

Año 1917

N.º 3317



UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COLECISTOSTOMÍA Y COLECISTECTOMÍA

SUS INDICACIONES EN LA COLELITIASIS

SEGÚN

EL ESTADO ACTUAL DE SU PATOGENIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANTONIO R. ARIAS



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
2254 — Córdoba — 2254

1917

COLECISTOSTOMÍA Y COLECISTECTOMÍA

SUS INDICACIONES EN LA COLELITIASIS

SEGÚN

EL ESTADO ACTUAL DE SU PATOGENIA



Año 1917

N.º 3317

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COLECISTOSTOMÍA Y COLECISTECTOMÍA

SUS INDICACIONES EN LA COLELITIASIS

SEGÚN

EL ESTADO ACTUAL DE SU PATOGENIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANTONIO R. ARIAS



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
2254 — Córdoba — 2254

1917

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

(Artículo 162 del R. de la F.)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros titulares

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

Secretario general

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

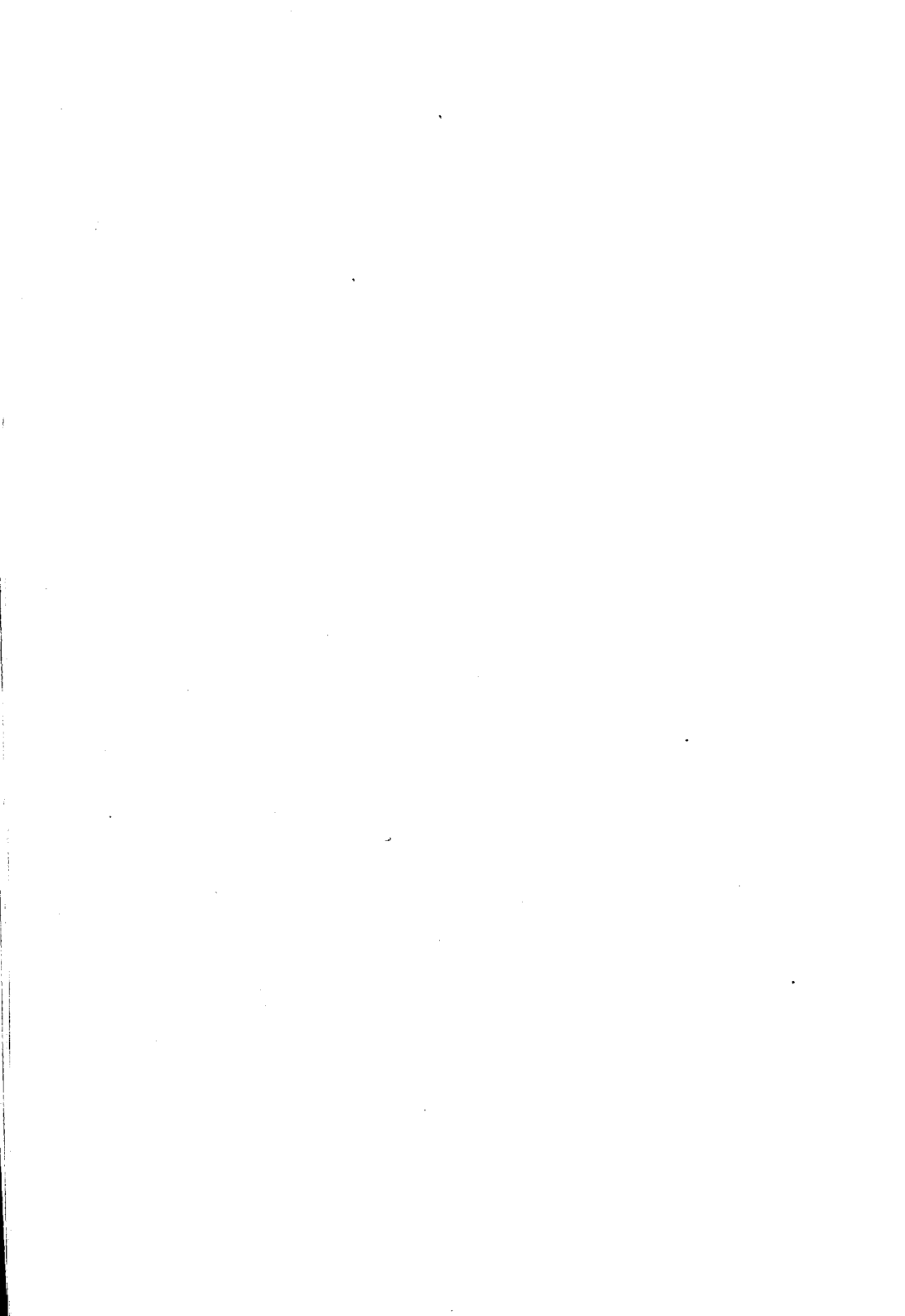


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMAGO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

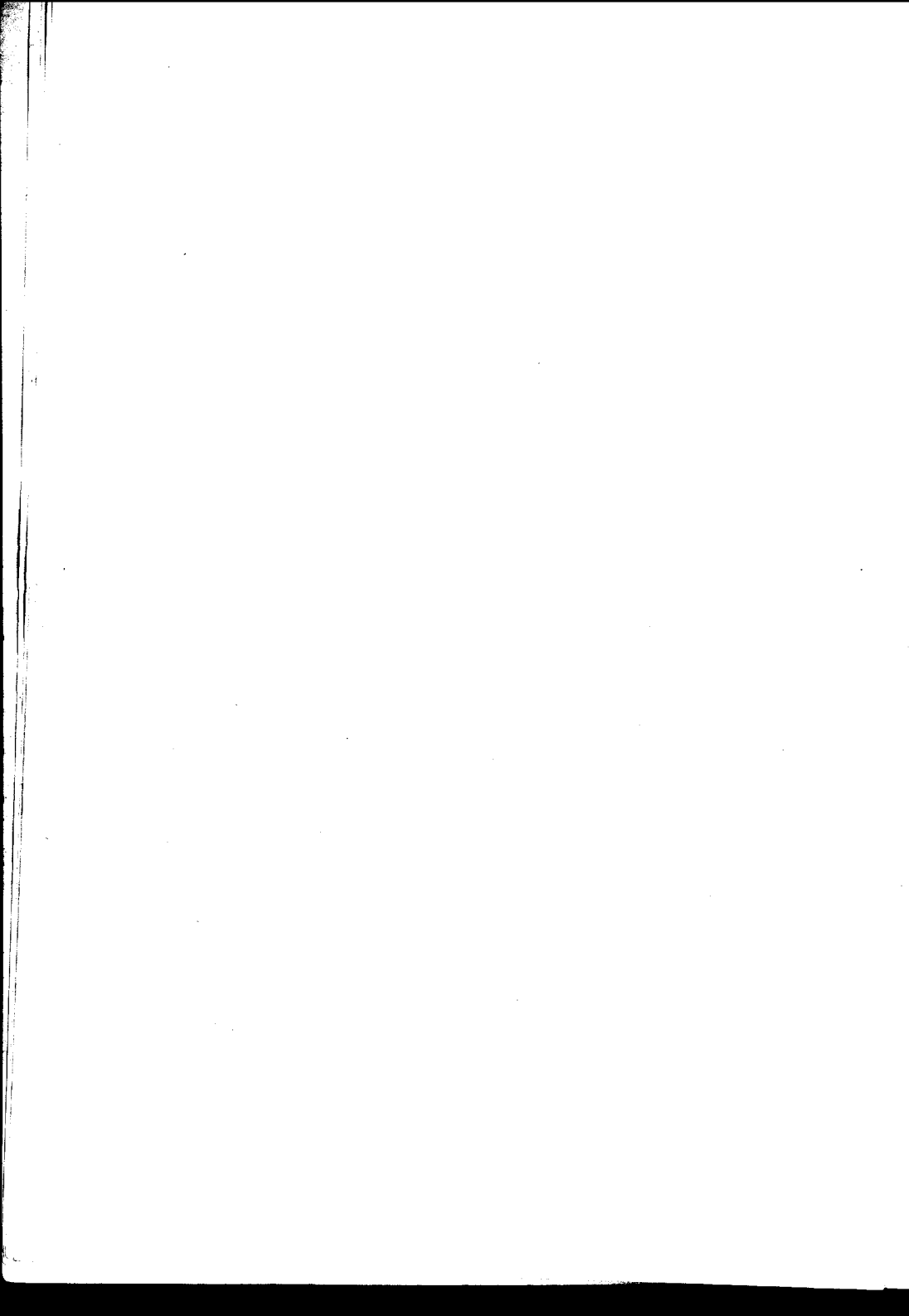
DR. D. CARLOS MALBRÁN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
» » FANOR VELARDE
» » MARCELO VIÑAS
» » IGNACIO ALLENDE
» » PASCUAL PALMA

Secretarios

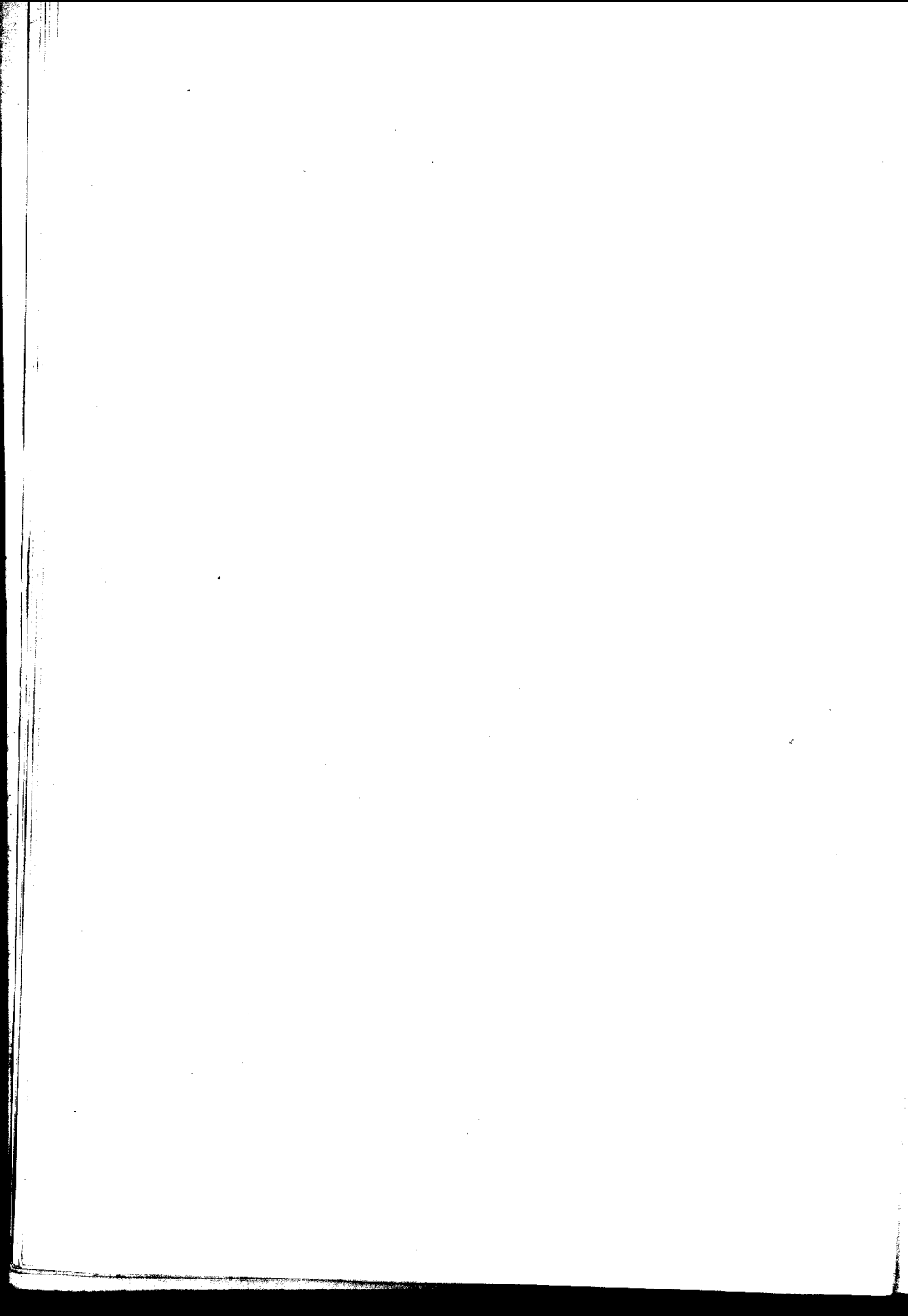
DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA
» » JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

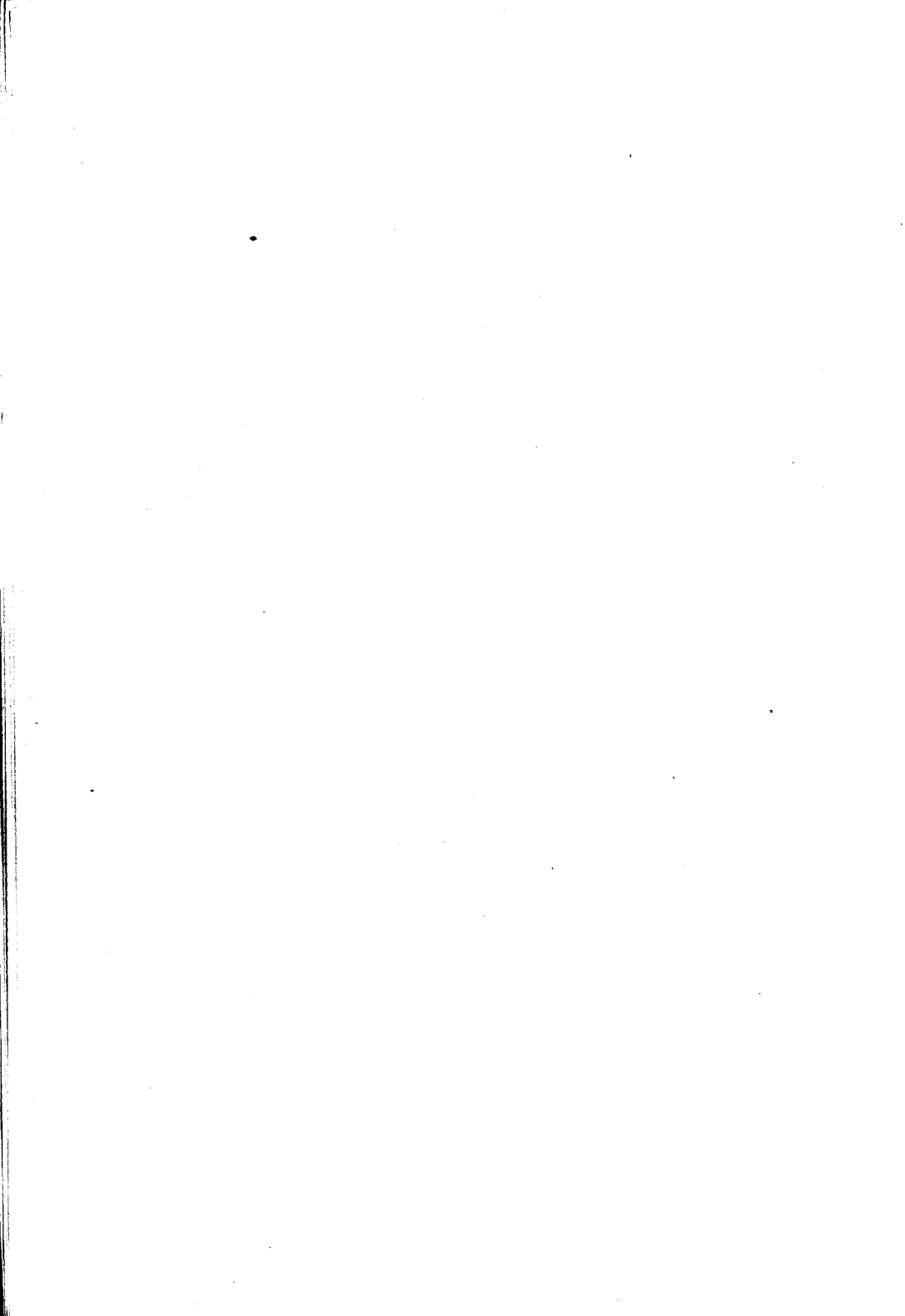
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

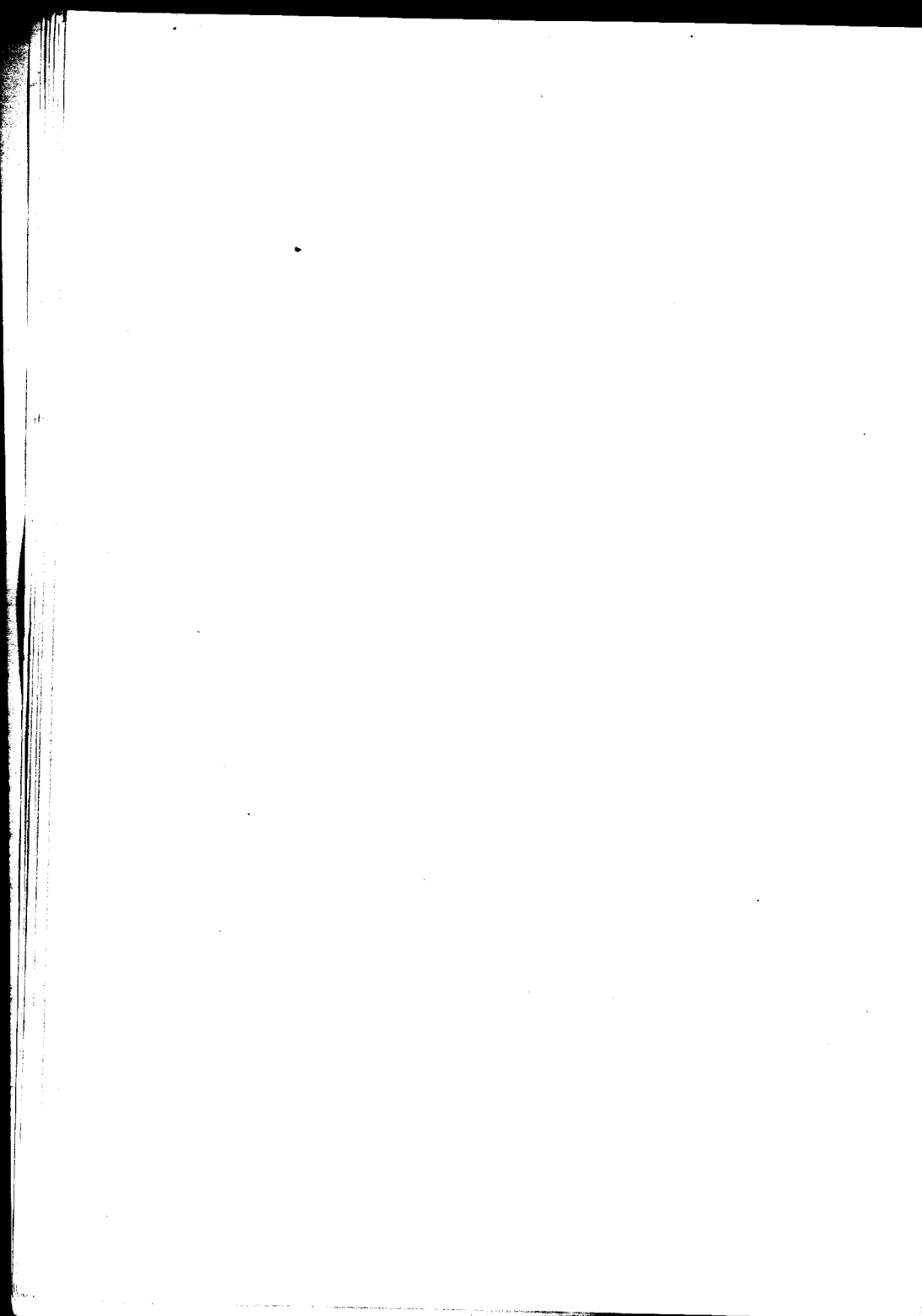
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología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



ESCUELA DE MEDICINA

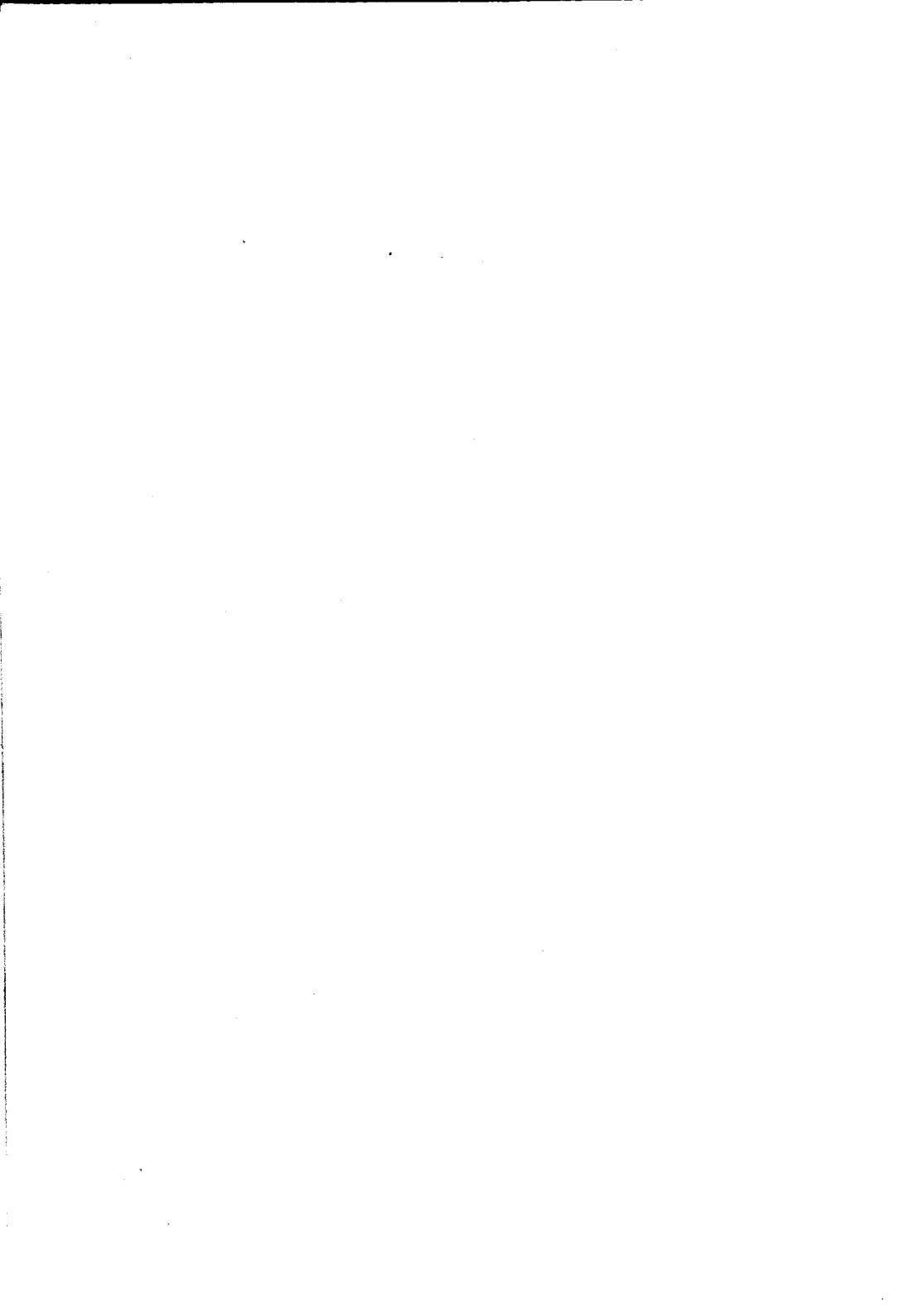
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CÁRLOS DELFINO
	{ » LEOPOLDO URIARTE
	{ » ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN
	{ » MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediátrica.....	{ » ANTONIO F. PIÑERO
	{ » MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica.....	{ » FRANCISCO LLOBET
	{ » MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Psiquiátrica.....	{ » BENJAMÍN I. SOLARI
	{ » JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica	" GUILLELMO SEIBER
Anatomía descriptiva	" SILVIO B. PARODI
	" EUGENIO A. GALLI
	" JUAN JOSÉ CIRIO
	" FRANK I. SOLER
Fisiología general y humana	" BERNARDO HOUSAY
	" RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología	" SALVADOR MAZZA
Química Biológica	" BENJAMÍN GALARCE
Higiene médica	" FELIPE A. JUSTO
	" MANUEL V. CARBONELL
Semeiología y ejercicios clínicos	" CARLOS BONORINO UDAONDO
	" ALFREDO VITÓN
Anatomía patológica	" JOAQUÍN LLAMBIÁS
	" ANGELO H. ROFFO
Materia médica y Terapia	" JOSÉ MORENO
Medicina operatoria	" ENRIQUE PINOCCHIETTO
	" CARLOS ROBERTSON
	" FRANCISCO I. CASTRO
	" CASTELFORT LUGONES
	" ALEJANDRO CRIALLLOS
	" ENRIQUE M. OLIVIERI
	" NICOLÁS V. GRECO
	" PEDRO L. BALIÑA
	" JOAQUÍN NIN POSADAS
	" FERNANDO R. TORRES
	" FRANCISCO DESTÉFANO
	" ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	" ADOLFO NOCETTI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTÍN CASTRO ESCALADA
	" PEDRO LABAQUI
	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARLARO
	" EDUARDO MARÍN
	" JOSÉ ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLÉ
	" PEDRO CHUERO
	" JOSÉ M. JORGE (H.)
	" OSCAR COELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
	" JUAN JOSÉ VITÓN
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" JOSÉ DESTÉFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" JUAN JACOBO SPANGENBERG
	" MAMERTO AGUIA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO I. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" ALBERTO PERATTI RAMOS
	" EUSTASIO J. TRONGÉ
	" JUAN R. GONZÁLEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. ROERO
	" RÓMULO H. CHIAPPORI
	" VICENTE DIMTRI
	" JOAQUÍN V. GNECCO
	" JAVIER BRANDAM
	" ANTONIO PODESTÁ
	" AMABLE JONES
Medicina legal	
Clinica Psiquiátrica	



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, e c..... DR. J. C. LLAMES MASSINI

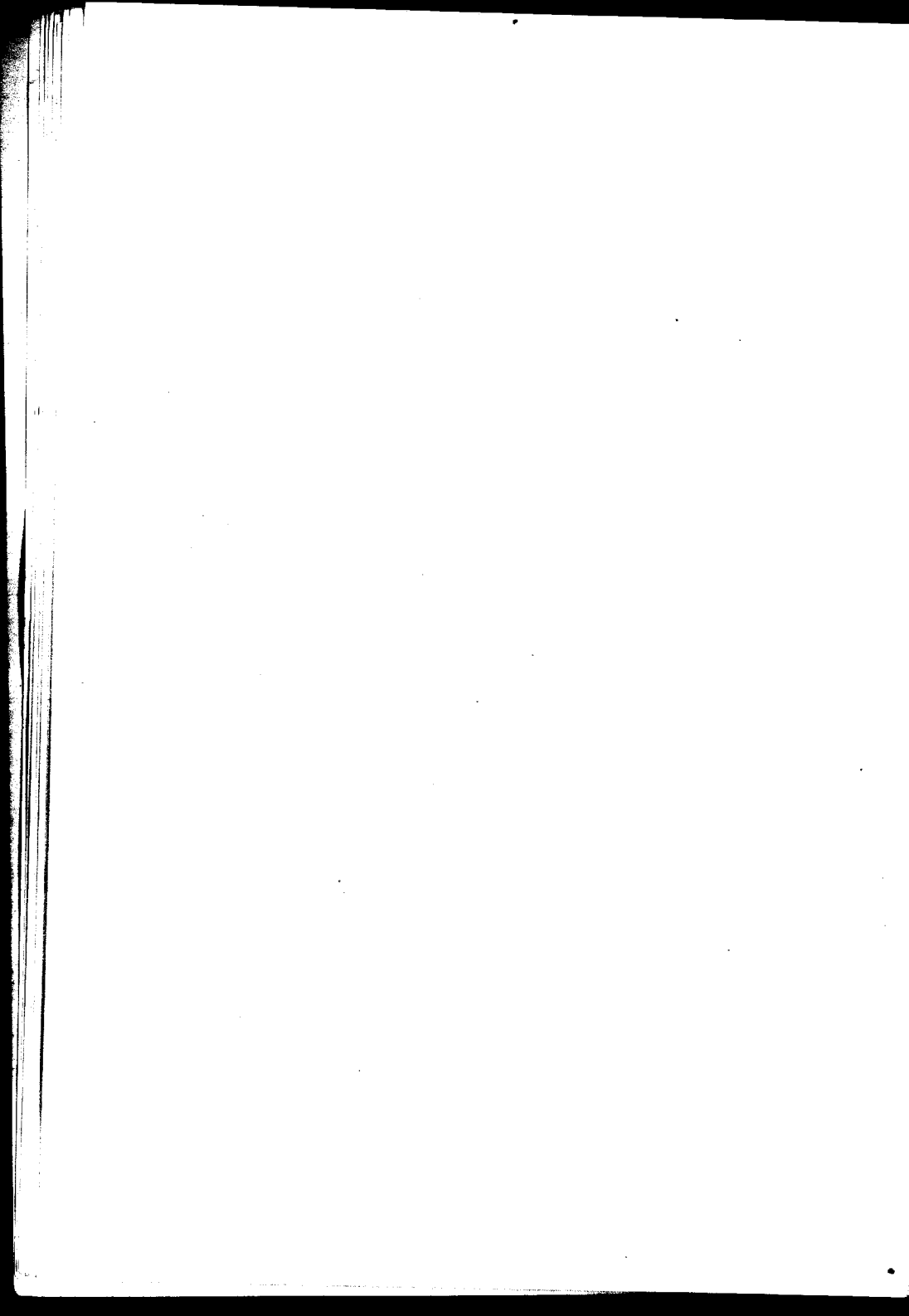
Segundo año:

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

Tercer año:

Clinica obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... » UBALDO FERNANDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparada....	DR. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica.....	» JULIO J. BATTI
Química farmacéut. inorgánica	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal	» ADOLFO MEJICA
Química farmacéutica orgánica	» FRANCISCO C. BARRAZA
Técnica farmacéutica (primer curso).....	» J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación..	» RICARDO SCHATZ
Química Analítica general....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial.....	SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Técnica farmacéutica (segundo curso).....	DR. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química farmacéutica inorgánica.....	{ » ANGEL SABATINI
	{ » EMILIO M. FLORES
Técnica farmacéutica.....	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	{ » PASCUAL CORTI
Química farmacéutica orgánica.....	{ » PEDRO J. MÉSIGOS
	{ DR. LUIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial.....	SR. OSCAR MIALOCK
Química analítica general....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas.	---
Mineralogía y Geología.....	---
Botánica (segundo curso). Bibliografía, botánica argentina	---
Química analítica aplicada (medicamentos).....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ (suplente en ejercicio).
Química biológica.....	» PEDRO J. PANDO.
Química analítica aplicada (Bromatología).....	---
Física general.....	---
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN.
Toxicología y Química legal..	» JUAN B. SEÑORANS.



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

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

Catedráticos sustitutos

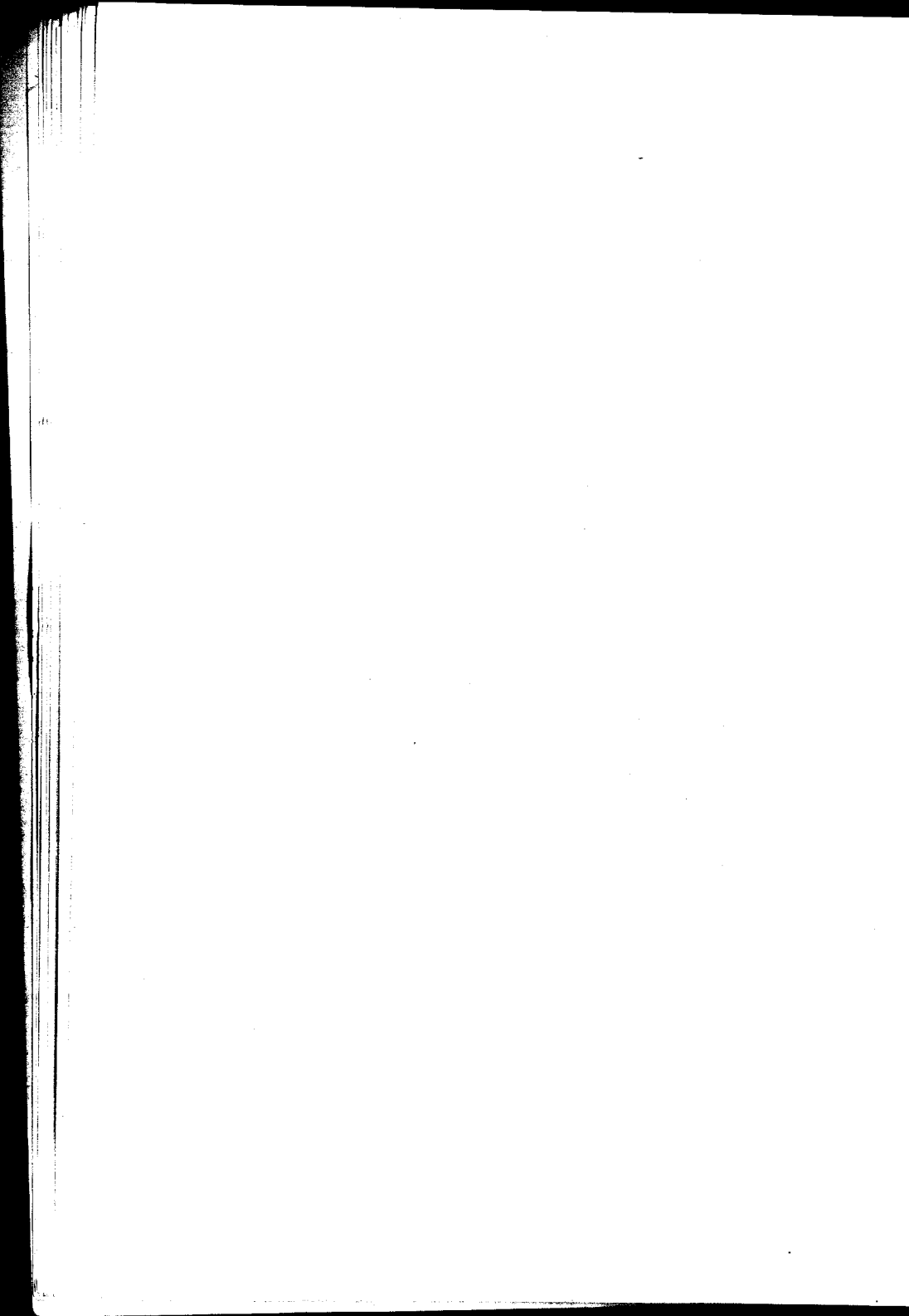
- DR. ALEJANDRO CABANNE
* TOMÁS S. VARELA (2.^o año)
SR. JUAN M. CARREA (Prótesis)
* CIRO DURANTE AVELLANAL (1.^{er} año)



PADRINO DE TESIS

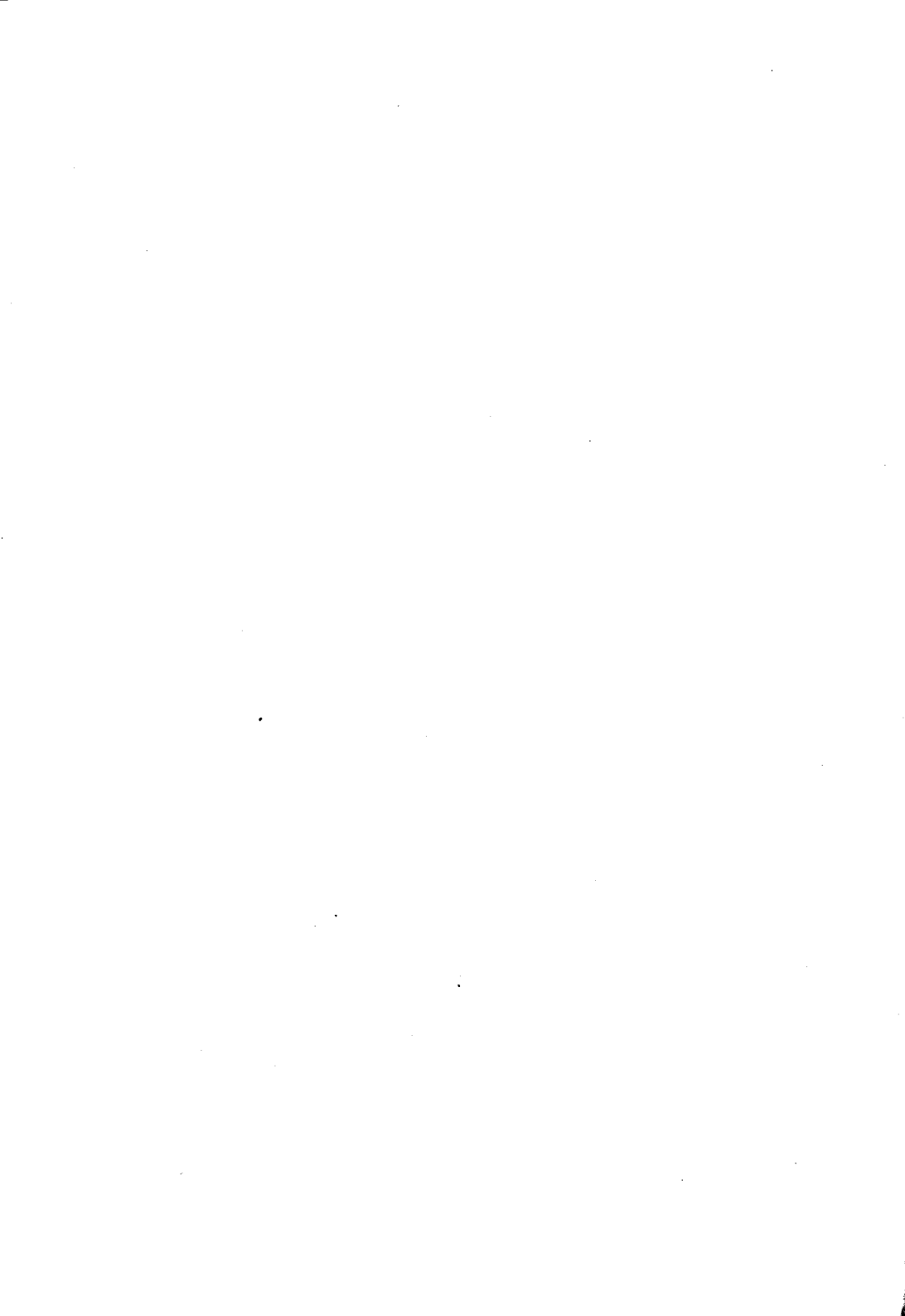
DOCTOR CARLOS ALBERTO CASTAÑO

Adscripto a la cátedra de Clínica Ginecológica
Jefe de Clínica Ginecológica de la Facultad de Medicina



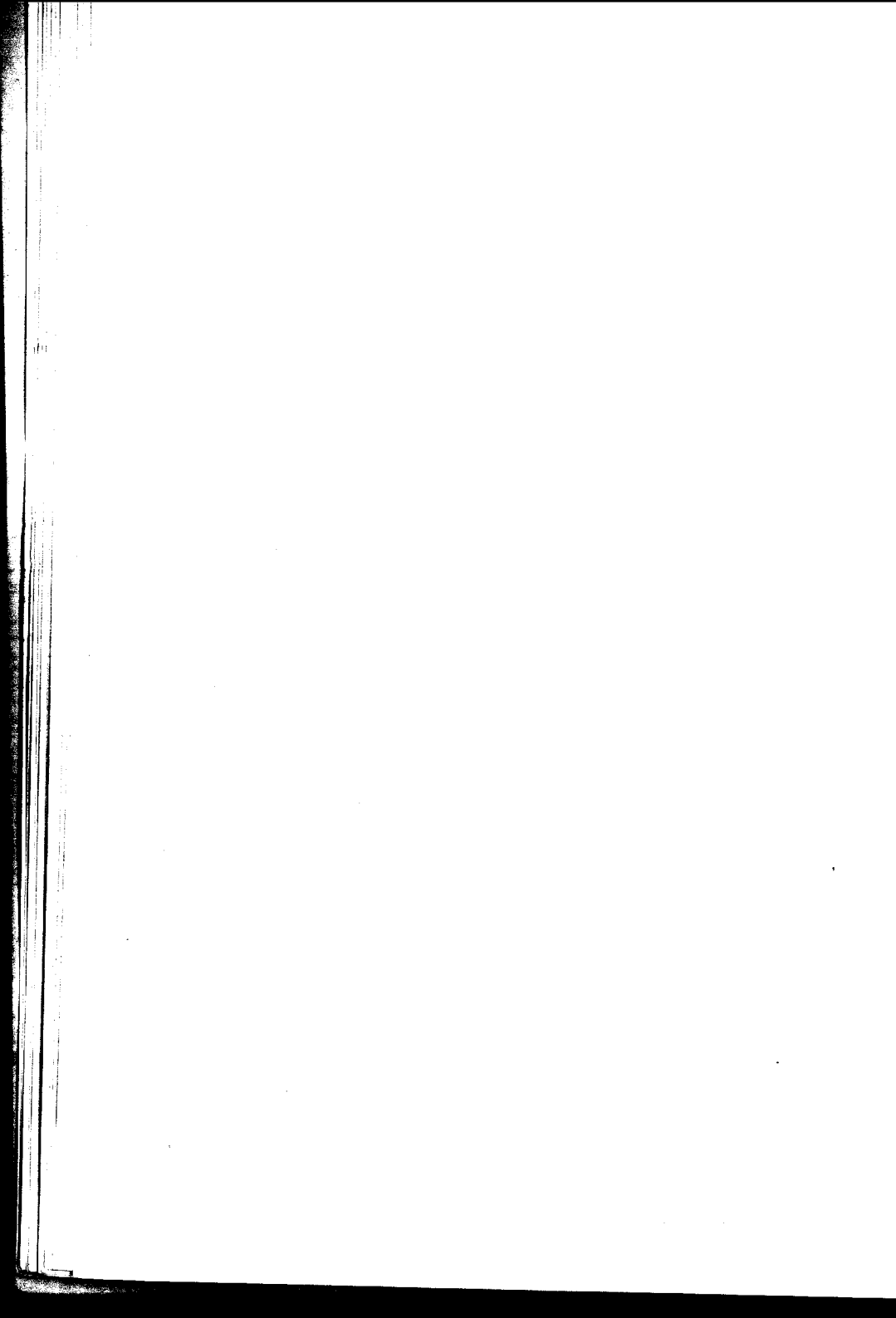
A LA MEMORIA DE MI PADRE EL

DOCTOR P. NOLASCO ARIAS

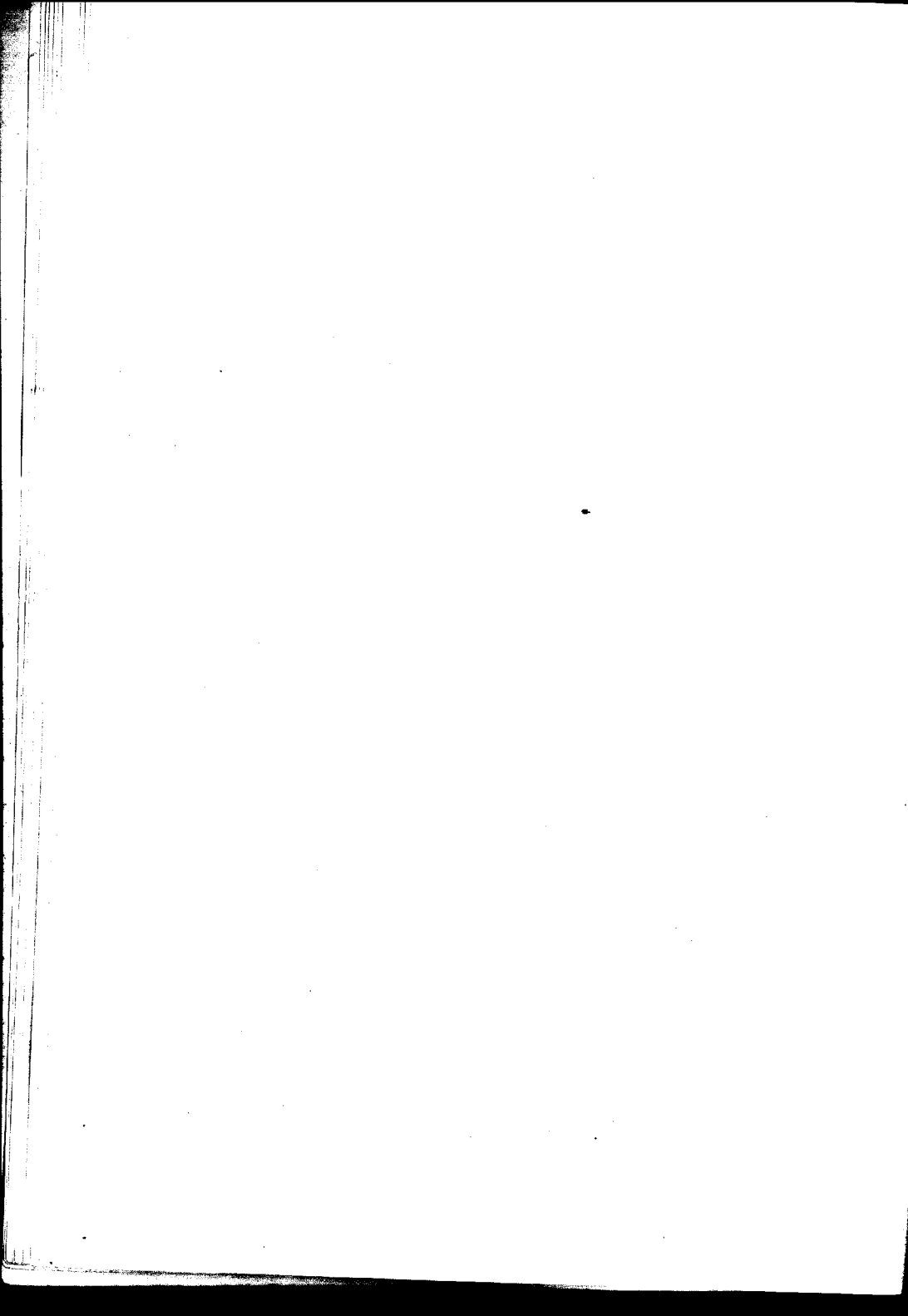


A MI MADRE

A LOS MÍOS



A MIS AMIGOS





INTRODUCCIÓN

Llego al final de mi carrera llena de vicisitudes, extrañas a voluntades propias y ajenas, y al cruzar los últimos dinteles de nuestra Facultad, no puedo menos que echar una mirada retrospectiva ante los largos años pasados en ella, mirada que aviva en mí, un sinúmero de recuerdos, que si hasta ayer deseaba alejarlos, por ese sentimiento natural e instintivo en todo ser, de estar descontento del presente y esperar mucho más del mañana; hoy, que la realidad me inicia en otra forma de vida, no solamente me duele abandonarlos, sino que trataré que supervivan en mí, pues llego a comprender, que serán ellos, unos de los más intensamente gratos de mi existencia.

Larga ha sido la jornada, pero satisfecho de ella estoy. Si mucho he aprendido voy estimulado a aprender mucho más.

Los que tenemos la suerte de ser alumnos de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, exponente de

honor para América Latina e hija modelo de las primeras escuelas europeas, llevamos un cimiento sólidamente puesto por el inteligente cuerpo de maestros que la forman, que no solamente nos han brindado el importante bagaje científico que poseen, con verdadero desinterés y cariño, alimentando nuestros cerebros jóvenes llenos de anhelos de saber, sino que también han sido pródigos al proporcionarnos meditados consejos y sabios ejemplos, formando en nosotros ese concepto de ética profesional, tan necesario, tan fundamental en nuestro apostolado, que no se aprende teóricamente, y que si la práctica los grava en forma imborrable, al verlos ejercitar diariamente a manos llenas, por ellos personalmente, en las salas de nuestros hospitales.

Correspondiendo a tanto beneficio, quiero dejar constancia de mi agradecimiento profundo y sincero a cada uno de los que han sido mis maestros y si con algo puedo retribuirles sus inmensos sacrificios, además de la gratitud que dejo mencionada, es con la promesa firme de que el título que me concede la Universidad, reposará sobre el propósito único de beneficiar a los que sufren, para quienes llevo dedicado gustoso los mejores años de mi vida y a los que, si realizara mi ideal, les ofrecería, todos los días que me restan de ella.

Y en este momento séame permitido especializarme en mi reconocimiento con algunos señores médicos, profesores o no de esta Facultad, pero sí todos colaboradores en la formación de mi embrionaria personalidad cien-

tífica a los cuales no solo les agradezco su eficaz enseñanza, sino también las amistosas distinciones que me han dispensado. Ellos son los doctores: Enrique Bazterrica, Antonio C. Gandolfo, Enrique Zárate, Luis Güemes, Angel M. Centeno, Abel Ayerza, Alberto Castaño, Horacio G. Piñero, Juan B. Señorans y Fernando Schweizer.

Y por último mi afecto de siempre al amigo de todos los momentos, incomparable como tal, inteligente y estudioso como pocos, que me acompaña como padrino en esta tesis, el doctor Carlos Alberto Castaño, quién al sugerirme el tema, ofrecióme con la generosidad que le caracteriza, la observación de los casos que presento.



PRÓLOGO

Como se podrá ver a continuación en el capítulo referente a Historia de la cirugía biliar, el criterio que ha prevalecido desde que se inició ésta, en relación a las indicaciones operatorias sobre Litiasis, ha descansado sobre la base muy elástica por cierto, del concepto personal de cada operador. Faltaba la uniformidad de pareceres nacidos a raíz de profundos estudios, más que todo experimentales, capaces de marcar el rumbo definitivo, que si hoy mismo no está adquirido, ya se vislumbra.

Hasta hace muy poco los cirujanos en forma casi empírica llegaban a ver la indicación y realizaban una colecistostomía o una colecistectomía; y así tenemos que el reinado de estas dos operaciones que resumen por su importancia la mayor parte de la cirugía vesicular, se sucede de una a otra, fundadas más en bases prácticas que en bases científicas.

Hoy repito, el camino a seguir será otro y es gracias a

pacientes conclusiones adquiridas por cirujanos de nuestros días, que podremos optar por una u otra operación, fundamentados sobre todo, en las nuevas teorías sobre la Etiología y Patogenia de las Litiasis y colecistitis.

Creyéndolo pues de gran utilidad práctica, es que voy a tratar en esta tesis de desarrollar este nuevo criterio, presentando un resumen del estado actual de la cuestión cuyos iniciadores en el mundo científico han sido los hermanos Mayo, figuras descollantes de la escuela americana.

Hoy día no debemos ser exclusivistas ni sistematizados con una u otra operación, dejándonos llevar ya sea por simpatía hacia una de ellas determinada o por prácticas establecidas y preconcebidas.

Debemos ser eclécticos y aplicar la colecistectomía o colecistostomía según sus indicaciones precisas. Es por ese motivo que hemos tratado de detallar esas experiencias con el criterio nacido en las observaciones recogidas en el Servicio de Ginecología y Cirugía Abdominal del Hospital de Clínicas del Profesor Bazterrica, contribuyendo a ello el estudio clínico y las numerosas intervenciones que más adelante presento.

BREVES DATOS HISTÓRICOS

Hacer una reseña completa de las diferentes etapas porque ha atravesado desde que se inició, el estudio de la cirugía de las vías biliares, es tarea harto difícil, pues siendo uno de los temas de más vital importancia en cirugía, su estudio y discusión ha dado origen, a que todos los grandes maestros en la materia, le dedicaran especial atención, dando a la publicidad un sinnúmero de capítulos tan importantes como dispersos muchos de ellos, imposible por esta última razón, de ser recopilados.

Sin embargo, y tratando de recordar los puntos más culminantes que ha marcado el estudio quirúrgico de las vías biliares, merece mencionarse en primer lugar a Mario Sims (1) que es el primero que el 18 de Abril de 1878 efectúa y describe la colecistostomía, operación que con-

(1) Sims y M.—Remarks on cholecystomy in dropey of the gall-bladder.
—British med. Journ. 1878—1—811—815.

sistía en abrir la vesícula biliar adosándola a la pared abdominal, para que en esta forma drene.

Iniciada esta era, no pasa mucho tiempo sin que aparecieran otros cirujanos, quienes en intervalos de pocos años (1881 al 1884) crearan operaciones que hoy mismo se realizan. Surge más tarde, después de Mario Sims, el año 1881 Winiwarter (1) quien describe una operación que consistía en el abocamiento de la vesícula biliar al intestino llamada en consecuencia colecistenterostomía, que tenía sus indicaciones en los casos de obstrucción tenaz del colédoco y que no perduró mucho tiempo, pues con facilidad, y debido a la proximidad séptica del intestino, así como también, según los interesantes y recientes estudios de Coffey, a la ausencia en estos operados del esfínter de Oddi que evita fisiológicamente la onda de retroceso de sólidos y aún de gases intestino-cáncular, facilitaba, repito, la infección de la vesícula.

El año 1882, Langenbuch (2) hace avanzar la cirugía biliar en forma importantísima, describiendo la colecistectomía, que consiste en la extirpación de la vesícula biliar y que hoy se realiza no sólo con frecuencia, sino con éxito.

En 1883, Meredith describe la colecistotomía, o talla biliar que se realiza abriendo la vesícula, extrayendo los

(1) Winiwarter A. V.—Ein Fall Gallenretention bedingt durch Impermeabilität des Ductus choledochus.—Anhängung einer Gallenblasen Darmfistel; *Herlung: Prag. med. Woch. 1882.*—202 al 213.

(2) Ein Fall von Extirpation der Gallenblase Wegen chronischer Cholelithiasis. Berlin, *Klin., Wochenschr. 1882, XIX, 725.*

cálculos y cerrándola enseguida. Poco vivió este método pues, muchos cirujanos se opusieron a él, fundados en peligros inherentes al cierre inmediato de la vesícula, siendo Kehr uno de los que con más tenacidad lo atacó en el Congreso de Bruselas y abogó porque se le sustituyera por la colecistostomía.

En 1884, Kümmel crea la coledocotomía, que consiste en la abertura del coledoco y que todavía tiene sus indicaciones.

Puesta por estas comunicaciones, la base intervencionista en la cirugía biliar se sucedieron sin fin y sin distinguo de Escuelas las investigaciones, y es en esa forma que se ha llegado en nuestros días a poseer un concepto definido en esta clase de estudios. Con esto, no quiero afirmar que todas las dificultades estén allanadas y que el criterio a seguir en cada caso sea único y por todos reconocido, muy al contrario; basta recorrer los anales de las Sociedades de Cirugía de Francia y Alemania para darse cuenta de las discusiones científicas que este tema provoca y llegar a la conclusión de la casi inagotabilidad de él.

Los hermanos Mayo, en un bosquejo histórico que sobre esta materia hacen, dicen que la colecistostomía y la colecistectomía se han disputado en diferentes épocas, la supremacía en las estadísticas. Fué la colecistostomía la que primero reinó, quizás, porque fué creada con anterioridad.

Cuando Langenbuch describió su colecistectomía ocupó

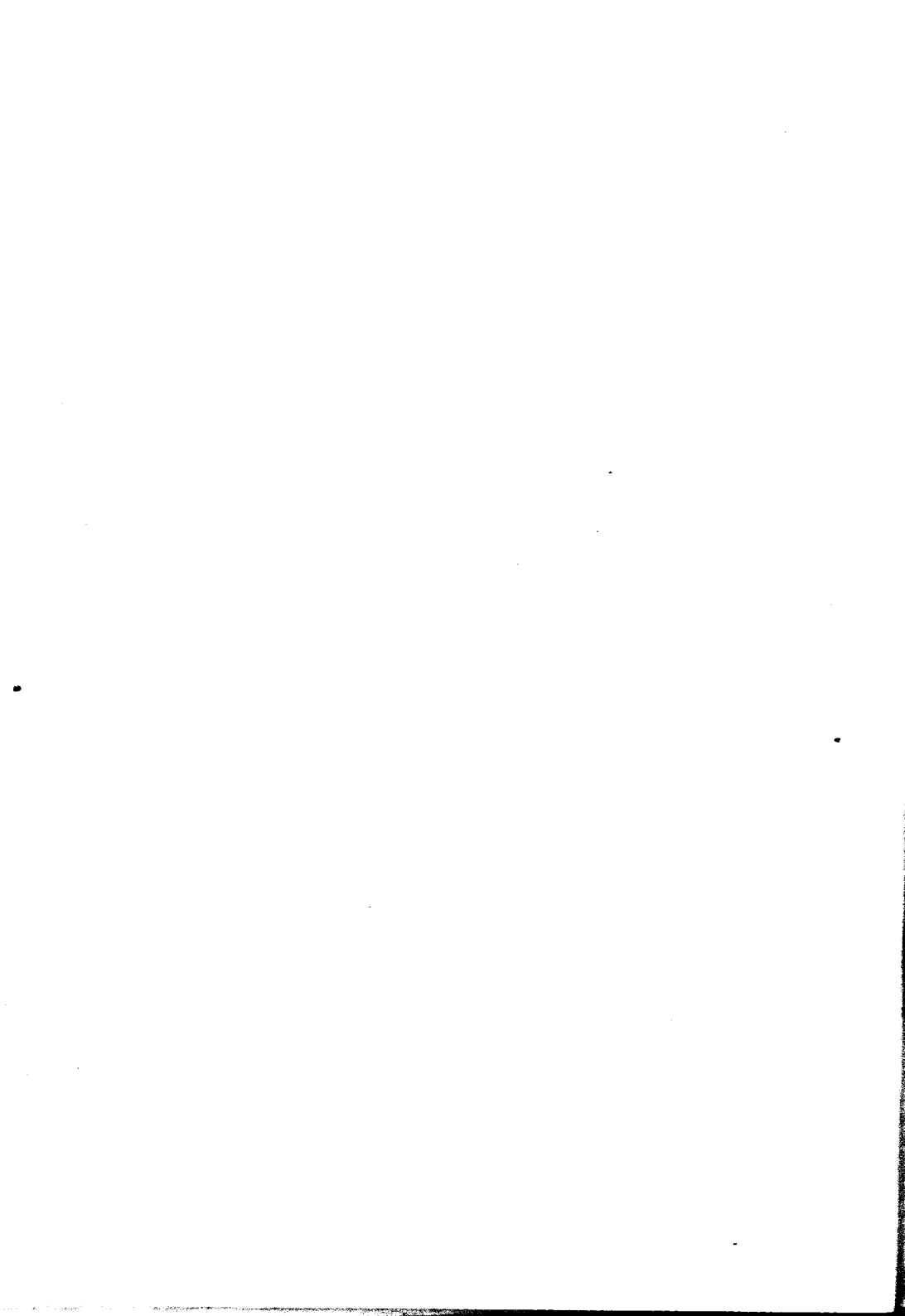
ésta, un tercio del total de las operaciones en vesícula; pero no tardó en ser combatida, pues se argumentaba que era antifisiológica la extirpación vesicular (1) y fué en esta segunda época en que la colecistostomía primó casi en absoluto, haciéndose de ellas un 80 %. En Diciembre de 1915, Carlos Mayo hace notar que vuelve la colecistectomía con un porcentaje del 90 % a realizarse, reservándose la colecistostomía solamente para ciertos casos en que aquélla es de difícil realización, como ser: en los que la edad avanzada del enfermo, el grave estado de infección, la existencia de una perforación, etc., indican rápida y corta intervención.

Las escuelas que más se han ocupado o se vienen ocupando en la actualidad de esta materia, son las de Alemania, Francia, América del Norte e Inglaterra. De la primera merecen recordarse los nombres de Czerny, Kocher, Kehr, König, Käppler, Kümmel, Lauenstein, Thorspecken, etc. De Francia, a Courvoisier, Poncet, Lejars, Terrier, Chauffar, Delbet, d'Harmann, Delagenière Quénu, Jalaguier, Tuffier, Polloson, etc., y en las dos últimas, a los hermanos Mayo, Moynihan, Mayo-Robson, Brand, Sutton, Erdmann, Riedel, Pilcher, Hancock, Thienhans, etcétera, etc.

Entre nosotros, se han ocupado de ese tópico, dándolo

(1) Hecho que, para I. C. Mann. In Manuscript, no tiene importancia pues, compara al hombre en el que se ha efectuado una ectomía, en el mismo estado en que se encuentran normalmente el caballo y el ciervo, que carecen de vesícula biliar.

a conocer por medio de tesis o revistas y siguiendo el orden, según los años en que se han publicado, desde 1898, los Doctores, Bonorino Cuenca, Escalier, Agote, Speroni, Ávalos, Bottaro, Castro y Viñas, Soto, Cranwell, Espil, Marengo, Soler, Arce, Arizabalo, Arizi, Gómez, Gutiérrez A., Argüello, Gesino, Galíndez, Jorge, Fox, Demaría Massey, etc.



ETIOLOGIA

Antes de llegar a todo lo nuevo que sobre la Litiasis biliar y las colecistitis se escribe día a día, creo justo dar un resumen de todas las teorías, antiguas o modernas, pero todas, tendientes a demostrar el origen etiológico y patogénico de estas afecciones.

Etiológicamente considerado, las litiasis tiene relación manifiesta con el sexo (y estado), la edad, la alimentación, la herencia y el clima.

Sexo.—Se está perfectamente de acuerdo en que la litiasis es mucho más frecuente en la mujer que en el hombre; no así, en el por qué de esta preferencia. Mientras unos creen causante de esta afección a las ptosis viscerales inmediatas al parto por el acodamiento que sufriría el coledoco y el éxtasis biliar consecutivos a este; otros ven como causa similar, ya sea el uso del corset, que obraría en parecida forma, ó ya la congestión perió-

dica de los órganos abdominales en la época menstrual.

Para Chauffard el género de vida sedentario de la mujer, podría influir en esta afección, pero él cree más importante aún la influencia del embarazo en ella, pues esta función, cuya complejidad salta a la vista, trae en el organismo madre, una verdadera conmoción funcional. Huchard, Pinard, Dieulafoy, etc., admiten la coexistencia del embarazo y la litiasis y todos también están contentes en afirmar, que es mucho más frecuente la litiasis en la mujer que ha tenido embarazos que en la virgen, a propósito de lo que es interesante recordar, una estadística de Kehr, que demuestra que de 196 mujeres operadas, 21 eran vírgenes, lo que nos dá, que 83 % habían tenido embarazos anteriores.

Wester, en la actualidad, así como los hermanos Mayo en sus estadísticas, dan un porcentaje muy superior para las mujeres sobre los hombres.

Edad.—Es una enfermedad más frecuente en la edad adulta que en la niñez y pubertad.

Es de los 20 a los 50 años que su frecuencia aumenta lo que no quiere decir que no pueda presentarse en cualquier época de la vida, y aún que en muchos casos, se sea litiásico y se ignore serlo.

A propósito de esto último diré que Wester cree que el 10 % de los hombres, el 25 % de las mujeres y aún el 36 % entre ambos sexos, tienen cálculos.

Reckhinghausen presenta una estadística sobre autopsias, cuya copia merece atención, y es la siguiente:

Edad	Autopsias	Cálculos	Porcentaje
0 a 20 años	82	2 veces	2,4 %
21 a 30 >	188	6 >	3,2 %
31 a 40 >	209	24 >	11,5 %
41 a 50 >	252	28 >	11,1 %
51 a 60 >	161	16 >	9,9 %
61 y más	258	65 >	25,2 %

Alimentación.—El uso excesivo de carnes, grasas y otras substancias ricas en colessterina, pueden ser causas ocasionales de esta enfermedad en cuya patogenia, veremos la influencia que tiene el contenido en la sangre de esta substancia para la formación de los cálculos.

Herencia.—Muchos le atribuyen importancia, y si bien ella es evidente, su explicación es difícil. La antigua teoría distrófica de Bouchard la comprendía. Pero sabemos la evolución que ella va sufriendo con los estudios que de las glándulas endocrinas se está haciendo. Por consiguiente, si no se niega su influencia, hoy todavía no estamos autorizados para explicarla.

Clima.—Se ha observado que en los países fríos la litiasis es frecuente y se llega a explicarla como consecuencia del abuso de las grasas, que en ellos se hace. Por

lo contrario en los países cálidos, su ausencia llama la atención, y Frank lo atribuye, a que hay más secreción de bilis, la que se opondría a la formación de cálculos, por el sólo barrido mecánico.

PATOGENIA

En pocas afecciones se ha llegado a tratar tanto este capítulo como en la litiasis biliar. Desde los primeros estudios que se hicieron, se han sucedido un sinnúmero de teorías, muchas de ellas inaceptables y de sólo interés histórico, al lado de otras, que si no son evidentes, llevan el apoyo de hechos experimentales positivos.

Las más antiguas de ellas atribuían la formación de cálculos ante todo, a simples fenómenos mecánicos y dejaban de lado, por ignorar aún, todo lo que pudiera tener relación con la composición química de la bilis. Explicaban la constitución del cálculo a base de la obstrucción en cualquier sitio del trayecto que sigue la bilis; una vez ésta estancada, perdía su agua y poco a poco se solidificaba, hasta llegar a obtener la consistencia característica del cálculo.

Una vez estudiada la composición química de la bilis, surge un grupo importante de maestros como ser Lehmann, Iriverichs, Thenar, Barth, etc., quienes reconocen en ese líquido orgánico, substancias precipitables unas, y disolventes otras, las que influenciadas muchas veces por el éxtasis biliar, llegaban a precipitarse, no solamente por la proporción en que se encontraban, sino también por su composición cualitativa.

Para ellos la bilis podía sufrir tres formas de alteraciones:

1.º Existirían en ella los elementos disolventes (sales de soda, etc.) en proporción normal y los precipitables (colesterina y sales de cal que según Iriverichs provenían estas últimas de la mucosa vesicular, desalojando a las sales de soda) existirían en cantidad mucho mayor, produciéndose en consecuencia el cálculo.

2.º Existirían en la bilis los elementos disolventes en menor cantidad que al estado normal y en consecuencia, aunque los elementos precipitables no estuvieran aumentados, su precipitación se produciría, por disminución de aquellos.

Niedmayer creía que disminuido el ácido taurocolico y el taurocolato de soda, se constituían los cálculos por la precipitación de la colesterina, la cal y los pigmentos biliares.

3.º Para que no se produzcan precipitaciones en el líquido biliar, se requiere que su alcalinidad sea mantenida. Por consiguiente, todas las causas capaces de acidi-

ficarlo, como ser: el régimen alimenticio excesivamente carneo, el mismo estancamiento de la bilis por la obstrucción o acordamiento canalicular, etc., descomponen las sales de soda, substancias imprescindiblemente necesarias para evitar la precipitación de la colessterina y los pigmentos biliares, facilitando la formación del cálculo.

Teoría de Bouchard.—Con todas estas teorías dispersas, Bouchard constituyó su teoría humoral de baditrofia o retardo de la nutrición.

«Para que la colessterina permanezca sin precipitarse en la bilis, es necesario que este líquido realice las condiciones siguientes: abundancia moderada de colessterina, presencia de los ácidos grasos, estearico, palmítico o oleico; abundancia de los ácidos biliares, glicocólico o cólico; cantidad excedente de potasa o de soda, mínima proporción de ácidos orgánicos, aparte de los ya indicados, con objeto de que la alcalinidad no sea neutralizada.

«Todo esto supone que la grasa es ingerida a lo menos en cantidad moderada; porque ella da origen a los jabones; que el pancreas funcione bien, porque es él quien los fabrica; que la actividad del hígado esté completa, por que es el hígado quien produce los ácidos biliares.

«Es necesario también que la alimentación introduzca cantidades suficientes de potasa y de soda, sea el estado de carbonatos, sea al estado de sales orgánicas, transformables en carbonatos.

«Es necesario en fin, que no se haga en la economía

una producción exagerada de ácidos orgánicos, o que estos ácidos puedan quemarse normalmente, a fin de que su exceso no haga disolver la cal de los elementos anatómicos e introducirla en la bilis; en fin, es necesario que la alcalinidad de la sangre, quedando normal, no permita a la bilis volverse ácida.

«En otros términos, todas estas condiciones se encontrarán reunidas, si la alimentación es mixta, bien equilibrada, si reserva un amplio lugar a los vegetales, si las funciones digestivas son regulares y si en particular el pancreas y el hígado funcionan bien.»

De ahí se deducen las condiciones patogénicas de la litiasis biliar según Bouchard, condiciones comunes al artrismo; gota, diabete, reumatismo y litiasis urinaria.

Teoría Naunyn.—Las ideas de Bouchard han sido muy discutidas por Naunyn y sus alumnos; según éstos, la colessterina no es producto de la secreción hepática, sino producto de la secreción del epitelio glandular de la vesícula biliar inflamada, lo que daría que la colessterina y las sales de cal segregadas en exceso se precipitarían para constituir los cálculos. Según Naunyn la cantidad de colessterina contenida en la bilis sería fija y nunca influenciada, ni por el régimen seguido, ni por las enfermedades sufridas, yendo él más lejos al afirmar, que la cantidad de colessterina de la sangre es independiente de la contenida en la bilis. En resumen, para Naunyn, la li-

tiasis se debe nó a causas generales, pero sí a causas locales, como ser, la inflamación de la vesícula.

Ashoff y Goodman han realizado experiencias contradictorias a la teoría de Naunyn y terminan diciendo: «que es demasiado aventurado hacer caso omiso de las nociones clásicas sobre las relaciones que existen entre el estado humoral y la litiasis biliar.»

Teoría de la hipercolesterinemia. — Autoridades muy importantes en la materia tienen predilección por esta teoría.

Desde que Grigaut en 1910 creó un método preciso y nuevo para el dosaje de ínfimas cantidades de colessterina en el suero sanguíneo, varios experimentadores como ser: Chauffard, Grigaut, Guy Laroche, Charles, Richet, etc., han llegado a la conclusión de que «la hipercolesterinemia resulta ser la condición previa generadora de los depósitos locales de colessterina.»

Chauffard, que hace un estudio comparativo entre la teoría de la hipercolesterinemia y la teoría infecciosa, que veremos más adelante y que cuenta con decididos partidarios, cree también en esta última, pero concluye por que ella, no puede explicar todos los casos de litiasis biliar. El cree y lo demuestra, que la hipercolesterinemia tiene un rol capital en la patogenia de la colelitiasis y piensa que en la actualidad, muchos puntos oscuros sobre esta, comienzan a aclararse.

Para él, la colessterinemia de origen genetal, es la ba-

se de la patogenia de la litiasis biliar *en la mujer* (1) pues está demostrado que aparte de la colessterina que puede introducirse al organismo por la alimentación, existe otra de origen endógeno, debido a la producción en los cuerpos amarillos de la hembra gravídica (hechos constatados por Chauffard experimentalmente en los cuerpos amarillos de la vaca y de la chancha, cuyos órganos son muy similares en la mujer) y a su formación también en las cápsulas suprarrenales de animales en gestación, como lo prueban la comunicación de Troissier y Grigaut en la Presse Médicale del 28 de Diciembre de 1912 y las de otras fechas de Gotteschau, Alezais y Gureyse (2).

Chauffard cree que la glándula hepática también produce colessterina, o que tiene su célula una función reguladora colessterinémica.

Un hecho muy interesante se debe también a este maestro, quien con Guy Laroche y Grigaut, observaron que en los tíficos, en los que se debe recordar, quedan predispuestos y es frecuente la litiasis, existe durante el período febril una hipocolessterinemia que al descender la temperatura evoluciona hacia una hipercolessterinemia, observando un fenómeno similar cuando se provoca la in-

(1) Hay que recordar que durante el fin del embarazo y el principio del puerperio, la media de colessterina en la sangre es de 2 gr. 45 por 1000, siendo en el estado normal de 1 gr. 60 por 1000.

(2) Entre nosotros se encuentra la comunicación del Dr. J. A. Gabastou sobre las glándulas suprarrenales en el embarazo normal y patológico.—Revista de la Prensa Médica. 1914-1915.

munidad antitífica, como lo han demostrado Rouzand y Cabanis en la Presse Médicale del 12 de Marzo de 1913, p. 197, al tratar sobre las variaciones de la colesterinemia, en el curso de las vacunaciones antitíficas, con la vacuna de Vincent.

En resumen, en las embarazadas y en los tíficos existe colesterinemia, agregándose en estos últimos el factor infección en la producción de los cálculos. Que todos los colelitiásicos son hipercolesterinémicos (según investigaciones de Chauffard, de Biscons y Rozaud), y por fin que toda hipercolesterinemia tiene por resultado una hipercolesterinía vesicular, hechos demostrados por Mr. Mee, en el Deutsche Med. Woch, de Mayo de 1914.

Teoría infecciosa local (de origen ascendente).—Esta teoría es muy similar a la teoría antigua del catarro litógeno de Mekel, rejuvenecida bajo el nombre de teoría microbiana de la litiásis.

Para los sostenedores de ella, los agentes patógenos (bacilo coli, bacilo de Eberth, más raramente estreptococo y estafilócoco) pueden, si ellos encuentran condiciones de desarrollo favorables, invadir las vías biliares y causar la angiocolitis y la colecistitis. Esta angiocolitis aparecería en dos condiciones: 1.º, cuando la secreción biliar **fuera modificada** en su cantidad y en su calidad, hecho frecuente en el curso de las enfermedades infecciosas y 2.º, cuando la excreción de la bilis fuera obstaculizada ya sea por un tapón mucoso, un acodamiento, una compre-

sión (durante el embarazo, tumores, etc.), pues está probado que el éxtasis biliar favorece la pululación microbiana.

En contra de esta teoría están las experiencias de Coffey, que prueban la imposibilidad del pasaje de líquidos y aún de gases en onda de retroceso por el esfínter de Oddi.

Dentro de esta misma teoría se encuentra la del microbismo latente de las vías biliares o sea de infección endógena muy estudiada por Gilbert y Fournier, Mignot, Curhing etc., y que escaparía a la objeción de Coffey.

Teoría infecciosa local (de origen sanguíneo).—Esta teoría ha sido la última en aparecer y merecería la reserva a que se hace acreedor todo lo nuevo, si no fuera tan fácilmente comprensible, y así como también el concepto que inspira el apoyo científico que le brindan un sinnúmero de cirujanos e investigadores de renombre.

La escuela Americana con los hermanos Mayo, Rose now, etc., a la cabeza, se han convertido en la época actual, en la firme sostenedora de ella; y si no llegan a ser absolutamente exclusivistas, no niegan, que esta teoría abarca la mayor parte de la patogenia colelitiásica.

En una palabra, consiste la nueva teoría en la creencia (apoyada por hechos experimentales que luego esbozare), de que las infecciones vesiculares son la consecuencia no de las infecciones por vía canicular ascendente como hasta ahora se creía, sino por vía sanguínea, es de-

cir descendente y que puede tener su origen en infecciones a localización muy retirada de la vesícula biliar (amigdalitis, piorreas alveolares, enfermedades infecciosas generales como tífus, grippe, etc.).

Rosenow (1), que se ha dedicado a estudiar este punto con detalle, investiga las bacteriemias que se hacen por la red capilar de la base de la mucosa de la vesícula biliar, tomando bacterias de vesícula de hombre con colecistitis e inyectándolas en venas de animales, obteniendo colecistitis clásicas en estos, con un porcentaje positivo del 68 %.

Este mismo autor así como Canom, han observado a raíz de repetidas experimentaciones, una especificidad manifiesta en producir en los animales inyectados con cultivos de estreptococos, colibacilos, etc., infecciones a localización igual a la que sufría el animal del que se extrajeron las bacterias originales.

Como se verá a continuación en unos datos estadísticos que transcribiré, si alguna vez esta especificidad no es bien manifiesta, tiene la característica de que existe marcada predilección por ciertos órganos; y así vemos que se repite, resultando esto, que al inyectar estreptococos de úlceras de estómago y de colecistitis, si no se producen estas mismas afecciones en el animal, las pancreatitis son por mucho, las que le siguen en frecuencia:

(1) Rosenow E. C.—The Bacteriology of appendicitis and its modulation by Intravenous injection of Streptococci and Colon Bacilli. Jour. infect. Dis. 1915, XVII, 240.

Rosenow relaciona esto a lo que en la clínica pasa frecuentemente, de la asociación de la pancreatitis con las úlceras de estómago y colecistitis y concluye diciendo que esto ocurre debido al hecho, que el agente infeccioso, está más cerca al grado de virulencia necesaria para producir la infección del pancreas, y no como hasta ahora se ha creído, debido a la vecindad de los órganos.

LOCALIZACIÓN ELECTIVA DE ESTREPTOCOCCOS
SACADOS DE APENDICITIS, ÚLCERAS DE ESTÓMAGO
Y COLECISTITIS (1)

Fuente de los estreptococos	Tiempo de uso de los cultivos	Razas	Animales inyectados						Porcentaje de animales mostrando lesiones en:	
			Apéndice	Estómago Hemorragia		Duodeno Úlcera		Vesícula	Páncreas	Intestino
				Estómago	Hemorragia	Duodeno	Úlcera			
Apendicitis	Recién aislado	14	68	68	6	1	1	0	9	
	Más tardío	8	26	15	19	15	4	0	0	
	Desp. de pasaj. por animal	7	22	45	45	30	40	0	20	
Úlcera de estómago.	Recién aislado	18	103	2	60	60	20	3	7	
	Más tardío	8	22	5	5	0	5	0	0	
	Desp. de pasaj. por animal	7	39	0	23	33	30	15	15	
Colecistitis	Recién aislado	12	41	0	29	15	80	5	17	
	Más tardío	5	14	14	28	14	7	0	0	
	Desp. de pasaj. por animal	5	16	0	31	13	56	19	13	
Tanto por ciento de animales mostrando lesiones en estos órganos, excluyendo razas específicas . .					5	20	9	11	6	8

(1) Rosenow.

Los cuadros demuestran las lesiones que se producen en el apéndice, vesícula biliar, estómago, duodeno, páncreas, etc., a consecuencia de la inyección intravenosa de estreptococos.

Así de 14 razas de estreptococos de apendicitis, producen lesiones en el apéndice un 68 % de los 68 conejos inyectados, lo que contrasta con el pequeño porcentaje del 5 % de apendicitis que dan la inyección de estreptococos de otras afecciones, en iguales animales y siguiendo el mismo método inyector.

Con 18 razas de estreptococos provenientes de úlcera de estómago y duodeno se producen hemorragias en un 60 % y úlcera de estómago y duodeno en un 60 % o sea un total del 74 % de los 103 animales inyectados; contrastando con un 20 % de hemorragias y 9 % de úlceras que se obtienen inyectando otros estreptococos no específicos.

Y por fin con 12 razas provenientes de colecistitis se producen lesiones vesiculares en el 80 % de los 41 animales inyectados, llamando también la atención que las inyecciones con estreptococos no específicos de colecistitis, no dan más que el 11 % de esta clase de lesiones en los animales inyectados.

Los estreptococos han sido obtenidos de los tejidos o ganglios vecinos a los órganos enfermos en las operaciones, y se ha notado poca virulencia en los estreptococos de origen de una apendicitis, mayor en los provenientes de una úlcera de estómago y superior aún en los extraí-

dos de una colecistitis. Esto y lo anteriormente dicho son motivo, de la frecuencia notada en producir los bacterios de una colecistitis otra colecistitis, o los de una colecistitis una pancreatitis, o los de una úlcera de estómago una pancreatitis, etc., y vienen a demostrar la mayor gravedad en síntomas y en frecuencia de las peritonitis mortales post-operatorias en las pancreatitis, colecistitis y úlceras de estómago perforadas que en las complicaciones apendiculares, debido entonces más a la virulencia mayor del agente infeccioso en aquellas, que al hecho de estar situados sobre distintas porciones de la cavidad peritoneal, como hasta ahora se decía, sin algún fundamento.

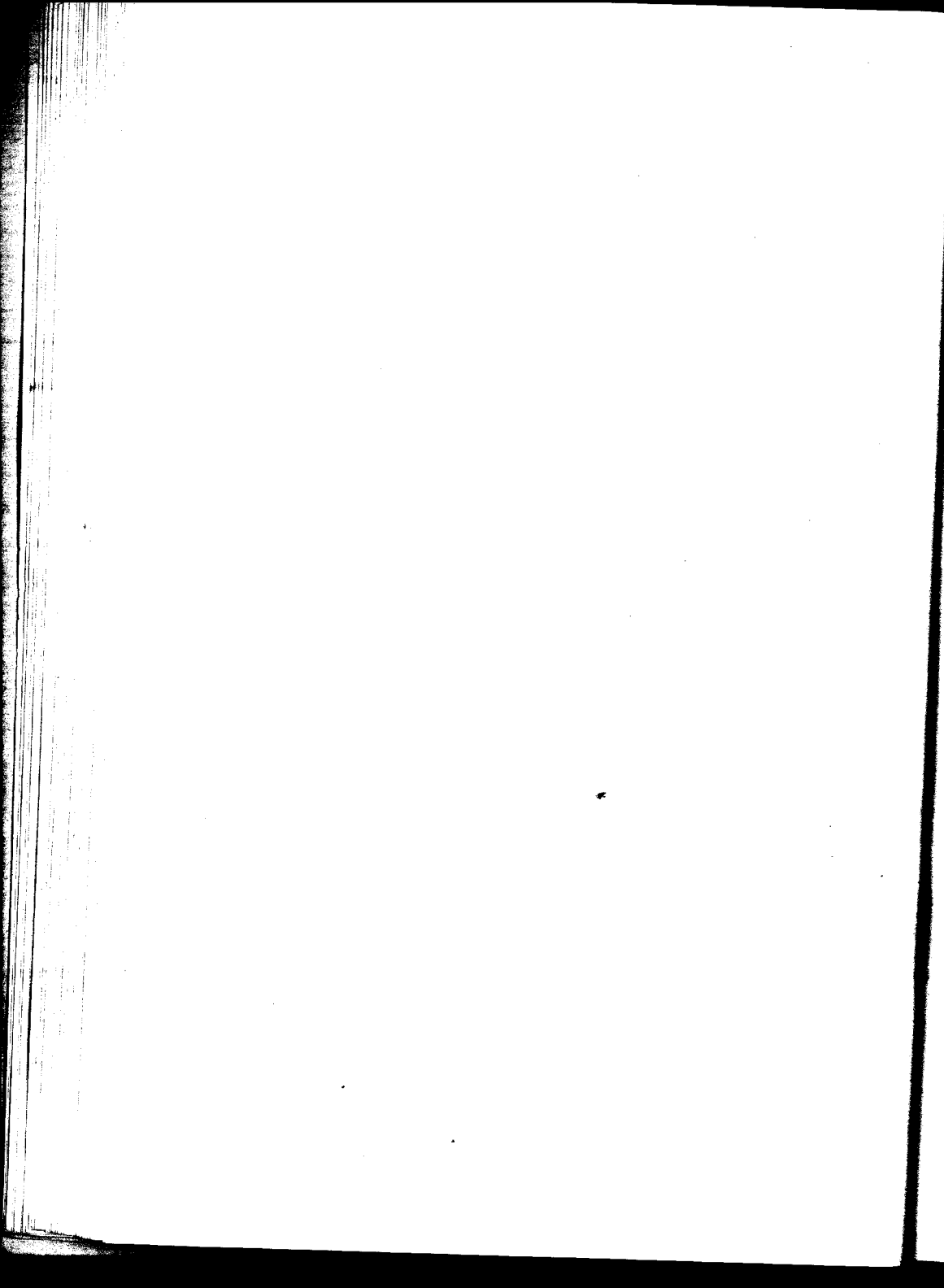
Rosenow, concluye diciendo, que en las apendicitis, úlcera de estómago y duodeno y colecistitis, existe como origen, un foco distante de infección a localización variada (amigdalitis, piorrea alveolar, etc.) de donde parten embolias infecciosas de estreptococos u otros bacterios, teniendo afinidad electiva por determinados órganos y que la presencia de más enfermedades en el mismo individuo, es debido a esta causa y no como se creía hasta ahora en la infección por continuidad o por vía linfática.

En apoyo de esta tesis está el hecho práctico de la comunicación de Rosenow y Stella Dunlap de una epidemia de apendicitis y parotiditis en el Culvear Military Academy de Indiana, ocurrida del 21 de Febrero al 5 de Marzo de 1915.

En un período de 12 días ocurrieron 8 casos de apen-

dicitis aguda, 2 en el mismo día, comenzando en dos cadetes con parotiditis y siguiendo esta afección a 5 de las apendicitis. Las investigaciones realizadas demostraron la presencia de estreptococos en la mucosa del corte histológico del apéndice.

Hasta aquí lo nuevo de la teoría, en cuanto ve como entidad primordial de la colecistitis (al revés de lo que se creía antes que la litiasis la precedía) por infección sanguínea y consecutivamente la formación de cálculos ya sea por que enferma la pared vesicular su secreción es modificada, o porque los mismos microbios segregados, sirven de núcleos para su constitución, etc., etc.



DIAGNÓSTICO

No voy a tratar este punto con la amplitud que puede hacerlo suponer el título. Me voy a concretar a dar a conocer lo nuevo que en este capítulo existe en la materia, para evitar repeticiones, muy bien tratadas en obras clásicas al alcance de todos o sabidas por muchos, y que ocupando lugar aquí, tendrían el inconveniente de hacer demasiado larga esta Tesis. Por el mismo motivo he dejado de lado la Sintomatología, pues insisto en que mi principal objeto es tratar lo más nuevo y sobre ella, casi nada se ha agregado en los últimos tiempos.

Entre los trastornos producidos por la litiasis biliar y colecistitis en su reflejo gástrico, entra el diagnóstico diferencial con ciertas afecciones propias del estómago, que pueden simular perfectamente los síntomas propios de la litiasis. De ahí pues, que tratemos en este capítulo de estudiar ciertos síntomas o más bien síndromes vesiculares

haciendo el diagnóstico diferencial con algunas afecciones del abdomen que pueden simular.

Existe un síndrome en la litiasis, propio según los estudios recientes, de la infección vesicular, tratado especialmente por Hendon, que se caracteriza por el dolor epigástrico o estomacal (5.^a historia clínica de esta tesis) con hiperclorhidria manifiesta, ardores tardíos en relación a las comidas, regurgitaciones ácidas, etc., sin encontrar otros síntomas de litiasis y que se confunde siempre con la simple hiperclorhidria o la úlcera gástrica, aún por los clínicos más expertos, a no ser que se piense en este síndrome hiperclorhídrico de la litiasis, pudiendo ayudarse el médico para su diagnóstico con la radioscopia seriada que en el caso de úlcera de estómago o duodeno es característica, siendo negativa en la afección que nos ocupa; además la constatación del dolor en el punto vesicular más hacia afuera que el de piloro y duodeno debe ser investigado en la posición de pié de la enferma, pues es la forma de encontrarlo siempre cuando existe y no aparece en el decubito dorsal.

Por fin los otros síntomas y signos que a la hiperclorhidria y úlcera gástrica se refieren, harán que buscándolos por la clínica y el laboratorio, en caso de ser negativos, apoyen el diagnóstico de litiasis biliar.

En lo que el diagnóstico diferencial con las afecciones gástricas se refiere, hay otro síndrome en la litiasis, que podremos titular de embarazo gástrico, también observado por nosotros, y que ha sido descrito por Hendon.

Simula una verdadera indigestión aguda (el embarazo gástrico de los antiguos), náuseas, vómitos con o sin diarrea, lengua saburral, pesadéz de estómago, más que dolor, que sobreviene generalmente después de las comidas, principalmente a la noche y que los enfermos atribuyen a una indigestión, tratándola como tal, llegando a ser confundido también por el médico, pues cuando tenemos que hacer el diagnóstico diferencial, los otros signos y síntomas de la litiasis no existen, no habiendo tampoco antecedentes en el enfermo para guiarnos. Puede diferenciarse del embarazo gástrico en que los ataques de origen vesicular se repiten con frecuencia y sin causa ocasional, lo que obliga al médico en estos casos, a buscar con prolijidad por la palpación el punto doloroso vesicular y otros signos de la litiasis, pudiendo a llegar a ser el tratamiento médico, en último caso, una ayuda en el diagnóstico, al no modificar con él, el supuesto embarazo gástrico.

Otros de los diagnósticos diferenciales que es necesario hacer, pues simulan los síntomas de la litiasis, son con la apendicitis aguda, la infección urinaria ascendente, la pielitis, las ptosis renales complicadas (uronefrosis, pionefrosis), etc.

Con la apendicitis se confunde muy a menudo, pudiendo predominar los síntomas de aquella o estar reunidos, los de las dos infecciones, cuando se encuentran ambas en el mismo sujeto, o tener síntomas apendiculares la colelitiasis, sin existir apendicitis.

El dolor localizado hacia el punto de M. Burney, la repercusión gástrica, propia también de la apendicitis, los dolores de estómago, los vómitos, la fiebre, el timpanismo abdominal, etc., pueden hacer caer en error; pero cuando la afección apendicular no existe, la evolución posterior de la afección, los ataques repetidos y el dolor sobre todo que se va haciendo vesicular sabiéndolo buscar, harán que el diagnóstico de colelitiasis, se haga fácilmente, si se piensa en ella.

Esto sirve de indicación al cirujano para investigar sistemáticamente el apéndice, al tratar la colelitiasis, y la vesícula al operar la apendicitis.

Con la pielitis, Murphy ha hecho un estudio bien documentado en los anales de su clínica (1).

En estos casos, en que se confunde con las infecciones urinarias, se presenta la litiasis con ataques dolorosos repetidos sobre el lado derecho del abdomen, sin existir ictericia, sin un dolor tan intenso que requiera una inyección hipodérmica, con frecuencia de micciones noche y día, con gran dolor antes y después de la micción, resistencia a veces de la pared, vómitos, etc., que pueden hacer pensar en una afección renal, produciéndose en los casos de colelitiasis con ptosis hepática, en que el hígado sufre un movimiento de descenso y torsión a derecha existiendo además pericolecistitis.

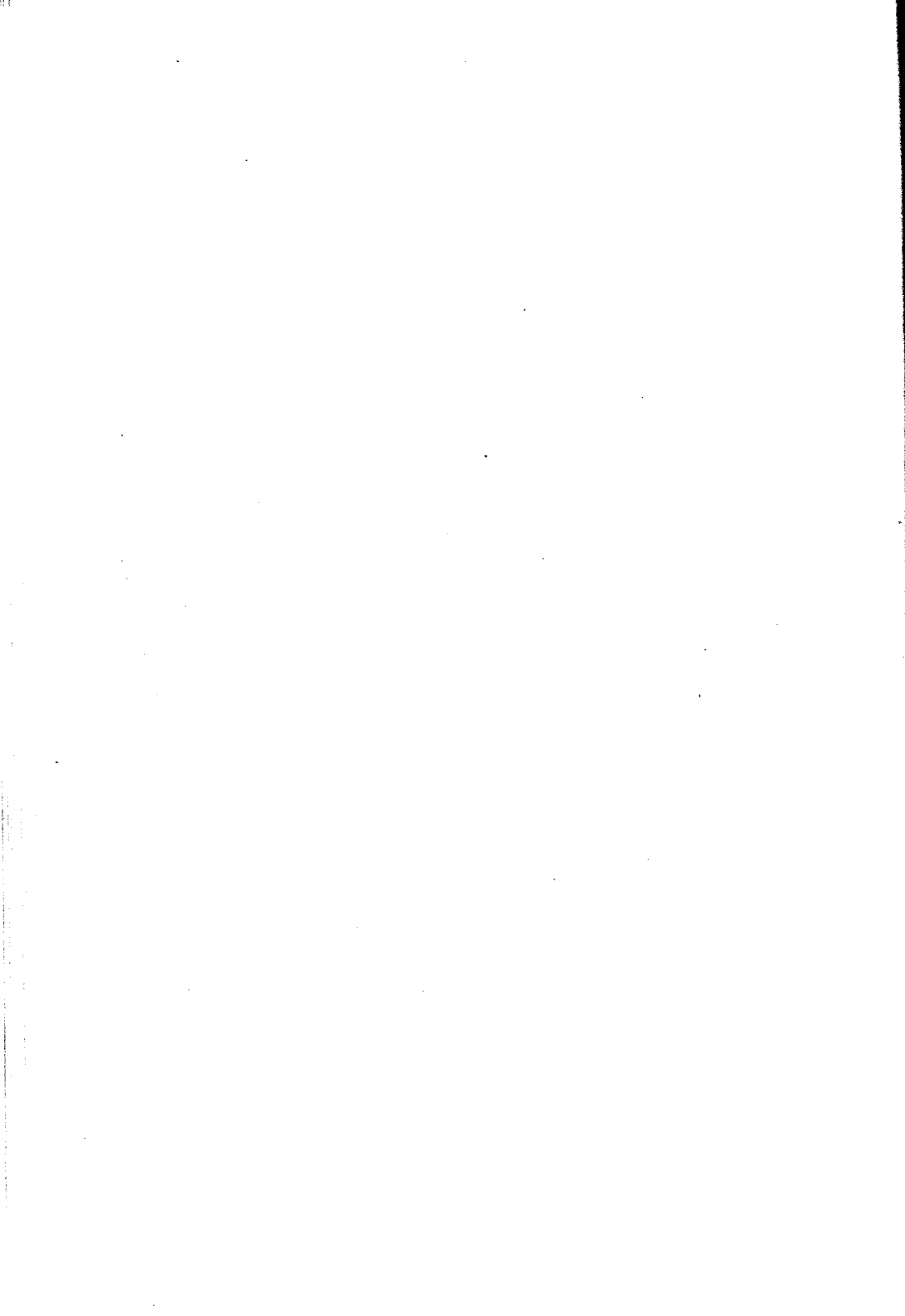
Los síntomas urinarios son reflejos en estos casos. La

(1) The Clinics of John Murphy. Diciembre de 1914, pág. 1303, y Junio de 1914, pág. 452.

ausencia del dolor a la presión en la región renal dorsal, la ausencia de piuria, el examen citoscópico negativo y, por otro lado, el dolor vesicular permanente, aun fuera del ataque, como la palpación bien llevada, dolores reflejos dorsales, escapulares de Frerichs, etc., ayudarán al diagnóstico.

Más difícil será interpretarlo en la faz aguda de una torsión renal, teniendo el hígado en las condiciones indicadas más arriba.

El síndrome clásico del cólico hepático, por todos conocido, pues es el último de todos los síntomas de la colelitiasis, no ofrece lugar a duda en lo que al diagnóstico se refiere, no necesitando por lo tanto insistir en él, pues, no se confunde con ninguna otra afección, o si puede confundirse está ya bien agotado el tema e incurriríamos en repeticiones, lo que no es el objeto de esta tesis.



INDICACIONES OPERATORIAS

En la cirugía de las vías biliares, principalmente en la de la colelitiasis, quiero repetir, no se puede ser exclusivista, ni decidirse por una operación determinada, inducido simplemente por simpatía a ella.

Debemos ser eclécticos, saber aplicar una u otra según los casos pues conviene no olvidar que cada una tiene sus indicaciones y como comprobación a lo que digo, está toda la bibliografía moderna de estos últimos años, en la que vemos a los autores dividirse en dos grupos si se quiere, con predilección cada uno por una u otra de las operaciones más usuales, pero desconociendo la mayoría los exclusivismos y haciendo resaltar todos, que según los casos debe ser el método a seguir.

Zimmermann (1) recomienda la colecistostomía cuando hay cálculos sin alteración mayor de la vesícula, refi-

(1) B. Z. Zimmermann. S. J. and O. Junio de 1916, pág. 606.

riéndose a las estadísticas de los hermanos Mayo que dan el 90 % de curaciones en estos casos.

La colecistectomía, según él, está indicada, cuando hay alteración manifiesta de la vesícula, en caso de vesícula frutilla y en caso de colecistitis complicada con cálculos, marcando bien, que no debe hacerse la colecistectomía, en casos agudos de colecistitis, ya sea con o sin cálculos.

Lund (1) opina que se debe optar por la colecistostomía en los casos en que se requiera un fácil drenaje, por ser la bilis séptica, o existir estreches de colédoco, pancreatitis o ictericia y que se debe preferir la colecistectomía cuando hay inflamación aguda o gangrena de la vesícula, debido a un cálculo enclavado en el colédoco.

2.º En caso de inflamación crónica con espesamiento y retracción de la vesícula.

3.º Por hidropesía de la vesícula con líquido claro debido a la obstrucción del cístico.

4.º Cuando se sospeche una afección maligna.

5.º En colecistitis crónicas sin cálculos con ulceraciones, y en las llamadas vesículas en frutilla.

6.º En colecistitis crónicas sin cálculos pero con adherencias a los órganos vecinos.

Collins (2) publica sus conclusiones de 196 casos recogidos de cartas enviadas a enfermos operados, 147 de

(1) Lund B. Colecistostomía y colecistectomía. Boston, M. y S. J. 1916, CLXXIV, 909. Resumen en S. G. and O. 1909, pág. 556.

(2) Collins C. U. Indications for Cholecystectomy and Cholecystostomy. S. G. and O. Julio de 1916, pág. 37.

colecistostomía, contestaron 74, diciendo, que no han sentido ningún malestar después de operados y que siguen perfectamente; 15 dicen sufrir algunos trastornos del lado de la vesícula o estómago y 13 teniendo dolores en estos mismos órganos, lo que hace que Collins llegue a las siguientes conclusiones:

1.º Que la presencia o ausencia de cálculos no debe decidir a sacar o dejar la vesícula, que esto depende del estado de infección.

2.º Que en toda infección vesicular, el método de elección es la colecistectomía.

3.º Que la localización del cálculo, un reciente ataque de ictericia, o una posible pancreatitis pueden ser factores en la decisión operatoria indicando la conveniencia de drenar la vesícula, por lo menos temporalmente.

4.º Que una inflamación aguda en la vesícula, evidenciada por síntomas clínicos, debe decidir a drenarla, llegando solo a la colecistectomía después que los síntomas agudos hayan pasado.

5.º Que la pequeña proporción de vesícula con cálculos, sin infección, deben ser drenadas.

6.º Que el estado general del enfermo puede inducir a simples colecistostomías, proceder que es el más prudente, hasta que las condiciones del paciente mejoren.

7.º Que la historia es, no solo el mejor elemento para hacer el diagnóstico, sino que también tiene gran importancia para decidir sobre la cuestión de dejar o sacar la vesícula; si la historia muestra síntomas persistentes,

indicando una infección crónica, se debe proceder a efectuar una colecistectomía.

Mapes (1), piensa, con un criterio absoluto, que no hay tratamiento médico de la litiasis y que ningún medicamento produce la desaparición del cálculo. El mejor resultado, según él, se obtiene con la colecistostomía, la colelitotomía y el drenaje temporario. Cree que la colecistectomía es ilógica e injustificada, excepto, cuando el cálculo está dañando, y la afección demostrando un carácter maligno.

Los hermanos Mayo en una de las estadísticas más grandes del mundo, presentan 2493 colecistectomías y 2854 colecistostomías hechas en el transcurso de los años 1907 a 1916 y al comentarlas ellos mismos con detalle, se ve que han ido dejando la colecistostomía a medida que la etiología y la patogenia de la colelitiasis iba adelantando y se basan en la infección o nó de la vesícula (tenga o nó cálculos) para decidirse por una u otra operación.

Un gran porcentaje de enfermos sin infección pueden ser curados, según ellos, con el drenaje de la vesícula; pero cuando la infección existe, con ganglios alrededor del cístico y colédoco, haya o nó cálculos en la vesícula, la colecistectomía, se impone, junto con la extirpación de esos ganglios.

Indican también las colecistectomías en las vesículas

(1) Mapes C. C.—An certaintres of understanding about Choletithiase. An. & Surg. 1916.—XXX—54.—Resumen en S. J. and Julio 1916, pág. 37.

en frutilla, pues observan que en estos enfermos, extirpados los cálculos y drenada la vesícula, los síntomas reaparecen cuando cesa el drenaje.

Carlos Mayo es partidario, además de la colecistectomía, apoyándose en los casos de cáncer consecutivo a litiasis. Presenta con este motivo una estadística de 2940 colecistectomías, en los que encontró 130 papilomas de la vesícula biliar, evidenciando con ésto, el temor de que la vesícula litíásica, dé origen, a aquella enfermedad. Agrega Mayo, que el 85 % de los cánceres del hígado son secundarios y que el resto o sea el 15 % son primarios y tienen evidentemente su origen en la vesícula biliar litíásica.

Los hermanos Mayo dan gran importancia a los síntomas gástricos que indican para ellos, haya o nó cálculos, la infección vesicular. La persistencia de los síntomas reflejos gástricos, después de la colecistostomía, demuestran que la vesícula debió ser sacada.

Del estudio hecho de todos sus casos, presentan el siguiente cuadro, mostrando la mortalidad relativa con la colecistectomía y la colecistostomía.

COLECISTECTOMÍAS					COLECISTOSTOMÍAS			
Años	Total operaciones	Cáncer	Muerte	Porcentaje de muertes	Total operaciones	Cáncer	Muerte	Porcentaje de muertes
1907 a								
1909	304	—	4	1,3	1.085	—	15	1,4
1910	211	2	—	—	426	2	7	1,7
1911	100	2	3	3,0	481	2	4	0,8
1912	211	7	4	1,9	427	1	3	0,7
1913	261	2	5	1,9	204	3	10	4,9
1914	817	—	5	0,6	157	—	4	2,5
1915	689	—	11	1,6	74	—	1	1,4
TOTALES...	2.493	13	32	1,3	2.854	8	44	1,5

Por este cuadro se ve que la mortalidad por colecistectomías es menor al presente que por colecistostomías, contrariamente a lo que se creía hasta ahora.

Por último los Mayo en una serie de encuestas hechas a los enfermos colecistostomizados, de estos últimos años, 242 contestaron, mostrando que el 53 % de estos enfermos están curados; 38 % mejorados y 9 % estacionarios.

De los pacientes curados (129) el 49 % tenían cálculos, 11 % cálculos y empiema, 18 % cálculos y colecistitis y 22 % colecistitis.

En las series de enfermos operados por la colecistectomía, 219 contestaron mostrando que el 71 % estaba curado, 22 % mejorado y el 7 % estacionario.

De los enfermos mejorados el 57 % tenían cálculos y colecistitis y 43 % colecistitis solamente.

De las observaciones recogidas en el servicio del pro-

fesor Bazterrica y siguiendo su experiencia de largos años, vemos que comenzó a efectuar la colecistectomía con drenaje del hepático según el procedimiento de Kehr, obteniendo un gran número de curaciones, pero también complicaciones consecutivas, (eventraciones y adherencias dolorosas) debidas al gran drenaje necesario, lo que ha hecho que muchos de estos enfermos hayan sido reoperados.

Siguiendo los adelantos de esta rama de la cirugía, el profesor Bazterrica ha ido modificando su manera de pensar para hacer hoy eclético con las ideas que nosotros mencionamos en este trabajo, haciendo colecistostomías o colecistectomías según las indicaciones que del caso se desprendan.

De las observaciones recogidas en su servicio de ginecología y cirugía abdominal del Hospital de Clínicas, podemos hoy concluir, sin poderlo asegurar de una manera absoluta, pues estos estudios se están complementando en la actualidad, de que existen dos tipos de litiasis, la coles-terinémica y la infecciosa, pudiendo algunas veces encontrarse ambas reunidas. Cada una de ellas tiene para nosotros caracteres especiales que se evidencian en el estado de la vesícula, de los cálculos y de la bilis. La coles-terinémica, con el pequeño cálculo muriforme múltiple, a vesícula libre, sin signos de infección, con bilis siruposa, etcétera, casos para los que se indica en dicho servicio hacer la colecistostomía.

La variedad infecciosa con vesícula adherente, espesada, retraída, pudiendo encontrarse también la «vesícula

en frutilla» con cálculos múltiples, facetados de superficie lisa, sumamente duros, en que no se observa bilis en la vesícula, sino un líquido *mucoide* espeso y muchas veces pus, para los que en la misma escuela, se indica la colecistectomía.

CONCLUSIONES

I. La colecistitis es una enfermedad infecciosa de la vesícula. Los bacterios están en las paredes de ella.

II. El factor etrológico puede ser un pequeño foco primario de infección en la boca, amígdalas, etc.

III. La infección se hace la mayoría de las veces por vía sanguínea.

IV. La infección puede ser benigna, aguda, crónica ó latente.

V. La infección puede dar lugar a peritonitis localizada, causando adherencias a los órganos vecinos.

VI. Los síntomas gástricos en la colelitiasis son el índice de la infección, y son producidos por ellos.

VII. Los cálculos pueden producirse por hipercolesterinemia o por infección.

VIII. Puede existir colecistitis con trastornos gástricos sin cálculos.

IX. La colecistostomía dá un gran porcentaje de curas, solamente cuando la infección no existe o ha desaparecido.

X. La colecistectomía, dá un gran porcentaje de curaciones y debe realizarse siempre que se sospeche enferma la pared vesicular, existan o no cálculos.

XI. Para nosotros existen dos variedades de litiasis, la colesterinémica y la infecciosa, teniendo cada una su indicación operatoria, pudiendo existir solas o estar combinadas.

ANTONIO R. ARIAS.

OBSERVACIONES CLINICAS

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS.—SALA X

SERVICIO DEL PROFESOR DOCTOR ENRIQUE BAZTERRICA



Observación I

Colecistitis — Litiasis Biliar

TRATAMIENTO

Colecistectomía. Drenaje. Hospital Nacional de Clínicas. Sala 10, cama 45.

S. C. entró el 27 de Diciembre de 1916, rusa, 38 años. casada.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sin importancia. Ha tenido 8 hijos y un aborto de 8 meses.

Enfermedad actual.—Hace cinco semanas sufrió un fuerte dolor en el hipocondrio derecho que se irradiaba al hombro y cintura. Estos ataques se repitieron sin otra sintomatología y con menos intensidad.

Resuelve entrar al hospital.

Estado actual.—Examen general, normal. Abdomen de multipara, notándose a la inspección un ligero relieve que ocupa el hipocondrio derecho y flanco del mismo lado. No

hay cambio de coloración de la piel ni venas. La palpación nos da un tumor que ocupa el hipocondrio derecho y se extiende hasta la vecindad de la fosa iliaca del mismo lado y en el límite del epigastrio del lado interno; el tumor es de superficie lisa, pelotea fácilmente a la palpación bimanual, es poco doloroso, sin bordes netos, con una escotadura en su porción inferior derecha, doliendo principalmente en este punto, donde el tumor toma mayor consistencia, movable con la respiración.

El hígado se encuentra ptosado, habiendo descendido su límite superior hasta la 7.^a costilla. En el resto del abdomen no hay nada de particular.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Fecha, 25 de Enero de 1917.—Anestesia Eter.—Operador. Dr. Carlos Alberto Castaño.

Incisión de Mayo Robson.

Se abre el peritoneo, encontrándose un proceso de pericolecistitis, habiendo adherencias vesiculares en el estómago, el duodeno y el colon. Se desprenden las adherencias y se aísla la vesícula que está retraída conteniendo un gran cálculo del tamaño de una nuez y sin bilis.

Se hace una colecistectomía retrógrada por el procedimiento de Moynihan-Mayo. Se deja un tubo y gasa en el trayecto y se ponen dos puntos de peritonización en el lecho del hígado, donde estaba la vesícula.

Se cierra el vientre en tres planos.

Al día siguiente comienza a salir bilis por el drenaje. La enferma tiene disnea, fiebre, pulso frecuente y filiforme.

Sin vómitos, la enferma mueve el vientre en forma diarreica. Se le hace: suero, adrenalina, aceite alcanforado, caféina, ventosas.

Salió curada: 12-3-1917.

Observación II

Colecistitis—Pericolecistitis—Litiasis biliar

TRATAMIENTO

Colecistectomía. Procedimiento de Moynihan. Drenaje abdominal. Hospital Nacional de Clínicas. Sala 10, cama 16.

J. G. entró el 22 de Marzo de 1917, argentina, de 40 años, casada.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia. Tuvo 10 hijos y 2 abortos.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Desde hace 10 años, la enferma sufre ataques de dolor al hipocondrio derecho, más intensos después de las comidas. Los dolores se acompañan de fiebre y de coloración amarilla de piel y conjuntivas. Ahora, los ataques se repiten cada 10 o 15 días.

Estado actual.—Todo normal, a no ser: pulso pequeño, igual, regular e hipotenso. Abdomen. Paredes de mul-

típica. Dolor en el punto vesicular a la palpación. No se palpa vesícula, pero sí hígado, liso.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Fecha, 1.º de Abril de 1917.—Anestesia, Eter. Operador, Dr. Carlos Alberto Castaño.

Técnica operatoria.—Incisión de Bevan. Colectectomía. Procedimiento retrógrado de Moynihan, haciendo dos ligaduras previas en el cístico, extirpación de la vesícula y disección de un pequeño colgajo peritoneal para cubrir el lecho vesicular. Se ponen unos puntos separados en ese lecho. Drenaje con tubo de goma, rodeado de gasa. Sutura de la pared en tres planos.

Exploración.—Vesícula retraída, engrosada, con muchas adherencias al colon y duodeno.

Contenido vesicular: 4 cálculos grandes.

Salió el 24 de Abril, curada.

Observación III

Colecistitis

TRATAMIENTO

Colecistectomía.—Drenaje.—Hospital Nacional de Clínicas.—Sala 10, cama 40.

M. G., entró el 24 de Marzo de 1917, argentina de 28 años, casada.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión.—Nada anormal. Tuvo 4 hijos y un aborto de 3 meses.

Enfermedad actual.—Desde hace 2 meses tuvo fuertes ataques de dolores en el epigástrico acompañado de vómitos y de coloración amarilla la piel y mucosas.

Sus materias fecales eran decoloradas.

Estado actual.—Normal en general.

Abomen.—Su exámen muestra un vientre de multipara. de coloración oscura en varias partes. A la palpación existe cuerda y sensibilidad cólica. A la altura de la ve-

sícula biliar la sensibilidad es mayor, se palpa y se percuten los bordes del hígado en sus límites normales, aunque un poco descendido su borde inferior.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Fecha 26 de Marzo de 1917.—Anestesia Eter.—Operador Dr. Carlos Alberto Castaño.

Incisión de Bevan.—Se llega al hígado, encontrándose descendido con una vesícula retraída, engrosada, dolorosa, con adherencias al colon, al duodeno y epiplón. Se libera de ellas y procédese a hacer una colecistectomía retrógrada (Procedimiento Moynihan) haciendo dos ligaduras en el pedículo del cístico y de la arteria cística y resecaando la vesícula.

Se ponen unos puntos separados en el lecho de la vesícula, y se deja un drenaje.

Se cierra el vientre en 3 planos.

Sale dada de alta, curada el 23 de Abril.

Observación IV

Colecistitis y pericolecistitis—Litiasis biliar, Cálculos múltiples—Uno enclavado en el cístico

TRATAMIENTO

Colecistectomía retrogada. — Drenaje. — Hospital Nacional de Clínicas.—Sala 10, cama N.º 29.

M. B., entró el 25 de Abril de 1917, italiana de 41 años, casada.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión.

Se casó a los 18 años.—Tuvo 10 hijos y 2 abortos.

Enfermedad actual.—Tuvo 3 meses antes de entrar al servicio, diarreas copiosas y repetidas con materias muy verdes.

Coincide con ellas un dolor en el epigástrico que se irradiaba hacia el vacío derecho.

Fueron dos los ataques similares que no se repitieron

y la enferma entra al servicio, pues se palpa un tumorcito en la región cística.

Estado actual.—Al exámen completo no hay nada de anormal a no ser un tinte subictérico de las conjuntivas y el estado de su abdomen que paso a relatar.

Abdomen.—Depresible, con numerosas grietas, regular panículo adiposo, no hay venas ni tumor visible.

La palpación revela la presencia de un punto doloroso, al nivel de la vesícula biliar y profundizándola hay allí un tumor doloroso también, de superficie lisa, duro, con bordes laterales bien netos, sobrepasando unos 3 traveses de dedo al reborde costal, muy movable con la respiración que se continua con el hígado. Se palpa el borde de este que sobrepasa de un dedo al reborde costal.

El tumor es mate a la percusión y forma una lengüeta. El límite superior del hígado llega a la quinta costilla.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Fecha, 28 de Abril de 1917.—Anestesia éter. Operador Dr. Carlos Alberto Castaño.

Incisión de Bevan. Se encuentra el epiplón, el colon y parte de la porción duodenal adheridas intimamente a la vesícula biliar, que está grande, engrosada y llena de cálculos. El hígado forma una lengüeta, por encima de ella (lóbulo de Riedel). Se desprenden todas las adherencias y se procede a hacer una colecistectomía retrogada, poniendo dos ligaduras, en el cístico y en la arteria; se di-

seca la vesícula en parte a dedo y en parte a tijera, teniendo que desprender fuertes adherencias con el hígado.

Se ponen puntos separados de hemostasia y peritonización y se deja un tubo envuelto en gasa en el lecho vesicular.

Se cierra el vientre en tres planos. Adrenalina, suero.

Hubo bilirragia a las 48 horas.

Salió curada el 29 de Mayo de 1917.

Observación V

Colecistitis.—Pequeños cálculos y embarazo

TRATAMIENTO

Colecistectomía retrogada. Procedimiento Moynihan.
Drenaje.

Hospital Nacional de Clinicas. Sala X, cama n.º 1.

T. C., entró el 8 de Mayo de 1917, italiana, de 32 años, casada.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión, nada de importancia hasta los 23 años que tuvo 2 ataques que se caracterizaban por dolor a localización epigástrica, vómitos biliosos que desaparecían rápidamente y parece que hubo un poco de ictericia. A los 24 años se casó, tuvo 4 hijos y 2 abortos. Casada, se repitieron los dolores con intermitencia, agravándose durante los embarazos.

Enfermedad actual.—Desde hace un año los ataques

son más seguidos y más intensos y prolongados. El dolor epigástrico se irradia hacia el espacio interescapular.

Los dolores se acompañan de chuchos y fiebre. Hace un mes empieza a sentir ardores de estómago que comienzan inmediatamente después de la comida y pasan a las dos horas. Desde su embarazo que data de dos meses está constipada.

Estado actual.—Nada de particular a no ser en su abdomen.

Abdomen.—De múltipara, de paredes depresibles con numerosas grietas. No se nota tensión visible ni cambios de coloración de la piel.

A la palpación existe dolor en el punto vesicular donde se nota una ligera resistencia y colocando a la enferma en ligero decúbito lateral izquierdo, se llega a percibir, el hígado que forma una fina lengüeta al nivel de la vesícula, movable con los movimientos respiratorios. Límite superior del hígado sobre la quinta costilla. Colon sensible al nivel del ciego y parte de su porción ascendente. La presión en este punto produce el reflejo epigástrico.

Organos genitales.—Se constata el útero ocupado por un embarazo de dos meses.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Fecha 10 de Mayo de 1917.—Anestesia Eter. Operador: Dr. Carlos Alberto Castaño.

Laparotomía. Incisión de Bevan. Abierto el vientre se

encuentra una vesícula con adherencias profusas en su porción cística. Se desprenden todas. En su parte interior hay pequeños calculitos. Bilis siruposa. Se hace una colecistectomía por el procedimiento de Moynihan retrograda. Doble ligadura en el cístico. Se pone un solo punto en el lecho vesicular, por no poderse exteriorizar el hígado.

Se deja drenaje de tubo y gasa.

Se cierra el vientre en tres planos.

Salió curada el 18 de Junio de 1917.

Observación VI

Colecistitis—Síndrome adiposo genital Litiasis biliar

TRATAMIENTO

Colecistostomía. Opoterapia. Hospital Nacional de Clínicas. Sala 10, cama n.º 45.

M. de M., entró el 10 de Septiembre de 1916, italiana, de 26 años, casada.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Comenzó a reglar a los 15 años solo una vez y en pequeña cantidad; desde entonces no se le ha repetido. No tiene hijos ni abortos.

Enfermedad actual.—Desde hace 6 meses la enferma se queja de dolores al estómago que comienzan después de las comidas. Van acompañados de vómitos alimenticios;

después de éstos le vienen ardores, además del dolor que persiste.

Casi todos los días la enferma acusa un dolorcito sordo, pero sus ataques se repiten cada 3 días. Desde hace 10 la enferma se queja de tener fuertes dolores en la región hepática que se irradian a la cintura y hombro correspondiente.

Nunca se puso amarilla.

Estado actual.—Mujer de aspecto infantil, con tinte sub-ictérico de piel y conjuntivas.

Abdomen.—Con gran panículo adiposo, color normal, no hay venas; sumamente dificultosa la palpación nos da en el hipocondrio derecho un punto doloroso al nivel vesicular con resistencia marcada. Se palpa el hígado que sobrepasa dos traveses de dedo del reborde costal.

El hígado se percuté en la quinta costilla (borde superior). Bazo normal.

Nada más de particular, a no ser en el examen genital, útero infantil: $3 \frac{1}{2}$ centímetros, da la histerometría. No se palpan anexos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Fecha 26 de Octubre de 1916.—Anestesia clorofórmica, Roth. D. Operador Dr. Carlos Alberto Castaño.

Laparotomía transrectal derecha. La vesícula se encuentra con cálculos de diferentes tamaños, se separan las adherencias, se abre, extrayendo los cálculos, algunos

blandos y pequeños, otros duros hasta el tamaño de una avellana. Se hace colecistostomía y se cierra el vientre en 3 planos.

Tomó tiroidina.

Salió el 22 de Diciembre de 1916, curada.

Observación VII

Colecistitis—Litiasis biliar—Gastritis (?)

TRATAMIENTO

Colecistostomía. Hospital Nacional de Clínicas. Sala 10, cama núm. 28.

T. R., entró el 20 de Septiembre de 1916, argentina, de 47 años, viuda.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sin importancia. Tuvo 3 hijos y 6 abortos.

Enfermedad actual. — Desde hace 5 años, la enferma se queja de su estómago. Después de las comidas, a la hora o dos horas, siente fuertes dolores al nivel de su epigastrio, vomitando todo lo que ingiere, lo que la deja aliviada. Nunca ha notado sangre en sus deposiciones. Hace un año dejó de reglar.

Estado actual.—En general, nada de particular.

Abdomen. —Ventre flácido depresible, indoloro, salvo,

en la región epigástrica, donde, a la palpación profunda, siente la enferma un dolor no muy agudo. Hay defensa. En toda su extensión, se palpa la aorta. Cuerda cólica tensa y dolorosa.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Fecha, 5 de Noviembre de 1916.—Anestesia, cloroformo. Roth. Duejer. Operador, Dr. Guardado,

Laparatomía transrectal derecha superior, exploración de todo el abdomen. Estómago grande, con paredes muy congestionadas y vasos venosos ingurgitados.

Colon libre, Duodeno normal. Vesícula biliar llena de cálculos. Se abre, se extirpan y se hace colecistostomía. Drenaje: Drenó 50 días. Tomó, desde el 4.º, 1,50 gramos de urotropina.

Salió el 23 de Diciembre de 1916, curada.

Observación VIII

Colecistitis — Cálculo único enclavado en el coledoco Hidropesía de la vesícula

TRATAMIENTO

Colecistostomía. Coledocotomía. Hospital Nacional de Clínicas. Sala 10, cama núm. 36.

M. G. de G., entró el 3 de Enero de 1917, argentina, de 32 años, casada.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sin importancia. Ha tenido 7 hijos; ningún aborto.

Enfermedad actual.—Desde hace dos años, se siente enferma con ataques de dolores del epigastrio, hipocondrio derecho y hombro del mismo lado, seguidos de vómitos biliosos, dolores que duran tres o cuatro horas, que comenzaban después de las comidas y que se repetían cada dos meses.

Últimamente, aumentaron sus molestias al estómago,

dolores, dilataciones y gases. Los ataques se fueron haciendo cada vez más seguidos, teniendo uno después de su último parto, que le trajo una ictericia intensa, que le duró dos meses, quedando con dolores permanentes en el hipocondrio derecho y en el hombro del mismo lado, ingresando en este estado al servicio.

Estado actual.—Normal, a no ser piel y mucosa con ligero tinte subictérico.

Abdomen.—De múltipara. A la palpación se nota un tumor que ocupa el hipocondrio derecho, perteneciendo al hígado, y el cual llega hasta la vecindad de la fosa ilíaca derecha, de superficie lisa movable, con la respiración, de bordes netos. Al nivel de la vesícula parece existir otro tumor renitente, libre, que se toma entre las manos, doloroso, con todos los caracteres de una vesícula hidrópica. Hígado descendido; su borde superior en la séptima costilla.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Fecha 4 de Enero de 1917.—Anestesia eter. Operador: doctor Carlos Alberto Castaño.

Incisión para rectal derecha superior. Se encuentra la vesícula sumamente distendida, hipertrófica, sin cálculos, hígado ptosado. Vesícula libre, colédoco enormemente dilatado, conteniendo un cálculo del grosor de una almendra enclavado en su porción preduodeual. Se abre el colédoco

en este punto, haciendo una coledocotomía y se saca el cálculo.

Se hace una doble línea sutura de catgut del colédoco.

Se coloca una sonda hasta que sobrepase la porción abierta del colédoco por la vesícula. Se fija ésta a la pared con 4 puntos y por fin se pone un tubo de drenaje y gasa en el vientre por debajo del hígado.

Se cierra el resto en 3 planos.

Sale curada el 22 de Febrero de 1917.

Observación IX

**Colecistitis.—Pericolecistitis.—Cálculo único
Litiasis biliar**

TRATAMIENTO

Colecistostomía.—Drenaje. Hospital Nacional de Clínica. Sala 10, cama n.º 28.

T. de R., entró el 3 de Marzo de 1917, italiana, de 38 años, casada.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sin importancia. Tuvo nueve hijos, ningún aborto.

Enfermedad actual.—Hace 15 días tuvo un fuerte dolor en el hipocóndrio derecho que se irradiaba a la cintura. Duró 8 horas y desapareció con morfina. Era acompañado de vómitos alimenticios y biliosos. No se repitieron ni se puso amarilla, pero perdió mucho peso, disminuyendo el apetito.

Estado actual.—En general su examen resulta normal. Piel ligeramente coloreada de amarillo.

Abdomen.—Con una separación en la línea media, ligera eventración, grietas, sin venas ni tumor visible.

A la palpación se nota un tumor en el hipocóndrio derecho con los caracteres del hígado, superficie lisa, consistencia igual en todas sus partes, movable con la respiración, con un borde liso que se sigue en toda su extensión.

Se palpa bien la cara superior del hígado ptosado y en la porción media forma una lengüeta o lóbulo (Riedel) al nivel del punto vesicular, donde revela dolor, no pudiéndose precisar bien la vesícula. El límite superior de hígado descendido, llega a la 6.^a costilla y descende más, cambiando la enferma de posición en decúbito lateral izquierda, y es entonces que el tumor se hace más palpable y descendente, invadiendo el flanco derecho y epigastrio.

Es mate a la percusión en toda su extensión. Todo lo demás normal.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Fecha 9 de Abril de 1917.—Operador Dr. Carlos Alberto Castaño.

Técnica. Incisión de Bevan. Incisión de la vesícula. Extirpación de un enorme cálculo. Desprendimiento de adherencias. Colectostomía, drenaje y cierre de la pared en 3 planos.

Exploración.—Hígado ptosado, con un gran lóbulo de-

recho que pasa 5 traveses de dedo, el reborde costal liso. Vesícula retraída, rodeada de fuertes adherencias al epiplón, al duodeno y al estómago.

En su interior bilis escasa y espesa y un cálculo único muriforme del tamaño de una nuez.

Dada de alta el 29 de Abril de 1917.

Curada.

Observación X

Colecistitis—Vesícula en frutilla—Cálculos múltiples pequeños—Apendicitis crónica

TRATAMIENTO

Colecistostomía y apendicectomía.—Hospital Nacional de Clínica.—Sala 10, cama N.º 1.—

C. B., entró el 12 de Mayo de 1917, argentina, de 28 años casada.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión, difteria y fiebre tífus en la infancia. Se casó a los 18 años, tuvo un aborto de 2 meses.

Enfermedad actual.—Hace 5 años se le presentaron súbitamente manchas petequiales en toda la piel, de color rojo pardo sin otro síntoma, que hasta ahora perduran. A los 5 meses de esto se le presentó un dolor epigástrico y vómitos después de las comidas, biliosos. Estos síntomas se suceden hasta ahora en que la enferma se resuelve entrar al hospital pues los paróximos dolorosos se producen cada 8 o 15 días.

Estado actual.—A su exámen todo normal, a no ser la gran cantidad de manchas parduzcas en la piel y su ab-

domen que nos dá: a la inspección nada. Palpándolo, un dolor en el punto vesicular hipocóndrio derecho, con defensa vesicular. No se palpa vesícula. Hígado algo descendido, su borde superior percutiéndose por debajo de la quinta costilla. Limite inferior se percute un dedo por debajo del reborde costal, palpándose algo su borde y cara superior.

Colon contraído totalmente.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Fecha 4 de Abril de 1917.—Anestesia Eter.—Operador Dr. Carlos Alberto Castaño.

Incisión de Bevan.—Extirpación de adherencias.—Colecistostomía.—Drenaje.—Apendicectomía, invaginación con hilo negro.

Exploración. — Vesícula grande, cubiertas de adherencias, palpándose pequeños cálculos en su interior.

Abierta la vesícula, sale una bilis siruposa, verde obscuro y pequeños cálculos del tamaño de una arveja, irregulares.

La vesícula en su interior está sumamente engrosada de tipo en frutilla, rojiza con un puntilleo amarillento, mucosa espesada y degenerada.

Se decide drenarla por el aspecto de la bilis en lugar de extirparla.

El apéndice del grosor del dedo índice y acodado, es extirpado.

Salió el 7 de Mayo de 1917. Sana.

BIBLIOGRAFÍA ⁽¹⁾

Adenot.—La cholecystite a forme d'appendicite.—Lyon Médicale 17-24 Febrero 1901.

Begouin, Bourgois, Duval. etc.—Tratado de patologia quirúrgica.

Balthazar, Claude.—Precis de Pathologie Interne.

Castaigne et Chiray.—Manuel des maladies du foie et de voie biliaires.—Paris. Mason 1910.

Cotte G.—Lithiase biliaire.

Dieulafoy.—Syndrome pancreate biliaire.—Presse Médicale Octubre, 1907.

Dieulafoy.—Pathologie Interne.

Demaria Massey H.—Tratamiento de la litiasis bililiar.—Tesis 1915.

Eiermann.—Ueber puerperale Gallensteinkolik.—Münch Med. Wochenschr.

Ebstein W. y Schwalbe J.—Tratado de Med. Clínica y terapéutica.

Ferrio L.—La diagnosi Clínica delle malattie interne. 1914.

Grocco.—Sulla pseudogastralgia da colelitiasi.—Settimana Med. dello Sperimentate. 1898, pág. 130.

(1) Además de la intercalada en algunos capitulos.

- Grasset J.*—Traité de Physiopathologie Clinique. 1915.
- Gerhardt C.*—Zur physiolischen Diagnostik der Gallenstein-
kolik.—Deutsch. Med. Wochenschr. Octubre de 1893.
- Gilbert A. et Fournier L.*—Pathogenie de la lithiase biliaire
etude bact. et experimentale.—Presse Med. 21 Mayo 1898.
- Hedblon C. A. and Cannon W. B.*—Some conditions Affect-
ing the dischanrge of Food from the Stomach.—Amer. Journ.
Med. Sci. 1909.
- Jorge J. M. (h).*—Tratamiento de la litiasis biliar. 1913.
- Mayo-Robson and Cammige.*—Gall Stones. Their complications
and treatment.—Oxford 1909.
- Mayo-Robson.*—Diseases of the Gall Bladder and Bile Ducts.
1904, pág. 876.
- Mayo W. J.*—Pancreatitis Resulting from Gall Stone Di-
sease. Journ. Amer. Med. Assoc. 1908.
- Mauclair e Inffroit.*—Diagn. radiogr. des cal biliaires.—Aca-
demie de Sciences. 21-28 Septembre 1903.
- Mohr y Stahelin.*—Medicina Interna.
- Monod Ch. y Vanverts J.*—Traité de technique Operatoire.
- Naunyn B.*—Klinik der Cholelithiasis. 1892.
- Ocampo Alberto.*—La colecistectomia sub-serosa en el trata-
miento quirúrgico de la litiasis biliar.—Tesis 1917.
- Quenu et Duval.*—Pancreatites et lithiase biliaire.—Revue
de Chirurgie. Octubre 1905.
- Schade H.*—Sulla genesi della calcolosi biliare.—Revista de
Patologia Experimental de Berlin. 1910.
- Still G. T.*—British Med. Journal. 8 de Abril de 1899.
- Tripier R. et Paviot J.*—Pathogenie peritonitique de la co-
lique hepatiche et de crises douloureusses epigastriques.—Se-
maine Med. 1903, pág. 29.
- Wullstein-Vilms Poggi.*—Trattats di Chirurgia.
- Villar et Cotte.*—De l'hydropysie intermitente de la vesicule
par obliteration du canal cystique.—Revue de Chir. Enero 1906.

Buenos Aires, Junio 15 de 1917.

Nómbrese al señor Académico Dr. Diógenes Decoud, al profesor titular Dr. Ricardo Colón y al profesor suplente Dr. Pedro J. García, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

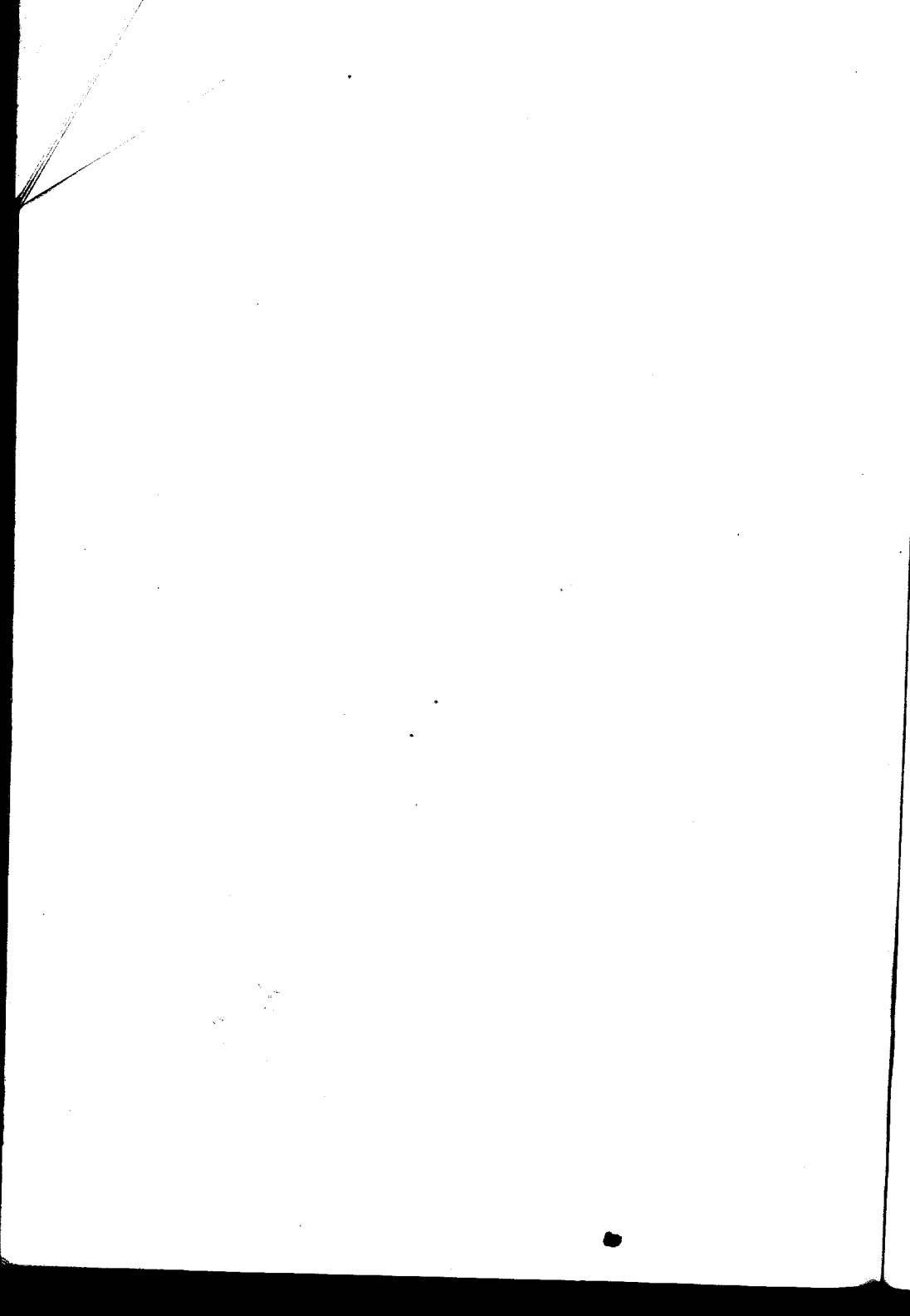
E. BAZTERRICA
J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Junio 26 de 1917.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3317 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA
P. Castro Escalada
Secretario





PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Sobre la persistencia del dolor después de la colecistectomía.

D. Decoud.

II

Criterio del autor sobre el momento operatorio y forma de la intervención en la colecistitis supurada.

R. Colon

III

Importancia del tratamiento médico post-operatorio en la litiasis biliar.

Pedro J. García.

