

Año 1915

Nº 3007

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA LITIASIS BILIAR

CONTRIBUCIÓN A SU ESTUDIO

T É S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FRANCISCO M. ALVARENGA

FARMACÉUTICO

Jefe de laboratorio en la Facultad de Ciencias Naturales de la Universidad Nacional de La Plata (1909 & 1915)

Practicante externo del Hospital Ramos Mejía (1910-11-12-13-14-15)

Farmacéutico de la Asistencia Pública de La Plata (1911-12)

Practicante Mayor, por concurso, de la Casa de Expósitos (1912-13-14-15)

Médico de la Sala de Primeros Auxilios de La Plata (1915)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 — Junio — 845

1915

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA LITIASIS BILIAR

CONTRIBUCION A SU ESTUDIO



Año 1915

N.º 3007

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA LITIASIS BILIAR

CONTRIBUCIÓN A SU ESTUDIO

T É S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FRANCISCO M. ALVARENGA

FARMACÉUTICO

Jefe de laboratorio en la Facultad de Ciencias Naturales de la Universidad Nacional de La Plata (1906 á 1915)

Practicante externo del Hospital Ramos Mejía (1910-11-12-13-14-15)

Farmacéutico de la Asistencia Pública de La Plata (1911-12)

Practicante Mayor, por concurso, de la Casa de Expósitos (1912-13-14-15)

Médico de la Sala de Primeros Auxilios de La Plata (1915)



BUENOS AIRES

•LA SEMANA MÉDICA• IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 — Junin — 845

1915

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

Artículo 162 del R. de la F

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

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

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » MARCELINO HERRERA VEGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRÁN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

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 DURANAÑA
	» RICARDO S. GÓMEZ
	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
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
	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Semiología y ejercicios clínicos }	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica .	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica..	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» AREL AYERZA
» Quirúrgica.....	» 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

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALLIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CARLOS DELFINO
	{ » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN
	{ » MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	{ » BENJAMIN T. SOLARI
	{ » JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Botánica médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	GUILLERMO SEPPER
Histología.....	JULIO G. FERNÁNDEZ
Anatomía descriptiva.....	EUGENIO A. GALLI
Fisiología general y humana.....	IVANK L. SOLER
Bacteriología.....	ALOIS BACHMANN
Higiene médica.....	FRILPE JUSTO
Semiología.....	MANUEL V. CARBONELL
Anatomía patológica.....	CARLOS BONORINO UDAONDO
Materia médica y terapéutica.....	JOAQUÍN LLAMBIAS
Medicina operatoria.....	JOSÉ MORENO
Patología externa.....	ENRIQUE PINOCCHIETTO
Clinica dermato-sifilográfica.....	CARLOS ROBERTSON
• génito-urinaria.....	FRANCISCO I. CASTRO
• epidemiológica.....	NICOLÁS V. GRECO
Patología interna.....	PEDRO L. BALINA
Clinica oftalmológica.....	BENARDINO MARAINI
• oto-rino-laringológica.....	JOAQUÍN NIN POSADAS
• quirúrgica.....	FERNANDO R. TORRES
Clinica médica.....	PEDRO LARAQUI
• pediátrica.....	LEONIDAS JORGE FACIO
• ginecológica.....	PABLO M. BARIARO
• obstétrica.....	ENRIQUE B. DEMARÍA
Medicina legal.....	ADOLFO NOCETTI
	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	MARCELINO HERRERA VEGAS
	ARMANDO R. MAROTTA
	LUIS A. TAMINI
	NIGUEL SUSSINI
	JOSÉ M. JORGE (H.)
	JOSÉ ARCE
	ROBERTO SOLÉ
	PEDRO CHUTRO
	JUAN JOSÉ VITÓN
	PABLO MORSALINE
	RAFAEL BULLRICH
	IGNACIO IMAZ
	PEDRO ESCUDERO
	MARIANO R. CASTEX
	PEDRO J. GARCÍA
	JOSÉ DESTÉFANO
	JUAN R. GOYENA
	MANUEL A. SANTAS
	MAMERTO AGUÑA
	GENARO SISTO
	PEDRO DE ELIZALDE
	FERNANDO SCHWEIZER
	JAIÑE SALVADOR
	TORIBIO PICCARDO
	CARLOS R. CIRIO
	OSVALDO L. BOTTARO
	ARTURO ENRIQUEZ
	ALBERTO PERALTA RAMOS
	FAUSTINO J. THONGÉ
	JUAN B. GONZÁLEZ
	JUAN O. RISSO DOMÍNGUEZ
	JUAN A. GABASTOU
	JOAQUÍN V. GNECCO
	JAVIER BRANDAN
	ANTONIO PODESTÁ

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada ..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas ..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	{ » PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas ..	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	{ » LUIS GUGLIAIMELLI
Química analítica	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	» ANGEL SABATINI

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 GUARDO

Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	Vacante
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura.....	Vacante

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Clínica Obstétrica.....	DR. J. C. LLAMES MASSINI (encargado del curso del 1er año)
» » 	» UBALDO FERNANDEZ (encargado del curso de Puericultura)

PADRINO DE TESIS

DR. DANIEL J. CRANWELL

Académico, Consejero y Profesor de Patología Quirúrgica
Sub-director de la Casa de Expósitos
Jefe de la Sala XI del Hospital Ramos Mejía

A MIS QUERIDOS PADRES

À QUIENES DEBO LO QUE SOY

GRATITUD

A MI QUERIDA ABUELA

CARIÑOSO RECUERDO

A LOS MÍOS

À LOS DOCTORES

ENRIQUE HERRERO DUCLOUX Y DANIEL J. CRANWELL

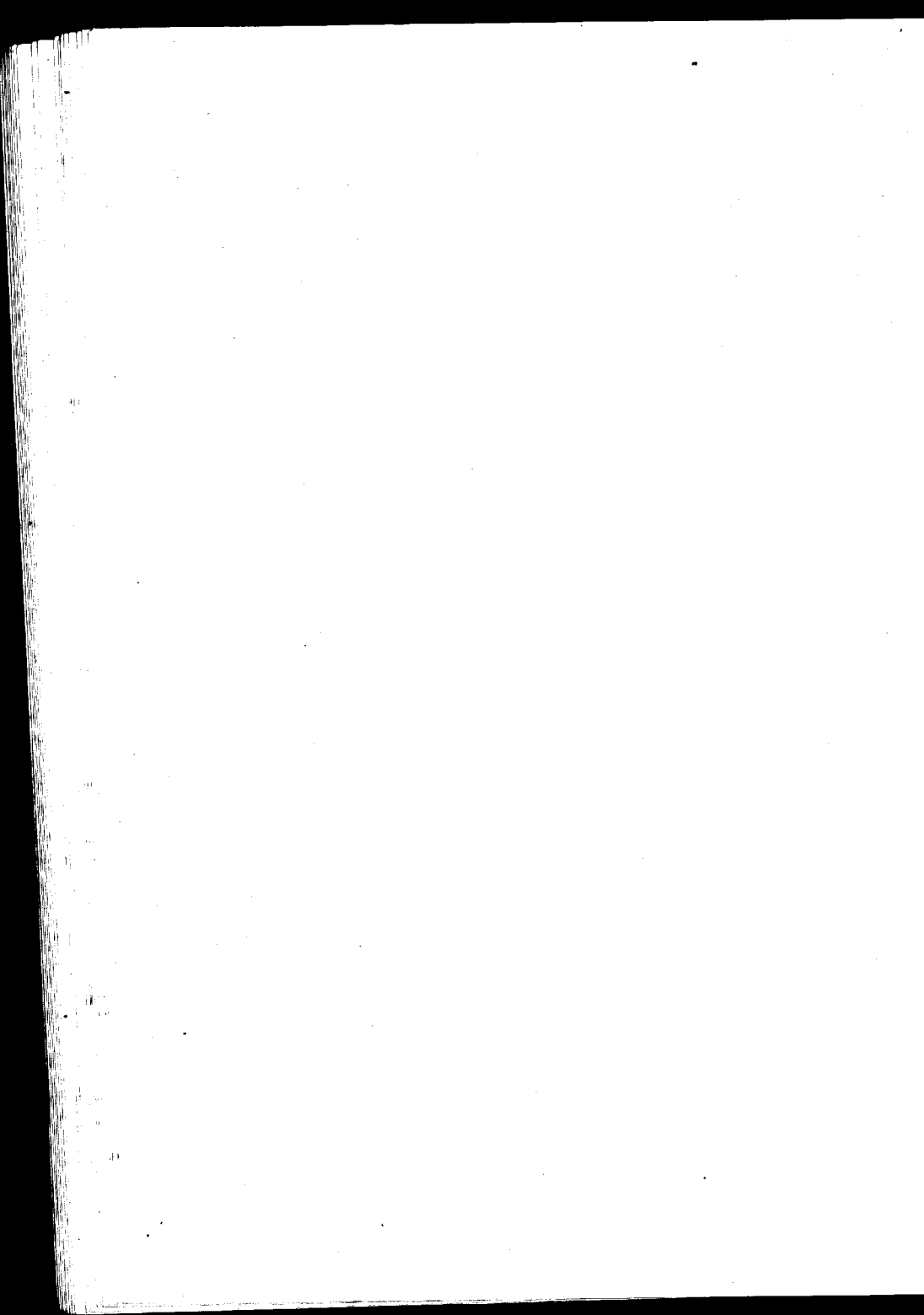
POR SUS DEFERENCIAS

À LOS DOCTORES

JULIO MÉNDEZ Y RICARDO A. NÖLTING

MAESTROS Y CABALLEROS

A MIS AMIGOS



SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:



Presento á vuestra digna consideración, este modesto trabajo de contribución al estudio del tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar, que pretendo me sirva para rendir la última prueba á que estoy obligado, como estudiante de esta escuela de medicina.

Son unas sencillas páginas, que ofrendo á la erudita bibliografía de esta interesante cuestión, para optar al honroso título de Doctor en Medicina.

Al llegar á esta anhelada meta, momento trascendental de mi vida, quiero dejar constancia de mi justo reconocimiento y sincera gratitud á los que, en los anfiteatros, laboratorios ó clínicas, en la Facultad ó en los hospitales, me ilustraron, enseñándome á interpretar y mitigar el dolor humano.

Aldr. Cranwell, Profesor caballeresco, de quien fuí prac-

ticante, que me ilustró y dispensó atenciones, me inspiró este trabajo y me honra acompañándome en este acto.

A los Dres. Méndez, Nölting y Sommer, intachables en ciencia y conciencia, y á los médicos de sus respectivas salas en el Hospital Ramos Mejía, por las nobles enseñanzas con que contribuyeron á formar mi criterio médico, mientras fuí practicante de dichos servicios.

Al Dr. Centeno, distinguido Profesor y demás médicos de la Casa de Expósitos, que me iniciaron en pediatría y de quienes recibí deferencias siendo practicante.

A los Dres. Olivieri, Ronchi y Schinelli, que me dispensaron sus conocimientos y su aprecio, en los últimos años de mi carrera.

A mis buenos compañeros de la Casa de Expósitos, leales amigos, con quienes compartí las horas inolvidables de estudiante, la expresión de mi amistad imperecedera.

A los amigos que me alentaron y facilitaron mis estudios.

CONSIDERACIONES GENERALES

La litiasis biliar, constituye una de las afecciones más interesantes en la patología del hígado, ya sea por su relativa frecuencia en la edad media de la vida, de preferencia en la mujer, ya por sus múltiples manifestaciones, cada día mejor estudiadas, ó por el notable adelanto alcanzado en su tratamiento, principalmente el quirúrgico.

Es precisamente del tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar, del que vamos á ocuparnos en este trabajo.

Sabemos que en el tratamiento de esta enfermedad, ha tenido al principio un predominio casi absoluto, la medicación interna, al punto que Chauffard, al fin del siglo pasado todavía, preconizaba que no debía haber tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar. «La litiasis no justificaría la cirugía, si nosotros los médicos no la atendiéramos muy tarde, ó de una manera insuficiente», agregaba.

El concepto moderno de la litogénesis biliar, el adelanto

en la técnica quirúrgica y los resultados obtenidos en las primeras intervenciones, han producido un cambio evidente en su terapéutica, en la cual intervienen los cirujanos desempeñando, ahora, un papel importante y no como antes, en que sólo eran llamados cuando una complicación grave amenazaba la vida de estos pacientes.

Podemos decir que hoy se complementan clínicos y cirujanos, tratando, aquellos, los que se han dado en llamar litíasicos regulares y éstos, á los que presentan una evolución irregular.

¿Qué son litíasicos regulares y litíasicos irregulares? Esta división tan neta no es posible hacerla, pues sabemos que precisamente en medicina nada es absoluto, pero en fin, se ha convenido en designar como regulares á un grupo de litíasicos que evolucionan con los síntomas clásicos: cólicos discretos, temperaturas sub-febriles, ictericias poco acentuadas, etc.; é irregulares á los que presentan complicaciones desde los cólicos intensos y frecuentes, ictericias francas, oclusión del colédoco, colecistitis supuradas, hasta la angiocolitis, etc.

Moyriham dice: «el estómago, órgano sensible, es el que á menudo dá el primer grito de dolor» y efectivamente, tiene razón al agregar que se busquen los «síntomas inau-gurales» muy anteriores al síndrome del cólico hepático, pues se encontrarán.

Recorriendo historias prolijas de litíasicos, se leen frecuentemente antecedentes gastro-intestinales que se englobaban antes, en el cómodo grupo de las dispepsias y que

los estudios de hoy los colocan como «síntomas inaugurales», de manera que el cólico hepático no constituye ya el revelador primero de una colelitiasis.

Estos mismos signos nos hacen desear la idea de que puedan haber litiasis regulares é irregulares, bajo el punto de vista de la evolución de la enfermedad, es decir, clínicamente.

Para fijar más este concepto, nos bastará recordar la historia núm. 6 de la estadística que presentamos, la cual nos dice, que la enferma sufrió en el espacio de un año, varios cólicos hepáticos, sin ninguna complicación aparente, es decir, era una litiasis regular, sin manifestación alguna de enfermedad concomitante.

A esta enferma se le hace la colecistectomía, se deja un drenaje de gasa en el muñón del cístico, sigue bien durante cinco días, al cabo de los cuales se le declaran síntomas de insuficiencia hepática y renal, debido á lo cual fallece. A la autopsia se constata que la cicatrización había principiado, pero que la enferma había sucumbido por una degeneración aguda del hígado, riñones y miocardio.

Clínicamente, su litiasis era regular, no complicada; sin embargo, el resultado desgraciado de la operación, demuestra que los varios cólicos que había sufrido fueron suficientes para comprometer la función hepática en el curso de un año. Bajo la más aparente tranquilidad se había desarrollado una perturbación en la intimidad de sus pa-

rénquimas y la intervención, fué la gota de agua que hace desbordar un vaso lleno.

Los estudios modernos, investigando la patogenia de esta enfermedad, han llegado á establecer un paralelo bastante acentuado con la apendicitis, teniendo naturalmente en cuenta su diferencia anátomo-fisiológica. Es decir, su analogía como proceso infeccioso en la cavidad cerrada de Dieulafoy, su disparidad como órganos de distinta función, por sus particularidades en las conexiones vasculares y linfáticas y en sus relaciones peritoneales, situada como está la vesícula, entre el hígado, el cólon transversal y duodeno y la pared abdominal anterior, en cierta manera, contenida en una cavidad peritoneal, mucho más reducida que la gran cavidad en que se encuentra el apéndice, con su relativa movilidad. Vale decir, que llegado el caso de una peritonitis, el proceso queda localizado con más probabilidad tratándose de una colecistitis que de una apendicitis.

Establecido este paralelo entre la apendicitis y la colecistitis, veamos cuál es el concepto moderno en el tratamiento de la apendicitis y si debemos aceptar una indicación análoga para la afección que nos ocupa.

Fundado en los estudios de las estadísticas, se ha aprendido á extirpar el apéndice lo más pronto posible, diremos diagnosticada su primera manifestación mórbida.

La intervención precoz es su tratamiento ideal. Y porqué? porque se ha observado que entonces la operación es más fácil, rápida y el resultado terapéutico óptimo.

Pues cuando se operaba después de varios ataques, se encontraba el apéndice cubierto de adherencias más ó menos fuertes, perdidas sus relaciones, con alteraciones anatómicas profundas, si es que ya no se había producido su ulceración con la consiguiente peritonitis poco ó nada localizada y de pronóstico sombrío siempre.

¿Y estas alteraciones anatómicas, dan signos clínicos en relacion con su mayor ó menor importancia? No. Recordemos lo que decía Dieulafoy de las calmas engañosas.

De manera que hoy, establecido el diagnóstico de apendicitis, se procede quirúrgicamente para extirpar el foco infeccioso que la constituye y por consiguiente hacer desaparecer las manifestaciones *in situ* ó á distancia que se producen, debido á sus relaciones anátomo-patológicas con el resto del aparato digestivo.

La litiasis biliar, sabemos que tiene su origen en la inmensa mayoría de los casos, en la vesícula infectada, convertida en una cavidad cerrada por la retención biliar, y que de allí dimanen todas las otras molestias locales y generales, sea sobre el aparato digestivo, debido también á sus relaciones anátomo-fisiológicas ó su repercusión sobre el estado general.

Esta afección, fundamentalmente idéntica á la apendicitis en su patogenia, también lo es, por la falta de relación entre el grado de sus lesiones anátomo-patológicas y sus manifestaciones clínicas, á veces.

Aún cuando en menor número de observaciones que

en la apendicitis, se ha notado en las operaciones precoces hechas sobre las vías biliares, que éstas conservaban sus relaciones, que la vesícula estaba poco ó nada adherida á los órganos vecinos, que su unión con el cístico y de éste con el hepático y á su vez el colédoco, eran claramente visibles y fácil de examinar, en fin, la intervención resultaba más sencilla en su ejecución y excelente en su resultado terapéutico.

El éxito obtenido operando precozmente la apendicitis, la similitud en las leyes patológicas que rigen ambos procesos, han influído para que los cirujanos estudiaran la conveniencia que habría en operar también en igual oportunidad á los colelitíasicos.

Y si nosotros meditamos un poco, leyendo las elocuentes historias clínicas, deduciremos que lo mejor y más racional, es curar radicalmente á estos pacientes, atacando el mal directamente en su foco de producción.

Porque la vesícula enferma, además de dar los trastornos funcionales que hemos citado, produce sus complicaciones locales ó extiende, por medio de sus colelitos, la afección á las demás vías biliares; eso sin contar que puede enfermar la glándula hepática en su intimidad, ó á otros órganos en relación con ella, principalmente al páncreas, tan vinculado fisiopatológicamente.

Kehr dice: «con la vesícula y el apéndice no hay que comportarse amablemente. Estos dos órganos no han sido creados sino para desesperar al hombre y cuando se consideran las desgracias indecibles que estos dos

apéndices causan en el mundo, es necesario no esperar tanto tiempo para suprimirlos y transportarlos al alcohol desnaturalizado. Ellos no merecen el alcohol absoluto».

Veamos lo que dicen las estadísticas de los cirujanos que mayor número de litiásicos han tratado:

ESTADÍSTICA DE KEHR

22 de Mayo de 1890 á 1.º de Mayo de 1912

Litiasis no complicadas

1.º 307 cistostomías y cistotomías, con 7 muertos: mortalidad 22 ‰.

2.º 455 ectomías, con 14 muertos: 14 ‰.

3.º 467 coledocotomías con hepaticus drenaje, 16 muertos: 3.4 ‰ de mortalidad.

Litiasis complicadas

1.º 347 intervenciones por complicaciones benignas, con 4 muertos: 14 ‰ de mortalidad.

2.º 290 intervenciones por complicaciones malignas, con 228 muertos: 78.6 ‰.

ESTADÍSTICA DE KÖRTE

1.º 224 litiasis no complicadas, con 7 muertos: 3 ‰ de mortalidad.

2.º 30 litiasis complicadas, con 16 muertos: 53 ‰ de mortalidad.

ESTADÍSTICA DE W. MAYO

Litiasis no complicadas

1.º	845	cistostomías, con mortalidad:	2.13	‰.
2.º	275	»	»	»
3.º	319	cistectomías	»	»
Y última serie		»	»	»

Litiasis complicadas

1.º 105 coledocotomías en enfermos de buen estado general: mortalidad 2.9 ‰.

2.º 61 coledocotomías en enfermos con fiebre é ictericia marcada: 16 ‰.

3.º 29 intervenciones en enfermos con insuficiencia hepática: 34 ‰.

Y 4.º 12 operaciones en enfermos con obstrucciones cancerosas, 4 muertos: 33.5 ‰.

ESTADÍSTICA NACIONAL

Litiasis simples:

1.º 113 colecistostomías, 12 muertos, 10.6 ‰ de mortalidad.

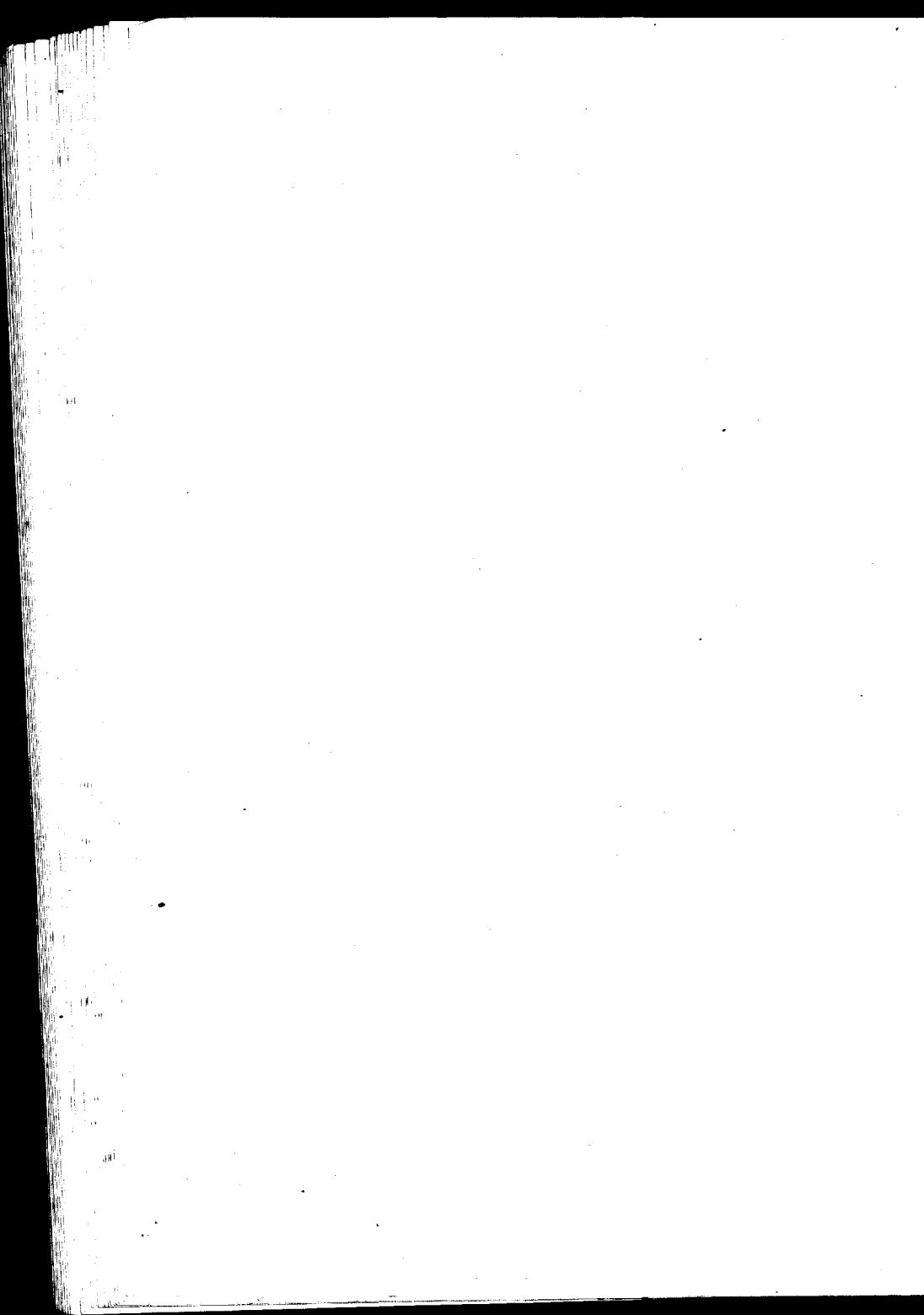
2.º 145 colecistectomías, 12 muertos, 8.29 ‰ de mortalidad.

Litiasis complicadas:

1.º 51 drenaje de vías biliares, 10 muertos, 19.6 % de mortalidad.

2.º 7 enterostomías biliares, 1 muerto, 14.2 % de mortalidad.

Este es un resumen de la estadística obtenida por los Dres. Jorge y Fox, reuniendo 318 casos operados en los servicios de los Dres.: Arce, Aróztegui, Bazterrica, Beláustegui, Caballero, Caride, Cranwell, Cirio, Chutro, Decoud, Finochietto, Gandolfo, Gutiérrez, Molina, Marotta, Nores, Palma, Passerón, Viñas y Zabala.



HISTORIAS CLINICAS

Observación I

SERVICIO DEL DOCTOR CRANWELL

SALA XI. HOSPITAL SAN ROQUE

Gertrudis M. de G., 38 años, argentina, casada.

Ingresa el 14 de Febrero de 1913.

Diagnóstico.—Colecistitis calculosa aguda.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Regló á los 14 años, periódicas, regulares, no dolorosas. Tuvo 4 hijos, todos á término y con evolución normal de puerperio.

Enfermedad actual.—Manifiesta la enferma que desde hace un año viene sintiendo dolores en el epigastrio é hipocondrio derecho y que se propagaban al hombro del mismo lado. Estos dolores eran muy intensos y se producían repentinamente, no guardando relación con la ingestión de alimentos, acompañados al mismo tiempo de vó-

mitos, unas veces alimenticios, otras biliosos, escalofríos, paresia del brazo derecho y temperatura. Todos estos fenómenos se repetían cada 20 ó 25 días, poniéndose la piel amarilla al día siguiente de los ataques.

Estado actual.—El día 14 ingresa á este servicio á las 3 de la mañana. Refiere la enferma haberse despertado por un dolor intenso en el hipocondrio derecho y vómitos.

Al examinarla se constata un estado general grave: pulso frecuente, 120 por minuto, pequeño, temperatura 38°.

Al exámen del vientre, rebasando el reborde costal derecho y por fuera del músculo recto, se nota á la palpación un tumor del tamaño de una naranaja, renitente, de bordes redondeados, que sigue los movimientos respiratorios y que se continúa con la matitez hepática. Hay defensa muscular en este sitio, que aumenta con la más ligera presión, hay hiperestesia cutánea en esta misma región que se generaliza á todo el vientre. El tumor se desplaza lateralmente con facilidad.

Por la gravedad de la enferma se interviene de urgencia.

Operación.—14 de Febrero. Anestesia: éter. Incisión vertical, siguiendo el borde externo del recto derecho. Aparece la vesícula del tamaño de una pera grande, eréctil, roja y sumamente distendida, como un apéndice en inflamación aguda. El epiplón la recubre en parte y se encuentra adherido á su superficie.

Colecistectomía retrógrada. Se desprenden las adheren-

cias y se extirpa la vesícula con suma facilidad. Ligadura del cístico y de la arteria con catgut. Drenaje con gasa del lecho cístico.

Abierta la vesícula, se encuentra un líquido turbio y numerosos cálculos de diversos tamaños, la mucosa roja y con algunos puntos gangrenados, siendo inminente una perforación.

Curación sin accidentes.

Observación II

SERVICIO DEL DOCTOR VIÑAS
SALA XIII. HOSPITAL SAN ROQUE

A. B., 29 años, argentina, casada.

Diagnóstico.—Colecistitis calculosa crónica.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—En su infancia no recuerda haber tenido ninguna enfermedad. Menstruó á los 13 años, siendo estas regulares, periódicas y no dolorosas, duraban 3 días. A los 17 años se casó. Ha tenido 6 partos normales y dos abortos que nada tienen que ver con especificidad. Hase 3 años, después del 5.º parto, tuvo una infección puerperal con alta temperatura que se mantuvo durante 40 días y de la cual curó.

Siempre ha sido constipada, estando hasta 4 ó 5 días sin mover el vientre, teniendo por tal motivo que hacer uso frecuente de enemas.

Enfermedad actual.—Refiere la enferma que desde hace 3 años viene sufriendo de perturbaciones digestivas, ligero dolor en el epigastrio, pesadez y plenitud de estóma-

go, algunas veces después de las comidas, otras alejadas de ellas. Estas molestias van acompañadas de eructos ácidos.

El 25 de Diciembre de 1913, estando bien y á eso de las 2 de la tarde, fué sorprendida por un fuerte dolor en el epigastrio con propagación al dorso y al hombro derecho, no tuvo vómitos, ni fiebre. Los dolores se atenuaron poco á poco y desaparecieron al día siguiente. Consecutiva á la desaparición de sus dolores, la enferma nota que su piel se pone amarilla y que sus orinas se vuelven oscuras. Las materias fecales eran coloreadas.

Por este motivo consulta al médico de la localidad, éste le diagnostica una afección al hígado y le receta unos sellos á tomar cuatro por día. Al cabo de pocos días las orinas se hacen claras y el color amarillo de su piel desaparece.

A pesar de ésto, la enferma continúa con sus molestias y dolores en el estómago.

A mediados de Enero del mismo año, tuvo otro ataque análogo al primero, pero esta vez el color de las materias fecales eran del color de la masilla. Eliminó 3 cálculos. Hace 20 días tuvo nuevamente otro ataque, más violentos que los anteriores, con arcadas, vómitos é ictericia y la decoloración de las materias fecales. Eliminó un cálculo del tamaño de una guinda, color gris y consistencia dura.

Por consejos de su médico se traslada á ésta.

Estado actual.—Mujer de esqueleto mediano. Piel

blanca, escaso panículo adiposo. Reflejos abdominales, plantar, patelar, existen.

Pulmones, por detrás: vibraciones existen. Sonoridad normal de la voz. No hay ruidos agregados.

Pulmones, por delante: sonoridad normal. Respiración vesicular. Espacio de Traube libre.

Corazón: ritmo y tonos normales.

Hígado: borde superior de la 6.^a costilla, reborde costal, línea mamilar.

Bazo: no se palpa.

Abdómen: paredes flácidas, depresibles. A la presión profunda debajo del reborde costal derecho y al nivel de 10.^a costilla, la enferma acusa dolor. En la fosa ilíaca derecha existe también otro punto doloroso.

Lengua: saburral.

• Conjuntivas: tinte sub-ictérico.

Orinas: hay pigmentos biliares y vestigios de albúmina.

Temperatura: no hay.

Día 17.—Aceite de ricino 40 grs., suero 500 grs., vía subcutánea, aceite alcanforado mañana y tarde 3 c. c.

Día 18.—Operación: anestesia al éter. Incisión de Kehr. La vesícula está distendida, de paredes esclerosadas y llena de cálculos. Se palpa el hepático y el colédoco: el colédoco está dilatado y en su interior se palpan numerosos cálculos.

Colecistectomía clásica: Se extirpa la vesícula, en su

interior contenía 50 cálculos de colestearina, de diversos tamaños.

Se abre el colédoco y se mantiene la abertura del conducto con pinzas de Kocher. Se extraen con pinzas 20 cálculos de diverso tamaño, en su mayor parte chicos. Se coloca una sonda Nélaton hacia el hepático, se pasa un punto de seda que toma el colédoco y la pared de la sonda para fijarla. Se rodea el tubo con gasa y se cierra el resto de la herida.

Consecuencias operatorias.—El tubo funciona muy bien, da 300 á 400 grs. de bilis que se recogen en un frasco. Su aspecto es grumoso, espeso, con gran cantidad de co-lesterina.

Inyecciones de suero diario, aceite alcanforado y estricnina.

Se mantiene bien hasta el 4.º día en que fallece con fenómenos de intoxicación y en colapsus.

Observación III

SERVICIO DEL DOCTOR VIÑAS

SALA XIII.—HOSPITAL SAN ROQUE

R. T., 59 años, italiano.

Ingresa á este servicio, procedente de la sala X del Dr. Méndez, con la siguiente historia clínica:

Antecedentes personales.—En la infancia, sarampión. A los 14 años, blenorragia y llagas en el glande acompañadas de infarto ganglionar y manchas generalizadas en todo el cuerpo. A los 21 años, fiebre tifoidea. A los 23, malaria, adquirida en Italia; dice haber sido tipo terciana.

Era siempre constipado. Gran bebedor y fumador.

Enfermedad actual.—Hace más ó menos un año comienza con digestiones malas y dolorosas, se adelgazó notablemente. Al poco tiempo nota que su piel se pone amarilla y que sus orinas se ponen oscuras. Por este motivo ingresa al hospital Fernández. Fué dado de alta sin mejoría.

La ictericia fué desapareciendo paulatinamente. Como

se le dijera que probablemente sería objeto de una intervención quirúrgica ingresa á este hospital.

Estando en este hospital, es atacado de fuertes dolores en la región del hipocondrio derecho propagados á la espalda, acompañados de vómitos, chuchos y fiebre. La piel se le pone amarilla y las materias fecales se decoloran.

Estado actual.—5 de Noviembre 1913. Hombre bien desarrollado, buen esqueleto, regular panículo adiposo. Piel tinte verdoso intenso en todo el cuerpo. Presenta sobre toda la superficie del cuerpo cicatrices consecutivas á una erupción pruriginosa.

Reflejos plantar, patelar, abdominal existen.

Tórax: simétrico, diámetros normales, tipo respiratorio, costo abdominal. La región hepática más voluminosa que el lado opuesto.

Pulmones por detrás: sonoridad normal, bases móviles, la derecha dos traveses de dedo más alta que la izquierda. Vibraciones existen, respiración vesicular. Rales subcrepitantes en la base derecha. Resonancia normal de la voz.

Pulmones por delante: sonoridad normal, bases móviles, derecha borde superior de la 5.^a costilla. Espacio de Traube libre. Respiración vesicular.

Corazón: normal.

Hígado: borde superior de la 5.^a costilla. Por debajo 2 traveses de dedo del reborde costal, se palpa superficie lisa, borde grueso y liso. No se palpa vesícula. La palpación profunda no es dolorosa.

Abdómen: paredes flácidas, se deja palpar el cólon ascendente algo retraído no doloroso, resto del abdómen normal.

Bazo: no se palpa.

Conjuntivas: amarillas.

Lengua: saburral.

Pulso: igual, regular, mediano, depresible, rápido.

Análisis de orinas: albúmina no hay, pigmentos biliares é indican.

Análisis de sangre: fluye con facilidad.

Glóbulos rojos: 3.290.000. Glóbulos blancos: 6.000.

Fórmula leucocitaria: polinucleares 60, mononucleares 18, linfocitos 13, eosinófilos 3, transición 3.

Diagnóstico semiológico: ictericia, orinas ictericas, materias grasas, congestión pulmonar leve base derecha, hepatomegalia.

Diagnóstico clínico: ictericia crónica con exacerbaciones temporarias por retención biliar. Cálculos biliares. Colecistitis calculosa.

Ingresa al servicio del Dr. Viñas.

25 de Octubre de 1913.—Operación. Anestesia clorofórmica. Incisión de Kehr. La vesícula está retraída llena de cálculos, adherente al cólon transverso y al duodeno. Se palpa el hepático y colédoco: están dilatados. En el interior del colédoco se palpa un cálculo.

Colecistectomía clásica: se comprende en una sola ligadura el cístico y el pedículo vascular. Se abre el colédoco sobre el cálculo y se mantiene la abertura del con-

ducto con pinzas de Kocher, se extrae el cálculo del tamaño de una nuez. Se sondea el hepático y el colédoco y no se notan más piedras. Se coloca una sonda Nélaton hacia el hepático, se pasa un punto de seda que toma el colédoco y la pared de la sonda para fijarla. Se rodea con gasa el tubo y se cierra el resto de la herida.

Consecuencias operatorias: el tubo funciona bien, la bilis es grumosa, espesa, con gran cantidad de coles-terina.

Inyecciones diarias de suero y aceite alcanforado.

La ictericia y la orina se hacen cada día más claras. A los 2 meses es dado de alta, curado.

Observación IV

SERVICIO DEL DR. CRANWELL

SALA XL.—HOSPITAL SAN ROQUE

A. F., 62 años, italiana, soltera.

Ingresa el 6 de Abril de 1913.

Diagnóstico.—Colecistitis calculosa. Pericolecistitis.

Antecedentes hereditarios y personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Comienza hace 3 meses, con dolores en el epigastrio y vómitos alimenticios que se presentaban cada vez que la enferma comía carne. Desde hace un mes los ataques son más frecuentes. Estos dolores se propagan al hombro derecho, acompañados de temperatura y escalofríos, al día siguiente de estos ataques la piel se le ponía amarilla.

Estado actual.—Estado general pobre, notablemente adelgazada.

Pulmones y corazón: normales.

Pulso: frecuente (120), blando, depresible, poco tenso.

Temperatura: entre 38 y 39°. Persisten los escalofríos.

Abdómen: á la inspección se nota un abovedamiento bien manifesto debajo del reborde costal derecho é hipo-

condrio del mismo lado. La palpación es dolorosa y se nota un tumor del tamaño de un huevo de avestruz, de superficie lisa y uniforme, que sigue los movimientos respiratorios. Mate á la percusión y se continúa con la matitez hepática. Se le puede imprimir movimientos de lateralidad.

Abril 8.—Operación. Anestesia al éter. Incisión vertical siguiendo el borde externo del recto derecho.

El tumor está formado en su mayor parte por las adherencias del epiplón y del cólon transverso á la vesícula.

Colecistectomía clásica: se extirpa la vesícula en su casi totalidad, siendo necesario dejar algún resto de pared adherido al cólon. El cístico se liga al nivel de la desembocadura del colédoco.

El cístico y la arteria se comprende en una sola ligadura con catgut.

Drenaje á la Kehr.

La vesícula, de paredes espesadas, contiene cálculos del tamaño de una avellana al de una nuez.

Después de la operación tuvo abundantes vómitos, inapetencia, constipación y pulso frecuente, pequeño.

Se le hace suero y aceite alcanforado, diariamente.

Poco á poco se calman estos trastornos. A los diez días se retira el drenaje y sale bilis en cantidad. Curaciones diarias con mecha cada vez más pequeña, de gasa, hasta el cierre completo de la herida abdominal.

Alta, curada.

Observación V

SERVICIO DEL DOCTOR VIÑAS

SALA XIII.—HOSPITAL SAN ROQUE

S. T., 35 años.

Hace un año que padece de una afección gástrica, con dolores epigástricos que se propagan á la región lumbar, con vómitos, temperatura y malestar general.

En un año ha tenido tres ataques análogos.

Ingresa al servicio del Dr. Nölting. Sala I.

Estado actual.—Dolor agudísimo en la región vesicular, vómitos, timpanismo, pulso frecuente, 140 por minuto, pequeño.

Constipación. Hipotermia y decaimiento general.

Diagnóstico.—Colecistitis aguda. Perforación de la vesícula. Peritonitis generalizada.

Se resuelve operar de urgencia. Anestesia al éter. Incisión lateral, se llega al peritoneo, saliendo una gran cantidad de pus mezclado con bilis. Enorme cantidad de adherencias impiden llegar á la vesícula. Drenaje.

Suero, aceite alcanforado, estricnina.

Fallece á las 12 horas de operado.

Necropsia: vesícula llena de cálculos del tamaño de una avellana. Perforada en su base. Las ansas intestinales llenas de escudos fibrino-purulentos.

Observación VI

SERVICIO DEL DOCTOR GRANWELL
SALA XI. — HOSPITAL SAN ROQUE

A. S. de L., 52 años, española, casada.

Ingresa el 23 de Enero de 1914, procedente de la sala II.

Diagnóstico.—Colecistitis purulenta. Pleuresía derecha, purulenta, pútrida.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes individuales.—Sarampión y viruela en la infancia. Regló á los 21 años. No ha tenido embarazos.

Enfermedad actual.—Desde hace un año tiene pesadez de estómago y ligeros dolores en el epigastrio.

Días antes del 1.º del corriente, notando bastante plenitud de estómago y dolores en el epigastrio después de comer, resuelve tomar un purgante.

Ese mismo día y á la hora de haber almorzado, dolor violento en el epigastrio, vómitos y deposiciones líquidas.

Durante los cinco días siguientes continúan los dolores en el vientre, náuseas y dolor más acentuado en la

fosa iliaca derecha, por lo cual ingresa á la sala II, el 5 de Enero de 1914, con 38°5, oscilando la temperatura los días siguientes entre 37°4 y 38°2. Se le diagnostica una pleuresía, se le hace una toracentesis, se le extrae un litro de pus. Su cultivo dá colibacilos y estreptococus.

Ingresa al servicio del Dr. Cranwell. (Observación N.º 20 de su estadística).

Estado actual.—Mujer bien constituida y en buen estado de nutrición.

Tinte subictérico de la piel y conjuntivas. Lengua saburral, seca.

Pulso frecuente, depresible, pequeño.

Disnea.

Pulmón derecho por detrás: skhodismo desde el vértice hasta la espina del homóplato, mate por debajo. Vibraciones exageradas hasta la espina del homóplato, suprimidas por debajo. Respiración fuerte en el vértice, tubaria por debajo, broncofonía.

Pulmón izquierdo: sonoridad normal, vibraciones existen, respiración vesicular, rales subcrepitantes en la base.

Por delante: rales subcrepitantes en el pulmón derecho; espacio Tranbe libre.

Abdómen: globuloso, timpánico, muy doloroso al nivel de la vesícula donde está tumefacto, hay defensa muscular, matitez y edema de la pared.

Suero, aceite alcanforado en cantidad.

Dada la gravedad de la enferma se le interviene de urgencia.

Operación: anestesia local, incisión paramediana. Dá salida á gran cantidad de pus fétido. Drenaje con tubo de goma.

Pleurotomía: sale gran cantidad de pus fétido. Drenaje con tubo de goma.

Se le continúa haciendo una asistencia adecuada, con suero, aceite alcanforado, digitalina, colargol, etc., á pesar de lo cual fallece á los 15 días de operada.

Observación VII

SERVICIO DEL DR. CRANWELL
SALA XI.—HOSPITAL RAMOS MEJÍA

N. B. de G., 37 años, uruguay, casada.

Ingresa el 5 de Marzo de 1915.

Diagnóstico.—Colecistitis calculosa y obstrucción del colédoco.

Tratamiento.—Colecistectomía, coledocotomía y drenaje del hepático.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—A la edad de 4 años, dice haber sufrido de ataques epilépticos. Regló á los 12 años, irregulares, poco abundantes, indoloras. No tiene hijos, ha tenido 2 abortos de dos meses de gestación.

Enfermedad actual.—Manifiesta que hace un año, sintió un fuerte dolor en el hipocondrio derecho al nivel del reborde costal, que se irradiaba al hombro y al epigastrio, acompañado de vómitos y temperatura, á los 2 días de este ataque se ponían las conjuntivas oculares de color amarillento y más tarde las mucosas y la piel, sufriendo

gran picazón en la piel, lastimándose esta por el grataje; materias fecales decoloradas, orinas microicas y muy escasas.

Hasta el día de la fecha ha tenido siete ataques, el último hace 2 días.

Estado actual.—Mujer en regular estado general y de nutrición, mucosas, conjuntivas y piel de coloración amarillo-aceituna, lengua saburral, la piel presenta además gran cantidad de cicatrices producidas por el grataje. Es constipada, orinas escasa y microicas, las deposiciones ligeramente coloreadas.

Pulmones: normales, 18 respiraciones.

Corazón: ritmo y tonos normales.

Pulso: 72 pulsaciones, regular, igual, poco tenso.

Temperatura: 36°6.

Vientre: flácido, indoloro en todas sus partes, á la palpación, se constata que el borde inferior del hígado llega á un través de dedo por debajo del reborde costal derecho.

Bazo: no se palpa.

El día 17, estando en la sala, tuvo un ataque de cólico hepático con elevación de temperatura á 39° por la tarde, al día siguiente estuvo bien, continuando sin fiebre hasta el día 22, que sufre un nuevo ataque, volviendo á aparecer temperatura de 38°9. Esto, á pesar de estar la enferma á régimen, siguiendo los cuidados preoperatorios, dado el estado un tanto precario en que ingresó.

26 de Marzo. Operación. Cloroformo con aparato R. D.

Incisión de Kehr. Íntimas adherencias del estómago y duodeno á la vesícula y cara inferior del hígado. Vesícula retraída, dura, espesada, con varios cálculos del tamaño de un garbanzo. Al desprender las adherencias se rompe la vesícula y sale al mismo tiempo bilis y un cálculo. Se protege convenientemente con compresas el campo y continuando la exploración se encuentran sobre el colédoco dos ganglios, uno del tamaño de una almendra y el otro del de un poroto, se extirpan.

A la palpación del colédoco se sienten varios cálculos del tamaño de un garbanzo, fácilmente movilizables. Se incinde el colédoco sobre uno de ellos, con una pinza se evacúan todos los que se alcanzan, manteniendo mientras los bordes de la herida con pinzas y secando el otro ayudante continuamente la bilis, no muy turbia, que salía. Terminada la exploración del hepático y del colédoco, se coloca una sonda Nélaton, con extremo cortado, hacia el hepático, se pasa un punto de seda que toma el colédoco y la sonda para fijarla, se cierra el resto de la incisión sobre la sonda.

Se extirpa la vesícula, quedando algunos restos de sus paredes, imposibles de desprender de las adherencias. Se hace un taponamiento de Kehr (taponamiento-drenaje con gasa) y se cierra la pared abdominal, dejando salir la sonda rodeada de gasa. Se une después la sonda á un tubo de goma para recoger la bilis en un frasco.

Diariamente, se cambia una ó dos veces al día la curación, sin tocar el tubo ni el drenaje de gasa. Este último

dá gran cantidad de secreción teñida por la bilis. Por el tubo sale bilis en regular cantidad, sin grumos.

Dieta láctea, suero y aceite alcanforado en los primeros días. La enferma bastante tranquila, el pulso regular, igual, de regular tensión aunque algo frecuente, no hay temperatura. Poco á poco desaparece la anorexia y se la empieza á alimentar con régimen lacto-vegetariano.

El día 11, se le retiran los drenajes, y diariamente se le coloca uno nuevo, de gasa, cada vez menor.

La ictericia ha ido disminuyendo, las orinas son claras, no siente ninguna novedad, la cicatrización perfecta.

Alta, curada.

En todas estas historias clínicas se ha emitido, al hablar del tratamiento, de citar la posición del operado, en decúbito dorsal con lordosis dorso-lumbar, posiblemente por ser ya clásica en cirugía biliar.

SERVICIO DEL DR. CRANWELL. — SALA XL — HOSPITAL RAMOS MEJÍA

Número	Enferma	Nacionalidad	Edad	Estado	Fecha de ingreso	Tiempo de su enfermedad	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	RESULTADO
1	M. N. de S.	italiana	48	casada	Abril 18-1912	10 años	Colecistitis calculosa. Empeñosa de la vesícula. Pericolecistitis.	Colecistectomía y drenaje temporario en contacto del muñón cístico.	Curación
2	M. A. M.	argentina	29	"	Sbre. 13-1912	1 año	Colecistitis calculosa.	Colecistectomía. coledocotomía y drenaje del hígado.	"
3	C. R. A.	española	43	"	Sbre. 22-1912	7 años	Colecistitis calculosa. Pericolecistitis. Oclusión del cóledoco.	Alto y bajo intervención. Tratamiento médico.	Pidió el alta
4	F. L.	argentina	36	"	Nobre. 12-1912	3 meses	Litiasis biliar.	Colecistectomía. Drenaje. Incisión y drenaje.	Curación
5	C. G. de G.	española	30	viuda	Nobre. 15-1912	1 mes	Litiasis vesicular. Absceso hepático por colecistitis.	Colecistectomía y drenaje temporario en contacto del muñón cístico.	Falleció
6	E. D. de P.	argentina	29	casada	Dbre 24-1912	1 año	Litiasis biliar. Degeneración grasa. aguda del hígado, riñones y miocardio.	id	Curación
7	J. V. de C.	"	23	"	Febrero 6-1913	10 meses	Colecistitis calculosa. aguda.	id	"
8	G. M. de G.	"	35	"	" 14 "	1 año	"	id	"
9	A. L. de P.	"	35	"	Marzo 31-1913	3 meses	"	id	"
10	A. C.	italiana	62	soltera	Abril 6-1913	3 "	" pericolecistitis	id	"
11	S. C.	española	30	"	" 9 "	1 mes	"	id	"
12	M. T. de F.	uruguayana	30	casada	" 19 "	3 años	"	id	"
13	M. P. de F.	argentina	26	soltera	Mayo 2 "	10 meses	Litiasis biliar.	Colecistostomía. Drenaje.	Pide el alta
14	M. P. E.	"	37	"	Junio 3 "	3 años	Colecistitis supurada. con temperatura desde 15 días.	Colecistectomía. Drenaje temporario en contacto del muñón cístico.	Curación
15	C. S.	española	39	"	" 29 "	3 años	Litiasis biliar. Hidropesía de la vesícula.	id	"
16	E. A.	"	58	"	Sbre. 23 "	6 años	Observación n.º 15.—Reingresa por fistula biliar.	id	"
17	C. S.	"	39	"	Nbre. 18 "	40 meses	Litiasis biliar.	id	"
18	M. de B.	italiana	24	casada	Dbre. 27 "	18 "	"	Colecistostomía. Drenaje. Pleurotomía. Drenaje.	Falleció
19	F. G.	argentina	31	soltera	Puerto 8-1914	1 año	Colecistitis supurada. Pleuresía derecha purulenta purida.	Colecistectomía. Drenaje temporario en contacto del muñón cístico.	Curación
20	A. S. de L.	española	52	casada	" 23 "	1 "	Colecistitis calculosa.	No quiso intervención.	Pide el alta
21	J. M.	argentina	54	"	Marzo 20 "	1 "	"	Colecistectomía. Drenaje temporario en contacto del muñón cístico.	Curación
22	E. D.	italiana	44	"	" 27 "	4 "	"	id	"
23	E. T.	"	39	"	Abril 9 "	1 "	"	id	"
24	D. A.	argentina	22	soltera	Junio 12 "	7 meses	"	id	"
25	P. R.	española	30	"	Julio 30 "	9 "	"	id	"
26	C. C.	"	46	"	Nbre. 30 "	6 años	"	id	"
27	C. C.	argentina	23	"	Nbre. 30 "	1 mes	"	id	"
28	M. G. de S.	"	23	casada	" 9 "	10 años	"	id	"
29	S. C. de L.	"	30	"	" 19 "	5 "	"	id	"
30	N. B. de C.	uruguayana	37	"	Marzo 5-1915	1 "	Colecistitis calculosa. Obstrucción del cóledoco.	Colecistectomía. Drenaje del hepático. Drenaje a la Kehr	"

Comentando brevemente estos pocos datos que anteceden, sin dejar de recordar el enorme número de preciosos documentos tanto extranjeros como nacionales, que nos han servido de fuente bibliográfica, debemos decir que la intervención quirúrgica es la única eficaz en el tratamiento de la litiasis biliar cuando ésta ya se ha hecho calculosa, pues no hay sustancia litolítica ninguna y no sabemos todavía precisar su evolución ó el reagudecimiento inesperado, á veces traicionero, que puede sorprender al paciente en cada nuevo ataque de cólicos hepáticos.

Los casos que citamos: colecistitis calculosas agudas ó crónicas, pericolecistitis, ictericia crónica, angiocolitis, perforación de la vesícula y la peritonitis generalizada consecutiva, colecistitis supurada, á la cual se añade una pleuresía purulenta pútrida, la degeneración aguda del hígado, creemos que son elementos elocuentes para ilustrarnos en el sentido de preconizar la intervención quirúrgica precoz, evitando de esa manera estas complicaciones.

Pero no solamente hay que tener presente estas modificaciones locales, sino también la consiguiente repercusión que tienen sobre el estado general, sobre sus resistencias orgánicas y sobre todo ello, la insuficiencia hepática, que en tiempo más ó menos lejano se puede presentar, en cuyo caso el menor traumatismo operatorio, la anestesia á menudo, ocasionan un desagradable desenlace.

En general, aconsejaremos la operación cuando el enfermo no ha conseguido con un régimen apropiado domi-

nar pronto sus fenómenos de vesícula, que se está haciendo sitio de una inflamación crónica, por lo cual en cualquier momento puede sufrir un reagudamiento más ó menos grave.

En el caso feliz que éste no se presentara, el paciente seguirá sufriendo las molestias que derivan de sus cálculos, máxime cuando la posición social que ocupe le reclame un trabajo continuado y no puede atenderse y hacer de vez en cuando sus *curas*.

De manera que teniendo en cuenta estos trastornos continuos, cuando no la amenaza de una complicación que no sabemos cual será, ni hasta dónde podrá llegar su gravedad, es que se tiende á cimentar este concepto en la oportunidad operatoria de la litiasis biliar, antes que el enfermo esté muy debilitado.

La técnica operatoria á seguir, dependerá de los signos clínicos, si estos han sido bastante claros para fundar un diagnóstico preciso, ó de lo que se observe en la exploración directa, es decir, las alteraciones anatómicas que se constaten en la laparotomía.

En la litiasis de las vías biliares accesorias, tenemos tres grandes tipos de operaciones: la colecistotomía, la colecistostomía y la colecistectomía.

La colecistotomía, cistotomía, colecistendice ó cistendice, fué ejecutada por primera vez por Mérédith, en el año 1883.

Consiste en abrir la vesícula, vaciarla de su contenido, suturarla y volverla á su sitio, cerrando el vientre.

Es suficiente recordar aunque sea someramente la patogenia y la anatomía patológica de esta enfermedad para explicar sus fracasos. En el congreso de cirugía celebrado en Bruselas en 1908, es aconsejado su abandono por Kehr.

La colecistostomía, cistostomía ú ostromía practicada por primera vez en el año 1867 por Bobbs, consiste en abrir la vesícula y dejarla abocada á la pared abdominal, para que se efectúe su drenaje.

La colecistectomía, cistectomía ó ectomía, es también llamada operación de Langenbuch, porque fué este cirujano quien practicó la primera extirpación de vesícula biliar el 5 de Julio de 1882, iniciando así la era moderna de la cirugía hepática.

Son estas dos últimas operaciones, las que se han venido disputando la superioridad como resultado terapéutico.

Los partidarios de la ostromía, con Mayo Robson á la cabeza y los de la ectomía, con Kehr, sostienen cada uno el valor de sus respectivas operaciones.

La ostromía, dice Mayo Robson, conserva un órgano que como tal, desempeña una función determinada, cual es la de modificar la bilis, regularizar la presión en las vías biliares y por su contracción, derramarla en el duodeno en el preciso momento en que el quimo estomacal llega á él. La supresión de la vesícula traería una dilatación del colédoco por el aumento de presión en el árbol biliar.

Kehr, en el congreso de Bruselas, en 1908, ha refutado esto, basado en la experimentación y la clínica, que demuestran que la ectomía no perturba la función hepática ó digestiva.

Los partidarios de la colecistostomía, dicen que la operación rival exponía á hemorragias graves. Esto no es posible sostener hoy, pues la hemostasia se hace perfecta en manos de los cirujanos modernos.

También dicen que la ectomía no drena las vías biliares y por lo tanto impide la expulsión secundaria de cálculos. Esto no es posible que suceda, pues toda intervención es precedida de una exploración consciente de todas las vías biliares y á la menor sospecha de que la litiasis ha pasado de la faz vesicular, se combina la colecistectomía con un drenaje del hepático ó del colédoco, operación más eficaz que el drenaje por un conducto tan irregular como es la vesícula y el cístico.

Otro reproche á la operación radical, es que suprime la guía que serviría para encontrar los conductos biliares principales, en caso de una intervención necesaria por cualquier causa ó para establecer una anastomosis entre el intestino y el sistema biliar. Como punto de reparo no es necesaria la vesícula, pues bastará recordar que introduciendo el dedo en el hiatus de Winslow y traccionando hacia sí el epiplón gastro-hepático, encontraremos el colédoco, órgano que se encuentra en su borde libre y más anterior que la vena porta que está á su izquierda. También podríamos buscarlo detrás del

páncreas, en el cuadrilátero retro-pancreático de Quénu.

Tampoco es indispensable para una anastomosis con el tubo digestivo, pues el colédoco nos basta para hacerla. Lo prueban la colédoco-enterostomía de Sprengel ó la hépato-duodenostomía de Mayo y Terrier.

De modo que queda en pié la colecistectomía, suprimiendo las fistulas, las recidivas y la degeneración maligna, capaz de engendrarse en la vesícula crónicamente inflamada.

Haciendo una síntesis de las discusiones, diremos que el fondo de ellas es anatómico, si es permitido decirlo así, pues todas las estadísticas con su pró ó su contra, no se pueden parangonar, pues los que hacen ostomías con buen éxito, es porque intervienen muy precozmente y entonces la vesícula no ha sufrido todavía una alteración marcada, mientras que los que practican la colecistectomía con felices resultados también, es porque extirpan una vesícula enferma, no susceptible de volverse fisiológica, dadas sus profundas modificaciones.

Entre nosotros, la colecistectomía es la operación de elección, en la litiasis vesicular ó colecistitis calculosa recidivante ó crónica.

De esta manera se suprimen las piedras y la cantera, como dijera Langenbuch, extirpando la vesícula, que aunque muchas veces aparece macroscópicamente sin mayor alteración, al cabo de un tiempo, si se le deja como en la ostomía, vuelve á formar cálculos, merced á algún canal de Luschka, entonces microscópico.

La colecistostomía la haremos cuando se trate de casos muy recientes de colecistitis.

Y como operación de excepción, en aquellos casos en los cuales no es posible la radical:

1.º Por tener que actuar rápidamente, sea por el estado de debilidad del enfermo ó su edad, ó que se trate de un proceso muy agudo, amenazando el peritoneo como los casos núm. 15 y 20 de la estadística, colecistitis supuradas. Operación de urgencia y paliativa, pues luego hay que efectuar la radical, como también se hizo con la primera enferma que reingresa por una fístula biliar y que la presentamos con el núm. 17; y 2º cuando hay dificultades anatómicas, sea porque es imposible alcanzar el cístico no pudiendo exteriorizar el hígado, ó porque las adherencias de la pericolecistitis son tales, que no dejan reconocer las relaciones.

En la litiasis que ha complicado las vías biliares principales, hay que extraer del hepático ó del colédoco los cálculos que los ocupan y drenarlos.

Hace algunos años, se perseguía este objeto tratando de rechazarlos por medio de presiones sobre estos conductos, sea hacia el cístico y de ahí á la vesícula, ó hacia el duodeno. A esto se combinaba, á veces, la colédoco-litotripsia. Métodos inseguros y hasta peligrosos, han sido abandonados.

Se ha optado por hacer una operación más metódica y racional: incisión directa del canal biliar. Según sobre cual de ellos se efectúa, se llama colédoco ó hepatotomía.

Esta incisión sirve para extraer directamente el ó los cálculos, hacer la exploración interna de las vías biliares y luego dejar establecido su drenage.

La coledocotomía, es la operación que tiene indicaciones más frecuentes, debido á las retenciones de los cálculos, habitualmente, en la porción supra-pancreática del colédoco, que Delagenière la llama «lugar de elección de la talla del colédoco».

Una vez extraído el ó los colelitos, es indispensable hacer la exploración intrínseca de los conductos, con la mayor atención, hasta el hepático y el duodeno, para asegurarse que no ha quedado ninguno. Sin embargo, como veremos en el capítulo de técnica, hay veces que el explorador pasa entre un cálculo y la pared sin descubrirlo.

Es por este motivo, que hoy se prefiere dejar establecido el drenage del hepático, que al mismo tiempo que facilita la salida de los cálculos que hubieran quedado, hace la derivación de la bilis infectada.

Kehr realizó el 14 de Abril de 1895 el primer drenage del hepático, en un caso de coledocotomía por cálculos y en el cual no pareciéndole esto suficiente, deja el colédoco sin suturar y coloca una sonda. Este caso recién lo publica en 1897.

Quénu, en Francia, en este mismo año y antes de aparecer la publicación de Kehr, ideó igual técnica.

Respecto á las indicaciones precisas del drenage del hepático y del colédoco, nada mejor nos parece sinó citar

en qué casos lo aconseja Kehr, desde 1912, acompañando á la colecistectomía:

1.º Pancreatitis marcada, sobre todo al nivel de cabeza de páncreas.

2.º Colédoco dilatado con paredes espesadas, lo que puede ser debido á un cálculo enclavado en la porción retroduodenal y que no se palpa.

3.º Antecedentes de ictericia, chuchos y eliminación de cálculos.

4.º Cuando se incinde el colédoco, sea para cateterismo ó involuntariamente al efectuar la colecistectomía.

5.º Presencia de numerosos y pequeños cálculos en la vesícula y el cístico, que hacen sospechar puedan también haber en el colédoco.

6.º Cuando sale por el cístico una bilis turbia, signo de inflamación de las vías biliares principales, y

7.º Que se encuentre un hígado grande, indurado, cirrótico.

Las coledocotomías trans-pancreáticas y las operaciones por cálculos detenidos en la porción duodenal del colédoco ó en la ampolla de Vater, son intervenciones complejas y felizmente es excepcional tener que recurrir á ellas.

No haremos sino citar la retención biliar por obstáculo definitivo é insalvable por coledocotomía, que necesita una enterostomía biliar, con cualquiera de sus distintas técnicas.

Respecto á las estrecheces de las vías biliares, ileus

biliar, fistulas y flemones que suelen complicar la litiasis biliar, diremos, que tienen á veces necesidad de indicaciones tan precisas, que no ha sido nuestro objeto abarcar su estudio en esta tésis.

CUIDADOS PRE-OPERATORIOS

Una vez resuelta la intervención, hay que proceder á la preparación del enfermo, es decir, á hacer un tratamiento pre-operatorio, de suma importancia á veces, al igual que el post-operatorio, de los cuales depende en muchas ocasiones, el éxito curativo, más que de la operación en sí, en oportunidades, bastante simple.

El reposo en cama, la sedación del dolor con las fomentaciones calientes ó la bolsa de hielo, muchas veces los analgésicos usados con prudencia.

Combatir la constipación con los diversos laxantes ó las enemas de agua hervida fría, de manera á estimular la circulación hepática.

El régimen lácteo se seguirá de manera que se tome por pequeñas cantidades con cortos intervalos, para que así la bilis se derrame continuamente, no llene la vesícula y por lo tanto ésta tenga un reposo relativo y no se produzcan nuevas migraciones de cálculos.

Se indica aguas alcalinas para bebida.

Se prescribirá el salicilato de sodio á la dosis de 0. gr. 50 á 1 gr. en un vaso de agua Vichy y unas gotas de cognac, en ayunas. Es un excelente colagogo analgésico y al mismo tiempo, antiséptico de las vías biliares y del intestino. Como sucedáneos, se pueden emplear la urotropina ó el benzoato de sodio.

Si el estado del enfermo es delicado, se le hará un tratamiento adecuado con suero fisiológico, con ó sin adrenalina, é inyecciones de aceite alcanforado en buena cantidad, pues sabemos que es un excelente estimulante, sin ninguna contraindicación, dada su inocuidad.

Si hay ictericia franca, se redoblarán los cuidados, pues conocemos la posibilidad de una hemorragia colémica, siempre grave.

En este caso se indicará el cloruro de calcio en bebida, á la dosis de 5 á 10 grs. en las 24 horas, durante 4 á 6 días antes de la operación.

También se puede emplear el suero de caballo: 5 á 6 c. c. antes de la intervención. Igual indicación sabemos que tienen el suero gelatinado y la opoterapia biliar y hepática.

El exámen de la orina debe hacerse, pues él nos indicará el estado de funcionamiento de la célula hepática, es decir, si existe ó no el «síndrome revelador de la insuficiencia hepática», que comprende: el descenso en el porcentaje de úrea, la glicosuria alimenticia, la urobilinuria, la hipertoxicidad urinaria, la intermitencia en la

eliminación del azul de metileno. Debemos recordar, que muchas veces, la insuficiencia hepática vá acompañada de insuficiencia renal, datos de suma importancia, pues á estas intoxicaciones crónicas podemos agregar la aguda de un anestésico aplicado sin mesura.

También investigaremos el índice de coagulabilidad, para no tener otra sorpresa en la hemostasia.

Este tratamiento pre-operatorio lo haremos unos veinte días, tiempo suficiente para levantar el estado general del enfermo.

Según Kehr y Körte, 48 horas antes de la intervención, se les dá 40 grs. de aceite de ricino, se continúa con dieta líquida y 6 horas antes, dieta absoluta.

Naturalmente, que todo esto, se hará siempre que circunstancias especiales no indiquen una intervención de urgencia, en cuyo caso al propio tiempo se hará la medicación estimulante conocida.

ANESTESIA

Es la anestesia general, la que se aplicará para las intervenciones en las vías biliares, pues sólo ella dá la inmovilidad necesaria en esta como en toda laparotomía.

La anestesia local á la estovaina, novocaina, etc., se usará en enfermos sumamente debilitados, de mucha edad, para incindir las pericolecistitis purulentas.

Respecto al anestésico general á emplearse, se preferirá, salvo las contraindicaciones comunes, el éter, que es mucho menos tóxico que el cloroformo, para la célula hepática afectada á veces, como dijimos en el capítulo anterior, sola ó conjuntamente con el riñón.

Siempre se tratará de que la anestesia sea lo más breve posible, para evitar la complicación post-anestésica que puede precipitar una insuficiencia hepática, renal ó aún miocárdica.

En lo posible, se dará la anestesia con los aparatos que producen la mezcla de anestésico y oxígeno, pues

así resulta más regular y evita los síncope respiratorios.

No nos parece inútil recordar lo que debe ser un axioma en clínica quirúrgica: el anestesador sólo debe ocuparse de la anestesia, vigilando continuamente los reflejos, la respiración y el pulso; así se evitaría más de una sorpresa, á veces bastante desagradable, aunque no siempre dependa de él, como sabemos, por los casos desgraciados que registra la historia de la anestesia.

TÉCNICA OPERATORIA

Körte, dice, que en cirugía biliar hay que tener presente los siguientes preceptos: hacer amplias incisiones para poder hacer amplias exploraciones de la vesícula, del cístico, del hepático y del colédoco. Remover el contenido patológico tan radicalmente como sea posible y lo necesario para que la bilis corra libremente sin obstáculo ninguno.

Para poder hacer amplias exploraciones, después de hacer amplias incisiones, debemos sentar como principios generales, para cualquiera que fuera la operación requerida, el número de ayudantes y la posición en que se colocará al enfermo.

Los ayudantes deben ser dos: el uno, que por medio de separadores y valvas adecuadas, mantenga bien abierta la herida operatoria y el otro, será el encargado de sostener exteriorizado el hígado, de manera á presentar al cirujano las vías biliares lo más accesibles posible.

Al enfermo se le coloca en una posición tal, que el sistema biliar se encuentre á la vista, inmediatamente de abierto el abdómen.

Esta posición se consigue colocando al enfermo en decúbito dorsal y, por medio de un cojín, producirle una lordosis dorso-lumbar.

Este cojín, ideado por Elliot en 1895, vulgarizado por Mayo Robson, puede hacerse de arena ó simplemente con una sábana enrollada.

Se coloca de tal modo, que sobre él reposen la última vértebra dorsal y la primera lumbar ó sea, á la altura del ángulo del omóplato, que también corresponde al apéndice xifoide.

De esta manera, la masa intestinal se desliza hacia la pequeña pelvis, mientras que el hígado bascula hacia la cavidad torácica, presentando su cara inferior y entre ambos órganos queda un espacio angular libre. Al mismo tiempo, la pared abdominal anterior se deprime hacia la pared lumbar.

Colocado el enfermo en esta posición, el cirujano se sitúa á su derecha.

Antes de describir las incisiones clásicas, haremos la salvedad que se podrá preferir una de ellas siempre que no estemos en presencia de un proceso agudo, caliente, por ejemplo, una colecistitis purulenta, en cuyo caso toda incisión hecha en un punto ó forma cualquiera, es excelente, siempre que llene su objeto inmediato. En este caso, posiblemente el punto indicado sería el cístico,

doloroso, tumefacto, con edema de la pared y la incisión paramediana vertical.

La incisión es la mitad de la operación, dice Kehr.

Así que, combinando una incisión bien situada con la posición adecuada se simplifica la operación.

En general, se prefieren incisiones llamadas oblicuas.

Las principales son: de Kocher, Czerny, Mayo Robson y Kehr (primitiva).

Las de Kehr y de Mayo Robson, son las que dan más amplitud y las más usadas.

La incisión de Kehr, también llamada ondulada ó en bayoneta, es la clásica para cirugía biliar.

Es una modificación de la incisión en S de Bevan, cirujano de Chicago y que «partiendo de la línea media en la vecindad del apéndice xifoide, desciende verticalmente hasta la mitad de la distancia que separa este apéndice del ombligo, se dirige oblicuamente hacia abajo y afuera y llegada al tercio externo del músculo gran recto, se hace de nuevo vertical y termina al nivel del ombligo».

La de Mayo Robson, es una vertical que comienza en la inserción del borde externo del recto anterior al reborde costal derecho, sigue hacia abajo costearlo este borde hasta la altura del ombligo. Se prolonga su extremidad superior hacia el apéndice xifoide, costearlo oblicuamente dicho reborde costal y seccionando el recto.

En 1910, Sprengel presentó un trabajo sobre las ventajas de las incisiones transversas en las laparotomías,

fundadas en que reunían condiciones anatómicas y fisiológicas dignas de tenerse en cuenta, pues no seccionan los vasos y nervios y facilitan el cierre de la pared, evitando las eventraciones post-operatorias.

Estas incisiones no permiten explorar bien las vías biliares principales, que quedan en la profundidad.

Ultimamente Kehr, en vista de este trabajo de Sprengel y de que algunos de sus operados, volvían al cabo de un tiempo, con eventraciones debidas á la atrofia del recto por sección de sus vasos y nervios, ha modificado su incisión primitiva en bayoneta por una en forma de ángulo recto: su rama vertical es mediana y se extiende desde el apéndice xifoide hasta mitad de distancia entre éste y el ombligo y de allí se dirige horizontalmente hasta el borde externo del recto derecho.

Sea la primitiva ó ésta, son preferidas las de Kehr por su amplitud.

Abierto el abdómen, se busca el borde anterior del hígado que se presenta fácilmente, salvo cuando se han formado adherencias, que hay que destruir cuidadosamente.

Hecho esto, se toma con una compresa este borde y se trata de exteriorizar el órgano, luxándolo hacia afuera y hacia el tórax, de manera á presentar su cara inferior para que el cirujano pueda explorar todo el sistema biliar.

Esta exploración puede ser fácil ó difícil, según que los fenómenos inflamatorios hayan sido nulos ó intensos,

en cuyo caso las adherencias pueden hacer imposible toda orientación.

Lo primero que se encuentra es la vesícula, se inspecciona, se palpa, para darse cuenta de su estado, de su contenido, si está atrofiada ó tumefacta, llena de cálculos ó perdida en medio de una pericolecistitis ó del hígado mismo, donde apenas se nota en la profundidad de una escotadura.

Reconocida la vesícula y si la tenemos á la vista, la exploración del cístico hasta su unión al colédoco es fácil. Sinó, habrá que efectuarla por medio del índice, que siguiendo la cara inferior de la vesícula, reconoce su cuello, luego el cístico y penetra en el hiatus de Winslow, es decir, debajo del hígado y detrás del epiplón gastro-hepático. Cuando el canal está sano, no se nota induración, pero si hay sensación de un cuerpo redondeado, duro, es probable sea algún cálculo, aunque á veces existen ganglios que rodean las vías biliares inflamadas.

Siguiendo el cístico, se llega, hacia arriba, al hepático y hacia abajo, al colédoco. Kehr indica hacer esta exploración así: el cirujano dá la espalda á la herida y á la cara inferior del hígado, se inclina hacia adelante y llevando la mano izquierda hacia atrás, dirige su cara palmar hacia arriba, hacia el hilio del órgano.

Más difícil de explorar, son las porciones retro-pancreáticas y duodeno-intersticial del colédoco, que generalmente no son necesarias en las operaciones ordinarias y que

sólo son indispensables cuando no se haya encontrado el cálculo sospechado en su fracción supra-pancreática.

Constatado el estado anatómico de las vías biliares y conociendo los signos clínicos, se procede á hacer la intervención que convenga.

Para la litiasis vesicular pura, describiremos la colecistostomía y la colecistectomía.

En la litiasis de los conductos biliares principales, estudiaremos la coledocotomía y el drenaje del hepático.

Si procede hacer una colecistostomía, se hará en un tiempo, según lo ha vulgarizado Lawson Tait, fijando ó nó la vesícula á la pared, según su estado lo permita ó nó.

Se aísla la vesícula con compresas, de tal manera que el líquido séptico que contenga no se derrame en el peritoneo. Se punza si está muy llena, prévia fijación con pinzas; una vez vacía, se extiende su fondo y se incinde con bisturí ó tijeras.

Se extraen los cálculos, se examina en lo posible su cavidad, se observa si el cístico deja correr bilis, lo que indica que está permeable, se introduce un tubo de goma y sobre él se cierra la vesícula por medio de una jareta, teniendo cuidado al ceñirla, invertir el reborde mucoso de modo que cuando se retire el drenaje, queden las superficies serosas en contacto. Se fijan las paredes de la vesícula á la incisión. En el caso que el estado de la vesícula no haya permitido hacer una marsupialización, se coloca un drenaje de gasa debajo de ella, entre su abertura y la incisión del abdomen, para que absorva el lí-

quido que segregue é impida se contamine el peritoneo.

Se cierra la pared abdominal en dos ó tres planos, dejando sin suturar el espacio donde queda abocada la vesícula ó su drenaje.

Cuando á la exploración se constate que la vesícula está afectada de un proceso de colecistitis calculosa, en cualquiera de sus diversas fases anatómicas, habrá que hacer la operación radical, la colecistectomía.

Dos técnicas se pueden seguir para extirpar la vesícula: la primitiva, la clásica de Langenbuch ó la aconsejada por Mayo Robson, actualmente bien metodizada por Gosset.

Para hacer una ectomía de Langenbuch, de adelante atrás, hay que empezar por separar la vesícula del hígado, suponiendo que en la exploración hayamos destruído las adherencias de todo el sistema biliar con los órganos vecinos.

El ayudante principal expone bien la cara inferior del hígado.

Se toma el fondo de la vesícula con una pinza, con la punta del bisturí se incinde todo el seno peritoneal cistohepático, y luego con una tijera roma ó con el dedo, se desprende lentamente la vesícula de su lecho hepático. Se taponan esta foseta para detener la hemorragia en napa que se produce y se sigue desprendiendo su cuello, después el cístico, todo con sumo cuidado, para que no se desgarre, ó que algún cálculo pequeño no se corra hacia el colédoco.

La vesícula y el cístico se desprenden acompañados

de la arteria y demás vasos sanguíneos y linfáticos correspondientes.

Se toma este pedículo así formado, ligando por separado el cístico y la arteria. Estas ligaduras serán hechas preferentemente con seda, si hay garantía de su esterilización, y con sumo cuidado. La ligadura del cístico se colocará lo más cerca posible del colédoco, para evitar quede un fondo de saco que podría dilatarse por la bilis y hacerse una vesícula en miniatura, sitio aparente para una recidiva. También hay que tener cuidado en no traccionar mucho el cístico, pues puede hacer incluir al colédoco en la ligadura.

A un centímetro de esta ligadura, tomando el pedículo en todo su espesor, se coloca una pinza para evitar se derrame el contenido de la vesícula al seccionarlo, lo que se hace con termo-cauterio y por último se cauteriza la extremidad del muñón dejado.

En el lecho dejado por la vesícula y el cístico, se coloca un drenaje de gasa en contacto con el muñón, pues casi siempre, á pesar de la ligadura cuidadosa y de la hemostasia perfecta, suele acumularse bilis y sangre, que de este modo drenará y que en cambio haciendo la colecistectomía ideal, podría dar algún trastorno.

Se cierra la pared abdominal dejando sólo el espacio para que salga este drenaje, que se puede retirar á los 2 ó más días, según lo sugiera la secreción.

El método de colecistectomía de Mayo Robson, también llamado de abajo para arriba ó colecistectomía re-

trógrada, está fundado en la observación hecha de que es más fácil extirpar un órgano hueco en sentido contrario al de la corriente que en él circula y cuando previamente se han ligado sus pedículos vasculares y de excreción.

Así, Mayo Robson comienza por desprender primero el cístico y la arteria cística, ligarlos y seguir desprendiendo la vesícula del cuello al fondo.

Reproducimos aquí la técnica indicada por Gosset, en 1913:

«Se busca el cístico traccionando la vesícula para ponerlo en evidencia y siguiendo su cara inferior se llega al colédoco.

»Pensamos que cuando el pedículo hepático está libre de adherencias, lo más simple es ir directamente al colédoco. Para practicar el descubrimiento directo del colédoco, el ayudante baja el ángulo del duodeno é inmediatamente encima de este ángulo, á través de algunos vasos que ascienden del duodeno, se vé el colédoco. Se le reconoce á veces por su volúmen: puede llegar á tener el grosor del pulgar, pero sobre todo se destaca por su color blanco grisáceo y su dirección. El peritoneo es muy delgado y transparente á su nivel y es suficiente un golpe de dedo recubierto con gasa, para denudar y poner al descubierto la parte anterior del colédoco.

»El colédoco se ha denudado, pero el cístico no aparece aunque la denudación se haya hecho en el sitio de confluencia. Para descubrirlo, es necesario incindir á bisturí

la hoja peritoneal que se adosa al lado externo del colédoco, como si fuera una vela sobre el mástil de un navío, esta lámina es la parte más baja del mesocisto.

»A este nivel es una capa espesa con bastante grasa y es en medio de esta grasa donde se encuentra la porción terminal del cístico. Con una sonda acanalada buscar, maniobrando con ligereza y pequeños golpes de vaivén sobre el lado derecho del colédoco, un cordón amarillento de paredes espesas y dirección casi vertical. Reconocido el cístico, aislarlo completamente y pasar por debajo una aguja Deschamps, con catgut. Seccionar el canal, entre la ligadura y una pinza de Kocher: una gotita de bilis mostrará que es realmente el canal cístico el que se ha ligado y cortado.

»Se objetará que esta maniobra no puede hacerse sino en los casos de vías biliares normales. No es así. Aun en aquellos casos de lesiones muy antiguas y en que la esclerosis de los tejidos es muy marcada, el segmento terminal del canal cístico está muy á menudo sano, fácil de ligar en la proporción de dos sobre tres casos.

«Seccionar primero el canal cístico, es la llave de la colecistectomía retrógada: una vez ejecutado este tiempo, el resto de la operación se hace en algunos segundos y no expone á ningún riesgo.

«Desde que el cístico se ha ligado al ras del colédoco y ha sido seccionado, se puede seguir su desprendimiento de atrás adelante. La tracción que podemos hacer sobre

el cístico y el cuello hacia afuera muestra el pedículo vascular de la vesícula.

«Manteniendo esta tracción, cualquiera que sea el tipo anatómico de la arteria, procedemos á hacer una ligadura con catgut para asegurar una hemostasia definitiva.

«La pinza que tiene el cístico, así como la vesícula misma, son tomadas con la mano izquierda del cirujano, que con el índice de la misma trabaja en desprender la vesícula de atrás adelante, mientras que la tijera, manejada con la derecha, colabora en esta maniobra seccionando las láminas del mesocístico.

«Este tiempo del desprendimiento es rápido; se hace fatalmente por el buen plano de clivaje y es mucho menos hemorrágico que cuando se procede del fondo hacia el cuello. Permite además, conservar bastante peritoneo para una reparación más fácil y un buen drenaje».

Como anteriormente dijimos, estas operaciones son para las colecistitis calculosas simples, puras; es decir, que no han llegado á complicar las vías biliares principales, en cuyo caso está indicada además de la colecistectomía, la coledocotomía con drenaje del hepático, conjunto que constituye el tratamiento racional por excelencia en esta faz avanzada de la afección.

A la colecistectomía con drenaje del hepático, se le llama también operación de Kehr, debido á que fué este cirujano quien ideó dicha conjunción.

Hasta hace poco tiempo, se hacía la exploración interna ó cateterismo de las vías biliares deslizando un explo-

rador por el cístico, en los casos de colecistostomía, fistula biliar ó coledocotomía. Hoy solo se hace en el curso de una coledocotomía, operación que sabemos está indicada cuando hay cálculos detenidos en el colédoco.

El cateterismo del colédoco se hace introduciendo un explorador por la incisión, dirigiéndolo hacia el hígado, de modo que recorramos el hepático.

Con otro explorador nos dirigimos hacia el duodeno hasta encontrar la papila duodenal, que se revela por una sensación especial al atravesar el esfínter de Oddi y penetrar en la cavidad del duodeno. Se le puede palpar á través de éste.

Esta exploración intrínseca nos denuncia á veces, por las sensaciones que trasmite el instrumento, la presencia de cálculos enclavados en estos conductos, al mismo tiempo los moviliza facilitando su extracción con pinzas ó curetas adecuadas. Pero también en otras ocasiones, puede deslizarse el explorador entre un cálculo y la pared del canal y no darnos signos ninguno. Otras, si no se hace con prudencia, rechazar los cálculos y enclavarlos más y más lejos.

En suma, es una operación un tanto dificultosa y de resultados inciertos.

Teniendo esto presente, es que hoy se prefiere hacer la coledocotomía y dejar establecido un drenaje del canal.

Cuando la exploración metódica de las vías biliares nos ha hecho palpar alguna induración ó tumefacción en el

colédoco, debemos sospechar sea un cálculo, aunque también puede ser un ganglio ó un pequeño neoplasma.

Determinamos previamente que este cordón que palpamos en la porción derecha del pedículo hepático, en su borde libre, es el colédoco.

Una vez reconocido, lo fijamos, protegemos con compresas la región, para evitar el derrame de la bilis infecta en el abdomen, incindimos el canal sobre el cálculo, reparamos cada labio de la herida con pequeñas pinzas Kocher y lo extraemos.

Si es el único que obstruía el conducto, vemos que en seguida la bilis se derrama, ritmada su excreción por la respiración, la que hay que sacar con sumo cuidado, porque, repetimos, generalmente es séptica.

Se explora internamente, con mucha precaución, el colédoco hacia el hígado y hacia el duodeno, por si hubiera otros cálculos para también extraerlos y tratar de no rechazarlos hacia las extremidades donde se enclavarían más fuertemente.

Terminado este tiempo de la intervención, Kehr introduce directamente un tubo de goma en el conducto, sea en el hepático ó en el colédoco, según donde haya sido necesaria hacer la talla, y lo dirige suavemente hacia el hígado. Kehr ha hecho construir un tubo en T, al efecto. Basta una sonda Nélaton n.º 16, más ó menos, á la cual se le corta la punta.

La sonda se fija con un punto de seda al canal biliar y sobre ella se sutura lo demás de la incisión del mismo.

Como á pesar de esta precaución puede derramarse bilis, se hace un taponamiento con gasa alrededor de la sonda, que al mismo tiempo sirve de drenaje del muñón del cístico y de la foseta cística.

Se sutura la pared como de ordinario, dejando paso á los drenajes. La sonda se une después á un tubo de goma que lleva la bilis á un recipiente.

Siendo estas las operaciones que se efectúan en la práctica de la mayoría de los casos, nos limitamos á su descripción, sin estudiar las más complejas que hemos citado.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Estos son de suma importancia, constituyendo un complemento valioso de la intervención.

En general, son los que se prestan á todos los operados de vientre, respecto á su reposo y á sus curaciones, más ó menos distintas, según la naturaleza de la operación que han sufrido.

En todos, se cambiará diariamente la curación, una ó dos veces, no tocando los drenajes las primeras 48 horas.

Los drenajes de gasa se extraerán, total, ó parcialmente, á los 3, 6, 8 ó más días después de la operación, colocando, si es necesario, otro menor, que se retirará en más ó menos tiempo según la cantidad y calidad de secreción, la indicación que el estado del enfermo nos sugiera ó nos haya indicado durante su intervención.

El tubo colocado en una colecistostomía se puede retirar á los 15 días, más ó menos, si la bilis que fluye es bastante límpida y homogénea.

Se vigilará el tubo colocado para el drenaje del hepático, que esté siempre protegido desde su salida del abdomen hasta fuera de la curación; en caso que se obstruyera, por mucus ó sangre, se aspirará con una jeringa para dejarlo permeable.

Este drenaje se deja, según Kehr, de 3 á 4 semanas, al cabo de los cuales se suprime, quedando una fístula que cicatriza generalmente en 10 días.

Se hará la alimentación, dando sólo agua en las 12 ó 24 primeras horas y después una dieta láctea que se irá paulatinamente haciendo mixta.

Si el estado del enfermo es precario, se continuarán las inyecciones de suero fisiológico y aceite alcanforado y se dará estripenina, estrofantina ó digitalina, si su sistema circulatorio lo exige.

En fin, se observará el estado general del operado, haciendo las prescripciones que sus diversos síntomas requieran.

COMPLICACIONES

Las complicaciones que pueden presentarse en los operados de litiasis biliar pueden ser, inmediatas ó mediatas.

Entre las primeras, debemos citar, la hemorragia colémica, la que puede producirse en el acto operatorio mismo, no dependiendo del cirujano que ha ligado todos los vasos, pero que no es dueño de contener esa hemorragia en napa, que ofrece la superficie cruenta de la herida operatoria, en todos sus planos. De ahí la importancia que le hemos dado á su tratamiento preventivo al hablar de cuidados pre-operatorios, sobre todo de los ictericos ó de los viejos calculosos.

Otras veces, se presenta esta hemorragia como complicación tardía, es decir, cuando se retiran los drenajes y es acompañada á veces, de hemorragias mucosas (epístaxis, hematemesis, melenas, metrorragias, hemoptisis, etc.) revelando el síndrome de ictericia grave.

Hemorragias secundarias pueden producirse por haber ligado los vasos en malas condiciones por las adherencias que los rodeaban, influyendo en ellas la poca coagulabilidad de la sangre.

¿Qué hacer en estos casos? Lo que hemos indicado, pero, desgraciadamente, aún con todos esos elementos los pacientes sucumben por hemorragia colémica, consecutiva á la insuficiencia hepática que ha tenido tiempo de producirse.

Los vómitos, á veces incoercibles, pueden presentarse en estos operados, necesitando hacerse su tratamiento sintomático (poción Riverio, mentol, cannabis indica, lavajes de estómago, etc.)

La infección, es también una complicación post-operatoria, que generalmente se reagudece á consecuencia de una angiocolitis ó angiocolocistitis que han obligado á una intervención de urgencia, pero en las cuales, ni ésta ni el drenaje consiguiente han podido dominar la toxemia ya principiada.

No hablamos de la infección peritoneal en un enfermo sin manifestaciones ni sospechas de contaminación, pues la asepsia de parte del cirujano, sus ayudantes y material empleado y las precauciones por mantenerla durante las maniobras operatorias, forman parte inherente de la preparación quirúrgica moderna.

Pero en cambio, á causa de la perforación de una vía biliar cualquiera, la vesícula generalmente, de una colecistitis purulenta, de una pericolecistitis, el cirujano in-

terviene en pésimas condiciones y no logra detener la infección peritoneal en evolución.

¿Cómo evitar la infección? Preventivamente, sea por las operaciones precoces, no esperando á que la litiasis biliar llegue á estos graves procesos de solución incógnita, sea por los cuidados pre-operatorios.

Cuando la infección es inminente ó ha estallado, sostener el estado general del enfermo por todos los medios á nuestro alcance para tratar de colocarlo en las mejores condiciones de resistencia, pues sabemos que, desgraciadamente, tendrá que luchar en la mayoría de los casos, contrá un gérmen muy virulento: el coli.

La ictericia puede persistir después de la operación, debido á que no se ha hecho perfectamente el cateterismo de las vías biliares y algún cálculo ha quedado enclavado, á que un tumor de vecindad siga obstruccionando, á una pancreatitis, ó á que persiste la angiocolitis, etc. En la mayor parte de estos casos, el drenaje del hepático la hará desaparecer.

Del lado del aparato respiratorio, pueden presentarse las mismas complicaciones que en las operaciones generales se producen á veces: bronquitis, bronconeumonias, pleuresias, generalmente derecha.

El aparato circulatorio suele dar también su nota discordante en la evolución de estos operados: taquicardia, pulso pequeño, hipotenso, ritmo embriocárdico, lipotimias, vértigos, son manifestaciones todas que pueden ceder á una medicación toni-cardíaca apropiada, pero que en oca-

siones no se consigue modificar. Las alteraciones de la fibra cardíaca son entonces de importancia y hasta complicada, por fenómenos de insuficiencia hepática y renal

¿A qué se deben, en general, todas estas complicaciones?

Si analizamos la patogenia de cada una de ellas, encontraremos la mayor parte intimamente vinculados á la afección hepática de que nos ocupamos.

Récorriendo las estadísticas extranjeras y las nuestras, observamos que el fracaso operatorio está en relación directa con la demora en el tratamiento quirúrgico, pues cuando éste actúa, el enfermo se encuentra un tanto agotado por la lucha que ha sostenido y aún cuando se le prepare lo mejor posible antes de operarlo, el éxito es muy dudoso.

La intervención es laboriosa, por las modificaciones que han sufrido los órganos afectados y de ahí que sea más fácil se presenten estas complicaciones, cuando no un shock de pronóstico sombrío.

CONCLUSIONES

El tratamiento médico, no debe continuarse cuando el resultado no sea franco y lo suficientemente rápido para evitar las complicaciones y no comprometer el éxito del tratamiento quirúrgico que se haga indispensable.

El tratamiento quirúrgico, es el único racional, considerado bajo el punto de vista patogénico y anatómo-fisiológico.

La colecistectomía, con drenaje temporario en contacto del muñón cístico, es la operación de elección para la litiasis biliar vesicular.

La operación de Kehr, es la de elección en la litiasis que ha complicado las vías biliares principales.

La colecistostomía es operación de excepción, dada la demora que todavía persiste en la actuación quirúrgica de la litiasis biliar.

F. M. ALVARENGA.

Buenos Aires, Junio 15 de 1915.

Nómbrese al señor Académico Dr. Diógenes Decoud, al profesor titular Dr. Pascual Palma y al profesor suplente doctor Pedro Chutro 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».

L. GÜEMES

J. A. Gabastou

Secretario

Buenos Aires, Junio 24 de 1915.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3007 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Indicaciones especiales de la colecistostomía y de la colecistectomía.

Decoud

II

Bibliografía nacional.

Palma

III

Cuidados post-operatorios.

Chutro

BIBLIOGRAFÍA

- Achard.*—Litiasis de la vesicular biliar.—Tesis. Buenos Aires, 1909.
- Arizzi.*—Litiasis biliar. Evolución de su tratamiento.—Tesis. Buenos Aires, 1909.
- Arce.*—Síntesis á propósito de las ideas fundamentales que deben regir el tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar.—Congreso científico en Chile, 1908 á 1909.
- Avalos.*—Colecistectomía en la litiasis biliar.—C. M. Argentino, 1905.
- Arrou.*—Drainage des voies biliaires.—Bull. Soc. Chir., 1904.
- Aschoff und Bucmeister.*—Jena 1909.—Rev. de Chir., 1910.
- Adler.*—Zur Chirurgie der Galleublase.—Berl. Klin. Wochens., 50, 1913.
- Bazy.*—Cholecystectomy pour cholecystite calculeuse.—Soc. Chir., 1908. Presse Medical, 1908.
- Bazy.*—Drainage des voies biliaires.—Bull. Soc. Chir., 1907.
- Bérard.*—Opinion sur la cholecystectomy. Opération de choix.—Lyon Medical, 1907.
- Bordes.*—Des perforation de la vesicule calculeuse.—These. Paris, 1906.
- Bachy.*—De la colecystectomy dans la lithiase vésiculaire.—These. Paris, 1913.
- Carpentier, W. (Rochester).*—Annals of surgery.—1910, n.º 1.

Chauffard et Dupré.—Note sur le traitement de la lithiase biliaire.—Soc. Med. des Hôpitaux, 1888.

Chauffard.—Traité de médecine.

Chauffard.—Des indications therap. dans cholelithiase infectée.—Semaine Médicale, 1904.

Chauffard.—La lithiase du cholédoque.—Sem. Médic., 1906.

Chauffard.—Lithiasie biliaire.—Leçons, 1914.

Caistaing et Fiessinger.—Les maladies du foie et voies biliaires.—Paris, 1912.

Castro y Viñas.—Colecistectomía.—Rev. Soc. Méd. Argentina, 1905. Junio.

Cotte G.—Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications.—Paris, 1908.

Cotte G. (Lyon).—Du choix de l'intervention dans la lithiase biliaire.—Lyon chirurg., tomo VI, 1910.

Cotte et Arnaud.—Rev. de chir.—Marzo, 1911.

Cranwell.—Drenaje del canal colédoco.—Lecciones de clínica quirúrgica, 1908.

Cuneo et Guillaume.—Notes sur les différentes positions opératoires.—Tribune médic., 1905.

Delagénère.—Technique des opérations sur les voies biliaires.—Rev. de gynéc. et de chir., 1899.

Delagénère et Gosset.—Rap. cong. chir. franc., 1908.

Denucé.—Tumeurs et calculs de la ves. bil.—Paris, 1888.

Délétrez.—Colecystotomie et cholecystectomie.—Ann. Chir. Bruxel., 1896.

Dieulafoy.—Pathologie interne.

Duplay.—L'ictérie chronique et son trait. chir.—Médéc. mod., 1899.

Duplay et Réclus.—Traité de chir., VII.

Elliot.—Annals of surgery, XXII, 1895.

Faure et Labey.—Maladies chir. du foie, 1910.

Français R.—Des indications opératoires de la lithiase du cholédoque.—Rev. Obst. et Gynec.

Galíndez.—Trat. quirúrg. de la litiasis de las vías biliares accesorias.—Tesis. Buenos Aires, 1913.

Galliard.—Obstruction du pylore par des calculs biliaires.—Pres. medic., 1895.

Gilbert.—Les maladies du foie et leur traitement.—Paris, 1910.

Gosset.—Rap. au congr. de chir., 1908.

Gosset et Desmarest.—De la colecystectomie d'arrière en vant.—Pres. medic. Marzo, 1913.

Gutiérrez.—Trat. quirúrg. de la litiasis biliar.—Rev. Soc. Méd. Argentina, tomo XX.

Hartmann.—Discussion a propos du drainage de voies biliaires.—Bull. Soc. Chir., 1907.

Hartmann.—Quelques points de l'anatomie et de la chirurgie des voies biliaires.—Soc. Anat., 1891.

Huchard.—Maladies de l'appareil digest., 1911.

Jorge y Foz.—Consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar, basadas sobre estadísticas nacionales.—Ses. de la Soc. Méd. Argentina. 6 de Octubre 1913.

Jorge.—Tratamiento de la litiasis biliar, 1913.

Kehr H.—La cura interna e chirur. della litiase biliare.—Milán, 1907.

Kehr.—Gallensteins.—Cong. chir. Bruxelles, 1908.

Kerh.—Gallensteinleindens, etc.—Münch. Med. Woch., 1911.

Kehr.—Rückblik auf 2.000 operationen au den Gallenwegen, etc., 1913.

Kehr.—Archiv. fur Klinike chir.—Febrero, 1912.

Körte W.—Beiträge zur chir. der Gallenwege und der Leber.—Berlin, 1905.

Körte W.—Arch. fur Klin. chir. LXXXIX, 1909.

Luciani L.—Fisiología humana.

Lejars.—Semaine Medic., 1902.

Lejars.—La question medico-quirur. de la lith. bil.—Cong. Bruxelles, 1898. Sem. Medic., 1908.

Launay.—Choledoc. avec drain de l'hépatique.—Soc. Chir., 1910.

Linnossier.—Indic. de l'interv. chirur. dans la lithiase.—Soc. Med. Hôp., 1906.

Mayo-Robson.—A review. of operations for gallstone, etc.—Amer. Journ. Med. Scienc., 1905.

Mayo-Robson.—On the indications and contraindic. for the removal of the gallbladder, etc.—Brit. Med. Journ., 1906.

Moynihan.—Cholelithiasis. The Practitioner LXXXI, 1908.

Moynihan.—Au address ou gall stoues.—Brit. Med. Journ., 1913.

Merello M.—Consideraciones diagnósticas y trat. de la litiasis biliar.—Tesis. Buenos Aires, 1914.

Monod.—Acad. de Méd., 7 de Febrero de 1893.

Michaux.—Congres. franc. chir., 1893.

Naunyn.—Trait. de la lith. biliaire.—Cong. Paris, 1900.

Oddi.—Effetti dell'estirpazione della cistifellea.—Bul. Soc. Med. Bologna, 1888.

Palma P.—Un caso de obstruc. de las vías biliares.—Rev. Soc. Méd. Argentina, 1899.

Palma P.—Pancreatitis crónica con oclusión del colédoco.—Rev. Soc. Méd. Argentina, 1906.

París V.—Contribución al estudio de la litiasis biliar y de la colecistostomía ideal en su tratamiento.—Tesis. Buenos Aires, 1911.

Perigena R. A.—Colecistostomía en la litiasis biliar.—Tesis. Buenos Aires, 1910.

Péppo L. F.—Trat. méd. y quirúrg. de la colelithiasis.—Tesis. Buenos Aires, 1910.

Quénu.—Des indications opératoires de la lithiase biliaire.—Rev. Chir., 1908.

Ricard.—Cholecystectomy.—Soc. chir., 1908.

Riedel.—Die Frühoperationen der akuten schweren cholecystitis.—Deutsche Med. Wochenschrift, 1908.

Soler F.—Sobre dos casos de colecistitis aguda con hidrope-
sia de la vesícula.—Rev. Soc. Méd. Argentina, 1908.

Soto G.—Colecistitis. Su tratamiento quirúrgico.—Tesis.
Buenos Aires, 1905.

Sprengel.—Cong. sud. cirugía alem., 1910.

Susini M.—Anatomía patológica y tratamiento quirúrgico de
las pancreatitis.—Buenos Aires, 1909.

Susini M.—Tratamiento de la litiasis biliar, 1913.

Schwartz.—Chirurgie du fole.—Paris, 1901.

Terrier.—Voies biliaires: operation de Kehr.—Bull. soc. ch.,
1907.

Tuffier.—Lithiase biliaire.—Bull. soc. chir.—Paris, 1903.

Testut.—Anatomie humaine.

Testut et Jacob.—Anatomie topographique.

Walton.—Sur la technique opératoire de la cholecystectomie.
—Presse Med., 1908.

Zuccarini.—Cura della litiasi biliare.—La clinica chir. 1907.

1390





