

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL PAÍS VASCO

LA CIRUGÍA EN LA LITIASIS BILIAR

PASADO, PRESENTE Y FUTURO

DISCURSO

para la recepción pública del Académico electo

Ilmo. Sr. Dr. D. Carlos Sanz Acin

y CONTESTACIÓN del

Ilmo. Sr. Dr. D. Emilio Gil del Río

Académico numerario y Secretario General Perpetuo de la
Real Academia de Medicina del País Vasco



BILBAO, 1985

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL PAÍS VASCO

LA CIRUGÍA EN LA LITIASIS BILIAR

PASADO, PRESENTE Y FUTURO

DISCURSO

para la recepción pública del Académico electo

Ilmo. Sr. Dr. D. Carlos Sanz Acin

y CONTESTACIÓN del

Ilmo. Sr. Dr. D. Emilio Gil del Río

Académico numerario y Secretario General Perpetuo de la
Real Academia de Medicina del País Vasco



BILBAO, 1985

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL PAÍS VASCO

LA CIRUGÍA EN LA LITIASIS BILIAR

PASADO, PRESENTE Y FUTURO

DISCURSO

para la recepción pública del Académico electo

Ilmo. Sr. Dr. D. Carlos Sanz Acin

y CONTESTACIÓN del

Ilmo. Sr. Dr. D. Emilio Gil del Río

Académico numerario y Secretario General Perpetuo de la
Real Academia de Medicina del País Vasco



BILBAO, 1985

DISCURSO PARA LA RECEPCION PUBLICA DEL
ILMO. SR. DR. D. CARLOS SANZ ACIN

Depósito Legal: BI-645-85

Gráficas SIGMA, S. A.—Bilbao

Excmo. Sr. Presidente,
Ilmos. Sres. Académicos,
Queridos compañeros y amigos,
Señoras y señores:

Al comenzar este preceptivo discurso, dos sentimientos se apoderan de mi espíritu. Ambos igualmente profundos y sinceros, pero a la vez muy diferentes y de alguna manera antagónicos.

Uno de carácter placentero, la natural satisfacción y orgullo por el alto, aunque inmerecido honor, que supone el ser elegido miembro de esta Real Academia. Por otro lado la angustia y preocupación al aceptar la gran responsabilidad que conlleva este nombramiento. Doblemente acrecentada en mi caso, al saber que, al menos por el momento, soy el único representante de la cirugía guipuzcoana en esta Corporación, a pesar de haber otros colegas con méritos suficientes, para asumir con igual o quizás con mayor brillantez esta representatividad.

En nombre de todos ellos y en el mío propio, nuestro más completo agradecimiento a esta docta asamblea, que se extiende desde el Excmo. Sr. Presidente Prof. Dr. Juan Manuel de Gandarias y Bajón, a todos los Ilmos. Sres. Académicos que me propusieron y me aceptaron con su votación. Mención especial a nuestro Ilmo. Sr. Secretario General Perpetuo, mi amigo el Dr. Emilio Gil del Río, que ha accedido desinteresadamente no solo a orientarme en la preparación, sino a contestarme y por lo tanto a realizar, este discurso.

Gratitud que espero no pierda valor aunque, por no poseer una retórica más personal y adecuada, vaya expresada en frases protocolarias.

Si he demorado en el tiempo la halagadora invitación a realizar esta lectura, ha sido por el temor de no saber corresponder

de modo decoroso al favor que se me ha dispensado. He vencido mis recelos y vacilaciones, recordando que era formalidad inexcusable y obligada, para conseguir tan añorada y legítima aspiración, con su extraordinaria significación en mi vida profesional.

Consciente de mis exiguos merecimientos a Vds. solicito humildemente la máxima benevolencia, prometiendo firmemente como contrapartida a la deuda contraída, que desde este mismo momento, intentaré hacerme acreedor a su generosa confianza, avanzando este propósito con la dedicación y el esfuerzo necesario para lograrlo.

No quiero desaprovechar la ocasión de mostrar mi admiración a la medicina vizcaína, tan dignamente representada en estos sillones, esperando contribuir con mi nominación, aunque sea modestamente, a mantener el afecto y relación científica que hubo y deberá siempre existir entre las dos entrañables provincias vascas.

Además de injusto y hasta fuera de protocolo, pecaría de ingratitude, si no iniciara la dedicatoria con un recuerdo y homenaje a mis maestros. Señalaré que he tenido la enorme suerte de poderlos elegir, por una serie de favorables circunstancias, que no es supérfluo esclarecer.

Realizada la etapa obligatoria de especialidad y obtenida mi primera plaza hospitalaria, por las características del Servicio donde me inicié y las condiciones humanas de su jefe, no me ví nunca sujeto a una severa y exagerada disciplina de escuela, que me impediría buscar las nuevas conquistas realizadas en otros lugares y aprenderlas en sus fuentes originales, dentro y fuera de nuestras fronteras.

La visita a los quirófanos de los grandes centros, la directa visión de las intervenciones, con sus logros y dificultades, produjeron unas vivencias, que han influido en mi formación, con una potencia dinámica muy superior a las impresiones que llegaron a mi mente por las frías y desvaídas descripciones de los libros, artículos o atlas quirúrgicos.

Si con estos favorables antecedentes, los resultados conseguidos no fueron tan brillantes como pudiera esperarse, acháquese a la limitación de mi capacidad que no a la indiscutible calidad de los maestros. Ya que si creo haber demostrado celo y laborio-

sidad en la observación y aprendizaje de sus técnicas, quizás no fui igualmente afortunado en su interpretación y posterior aplicación.

Quiero expresamente citar algunos nombres, que en el tema de la cirugía biliar que nos ocupará, me han marcado más profundamente con sus enseñanzas.

Con algunos de ellos la relación traspasó los límites del quirófano, para constituir una fructífera amistad que perdura y de la que me honro. De los que desgraciadamente han dejado de estar entre nosotros, persistirá para siempre su memoria.

A mis primeros maestros González Bueno e Hidalgo Huerta, a los Profesores Soler Roig, Pi Figueras y Llauradó de Barcelona, a los Dres. Warren de la Lahey Clinic de Boston, John L. Madden y Frank Glenn de Nueva York, a Sir Rodney Smith, Rodney Maingot y L. Blumgart de Londres, a los Profesores franceses Hepp, Lortat Jacob y Bismuth, a mis amigos sudamericanos Praderi de Montevideo y Mazariello de Buenos Aires, sin olvidar a los orientales Okuda, To Than Thum y Tien Yu Lin, a todos con admiración y respeto un recuerdo imborrable y gratitud profunda.

A ellos les debo el poder estar entre Vds. en estos momentos. Incluyo en esta dedicatoria, porque de algún modo también han sido maestros, a todos mis colaboradores, pasados y presentes que con su ayuda inestimable, con su inquietud y curiosidad y algunas veces con sus sinceras y necesarias críticas, fueron estímulo y acicate constantes en el desarrollo de nuestra labor diaria. Puedo decir con orgullo que varios de ellos, ya independientes, figuran en la actualidad entre los más prestigiosos especialistas donostiarros.

Permítanme igualmente un recuerdo rápido, pero entrañable, a todos los enfermos que a lo largo de los años, confiaron su salud y su vida en nuestras manos. Las satisfacciones que de ellos hemos recibido, compensaron con creces nuestro esfuerzo, entrega y sacrificios.

Motivo de especial preocupación y tarea no fácil, ha resultado la elección del título para este discurso. A mi entender debería reunir ciertas condiciones. En primer lugar evitar en lo posible, que tuviera un carácter excesivamente especializado o técnico,

que al carecer de interés general, resultaría inevitablemente hartamente aburrido para la audiencia.

Igualmente, me parecía más interesante presentar un tema vivido en la práctica cotidiana, que no un trabajo fruto de erudición y recopilación bibliográfica.

Finalmente, y lo acepten como pequeña confidencia, quería en esta solemne ocasión y a modo de personal concesión, tratar de una materia de nuestro agrado y electiva preferencia.

Estas condiciones las reunía cumplidamente la historia evolutiva de la cirugía biliar. Si he preferido centrar su descripción en las tres últimas décadas, no ha sido sólo en aras de una mayor brevedad, sino porque de los asombrosos cambios ocurridos en este período, he sido personal y directo testigo.

Efectivamente, aunque todos los puestos hospitalarios que he ocupado han sido de cirugía general, en la práctica, la mayor parte de mi actividad ha estado dedicada a la cirugía digestiva y dentro de ella, de manera especial a la de las vías biliares. Me he sentido siempre atraído por las especiales características de este tipo de cirugía, que requiere maniobras suaves y delicadas, exploraciones meticulosas e indicaciones ponderadas.

No olvidemos además que en nuestro medio, la biliar es una de las patologías más frecuentes. Posiblemente no sea ajena a esta circunstancia, la innata afición de nuestro pueblo a la buena mesa.

Señalados los motivos que me indujeron a abordar este tema, soy consciente de que el proyecto puede resultar demasiado ambicioso, al tratar de condensar las novedades producidas a lo largo de los años y relatarlas, no con una mera constatación cronológica, sino bajo el enfoque de mi propia experiencia y con la mayor concisión posible.

Vds. juzgarán posteriormente si he logrado mi empeño.

Resultaría artificioso intentar estudiar aisladamente una etapa científico-histórica, fuera de su entorno u olvidando los hechos que le han precedido, de los cuales en gran parte es su consecuencia. No hay ninguna realización en la vida que no sea consecuencia del pasado.

Estimo por tanto de sumo interés y hasta necesario, comen-

zar por referir los pasos seguidos por la cirugía de la litiasis biliar desde sus comienzos.

No teman vaya a mortificarles hablándoles prolijamente de cada detalle histórico, ni a torturarles puntualizando fechas y nombres. En estilo casi telegráfico, pasaré a exponer solamente algunos datos sobresalientes, sin que signifique menosprecio a los no mencionados.

Con el fin de conseguir mayor claridad y orden en la exposición, voy a dividirla en cuatro apartados:

I.—Era que llamaré prequirúrgica. Desde la antigüedad hasta 1867 en que se inicia la verdadera cirugía biliar, con el advenimiento de la anestesia y la antisepsia.

II.—Era quirúrgica. Comprende desde esa fecha hasta hace treinta años.

III.—Evolución de la cirugía de la litiasis biliar hasta la actualidad, en la llamada era tecnológica.

IV.—Comentarios sobre el futuro de esta cirugía.

I. ERA PREQUIRURGICA

Las litiasis biliares eran conocidas desde la Antigüedad. En radiografías a momias procedentes de Micenas y Egipto, con más de 3.000 años, se han constatado imágenes evidentes de cálculos vesiculares.

Debemos a Hipócrates y Galeno, las primeras descripciones de los detalles clínicos de estas afecciones.

Los médicos árabes, ya en la Edad Media, Rhazes (850-923) y Avicena (980-1037) señalan la importancia de los cálculos en la patología abdominal.

Muchos conceptos sobre la litiasis vesicular y coledociana se aclaran, al iniciarse la disección cadavérica, en el Renacimiento. Los nombres de Antonio Benivieni (1440-1502), Andrés Vesalio (1514-1564) y Gabriel Fallopio (1523-1562), van ligados a importantes hallazgos en este terreno. Otro contemporáneo Jean Fernel (1497-1558) estudia la litogénesis, acolia, coluria y la migración calculosa.

Poco después Francis Glisson (1597-1677), más famoso por su

anatomía hepática, relató magistralmente el SINDROME COLEDOCIANO, que él mismo padecía.

En 1743 Jean Louis Petit marca historia, al ser el primero que extrae cálculos de la vesícula por punción externa, aprovechando que en un caso de colecistitis aguda, la vesícula se adhirió a la pared abdominal. Fuera de estas oportunidades excepcionales, la cavidad abdominal estaba vedada a la cirugía, dado el enorme riesgo de contaminación y peritonitis mortales.

A título anecdótico, comentaremos que el estudio retrospectivo de historias clínicas, de personajes famosos de la antigüedad, ha permitido diagnosticar litiasis a varios de ellos. Citaremos a Alejandro Magno, al poeta Horacio, nuestro San Ignacio de Loyola, en cuya autopsia se encontraron cálculos, Catalina de Rusia y Walter Scott que sufría terribles cólicos hepáticos.

Sin embargo la cirugía biliar debería esperar, para desarrollarse, el advenimiento de la antisepsia o por lo menos la pulcritud quirúrgica y de la anestesia, que permitirían operar sobre la vesícula.

II. ERA QUIRURGICA

La verdadera cirugía biliar la inició el Dr. John S. Bobbs de Indiana (1867). Al operar un vientre, encontró una vesícula biliar llena de cálculos, la abrió, extrajo el contenido y la suturó, con curación de la enferma.

Pocos años después, Carl Langenbuch de Berlín (1882), efectuó la primera COLECISTECTOMIA en el hombre, con éxito. Ha-ce 3 años se cumplía el primer centenario de esta intervención, reuniéndose en París los cirujanos de la International Biliary Association, para celebrar el evento.

Aunque concebida también por Langenbuch, es el inglés Knowsley Thornton (1889) el que efectuó la primera COLEDOCOTOMIA, es decir la apertura del colédoco para extraer un grueso cálculo. Circunstancialmente esta operación se realizó por otros cirujanos, si bien no se popularizó demasiado, porque al fallar la sutura, existía un riesgo insalvable de filtración peritoneal de la bilis.

Riesgo que se minimiza con la aparición del DRENAJE DEL

COLEDOCO, que sustituye a la coledocotomía ideal con sutura. El creador de esta solución, de tan vital importancia, es el alemán Hans Kehr (1862-1916) que lo denominó «hepaticus drainage».

Hans Kehr ha pasado a la posteridad, como la figura más destacante, de la historia quirúrgica de la litiasis biliar. Trabajando en una clínica privada de la pequeña ciudad de Halberstadt, operó tal cantidad de enfermos, que llegó a ser el cirujano de más experiencia del mundo, en esta patología. Llamado por su fama a Berlín, publicó un tratado que ha sido, durante más de 40 años la biblia de la especialidad.

Antes de que Kehr, describiera su tubo de drenaje, se había pensado en la posibilidad de comunicar la vía biliar al tubo digestivo, es decir en la anastomosis bilio-digestiva. Porque aunque B. M. Riedel (1988) fracasó al realizar la primera COLEDOCODUODENOSTOMIA, a los 2 años la repite O. Sprengel con éxito espectacular. Surgirían posteriormente diferentes variaciones como la de Sasse (que daría su nombre a la técnica). Defensores de este proceder fueron Finsterer en Viena, Mallet Guy en Francia y Madden en Norteamérica.

Aparecen otros tipos de anastomosis con igual fin. La COLECISTOYEUNOSTOMIA, la COLECISTODUODENOSTOMIA, a la que J. B. Murphy aplica su botón metálico. A la COLECISTOGASTROSTOMIA van ligados los nombres de Robert Gersuny, y los franceses Terrier, Monod y Jaboulay.

Un discípulo de Kocher, profesor en Lausana, César Roux idea la anastomosis con un asa yeyunal desfuncionalizada en Y, que todavía usamos como ASA DE ROUX.

Charles Mac Burney (1895) inicia por vía transduodenal, la COLEDODUODENOSTOMIA INTERNA, abordando la papila y extrayendo los cálculos enclavados. Técnica que se conocerá después como PAPILOTOMIA.

No olvidemos que al comienzo de siglo, con unas suturas precarias, la mortalidad operatoria se mantenía en cifras importantes. Además, las secuelas de la colecistectomía eran a veces graves, y las lesiones quirúrgicas y las litiasis residuales bastante frecuentes.

Se comprende la frase que transcribo del tratado de Rolleston: «Como regla general, la operación de litiasis biliar, debe rea-

lizarse antes a los enfermos pobres, cuyo porvenir depende de su habilidad para trabajar, que en los pacientes ricos, que pueden hacer curas en Carlsbad y otras termas».

Ante este panorama, un tanto sombrío, surge la figura genial del argentino Pablo Mirizzi, que en 1931 aporta la COLANGIOGRAFIA OPERATORIA, primer paso en la detección de los cálculos coledocianos.

Este invento y el tubo de Kehr, son hasta entonces, los dos jalones principales en la historia de esta cirugía.

A su vez van apareciendo técnicas de reconstrucción, para las lesiones yatrogénicas. En la clínica Lahey de Boston, 3 generaciones de cirujanos, Frank Lahey, Richard Cattell y Keneth Warren, se dedican especialmente a la solución del problema.

Seguidamente, en Francia, tras los trabajos de Claude Couinaud, Hepp inicia la HEPATICOYEUUNOSTOMIA INTRAHEPATICA con el mismo fin.

III. ERA TECNOLOGICA

Todavía recuerdo la primera operación biliar que presencié hace más de treinta años, operación de vesícula se llamaba entonces.

Mi primer maestro, una gran figura de la especialidad en el país, bajo raquiánestesia y con una incisión excesivamente económica, palpaba trabajosamente la zona vesicular y adivinaba, más que veía, el resto de los conductos biliares. En un tiempo realmente corto, no olvidemos que nuestros antecesores compen-saban la falta de medios con una sorprendente habilidad manual, el cirujano, con aire radiante enseñaba una vesícula repleta de cálculos, que pasaba a la instrumentista para su celosa custodia. Posteriormente, las piedras se entregaban a la familia, como testimonio de la operación realizada y motivo perenne de asombro para el enfermo y sus relaciones.

Comparemos el anterior escenario, con el ambiente actual de un quirófano preparado para la misma intervención, en un hospital moderno. Un cuadro médico cualificado y dinámico, con la ayuda de los más sofisticados avances técnicos, trabaja en un clima relajado, con la seguridad que ofrece la inestimable ayuda

de los equipos anestésico y radiológico. Podemos resumir diciendo, que en estos pocos años, la cirugía biliar ha franqueado la distancia que separa la artesanía de la tecnología.

En lugar de citar cronológicamente cada logro conseguido, prefiero hacer un resumen del estado actual de la cirugía biliar. Como toda puesta a punto es un poco difícil. Siempre quedan cosas por decir y cuestiones sin tocar.

Para seguir un orden distinguiremos dos capítulos: A) Todo lo referente al diagnóstico preoperatorio. B) Lo referente a la terapéutica.

A) Diagnóstico preoperatorio

Hasta hace 15 años había una sola manera de explorar las vías biliares, la COLANGIOGRAFIA o COLECISTOGRAFIA, con sus perfeccionamientos; la perfusión, tomografía, etc.

La LAPAROSCOPIA estaba reservada a casos muy determinados.

Actualmente hay varios nuevos exámenes. Entre los que pudieramos calificar como no agresivos están la ECOGRAFIA, la GAMMAGRAFIA y el SCANNER.

La ECOGRAFIA, tanto la de contacto como en tiempo real, es una técnica inocua, fácil y barata, con mayor sensibilidad en la litiasis vesicular que la colecistografía, una fiabilidad del 95 % y que detecta los cálculos superiores a los 2 mm. Mucho peor para la litiasis coledocal, dificultada por el gas duodenal. Indicación obligada en la vesícula excluida, la colecistitis aguda y el resto de las contraindicaciones de la colecistografía (ictericias, cirrosis, pancreatitis aguda, embarazo, alergias, etc.).

La GAMMAGRAFIA o SCINTIGRAFIA de iluminación, utiliza isótopos de vida media más corta, como la HIDA 99 m. TC, dando una imagen dinámica que permite ver sucesivamente hígado, vía biliar principal, vesícula y duodeno. Su máxima indicación, es el estudio del funcionalismo de las anastomosis biliares.

La TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA o SCANNER es el tercer método. Como ventajas, tiene una mayor sencillez de ejecución y mayor facilidad de lectura, ya que muestra unos cortes anatómicos más familiares a los cirujanos. Como inconve-

nientes, un costo superior y la utilización de radiaciones. Los resultados diagnósticos son equiparables.

En resumen, la preferencia entre estas exploraciones depende de varias circunstancias: la disponibilidad o accesibilidad en cada centro, la economía, el país, la experiencia, etc.

Se entiende como métodos agresivos, a los que introducen alguna sustancia directamente en la vía biliar. Tenemos en primer lugar la COLANGIOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA. Técnica de alta calidad, con imagen directa del árbol biliar, comparable a la colangiografía peroperatoria. Gran fiabilidad en el diagnóstico de la litiasis y obstrucciones de la vía principal. Por conllevar un pequeño riesgo sólo la creemos indicada si va seguida de una esfinterotomía endoscópica.

Parecidas características tiene la COLANGIOGRAFIA TRANS-PARIETO-HEPATICA, que rellena el árbol biliar por punción percutánea. Nos informará si la ictericia es parenquimatosa u obstructiva, y en ese caso del nivel, calibre y etiología del obstáculo. En la mesa de operaciones, nos ayuda para la táctica quirúrgica, suministrando datos para elegir vía de abordaje y tipo de intervención.

B) *Terapéutica*

Comenzaremos con unas palabras sobre la situación del tratamiento médico de la litiasis biliar. Hace solamente 9 años alcanzó su mejor momento, prometiendo un futuro esperanzador. Hoy está en franca retirada, sólo se aplica en casos de clara contraindicación quirúrgica. Porque además de necesitar unas condiciones muy electivas, los resultados han sido desalentadores, cuantos no decepcionantes. Los fracasos son del orden de 2, por cada 3 tratados, recidivando la mitad de ellos. Resumiendo, sólo se puede esperar un 10 % de éxitos.

Ultimamente, están en auge dos procedimientos, que se encuentran a mitad de camino entre la medicina y la cirugía. El primero de ellos, preconizado por el sueco Wiegel, para la colecistitis aguda en enfermos en mal estado general o elevado riesgo. Por ecografía localiza la vesícula, la punciona e introduce un catéter extrayendo los cálculos. Puede llegar incluso al colédoco.

Es una nueva posibilidad, a mi entender, que no mejora a la antigua colecistostomía bajo anestesia local.

Más importante en la práctica es la ESFINTEROTOMIA ENDOSCOPICA, que ha entrado en franca competición con la cirugía. En un estudio multicéntrico del año 1982, con más de 9.000 casos de esfinterotomía en la coledocolitiasis, dan un éxito en 94 % de casos, con buenos resultados a distancia. Como complicaciones la hemorragia, pancreatitis aguda, colangitis y perforación duodenal. Creemos tiene su especial indicación en enfermos de gran riesgo operatorio (edad, mal estado general o infección biliar) o por rechazo psicológico o la laparotomía. En los demás casos, a igualdad de experiencia de ambos especialistas, la mortalidad en las series es superponible, con tres inconvenientes para la esfinterotomía: la nueva litiasis residual, la estenosis de la esfinterotomía y la angiolitiasis por reflujo.

No aceptamos por ahora como indicación de esta técnica, la microlitiasis vesicular, que defienden los endoscopistas.

Otro nuevo método, todavía poco extendido y sólo practicado por suecos y japoneses, es la DESOBSTRUCCION TRANSHEPATICA. Con la técnica del drenaje percutáneo, previa dilatación progresiva, introducen un fibroscopio hasta el colédoco, extrayendo los cálculos ascendentemente o empujándolos al duodeno.

El acto operatorio en sí también ha cambiado profundamente, en parecida medida que los adelantos hasta ahora comentados. Podemos decir, como norma general, que las técnicas quirúrgicas tienden cada vez a simplificarse más, en tanto que la exploración peroperatoria se va ampliando, perfeccionando y en cierto modo complicando. Dicho de otro modo, en una intervención biliar, se va reduciendo el tiempo que corresponde a la técnica quirúrgica pura, en beneficio de un empleo más generoso en los procedimientos de diagnóstico. Estas exploraciones no son nunca incompatibles entre sí, sino complementarias, si bien por limitación de tiempo debemos escoger las más fiables.

No queremos olvidar las pruebas clásicas o signos indirectos como el diámetro del colédoco y cístico, tamaño de los cálculos, y exploración instrumental de los conductos.

La COLANGIOGRAFIA PEROPERATORIA ha perfeccionado mucho sus detalles técnicos. Primero fue la contactografía, pero

sobre todo ha sido el brillantador de imágenes conectado a un circuito de Televisión, lo que permite al cirujano un control morfológico y funcional continuos. Debemos, no obstante, aceptar una tasa de falsos positivos y negativos de un 10 %.

Al perder entidad el concepto clínico de escleroditis, la **MA-NOMETRIA** es cada vez más criticada, puesto que los datos proporcionados no son demasiado concluyentes en el despistaje de la coledocolitiasis.

Recientemente ha aparecido un complemento exploratorio, que para nosotros ha sido un hito en esta cirugía, como lo fué en su tiempo la colangiografía, me estoy refiriendo a la endoscopia operatoria o **COLEDOCOSCOPIA**.

Ya en 1966, Hidalgo Huerta publica su experiencia en este terreno, pero por el tipo de aparato, la imagen es de poca calidad y no se populariza. Posteriormente, al lograrse ópticas extremadamente perfeccionadas, la coledocoscopia se convierte en indispensable, consiguiendo encontrar los cálculos que en ocasiones escaparon a otros medios de exploración.

Creemos ser pioneros en nuestro país, en el uso del coledocoscopio rígido de Storz, que preferimos a los demás por su facilidad de manejo, su profundidad de foco y su ángulo de visión, que proporciona una imagen nítida y concluyente. En más de 11 años de utilización, no hemos tenido más que satisfacciones. Si las maniobras son normalmente delicadas, no hay morbilidad apreciable.

Su indicación más electiva es la de control del colédoco, una vez terminada la desobstrucción. Se utiliza menos para el diagnóstico o despistaje, ya que generalmente precisa para su introducción una coledotomía, acto exagerado como rutina.

Para obviar esta limitación, nosotros hemos hecho una aportación o innovación, que no nos parece desdeñable. Hace 5 años iniciamos la introducción vía transcística, sin coledotomía, previa dilatación del conducto. Con paciencia, suavidad, experiencia y una serie de artilugios técnicos, ideados y diseñados por nosotros, conseguimos el calibre cístico suficiente, para pasar sin peligro el aparato en un 75 % de casos. Solamente consideramos imposibles, los císticos excesivamente estrechos. En estos casos,

por supuesto, si es aconsejable la endocopia la hacemos por coledocotomía.

Evidentemente, por la vía transcística sólo se puede visualizar el colédoco y la papila, no el resto del árbol biliar, pero es lo visible, la zona generalmente más conflictiva y susceptible de escapar con facilidad a las demás exploraciones.

Si los hallazgos son positivos y los cálculos son de tamaño medio y aún mayores, si pueden fragmentarse, los extremos por esta misma vía, con el instrumental y maniobras apropiadas.

Según recientes estadísticas, los cálculos residuales que estarían entre el 10 y el 20 % sin coledocoscopia, bajarían hasta el 1 % con su utilización.

Comentaré brevemente el último grito en estas exploraciones, la **ECOGRAFIA PEROPERATORIA**. Mientras los japoneses tienen ya una experiencia importante, en Europa está en fase de iniciación y todavía no ha llegado a nuestro país. He tenido ocasión de verla utilizar directamente a Hasegawa y realmente en sus manos, resultaba convincente, aunque de momento cuesta adaptarse a su interpretación. Se adivina que en el futuro, sea un método de rutina en esta cirugía.

Adentrándonos más directamente en lo que significa táctica y técnica, ya hemos adelantado una clara tendencia a una mayor simplificación.

Así la **COLEDOCODUODENOSTOMIA** ha perdido la mayor parte de sus indicaciones, aunque hoy se admita que si la boca no se estenosa y no hay estasis biliar, no se presenta angiocolititis.

Igual ha pasado con la **ESFINTEROTOMIA** o **PAPILO TOMIA**, que ha llegado a ser una indicación excepcional, diríamos de necesidad, para el cálculo enclavado en papila, imposible de extracción desde la coledocotomía. Sobre su riesgo y mortalidad, caballo de batalla de esta técnica, las cifras estadísticas mundiales son muy discordantes y a veces falseadas por sus obstinados defensores.

En la litiasis del colédoco, ¿cuál es la norma de elección entre la cirugía y la esfinterotomía endoscópica? Dilema que no debe transformarse en lucha de virtuosismo técnico, ni en defensa corporativa. En una situación idealmente equiparable, la

respuesta dependerá de los resultados reales de cada cirujano, pero el criterio más admitido es el siguiente:

Primera situación, enfermos no operados que conservan su vesícula. Si tienen menos de 60 años y no hay riesgo especial, operarlos. La esfinterotomía tiene el peligro de la colecistitis y muchos deberán ser colecistectomizados después. Si tienen más de 60 años o gran riesgo, es más razonable la esfinterotomía por menor mortalidad.

Segunda situación, enfermo colecistectomizado con litiasis residual. La reintervención no aumenta el riesgo, ni la dificultad, en manos especializadas. Sólo los factores de gravedad abogan por la vía endoscópica.

Si el diagnóstico de litiasis residual se hizo antes de retirar el drenaje biliar, se puede intentar la extracción instrumental, a través de la fistula que creó el drenaje. El creador del método, el argentino Mazzariello, y al que le he visto practicarle, en una serie de 2.000 casos, consigue el éxito en el 97 %.

Pasamos a hablar de la complicación más catastrófica de la colecistectomía, la estenosis yatrógena postoperatoria. La moderna intubación percutánea transhepática, con dilatación de la estenosis, no garantiza la recidiva, al no haber una verdadera reconstrucción mucosa, persistiendo el peligro de litiasis intrahepática secundaria a la estrechez.

Seguimos partidarios de la cirugía reparadora, no exenta de problemas y dificultades, con la preocupación de una perfecta confrontación muco-mucosa, que evite una futura retracción. Nuestra mayor y mejor experiencia es con la técnica de Rodney Smith, la «mucosal graft» seguida de intubación transhepática con tubo de goma. Últimamente, después de ver a Praderi, utilizamos el silastic y su método de tubo cambiabile en U o en O, que evita el desplazamiento del dren y su taponamiento y dete-rioro. La técnica de la HEPATICOYEYUNOSTOMIA INTRAHEPATICA de Bismuth es más exquisita pero más larga y difícil.

Si se sigue un problema serio la LITIASIS INTRAHEPATICA. Si es de migración, para el despistaje, nos valdremos del control endoscópico y ecográfico, y para la movilización y extracción las sondas de Fogarty y Dormia y los lavados a presión controlada. Si se trata de una litiasis autóctona, secunda-

ria a estenosis de las vías, se precisará una hepaticoyunostomía a lo Roux, para salvar el obstáculo y permitir la salida de los cálculos residuales.

En la COLECISTITIS AGUDA, si hay peligro de perforación, cirugía de entrada. Sino, antibioterapia intensa para enfriar, seguida de intervención.

El SINDROME POSTCOLECISTECTOMIA ha variado recientemente en significación y frecuencia. Hoy se acepta que su causa está, no solamente en la litiasis residual, sino en la patología digestiva extrabiliar, la llamada PATOLOGIA ASOCIADA. En ella englobamos las pancreatopatías, las apendicopatías, el úlcus y sobre todo la hernia hiatal. Sin entrar en discusión, si es o no mera coincidencia, de hecho, esta última acompaña a la litiasis en un 10 % de casos. Indudablemente se deben resolver todos los procesos asociados en el mismo acto quirúrgico.

Quedan por comentar algunos puntos sujetos a fuerte controversia, que sólo enumeraremos, por las limitaciones de extensión que tiene este discurso. Nos referimos a la microlitiasis del cólico, a la litiasis asintomática, la litiasis de los ancianos, el drenaje biliar externo preoperatorio en las ictericias obstructivas y el drenaje postoperatorio del abdomen.

Debemos aceptar sin reservas esta era supercientífica y super-técnica, pero sin olvido o desdoro del sentido clínico y dimensión humana de nuestra actividad. Todos los perfeccionamientos no nos llevan necesariamente a la perfección.

No aprobamos en cambio, la tendencia actual, a aceptar complacidamente la existencia de cálculos residuales. Un articulista enumeraba con orgullo, el gran número de métodos, que hoy tenemos ante esa situación: maniobras a través del tubo en T, extracción endoscópica, vía percutánea transhepática, etc.

Para nosotros, el olvidar un cálculo, sigue siendo un grave error y un fracaso quirúrgico. Podemos y debemos siempre, intentar la solución definitiva, en la primera intervención.

IV. COMENTARIOS SOBRE EL FUTURO DE ESTA CIRUGIA

Con una crítica objetiva de la actualidad, se pueden sospechar y en cierto modo adivinar, los futuros pasos y tendencias.

Este axioma aceptado para la economía y la política, es igualmente aplicable a la ciencia y por supuesto a la cirugía.

Por ello, no es demasiado difícil predecir la importancia del papel, que el futuro tiene reservado al cirujano, ante la patología biliar. Mis colegas más pesimistas se sienten acosados, sino amenazados, al ver que con constantes recortes, se van estrechando los límites del campo de su actuación quirúrgica.

Algunos llegan incluso, a considerar como intrusión, el que desde otras ramas de la medicina, se intente abordar problemas, que hasta ahora pertenecían al dominio exclusivo del cirujano abdominal.

Me refiero fundamentalmente a los nuevos adelantos médicos, cada vez más eficaces y mejor tolerados, al imparable empuje y habilidad de los endoscopistas, sin olvidar las diferentes y sorprendentes maniobras mecánicas externas, auténtico alarde de virtuosidad técnica.

Personalmente, veo el panorama con más optimismo. Creo que la mejor o quizás la única defensa, ante esta competencia, que acepto como lógica y leal, es el que la cirugía biliar, sobre todo la más complicada, sea practicada únicamente por auténticos especialistas que gocen de una experiencia, dedicación y capacidad, equiparables por lo menos, a los más cualificados endoscopistas.

Sólo así, en determinadas situaciones, lograremos unos resultados que nos permitan en conciencia, seguir manteniendo la actual indicación quirúrgica.

Pasaron los tiempos, en que al cirujano se le exigía solamente, ser un artista manual, conocedor de unas determinadas técnicas y que debiera ser dirigido en sus decisiones e indicaciones, e incluso descargado de la atención y cuidado de sus operados.

Al cirujano de hoy, le preocupa no solo el «cómo», sino el «por qué» y su mente, sus conocimientos y sus inquietudes científicas, deberán estar, por lo menos, a la misma altura que su habilidad técnica.

Más aún, en un futuro muy próximo, será difícil de admitir como especialista quirúrgico completo, a quien no logre reunir en su labor diaria, las tres facetas consideradas como imprescindibles: La asistencial, la docente y la experimental o investi-

gadora. Siendo la última a mi entender, la fundamental y la más difícil.

Nadie quiera ver en esto, un velado menosprecio a la importante y necesaria labor asistencial, la que por otra parte ocupó la mayor parte de mi vida profesional y que en justicia, reconozco ha sido fuente de generosas compensaciones.

Tampoco trato de restar transcendencia a la labor docente y dentro de mi modestia, he tratado de transmitir mi experiencia a colaboradores y visitantes, tanto postgraduados como estudiantes. Pero confieso que mi mayor preocupación y a la vez mi mayor limitación, ha sido la investigación. A mí, como a muchos, más que vocación nos faltó la ocasión.

En consecuencia y aprovechando la oportunidad que me brinda esta tribuna, quisiera, yo también, reiterar ante los responsables de la Sanidad del País Vasco, la vital importancia de esta faceta, y aunque seguramente figura ya entre sus más importantes preocupaciones, recabar su apoyo, para promover y proteger al máximo esta disciplina.

Así quizás podamos hacer falsa, aquella conocida y para mí desafortunada frase, aunque salida de labios de uno de nuestros más geniales pensadores y transformarla en otra más optimista y positiva que diga «inventaremos también nosotros».

Porque tengo la profunda convicción, de que en el campo de la cirugía biliar, aunque aparentemente muy trillado y casi agotado, quedan todavía muchas incógnitas por despejar. Como dice en su última obra nuestro paisano Xabier Zubiri: «El hombre está inseguro de todo y de todas las cosas. Lo que le interesa es agitar, sacudir por así decirlo la realidad, para desenterrar sus riquezas y clasificarlas con precisión».

Otros problemas tienen soluciones no siempre satisfactorias, susceptibles de perfeccionamiento o ampliación. Igualmente recordemos que soluciones o verdades consideradas hoy como definitivas, pueden ser mañana mismo, errores indefendibles. ¿Qué otra cosa es el progreso, sino sustituir el error de ayer por el error de hoy?

Con un afán de atenuar la crudeza de esta desconsoladora verdad y desde una óptica diferente, pero no obstante paralela, podemos recordar otra conocida frase, que de forma más sutil

afirma filosóficamente: «Vivir es cambiar, ser perfecto es haber cambiado muchas veces».

Caminemos paciente y lentamente, en un constante volver a empezar, con la esperanza de acercarnos cada día, un poco más, a esa hipotética y deseada perfección. Si así lo hacemos, ello repercutirá en el bien de nuestros enfermos y contribuirá al mantenimiento de la dignidad y rango que merece esta Institución y por extensión la medicina del País Vasco.

Finalmente, pido a Dios la fuerza y humildad necesarias, a Vds. la mayor ayuda y comprensión, para que cuantas veces fuera preciso, sea capaz de olvidar lo que tanto tiempo, esfuerzo y sacrificio me costó aprender. Y superando los recelos de la madurez, sepa con flexibilidad iniciar nuevos caminos, aceptando los más recientes descubrimientos técnicos, con el mismo impetu e ilusión, que derroché en los primeros años de mi ejercicio profesional.

He dicho.

DISCURSO DE CONTESTACION POR EL
ILMO. SR. DR. D. EMILIO GIL DEL RIO

Excelentísimo Sr. Presidente.
Excelentísimas e Ilustrísimas Autoridades.
Ilustrísimos Señores Académicos.
Queridos amigos y compañeros.
Señoras y señores.

Mis primeras palabras son para felicitar públicamente al Ilmo. Sr. Dr. D. Carlos Sanz Acín por su ingreso en esta Real Academia de Medicina del País Vasco y en particular por el hecho de ser el primer compañero que ingresa en esta Corporación re-presentando a Guipúzcoa.

Quiero en primer lugar agradecer al recipiendario el haber depositado en mi persona, la confianza de dictar la contestación a su magnífico discurso de recepción pública como Académico Numerario, en la que yo procuraré resumir la figura del Ilmo. Sr. Dr. D. Carlos Sanz Acín en todos sus aspectos. Comenzaremos por la amistad. En los últimos años ha surgido una mutua amistad y simpatía. La amistad es siempre privilegio de los ciudadanos sencillos y particulares, los infelices poderosos no conocen una dulzura semejante. La amistad es la gran cadena de la sociedad humana.

Confucio decía que existen tres tipos de amistad que proporcionan ventajas y otras tres que perjudican. La amistad con los sinceros, la amistad con los constantes y la amistad con los hombres cultos son amistades ventajosas; la amistad con los adúladores, la amistad con los hombres falsos y la amistad con los charlatanes son perjudiciales. La amistad con el Dr. Sanz Acín, Confucio lo hubiese clasificado en el tipo primero.

No quisiera que mis palabras sean tomadas como una adulación hacia el recipiendario. La adulación, como decía Curcio, es el achaque perpetuo de los reyes, es una moneda falsa que empobrece al que lo recibe.

Seguidamente vamos a estudiar otra faceta del Dr. Sanz Acín, nos referimos a la profesional.

El progreso de la medicina, tanto desde el punto de vista teórico, como práctico, es la consecuencia y resultado, del caminar constante y del esfuerzo ininterrumpido de muchos hombres, que dedican su vida a tal fin. Este es el caso del Ilmo. Sr. Dr. D. Carlos Sanz Acín. Pequeños detalles o aspectos a simple vista insignificantes van sumando sus efectos, hasta que en un momento dado el genio humano descubre sus relaciones, lo que va a permitir obtener una síntesis buscada desde años atrás. De esta manera es como se obtienen una ley o una norma que rige el fenómeno biológico estudiado. Esta es la forma en que todos los médicos contribuyen al desarrollo de la ciencia.

Si se examina con detenimiento el «curriculum vitae» del Dr. Sanz Acín, destaca una constante inquietud por el estudio de su especialidad, como lo avalan sus 40 trabajos publicados en revistas médicas españolas y extranjeras, así como ser introducido en España de novedades tecnológicas del exterior, tales como son el caso de la vagotomía selectiva o del coledocoscopia de Storz para la cirugía de las vías biliares.

Pero el recipiendario no sólo ha sido el importador de ideas de fuera de nuestras fronteras, sino que también ha sido un innovador, como es el caso de la utilización del coledocoscopia por vía transcística.

Como en el transcurso del discurso nos lo ha demostrado el Dr. Sanz Acín, es un buen conocedor de todas y cada una de las técnicas exploratorias más modernas entre las que destaca la ecografía. Esto último me llena de satisfacción, pues hace quince años nosotros introdujimos este método de diagnóstico médico por primera vez en España.

De una manera magistral el recipiendario nos ha hecho una completa descripción de los distintos métodos de exploración y conducta operatoria a seguir ante un problema de las vías biliares y que quizás yo, un oftalmólogo, no sea capaz de valorar en su justa magnitud.

Seguidamente vamos a dar un resumen de la vida académica del Dr. Sanz Acín, tarea realmente difícil, pues dificultoso

siempre resulta el resumir en pocas palabras un extenso historial profesional.

El recipiendario realizó sus primeros estudios escolares y bachillerato en el Sagrado Corazón de San Sebastián, lugar de residencia familiar. A la terminación de sus estudios secundarios se trasladó a Zaragoza donde ingresa en la Facultad de Medicina, en cuyo centro se licencia. Los estudios de doctorado los realiza en la Facultad de Medicina de Madrid.

Ya desde el momento en que termina sus estudios de licenciatura el Dr. Carlos Sanz Acín muestra su gran interés en el estudio de los problemas digestivos y en particular de los trastornos hepáticos. Así se puede comprobar que aprovechando su vocación viajera, aprovecha vacaciones para visitar quirófanos y grandes centros hospitalarios ubicados a lo largo y ancho de nuestro planeta. Es posible que sea la condición de viajero incansable la que dio origen a nuestra gran amistad.

El Dr. Sanz Acín recorre el mundo de extremo a extremo, visitando y realizando cursos de especialización en distintos lugares, como son: Japón, París, Ciudad del Cabo, Buenos Aires, Río de Janeiro, Londres, Montevideo y otros muchos puntos que harían la lista interminable, pero es en los Estados Unidos de Norteamérica donde acude el Dr. Sanz Acín con frecuencia a ampliar sus conocimientos médicos. También acude anualmente durante los meses de octubre a Gran Bretaña a realizar cursos de su especialidad a las Universidades de Londres, Cambridge, Bristol y Leeds. También es asiduo concurrente a todos los cursos que en su especialidad se dictan en París.

Cuando se estudia el «curriculum vitae» del recipiendario destacan particularmente los títulos de:

Fellow of Royal Society of Medicine (F.R.S.M.), London.
Fellow and Corresponding Member of International Academy of Proctology, N. Y. (USA).

Decía D. Santiago Ramón y Cajal, que la Royal Society de Londres constituye la institución científica más importante de Gran Bretaña y entre las más prestigiosas del mundo. Merecer el título de «Fellow» de tan prestigiosa Institución y poder añadir en las tarjetas las codiciadas iniciales F.R.S.M. representa suprema aspiración por pocos satisfecha.

Esta contestación al discurso de recepción pública de nuestro nuevo Académico numerario sería incompleta si no destacásemos dos características humanas del Ilmo. Sr. Dr. D. Carlos Sanz Acín, nos referimos a su bondad y a su desmesurado afán de conocer el mundo.

La bondad es un don muy difícil de poseer. No basta para ser bueno simplemente desear el bien, es preciso buscarlo y hacerlo como hace el Dr. Sanz para que triunfe realmente. Necesario para ello es entregarse en cuerpo y alma en esfuerzo, trabajo y lucha por el bien, acumular en torno al corazón toda la constancia de que somos capaces, armar el brazo de fuerza, el sentido de prudencia y no tener miedo a nadie ni a nada, manteniéndonos siempre vigilantes en el mismo puesto, volver si nos hechan, sufrir si nos desprecian, disimular para vencer y doblegarse si fuera preciso, aunque para resurgir después. Como decía Robespierre: «donde quiera se halle un hombre de bien, en cualquier sitio que esté sentado, hay que tenderle la mano y abrazarle estrechamente». Es así como hoy lo hago a la vez que nuevamente te felicito por tu ingreso en esta Real Academia de Medicina del País Vasco que a partir de este momento cuenta con un valioso colaborador.

He dicho.

BIBLIOGRAFIA

- ARZUA ZULAICA, E.: «Ecografía y colecistografía en la litiasis». Rev. de la Soc. And. de Pat. Digest., V, 13; 1982-83.
- BENGMARK, S., y ANDREN-SANDBERG, A.: «Accidental lesions of the choledochus at cholecystectomy». 4 th. Meeting International Biliary Association. Paris 1982.
- BISMUTH, H.: «Chirurgie Biliaire en 1982». XX Journées de Chirurgie Hepato-Biliaire. Paris 1982.
- BISMUTH, H.: «Les Cholécyctomies difficiles». XXI Journées de Chirurgie Hepato-Biliaire. Paris 1983.
- BISMUTH, H.: «Classification et traitement des lithiases intra-hépatiques». XXI Journées de Chirurgie Hepato-Biliaire. Paris 1983.
- BOBBS, J.: «Case of lithotomy of the gall-bladder». Trans. Med. Soc. Indiana, 68, 1868.
- CAPRINI, J. A.; THORPE, C. J., y FOTOPOULOS, J. P.: «Results of nonsurgical treatment of retained biliary calculi». Surg. Gynecol. Obstet, 151, 630; 1980.
- CASTAING, D.: «Traitement de la lithiase biliaire audessus de 80 ans». XX Journées de Chirurgie Hepato-Biliaire. Paris 1982.
- CASTAING, D.: «Place du drainage biliaire externe dans les icteres». XX Journées de Chirurgie Hepato-Biliaire. Paris 1982.
- CASTAING, D.: «Le traitement chirurgical de la lithiase résiduelle de la voie biliaire principale». XXI Journées de Chirurgie Hepato-Biliaire. Paris 1983.
- CASTAING, D.: «Echographie et/ou Radiologie peropératoire dans la chirurgie de la lithiase biliaire». XXII Journées de Chirurgie Hepato-Biliaire. Paris 1984.
- CATTELL, R.: «Benign strictures of biliary ducts». J.A.M.A., 134: 235; 1947.
- COUINAUD, C.: «Le Foie. Etude Anatomique et chirurgicale». Paris, Masson; 1957.
- DENNING, D. A.; ELLISON, E. Ch., y CAREY, L. C.: «Preoperative percutaneous transhepatic biliary decompression lowers operative morbidity in patients with obstructive jaundice». Am. J. Surg., 141, 61; 1981.

FELICIANO, D. V.; MATTOX, K. L., y JORDAN, G. L.: «The value of choledochoscopy in exploration of the common bile duct». *Ann. Surg.*, 191, 649; 1980.

GIRARD, M. R., y LEGROS, G.: «Retained and recurrent bile duct stones; surgical or nonsurgical removal?». *Ann. Surg.*, 193, 150; 1981.

GLENN, F.: «Biliary tract disease since antiquity». *Bull. N. York Acad. Med.*, 47: 329; 1971.

GRACE, R. H., y PECKAR, V. G.: «The value of operative cholangiography using and image intensifier and Television monitor». *Brit. J. Surg.*, 55, 933; 1968.

GRIFFIN, T. F. R., y WILD, A. A.: «The case for peroperative cholangiography». *Brit. J. Surg.*, 54, 609; 1967.

HARADA, N., TSUCHIYA, R.; YAMAMOTO, K.; ETO, T., y SHINOZAKI, T.: «Evaluation of surgical treatments of intrahepatic gallstones». 4 th. Meeting International Biliary Association. Paris 1982.

HASEGAWA, H.: «Echographie per-opératoire dans la chirurgie des voies biliaires». XXI Journées de Chirurgie Hepato-Biliaire. Paris 1983.

HOUSSIN, D.: «Cholécystectomie et cancer du colon». XX Journées de Chirurgie Hepato-Biliaire. Paris 1982.

HEPP, J., y COUINAUD, C.: «L'abord et l'utilisation du canal hépatique gauche dans les réparations de la voie biliaire principale». *Presse Med.*, 64: 947; 1956.

JABOULAY, M.: «La cholécystogastrostomie pour les tumeurs de la tête du pancréas». *Lyon Med.*, 47; 1898.

KEHR, H.: «Die hepato-cholangio-enterostomie». *Zbl. F. Chir.* 31: 185; 1904.

KEHR, H.: «Technik der gallenstein operationen». München. Lehmann.; 1905.

KEHR, H.: «Zur verbesserung der hepaticus drainage». *Zbl. B. Chir.*, 40, 1017; 1912.

KEHR, H.: «Chirurgie der gallen wege». Stuttgart. Ferdinand Enke; 1913.

KOCHER, T.: «Ein fall von choledochoduodenostomia interna wegen gallenstein». *Korrespondenzbl. Schweiz. Artze*, 1, 192; 1895.

LANGENBUCH, C.: «Chirurgie der leber and gallenblase». Stuttgart. Ferdinand Enke; 1894-1897.

LECKIE, P. A.; SCHMIDT, N., y TAYLOR, R.: «Impacted common bile duct stones». *Am. J. Surg.*, 143, 540; 1982.

LOPEZ GIBERT, J.: «Manometría biliar. Pruebas farmacodinámicas». *Rev. Esp. Enf. Ap. Digest.*, XXXV, 2, 241; 1971.

LYGIDAKIS, N. J.: «A prospective randomized study of recurrent choledocholithiasis». *Surg. Gynecol. Obstet.*, 155, 679; 1982.

MAC BURNIE, Ch.: «Removal of biliary calculi from the common duct by the duodenal route». *Ann. Surg.*, 28, 481; 1898.

MADDEN, J. L.; GRUWEZ, J. A., y TAN, PY: «Obstructive (surgical) jaundice: an analysis of 140 consecutive cases and a consideration of choledochoduodenostomy in its treatment». *Am. J. Surg.*, 109, 89; 1965.

MALLET-GUY, P., y DESCOTES, J.: «Enquête sur les résultats éloiqués de cent cholédoco-duodénostomies d'indication relative». *Lyon Chir.*, 50: 659; 1955.

MAYO-ROBSON, A., y DOBSON, J.: «Diseases of the gall bladder and bile ducts including gall-stones». New York. Wood; 1904.

MAZZARIELLO, R.: «La extracción instrumental de los cálculos biliares residuales». *Bol. Soc. Arg. Cir.*, 27, 640; 1966.

MAZZARIELLO, R.: «Transcholecystic extraction of residual calculi in common bile duct». *Surgery*, 75, 338; 1974.

MAZZARIELLO, R.: «Manoeuvres externes de désobstruction des voies biliaires». XX Journées de Chirurgie Hepato-biliaire. Paris 1982.

MCSHERRY, Ch. K., y FISHER, M. G.: «Common bile duct stones and biliary-intestinal anastomosis». *Surg. Gynecol. Obstet.*, 153, 669; 1981.

MCSHERRY, Ch. K., y GLENN, F.: «Biliary tract surgery concomitant other intra-abdominal operations». *Ann. Surg.*, 193, 169; 1981.

MIRIZZI, P.: «La colangiografía durante las operaciones de las vías biliares». *Bol. Soc. Cir. Bs. Aires*, 16, 1133; 1932.

MOLINA, E.; OLAVARRIETA, L., FUSTER, E., y NARBONA, B.: «Colelitiasis y hernia hiatal». *Rev. Esp. Enf. Ap. Digestiv.* XXXIII, 2, 174; 1971.

PRADERI, R.: «Cien años de cirugía biliar». *Cir. Urug.*, 52, 1, 1; 1982.

PRADERI, R.: «Technique et indications du drainage biliaire en séton». *XX Journées de Chirurgie Hepato-Biliaire*. Paris 1982.

RAMON Y CAJAL, S.: «Recuerdos de mi vida: Historia de mi labor científica». Alianza Editorial, S. A., Madrid, 1981.

RATTNER, D. W., y WARSHAW, A. L.: «Impact of choledochocopy on the management of choledocholithiasis; Experience with 499 common duct explorations at the Massachusetts General Hospital». *Ann. Surg.*, 194, 76; 1981.

RELIMPIO FERRER, F., y LIBRERO, M.: «La colangiografía percutánea». *Rev. Esp. Enf. Ap. Digest.* XXXIII, 6, 709; 1971.

RIEDEL, B.: «Erfahrungen über die gallensteinkrankheit mit une ohne ikterus». Berlin Hirschwald. 1892.

ROLFSMEYER, E. S.; BUBRICK, M. P., y Colabs.: «The value of operative cholangiography». *Surg. Gynecol. Obstet.*, 154, 369; 1982.

ROLLESTON, H. B., y McNEE, J. W.: «Diseases of the liver, gall bladder, and bile». London, Macmillan Co.; 1929.

SASSE, F.: «Ober Choledocho-duodenostomie». *Arch. Klin. Chir.* 100, 969; 1913.

SAYPOL, M. G., y KURIAN, G.: «A technique of repair of stricture of the bile duct». *Surg. Gynecol. Obstet.*, 1071; 1969.

SEIFERT, E.: «Long-term results in endoscopic sphincterotomy. Survey of 25 centres in the Federal Republic of Germany, involving 9041 cases». 4 th. Meeting International Biliary Association. Paris 1982.

STUBBS, R. S.: «Common bile duct stones: A new look at an old problem». 4 th. Meeting International Biliary Association. Paris 1982.

TAIT, L.: «Cholecystomy versus cholecystectomy». *Brit. M. J.*, 1, 1224; 1885.

ZUBIRI, X.: «Inteligencia sentiente. Alianza Editorial. S. A., Madrid 1980.

MUNIZ GONZALEZ, J.; SERRANO MARTINEZ, R., y VAZQUEZ LLAMAS, G.: «Valor de la coledoscopia en la cirugía biliar». *Rev. Esp. Enf. Ap. Digestiv.* XXXIII, 2, 189; 1971.

MURPHY, J. B.: «Cholecysto-intestinal gastro-intestinal, entero-intestinal anastomosis and approximation without sutures». *Medical Record*, 42, 665; 1892.

NARBONA, B.; MOLINA, E., y OLAVARRIETA, L.: «Explotación de la vía transcística». *Rev. Esp. Enf. Ap. Digestiv.* XXXIII, 2, 195; 1971.

NIMURA, Y., KAMIYA, J.; HASEGAWA, H.; YOSUI, K.; TOYODA, S.; HAYAKABA, N., y IYOMASA, Y.: «Percutaneous trans-hepatic cholangioscopy in the management of biliary tract diseases». 4 th. Meeting International Biliary Association. Paris 1982.

OKUDA, K., y RYU, M.: «Exploration échographique peropératoire». *XX Journées de Chirurgie Hepato-Biliaire*. Paris 1982.

PERA MADRAZO, C.; AREVALO, E.; SOLORZANO, G.; SANCHEZ DE PUERTA, F., y LOPEZ FUENTES, L.: «Litiasis residual: Causas de fallo». *Rev. de la Soc. And. de Pat. Digest.* IV/4, 349; 1981.

PERA MADRAZO, C.: «Las anastomosis biliodigestivas. Bosquejo histórico». *Rev. de la Soc. And. de Pat. Digest.*, IV/4, 375; 1981.

PERA MADRAZO, C.; AREVALO, E.; GORDON DEL RIO, A.; REDEL DEL PUEYO, J., y LABRADOR, R.: «Coledocoscopia». *Rev. de la Soc. And. de Pat. Digest.*, IV/4, 337; 1981.

PITT, H. E.; MIYAMOTO, T.; PARAPATIS, S. K.; TOMPKINS, R. K., y LONGMIRE, W. P.: «Factors influencing outcome in patients with postoperative biliary strictures». *Ann. J. Surg.*, 144, 14; 1982.

PRADERI, R.; MAZZA, M.; GOMEZ FOSSATI, C.; ESTEFAN, A., y DAVIDENKO, N.: «Hepaticostomía transgástrica mediata. A propósito de sus diferencias con las hepaticogastrostomías de Gohrbandt y Dogliotti». *Cir. Urug.*, 44, 77; 1974.

PRADERI, R.; MAZZA, M.; GOMEZ FOSSATI, C., y ESTEFAN, A.: «Tratamiento de las lesiones yatrogénicas de la vía biliar principal». *Cir. Urug.*, 48, 108; 1978.