
CONCEPTO

sobre el trabajo del señor Daniel Borrero Durán, referente a
"Las lesiones pancreáticas que pueden perturbar
la secreción biliar".

El trabajo del señor Daniel Borrero D. puede considerarse casi completo en relación con la enumeración de las diferentes afecciones pancreáticas que perturban la secreción biliar; pero omite algunas de ellas, y deja de anotar muchos signos clínicos de capital importancia.

Después de hacer una descripción anatómica de las relaciones hepato-pancreáticas, entra a considerar las Pancreatitis agudas, pero entre ellas olvida mencionar las pancreatitis hemorrágicas, congestivas, presupurativas, que, según Dieulafoy, pueden en algunos casos, perturbar la secreción biliar, por complicarse de angiocolitis.

Tampoco menciona la forma Angiectásica, purulenta, en la cual los conductos excretores están dilatados por el pus, y puede ocasionar una obstrucción de las vías biliares, ya sea por el mecanismo de la compresión, ya sea por el de la infección consiguiente de los conductos biliares.

Entre las formas crónicas, que son las que más frecuentemente se complican de litiasis biliar, además de las formas esclerofibrosa, esclerogomosa y litiásica, que menciona el señor Borrero, puede, aunque con menos frecuencia, dar lugar a una perturbación de la secreción biliar, la forma Esteatosa, en la cual el páncreas se transforma en una gran masa grasosa. Y anotaremos de paso, que esta perturbación biliar, en las formas crónicas, puede hacerse por tres mecanismos: O por infección ascendente; o por compresión coledociana; o por inflamación de los gánglios mesentéricos peripancreáticos.

Se han observado, según Eppinger, casos de obstrucción biliar, a consecuencia de un linfogranuloma o quistes hidáticos del páncreas; casos observados a la autopsia, pero que no pudieron diagnosticarse in vivo.

Los casos de perturbación de la secreción biliar, por lesión pancreática, pueden diagnosticarse: Ya por la forma de presentarse la Icteria, como lo anota el señor Borrero; ya sea por la investigación de la lipasa en el jugo duodenal, por el método de Bondi; ya sea por la presencia de la cantidad de grasas neutras en las materias fecales, aun cuando éste no es un dato de grande importancia diagnóstico, puesto que se puede encontrar en la icteria catarral pura.

Al hablar el señor Borrero del cáncer del páncreas ya sea del tipo glandular o del tipo excretor, y situado en la cabeza del páncreas, puesto que no es frecuente la retención biliar por cáncer del cuerpo del páncreas, olvidó anotar el señor Borrero, además de los fenómenos ictericos y del estado caquético, ciertos síntomas o signos clínicos importantes para el diagnóstico, tales como: los dolores epigástricos profundos; el dolor en la zona coledociana de Chauffard, y en el punto pancreático de Desjardins, en la desembocadura del canal de Wirsung, y situado en una línea que va del ombligo a la axila, a 6 centímetros por encima del ombligo.

Es también de capital importancia el signo descrito en 1890 por Courvoissier, cirujano de Basilea, quien anota una gran dilatación de la vesícula biliar en los casos de lesión pancreática y que contrasta con la retracción vesicular observada en los casos de litiasis biliar pura, de origen hepático.

Por último, puede observarse también una perturbación de la secreción biliar, en los casos de ascitis por compresión portal de origen carcinomatoso pancreático.

No creemos que haya otra cosa qué agregar o comentar al trabajo del señor Borrero.

RAMON HERNANDEZ R.

LEONIDAS HURTADO

