava d'un estrip de l'hepàtic amb obliteració secundària cicatricial, i en ell s'establí comunicació entre el lòbul esquerre del fetge en el qual es veien conductes biliars dilatats, i el duod n, la qual comunicació funcionava al cap de 6 dies. Sembla condició prèvia precisa per a l'èxit i la persistència del mateix que s'utilitzin per a l'anastòmosi conductes intrahepàtics dilatats.

Quan falten els grans conductes biliars excretors, llur substitució és un veritable problema.

Si després d'una ressecció del coledoc s'assoleix almenys suturar la seva paret posterior, hom col loca en la seva llum un tub de drenatge que seguint els consells de V LKER es fa passar al duod n i practicant una obertura en la cara anterior d'aquest i

fent un canal a l'estil de WITZEL es fa sortir fora de l'abdomen l'extrem del tub.

WILMS, JENKEL i VERHÓOGEN en tals casos en que existia gran diastasi han suplert la falta de conducte mitjançant un senzill tub de goma introduït per un costat en la porció d'hepàtic restant i suturat per l'altre costat al duodèn. En alguns casos fou retirat el tub més tard, en altres quedà permanent tolerat sense reacció. WILMS publica un cas en el qual romania el tub feia ja un any. Si aquestes experiències es confirmessin i consolidessin, seria aquest el mètode més senzill de suplència dels conductes biliars. L'expulsió del tub és possible àdhuc al cap d'alguns mesos.

El tractament de les fístules biliars, dels abscessos pericolecistítics, de la peritonitis per perforació de la vesícula biliar i de la colangitis i abscessos del fetge no els incloc en el marc d'aquest treball destinat a les intervencions que podríem anomenar típiques.