



mai A. 70.11
Año 1918

N. 3388

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Tratamiento de la Litiasis biliar

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALFREDO JULIANEZ

Ex-practicante menor y mayor interno de la Asistencia Pública y de los Hospitales
Municipales de Buenos Aires

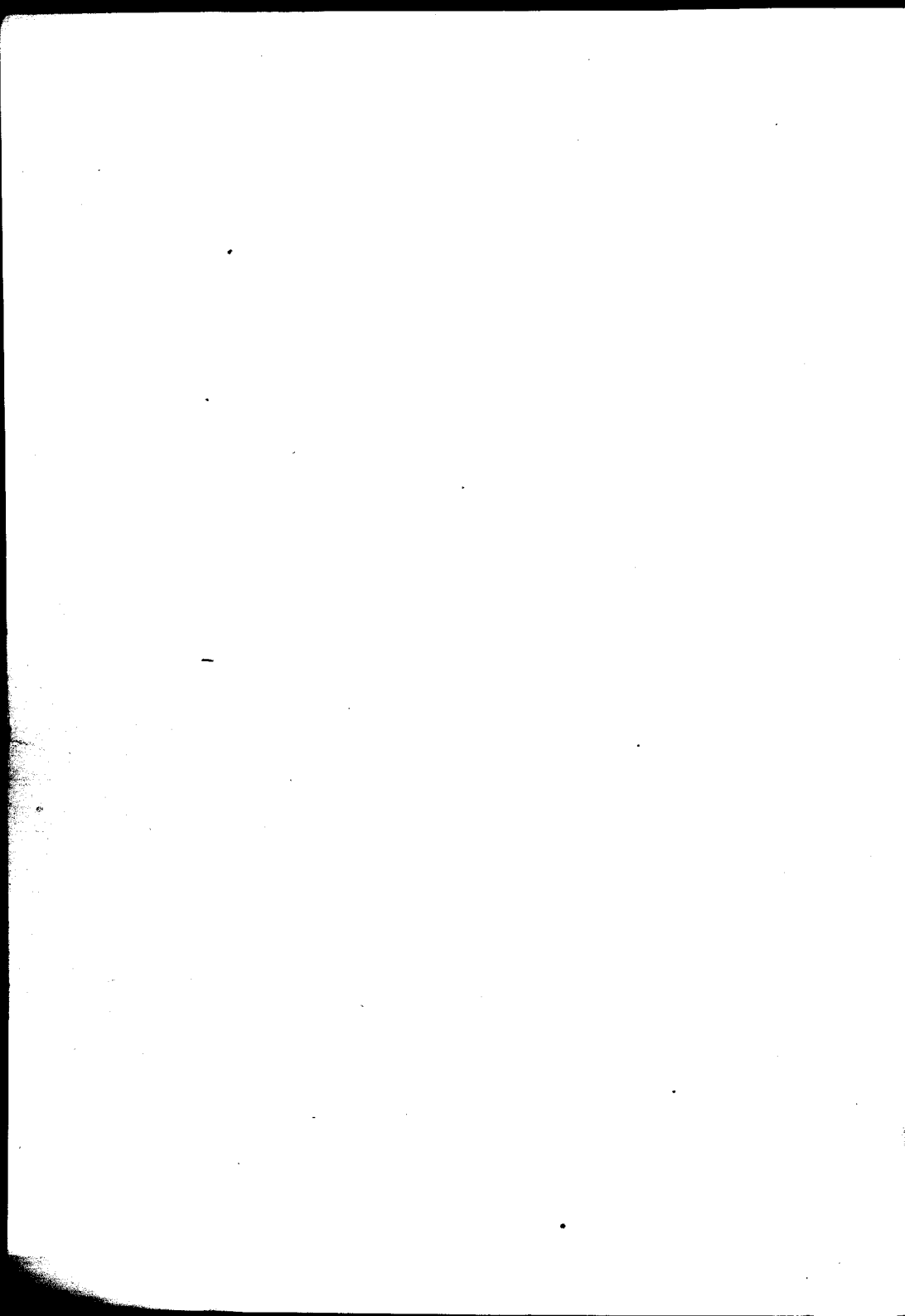


BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918

TRATAMIENTO DE LA LITIASIS BILIAR



Año 1918

N. 3388

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Tratamiento de la Litiasis biliar

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALFREDO JULIANEZ

Ex-practicante menor y mayor interno de la Asistencia Pública y de los Hospitales
Municipales de Buenos Aires



BUENOS AIRES
IMP BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151
1918

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

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros Titulares

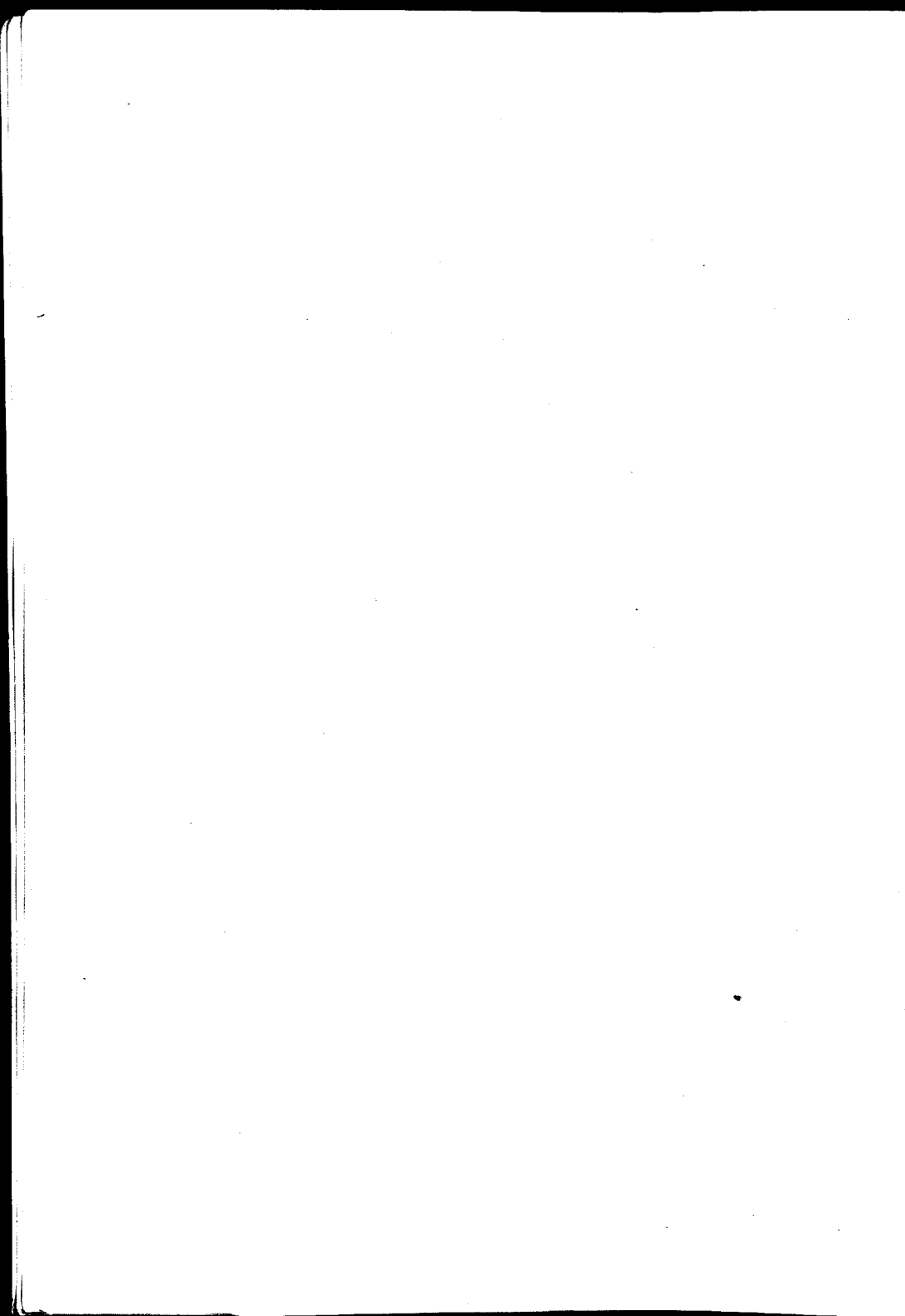
1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN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

Secretario General

Vacante

Secretario

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSEJO DIRECTIVO

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. DOMINGO CABRED

Consejeros

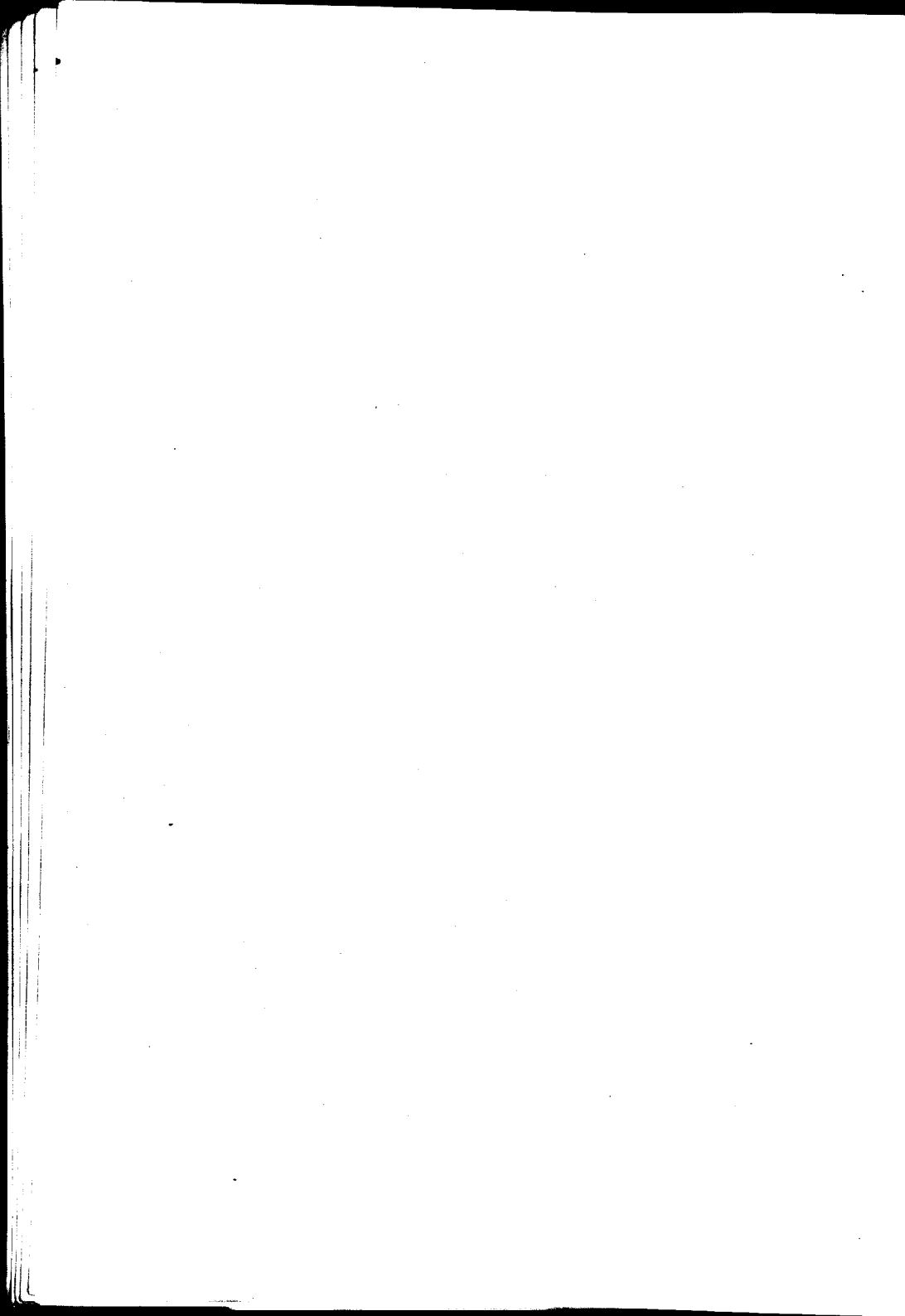
DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

- » » 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
- » » IGNACIO ALLENDE
- » » MARCELO VIÑAS
- » » 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

» TELÉMACO SUSINI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANAÑA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ANÁOZ ALFARO
	» DAVID SPERONT
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» (VACANTE)
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» (Vacante).
Clínica Génito-urinaria.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜRMES
» 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
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica.....	» RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología ».....	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALLANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Higiene Médica.....	» FELIPE A. JUSTO
Clinica Dérmato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa.....	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología Interna.....	» RICARDO COLÓN
Clinica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA
Clinica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRÚN
	» MARIANO ALURRALDE
	» ANTONIO F. PIÑERO
Clinica Pediátrica.....	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» FRANCISCO LLOBET
Clinica Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» JOSÉ T. BORDA
Clinica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» ARTURO ENRÍQUEZ
Clinica Obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clinica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Médica.....	» PATRICIO FLEMING

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Zoología médica.....
Anatomía descriptiva
Fisiología general y humana
Bacteriología.....
Química Biológica.....
Higiene Médica.....
Semiología y ejercicios clínicos
Anatomía patológica
Materia médica y terapéutica
Medicina operatoria.....
Patología externa
Clinica dermató-sifilográfica
• Génito urinaria.....
• epidemiológica.....
• oftalmológica
• oto-rino-laringológica.....
Patología interna.....
Clinica quirúrgica
• Neurológica.....
• Médica
• pediátrica
• ginecológica.....
obstétrica
Medicina legal.....
Clinica Psiquiátrica.....

Catedráticos sustitutos

DR. GUILLELMO SEEBER
• SILVIO E. PARODI
• EUGENIO GALLI
• JUAN JOSÉ CIRIO
• FRANCISCO ROPHILLE
• FRANK L. SOLER
• BERNARDO HOUSSEY
• RODOLFO RIVAROLA
• SALVADOR MAZZA
• BENJAMÍN GALARCE
• MANUEL V. CARBONELL
• CARLOS BONORINO UDAONDO
• ALFREDO VITÓN
• PEDRO J. HARDROY
• JOAQUÍN LLAMBIAS
• ANGEL H. ROFFO
• PEDRO ELIZALDE
• JOSÉ MORENO
• PEDRO CASTRO ESCALADA
• ENRIQUE PINOCCHIETTO
• FRANCISCO P. CASTRO
• CASTELFORT LEGONES
• ENRIQUE M. OLIVIERI
• ALEJANDRO CEVALLOS
• NICOLÁS V. GRECO
• PEDRO L. BALIÑA
• JOAQUÍN NIN POSADAS
• FERNANDO R. TORRES
• FRANCISCO DESTÉFANO
• ANTONINO MARCÓ DEL PONT
• DANIEL THAMM
• ADOLFO NOCETTI
• RAÚL ARGANARAZ
• JUAN DE LA CRUZ CORREA
• MARTÍN CASTRO ESCALADA
• FELIPE J. BASAVILBASO
• ANTONIO R. ZAMBRINI
• ENRIQUE FERREIRA
• PEDRO LABAQUI
• LEONIDAS JORGE FACIO
• PABLO M. BARLAJO
• EDUARDO MARINÓ
• ARMANDO R. MAROTTA
• LUIS A. TAMINI
• MIGUEL SUSSINI
• ROBERTO SOLE
• PEDRO CHUTRO
• JOSÉ M. JORGE (H.)
• OSCAR COPELLO
• ADOLFO F. LANDIVAR
• JORGE LEYBO DÍAZ
• ANTONIO E. CRESIA
• TOMÁS B. KENNY
• GUILLERMO VALDÉS (H.)
• VICENTE DIMITRI
• ROMULO H. CHIAPPORI
• JUAN JOSÉ VITÓN
• PABLO J. MOISALINE
• RAPHAEL A. HULLRICH
• IGNACIO IMAZ
• PEDRO ESCUDERC
• MARIANO R. CASTEX
• PEDRO J. GARCÍA
• JOSÉ DESTÉFANO
• JUAN R. GOYENA
• JUAN JACOBO SPANGENBERG
• TULLIO MARTINI
• Cándido PATIÑO MAYER
• GENARO SISTO
• PEDRO DE ELIZALDE
• FERNANDO SCHWEIZER
• JUAN CARLOS NAVARRO
• JAIME SALVADOR
• TORIBIO PICCARDO
• CARLOS R. CIRIO
• OSVALDO L. DOTTARO
• JULIO IRIBARNE
• CARLOS ALBERTO CASTAÑO
• PAUSTINO J. TRONGÉ
• JUAN B. GONZÁLEZ
• JUAN C. RISSO DOMINQUEZ
• JUAN A. GABASTOU
• ENRIQUE A. BOERO
• JOSUÉ A. BERUTTI
• NICANOR PALACIOS COSTA
• VICTORIO MONTEVERDE
• JOAQUÍN V. GRECO
• JAVIER BRANDAN
• ANTONIO PODESTÁ
• AMABLE JONES

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc..	DR. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica.....	DR. PANOR VELARDE
Puericultura.....	DR. UBALDO FERNÁNDEZ

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas.....
 Física farmacéutica.....
 Química farmacéutica inorgánica...
 Botánica y Micrografía vegetal....
 Química farmacéutica orgánica.....
 Técnica farmacéutica (1er curso)....
 Higiene, Ética y Legislación.....
 Química analítica general.....
 Farmacognosia especial.....
 Técnica farmacéutica (2º. curso)...

Catedráticos titulares

Dr. ANGEL GALLARDO
 » JULIO J. GATTI
 » MIGUEL PEIGGARI
 » ADOLFO MUJICA
 (Vacante)
 » J. MANUEL IRIZAR
 » RICARDO SCHATZ
 » FRANCISCO P. LAVALLE
 Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ
 Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas

Zoología general—Anatomía y fisiologías comparadas.....
 Física farmacéutica.....
 Química farmacéutica inorgánica... }
 Botánica y Micrografía vegetal.... }
 Química farmacéutica orgánica..... }
 Técnica farmacéutica..... }
 Química analítica general.....
 Farmacognosia especial.....

Catedráticos sustitutos

Dr. ANGEL BIANCHI LISCHIETTI
 » TOMÁS J. RUMI
 » ANGEL SABATINI
 » EMILIO M. FLORES
 » ILDEFONSO C. VATTUONE
 » PEDRO J. MÉSIGOS
 Dr. LUIS GUGLIALMELLI
 Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
 » PASCUAL CORTI
 » CLEOFÉ CROCCO
 Dr. JUAN A. SÁNCHEZ
 Sr. OSCAR MIALOCK

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas

Complementos de Matemáticas.....
 Mineralogía y Geología.....
 Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....
 Química analítica aplicada (Medicamentos).....
 Química biológica.....
 Química analítica aplicada (Bromatología).....
 Física general.....
 Bacteriología.....
 Toxicología y Química legal....

Catedráticos titulares

— — —
 — — —
 — — —
 Dr. JUAN A. SÁNCHEZ (supl. en ejercicio)
 » PEDRO J. PANDO
 — — —
 — — —
 » CARLOS MALBRÀN
 » JUAN B. SEÑORÀNS

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

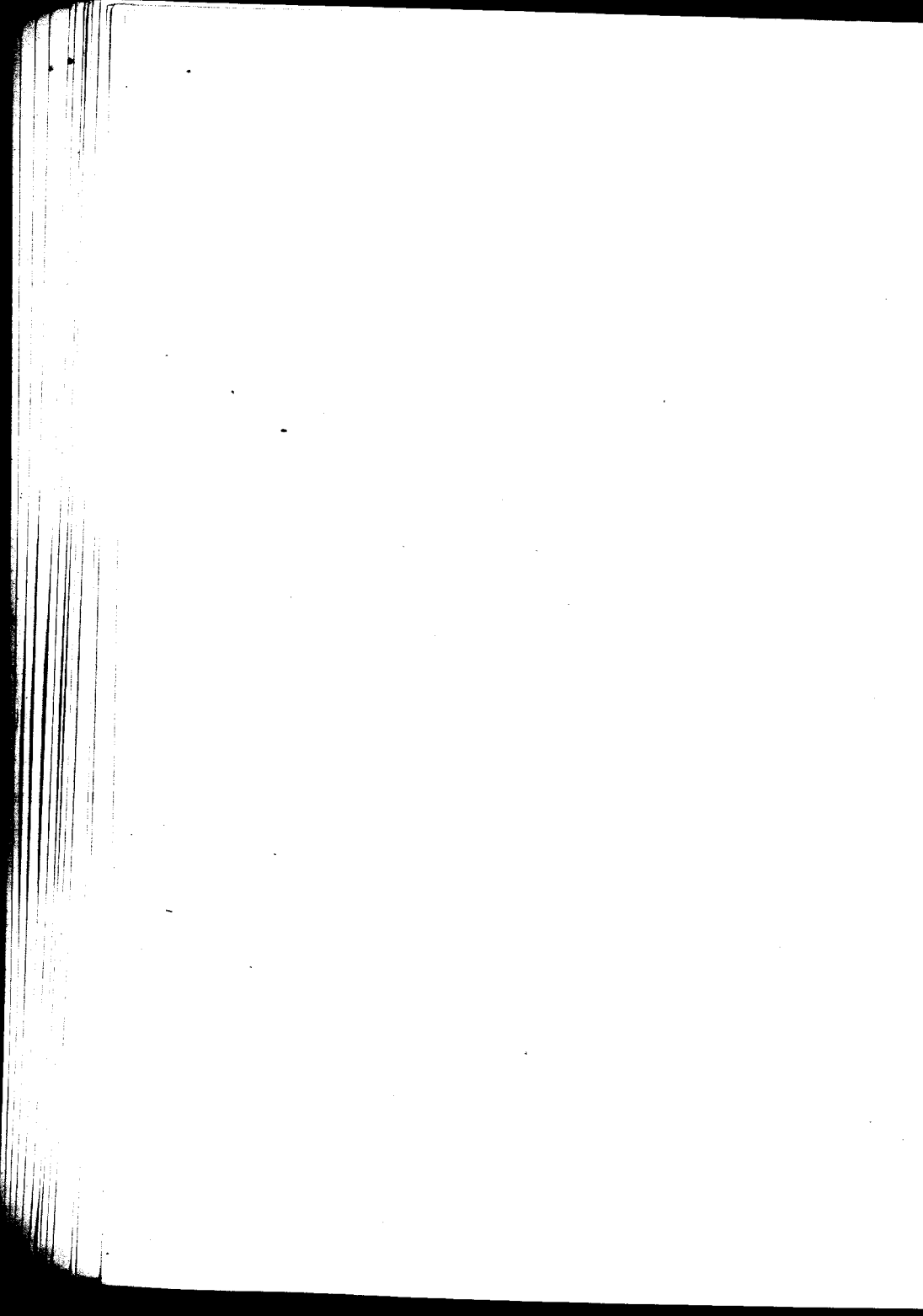
Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
» CORIOLANO BREA (»)
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)

PADRINO DE TESIS

DR. MARCELO VIÑAS

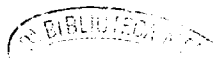


A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE

A MIS HERMANOS

A MIS AMIGOS



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

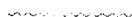
Presento ante vuestra elevada consideración, este modesto trabajo, en el carácter de Tesis para optar al título de Doctor en Medicina.

Antes de alejarme de las aulas, me será grato expresar al Cuerpo de Profesores de la Facultad, mi más profundo agradecimiento por las sabias lecciones con que me ilustraron.

Séame permitido, manifestar a los Dres. Luis Güemes y Enrique Bazterrica, mi admiración y mi respeto.

Al eminente profesor y cirujano Dr. Marcelo Viñas, que me hace el honor de acompañarme como padrino de Tesis, mi gratitud imperecedera.

Por último, a los compañeros de internado, que compartieron conmigo, las tareas y las ilusiones de la época estudiantil, les dedico el recuerdo de mi afecto, al rememorar una faz de mi vida, que, desgraciadamente no volverá.



PATOGENIA

Antes de entregarnos de lleno al tema que motiva este modesto trabajo, he considerado conveniente tratar aunque sea en forma abreviada, del tan debatido tópico, sobre mecanismo íntimo de formación de las concreciones calcúlosas.

Es lógico pensar, que cuando en una enfermedad, se ha logrado hacer luz sobre el misterio de su sorda iniciación, el tratamiento a instituirse para combatir ese estado mórbido, tendrá más probabilidades de revestir el carácter de conciente.

Es que como dice Chauffard, la patogenia es el mejor camino y el más directo para llegar al conocimiento de una enfermedad.

Si nos atenemos al resultado de las estadísticas y de las más modernas investigaciones, no es posible concebir un mecanismo exclusivo en la patogenia de la colelitiasis; será posible a lo más,

admitir la predominancia de uno de estos mecanismos sobre los otros; admitiremos también, que esta predominancia podrá ser ejercida en forma absoluta o relativa según el caso práctico a considerarse.

Entre las teorías patogénicas existentes, una de ellas, la de Galippe y Naunyn, es la que goza de mayores simpatías y ha pretendido desde hace algunos años, desalojar por completo a la antigua teoría humoral.

Si dicernimos con criterio ecuánime, creo que no debemos de caer en el error de hacer a un lado despectivamente una teoría cuyo único delito consiste en ser antigua, para abrazar con entusiasmo otra, que goza del aliciente de ser moderna. Ciertamente es, que esta última, es una teoría cómoda, que se basa en hechos comprobados y explica la génesis calculosa con cierta facilidad, pero también es cierto que la teoría humoral está cimentada, por hechos comprobados, mediante la observación clínica y que en consecuencia, no es tan cómoda de destruir.

Seamos conciliadores pues, seamos eclécticos, quedemonos con la vieja teoría y con la joven y así con la ayuda de las dos, tal vez podamos salir airoso del enmarañado campo de la patogenia de la litiasis biliar.

Nos ocuparemos aunque sea con brevedad, de las razones en que se fundamentan estas teorías.

La teoría humoral, la más antigua, que reinó sin

disputa por espacio de muchos años, la que crearon y profesaron los viejos clínicos; atribuye esta teoría a trastornos de la nutrición, del metabolismo orgánico, como generadores de la formación de las concreciones calcúlosas; sería un proceso íntimamente emparentado con el gran grupo del artritisismo de Bouchard.

Enunciada sobre la base de hechos de observación clínica, se apoya en la frecuente coexistencia que se encontraría entre la litiasis biliar y diversos estados diatésicos, entre otros, como lo ha mostrado Bouchard, la diabetes, la gota, la obesidad. Otro punto de sustentación sería proporcionado por la coexistencia en un mismo sujeto, de la colelitiasis con formaciones calcúlosas, renales e intestinales. Por último, la herencia observada frecuentemente en la colelitiasis, sería otro factor no despreciable, como sostén de esta teoría.

La teoría infecciosa creada por Galippe en 1886 y defendida por Naunyn en el Congreso de Medicina de Wiesbaden, ha revolucionado las antiguas ideas patogénicas, haciendo tambalear el pedestal de la teoría diatésica.

Según Naunyn, la formación de las concreciones, sería provocada por una angiocolecistitis desecamativa, con alteración de la secreción de la mucosa vesicular; de esta manera, se produciría una modificación en la composición química de la bi-

lis y consecutivamente la precipitación de las sales originarias de los cálculos.

Diversas experiencias y observaciones, parecerían comprobar la concepción de Galippe y Naunyn: Gilbert y Dominici en 1884, encuentran bacterias en el interior de los cálculos.

En 1895, Mignot presenta a la Sociedad de Cirujía de París, concreciones calcúlosas, obtenidas por infección experimental de la vesícula biliar del cobayo.

Trabajos de Dupré, Lutienne, de Gilbert y Fournier y de Hartmann, confirmarían las ideas de Naunyn y mostrarían la existencia frecuente en los cálculos, de colibacilos, de bacilos de Eberth y de anaerobios.

Chauffard lejos de admitir como un dogma, la exclusividad de esta teoría, expone como objeciones, los siguientes hechos experimentales:

M. M. Gilbert y Fournier, y Lippmann han descrito una zona de anaerobiosis constante en la vesícula y el hecho mismo de esta constancia, si ella es admitida, le retira al factor bacteriano, toda importancia patogénica.

Por otra parte, experiencias más recientes de P. Abrami, hechas con rigurosa asepsia, no confirman los hechos observados por Gilbert y Lippmann.

La existencia del colibacilo y del bacilo de

Eberth, hasta en el centro de los cálculos, es hecho frecuente pero no constante; en los casos observados por Fournier, ellos existían solo 23 veces sobre 70. Además en repetidas ocasiones, se ha demostrado la posible esterilidad de los cálculos.

A juzgar por los hechos e independientemente de toda teoría, no se puede admitir pues el origen infeccioso de todas las litiasis.

Por otra parte, el hecho de constatar gérmenes dentro de los cálculos, no es probar que estos sean originados por aquéllos. Experiencias de Gilbert y Fournier, prueban la posibilidad de migración bacteriana, dentro de la masa de los cálculos preformados y en una vesícula litiasica e infectada, las cosas podrían pasar en forma análoga.

Y en definitiva, ninguna constatación bacteriológica hecha en el hombre, permite afirmar la anterioridad de la infección sobre la litiasis.

Hasta la fecha, la objeción formulada por Chauffard en 1897 a la teoría infecciosa, sobre la base de la posible infección secundaria de los cálculos, no ha recibido de los partidarios de la doctrina infecciosa ninguna respuesta.

En estos últimos años y como resultado de investigaciones de Guy Laroche y A. Grigau, el profesor Chauffard concede gran importancia a la

intervención en la patogenia de la enfermedad que nos ocupa, de un factor, hasta hace poco tiempo, ignorado, factor que está representado por la hipercolesterinemia. De las investigaciones antedichas, se deduciría que la proporción de coles-terina en la sangre, estaría aumentada en el estado gravídico y puerperal; este aumento de proporción de coles-terina, provendría de la secreción de ciertas glán-dulas endocríneas, sobre todo de las cápsulas su-prarenales y del cuerpo amarillo. Ahora bien, co-mo es un hecho establecido de larga data, la fre-cuencia de la coletitiásis en la mujer, durante los estados a que nos referimos, consecuencia lógica sería relacionar, la litogénesis con la hipercoles-terinemia.

Según Bar, las formaciones litógenas, estarían también relacionadas por el aumento de pigmentos en la bilis, consecutiva a la destrucción globular, provocada por las necesidades en hierro del orga-nismo fetal.

La hipercolesterinemia se habría observado también, en la convalecencia de la fiebre tifoidea; de modo que esta enfermedad, acusada de ser uno de los factores etiológicos frecuentes de coletitiásis echaría mano para la formación de los coletitos, no sólo de la bacilocolia, sino también del aumento de coles-terina en la sangre.

TRATAMIENTO MEDICO

Sería absolutamente ilusorio, confiar en la curación radical de la litiasis biliar, valiéndose de los recursos que nos puede proporcionar la terapéutica médica de nuestros días.

Hasta la fecha, no ha sido posible encontrar el medicamento ideal, que sea capaz de disolver o expulsar los cálculos de las vías biliares.

El máximo de esfuerzo que puede exigirse al tratamiento médico, es que consiga dar una apariencia de curación o sea que por un lapso de tiempo más o menos largo, mantenga la enfermedad en estado latente.

Existen numerosos casos de colelitiasis en condiciones tales, como para ser combatidas por tratamiento médico, con resultado satisfactorio por un tiempo que será variable según el caso. Nos referi-

mos a los litiásicos, cuya enfermedad afecta caracteres de benignidad y en los que una intervención que es siempre arriesgada, constituiría un tratamiento exageradamente enérgico. Kehr uno de los cirujanos más hábiles en vías biliares solo operó el 37 por 100 de los casos observados, desde el año 1890 hasta el 1906.

Excusado es decir que el tratamiento médico comportará sus variantes, según las fases de reposo, de crisis y de infección que se presentan en la litiasis biliar.

Una de las partes del tratamiento médico que reviste gran importancia, es la que corresponde al régimen alimenticio.

Dietética correspondiente al litiásico en los periodos de reposo. Experiencias y desages de Klein, de Kusumoto, de Gardner y otros, han puesto en evidencia, que la proporción de colessterina del suero sanguíneo y de la bilis, es susceptible de sufrir variantes de origen alimenticio, aunque es cierto también, que el hecho no sería de una constancia absoluta.

Investigaciones de Widai, Weill e Laudat, han demostrado que el simple régimen grasoso sin colessterina, puede aumentar en el suero la proporción de la colessterinemia, además de la lipemia; así pues, cierta parte de las grasas ingeridas, se transformarían en colessterina.

“ Es probable además, que las hipercolesterinemias de origen alimenticio, no se deben solamente a la ingestión directa de colessterina y que esta puede, actuar igualmente, como excitante secretorio específico, como hormona, por una de esas hormoestimulaciones, de las cuales, la historia de las secreciones endocríneas nos ofrece tantos ejemplos.” (Chauffard).

En el sujeto sano un régimen excesivo de grasa y colessterina, podrá ser soportado sin producir trastornos, debido a procesos de regulación; no sucederá lo mismo en el litíásico, cuya célula hepática es inepta para transformar colessterina en ácidos biliares.

De lo expuesto en párrafos anteriores, deduciremos que un litíásico biliar, olvidará en sus comidas: cerebro, huevos, manteca, grasas, ragouts, fritos, ganso, pato, riñones, hígado de veau.

En cambio podrán formar parte de su régimen: la carne desgrasada grillée o asada, cereales, verdura, algunas leguminosas, leche descremada, frutas.

El pan se permitirá en pequeñas cantidades, con preferencia el de afrecho y centeno.

Las bebidas en regular abundancia y absolutamente sin alcohol. El uso de las aguas alcalinas será habitual.

A los efectos de evitar todo motivo de infección

de las vías biliares, procedente del intestino, trataremos de no dar a este, ninguna oportunidad propicia al desarrollo de las fermentaciones. Así pues prohibiremos al litiásico: el tocino, los embutidos, los alimentos faisandés o especiados, los quesos fuertes, los moluscos y crustáceos.

M. Gilbert aconseja sabiamente al indicar que el litiásico, deberá fraccionar sus comidas, con el objeto de no cansar la glándula hepática, evitando así reacciones vesiculares.

A parte del régimen dietético, no olvidaremos algunas indicaciones de carácter higiénico, que deberá observar el litiásico.

Con el fin de coadyuvar al buen funcionamiento de la piel, se indicarán baños alcalinos; sobre esta cuestión de los baños, será indispensable recordar que los de mar están contraindicados. Las fricciones suaves serán también beneficiosas.

El ejercicio será moderado, tratando de evitar en todo lo posible, cualquier causa de conmoción o sacudida violenta del abdomen, capaces de despertar reacciones de la vesícula. Así también y por la misma razón, serán proscriptas las excursiones en automóvil o en cualquier vehículo, por carreteras mal pavimentadas.

La mujer litiásica usará un corset blando y elástico, que le permita la respiración cómoda y sin compresiones infrahepáticas.

Mucho más restringido, será el régimen de los litiásicos cuyas crisis se presenten con frecuencia.

Además del reposo absoluto en cama, se le alimentará únicamente con leche, la que será descremada, según opinión de M. Gilbert.

Pero este régimen a poco que se prolongue, tiene el inconveniente de producir el adelgazamiento y la pérdida de las fuerzas del enfermo.

Chauffard aconseja pesar los enfermos, vigilar su estado general, no imponiendo restricciones exageradas bajo el punto de vista alimenticio; así pues, podrá agregarse a la leche descremada, cierta cantidad de azúcar, algunos feculentos, arroz, sémola, algunos purées leguminosos, frutas cocidas; las comidas serán regularmente fraccionadas y espaciadas; si aun así el enfermo adelgaza demasiado, se deberá recurrir al tratamiento arsenical.

En los litiásicos infectados y durante las puséas inflamatorias se prescribirá la leche únicamente. En los ictericos el régimen hipoadiposo e hipotóxico.



AGUAS MINERALES

Desde hace muchos años, el tratamiento hidro-mineral, *la cura de aguas*, ha venido gozando de buena reputación en el mundo médico y esta reputación no tiene límites en el concepto del vulgo.

Diversas fuentes naturales, francesas y alemanas, se han disputado la fama en cuanto a la eficacia terapéutica de sus aguas. Citaremos las más conocidas:

Fuentes francesas — Vichy y Vals, Pongues y Ems. (Bicarbonatadas sódicas) — Contrexeville, Vittel, Martigny (Sulfatadas cálcicas frías) — Chatelguyon (clorurada sódica).

Fuentes alemanas — Carlsbad (sulfatadas, bicarbonatadas y cloruradas sódicas) — Marienbad (sulfatada sódica) — Niederbomn (clorurada sódica) — Neuenahr (bicarbonatada).

El suelo de nuestro país, no carece de fuentes de aguas minerales: Cura Fierro (valle de Hualfú en la provincia de Catamarca) que según análisis de Herrero Ducloux, tiene una composición análoga a Vichy, aventajándola en bicarbonato sódico. La Colpa y La Llampá, bicarbonatadas sódicas y comparables a la de Vals y Andabre respectivamente. Las fuentes de la Chojá de Andalgalá y Volcán (Salta) son comparables a Evian. Existen también en Catamarca, San Juan, Mendoza etc., aguas cloruro-sulfatadas.

Las aguas de nuestras fuentes, no han sido hasta la fecha, suficientemente estudiadas, respecto a sus aplicaciones terapéuticas.

Se ha creído durante mucho tiempo, que las aguas minerales actuaban, exitando la expulsión de las concreciones calcúlosas. Esta concepción se basaba en la creencia, de que el cólico hepático era un expediente que poseía el organismo, capaz por si solo de producir la curación de la colelitiasis. Así pues, se enviava un enfermo a las fuentes, con el propósito deliberado, de provocarle una crisis dolorosa, esperando mediante ella, una posible curación.

En la actualidad se abriga un concepto diametralmente opuesto a la teoría expuesta en el párrafo anterior.

Por diversos medios, se ha probado que la ma-

yoría de los cálculos emigrados de las vías biliares hacia el intestino, son cálculos a facetas, análogos algunos a granos de maíz o de granada, los que en general, son muy numerosos y llenan por completo la vesícula, invadiendo y dilatando al colédoco; ahora bien, por grande que sea la cantidad de estos cálculos expulsados hacia el intestino, con ocasión de una crisis dolorosa, es muy difícil que esta expulsión sea completa, con el agregado de que aunque así fuera, una nueva formación en la vesícula no se haría esperar. Estas concreciones corresponden generalmente a litiasis infectadas.

Debemos añadir, que la migración hacia el intestino suele efectuarse también en silencio, sin intervención de dolor.

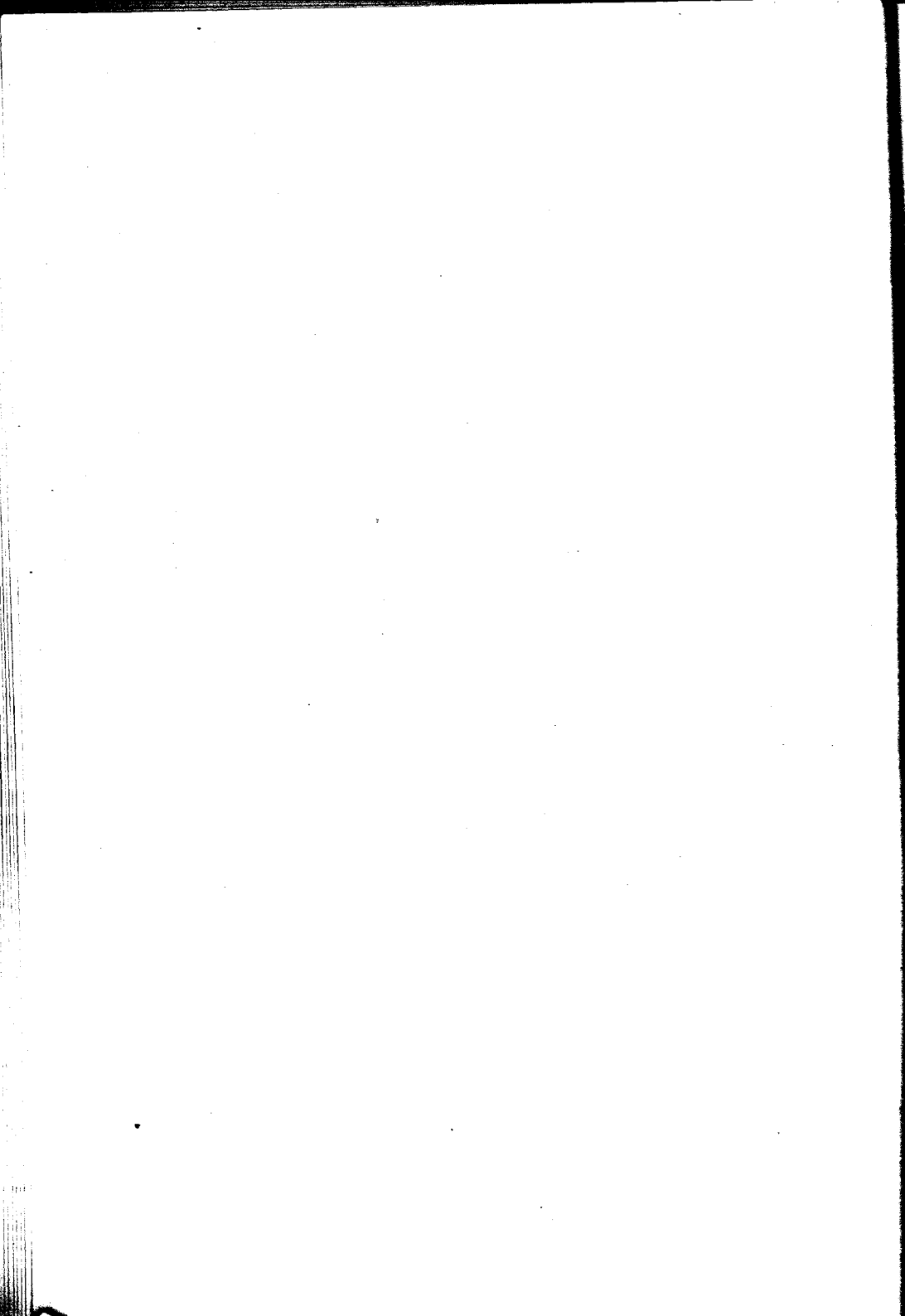
Se han observado numerosos casos de migración hacia el intestino, de cálculos voluminosos, generalmente solitarios (30 casos publicados por Quenu hasta 1909) moldeados según la configuración de la cavidad vesicular, de forma generalmente ovoide o esferoidal; su peso oscila entre 7 y 55 gramos (caso de Quenu y Duval) y pertenecen al tipo colesterínico radial, correspondiente a litiasis antiguas, asépticas o infectadas tardíamente. Este tipo de cálculos hospedados desde largo tiempo en la vesícula, son análogos por su formación y composición química a los cálculos de estasis obtenidos experimentalmente por Aschoff y Baumeister. Se

comprenderá fácilmente, que dado el volumen de estas concreciones no será posible su migración a través de las vías biliares. Y en efecto, esta migración, tiene lugar mediante la producción de fístulas vésico intestinales, las que podrán formarse ya sea entre la vesícula y el duodeno, ya entre aquella y el ángulo derecho del colon. Esta eliminación a través de fístulas sobre todo duodenales, puede dar lugar al gravísimo accidente, conocido con el nombre de ileus biliar y estudiado con preferencia por Courvoisier, Naunyn, Kehr, Korte y Quenu.

De las consideraciones anteriormente apuntadas, podremos deducir que una crisis dolorosa en un litíásico, lejos de anunciar su curación, significa unas veces y a lo más, eliminación parcial de cálculos, y en otras, que puede dar lugar a complicaciones que colocan al enfermo al margen de la muerte.

En nuestros días y en lo que se refiere al modo de acción de las aguas minerales e indicación de las mismas, las ideas han tenido pues que ser modificadas. Así, lejos de esperar mediante ellas, una acción expulsiva de los cálculos, se debe esperar en cambio, la sedación del dolor. Chauffard considera además, que el agua mineral ingerida, es un medicamento capaz de modificar la cantidad y calidad de la secreción biliar y aun el metabolismo nutritivo general.

El tratamiento en las fuentes de agua mineral no podrá ser útil en todos los casos. Sus indicaciones se limitarán a coletiasis comenzantes con simples trastornos, digestivos o con crisis dolorosas raras, sin elevación de temperatura. A los litiásicos obesos, sedentarios que por alteración de régimen, son atacados de congestión hepática. Por último, los litiásicos operados, podrán obtener beneficios de un tratamiento hidromineral complementario. Dentro de este limitado número de indicaciones, seremos aun reservados, para los casos que sean acompañados de hipertensión arterial, de disminución de la permeabilidad renal y de cistitis.



TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

Abordaremos al estudio de la medicación empleada corrientemente en la coletiasis, tratando de ser lo más explícitos posible respecto a las más reputadas.

Tres son los medicamentos que en la hora actual dominan en el tratamiento medicamentoso de la litiasis biliar: el salicilato de sodio, la urotropina y el clorhidrato de morfina, este último como recurso supremo contra el síntoma dolor.

Experiencias clásicas de Prevost y Binet, de Rosenberg y de Rutherford, han puesto en evidencia que el salicilato de sodio ingerido, se elimina por vía biliar y actúa como, colágogo, analgésico y antiséptico biliar. Investigaciones posteriores de P. Cartier demuestran que el salicilato de sodio, actúa sobre la secreción biliar, por vía intravenosa, subcutánea o digestiva.

Su uso está indicado principalmente, en los períodos de reposo de la enfermedad.

Chauffard lo instituye durante quince días el primer mes y diez días, los siguientes. Las dosis que se emplean son débiles. Se le puede asociar al benzoato de sodio, como lo ha propuesto Chauffard en 1901. El salicilato de sodio estará contraindicado, en los casos que se constate alguna afección renal que impida su rápida eliminación, pudiendo de esa manera producir accidentes de intoxicación. Otras veces, su empleo se hace dificultoso, cuando existe intolerancia gástrica, zumbidos de oído, etc. En los casos de intolerancia gástrica, se le puede prescribir por vía rectal o bien será reemplazado por el salofeno (Chauffard). En los casos de crisis repetidas se dará aspirina a la dosis de un gramo y medio por día.

Me limitaré a tratar brevemente, de otros medicamentos de los que algunos se usan con buenos resultados y otros han sido abandonados casi por completo, no ofreciendo sinó un interés histórico.

El aceite de olivas usado antes empíricamente, se ha demostrado experimentalmente que actúa como colágeno. Se emplea a dosis masivas de 100, 200 y hasta 400 gramos por día. Los fracasos, dice Dujardin-Beaumets, son muy raros y cosa extraña, esa cantidad de aceite es bien soportada y los enfermos no la vomitan.

Iniciado su empleo en Estados Unidos, pasa a Inglaterra y luego a Francia donde las experiencias de Touatre, Chauffard y Dupré, Huchard, Dujardin-Beaumetz y otros, ponen en evidencia sus buenos efectos.

La glicerina ha sido propuesta por E. Ferrand en 1892, como sucedaneo del aceite de olivas.

La bilis de buey, con la que Casaet habría obtenido la eliminación de cálculos, que Dujardin-Beaumetz asocia al aceite de olivas y que Chauffard rechaza.

Arnozan aboga por la rehabilitación de un viejo remedio, el aceite de Haarden, usado a la dosis de V a XV gotas.

El clásico remedio de Durande (una parte de esencia de trementina por dos de eter) reputado años atrás, de la ilusoria propiedad de disolver los cálculos en la vesícula; esta propiedad le era atribuida, porque se basaban en el hecho, de que la disolución de los cálculos se efectuaba in vitro. Ha caído en completo olvido.

Como remedio popular, recordaré al boldo, procedente de un arbusto originario de Chile.

El jugo de limón empleado a veces en Alemania e Italia. Su uso no se ha generalizado por ineficaz.

Urotropina — En los casos de colecistitis calculosa, se está empleando este medicamento, desde

hace pocos años, por iniciativa del profesor Chauffard, que lo considera como el más activo de los antisépticos biliares existentes.

En experiencias efectuadas por S. J. Crowe (1908) en el perro y el conejo, se ha demostrado la eliminación de la urotropina por la bilis. Lo mismo se ha demostrado en los operados a fístula biliar, con el agregado que en los casos de bilis infectada, esta tenía tendencia a esterilizarse.

Observaciones clínicas de Chauffard, han constatado después, los buenos efectos de este medicamento en la colecistitis calculosa, en la que, junto con el hielo, y la dieta hídrica, completará el tratamiento y dará excelentes resultados en muchos casos.

Tratamiento de la crisis dolorosa — La inyección hipodérmica de solución de clorhidrato de morfina a la dosis de 0,01 a 0,02 centigramos, es la medicación ideal para dominar el dolor en el cólico hepático. Recordaré de paso al pantopón usado desde hace pocos años y análogo a la morfina, pero más complejo en su composición por estar formado de un conjunto de alcaloides del opio.

Muchos son los medicamentos que además de la morfina se han preconizado, pero hasta la fecha, no se ha encontrado ninguno que pueda comparársele en eficacia para el tratamiento del dolor. En mis años de práctica hospitalaria y de Asistencia

Pública, en los que tuve oportunidad de observar numerosos casos de colico hepático, no recuerdo haber visto ninguna crisis dolorosa que cediera por completo sin morfina, no obstante haberse prescrito antes que esta otros medicamentos. -

La inyección puede dar buenos resultados, aun con pequenísimas dosis. Kehr cita el caso de una enferma, cuya crisis fué calmada con una dosis de 0.0005 gr.

La inyección inicia su efecto sedante a los diez o quince minutos y su acción se prolonga por espacio de dos o tres horas. A veces el dolor no vuelve; en caso contrario, no habrá inconveniente en repetirla dos o tres veces más en el curso de las 24 horas.

Es necesario recordar, que al uso de la morfina pueden oponerse ciertas contraindicaciones. En primer lugar, el estado del corazón (que el médico tendrá siempre buen cuidado de examinar) no permitirá la inyección en ciertos casos.

En ciertos sujetos jóvenes o muy sensibles o los opiáceos, habrá que abstenerse o bien emplear dosis que no excedan de medio centígramo. Otra contraindicación se presenta, en enfermos a los que la inyección produce vómitos, los cuales intensifican los que habitualmente acompañan la crisis. Podría evitarse sinembargo, este inconveniente asociando la morfina con la atropina.

Si la intolerancia es absoluta, podrá inyectarse heroína a la dosis de 0,01 centígramo.

Gilbert aconseja para luchar contra el dolor, administrar antipirina por vía rectal asociada a X o XX gotas de láudano de Sydenham.

Oddo manifiesta haber obtenido muy buenos resultados en las crisis muy prolongadas, con las inhalaciones de cloroformo *a la reina*, como se usa en los partos.

Un recurso complementario cuyo uso resulta eficaz, es el tratamiento externo por medio de las aplicaciones húmedas calientes, sobre todo las cataplasmas de harina de lino fuertemente laudanizadas, recubiertas de una capa de algodón y una tela impermeable; deberán cubrir todo el vientre. Su acción es múltiple: calman el dolor, disminuyen el espasmo y actúan como emoliente de la vesícula inflamada.

En Carlsbad emplean como tratamiento externo del dolor, un lodo importado de Franzensbad, bajo la forma de cataplasmas calientes denominadas *moorumschlag*.

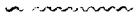
La recomendación del más absoluto reposo, no debe ser olvidada, ante la consideración de que los movimientos intensifican el espasmo de las vías biliares.

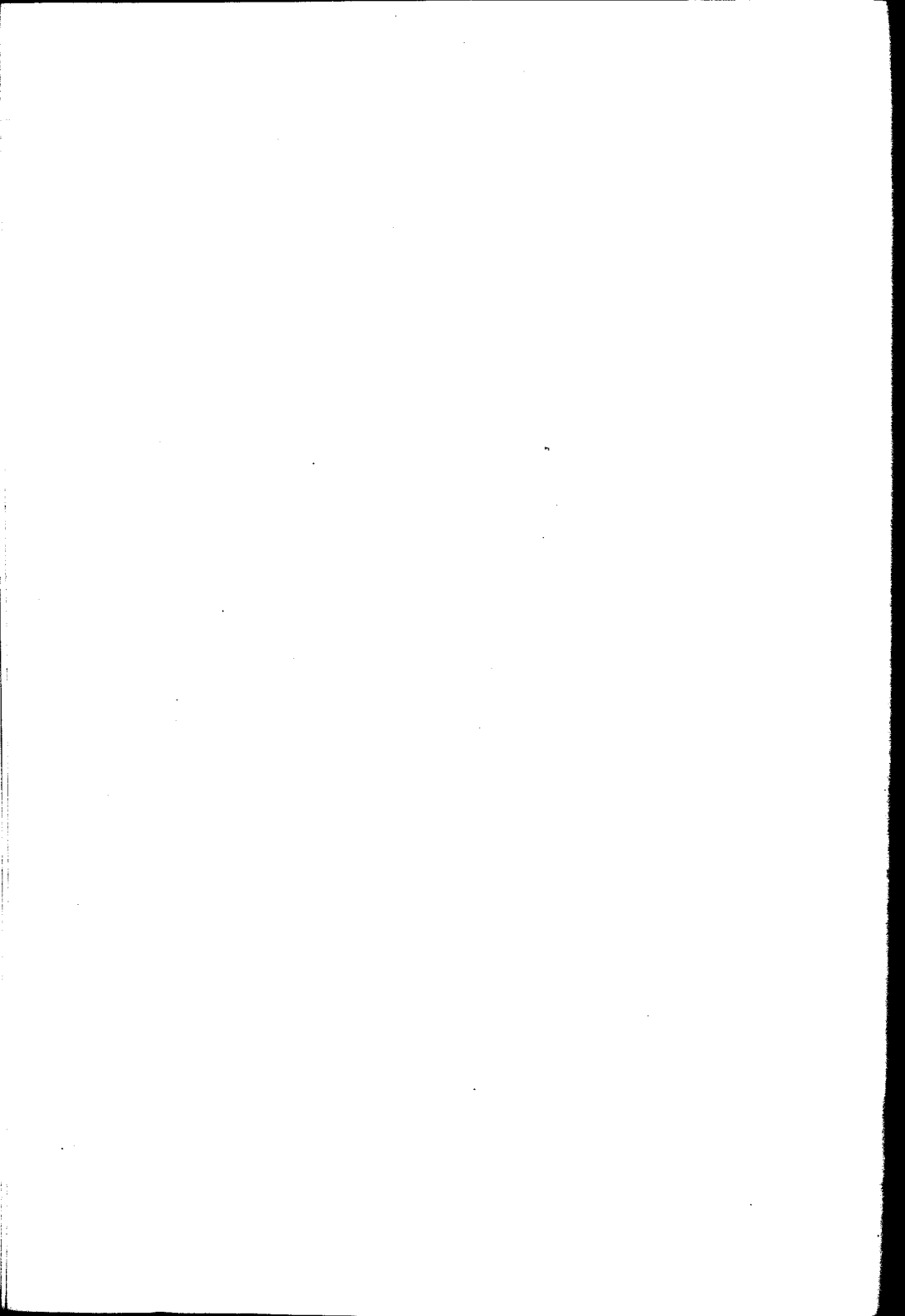
Por idéntica razón se evitarán los purgantes.

Germán Sec ha insistido sobre el inconveniente del empleo de éstos, durante el cólico hepático.

Como sedantes del sistema nervioso, para combatir el insomnio, darán muy buenos resultados los baños tibios a 37 grados.

El régimen alimenticio en la crisis dolorosa, comportará tres condiciones: Disminución de la intoxicación alimenticia, reposo del tubo digestivo y facilidad de la digestión, (Oddo). La leche descremada fría, (no helada), responde a esa triple condición.





TRATAMIENTO QUIRURGICO .

Introducción e historia

La cirugía de las vías biliares, una de las más hermosas conquistas de la actual técnica operatoria, ha requerido para alcanzar los brillantes resultados de nuestros días, la preferente atención y la labor intensa de eminentes cirujanos contemporáneos, que han puesto a contribución su talento y su habilidad en el anhelo común de arrancar víctimas al infortunio o a la muerte.

La humanidad debe el homenaje de su admiración y agradecimiento a tan ilustres benefactores.

Si bien es cierto, que se pueden considerar como recientes los resultados positivos de esta nueva conquista de la ciencia, no lo es menos que para llegar a esa adquisición, transcurrieron muchos años de infructuosas tentativas.

No es de extrañar ese lapso de tiempo de repetidos fracasos, si se piensa, que sin la bacteriología, ciencia relativamente nueva, no hubiera sido posible, el nacimiento de la asepsia que como es sabido, ha sido factor importantísimo de perfeccionamiento de la técnica quirúrgica.

Además, el mejor conocimiento de la patogenia y lesiones de la enfermedad, al lado de la concepción de nuevos procedimientos operatorios, son elementos que concurren a impulsar el progreso observado en la hora actual, en lo que respecta a cirugía de las vías biliares.

Me permitiré una breve reseña histórica de los primeros que lucharon, por lo que es ahora, positiva adquisición científica. Y aunque sus esfuerzos no fueron coronados por el éxito, no por eso, son menos dignos de respeto.

Como iniciador de tan importante cuestión, encontramos en el siglo XVIII a Jean Louis Petit, secretario perpétuo de la Academia Real de Cirugía de Francia, una de cuyas obras lleva el título de: *Remarques sur les tumeurs formées par la bile retenue par la vesicule de la fiel et qu'on a souvent prises pour des abees du foie.*

Morand en 1754 y Ueslin en 1767 prestan también atención al asunto y Richter en la misma época, pretende provocar la adherencia de la vesícula

a la pared del abdómen, por medio de procedimientos rudimentarios y peligrosos.

Al llegar al siglo XIX, se destacan los nombres de Dufresne y Facconard quiénes preconizan el empleo de cáusticos para provocar la adherencia de la vesícula a la pared abdominal. Inspirado por estas ideas, Thudicum esboza el procedimiento de la colecistostomía en dos tiempos.

Bobbs, cirujano norteamericano, practica en 1867, la colecistostomía en un solo tiempo, pero fracasó debido a la asepsia defectuosa.

No es sino al iniciarse la éra antiséptica, que comienzan a registrarse las intervenciones de vías biliares, con resultado más alentador.

Marion Sims, en 1878, ejecuta una colecistotomía que aunque dió mal resultado, no fué debido a peritonitis.

Poco tiempo después, Kocher tiene éxito al drenar un empiema de la vesícula.

König en 1882, ejecuta por primera vez, la colecistostomía en dos tiempos.

Langembuch en el mismo año de 1882, aconseja y ejecuta la colecistectomía.

Winiwarter, en presencia de una obstrucción calculosa del colédoco, practica la primera colecistoenterostomía con buen éxito.

Kummel inicia la cirugía del colédoco con una

coledocotomía y Abbe hace el primer drenage del hepático en el año 1894.

En la actualidad, cirujanos como Kehr, los hermanos Mayo, Riedel, Korte, Terrier, Mayo Robson, Quenu, Lejars, Moynihan, Delbet, etc., son los que han atesorado los procedimientos operatorios, legados por sus antecesores y han introducido en esos procedimientos ventajosas modificaciones técnicas, gracias a las cuales, la humanidad ha conseguido el incalculable beneficio, de que la cirugía de las vías biliares, sea accesible a todos los cirujanos.

INDICACIONES OPERATORIAS

Consideraciones generales — Sería exagerado creer, que la cirugía de las vías biliares, haya surgido con el fin de reemplazar en absoluto el tratamiento médico, como si éste no estuviera dotado de ninguna utilidad. Más ecuánime sería pensar que se ha de recurrir a los tratamientos quirúrgicos, en los casos en que el tratamiento médico, es impotente para detener los avances del mal, pues como se sabe, hay que tener presente que el tratamiento médico, es únicamente capaz de mantener la enfermedad en estado latente.

Lo expuesto en el párrafo anterior, está en divergencia con la opinión de ciertos cirujanos. Deaver, Lilienthal y Winiwarter, aplican los principios que les guían en el tratamiento de la apendicitis y operan apenas iniciada la enfermedad.

Riedel preconiza la intervención, aun en las formas benignas, durante la faz vesicular y al acon-

sejar esto, se basa en la relativa inocuidad del acto quirúrgico en ese período de la enfermedad, lo que presentaría además, la ventaja de evitar accidentes de migración hacia el colédoco y sus consecuencias (angiocolitis difusa, abscesos del hígado, pancreatitis etc.). De esta manera, la intervención desempeñaría también un rol profiláctico. Este criterio será eficazmente rebatido, si se tienen en cuenta los buenos resultados que se obtienen con el tratamiento precoz y operatorio de la obstrucción permanente del colédoco.

Linossier refusa asimilar el cólico hepático a la apendicitis, porque no tiene la brutalidad de sus caracteres; en la inmensa mayoría de los casos, la agravación es lentamente progresiva y en consecuencia, deja tiempo para intervenir en condiciones operatorias todavía bastante buenas.

Además, la mortalidad de las operaciones en el estado vesicular (2 a 3 por 100) si bien es cierto, que no es mucho para una intervención visceral, no es poco sinembargo, comparado con la mortalidad de enfermos atacados de simples cólicos hepáticos. Dice Chauffard al respecto: “El uno o dos por 100 de los enfermos, morirán por el hecho de su sola litiasis? Es lo que no me parece ni demostrado, ni probable. Y cuantos años de vida, se le habrán quitado a ese desdichado intervenido, atacado de una enfermedad aun tan poco grave?”

Moynihan sobrepujando a Riedel, llega aun más lejos y aconseja operar aun los casos sospechosos de colelitiasis, caracterizados por la aparición de simples trastornos digestivos o falsas gastralgias (!).

Es cierto sinembargo, que la cirugía de las vías biliares, se va haciendo cada vez menos peligrosa a medida que su técnica se va perfeccionando. Todos los operadores que han publicado grandes estadísticas, coinciden en manifestar la acentuación del número de casos positivos, en relación directa del aumento de su experiencia.

Así por ejemplo: los hermanos Mayo han publicado una estadística de 1.500 casos operados desde 1891 hasta 1906; los 1.000 primeros casos, han dado una mortalidad de 5 por 100, mientras que para los 500 últimos, la mortalidad se ha reducido a un 3,2 por 100. Se puede decir con Quenu: “las estadísticas operatorias se han mejorado a medida que los cirujanos han adquirido más experiencia y sobre todo, después que ellos han adoptado sistemáticamente, el drenaje del hígato-colédoco.”

La substitución como anestésico del eter al cloriformo, ha sido otro progreso del que se han mostrado partidarios entusiastas Quenu y Gosset. Esta substitución tiene por objeto, evitar la acción tóxica del cloriformo sobre la célula hepática.

No sería posible, dilucidar esta importante

cuestión de las indicaciones operatorias, abarcando los casos en conjunto y valiéndose de reglas generales, aplicables por igual a todos. Así no podrá ser pues, desde el momento que sabemos que la litiasis biliar se presenta bajo variados aspectos.

Mucho más práctico, será tratar de las indicaciones, en cada caso particular, pues además del estado de la lesión litiásica, habrá que tener aun en cuenta para el pronóstico de la intervención: el estado funcional del hígado y de los riñones, la tensión arterial, el examen radiológico del torax y la auscultación de las bases pulmonares. Desdeñando estas precauciones, la intervención ejecutada con la técnica más perfecta, puede dar resultados lamentables.

No obstante y hablando en términos generales, se podrá hacer un esbozo de indicaciones operatorias diciendo: Las crisis de cólico hepático sin infección grave, de duración corta, no seguidas de crisis repetidas, son justiciables de tratamiento médico.

La intervención será reservada: 1.º Para las crisis acompañadas de signos infección seria o grave — 2.º Para las crisis repetidas que no ceden a la influencia del tratamiento médico.

En los casos que se resuelva operar y siempre que la urgencia no lo impida, será conveniente pre-

parar al enfermo por el reposo, la dieta lactea y la antisepsia biliar.

Indicaciones especiales del tratamiento quirúrgico

Fase vesicular. — Cuando el dolor está localizado en la vesícula, cuando falta la ictericia y el hígado permanece en su volumen normal y constataando además que no hay cálculos en las deposiciones, se podrá intervenir: 1.º Cuando las crisis de cólico hepático, se presentan bajo ciertos caracteres. Mayo Rotson opera siempre que los cálculos acaarreen molestias. Sin llegar a los extremos, se puede decir sinembargo: Es excepcional la circunstancia de imponerse la intervención en el curso mismo de una crisis de cólico hepático. Ella podría imponerse en el caso de que la crisis se prolongara hasta el punto de hacer temer la ruptura de la vesícula o que se repitiera con exagerada frecuencia y comprometiera así el estado general.

2.º En la colesticitis sobreaguda y grave d'emblée, en la que todo tratamiento médico sería perfectamente inútil y de consecuencias deplorables; en este caso pues, no habrá más recurso que correr el riesgo de operar *en caliente*.

Afortunadamente no se observan con frecuencia, en las colecistitis agudas, estas formas particu-

larmente alarmantes; mucho más comunes serán aquellos casos, que por un tratamiento médico adecuado, permitirán ser colocados en condiciones favorables, para que el pronóstico de la intervención sea más alentador.

3.° En el empiema de la vesícula con su cortejo sintomático: fiebre persistente y remitente, leucocitosis franca con polinucleosis, intensidad de los fenómenos locales etc.

4.° Hidropesía de la vesícula con distensión y reacción local y general moderada.

5.° En la pericolecistitis aguda, siempre que se presente bajo una forma plástica o supurativa, se podrá tener esperanzas de remisión y formación de adherencias; pero si la marcha de los accidentes es rápida y la tendencia es invasora, se impone la operación inmediata.

6.° En la colecistitis crónica, aun en aquellas circunstancias en que la lesión quede reducida a un tumor indoloro que no ocasiona molestias, debe operarse al sujeto, que por sus condiciones de fortuna, no puede permanecer en reposo indefinido y que necesita de su trabajo.

Es desgraciadamente de observación común, la frecuencia de las degeneraciones cancerosas en las colecistitis crónicas. Así lo atestiguan las cifras que han sido citadas y que muestran que el cáncer vesicular, se acompaña de cálculos en 85 por ciento

de los casos según Zenker, en 95 por ciento según Siegert y según Courvoisier en 74 casos sobre 84 carcinomas primitivos de la vesícula.

Tales hechos conducen a pensar que una colecistectomía, en el caso de una colecistitis crónica, tiene la doble ventaja de curar radicalmente al enfermo y al mismo tiempo salvarlo de una posible complicación de carácter fatal.

Fase coledócica — Las icterias efímeras, que se observan con ocasión de un cólico hepático, desapareciendo en breves días, no tienen importancia bajo el punto de vista quirúrgico. No podrá decirse lo mismo de aquellas icterias que tienen tendencia a prolongarse indefinidamente, que se hacen crónicas y que sugieren la idea de un cálculo enclavado en el colédoco.

Naunyn cifra grandes esperanzas en la curación de la obstrucción del colédoco por cálculos, de manera espontánea y mediante el mecanismo de la producción de una fístula colédoco duodenal con eliminación consecutiva del cálculo.

Linossier cree que en la obstrucción crónica se puede al principio, hacer la tentativa de provocar la eliminación del cálculo, valiéndose de la medicación colagoga. Ese autor se basa en el hecho de que

el cálculo no tendrá que recorrer más que una pequeña distancia para salir del canal.

Pero lo más posible será, que el volumen del cálculo aumente y que se produzcan adherencias; que la infección sea favorecida por la estasis biliar y que el estado general del enfermo vaya empeorando cada vez más, alejando a medida que pasa el tiempo, las probabilidades de éxito para un intervención.

Chauffard, Ewald y Bernard, proclaman los beneficios de la intervención precoz en la obstrucción calculosa crónica del colédoco.

Los beneficios de la intervención precoz, quedan probados hasta la evidencia con la siguiente estadística de los hermanos Mayo: mortalidad de 2,9 por ciento, para litiasis del colédoco poco infectadas; 16 por ciento, en infecciones biliares en plena evolución; 34 por ciento para obstrucciones completas y complicadas del colédoco.

En cuanto al lapso de tiempo, que el médico podrá sin peligro del enfermo observar una actitud expectante, variará naturalmente con el grado de tolerancia que presente cada caso.

Edwald no quiere aguardar más de un mes; Chauffard cree que se podrá esperar quince días en la generalidad de los casos; Bernard preconiza la intervención inmediatamente después de establecido el diagnóstico.

En definitiva pues, la intervención se impone y deberá efectuarse lo más precozmente posible, con lo que aumentarán las probabilidades de beneficio para la salud del enfermo y para la reputación del cirujano.

Fase hepática. — Cuando con ocasión a cólicos hepáticos, se observe el aumento del volumen del hígado, de su sensibilidad, de su induración y cuando se constate, que estos fenómenos no desaparecen y que por el contrario, se acompañan del aumento de volumen del bazo y de modificaciones urinarias indicadoras de la insuficiencia hepática, se deberá intervenir inmediatamente y antes que la infección hepática se acentúe y se transforme en una contraindicación operatoria. Según Linossier, por los procedimientos recientes, el drenaje del hepático de Kehr, se pueden obtener la resolución de infecciones hepáticas de apariencia muy grave.



DE LOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

Los éxitos positivos alcanzados en la hora actual, gracias a los modernos métodos operatorios de las vías biliares, son debidos a que éstos persiguen a la vez dos finalidades: extraer los cálculos y combatir la infección, la que generalmente es asidua compañera de aquéllos. En consecuencia toda intervención que se limite a la supresión de los cálculos, deberá ser proscripta por incompleta e ineficaz.

Litiasis vesicular — Hasta la fecha, no ha sido posible conciliar por completo las opiniones de los cirujanos, respecto a la adopción de los procedimientos operatorios, que deben aplicarse, en las distintas formas con que se presenta la litiasis vesicular.

Dos son los procedimientos universalmente aceptados, aunque distinguidos con desigual prefe-

rencia por los cirujanos. Estos procedimientos son: la colecistostomía (Courvoisier) y la colecistectomía (Langembuch).

Colecistostomía — Esta operación, denominada también fístula biliar artificial de Terrier o colecistoproctia de Pantaloni, ha sido el procedimiento que después de la colecistotomía ideal, hoy abandonada imperó sin resistencias en las salas de operaciones, hasta la aparición de la colecistectomía, aconsejada poco tiempo después por Langembuch.

Algunos cirujanos que conceden importancia a la conservación de la vesícula, se basan en cierto número de razones, para la adopción de la colecistostomía como método de preferencia.

Delagenière en una de sus comunicaciones, aconseja conservar la vesícula, siempre que parezca hallarse en condiciones de llenar sus funciones fisiológicas, toda vez que su supresión tiene como resultado un flujo constante de bilis hacia el intestino, con lo que se producen trastornos de la digestión intestinal permanentes o transitorios.

J. Wesley Long dice que no debe considerarse la vesícula, como un simple reservorio, pues la fisiología experimental ha demostrado, que la inyección de bilis pura en el canal de Wirsung, produce una pancreatitis, efecto que se neutraliza, agregándole mucus de la vesícula.

Además hace notar la frecuencia de las pan-

creatitis coincidiendo con el mal funcionamiento de la vesícula. Cree además “que no hay ningún órgano, ni aun la trompa uterina, que reaccione mejor al drenaje que la vesícula biliar. Ya lo hemos visto, dice, para los casos de empiema y aun de perforación”.

Josserand y Villard en el *Lyon Chirurgical* de 1909, se muestran partidarios de la colecistostomía y destinan la ectomía a los casos de vesícula muy alterada.

Kehr que se ha hecho francamente ectomista, practica aun la colecistostomía en los casos de infección sobreaguda.

Los hermanos Mayo son los más decididos defensores de la operación conservadora. Escudados en la gran estadística que presentan, dicen en uno de sus artículos: “estamos completamente de acuerdo en que debe de conservarse la vesícula, siempre que ello sea posible”.

Ch. H. Mayo dice en el 3.º tomo del tratado de cirugía de Keen:

“Consideramos la colecistostomía, como la operación normal en la litiasis biliar. Está indicada en todos los casos en que la vesícula no está gravemente alterada y en los que por medio de la extracción de los cálculos, se deje expedito el conducto cístico, de modo que no se produzcan luego trastornos ulteriores por drenaje insuficiente de la bilis al intes-

tino... En nuestras manos, esta operación (colecistectomía) da una mortalidad de 1 por ciento más elevada que al colecistostomía, sin ninguna ventaja que la compense. En nuestros 1.800 operados, dejamos sin extirpar la vesícula en más de 1.200 y solo en uno de éstos, volvieron a formarse cálculos.

Para dar término a este artículo, agregaremos algunos detalles respecto a la técnica de la colecistostomía.

Esta operación exige como maniobras esenciales, la abertura de la vesícula, su fijación a la pared abdominal y su drenaje, con lo que se persigue, la extracción de los cálculos y la modificación del estado séptico.

Puede practicársela en un solo tiempo o en dos; este último método tiene el objeto de crear antes de abrir la vesícula, adherencias vesículo peritoneales, defensivas contra la infección.

Actualmente, se está en condiciones de efectuarla en un solo tiempo, gracias a procedimientos eficaces contra la contaminación del peritoneo.

La operación en un solo tiempo, comprende dos variedades, según que se fije primeramente, la vesícula para abrirla después o según que se proceda a la inversa. La primera variedad tiene el inconveniente de dificultar las maniobras de exploración y de evacuación. La segunda variedad preconizada por M. Sims y Lawson Tait, es la que se usa gene-

ralmente. Haremos de ella una ligera descripción:

Laparatomía con incisión lateral (borde externo del músculo recto) y con preferencia, la incisión en bayoneta de Kehr a los efectos de una exploración amplia de las vías biliares.

El descubrimiento de la vesícula, presenta con frecuencia sus dificultades debido a adherencias que la ocultan, uniéndola con la pared abdominal, el colon, el epiploon y más excepcionalmente con el duodeno y el estómago. Se procederá en este caso, con suma prudencia, tratando de poner en limpio el borde anterior y la cara inferior del hígado, para llegar a librar la vesícula con grandes precauciones, después de haber colocado compresas protectoras de la cavidad peritoneal, contra la irrupción de líquido procedente de una posible desgarradura.

Libre la vesícula, se la atrae fuera del abdómen y en el caso de contener líquido, se hace una punción aspiratriz en el fondo del órgano.

Acto continuo, se hará la incisión de la vesícula; esta incisión tendrá una longitud de 2 a 4 centímetros y pasará por el punto de la punción; será paralela a la incisión abdominal, aunque Delagenière aconseja practicarla dirigiéndose oblicuamente hacia arriba y hacia adentro, para permitir su prolongación hasta el cístico en casos de cálculos enclavados en el mismo.

Se proseguirá después, con la evacuación de los cálculos contenidos en la vesícula y se procederá a practicar el cateterismo de las vías biliares profundas, a los efectos de cerciorarse de la permeabilidad de las mismas Naturalmente que si se llega a constatar la existencia de un cálculo en estas vías y si no puede ser extraído por las vías naturales, será necesario practicar una cisticotomía o una coledocotomía.

Si ha sido necesario incindir la vesícula hasta el canal cístico, se reúnen los labios de la incisión sobre una sonda N.º 11 o 12, dejando un orificio suficiente para establecer la fístula biliar. Luego se fija la vesícula a la pared del abdomen, por medio de puntos separados.

Se terminará con la sutura de la pared abdominal en varios planos, hacia arriba y hacia abajo de la abertura vesicular y con la colocación de un grueso tubo de caucho, de longitud suficiente como para llegar fuera del vendaje, a ponerse en contacto con otro tubo, que llega a un recipiente colocado al costado de la cama del enfermo.

Colecistectomía — Esta operación fué ideada por Langembuch que la ejecuta por primera vez, el 15 de Julio de 1882 y desde entonces proclamó su eficacia porque como él dijo, se suprimen al mismo tiempo los cálculos y el lugar de su producción “las piedras y la cantera”. La pintoresca frase

de Langembuch, vagó sin repercutir, hasta algunos años después, en el ánimo de los cirujanos; el mismo Kehr, hoy tan partidario de este procedimiento, demostró por él absoluta indiferencia, durante mucho tiempo.

En la actualidad, muchos cirujanos han reconocido plenamente, la razón que asistía a Langembuch, convencidos ante el hecho demostrado, de que esta operación es capaz de llenar la mayoría de las indicaciones. Ciertamente es que estos méritos de la colecistectomía, son debidos en parte a modificaciones introducidas en su técnica y que han dado como resultado, el acrecentamiento del haber del método en las estadísticas.

Numerosos son los reproches, que se han formulado en contra de la colecistostomía y que han sido la causa de su abandono en muchos casos, para recurrir a las ventajas que brinda la colecistectomía.

No carecen de importancia, los inconvenientes que encuentran Kehr a la fístula biliar artificial. Este autor encuentra que el drenaje de la vesícula es incompleto y que la bilis se conserva séptica durante mucho tiempo. Que las adherencias que se originan después de la operación, dan lugar a dolores, que producen la impresión de cólicos verdaderos o bien éstos aparecen, debido a inflamaciones intermitentes de la vesícula. Que la colecistostomía da

lugar a recidivas verdaderas y que para que éstas sean evitadas, será indispensable practicar la colecistectomía con drenaje de hepático. Presenta como testimonio, una estadística de 273 operaciones efectuadas por litiasis, durante los años 1910 y 1911; de estos 273 casos operados, recidivaron 12, de los cuales 8 eran consecutivos a colecistostomías; como se ve, esta estadística es bastante demostrativa.

Varios inconvenientes más son atribuidos por Kehr a la práctica de la colecistostomía: imposibilidad de controlar el contenido de la vesícula; olvido de pequeños cálculos; existencia de ulceraciones del cuello de la vesícula, en las que puede ingertarse un epiteloma. Esto último, sugiere otro inconveniente, si es que se recuerda, como lo hemos apuntado en páginas anteriores, que un 95 por ciento de los casos de cáncer de la vesícula, coinciden con una litiasis; así pues, la colecistostomía no sería capaz de prevenir esa gravísima complicación.

Todas estas críticas hechas a la colecistostomía, no es posible formularlas en contra de la operación de Langembuch. Ante todo es una operación de resultados radicales; disipa la amenaza del cáncer; permite la exploración de las vías biliares profundas, sin necesidad de incindir el colédoco o el hepático; su ejecución no presenta una dificultad mu-

cho mayor que la de la fístula biliar artificial y su mortalidad no es mayor.

Los reproches que se han hecho a esta operación, carecen de fundamento. Se ha dicho, que ella no permite, el drenage de las vías biliares profundas, lo que no es exacto si nos acordamos del drenage del hepático. También, que debido a la extirpación de la vesícula, se quita un punto de reparo importante para una operación ulterior; no tiene razón de ser este inconveniente, desde el momento que la ectomía no da lugar a recidivas verdaderas, si es que la intervención es bien ejecutada, a más de que siempre sería posible salvar la situación con una coledocotomía.

Por último, la falta de la vesícula, para establecer una fístula intestinal en caso de obstrucción irreductible del colédoco, puede ser relativamente subsanada, por una fístula hepático o colédoco duodenal.

Los que opinan como J. Deaver de Filadelfia, que aconseja la colecistostomía, porque ningún cirujano sería capaz de hacer un receptáculo como la vesícula, los que así opinan, se verán refutados por lo que resulta de las investigaciones de X. Delorrey y de G. Cotte, citados por Chauffard. Según han comprobado esos experimentadores, la supresión de la vesícula es compensada, por una dilatación de las vías biliares, que permite a la bilis segregada de

una manera continua, ser evacuada de manera intermitente, coincidiendo con el momento en que tienen lugar los reflejos químicos duodenales estudiados por Pawlow.

En resumen puede decirse que la colecistectomía puede reemplazar con ventaja a la fístula biliar artificial en la mayoría de los casos y que sus contraindicaciones se reducirían a los casos de:

- 1.º Epitolioma extendido más allá de la vesícula.
- 2.º Colecistitis con perforación y absesos pericolecistíticos.
- 3.º Enfermo hemofílico.
- 4.º Estado general incapaz de hacer frente a la intervención.

Trataremos de describir ligeramente los distintos tiempos de la operación.

1.º tiempo — Laparotomía con incisión en bayoneta de Kehr.

2.º tiempo — Exploración de las vías biliares.

3.º tiempo — Función aspiratriz de la vesícula.

4.º tiempo — Liberación de la vesícula con grandes precauciones.

5.º tiempo — El canal cístico y su arteria, son aislados y ligados; acto continuo se procede a su sección.

Este es el tiempo culminante de la operación y que requiere mucho cuidado; en efecto, es neces-

rio evitar de confundirse, y ligar equivocadamente la hepática por la cística.

La presencia de cálculos en el cístico, es una dificultad que para salvarla, se requiere hacer la extracción de los cálculos del citado canal, antes de proceder a la ligadura; para esto, será a veces necesario, la sección longitudinal del cuello de la vesícula y del cístico.

Después de aislar bien el cístico, se ligará la arteria cística y enseguida el cístico; la ligadura de este último, se colocará lo más próxima posible, a la desembocadura del canal en el colédoco; de esa manera se evitará la posible formación de una pseudovesícula a expensas del muñón del cístico.

6.º tiempo — Drenage que consistirá en un tubo rodeado de gasas, colocado en contacto con el muñón cístico o bien el drenage del hepático de Kehr.

Este tiempo podrá suprimirse, siempre que el estado notoriamente favorable de las vías biliares lo permitan (colecistectomía ideal).

7.º tiempo — Sutura de la pared abdominal.

Considero indispensable no pasar por alto, la descripción más algunas consideraciones, respecto al drenage del hepático de Kehr. Este cirujano practica su drenage acompañado de taponamiento, en casi todas las colecistectomías, teniendo en cuenta la posibilidad de hemorragias primitivas o secundarias o también, la eventualidad de una zafadura del

hilo que liga el cístico y que produciría un derrame de bilis séptica en la cavidad abdominal.

Riedel es partidario de la colecistectomía ideal, talvez porque tiene como norma de conducta operar sus litiásicos precozmente.

El drenage del hepático está indicado, siempre que las vías biliares se supongan infectadas y cuando se abrigan dudas, respecto a su permeabilidad. Mediante este drenage, la bilis séptica pierde su virulencia y en caos de obstrucción de las vías biliares, por cálculos olvidados en el colédoco o el hepático se podrá proceder a su extracción.

Para practicar este drenage, se espera a dar por terminado el 5.º tiempo de la operación y se incide el colédoco en el punto de desembocadura del cístico; después de explorar los canales con una sonda de goma, se introduce en el hepático hasta cerca de su bifurcación, un largo tubo de goma sin perforaciones, que se fija con un punto de catgut.

Se protegerá la cavidad peritoneal contra derrame de bilis y se evitarán posibles hemorragias, con un taponamiento de gaza, que permanecerá varios días, hasta formación de adherencias.

Cirujía por litiasis del colédoco y del hepático — Las operaciones que se ejecutan por litiasis del colédoco y del hepático, tiene npor objeto la ex-

tracción de los cálculos, por medio de una incisión practicada en esos canales, así como también, la exploración de las vías biliares y el drenage de las mismas.

Coledocotomía — Naturalmente que los procedimientos operatorios son variables, según la porción del canal colédoco, que haya de incidirse para la extracción del cálculo. Pero lo que permanecerá inmutable, es el drenage del canal, cualquiera que sea el procedimiento empleado.

Durante la época de iniciación de estas operaciones, se practicó la sutura de la incisión coledociana, lo que dió por resultado una serie de fracasos. En consecuencia, los cirujanos se fueron convenciendo de la conveniencia del drenage y en la hora actual, la sutura se hace en casos excepcionales.

La sutura, aparte de que es difícil de practicar, es con frecuencia inútil, pues la incisión tiene tendencia a reabrirse espontáneamente, provocando la irrupción de bilis sépticas en el peritoneo, con sus terribles consecuencias.

Además la sutura puede ser perjudicial en el sentido de provocar la detención de la corriente de bilis a causa de una tumefacción de la mucosa del canal. Esta obstrucción después de la sutura, podrá ser debida también a un coágulo sanguíneo o a un cálculo que pasó inadvertido.

El drenage evitará todos estos inconvenientes, aparte de que la operación podrá ser finalizada en menos tiempo,, lo que a nadie escapará, que es otra ventaja nada despreciable.

Gosset ha dicho: “No debe hacerse más que excepcionalmente, la sutura del colédoco; en cambio, debe realizarse en la mayor parte de los casos, el drenage del hepático, con colecistectomía complementaria; en los casos muy raros en que este drenage no sea posible, se podrá utilizar la vesícula como vía suplementaria.

Hemos tenido oportunidad de describir en el artículo anterior, el drenage del hepático de Kehr; su empleo en la coledocotomía, será altamente apreciable, pues con él se asegurará la desinfección de las vías biliares superiores. Como hemos dicho, Kehr ejecuta su drenage, con un amplio taponamiento de gasa, él que no es aceptado por cierto número de cirujanos, fundados en que, el taponamiento puede ocasionar ulteriores adherencias subhepáticas y eventraciones.

En los casos operados precozmente y con poca infección, bastará hacer el drenage, poniendo el dreno en contacto de la herida del colédoco y aislado de la cavidad peritoneal por una gruesa capa de gasa.

Routier lleva dos gruesos drenos hasta la inci-

sión del canal y les forma un piso aislador, por medio de una compresa doblada.

Quenú cuando la bilis es fluida, se limita a colocar un grueso dreno en contacto con la incisión; cuando la bilis es espesa y el canal está dilatado, introduce un dreno en el colédoco en dirección a su cabo superior y á una profundidad de dos centímetros; después practica una sutura de adherencias y órganos adyacentes, de manera a formar un embudo, cuyo vértice está en la herida del canal y su base, hacia la incisión de la pared abdominal; el dreno estará rodeado de compresas.

En las coledocotomías retropancreáticas, para evitar la obliteración del tubo de drenage por acortadura del mismo, hacia atrás del duodeno, se prolongará la incisión del colédoco, hasta su porción supraduodenal y a este nivel se introducirá el dreno. Recordaré que para este tipo de coledocotomía, existe también el drenage por vía lumbar de Sencert.

En tesis general se puede decir que el drenage y sus gasas, salvo las exteriores, deberá mantenerse sin renovación durante varios días. Si la corriente de bilis se interrumpe en el tubo de drenage, se hará una aspiración, seguida de una inyección de agua esterilizada.

Cumplidos los catorce días, se retiran las gasas y el tubo de drenaje a no ser que la bilis permanezca espesa y que las materias fecales no hayan recobrado su coloración; en este caso el drenaje será repuesto y la curación renovada diariamente.



OBSERVACION I

Hospital Pirovano. — Servicio del Dr. Emina

M. B. de C., 38 años, española, casada. Ingresó el 2 de Agosto de 1917.

Antecedentes hereditarios. — Padre sano. Madre sufre de dispepsia.

Antecedente personales. — Ha tenido sarampión en la infancia. Regla desde los 13 años. Casada a los 19 años, ha tenido 8 hijos y 2 abortos. Los partos han sido normales.

Enfermedad actual. — Data de 4 años la época de su primera crisis dolorosa, que se ha venido repitiendo desde entonces cada 3 o 4 meses. término medio.

El último ataque se ha producido hace 2 meses y desde entonces se observa ictericia, materias fecales decoloradas, orinas oscurecidas.

Hay prurito sobre todo a la noche.

Estado actual.—Regular [panículo adiposo. Piel y mucosas con coloración fuertemente icterica.

Aparato circulatorio.—Pulso regular, igual, de poca tensión, 94 por minuto.

Tonos cardíacos debilitados.

Aparato respiratorio. — Normal. Temperatura 38° (grados).

Aparato digestivo. —Hígado borde superior, sobrepasa la cuarta costilla; borde inferior 3 traveses de dedo, bajo el reborde costal.

Por debajo del hígado y al nivel del borde externo del músculo recto, se palpa un empastamiento difuso que se extiende hasta el ombligo y que es doloroso y sigue los movimientos respiratorios. No se distingue la vesícula.

Diagnóstico clínico. —Collecistitis calculosa y pericolecistitis.

Operación.—Laparotomía con incisión de Kehr. Colectectomía. Coledocotomía. Drenage del hepático. Vesícula completamente llena de cálculos fascetados. En el colédoco 2 cálculos en la porción supraduodenal.

Durante los tres primeros días, no sale bilis por el drenage. Orina color acaobado. Materias fecales decoloradas. Temperatura 37°.

El octavo día se retira drenage.

En los días siguientes, comienza a mejorar el

aspecto de la orina y materias fecales; disminuye la ictericia.

Durante un mes y veinte días persiste fístula que termina por cerrar.

Tres días después, alta.

OBSERVACION II

Hospital Pirovano.—Servicio del Dr. Emina

V. S. de D., italiana, 31 años, casada. Ingresó el 17 de Julio de 1917.

Antecedentes hereditarios. —Sin importancia.

Antecedentes personales. —Sarampión en la infancia, regló a los 15 años.

Se casó a la edad de 21 años, ha tenido cinco hijos y un aborto.

Enfermedad actual —Se inicia hace 5 años, con crisis dolorosas frecuentes. Se quejaba de dolor en el hipocondrio derecho y lado derecho del tórax con irradiación hacia el hombro derecho. Había vómitos.

En los principios de la enfermedad, los ataques eran de 2 a 3 horas de duración; poco a poco estas crisis se fueron haciendo más prolongadas y fuertes.

Al ingresar al Servicio tiene una temperatura de 38°; tinte icterico poco intenso de la conjuntiva y de la piel; mucho dolor en el hipocondrio derecho, sobre todo si se insinúa la mano por debajo del reborde costal, adonde se palpa un empastamiento a nivel de la vesícula.

Se prescribe reposo, hielo en el vientre y régimen lácteo. La temperatura que ha oscilado entre 38° y 39°, a los cuatro días cae a la normal.

El dolor ha disminuído bastante y en lugar del empastamiento se palpa un tumor fijo, menos en el momento de la respiración.

A los 12 días del ingreso al Servicio, vuelve a subir la temperatura (39°); hay tinte icterico más acentuado, la orina obscura, análisis de pigmentos biliares, urobilina. Materias fecales decoloradas cada vez más. Días después la temperatura desciende nuevamente.

Aparato respiratorio.—Normal.

Aparato circulatorio.—Normal.

Sistema nervioso.—Normal.

Aparato péritourinario.—Normal.

Con excepción hígado y vesícula todo el resto del aparato digestivo es normal.

Diagnóstico.—Colecistitis calculosa.

Operación, 7 de Agosto.—Laparotomía con incisión de Kehr. Se encuentra la vesícula con po-

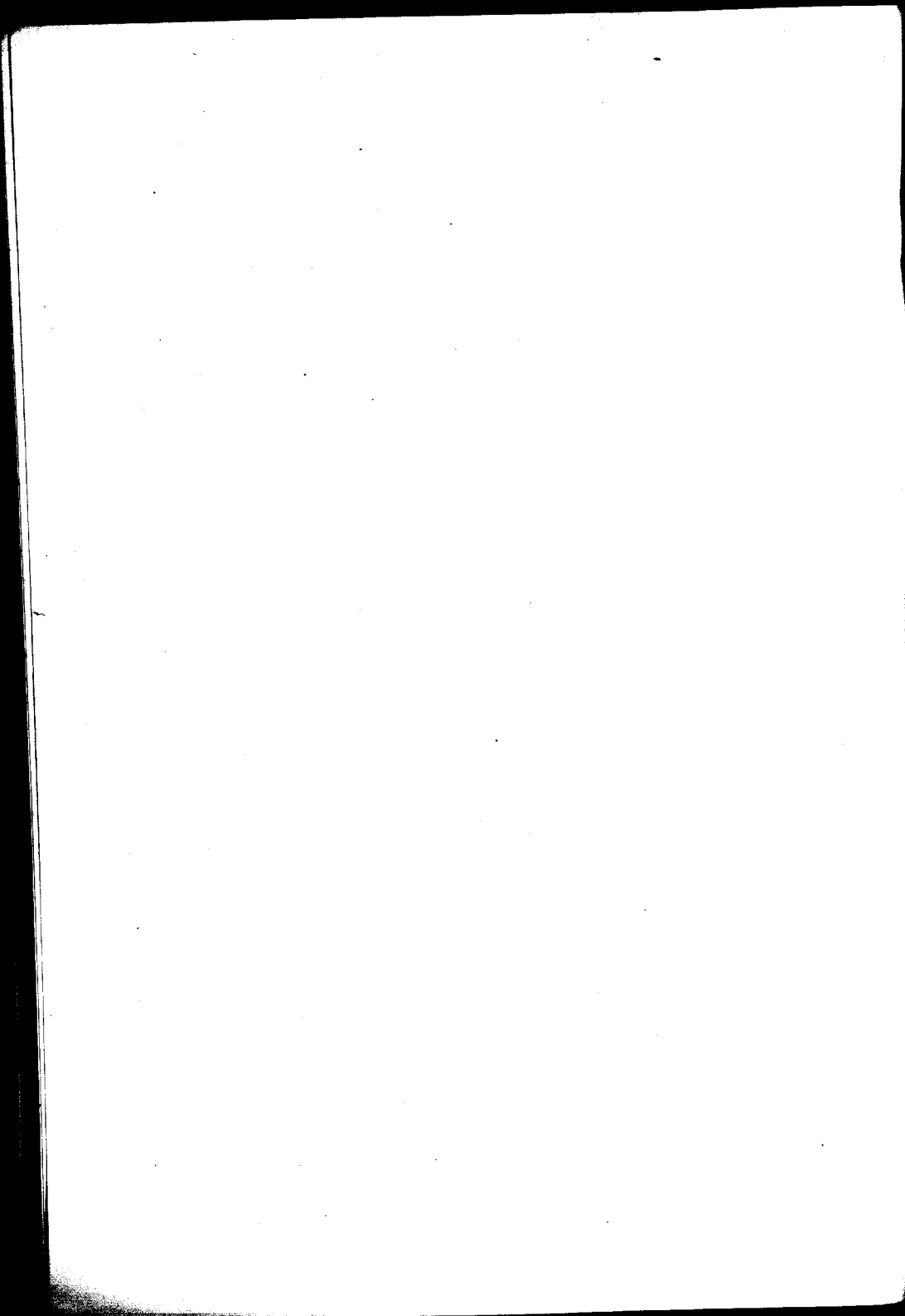
cas adherencias, aumentada de volumen y llena de cálculos.

El cístico está obstruido por varios cálculos pequeños. Colédoco y hepático libres.

Colecistectomía con drenage; éste se coloca en contacto con el muñón del cístico.

A los ocho días de la operación se suprime el drenage. Curación a los veintisiete días de la operación.

Salí de alta.



OBSERVACION III

Hospital Pirovano.—Servicio del Dr. Emina

D. F. de Z., argentina, 43 años, casada. Ingresa el 5 de Enero de 1917.

Antecedentes hereditarios. —Sin importancia.

Antecedentes personales. —No recuerda qué enfermedades padeció en la infancia.

Regló a los catorce años; las reglas han sido regulares e indoloras; tres o cuatro días de duración.

Ha tenido tres hijos; sus partos han sido normales.

A los 25 años se enfermó de neumonia.

A los 31 años tuvo una ictericia.

Enfermedad actual. — Desde hace 2 años comenzó a sentir dolores en la región epigástrica e hipocondrio derecho; presenta ictericia ligera.

Tiene orinas oscuras y materias fecales decoloradas. Hay prurito.

Estado actual. — Bien desarrollada. Regular panículo adiposo. Ha enflaquecido desde la entrada al Servicio. Piel y mucosas teñidas de amarillo intenso.

Aparato circulatorio. — Normal.

Aparato respiratorio. — Normal.

Aparato digestivo. — Se palpan en la región de la vesícula dos tumores pequeños, duros y dolorosos, que parecen estar unidos al hígado y que siguen sus movimientos; el hígado sobresale y se palpa a dos traveses de dedo por debajo del reborde costal.

Se encuentra urobilina, pigmentos biliares y disminución de la úrea en el análisis de orina.

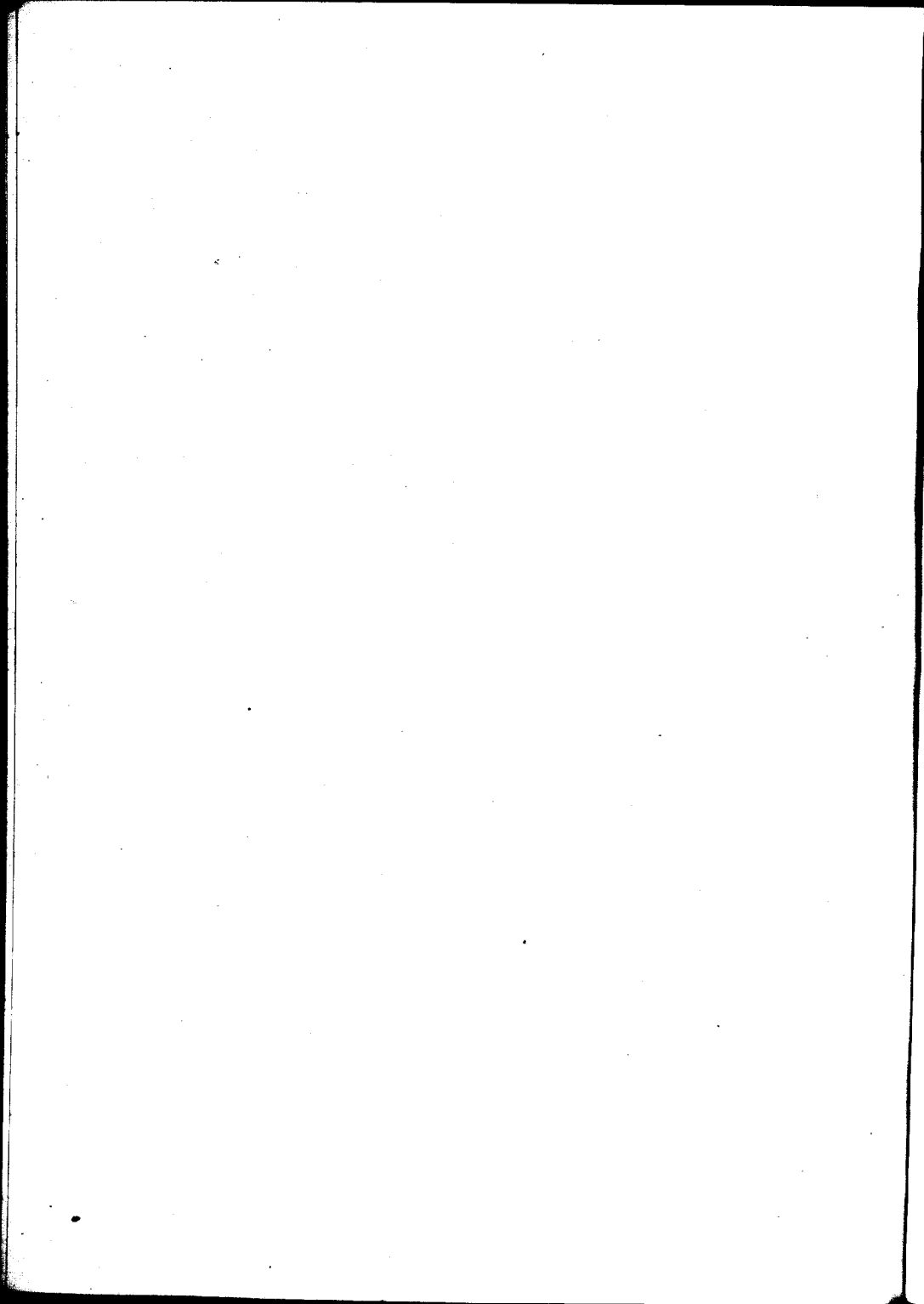
Diagnóstico. — Litiasis biliar.

Operación, Enero 19 de 1917. — Incisión de Kehr. Se encuentran adherencias que provienen del colon y que cubren la vesícula; da algún trabajo para desprenderlas. El colédoco engrosado, contiene dos cálculos del tamaño de un garbanzo y la vesícula contiene varios de regular tamaño y otros pequeños.

Coledocotomía supraduodenal y colecistectomía. Drainage del hepático. Al principio la bilis sale muy espesa por el drenage; más tarde se hace más y más fluída.

Alta a los 45 días.





CONCLUSIONES

En tratamiento médico, tiene en la litiasis biliar, un amplio campo de acción en todos aquellos casos complacientes, que ceden fácilmente y en los que el enfermo puede vivir durante muchos años, con su dolencia al estado latente.

El tratamiento quirúrgico es indispensable, toda vez que desgraciadamente, muchos casos no, ceden con el tratamiento médico.

Estos casos son:

- 1.° Litiasis vesiculares a crisis muy frecuentes o prolongadas, que hayan temer una perforación de la vesícula o el desmejoramiento rápido del estado general.

- 2.° Colecistitis sobreagudas o aquellas colecistitis agudas, que no ceden después de varios días de tratamiento médico.

3.° En la hidropesía de la vesícula a no ser que sea estéril.

4.° Obstrucción crónica del colédoco, entendiéndose por esto, a la obstrucción que no puede ser dominada por tratamiento médico, después de quince días de espera, como término medio.

5.° Empiema de la vesícula.

6.° Pericolecistitis con absesos.

7.° Principio de la fase hepática de la litiasis.

Los casos anteriormente apuntados, podrán ser intervenidos, siempre que otra enfermedad padecida por el enfermo, no constituya una contraindicación. Así pues, la operación estará contraindicada en los casos de: arterio esclerosis, diabetes, cardiopatías, nefritis etc.

A parte de esto, siempre habrá que tener en cuenta las características especiales a cada caso en particular.

La colecistectomía con drenaje del hepático de Kehr, es la operación que ofrece más garantías como tratamiento radical y aun como tratamiento preventivo.

ALFREDO JULIANEZ.



Buenos Aires, Abril 9 de 1918.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Antonio C. Gandolfo, al profesor titular Dr. Luis Agote y al profesor suplente Dr. Francisco Rophille, 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.

Buenos Aires, Abril 22 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3388 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Indicaciones y contra indicaciones de la colecistectomía.

A. C. Gandolfo.

II

Bibliografía argentina y opinión de los autores argentinos sobre el tratamiento de la litiasis biliar.

L. Agote.

III

Ruptura de la vesícula biliar y su tratamiento.

F. Rophille.



1237

