



Año 1915.

Nº 2945.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# LITIASIS BILIAR

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

P O P

ALEJANDRO G. CALLEGARI

PRACTICANTE MENOR Y MAYOR DEL HOSPITAL ITALIANO  
1912 - 13 - 14 - 15

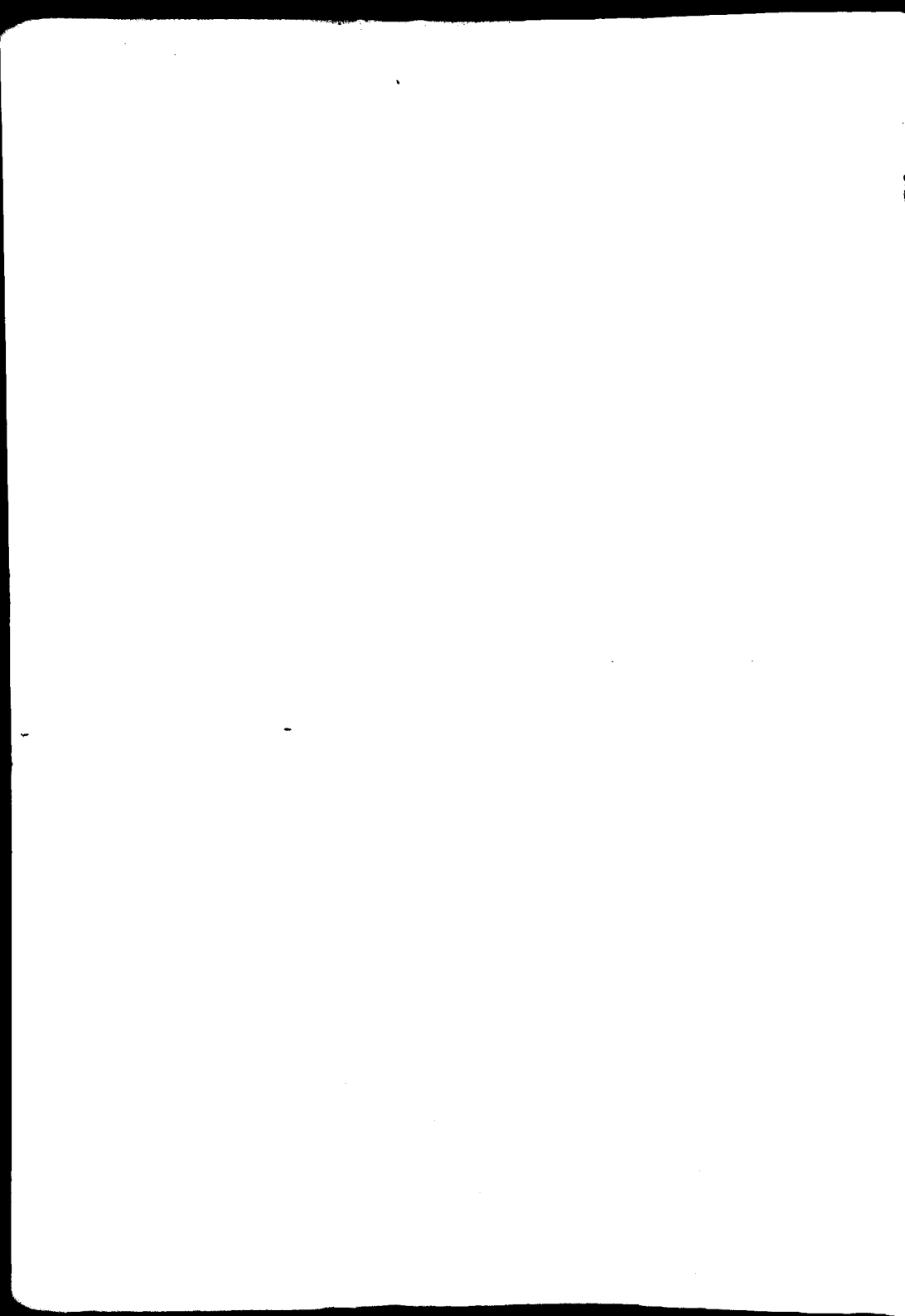
LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA É IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI  
2070. CORDOBA, 2080 - BUENOS AIRES



1915-90-14

# LITIASIS BILIAR



Año 1915.

Nº 2945.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# LITIASIS BILIAR

TESIS

PRESENTADA PARA OBTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**ALEJANDRO G. CALLEGARI**

PRACTICANTE MENOR Y MAYOR DEL HOSPITAL ITALIANO  
1912-13-11-15

LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"  
CASA EDITORA E IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI  
2070. CÓRDOBA, 2080 - BUENOS AIRES



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. » » 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. » » DESIDARIO F. DAVEL
21. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » AVEL AYERZA
24. » » EDUARDO OBEJIBO

### 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. PEDRO LACAVERA

## Consejeros

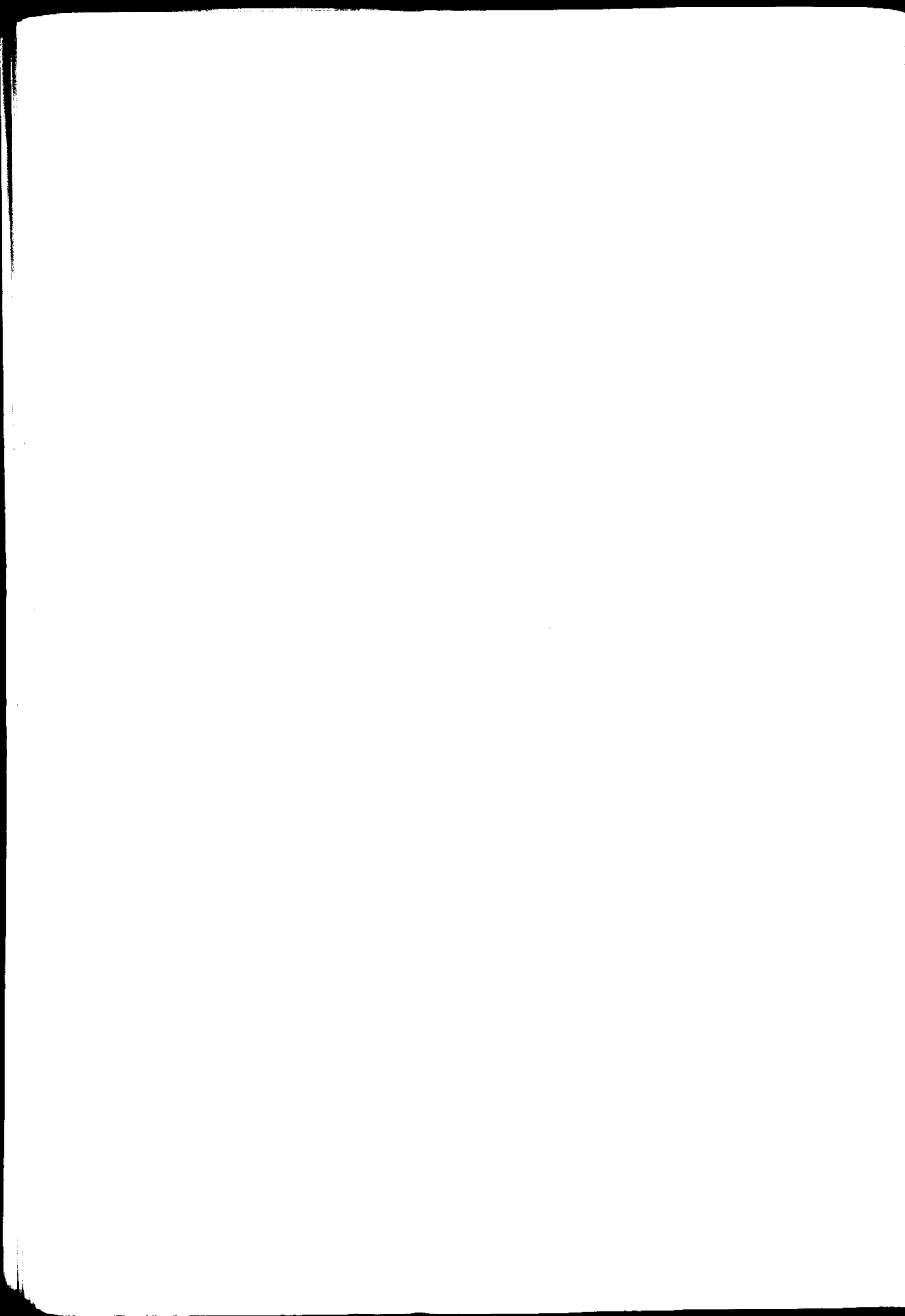
DR. D. LUIS GÜEMES

- » » ENRIQUE BAZTERRICA
- » » ENRIQUE ZÁRATE
- » » PEDRO LACAVERA
- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENFENO
- » » 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. P. 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 CANTON
  - \* JUAN A. BOERI



## ESCUELA DE MEDICINA

---

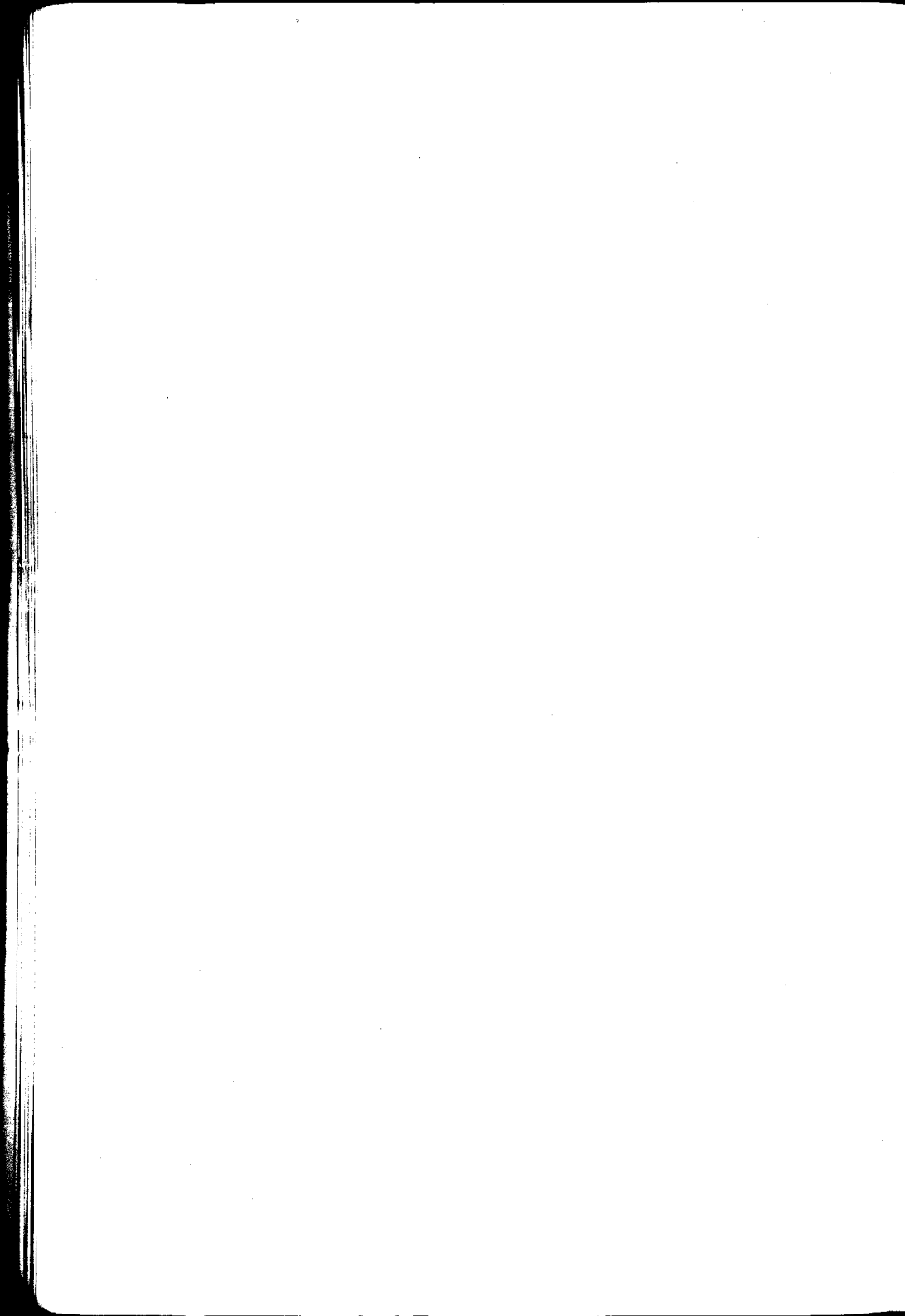
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURANOÑA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» JOSE ARCE
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	{ » GREGORIO ARAOZ ALFARO
	{ » DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOD
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	(Vacante)
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	{ » MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGELO M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



# ESCUELA DE MEDICINA

## PROFESORES EXTRAORDINARIOS

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	.. JUAN JOSE GALIANO
Bacteriología.....	.. JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	.. LEOPOLDO URIARTE
Clínica Ginecológica.....	.. JOSÉ BADIA
Clínica Médica.....	.. JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Dermato-sifilográfica.....	.. PATRICIO FLEMING
Clínica Neurológica.....	.. MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Psiquiátrica.....	.. JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Pediatría.....	.. MARIANO ALURRALDE
Clínica Quirúrgica.....	.. BENJAMIN T. SOLARI
Patología interna.....	.. ANTONIO F. PIÑERO
Clínica oto-rino-laringológica.....	.. FRANCISCO LLOBET
» Psiquiátrica.....	.. RICARDO COLON
	.. ELISEO V. SEGURA
	.. JOSÉ T. BORDA



## ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	" GUILLERMO SEEBER
Histología.....	" JULIO G. FERNÁNDEZ
Anatomía Descriptiva.....	" EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana.....	" FRANK L. SOLE
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	" FELIPE JUSTO
Semeiología.....	" MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	" R. SARMIENTO LASPIUR
Materia Médica y Terapéutica.....	" JOAQUÍN LLAMBIAS
Medicina Operatoria.....	" JOSE MORENO
Patología externa.....	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
" Dermato-sifilográfica.....	" CARLOS ROBERTSON
" Genito-urinaria.....	" FRANCISCO P. CASTRO
Clinica Epidemiológica.....	" NICOLÁS V. GRECO
Patología interna.....	" PEDRO L. BALJNA
Clinica Oftalmológica.....	" BERNARDINO MARAINI
Clinica Oto-rino-laringológica.....	" JOAQUÍN NIN POSADAS
" Quirúrgica.....	" FERNANDO R. TORRES
	" PEDRO LABAQUI
	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARRIARO
	" ENRIQUE B. DEMARIA
	" ADOLFO NOCETTI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" JOSE ARCE
	" ROBERTO SOLÉ
	" PEDRO CHUTRO
	" LUIS AGOTE
	" JUAN JOSE VITÓN
	" PABLO MORSALINE
	" RAFAEL BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO L. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" MANUEL A. SANTAS
	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONGÉ
	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" V. JOAQUIN GNECCO
	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA
	"
Medicina legal.....	"



# ESCUELA DE FARMACIA

---

## Asignaturas

## Catedráticos titulares

Biología general: Anatomía. Fisiología	DR. ANGEL GALLARDO
Comparada.....	» ADOLFO MUJICA
Química y Mineralogía.....	» MIGUEL PUIGGARI
Química inorgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Química orgánica aplicada.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Farmacognosia y posología razonadas...	Dr. JULIO J. GATTI
Química Farmacéutica.....	
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Química farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Historia, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

## Asignaturas

## Catedráticos sustitutos

Química farmacéutica.....	} SR. RICARDO ROCCATAGLIATA ,, PASCUAL CORTI ,, OSCAR MIALOCK
Farmacognosia y posología razonadas....	
Química farmacéutica.....	
Química orgánica.....	} SR. PEDRO J. MESIGOS ,, LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	
Química inorgánica.....	DR. JUAN A. SANCHEZ ,, ANGEL SABATINI



## ESCUELA DE PARTERAS

---

<b>signaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
ño:	
siología, etc.....	Vacante
ño:	
fico .....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
o:	
frica.....	DR. FANOR VELARDE
.....	Vacante

<b>signaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
frica.....	Dr. J. C. LLAMES MASSINI (encar- gado del curso del 1er. año).
.....	» UBALDO FERNANDEZ (encar- gado del curso de Puericultura.

---



# ESCUELA DE ODONTOLOGIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	" LEON PEREIRA
3er. año.....	" N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

## **Catedráticos suplentes**

Dr. ALEJANDRO CABANNE



PADRINO DE TESIS

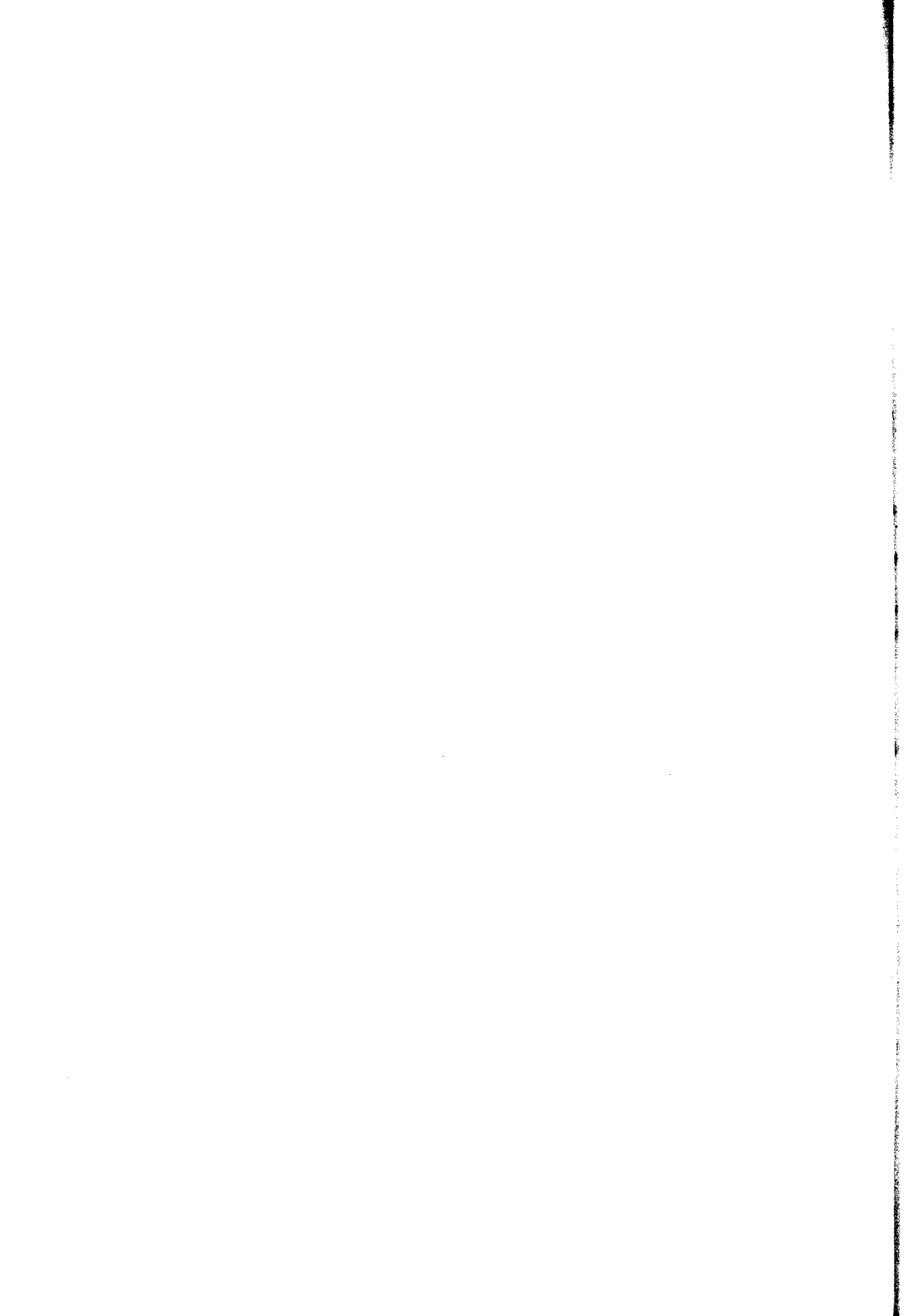
**SALVADOR L. MARINO**

Cirujano del Hospital Italiano



A MIS PADRES

A QUIENES TODO DEBO



A MIS HERMANOS



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Al presentar este modesto trabajo a vuestra consideración, entiendo llenar el último requisito que la Facultad exige para concederme el título Universitario, por el cual he bregado quizá los mejores años de mi vida. Al hacerlo prometo seguir fielmente las enseñanzas que he recogido en sus aulas y en las salas del Hospital donde me he formado.

No debo dejar pasar este instante solemne sin agradecer a todos los que han sido y son mis maestros en el noble cuanto difícil arte de curar a nuestros semejantes. Debo especial reconocimiento a los doctores Luis A. Lenzi y Francisco L. Grapiolo, directores de las secciones de clínica quirúrgica y médica respectivamente del Hospital Italiano, por las atenciones que he recibido en sus servicios, y al doctor Victorio Fossati, mi preparador cuanto

modesto médico de sala, a quien debo buena parte de mi bagaje de clínica médica.

Al doctor Salvador A. Marino, que me honra acompañándome en este acto, le estoy sumamente grato por el estímulo y aprecio que siempre me ha demostrado.

A todos mis buenos compañeros de internado y de Hospital, les ofrezco la seguridad de un imborrable cariño fraternal.

## RESEÑA HISTÓRICA

El conjunto de datos que poseemos hoy sobre cualquier rama, asunto o tema de los conocimientos humanos, son el producto de las observaciones y estudios de los que nos han precedido en el correr de los años ; así pues, los estudiosos de todas las edades han contribuído con su parte, a la que han dejado impreso el sello de la época, para que hoy recogiendo el fruto de sus experiencias, podamos tener, sino la noción exacta, cuando menos cercana de la realidad.

La litiasis biliar, no podía escapar a esta regla, y así vemos que Galeno nos habla de un estado icterico febril doloroso en el hipocondrio derecho y con irradiación hacia la clavícula, que Marcellus Donatus unos mil años después nos describe algunos accidentes de la litiasis, que Gentile Gentili a raíz del encuentro de cálculos en la vesícula biliar en una autopsia, hace notar que la ictericia puede

ser su consecuencia. Confirmada su hipótesis, los autores entran a buscar la causa productora de esos cálculos. Para unos se forman en el estómago, para otros en el hígado, para Fernel es el estancamiento de la bilis en la vesícula, la que al precipitarse da lugar a su formación; Paracelso, la explica por la presencia de una substancia coagulante que llama tártaro, la que inútil para la economía animal, por lo tanto no asimilable, provoca la formación de los cálculos.

De ahí a las teorías puramente químicas no había más que un paso, y es dado por Fournoy y Thenard. Con Cruveilhier, Littren, Monneret, Charcot, entramos en un período de observación clínica de la enfermedad y alcanzamos con los estudios de Bouchard, Chauffard, Naunyn, Fournier, Gilbert, al estado actual de la cuestión.

Nos queda por echar una ojeada a los que han hecho entrar a la mayor parte de las complicaciones de esta afección en el terreno quirúrgico, para terminar con esta breve reseña histórica.

Es a Morand y Herlin que se deben las primeras tentativas para imponer el tratamiento quirúrgico; pero es Bobbs cien años más tarde que hace la primera colecistostomía, es Winiwarter que ejecuta la primera colecisto-enterostomía y es Langebuch que lleva a cabo la primera colecistectomía.

Detrás de estos pioneros vienen gran cantidad de cirujanos que han unido su nombre a la cuestión, así tenemos a Köning, Kehr, Mayo-Robson, Mayo, Riedel, Lejars, Terrier, etc.



## ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

La litiasis biliar es una enfermedad que se presenta preferentemente entre los 30 y 35 años, pudiéndonos encontrar en todas las otras edades de la vida, desde la infancia hasta la senectud. Recién nacidos afectos de litiasis biliar no son raros, a estar a los casos citados por Comby.

La influencia de la herencia se hace sentir sobre todo en la línea femenina, encontrándose en un 51 por ciento de los litiásicos antecedentes hereditarios en sus antepasados femeninos.

No es una enfermedad propia de uno de los sexos, aunque el mayor porcentaje, las dos terceras partes, sea dado por la mujer.

El régimen de vida, uso del corsé y la acción fisiológica del embarazo y el puerperio, parecen ser las causas que explican este porcentaje.

El régimen de vida por su sedentarismo.

El corsé actuaría mecánicamente por compresión, impidiendo el libre deflujo de la bilis al duodeno, dando lugar a la precipitación de la colestérina.

El embarazo y puerperio coincidiendo con ataques de litiasis había llamado ya la atención de Huchard, Cyr y Dieulafoy, y según una estadística que presenta Chauffard sobre 114 mujeres litiásicas, las crisis se han presentado por primera vez en 59 durante el embarazo y en 24 durante el puerperio.

Dieulafoy, en una de sus lecciones en el Hotel Dieu, al ocuparse del asunto después de enumerar las distintas hipótesis que explican esta coincidencia, la mecánica debida a la ptosis del hígado que dificulta la circulación biliar, la química por las reservas orgánicas de la mujer puestas en circulación, durante el embarazo y el recambio entre la madre y el feto, las causas bacteriológicas, concluye diciendo: «Todas estas teorías son aceptables, pero ninguna me parece suficiente; el hecho clínico, el hecho indiscutible, es que el estado puerperal ejerce una influencia considerable sobre la patogenia de la litiasis biliar».

Dos son las interpretaciones clínicas que en abierta oposición pretenden explicar la patogenia de los cálculos biliares.

La teoría diatésica que sostiene que estas concreciones son la consecuencia de un estado constitucional del organismo, en el que hallándose en exceso la cal, la colessterina y otras sales, éstas al pasar a la bilis, aprovechan para depositarse durante el estancamiento que el líquido biliar sufre en la vesícula.

La teoría infecciosa que ya en el 1886 había sido lanzada por Galippe, y años más tarde tomada por Letienne, encuentra recién en el 1891, en Nuhn, su brillante expositor en el Congreso de Medicina de Nisbaden : los microorganismos provocando fenómenos de angiocolecistitis descamativa, seguida de perturbaciones en la secreción de la mucosa vesicular, traerían como consecuencia la alteración de la bilis y la precipitación de sus sales, dando lugar a la formación de los cálculos, que según Moynihan son la tumba de piedra que los órganos huecos elevan a la memoria de los cuerpos u organismos que van a molestarlos.

Gilbert, Dominici y Fournier constatan la presencia de microbios en el interior de los cálculos, y Mignot los produce experimentalmente infectando la vesícula biliar de los cobayos.

Con esto queda triunfante la teoría infecciosa que proclama que la litiasis es una enfermedad que tiene un origen bacteriano.

Pero bien pronto surgen las objeciones a esta teoría : se demuestra que los microbios pueden penetrar dentro de los cálculos una vez éstos constituidos, que un 23 por ciento de los cálculos son estériles.

Y entonces algunos como Hunter en el Congreso de la British Medical Association, admiten un factor individual en la eliminación de los productos de desasimilación.

Chauffard hace notar que la teoría bacteriana no toma en cuenta que durante los estados infecciosos, sobre todo en la fiebre tifoidea, tienen lugar reacciones séricas, modificaciones del valor cuantitativo de la colessterina en la sangre, y además siguiendo más adelante en sus estudios demuestra : que en el estado grávido y en el puerperal hay un aumento de la colessterina circulante y que el valor de la bilis en colessterina es mayor casi 5 veces más que en la normal ; que los litiásicos son hipercolesterinémicos, que los tratamientos médicos que mejoran la litiasis biliar son los que vuelven a la normal la tara de la colessterina ; y llega a la conclusión que la hipercolesterinemia es una condición patogénica constante de la litiasis.

Ahora bien, entrando ya al fondo de la cuestión, ¿cuál es el origen de la colessterina del organismo ? Chauffard hace una clasificación en exó-

gena, la que es aportada por la alimentación y otra que podríamos llamar endógena por secreción de las glándulas endócrinas, como las suprarrenales que las segregan permanentemente y los cuerpos amarillos, periódicamente o durante el embarazo, y nos queda por último el rol propio de la glándula hepática, que admitiendo los trabajos de Guy Laroche y A. Grigaut, confirmando lo dicho por Aschoff y Bacmeister, segregaría la colessterina y las grasas de la bilis al nivel del epitelio de los canalículos biliares, de preferencia en la parte inicial de éstos en la vecindad de las células hepáticas.

Entonces para explicarnos la hipercolesterinemia, es «a la célula hepática que es necesario remontarse, como siempre en la materia de patología del hígado y de las vías biliares» (Chauffard).

Como consecuencia de este ligero resumen de las principales ideas etiológicas, se desprende como norma a tener para el tratamiento, que no sólo es necesario eliminar los cálculos, sino combatir el temperamento litógeno, vale decir, las causas productoras de los mismos.



## SINTOMATOLOGÍA

El cólico hepático es la más de las veces la expresión clínica del estado litiásico del árbol biliar.

Esto no quiere decir que una buena salud no sea compatible con la litiasis biliar, pues bien sabido es la cantidad de litiasis insospechadas que nos pone al descubierto la necropsia.

Estas dos afirmaciones al parecer paradójicas, tendrían su explicación en la clasificación de los litiásicos que hacen la mayor parte de los autores alemanes : en Gallensteinträger y en Gallenstein-kranken, vale decir, en portadores de piedras y enfermos por éstas ; los que a estar a la afirmación de Riedel por cada 10 de éstos habría 90 de aquéllos.

El cólico hepático está caracterizado por un dolor espontáneo en forma de acceso que aparece ordinariamente dos o tres horas después de las comidas, localizado al nivel del hipocondrio derecho

con un punto máximo de intensidad en la intercepción del borde externo del músculo recto derecho y la décima costilla del mismo lado (punto cístico de Fleming). Suele tener irradiaciones hacia las partes siguientes: muñón de la espalda, epigastrio, punto frénico, escápula, punto de las 8<sup>a</sup>, 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> y 11<sup>a</sup> vértebras dorsales y punto de la 11<sup>a</sup> costilla.

El dolor es intensísimo y llega a provocar reflejos graves (lipotimias, síncope), y se acompaña de accidentes secundarios, anorexia e intolerancia gástrica, vómitos alimenticios en un principio que se hacen después biliosos.

La ictericia no es constante y falta en la mitad de los casos; cuando existe puede aparecer al segundo o tercer día después del ataque.

A veces el cólico hepático suele ir acompañado de poussées febriles con escalofríos, sudores, llegando la temperatura a 40 grados, esta fiebre es llamada fiebre hepática de Charcot. Cuando esto sucede el hígado aumenta de volumen y se vuelve doloroso.

Hay bradicardia; la oliguria y a veces hasta la anuria es la regla.

Los accesos de cólicos hepáticos están constituidos por una serie de crisis dolorosas que duran en conjunto 2 o 3 días, a veces más.

La terminación puede ser brusca, en crisis, cesando todo dolor, o bien al dolor agudo pueden suceder dolores difusos en toda la región vesicular con su mayor intensidad en el punto cístico.

¿Cuál es la etiología del cólico hepático ?

Diversas son las teorías ; la más antigua admite que el cólico está unido a la migración del cálculo, y así dice, el colelito al abandonar la vesícula biliar y penetrar en el cístico roza en las paredes de este canal, produciendo un reflejo doloroso en el sistema del gran simpático, como lo prueban la irradiación de los vómitos, la constipación, la oliguria. Salvando el cístico al caer en el colédoco más dilatado, o en el intestino, el dolor cesa.

En el acto operatorio se ha podido demostrar que a pesar de la existencia del cólico no ha podido haber migración por el volumen considerable de los cálculos en algunos casos y en otros por estar enclavados en la vesícula ; por otra parte, hay casos de cólicos sin cálculos. De aquí que Riedel crea que basta que haya fenómenos inflamatorios en la vesícula o infección para que pueda haber cólicos

Entre estas dos teorías extremas, Körte cree que la verdad se encuentra en las dos, así dice : cuando después del cólico el dolor cesa completa-

mente, la palpación de la región vesicular no provoca dolor y se encuentran cálculos eliminados, es a éstos que se debe el cólico ; y cuando el dolor no cesa, la región vesicular continúa dolorosa y no se han eliminado cálculos, es a un estado inflamatorio que se debe el cólico.

No siempre la litiasis biliar da su expresión clínica bajo esta forma dramática, sino que se revela bajo síntomas inaugurales que según Moynihan, permitirían hacer un diagnóstico precoz antes de la aparición de los cólicos hepáticos.

Estos síntomas siguiendo a Moynihan, son sobre todo de orden digestivo, sensación de plenitud y de peso en el epigastrio que aparece media a tres cuartos de hora después de las comidas, flatulencia, eruptos y vómitos que acaban con todos estos síntomas. Intolerancia por ciertos alimentos, sobre todo las grasas.

Estas dispepsias premonitorias de origen biliar, han sido constatadas por otros autores, pero por reales que sean no dejan de ser bastante vagas en su forma, teniendo, por lo tanto, poco valor diagnóstico.

Con caracteres más precisos tenemos un tipo clínico más frecuente, siendo, por lo tanto, de mayor valor diagnóstico su presencia ; me refiero a las formas gastrálgicas ; enfermos que después de una

fatiga o una emoción aparecen con una epigastral-gia dolorosa, con sensación de constricción, y que no tiene relación con las comidas.

Parece ser que esta forma no responda más que a cólicos hepáticos frustos que no se revelan más que por su irradiación al epigastrio. Ultimamente se ha dado una nueva interpretación, diciendo que es el efecto de un espasmo gástrico reflejo, cuyo origen se puede encontrar no sólo en los litíasicos biliares, sino en las crisis apendiculares, en las nefríticas y en general, en todos los estados abdominales dolorosos a localización epigástrica.

En otra variedad de enfermos es el intestino el que da la primera nota en el acorde biliar; nota que puede ser por constipación intensa y rebelde a todo tratamiento, habiendo casos que lo demuestran, pues en sujetos de esta naturaleza a los que por una crisis grave de colecistitis se les hizo una colecistectomía, curaron radicalmente de su intestino. Pero más frecuente que esta variedad es encontrar la que Linossier describió en el 1907 con el nombre de *diarrea prandiale des biliaires*; durante o después de las comidas el enfermo tiene brusca-mente un vivo dolor en el epigastrio o a nivel de la vesícula con sensación de angustia, momentos después siente dolores intestinales y una necesidad inmediata e imperiosa de defecar seguida de una

débacle de bilis pura. La crisis termina tan rápida como ha venido, pudiendo el enfermo continuar con su interrumpido almuerzo.

La constatación de esta forma tan curiosa de diarrea debe hacer sospechar y buscar la colelitiasis.

## CÁLCULOS BILIARES·SUS MIGRACIONES. REACCIONES ORGÁNICAS QUE PRODUCEN.

La colessterina, las sales de cal y los pigmentos biliares son los tres elementos químicos principales que figuran en la composición de los colelitos, pudiendo entrar en proporciones variables y a menudo bajo forma de estratificaciones alternadas. De aquí que pueda decirse con Chauffard que los cálculos biliares en cuanto a su composición son el reflejo del equilibrio químico de la bilis.

Los cálculos formados solos por colessterina o en los que esta substancia prima, son ligeros, sobrenadan en el agua, son friables y se queman dando una llama clara. Son cálculos a menudo asépticos y solitarios y que frecuentemente se encuentran en las autopsias.

Cuando los cálculos se cargan de sales de cal o pigmentos, se vuelven pesados y consistentes, se queman incompletamente y no dan la llama clara

de los anteriores. Estos cálculos son siempre sépticos.

En cuanto al número y forma podemos decir que hay cálculos solitarios o poco numerosos que adaptándose a la cavidad que los contiene presentan formas alargadas más o menos cilíndricas; hay otra variedad, la más frecuente, en que los cálculos son numerosos, llegando hasta centenares y son de formas poliédricas y finalmente se ha sorprendido en algunas vesículas dentro de una magma espesa y mucoide, una cantidad de cálculos pequeñísimos en formación.

MIGRACION DE LOS CALCULOS — Los cálculos biliares no se encuentran exclusivamente en la vesícula, basta que hayan salido de ésta por sus contracciones musculares para que podamos encontrarlos en cualquier parte del árbol biliar. Saliendo de la vesícula van inmediatamente al cístico, donde pueden detenerse; si se detiene en su origen y no está enclavado puede permitir el paso de la bilis hacia la vesícula e impedir el reflujo de ésta, jugando el rol de sopapa; si se detiene en un punto cualquiera del cístico se fija entre los pliegues de las válvulas de Heister y se opone a la circulación de la bilis, a menos que ésta no filtre entre el cálculo y la mucosa.

Llegado el cálculo al colédoco, normalmente va hacia el intestino, pero cuando el cálculo tiene un cierto volumen que no está en relación con la luz del mismo se detiene, ésto ocurre especialmente en la porción del colédoco que atraviesa el páncreas, donde por la resistencia que éste le opone no puede distenderse.

➤ No todos los cálculos, a su salida del cístico, descienden por el colédoco, los hay que remontan el hepático.

El trayecto que en éste recorren depende de su volumen, si son pequeños pueden penetrar en una de sus ramificaciones.

Existen pequeños cálculos depositados en pleno tejido hepático; éstos sin duda tienen su origen in situ y parecen ser debidos a extasis de algunas ramas biliares por procesos de angiocolitis catarral que impiden el libre deflujo biliar.

Cuando ningún obstáculo se opone en su trayecto por el arbol biliar, el cálculo va a parar al intestino.

Este trayecto no es el único, pues ellos se forjan paso por procesos ulcerativos hacia el duodeno, hacia el colon, hacia el estómago, hacia el yeyuno por trayectos fistulosos que se forman después de fenómenos inflamatorios adhesivos con dichas vísceras.

La llegada de los colelitos al intestino generalmente está exenta de todo accidente, pero no siempre es así; los casos de oclusión intestinal según la estadística de Quenú son frecuentes, pero en estos casos se trata de cálculos grandes, cuyo tamaño no les ha permitido pasar por las vías biliares y que corresponden a ese otro grupo que llega al intestino por trayectos fistulosos.

El diagnóstico de ileus intestinal se impone en estos casos con la misma sintomatología que en los otros casos de ileus, y a no mediar el antecedente de los cólicos hepáticos el diagnóstico etiológico quedaría a oscuras.

Los casos de apendicitis por cálculos y de cálculos que han penetrado en un riñón, en la vena cava o en el útero grávido, aunque excepcionales, figuran en la literatura médica.

Accidente frecuente de las migraciones anormales de los cálculos es el flemón biliar; los cálculos al provocar por irritación ulceraciones abren la puerta de entrada a los microorganismos que pululan en la bilis séptica que los contiene, y es así que al abrirse en el peritoneo o en los órganos vecinos los infecta.

REACCIONES ORGANICAS QUE PRODUCEN— .Cómo reacciona la vesícula biliar ante los cálculos ?

Aunque muchas veces macroscópicamente no presenta mayores alteraciones, haciendo cortes de sus paredes se ve que su estructura está alterada principalmente en su mucosa, y es en los canales de Luschka especialmente donde esto se comprueba. Es en el fondo de estos canales donde se acumulan los débris de la secreción inflamatoria, mucos y microorganismos.

La serosa está todavía indemne, pero la muscular aparece hipertrofiada y la fibrosa fuertemente espesada. La mucosa tiene su epitelio cilíndrico, pero ha perdido su aspecto pulido, encontrándose surcada de cicatrices.

La vesícula está entonces definitivamente alterada, la mucosa no llenará más sus funciones de absorción y secreción, las fibras musculares invadidas por el tejido fibroso pierden su propiedad de contraerse y expulsar así el contenido vesicular, aumentando, por lo tanto, una de las causas predisponentes de la litiasis, la éxtasis; los canales de Luschka no se drenan, quedando aún en ellos una vez vaciada la vesícula, elementos litógenos en sus fondos.

Todos estos fenómenos tienen lugar desde el punto de vista anátomo-patológico, pero la litiasis da también complicaciones vesiculares, que pudiendo aparecer más o menos tardíamente, pueden

tener por origen perturbaciones mecánicas, perturbaciones infecciosas o de ambas naturalezas a la vez.

Cuando un cálculo se encaja en el cuello de la vesícula puede permitir la entrada de la bilis a ésta, pero en el momento que por una contracción vesicular este cálculo es llevado a obturar el cístico, impedirá el drenaje de la bilis vesicular hacia el colédoco. Se produce entonces una distensión de la vesícula, llegando a dimensiones considerables las paredes se adelgazan, la bilis que encierra sufre transformaciones químicas importantes: el pigmento desaparece, el líquido se torna claro, algunas veces mucoso y filante, otras límpido y acuoso. El contenido es habitualmente estéril. Este estado vesicular se conoce con el nombre de hidropesía de la vesícula

Contrastando con este tipo de vesícula tenemos el que Courvoissier en 1890 y Terrier en 1892, habían descrito como patognomónico de los estados calculosos crónicos, vesículas contraídas, pequeñas y de paredes espesas. Dando lugar a la ley de Courvoissier-Terrier, ley que debido a sus excepciones es preferible enunciarla en otra forma, diciendo con Chauffard «en la ictericia calculosa la colecistitis crónica atrofiante es la regla».

En las vesículas calculosas la bilis alterada y mezclada con mucus y restos epiteliales es medio favorable para las infecciones, dando lugar a empiemas de la vesícula que pueden tener una propagación rápida o lenta.

El empiema agudo aparece en los casos donde las paredes vesiculares no habiendo tenido que reaccionar anteriormente a otros ataques calculosos, no se han espesado.

Cuando la infección sobreviene en el curso de una colecistitis recidivante con paredes espesadas, la evolución es menos rápida.

Pero cualquiera que sea la evolución rápida o lenta de la invasión del pus en la vesícula, el peligro de infección no es por eso menos inminente para el resto de las vías biliares. Además los órganos abdominales contraen adherencias en torno de la vesícula inflamada.

Las colecistitis ulcerosas no dejan de ser frecuentes en las colecistitis graves, y parece responder en unos casos a úlceras de decúbito, provocadas por los cálculos sobre la mucosa, en otros por los productos depositados en el fondo de los canales de Luschka, en los menos por degeneración de la mucosa en los lugares donde se produzcan infiltraciones hemorrágicas.

Y por último para terminar con las lesiones que la presencia de los cálculos provoca en la vesícula, tenemos una lesión desgraciadamente frecuente: la cancerización de la vesícula.

Lesión anatómica que a pesar de que Cornil, Ranvier y Segond admitan que el cáncer es anterior a la litiasis, el estudio de los cálculos en sí, el estudio clínico de los casos y la frecuencia del cáncer en los órganos que han sido sometidos durante tiempo a irritaciones continuas, han hecho que se admita la opinión inversa, es decir, que el cáncer es posterior a la litiasis y que posiblemente ésta le prepara el terreno.

Uno o varios son los cálculos que pueden clavarse en el colédoco; cuando existen varios están como apilados en el canal y aún en estas condiciones la bilis puede pasar al intestino, no habiendo ictericia como en el caso clásico de Cruveilhier, pero lo común es que haya ictericia.

Anatómicamente se ve el colédoco distendido, a veces alcanza proporciones mayores que las de una mediana vesícula, lo mismo pasa con los canales hepáticos, cístico y con la vesícula cuando ésta no ha sido asiento de alteraciones crónicas, pues entonces se presenta retraída.

La mucosa coledociana está inflamada, produciéndose lesiones descamativas que pueden llegar

hasta la perforación o sin llegar sino hasta la serosa da lugar a reacciones inflamatorias que traen como consecuencias adherencias y a veces fistulizaciones con los órganos vecinos, especialmente con el intestino.

Las ulceraciones del colédoco producidas por los cálculos, inféctanse fácilmente por los bacterios piógenos que remontan desde el intestino; esta colangitis séptica puede quedar localizada o extenderse al hígado o por perforación del colédoco infectar el peritoneo.

A veces cuando los cálculos se localizan en la porción duodenal del colédoco es relativamente frecuente que la cabeza del páncreas sea asiento de procesos que pueden llevarlo a la pancreatitis hemorrágica aguda o a la necrosis grasa.

Las alteraciones del hígado son muy variadas: angiocolitis, hepatitis, cirrosis biliares o atróficas.



## CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS

Cuando la manifestación clínica del estado li-fiásico en un sujeto es un cólico hepático, franco en su forma el diagnóstico es si se quiere relativamente fácil. Pero muchas veces aún así el diagnóstico no se impone y es necesario hacerlo por exclusión. Con lo que más frecuente se puede confundir es con un ataque apendicular por la vecindad del sitio doloroso, por la aparición brusca, por sus vómitos o la fiebre que puede hacer pensar en un origen bilio-séptico y a veces hasta por su ictericia.

En el cólico nefrítico derecho encontramos también el dolor intenso brusco, y las reacciones nauseosas que ellos provocan.

En el primer caso el sitio inicial, los caracteres del pulso, de la temperatura y de las materias fecales nos darán el diagnóstico diferencial. En el cólico nefrítico tenemos la irradiación del dolor que es distinta, las perturbaciones y a veces la hematuria.

En el caso de enfermos que han tenido varias crisis dolorosas con períodos de calma y relativo bienestar, también puede presentarse la necesidad de hacer el diagnóstico diferencial con cólicos nefríticos a repetición y con ataques de apendicitis crónica. Los datos que ya hemos someramente enumerado pueden darnos el diagnóstico.

Algunos sujetos afectados de colitis mucosomembranosa suelen tener crisis dolorosas intensas en su flanco derecho que pueden por su localización topográfica hacer pensar en fenómenos de origen vesicular; pero, tenemos en contra la propagación del dolor al resto de cuadro cólico y la presencia de membranas y mucus en sus materias fecales.

Los estados dolorosos provocados por la ptosis del riñón derecho y por crisis de hidronefrosis intermitente pueden ser motivos de errores.

Los dolores en los vientres ptosicos, en el de los obesos y en las visceralgias tabéticas deben ser también tomados en cuenta al hacer el diagnóstico de calculosis biliar.

Tenemos por último para tratar de ser completos que hablar de cólicos hepáticos producidos por la migración a través de las vías biliares de vesículas hijas provenientes de quistes hidáticos que se abren en la vesícula biliar o en el colédoco. En los

casos publicados en nuestro país, los cólicos han sido seguidos de vómitos, fiebre e ictericia.

La presencia de las membranas hidáticas en las deposiciones son las que han dado el diagnóstico.

Comprobado que el cólico tiene su origen en la vesícula biliar nos queda por resolver si se trata de un cólico hepático o de una poussée de colecistitis.

El diagnóstico diferencial etiológico es muy difícil de hacer porque el cólico hepático muchas veces no es más, como ya hemos visto, que el resultado de una colecistitis aguda.

Ahora bien, cuando se trata de una colecistitis de origen calculoso son los antecedentes los que nos pondrán en la pista de la etiología de la lesión. Pero no son raros los casos de sujetos que tienen por primera vez un cólico hepático y éste va acompañado de síntomas graves de colecistitis.

En los accidentes por perforación vesicular por migración calculosa el diagnóstico de la lesión es dado, por el dolor intenso, desgarrador, localizado en la región sub-hepática, con contractura a su nivel de las paredes abdominales y por el plastrón defensivo que ese forma alrededor de la vesícula.

Los mismos fenómenos menos el dolor agudo lo pueden dar las colecistitis supuradas al provocar fenómenos inflamatorios de pericolecistitis.

En ambos casos el diagnóstico etiológico de la lesión no se puede hacer sin los antecedentes.

Los estados dolorosos de la región sub-hepática obedecen frecuentemente a fenómenos de colecistitis crónica calculosa. Pero también estos fenómenos pueden tener su punto de origen no en la vesícula sino en lesiones de órganos vecinos.

Cuando por migración de los cálculos, estos se detienen en el colédoco a la sintomatología general de la litiasis biliar se agrega la del síndrome coledociano. El diagnóstico etiológico de la lesión puede ser fácil cuando haya datos de cólicos hepáticos claros, inmediatos o remotos, pero cuando los datos no lo son, el diagnóstico se hace difícil y será necesario hacerlo por exclusión con la ictericia catarral prolongada, con el cáncer de la ampolla de Vater, con el cáncer primitivo de las vías biliares, con el cáncer de la cabeza del páncreas, y con las compresiones del colédoco por quistes hidáticos o por cicatrices de úlcera duodenal.

## TRATAMIENTO MÉDICO

Siendo la litiasis biliar una enfermedad favorecida por un estado diatésico especial y por la presencia de productos anormales en el organismo como la colesiterina es necesario establecer ante todo en su tratamiento un régimen dietético especial que debe ser dirigido según Chauffard de modo a llenar estos tres objetos : 1º ser bien tolerado, no provocando ninguna perturbación digestiva ; 2º disminuir en los límites de lo posible las condiciones químicas productoras de la enfermedad, y 3º prevenir fermentaciones intestinales toxígenas ; disminuyendo así las probabilidades de infección del árbol biliar.

Una alimentación mixta moderada en sustancias azoadas, rica en vegetales y más vale pobre en hidrocarbonados, amiláceos, azúcares y grasas, parece ser la que mejor responde a esas condiciones.

Las comidas no deben ser copiosas y deben ha-

cerse a horas regulares y espaciadas convenientemente en 4 veces.

Las aguas minerales alcalinas son aconsejadas, reemplazando a las bebidas alcohólicas.

El resultado de este tratamiento debe ser controlado por el estado general del sujeto y por la balanza ; para evitar llegar a prescribir regímenes escasos, de inanición que son contraproducentes para el bienestar del litiásico.

Estas indicaciones dietéticas deben ir unidas a otras de orden higiénico. La marcha pausada será permitida en los litiásicos a crisis espaciadas, no así en los que sufren de crisis frecuentes en los que el reposo debe ser casi absoluto. El corsé será prohibido en las mujeres.

El funcionamiento de la piel será activado por baños y por fricciones alcohólicas suaves.

El bajo vientre de los obesos será sostenido por una faja.

Desgraciadamente todas estas prescripciones de orden dietético e higiénico no bastan para devolver la salud a estos enfermos y es necesario recurrir al tratamiento médico y al quirúrgico.

Cuando el enfermo es presa de un cólico hepático el tratamiento médico a establecer tiene un objeto puramente sedante y se valdrá de la morfina por vía subcutánea y aplicaciones calientes en la región

dolorosa que pueden ser ventajosamente reemplazadas por las frías en algunos casos. Reposo en cama y dieta lactea. Cuando el ataque va acompañado de vómitos incoercibles se aconseja hacer lavajes del estómago con agua bicarbonatada, los que frecuentemente llenan muy bien su objeto.

Varios son los medicamentos que se han indicado y que se deben usar como tratamiento intercalar entre las crisis dolorosas. En primer lugar en orden de importancia tenemos la medicación salicílica. El ácido salicílico ingerido se elimina por la vía biliar y actúa en el triple papel de colagogo, analgésico y antiséptico biliar y últimamente ha sido demostrado que es un agente que estimula la secreción biliar. Se ha aconsejado dar el salicilato de sodio asociado al benzoato de sodio a la dosis diaria de 1 gramo, distribuido en 3 cachets. La aspirina a la dosis de 1 a 1,50 gramos diario puede reemplazar ventajosamente al salicilato de sodio cuando las crisis son muy frecuentes y la intolerancia vesicular es muy aguda. La urotropina es otro medicamento que ha sido demostrado en 1908 por S. Crowe que se elimina por la bilis lo mismo que por la orina. La acción antiséptica de la urotropina en las colelitiacis infectadas es de tener en cuenta. La dosis diaria mínima es de 1 gramo y la máxima, 2 gramos.

El aceite de oliva tiene una acción incontestable como colagogo, antes se daba de 200 a 300 gramos, una sola vez a la mañana en ayunas; ahora Chauffard aconseja dar durante 4 o 5 días dosis moderadas y progresivas de 50, 60, 80 hasta 100 gramos, tomados también por la mañana en ayunas; terminada esta serie les da un purgante de aceite de ricino y aconseja examinar las materias fecales, pero advierte no tomar por cálculos las concreciones pseudo calculosas formadas por los ácidos grasos.

La opoterapia también ha sido empleada en la litiasis biliar dando a los enfermos sales biliares o extractos conteniendo hiel desecada. Es necesario usarlos prudentemente dice Chauffard, por la acción éxcito-motriz que tiene sobre la vesícula y el intestino provocando contracciones dolorosas.

El tratamiento hidro-mineral en la litiasis es sumamente importante; por lo tanto es interesante conocer las indicaciones y saber hacer la elección de los enfermos a seguir dicho tratamiento, pues como veremos, no en todos los litiásicos existe su indicación.

Mientras se creyó que la eliminación de los cálculos por vía intestinal equivalía o poco menos a la curación se exigía al tratamiento hidro-mineral una acción éxcito-motriz sobre la vesícula que diera

por resultado su vaciamiento, pero ; hoy, que sabemos que la eliminación nunca es completa y que el beneficio que se obtiene es dudoso tratamos de obtener de dicho tratamiento una reducción de los dolores por una disminución de la excitabilidad vesicular.

Por otra parte es necesario considerar al agua mineral ingerida como un medicamento que va a actuar sobre la secreción biliar modificándola en su calidad y cantidad.

Ateniéndonos a estas consideraciones, ¿qué enfermos debemos someter a su cura y a cuáles no ?

En los litiásicos en su debut, en la fase premonitoria que ya hemos descripto cuando ya han tenido sus cólicos, pero éstos han sido apiréticos y espaciados en la frecuencia de producción ; en los litiásicos obesos, en los sedentarios y en los litiásicos operados, lo que sería el desideratum como complemento del acto operatorio, la indicación es favorable.

Y sería desfavorable en los litiásicos infectados ; en los estados de hipertensión arterial, en los enfermos que han tenido cistitis en éstos, porque parece que la cura hidro-mineral alcalinizando las orinas da lugar a recaídas dolorosas. Chauffard a este respecto dice textualmente : « Yo me guardo de enviar

a Vichy o a Carlsbad los litiásicos que en su pasado han tenido accidentes de infección urinaria».

En Europa las aguas minerales más usadas son las de Vichy y Carlsbad ; las de Vichy son bicarbonatadas sódicas, las de Carlsbad son sulfatadas sódicas.

En nuestro país tenemos en el Rosario de la Frontera fuentes que pueden reemplazar por la composición de sus aguas a las antes mencionadas ; además en La Rioja, Catamarca, Santiago del Estero, Mendoza y San Juan se encuentran otras fuentes termales en las que pueden beneficiar los litiásicos.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

SUS INDICACIONES—Quizá no haya afección del organismo en que como en ésta estén más en discordancias los clínicos médicos con los cirujanos; los rápidos progresos efectuados en la cirujía biliar en estos últimos años han hecho que autores como Moynihan lleguen a un tal extremo intervencionista que no sólo pretendan operar en todos los casos de cólicos hepáticos francos sino aun en los que no presentan como manifestación clínica más que formas frustas.

Felizmente las cosas van evolucionando y los clínicos más conservadores como los cirujanos más audaces coinciden ahora en la necesidad de una comunión de los medios clínicos y quirúrgicos para combatir esta tan frecuente afección.

Los litíasicos a operar, según Chauffard, pueden repartirse en tres grupos: los que presentan

fenómenos de infección, los que presentan frecuentes poussées dolorosas y los afectos de ictericia crónica.

En los primeros una vez que se han enfriado o no de sus fenómenos infecciosos, por el tratamiento clínico de que ya hemos hablado : dieta hidrica, hielo sobre la región vesicular y urotropina por boca ; es necesario indicarles la intervención para librarlos de la posibilidad de una repetición. De más está decir que cuando dichos fenómenos infecciosos no ceden, la intervención se impone con mayor razón.

A los enfermos del segundo grupo es necesario, ponerlos en mano de los cirujanos cuando sus manifestaciones dolorosas se repiten frecuentemente ; y reclaman ellos mismos la intervención por la intensidad de sus dolores.

Y llegamos al tercer grupo a los que tienen ictericia crónica con decoloración de las materias fecales y pigmentación de sus orinas. Este grupo está constituido por los que presentan una litiasis coledociana, que es la forma más grave.

Aparte de estos enfermos tenemos otros que podríamos colocar en el primer grupo y en los que nadie discute la necesidad de intervenir ; a saber : los con empiemas vesiculares, los con vesículas hidrópicas, los que presentan peritonitis parcial o total cuyo punto de partida está en la vesícula biliar.

*Cuidados pre-operatorios* — Aparte de estos últimos casos la cirugía biliar no es en general una cirugía de urgencia y da por lo tanto tiempo para poner a los enfermos en buenas condiciones operatorias.

El reposo en cama, la dieta lactea y la antisepsia biliar son las tres principales indicaciones a llenar.

A los enfermos con ictericia acostumbrese a darles para tratar de prevenir las hemorragias a que están propensos por su estado discrásico, cloruro de calcio a la dosis de dos gramos durante los dos o tres primeros días que anteceden a la intervención. Hacer evacuar el intestino con purgantes o enemas según el estado del sujeto; el baño general cuando el enfermo lo permite; así como las inyecciones de suero fisiológico completan el capítulo de los cuidados pre-operatorios.

*Anestesia* — El cloroformo, como anestésico, ha sido plenamente demostrado que es un veneno que actúa sobre el protoplasma de las células hepáticas y renales; y a él deben imputarse muchas ictericias post-operatorias.

De aquí la contraindicación formal que existe para no emplearlo en la cirugía biliar; habiendo

sido ventajosamente reemplazado por el éter y por la anestesia intrarraquídea.

Del resúmen de los casos operados en el servicio se verá que sólo por excepción en los últimos años se ha empleado otra anestesia que no sea la intrarraquídea con novocaína. El resultado que se obtiene es excelente habiendo fallado en muy pocas ocasiones.

En cuanto a la anestesia local, el desideratum en materia de anestesia, es indicada cuando sólo se hacen algunas de las intervenciones paliativas, abrir algún absceso perivesicular o abocar la vesícula a la pared abdominal; habiendo permitido en algunos casos hacer el drenaje de las vías biliares superiores.

*Posición del operado* — La posición del operado es un tiempo importante en las intervenciones quirúrgicas; en vías biliares resulta aún más importante por las dificultades que se encuentran aún con un buen campo operatorio.

Usando el cojinete de Elliot, vulgarizado por Mayo-Robson y colocándolo de modo a provocar una lordosis lumbar teniendo por reparo el ángulo del omóplato o el apéndice xifoideo, se obtiene una buena posición; esta misma posición se consigue con movimientos apropiados de los planos de la

mesa operatoria, movimientos que permiten también durante la intervención cambiar el nivel de la cabeza o de las extremidades del operado para facilitar el descenso del hígado hacia la brecha operatoria y el de las ansas intestinales hacia la pelvis.

*Preparación del cirujano y del campo operatorio* — La antisepsia de las manos con bencina y alcohol, sumamente rápida y eficaz, es la que se usa casi exclusivamente en el servicio, los buenos resultados que se obtienen la hacen recomendable, no sólo en los casos en que el tiempo urge, sino en todas las intervenciones. Lo mismo se puede decir de la preparación del campo operatorio por medio de la tintura de yodo.

*Incisiones* — Muchas son las incisiones que se han preconizado para intervenir en las vías biliares; las adoptadas en un principio en el servicio fueron las de Kehr, Mayo-Robson y la para-rectal, teniendo en cuenta para la elección de una u otra el caso a intervenir. Estas incisiones eran también las empleadas por el doctor Nicolás Repetto, durante el tiempo en que con tanto brillo dirigió el servicio.

Con dichas incisiones habitualmente se obtiene un buen campo operatorio, pudiéndose las pro-

longar cuando no bastaban en el sentido en que hiciera falta. La salida del drenaje se dejaba en la extremidad superior de la incisión.

Ultimamente se han adoptado las incisiones transversales, ya sea la paralela al reborde costal, incisión de Kocher, ya sea la directamente transversa, incisión de Sprengel ; basados en las razones fisiológicas de sus sostenedores y además porque ofrecen un buen campo operatorio, pudiendo en caso de necesidad prolongarlas hacia afuera o hacia adentro, aún cortando la vaina del recto anterior izquierdo. En cualquiera de estas dos incisiones cutáneas, el músculo recto anterior se corta perpendicularmente a sus fibras musculares entre dos suturas hechas con puntos en U o en surget, tomando el cuerpo del músculo con las dos hojas de su vaina ; este tiempo operatorio evita la retracción del recto, facilitando más tarde la refacción de la pared.

La incisión baja de Sprengel ha sido particularmente útil en los casos de ptosis o basculamiento del hígado, casos en los que la vesícula se encuentra hacia atrás y afuera ; además facilita la exploración y ablación, cuando hay indicación, del apéndice.

*Colecistotomía, colecistostomía, colecistectomía.*  
*Drenaje a la Kehr* — En general puede decirse con

Mayo-Robson que el cirujano que interviene en una litiasis biliar le es imposible saber qué operación va a practicar ; todo depende del estado en que encuentre la vesícula, las adherencias con los órganos vecinos, la presencia de cálculos en los canales biliares, etc.

Tratándose de litiasis de la vesícula puede optar entre los tres procedimientos quirúrgicos siguientes : colecistotomía, colecistostomía, colecistectomía con o sin drenaje.

La colecistotomía fué una intervención que bastó mientras se creyó que la extracción de los cálculos era suficiente para curar a los litiásicos ; de aquí el nombre de cistotomía ideal, y consiste en abrir la vesícula, quitar sus cálculos y volver a cerrarla. La experiencia demostró bien pronto que este método operatorio no era posible en las vesículas infectadas, y además los fenómenos debidos a la presencia de nuevos cálculos hicieron abandonar este método operatorio.

Estos inconvenientes son subsanados en la colecistostomía y en la colecistectomía. En la primera intervención se abre la vesícula y se aboca a la pared abdominal dejando drenaje. En la segunda se extirpa la vesícula siguiendo cualquiera de las técnicas que existen al respecto y se liga el cístico o bien se deja el drenaje a la Kehr.

¿A cuál de estas dos operaciones debe darse la preferencia ?

Es un asunto de difícil respuesta ; en ambos bandos están cirujanos eminentes. Mayo-Robson en más de mil intervenciones, solamente en 94 extirpó la vesícula ; la explicación de ésto quizá se encuentre en que Mayo-Robson como los cirujanos que así piensan, intervienen rápidamente casi como en las apendicitis en caliente, y se encuentran de este modo con vesículas que han sufrido poco y con un contenido poco séptico, bastando el drenaje para obtener la garantía de una curación definitiva.

Además se basan en razones biológicas nada despreciables para no extirpar la vesícula, ésta no es un órgano inútil en la economía animal, la bilis durante su permanencia en ella se mezcla con mucus en una cantidad diaria de 72 c.c., según los estudios de Flexner ; además desempeña el papel de regulador en la tensión biliar.

Los partidarios de la colecistectomía arguyen también una serie de consideraciones importantes, entre ellas que suprimen a la vez los cálculos y a un órgano infectado, y a estar a la expresión gráfica de Langebuch «a la piedra y a la cantera» ; la posibilidad de recidivas, la degeneración neoplásica de un órgano crónicamente inflamado, y suprimen las fistulizaciones.

Del resumen de las estadísticas presentadas por Kehr, se desprende que hace una ostomía por cada 380 intervenciones en vías biliares, prefiriendo hacer ectomías con drenaje en T.

Como conclusión se pueden admitir las que Hautefort propone en su tesis :

1º La colecistectomía con ligadura del cístico es la operación de elección en la litiasis biliar.

2º La colecistectomía con drenaje del hepático debe ser reservada para los casos en que haya sospecha de infección o presencia de cálculos en las vías biliares accesorias.

3º La colecistostomía es un método de excepción que tiene sus indicaciones cuando la colecistectomía es imposible o difícil de ejecutar ; cuando se trata de enfermos que hay que ir rápido por su estado general, o cuando existe peligro de una infección peritoneal por propagación del foco séptico vesicular.

*Coledocostomía, hepaticostomía* —Por estas dos operaciones se interviene cuando los cálculos habiendo emigrado de la vesícula biliar se fijan en el colédoco o en el hepático.

La coledocostomía debe ir seguida de la extirpación de la vesícula y el drenaje del hepático, las razones son obvias.

Cuando una vez extraído el cálculo o cálculos del colédoco éste se cierra, vale decir, cuando se ha hecho una coledocostomía, es prudente dejar un drenaje para asegurar el éxito de la sutura y el de la intervención.

## RESUMEN DE LAS INTERVENCIONES POR LITIASIS BILIAR O SU COMPLICACION EFECTUADAS EN EL HOSPITAL ITA- LIANO.

En el período transcurrido entre el 1º de abril de 1909 al 1º de abril de este año, en que el servicio de cirugía de nuestro Hospital ha estado bajo la dirección del doctor Luis Lenzi, se han intervenido por litiasis biliar o sus complicaciones en 103 casos.

Las operaciones efectuadas se descomponen en la siguiente forma: por colecistitis crónica calculosa en 70 casos, habiéndose encontrado en 37 la vesícula atrófica, en 30 la vesícula distendida y en 3 la vesícula hidrópica; la intervención llevada a cabo ha sido la colecistectomía en 69 enfermos y la colecistostomía en 1 caso. En las ectomías efectuadas se ha cerrado la pared abdominal por completo en 27 casos; en 30 casos se ha dejado drenaje sub-hepático y en 12 casos se ha hecho el dre-

naje a la Kehr. Por calculosis de las vías biliares principales se ha intervenido en 11 casos, de los cuales 4 presentaban ictericia por obstrucción, habiéndose encontrado en 4 casos la vesícula biliar atrofíca y en los 7 restantes distendida, la operación llevada a cabo fué en 10 casos la ectomía con coledocotomía o hepaticotomía, haciendo drenaje a la Kehr y en un caso ectomía con coledocotomía suturando la incisión hecha en el colédoco y dejando drenaje sub-hepático. Por colecistitis supuradas se intervino en 18 casos, habiéndose encontrado en 10 casos empiema de la vesícula, en 4 casos empiema y pericolecistitis y en los 4 restantes empiemas con necrosis de las paredes vesiculares; la operación hecha fué la ectomía con drenaje sub-hepático en 8 casos, en 2 la ectomía con drenaje a la Kehr y en los 8 restantes la colecistostomía.

En 4 enfermos en los que anteriormente habían sido operados de colecistostomía en otros servicios por colecistitis de origen calculoso fué necesario volverlos a intervenir por persistencia de sus fístulas biliares; en los 4 se hizo la colecistectomía, habiéndose encontrado en 3 de ellos cálculos en el interior de sus vesículas.

La anestesia empleada fué la clorofórmica en 9 casos, la etérea en 6, la anestesia local con cocai-

na al 0.25 por ciento en 7 y en los 81 casos restantes con novocaina intra-raquídea

Los casos en que se ha producido el deceso han sido 10 y se descomponen en la siguiente forma :

*Primer caso* — Enfermo en mal estado general, con fiebre, escalofríos, pulso frecuente, ictericia.

Como no mejora a pesar del tratamiento médico, se resuelve intervenirlo. Laparotomía transrectal, anestesia intra-raquídea. Se encuentra el hígado grande congestionado ; vesícula pequeña y distendida, el colédoco contiene 4 pequeños cálculos como granos de maíz y 1 grande de unos 4 cm. por 2 cm. de diámetro. Se le hace una ectomía con coledocotomía, dejando drenaje a la Kehr. Tiene vómitos sanguinolentos y biliosos y muere en el día.

Necropsia : Degeneración grasa del hígado, hemorragia puntiforme gástrica ; vías biliares permeables.

*Segundo caso* — Laparotomía transrectal, anestesia intra-raquídea. Enferma en buen estado general ; se le hace una colecistectomía, dejando drenaje de gasa en la loge vesicular ; llevada a la cama tiene 2 horas después angustia precordial, cianosis, disnea, la temperatura de 37°2 antes de

operarse sube a  $39^{\circ}5$ ; el pulso sube a 140 pulsaciones, 48 respiraciones; se le administra oxígeno, estrocnina, éter, cafeina, aceite alcanforado. Muere al día siguiente, no es posible hacer autopsia. Causa probable del deceso embolia de la pulmonar.

*Tercer caso* — En este caso se trata de una enferma que ha tenido su primer cólico hepático hace 15 días, con escalofríos y vómitos; éstos cesaron al 3° día, no así los escalofríos y la fiebre. Visto que la enferma empeoraba a pesar del tratamiento médico que seguía, resuelven traerla al Hospital, donde se interviene al día siguiente.

El estado en que se opera es el siguiente: facies peritoneal, lengua con fuliginosidades,  $37^{\circ}8$  de temperatura, 130 pulsaciones, 30 respiraciones, abdomen meteorizado, doloroso a la palpación, la que es imposible de ejecutar.

Anestesia local con cocaína al 0.25 por ciento, laparatomía transrectal. Abierto su abdomen se ve que el hígado está grande, congestionado, la vesícula biliar está distendida, contiene 250 grs. de líquido purulento. Se hace una colecistostomía; se explora las vías biliares, las que se encuentran libres. La enferma fallece en colapso, a pesar de todos los cuidados post-operatorios dos días después.

*Cuarto caso* — Enfermo que ingresa al servicio completamente icterico, con  $38^{\circ}4$  de temperatura y 90 pulsaciones, habiendo tenido su cólico por primera vez hace 20 días.

Dos días después se empeora su estado general, tiene 40 grados de temperatura, 128 pulsaciones, 32 respiraciones; se resuelve intervenirlo.

Anestesia intra-raquídea, laparatomía transrectal. Se encuentra la vesícula distendida, se punza, extrayendo 280 c.c. de bilis obscura con grumos purulentos.

Se hace una colecistostomía, abierta la vesícula se extraen 10 cálculos pequeños a facetas. Drenaje con tubo y gasa. El enfermo mejora en su estado general,  $37^{\circ}4$  de temperatura, 100 pulsaciones; pero 3 días después fallece por un síncope.

*Quinto caso* - Enferma afecta de colecistitis calculosa desde hace más de 1 año, habiendo enflaquecido y desmejorado desde la misma época.

Su último ataque lo ha tenido hace 10 días. Ingresa al servicio, con la piel y mucosas ictericas, lengua saburral,  $37^{\circ}8$  de temperatura, 94 pulsaciones. En el abdomen a nivel de su hipocóndrio derecho se palpa un tumor como una naranja, que sigue los movimientos respiratorios. Se le hace el

tratamiento médico adecuado, pero dos días después se reagrava, por lo que se la interviene.

Anestesia intra-raquídea 0.15 grs. de novocaina, laparatomía transrectal; se encuentra la vesícula grande, contiene bilis, pus y 43 cálculos a facetas; colecistectomía retrógrada subperitoneal, coledocotomía por la que se sacan dos cálculos, se deja drenaje a la Kehr.

La enferma mejora, la bilis sale por su drenaje; 8 días después se quitan las gasas que salían con facilidad y se reemplazan por otras; sobreviene una hemorragia de las paredes de la cavidad, la enferma cae en colapso y muere a pesar de la medicación apropiada que se le hace.

*Sexto caso* — Enferma afecta desde hace dos años de colecistitis calculosa; su último ataque lo tuvo hace un mes.

Anestesia intra-raquídea, novocaina 0.15 grs., colecistectomía sub-serosa que se ejecuta sin dificultades, peritonización del muñón del cístico y cierre de la pared abdominal en 3 planos. La vesícula contenía 16 cálculos como avellanas.

Después de la intervención tiene una lipotimia, reacciona con los estimulantes, pero al rato tiene vómitos con muchos esfuerzos

Al otro día está decaída, tiene 37°8 de temperatura, 115 pulsaciones, al día siguiente a pesar de las inyecciones de suero, cafeína, etc., la enferma empeora, tiene 38°8, 150 pulsaciones, facies peritoneal, agitación.

Se abre la herida operatoria, por la que sale una gran cantidad de bilis que estaba coleccionada debajo del hígado, se deja un amplio drenaje. Muere en la tarde por peritonitis biliar.

*Séptimo caso* — Enfermo en mal estado general, icterico y con temperatura; no mejora a pesar del tratamiento médico.

Se resuelve entonces intervenirlo, anestesia intra-raquídea, incisión Mayo-Robson, se encuentra la vesícula distendida con cálculos en su interior, lo mismo pasa con el colédoco, se practica la colecistectomía con colédocotomía, extrayéndose por ésta un grueso cálculo, se deja drenaje Kehr; 3 días después el enfermo fallece por peritonitis biliar localizada.

*Octavo caso* — Enfermo que viene sufriendo de calculosis hepática desde hace 10 años; su último ataque lo tuvo hace 25 días con ictericia y decoloración de las materias fecales.

Ha enflaquecido notablemente, se interviene con anestesia intra-raquídea, laparatomía a la Mayo-Robson, se encuentra grandes adherencias de la vesícula con el gran epiplón, la vesícula está atrofica, esclerosada; el colédoco está dilatado, contiene dos cálculos; se hace la ectomía con coledocotomía y drenaje a la Kehr.

Inmediatamente después de la intervención el pulso se vuelve pequeño y frecuente, se le hace inyecciones de cafeína, suero fisiológico, aceite alcanforado, así continúa en los días siguientes; muere 3 días después por síncope cardíaco.

En la región operada no hay nada de anormal.

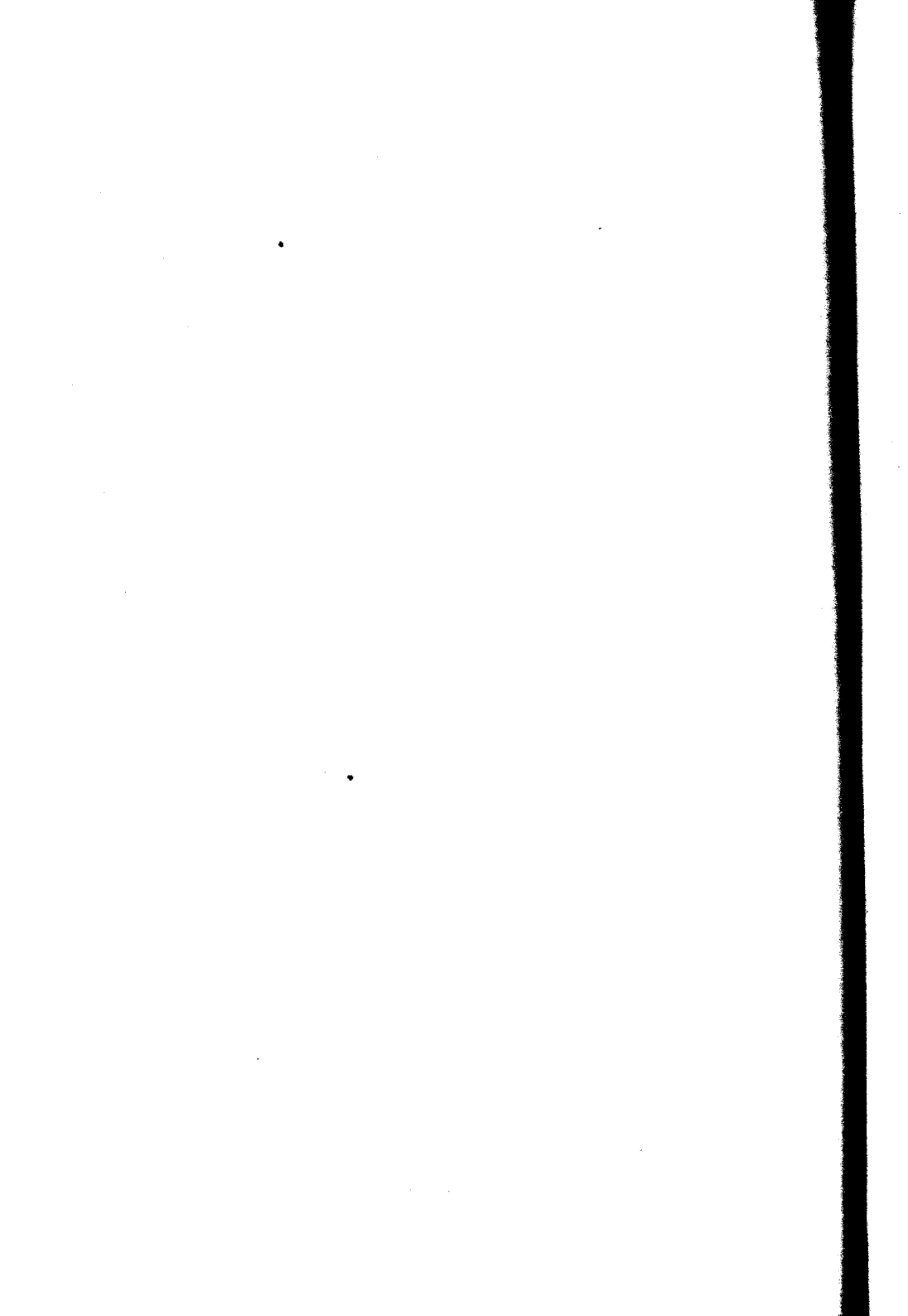
*Noveno caso* — Enferma que viene sufriendo desde hace 7 años; su último ataque lo tuvo hace dos meses; reclama la intervención por la frecuencia casi diaria de sus cólicos.

Anestesia clorofórmica, laparatomía Kehr, colecistectomía y colédocotomía con drenaje Kehr; se saca un cálculo del hepático. Buen decurso postoperatorio; muere 8 días después con fenómenos de insuficiencia hepática.

*Décimo caso* — Se interviene por colecistitis crónica supurada, enferma con facies peritoneal, 120

pulsaciones, vientre distendido, con resistencia y dolor en el hipocondrio y flanco derecho.

Anestesia intra-raquídea, laparatomía para-rectal derecha, se encuentra la vesícula distendida llena de pus; se incinde y se deja drenaje. Muere dos días después por angiocolitis.



## CONSIDERACIONES GENERALES

Admitiendo que la litiasis biliar es una afección en cuyo tratamiento deben participar la clínica médica cuanto la cirugía, como lo dejamos sentado en el transcurso de este trabajo, antes de intervenir recurrimos al tratamiento médico adecuado al caso; hay que hacer notar que la mayor parte de los enfermos de hospital son pacientes que han sido tratados médicamente afuera de él, y que habiendo agotado el arsenal de recursos terapéuticos, ingresan al servicio pura y exclusivamente para hacerse intervenir y en un buen número de casos es necesario operar de urgencia debido a su estado.

En otros casos no es posible llevar a cabo el tratamiento médico que, como hemos visto, muchas veces cura para siempre, por tratarse de enfermos poco pudientes y en otros por venir de sitios lejanos de los centros quirúrgicos, y en los que no se les puede exponer a la posibilidad de una repetición

en su enfermedad, porque en el caso de necesitar una intervención de urgencia no encontrarían quien se la efectuara por las razones de todos conocidas.

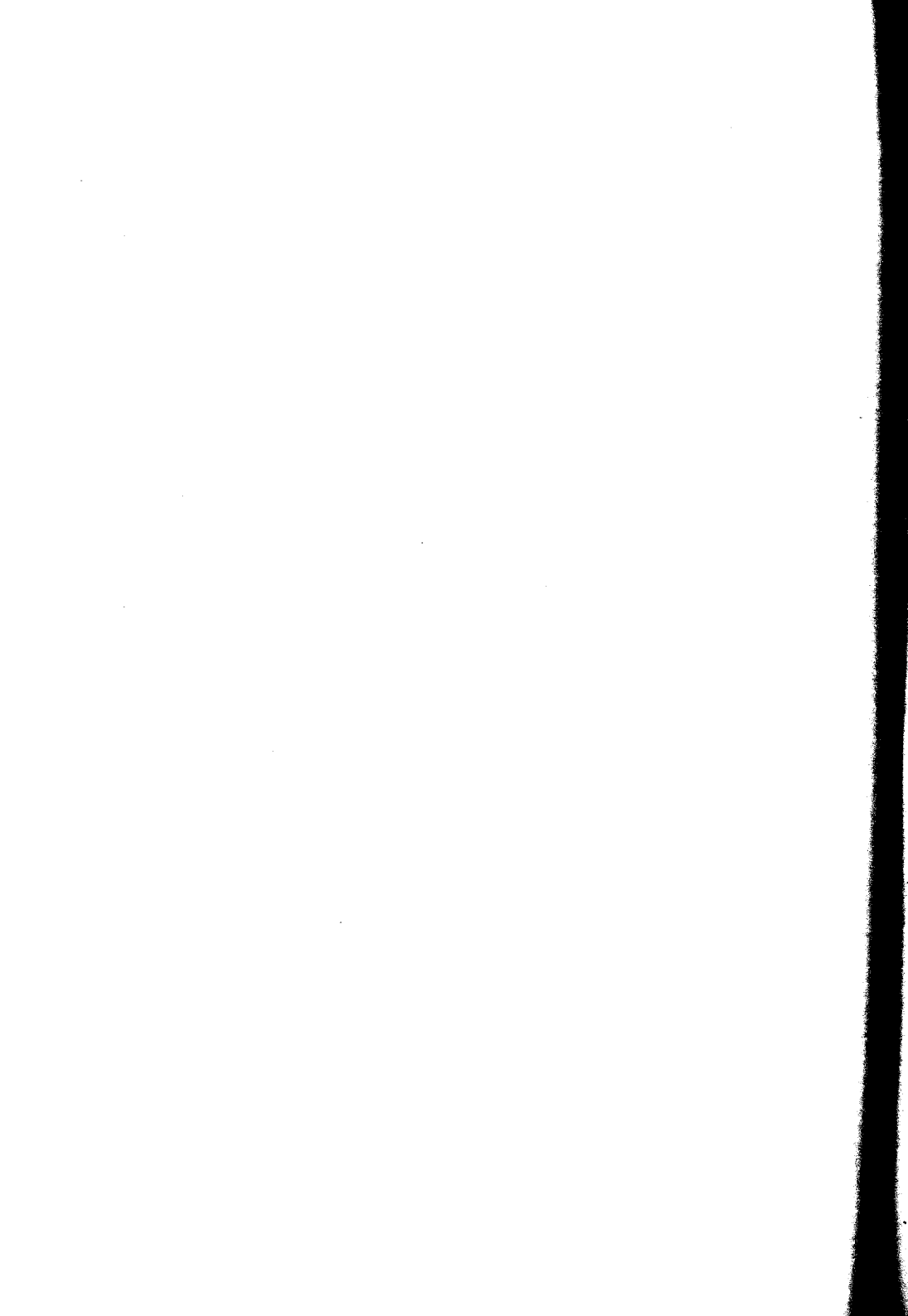
La práctica general en el servicio, como resulta del resumen de las intervenciones, es hacer la colecistectomía con o sin drenaje de preferencia a la colecistostomía, que la dejamos para los casos que admite Hauteford en las conclusiones que ya hemos enumerado.

Dicha práctica se funda : 1º en el estado anatómico-fisiológico de las vesículas calculosas, el dejarlas implica el peligro de continuación de la enfermedad ; 2º la ectomía acorta el período post-operatorio y evita la posibilidad de las fístulas biliares ; en el servicio ha sido necesario intervenir a varios enfermos para curarlos radicalmente de dicha molestia, haciendo la colecistectomía, en varios de ellos se encontraron cálculos escapados quizá en la primera intervención.

La ectomía no retarda en general mayormente la intervención, salvo casos excepcionales, además muchas veces facilita la llegada al colédoco. La ectomía es facilitada por la anestesia que se usa en el servicio, porque aunque se prolongara algo la intervención no tiene el inconveniente del mayor suministro de cloroformo al operado con todos sus peligros.

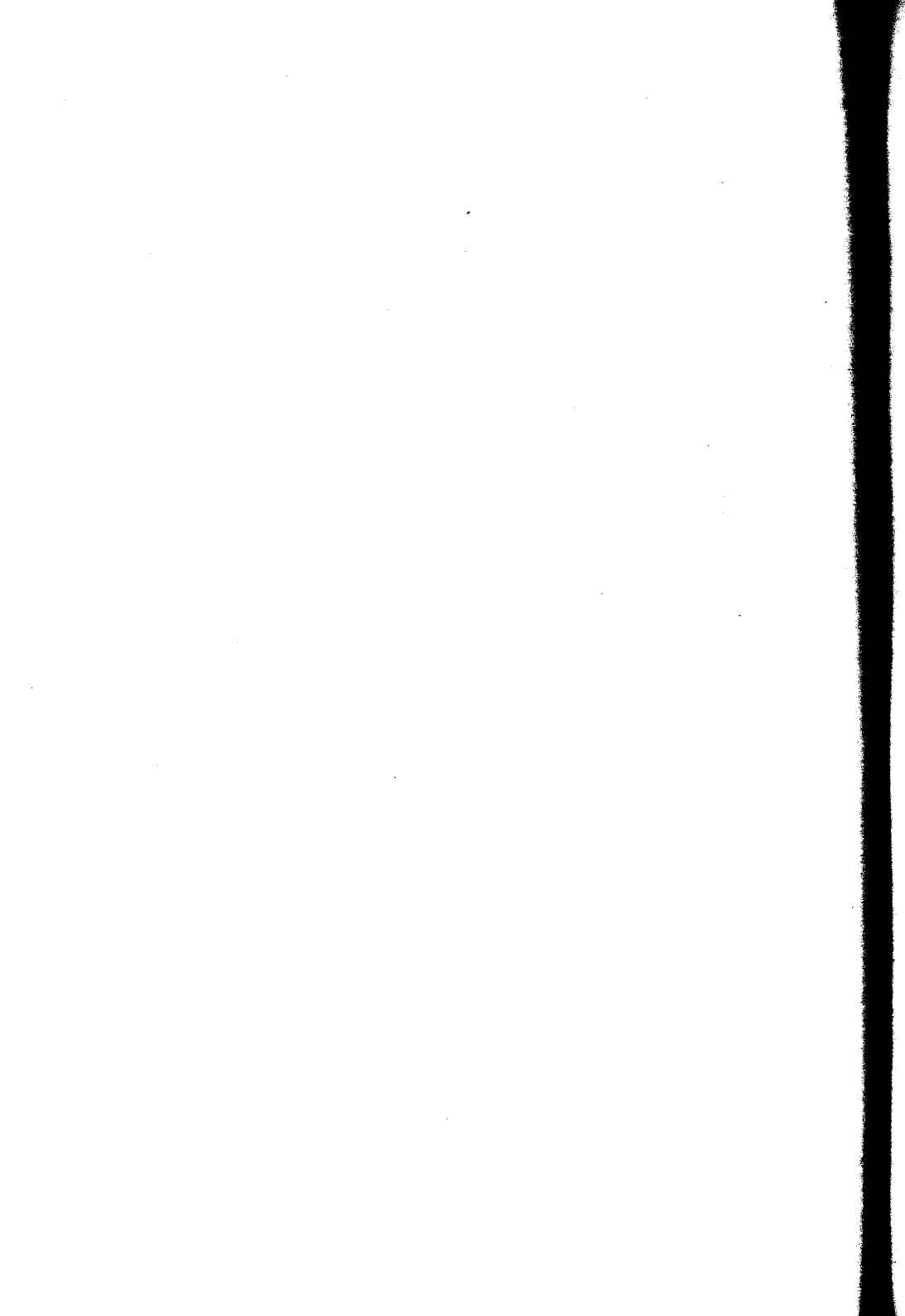
En los casos en que el decurso de la enfermedad haya hecho excluir la posibilidad de infección, se ha cerrado la pared abdominal previa perfecta peritonización del muñón del cístico, habiendo dejado drenaje de la loge cuando se temió la infección a la posibilidad de hemorragias o bilirragias.

El drenaje de las vías superiores se ha efectuado : 1º Cuando hay fenómenos supurativos de la vesícula o infecciosos de los conductos biliares denotados en el curso de la enfermedad ; 2º cuando hay cálculos en el colédoco o en el hepático o en ambos a la vez ; 3º en los casos en que las vías biliares superiores se presentan distendidas, y 5º en las alteraciones de la cabeza del páncreas.



**Algunas observaciones clínicas del servicio de cirugía  
del Hospital Italiano**

**Director Dr. Luis Lenzi**



## OBSERVACION I

Los casos clínicos que acompaño y que he tomado del archivo de historias del Hospital Italiano, son las que he seguido durante mi estadía en el servicio de cirugía.

R. A., 42 años, casada, italiana.

Data de 5 años su enfermedad actual, que principió con dolores epigástricos irradiados a la región lumbar, acompañados de vómitos mucosos, que le suelen durar hasta 24 horas, cefalalgias, algunas veces los esfuerzos del vómito le han hecho expulsar sangre, casi siempre los ataques van acompañados de ictericia y se repiten cada dos o tres meses, pero ahora ya los dolores son cuotidianos y las molestias la traen en un estado de decaimiento que la inducen a venir al hospital.

*Estado actual* - Buen estado de nutrición, algo obesa, lengua saburral, pulso 70, temperatura 36°5.

Abdomen obeso, péndulo, fácil de palpar; se siente al nivel de la vesícula una tumefacción gruesa como un huevo, resistente, dolorosa, movable con el hígado, el cual desborda tres dedos del reborde costal y se limita arriba por el quinto espacio; orina normal, está constipada.

Noviembre 26: A pesar de diversos tratamientos, persisten los accesos dolorosos y la tumefacción se conserva igual.

Operador doctor Marino. Incisión transrectal derecha, anestesia intrarraquidea novocaina 0,15 gramos debajo de la 12<sup>a</sup> vértebra dorsal; se descubre la vesícula distendida, de unos 15 cms. de largo, pared ligeramente altarada, se siente un cálculo encajado en el cístico, grueso como una nuez, contiene líquido filante claro, nada en las vías biliares, ablación del órgano por vía subperitoneal, obturada la loge y cubierto el muñón del cístico se cierra el abdomen en tres planos.

Diciembre 16: Sale de alta sana en condiciones generales muy mejorada.

## OBSERVACION II

B. A., 33 años, italiano, comerciante.

Hace 5 meses tuvo un fuerte dolor en el hipocostrio derecho, poniéndosele amarillas las escleróticas y la piel. Mejoró y desde entonces los ataques se han repetido 10 veces; el último data de 8 días, duró 4 horas, debiendo recurrir a 3 inyecciones de morfina para sentir alivio.

*Estado actual* — Tipo demacrado, ligero tinte subictérico de las mucosas, pulso 80, lengua saburral.

En el abdomen a la palpación se siente resistencia al nivel de la vesícula, consiguiéndola vencer se nota una tumefacción irregular que sobresale unos 3 centímetros del borde hepático, con el cual sigue los movimientos respiratorios, el hígado es normal.

Agosto 1º : El enfermo no ha tenido más ata-

ques, pero la tumefacción, el dolor y la resistencia persisten, a pesar del reposo y tratamientos apropiados.

Operador doctor Lenzi. Anestesia intra-raquídea novocaina 0.15 grs.

Incisión Kehr, vesícula con paredes espesadas, recubierta en su fondo por adherencias epiploicas, encastillada en el hígado, se reseca con parte de parénquima, al nivel de su cuello existe un divertículo en el cual se palpa un cálculo muriforme, duro, grueso como una aceituna, drenaje de gasa, de la loge, cierre de la pared en tres planos.

La vesícula contenía un líquido puriforme, la mucosa con dos lesiones de decúbito, cístico obstructuío.

Agosto 21 : Sale sano

### OBSERVACION III

M. L., 23 años, italiana, casada.

Tres hijos, un aborto ; hace 5 meses, 20 días después del parto, le vienen dolores en la fosa ilíaca derecha, escalofríos y vómitos, con aplicaciones calientes se sintió mejor, a intervalo más o menos iguales volvió a tener 3 veces más estos dolores que se propagaban hacia el hombro. El último ataque estuvo peor, sus dolores ocupaban toda la región corto-ilíaca derecha, vómitos, temperatura, guardo cama 23 días ; fué aconsejada por el médico a ingresar al hospital.

*Estado actual* — Regular estado de nutrición, lengua saburral, esclerótica, subictéricas, pulso 85, temperatura 37°.

Abdomen flácido, indoloro ; a la palpación se nota el ciego distendido profundamente, se provoca

un ligero dolor en el punto de Mac-Burney; tacto vaginal negativo.

En el sitio de la vesícula se nota una cierta resistencia y se provoca dolor, causa de la defensa muscular. Diagnosticado apendicitis crónica y probable colecistitis calculosa y viendo que con el reposo, régimen y medicación apropiada no mejora, se opera.

Septiembre 2: Operador doctor Lenzi. Novocaina, intra-raquídea.

Incisión transrectal derecha, se descubre la vesícula grande como un huevo de pato, dura, llena de cálculos, antes de abordarla se busca el apéndice y se encuentra largo unos 14 cm., la mitad distal está engrosada, llena de materias fecales, ablación al Paquelín. Se hace la ectomía dejando drenaje gasa en la loge cística.

Septiembre 25: Sale sana.

## OBSERVACION IV

S. E., 33 años, casada, italiana.

Diez partos, dos abortos. Empieza a sentir dolores en el epigastrio que se propagan al hombro y flanco derecho; desde hace 5 meses, con intervalos de mejoría y acentuaciones de estos síntomas que a veces han sido acompañados de vómitos y ligero tinte amarillo en los ojos, ha seguido hasta hace 15 días, que su estado ha empeorado y viendo que los dolores, la fiebre, el vómito no cesaban, a pesar de distintos tratamientos, viene al hospital.

*Estado actual* — Sujeto bastante demacrado, facie abdominal, piel y mucosas ictéricas, lengua seca, pulsación 110, temperatura 38°, deposiciones y orinas coloreadas.

Abdomen : doloroso en toda la región hepática, a la palpación sólo se siente el borde del hígado

que sobresale un dedo del margen costal ; al nivel de la vesícula el dolor es mucho más acentuado, presentando gran resistencia muscular.

Agosto 21 : En los días transcurridos la enferma ha tenido ligeras remisiones, pero su estado no ha mejorado.

Operador doctor Marino. Novocaina intra-raquídea.

Incisión transrectal, hígado aumentado de volumen con perihepatitis, vesícula gruesa como una nuez, retraída, sin cálculos ; en el colédoco de doble diámetro que el normal se siente un cálculo grueso como una avellana, extraído sale afuera un chorro de bilis muy clara ; drenaje a la Kehr.

Septiembre 24 : Sale sana, muy repuesta.

## OBSERVACION V

B. C., 47 años, italiana, casada.

Ocho partos; monopausia desde hace 6 meses.

En los primeros días de agosto sintió un fuerte dolor en el hipocondrio izquierdo, acompañado de escalofríos, fiebre, vómitos, orinas oscuras, mejorada a los pocos días. Desde entonces ha tenido 4 ataques en la misma forma. Desde hace 8 días está con dolores, anorexia, aunque sin fiebre ni vómitos.

*Estado actual* — Regular estado nutritivo. Pulsación 90, temperatura 37°4, orinas ictéricas, piel y mucosas subictéricas; deposiciones coloreadas.

Abdomen: A la izquierda al nivel de la inserción del gran recto, se observa una tumefacción que palpando se siente del tamaño de un huevo de gallina, dolorosa, dura, ligeramente irregular, sigue los movimientos respiratorios, notándose que for-

ma parte de un órgano que parece el hígado, el cual desborda dos dedos del margen costal, teniendo su límite superior al nivel del 5º espacio. Investigado el hígado a la derecha no existe. El choque de la punta, faltando en el sitio normal, se halla un dedo por debajo del surco mamario derecho. El examen radioscópico confirma un situs inversus viscerus.

Octubre 8 : Durante su permanencia en el hospital, a pesar del reposo, dieta, aplicaciones locales, tratamiento médico, la enferma ha tenido el día 29 un ataque típico de cólico hepático.

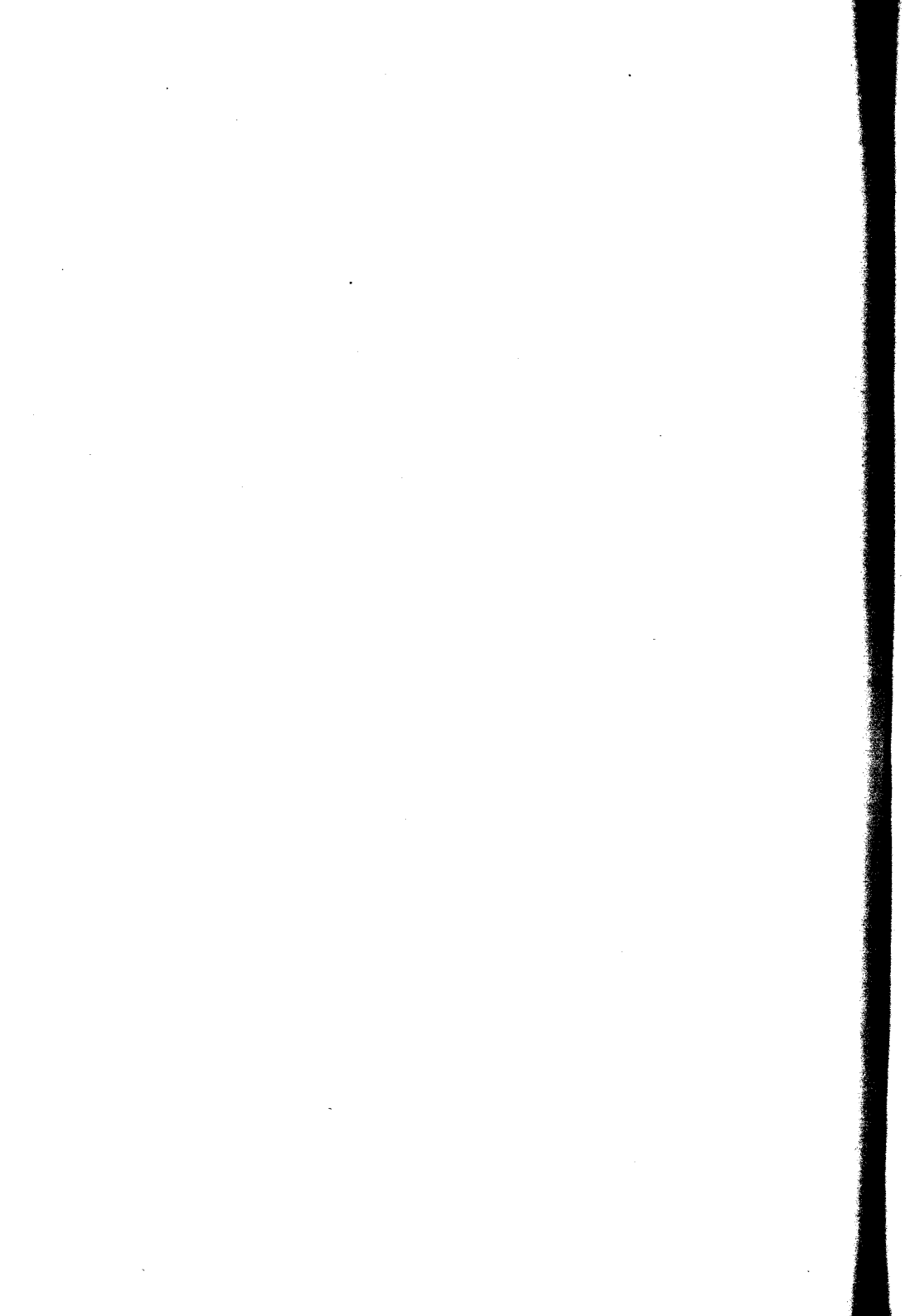
Operador doctor Lenzi. Novocaina intra-raquídea.

Incisión de Kehr a la izquierda, vesícula grande como un huevo de gallina, amarillenta, muy dura, librada de las numerosas adherencias epiploicas que la cubrían, se extrae ligando el cístico, peritonizando el muñón, visto que las vías biliares están libres. Aunque de la loge cística sale un poco de bilis, se resuelve recubrirla con un poco de epiplón y cerrar el abdomen totalmente ; la vesícula contenía un cálculo grande como una nuez ; el cístico obstruído.

En los primeros días el decurso post-operatorio fué alarmante ; el pulso llegó a 140 y 150, acom-

pañado por sudores profusos con un estado general bueno; poco a poco todo volvió a lo normal, y sanó por primera intención.

Noviembre 3 : Sale curada.



## OBSERVACION VI

M. L., 58 años, jornalero, italiano.

Hace 10 años tuvo dolores al nivel del epigastrio con aparición en los días sucesivos de ictericia intensa ; dos años más tarde expulsó cálculos pequeños con la orina ; desde entonces hasta hace 20 días fuera de algún dolor en el epigastrio, ha estado siempre bien, sufriendo ahora dolores en el hipocondrio derecho, acompañados de algunos vómitos, escalofríos a veces, fiebre y sudores.

*Estado actual* — Sujeto demacrado, tinte pálido de la piel, ligeramente teñido de amarillo sus ojos, lengua saburral ; pulso 90, temperatura 37°.

Abdomen : Al nivel de la vesícula se siente una tumefacción del tamaño de un huevo de gallina, forma irregular, dolorosa, móvil con el hígado, el cual desborda dos dedos del margen costal, con

su límite superior al nivel del 5º espacio. Bazo ligeramente aumentado de volumen.

Agosto 28 : El enfermo que ha sido observado durante este tiempo, sometido a un tratamiento médico con reposo, colagogos, aplicaciones locales, habiéndole practicado un examen completo de su tubo digestivo, no habiendo mejorado, al contrario ha tenido en varias ocasiones temperatura que ha llegado hasta 41, se resuelve intervenir.

Operador doctor Marino. Novocaina, intra-raquídea.

Incisión transrectal, hígado un poco grande, con perihepatitis; vesícula grande, del tamaño de un huevo de gallina, irregular, con nódulos parecidos a lesiones cancerosas, contiene cálculos, el colédoco y el hepático también los contienen; ablación del órgano, en el cual ha habido que esculpirlo en el hígado donde había un divertículo que contenía dos cálculos formando una cavidad independiente del resto; drenaje a la Kehr. La vesícula contenía 14 cálculos pequeños, el cístico estaba obstruído, el líquido es puriforme.

El examen anátomo-patológico de la vesícula da lesiones inflamatorias.

Noviembre 13 : Sale sano, muy repuesto.

## OBSERVACION VII

C. R., 34 años, casada, italiana.

3 Partos. El año pasado en el mes de julio, tuvo tifoidea, en el período de convalecencia dos meses más tarde, empezó a sentir, dolores en el hipocondrio derecho que duraban días enteros, desaparecían para repetirse con intervalos de 8 a 10 días. Hace 15 días tuvo escalofríos, fiebre, con fuertes dolores en el hipocondrio y hombro derecho, que necesitaron inyecciones de morfina, duraron cuatro días, mientras se había puesto amarilla y las deposiciones se hicieron blancas ; desde entonces persiste la ictericia. por eso viene al hospital.

*Estado actual* — Discretas condiciones generales ; tinte icterico de la piel y mucosas, lengua húmeda pulso 70 temperatura 36,8.

Abdomen depresible, resistencia a la palpación en todo el reborde costal derecho ; el hígado desbor-

da tres dedos, con el límite superior en el quinto espacio.

Septiembre 12: — La enferma sigue quejándose de dolores, anorexia, apesar del tratamiento general y local; las deposiciones son decoloradas, la ictericia se conserva igual.

Operador Dr. Marino. Novacaina intra-raqui-dea.

Incisión trans-rectal, vesícula del tamaño de un huevo de gallina, oculta debajo del hígado con ligeras adhesiones epiploicas; en el cóledoco se sienten dos cálculos del tamaño de una avellana. Ablación subperitoneal de la vesícula, drenaje a la Kehr. La vesícula repleta de cálculos.

Octubre 22. Sale sana.

## OBSERVACION VIII

C. M., 48 años, casada, italiana.

9 Partos : Desde hace muchos años ha venido sufriendo de un malestar al estómago, pero desde hace 8 meses, después de la menopausia a las manifestaciones de malestar se unieron unos dolores más o menos intensos 3 o 4 horas después de las comidas en el hipocondrio y hombro derecho, un ataque doloroso le vino hace 6 días que duró más que de costumbre apareciéndole la piel de color amarillo y las deposiciones blancas. Ha tenido varios vómitos, por eso viene al hospital.

*Estado actual* - Buenas condiciones generales ; pulso 60, temperatura 37,2, lengua saburral, tinte subictérico, deposiciones decoloradas, anorexia. Abdomen muy doloroso en toda la parte superior derecha que se halla abovedada, sintiéndose una tu-

mefacción difusa, cuyo límite inferior llega hasta la línea umbilical, siguiendo arriba hasta el cuarto espacio, renitente, de superficie irregular.

Se somete la enferma a un régimen lacteo, laxantes y fomentaciones calientes locales.

Marzo 2 — El estado general de la enferma algo mejorada, las deposiciones teñidas, la tumefacción persiste igual.

Op. Dr. Marino, anestesia intrarraquidea novocaina.

Incisión transversal, vesícula retraída de paredes espesadas del tamaño de un huevo de gallina, ablación superitoneal contiene dos cálculos uno del tamaño de una nuez y el otro de una avellana; cístico obstruido, toda la cara anterior y extremo del lóbulo derecho está ocupado por un quiste hidático, grande como una cabeza de fecto, inyección de formol, incisión y drenaje, contenía numerosas vesículas hija limpias.

Junio 2, sale sana.

## OBSERVACION IX

L. M., casada, 29 años, italiana.

Ha tenido cuatro hijos, el último hace 44 días. Partos y puerperios normales. Dice la enferma que hace 4 años tuvo por primera vez un dolor intenso en el hipocondrio derecho, seguido de vómitos biliosos, la orina se puso oscura, este primer ataque le duró cuatro días, desde entonces ha tenido unos 30 que le duraron generalmente de uno a cuatro días. El último lo tuvo hace 4 días, guardó cama durante tres días, tuvo dolores con vómitos, fiebre e ictericia

*Estado actual* — Tinte subictérico, prurito, buen estado de nutrición. Nada de particular aparato respiratorio y circulatorio. Hígado se presenta en sus límites normales rebasando un poco el reborde costal. Se palpa en el hipocondrio derecho un tumor desplazable, que sigue al hígado en los movimientos

respiratorios. Orina oscura. Materias fecales descoloridas.

Operador Dr. Lenzi. Anestesia intrarraquidea 0,15 gr. novocaina.

Incisión Kehr, se encuentra la vesícula pequeña esclerosada, conteniendo cálculos. Colecistectomía retrograda. Se cierra la pared abdominal en tres planos. Decurso operatorio óptimo, desaparece la ictericia. Es dada de alta completamente sana.

## OBSERVACION X

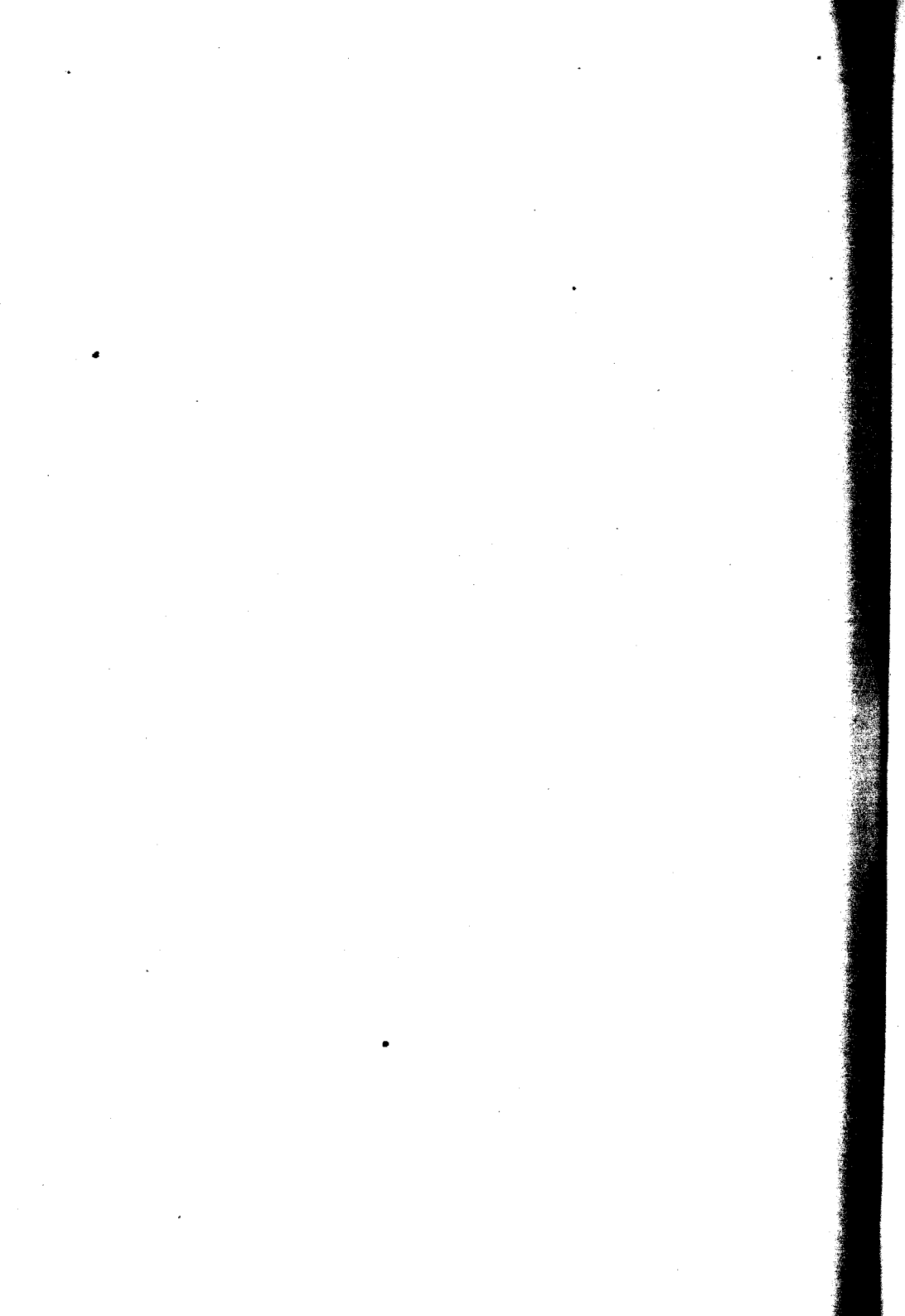
B. E., casada, italiana.

Desde hace dos años tiene dolores intensos en el hipocondrio derecho, habiéndose puesto varias veces amarilla.

*Estado actual* — Ingresa al servicio con una intensa ictericia. En el hipocondrio derecho se palpa un tumor doloroso. Orina oscura.

*Operación* — Operador Dr. Marino. Anestesia intrarraquidea, novocaina 0,15 gramos.

Incisión transversal, se obtiene un buen campo. Vesícula pequeña, con cálculos, adherida al duodeno y comunicando con él, se hace una colecistectomía retrograda después de haber cerrado el duodeno. Se deja drenaje con gasa. Curaciones antisépticas. Es dada de alta curada.



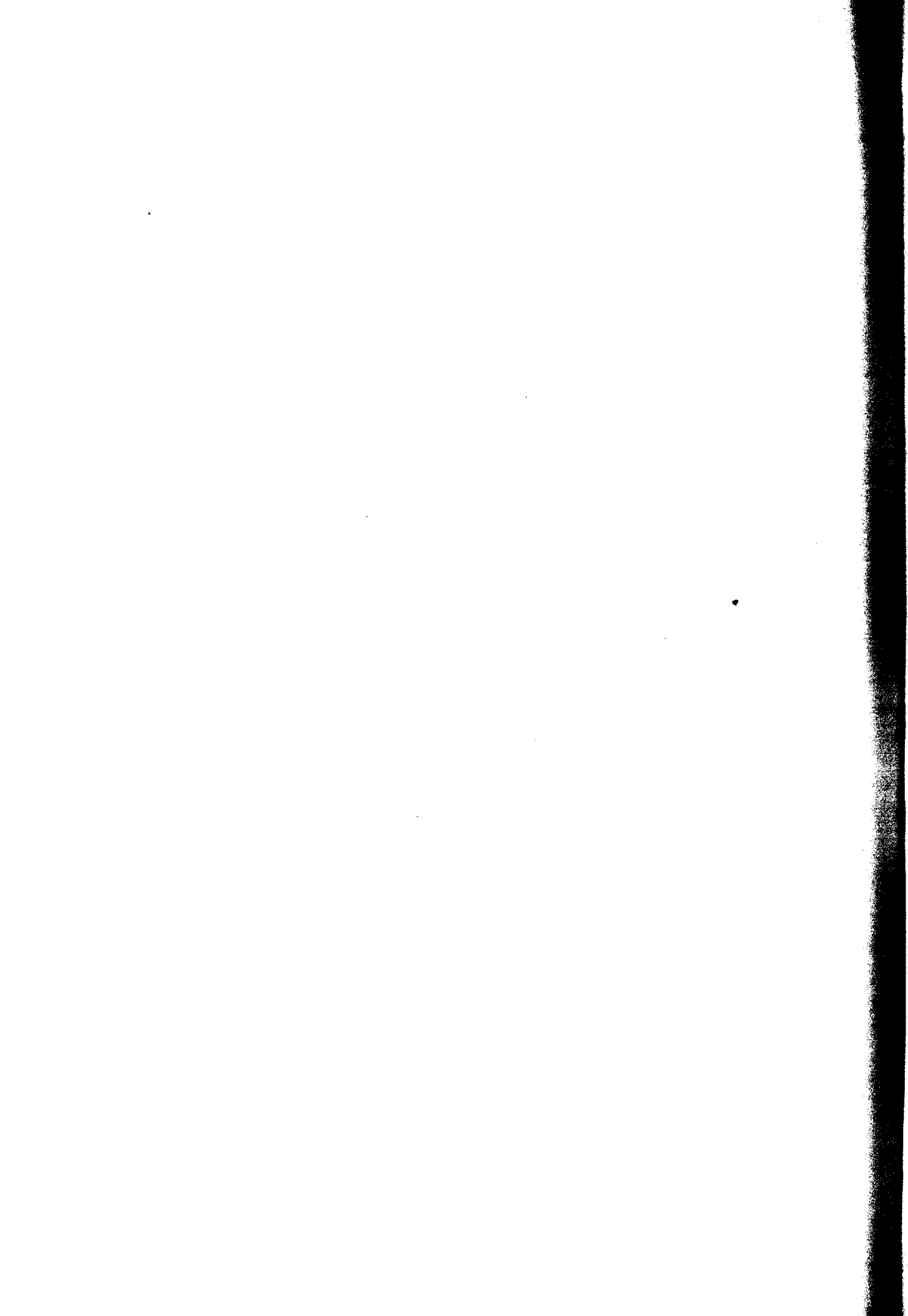
## OBSERVACION XI

G. F., casada, italiana.

Ha tenido 13 embarazos, dos abortos. Su enfermedad comienza hace 10 meses con dolores en el hipocondrio y flanco derecho, escalofríos, vómitos biliosos e ictericia calcula haber tenido unos 20 ataques semejantes, el último lo tuvo hace 4 días.

*Operación* — 3 noviembre 1913. Operador Dr. Marino. Anestesia intrarraquidea.

Incisión transversal, paralela al reborde costal derecho, el gran epilón está adherido al borde del hígado, separándolo se encuentra la vesícula grande con fondo necrosado, llena de pus y cálculos, comunicando con el colon. Colecistectomía, drenaje del colédoco. Bien de curso operatorio, sale de alta el 31 de diciembre de 1913.



## OBSERVACION XII

B. L., casada, italiana, 3 años.

Nada de importante en sus antecedentes. Ingresa al hospital a causa de fuertes dolores intermitentes en el flanco derecho acompañados de vómitos alimenticios. Dice haber tenido cuatro ataques. No ha tenido ictericia, ni cambio de coloración de orina ni materias fecales

*Estado actual* — Estado general bueno, aparato respiratorio y circulatorio normales.

Abdomen depresible, incoloro salvo a nivel del punto de Mac Burney y el reborde costal derecho donde la palpación profunda provoca dolor.

*Operación* — Enero 28 1914. Operador Dr. Marino. Anestesia intrarraquidea 0.15 gramos, novocaina.

Incisión transversal derecha. Se descubre el gran epiplón y el colon adherente a la vesícula, ésta está grande, 15 cm., con paredes espesadas, contiene líquido sero-mucoso y tres cálculos grandes como avellana. Colecistectomía retrógrada, drenaje sub-hepático. Curaciones antisépticas; a los cuatro días se retira el drenaje, decurso post-operatorio óptimo. Sale curada el 15 de marzo de 1914.

### OBSERVACION XIII

P. M., española, viuda, 26 años, cigarrera.

Ha tenido cuatro embarazos, dos abortos. Su enfermedad comienza hace dos años con un dolor fuerte localizado en el epigastrio seguido de escalofríos y vómitos, al principio alimenticios y después biliosos. Guardó cama durante 10 días, poniéndose amarilla; las materias fecales se decoloraron y la orina de color caoba. Este ataque se le ha repetido varias veces, el último hace 15 días.

*Estado actual* — Tinte subictérico. Regular pániculo adiposo. Aparato respiratorio y circulatorio bien. Abdomen al nivel del hipocondrio derecho, es doloroso a la palpación y no se deja penetrar, presentando resistencia.

*Operación* — 10 de septiembre. Operador Dr. Marino. Anestesia intrarraquidea, novocaina 0,15

gramos. Laparatomía a la Mayo-Robson ; vesícula biliar pequeña con paredes espesadas, adherente al epiplón, se extirpa con dificultad. Del colédoco se saca un cálculo del tamaño de una avellana. Drenaje del hepático con tubo. Buen decurso operatorio. Es dada de alta el 30 de octubre de 1913.

## OBSERVACION XIV

M. L., casada, italiana, 40 años.

10 embarazos, dos abortos. Ha tenido su primer cólico hepático hace 18 años, habiendo hecho tratamiento médico. Ahora hace un mes y medio ha tenido un ataque que la enferma dice ser exactamente igual al de hace 8 años.

*Estado actual* — Nada de particular en su estado general.

En el vientre se constata la presencia de un tumor que se extiende desde el reborde costal derecho hacia abajo. El tumor es de superficie irregular y sigue los movimientos respiratorios.

*Operación* — 19 de mayo de 1914. Operador Dr. Marino. Anestesia intrarraquídea 0,15 gramos. Novocaina.

Incisión transversal, vesícula con adherencias epiploicas, de tamaño normal, con paredes espesadas, completamente llena de cálculos a faceta y uno más grande en el cístico. Colecistectomía. Drenaje subhepático

Sale de alta el 11 de junio perfectamente bien.

## OBSERVACION XV

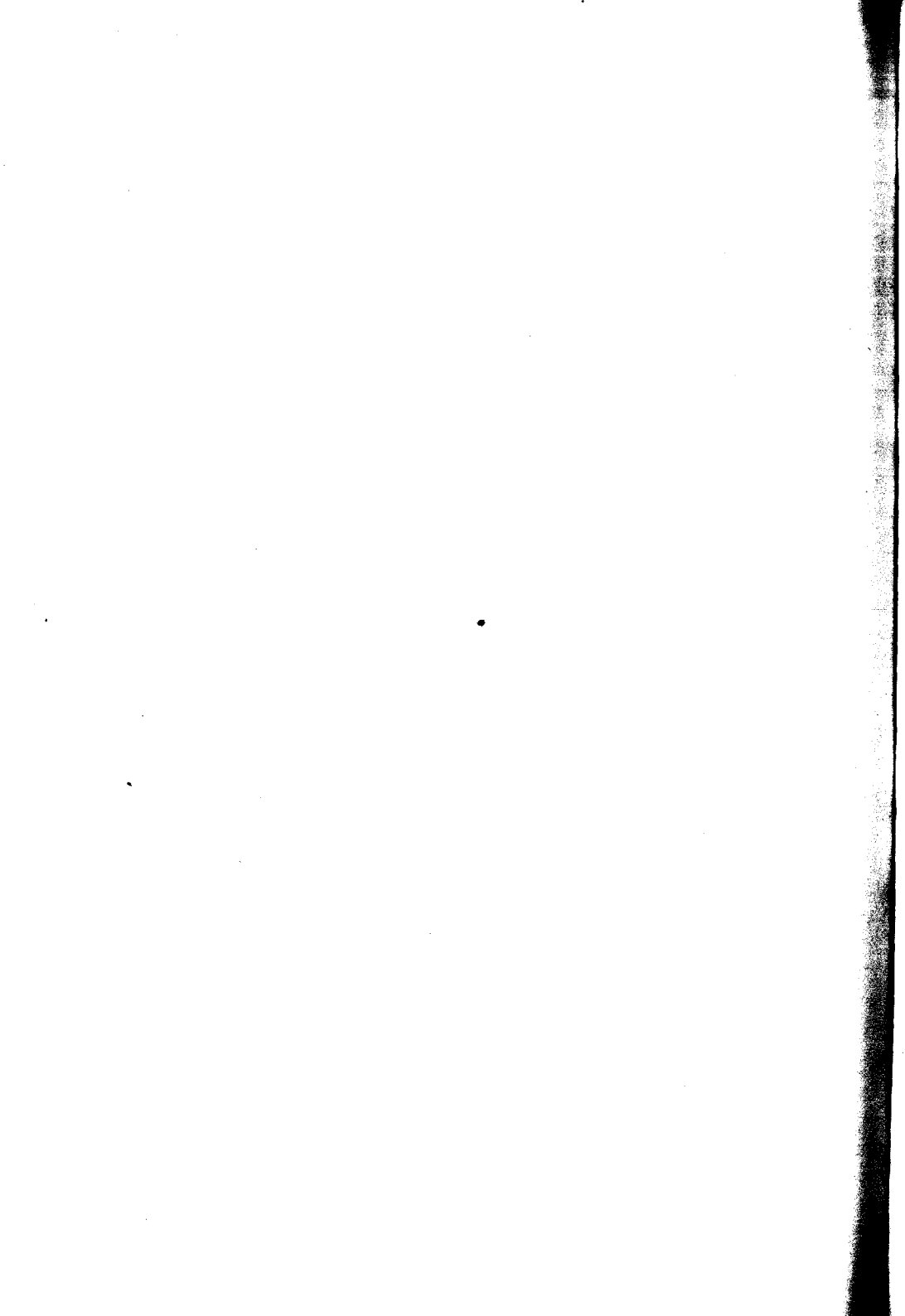
Casada, italiana, 48 años.

13 embarazos; 1 aborto. Está enferma desde hace un año. Ha tenido varios cólicos hepáticos.

*Estado actual* — Buen estado general; aparato circulatorio y respiratorio normales. Vientre distendido, doloroso a la palpación en la fosa iliaca y flanco derecho

*Operación* — Agosto 15 de 1914. Operador Dr. Marino. Anestesia intrarraquidea; 0,15 gramos novococaina

Incisión transversal, vesícula distendida. Colectectomía subperitoneal retrograda durante su desprendimiento sale un poco de su contenido. Peritonización completa. Drenaje gasa y tubo. Abierta la vesícula se encuentran dos gruesos cálculos muriformes y líquido mucopurulento. Buen decurso post-operatorio. Sale el 13 de septiembre de 1914.



## OBSERVACION XVI

C. C., casada, argentina, 30 años.

6 hijos. Ningún aborto. Su enfermedad actual comienza hace 3 años con dolores en el costado derecho por debajo del reborde costal. Estos dolores eran muy intensos y le duraban 24 horas. Habiendo tamizado por consejo médico, sus materias fecales encontró unos 30 cálculos pequeños que fueron reconocidos biliares y que aun conserva.

*Estado actual* -- Mujer en buen estado general. Aparato circulatorio y respiratorio normales. A la inspección de su abdomen no se nota nada de particular; a la palpación se nota resistencia en el hipocondrio derecho.

*Operación* -- Abril 22 de 1914. Operador Dr. Mazzia. Anestesia intrarraquidea 0,15 gramos, no-

vocaina. Incisión curva paralela al reborde costal derecho.

Pequeña vesícula, espesada, conteniendo numerosos cálculos a facetas. Colecistectomía; drenaje de gasa con objeto hemostático. Buen decurso post. operatorio. Es dada de alta curada, el 14 de mayo de 1914.

## OBSERVACION XVII

S. C., casado, español, 58 años, jornalero.

Hace un año tuvo un cólico hepático poniéndose icterico, las materias fecales se decoloraron y la orina tomó color caoba. Desde entonces ha tenido dolores casi continuamente. Ha enflaquecido perdiendo 20 kilos de peso.

*Estado actual* — Buen estado general; aparato circulatorio y respiratorio normal. Abdomen deprimido, hígado dentro de sus límites normales. Nada de particular a la palpación.

*Operación* — 20 de julio de 1914. Operador Dr. Pini. Anestesia intrarraquidea 0,15 gramos, novocaina.

Incisión transversal, vesícula grande con cál-

culos a faceta. Colecistectomía retrógrada. Drenaje del hepático, por el cual salen en los primeros días gran cantidad de bilis, se retira el drenaje a los doce días. Curaciones diarias. Sale de alta el 17 de septiembre de 1914 curada.

## OBSERVACION XVIII

G. J., casada, italiana, 28 años.

Tiene su primer cólico hepático hace un año ha vuelto a tener otros, el último hace 14 días.

*Estado actual* — Enferma enflaquecida, lengua saburral, 80 pulsaciones 37,2 temperatura. Aparato circulatorio y respiratorio bien. Vientre ligeramente abovedado al nivel del epigastrio. A la palpación se nota un empastamiento en el flanco derecho que alcanza hasta la línea umbilical. Este empastamiento ha ido cediendo y haciéndose menos doloroso.

*Operación* — 29 septiembre. Operador Dr. Marino; anestesia intrarraquídea 0,10 gramos, novocaina. Incisión Sprengel. Adherencias epiploicas cubren la vesícula que es pequeña y de paredes espesadas. Contiene numerosos cálculos y líquido pu-

ruento mucoso. Colecistectomía ; drenaje subhepático con tubo y gasa. En los primeros días tiene unas décimas de temperatura, después llega a la normal. Es dada de alta, curada, el 29 de noviembre de 1914

ALEJANDRO G. CALLEGARI.

## BIBLIOGRAFÍA

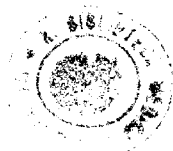
- Achard* — Litiasis de la vesícula biliar. — Tesis, Buenos Aires, 1900.
- Arizabala* — Litiasis biliar. — Tesis, Buenos Aires, 1909.
- Arizzi* — Litiasis. Evolución de su tratamiento. — Tesis, Buenos Aires, 1910.
- Arce* — El tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar. — Congr. Cient. P. A., Chile 1908.
- Bcnorino Cuenca* — Litiasis biliar. — Tesis, Buenos Aires, 1898.
- Bouchard* — Maladies de la nutrition.
- Chauffard* — Leçons sur la lithiase biliare, 1914.
- Chauffard, Laroche et Goigant* — Recherches clinique sur la colestérinémie. — Paris, 1911.
- Castex* — Síndrome coledociano.
- Cette* — Lithiase biliare.
- Dieulafoy* — Patología interne.
- Faure et Labey* — Maladies chirurgicales du foie.

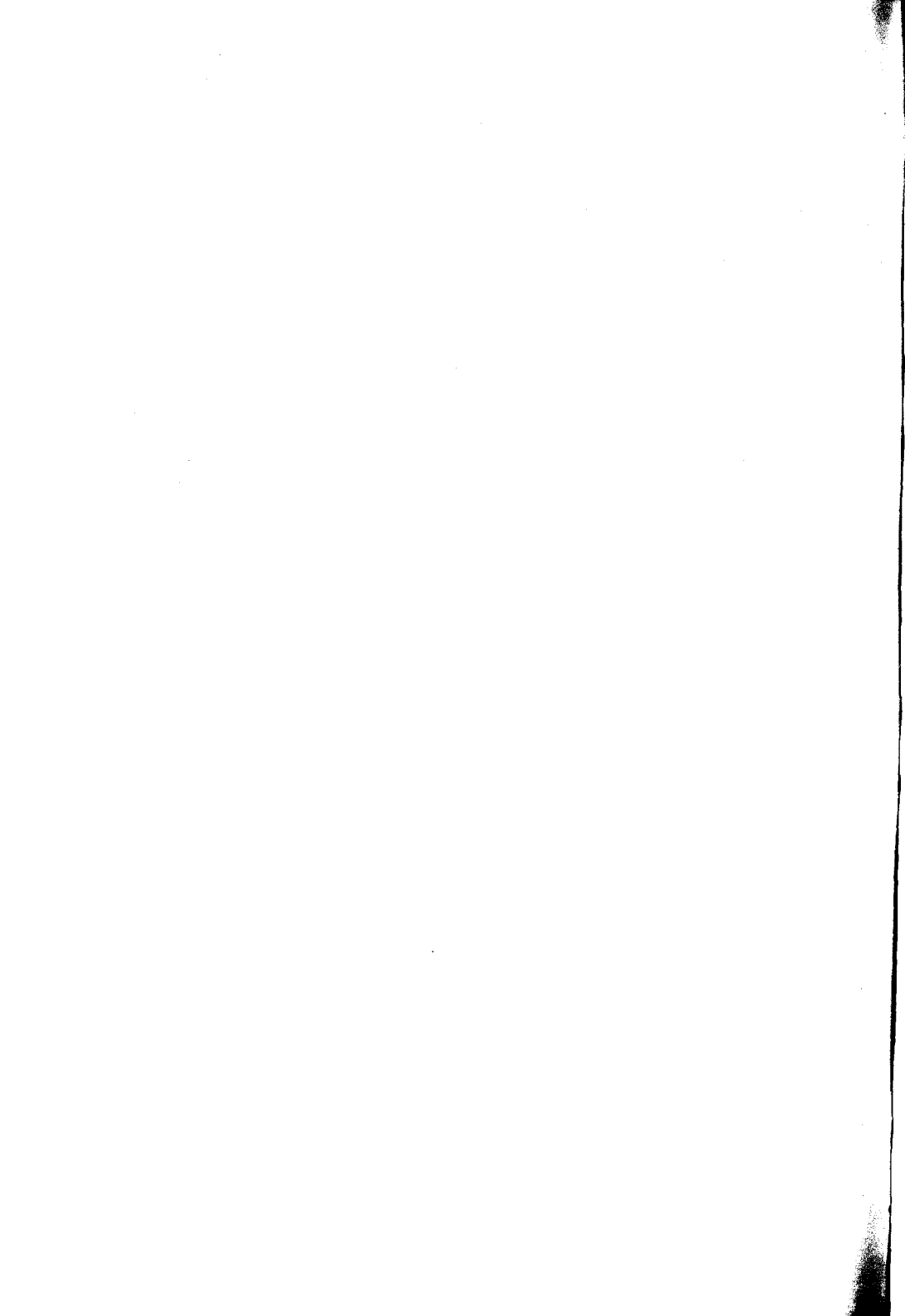
- Flandin* — Lithiase biliaire
- Fournier* — Origine microbienne de la lithiase biliaire.
- Gosset* — Rapport au Congrès de Chirurgie.
- Gutiérrez* — Tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar. — Revista de la Sociedad Médica Argentina
- Hauteford* — Vesicule biliaire et lithiase. — Tesis, Paris, 1909.
- Jorge* — Tratamiento de la litiasis biliar, 1913.
- Kehr* — La cura interna e chirurgica della litiasis biliaire.
- Mayo* — A review of 1000 operations for gallstone diseases with special reference to the mortality. — Amer. Journ. of the Med. Sciences.
- Mayo-Robson* — On the indications and contraindications for the removal of gallbladder, with a description of the technique and analysis of a series of 57 cases. — Brit. Med. Journ., 1906.
- Maynihan* — Inaugural symptoms. — Brit. Med. Journ., 1907-1908-1913
- Palma* — Pancreatitis crónica con oclusión del cóledoco. — Revista Soc. Med. Arg., 1906.
- Quénu* — Des indications opératoires de la lithiase biliaire. — Revue de Chirurgie.

*Sussini M.* — Tratamiento de la litiasis biliar, 1913.

*Speroni* — Cálculos biliares.

*Vitón* — Quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares, 1910.





Buenos Aires, Abril 19 de 1915.

Nómbrese al señor Académico doctor Gregorio Araoz Alfaro, al profesor extraordinario doctor José Badía y al profesor suplente doctor Pedro Chutro, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la « Ordenanza sobre exámenes ».

P. LACAVERA

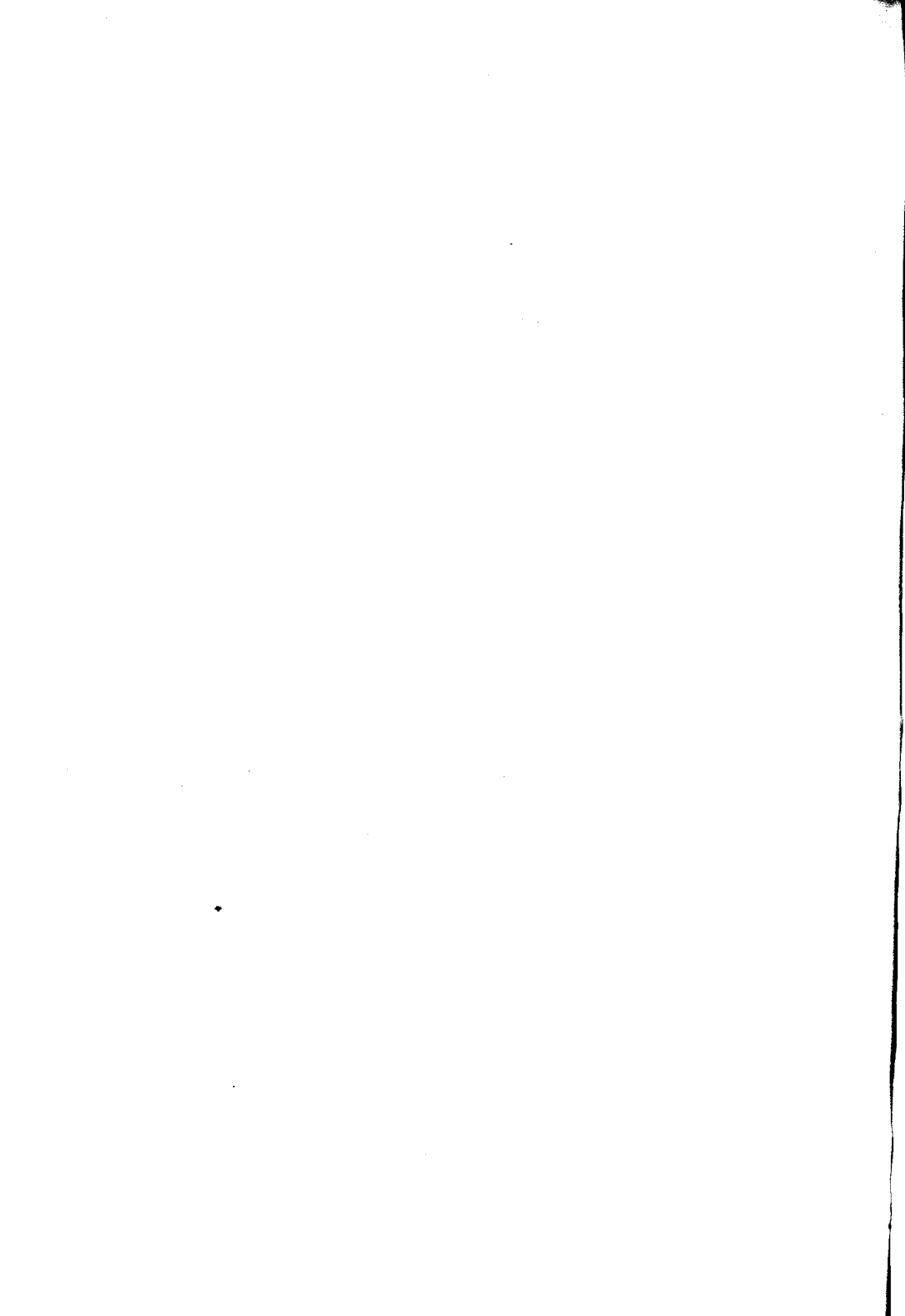
*J. A. Gabastou.*  
Secretario.

Buenos Aires, Abril 28 de 1915.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2945 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

P. LACAVERA

*J. A. Gabastou.*  
Secretario.



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

El rol del bacilo de Eberth en las infecciones biliares y la relación de éstas con la etiología de la fiebre tifoidea.

*Aráoz Alfaro.*

### II

Cálculos biliares y pancreatitis.

*Badía.*

### III

Hiperclorhidria y perturbaciones gástricas que aparecen después de la ectomía, como consecuencia de nuevas adherencias: su tratamiento.

*Pedro Chutro.*

30551

