

Alex. B. G. G.

Año 1916

Núm. 3126

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Etiología, Patogenia y Tratamiento Quirúrgico

DE LA

==== Litiasis Biliar ====

TESIS

PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

Por

JUAN CARLOS OLIVER

Ex-practicante menor del Hospital de Niños (1903).

Ex-practicante menor del Hospital Rivadavia (1914-1915-1916).

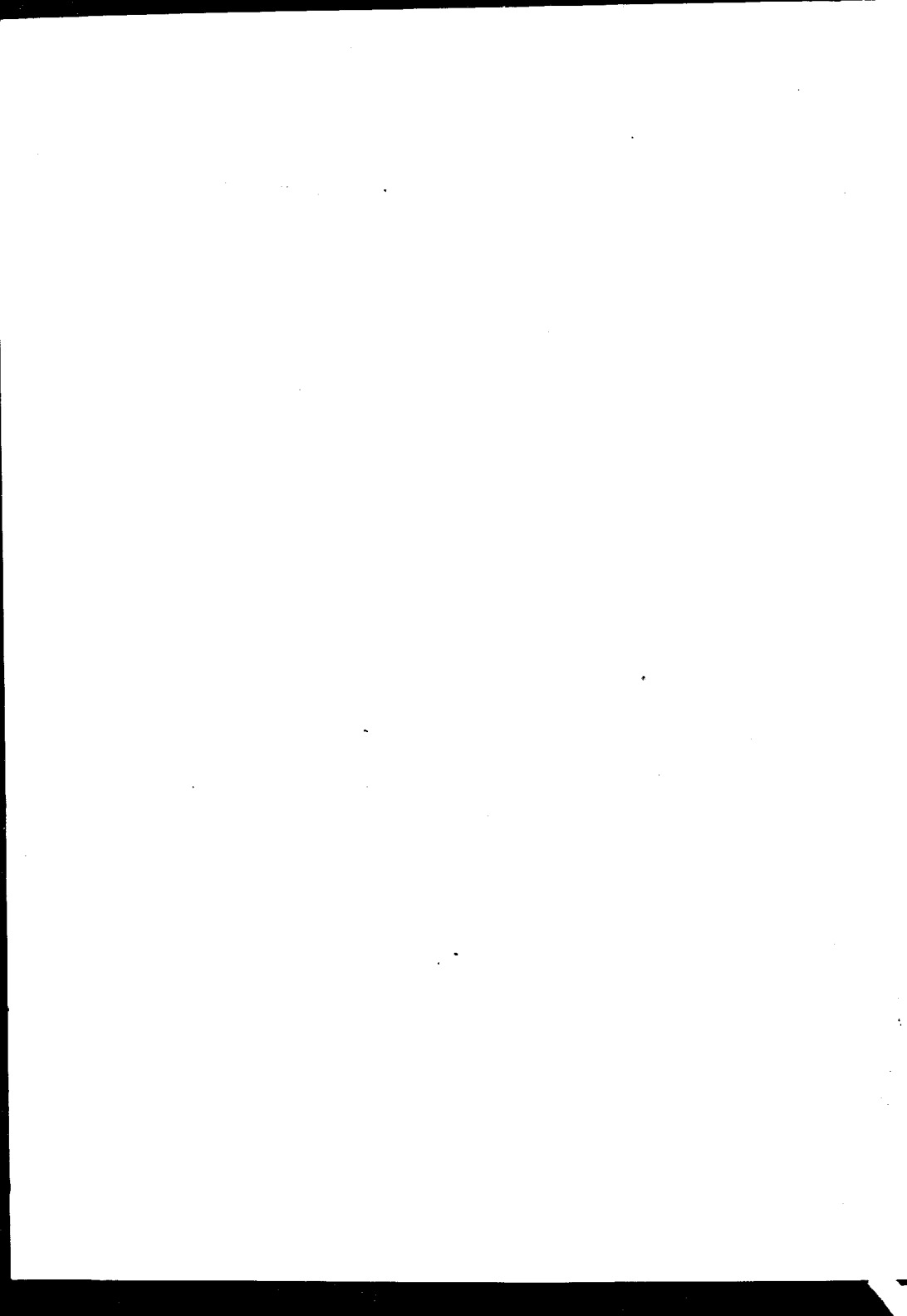
Ex-practicante mayor del Hospital Municipal de Avellaneda (1915-1916).



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI

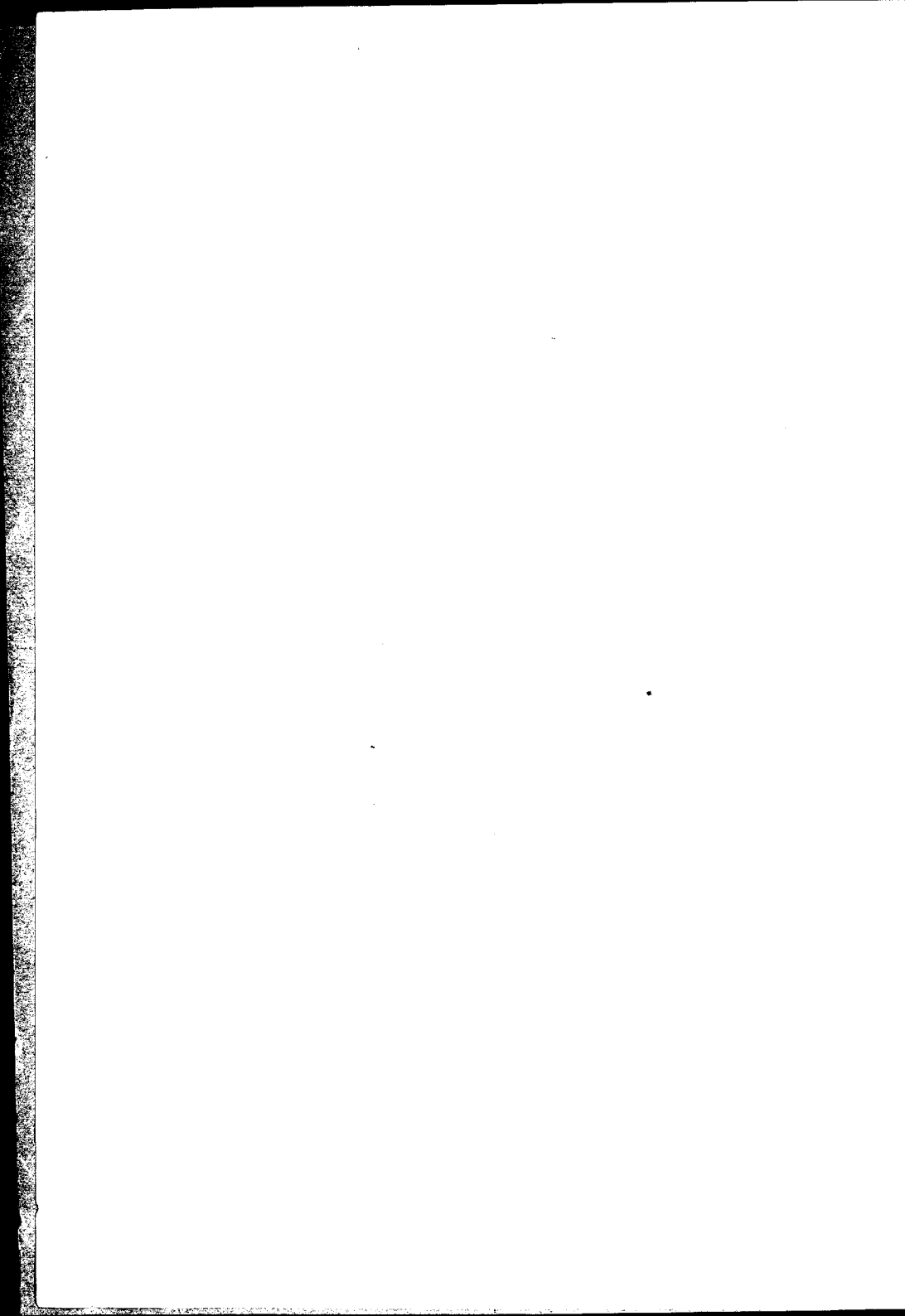
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES



Etiología, Patogenia y Tratamiento Quirúrgico

DE LA

===== Litiasis Biliar =====



Año 1916

Núm. 3126

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Etiología, Patogenia y Tratamiento Quirúrgico

DE LA

==== Litiasis Biliar ====

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

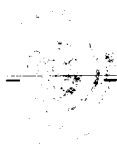
POR

JUAN CARLOS OLIVER

Ex-practicante menor del Hospital de Niños (1913)

Ex-practicante menor del Hospital Rivadavia (1914-1915-1916)

Ex-practicante mayor del Hospital Municipal de Avellaneda (1915-1916)



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 1877 - 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

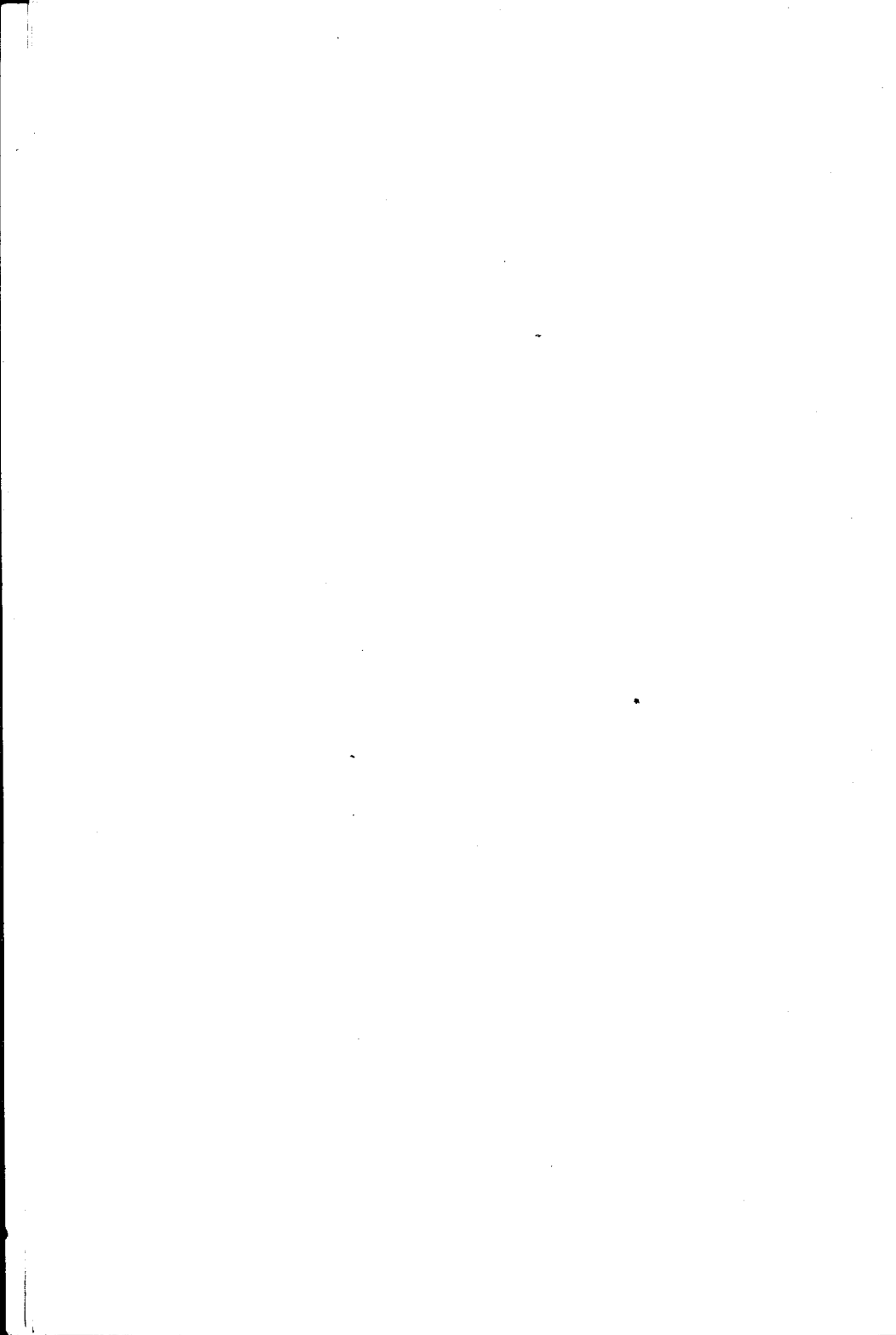
DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

1. » » EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » PEDRO LAGLEYZE
5. » » JOSÉ PENNA
6. » » LUIS GÜEMES
7. » » ELISBO 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 DECLOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » DESIDERIO F. DAVEL
21. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » ABEL AYERZA
24. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» MARCELINO HERRERA VEGAS

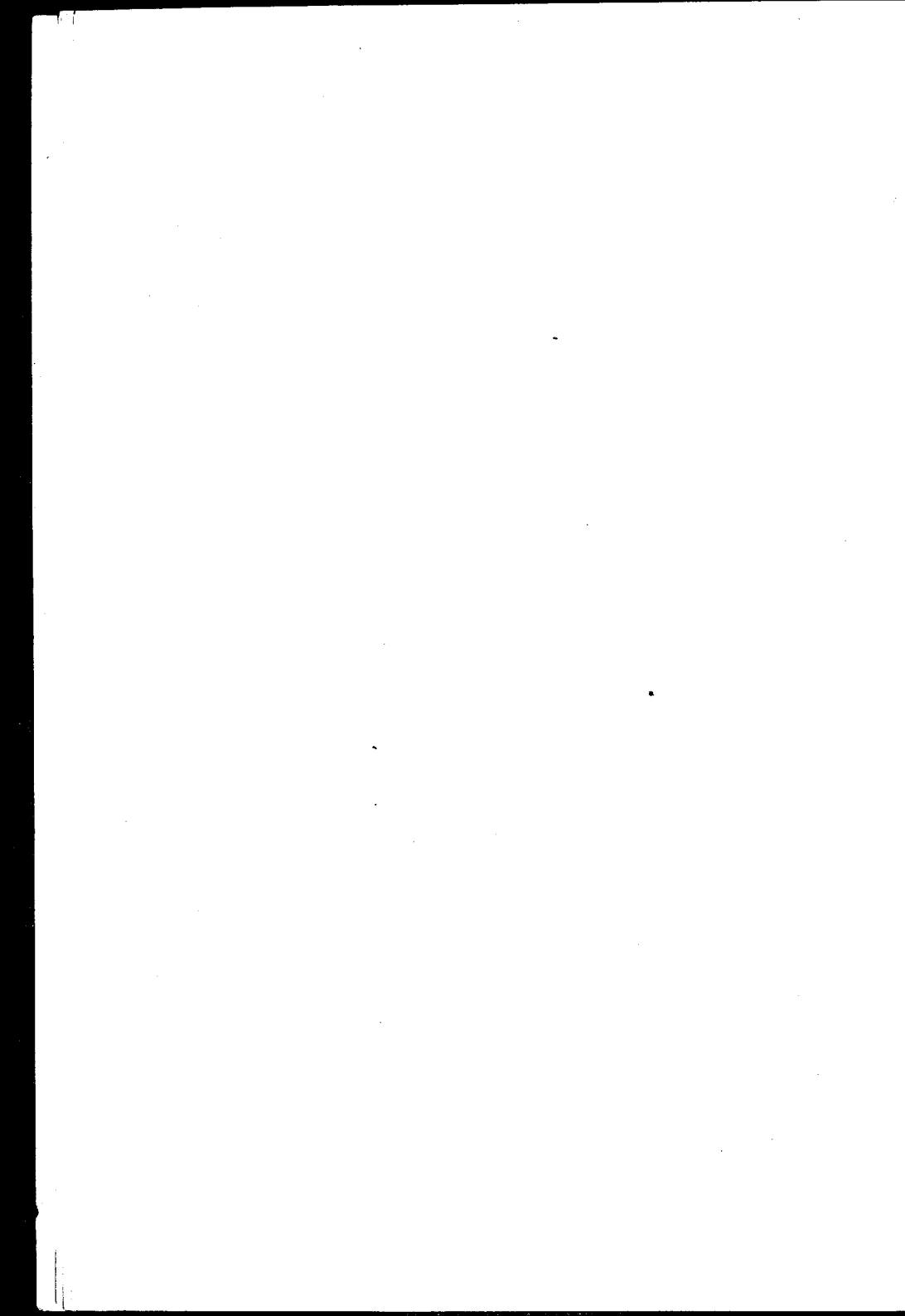


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

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. E. BAZTERRICA

Vice Decano

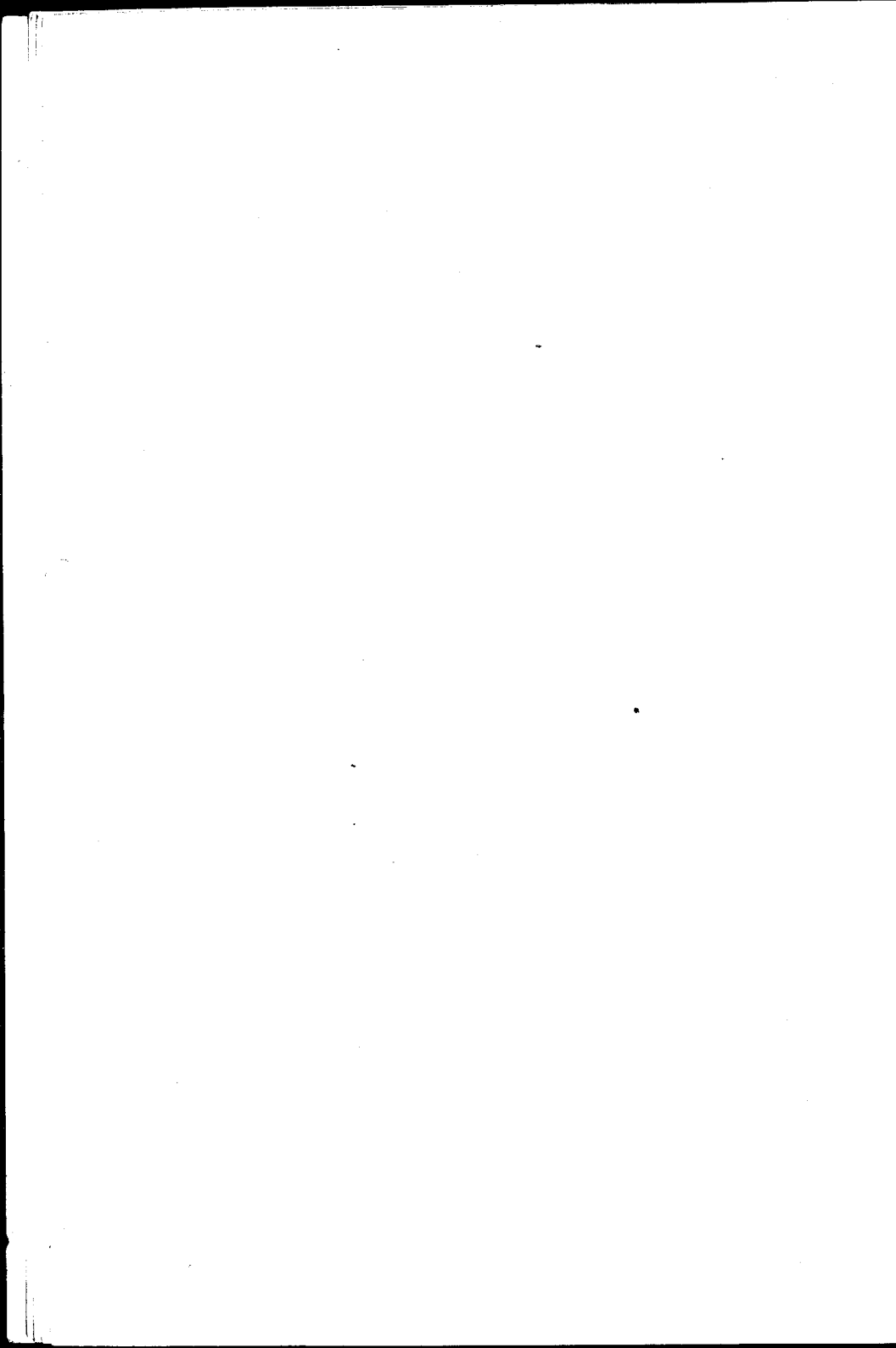
DR. CARLOS MALBRAN

Consejeros

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

Secretarios

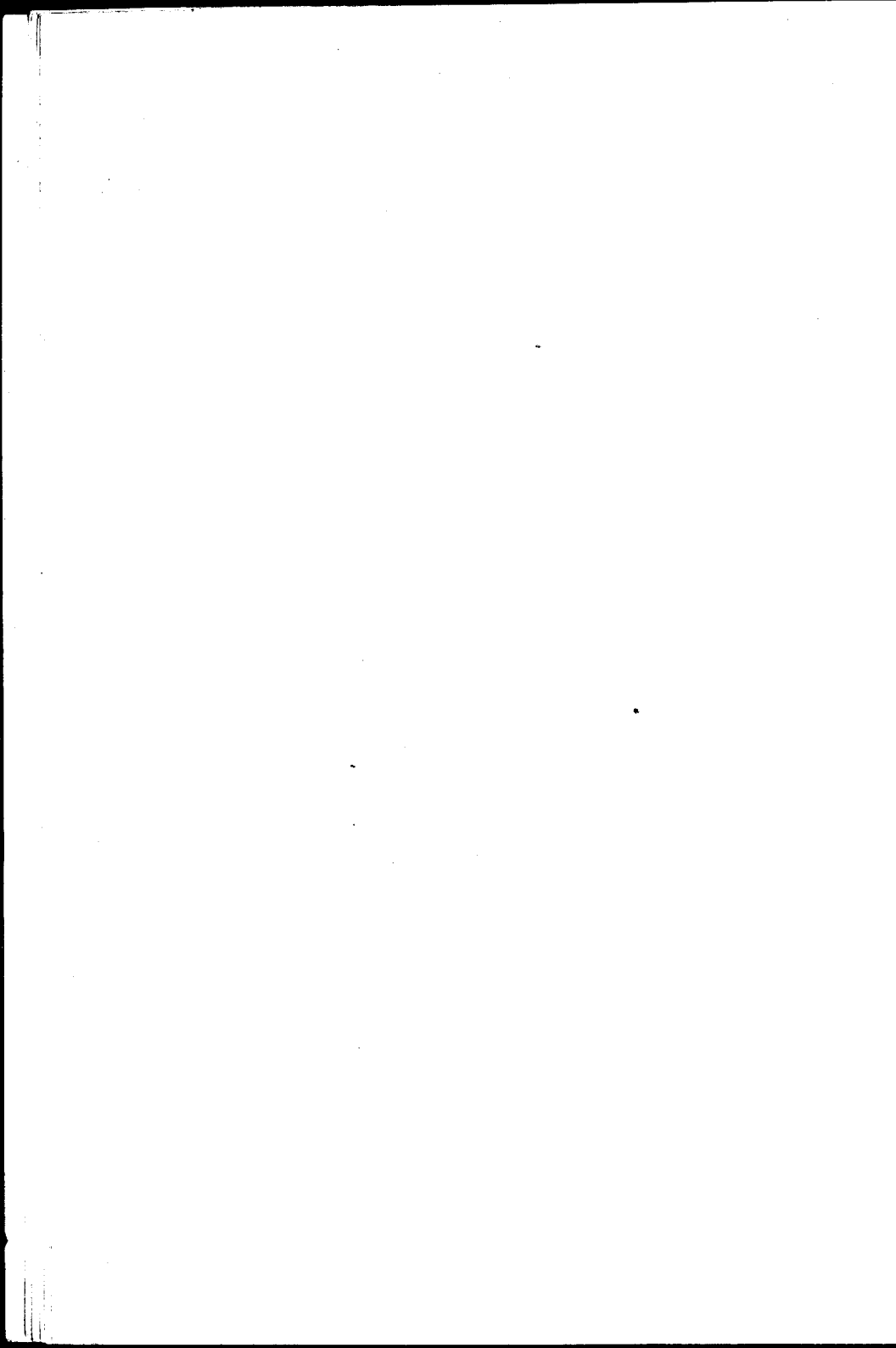
DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
• • JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

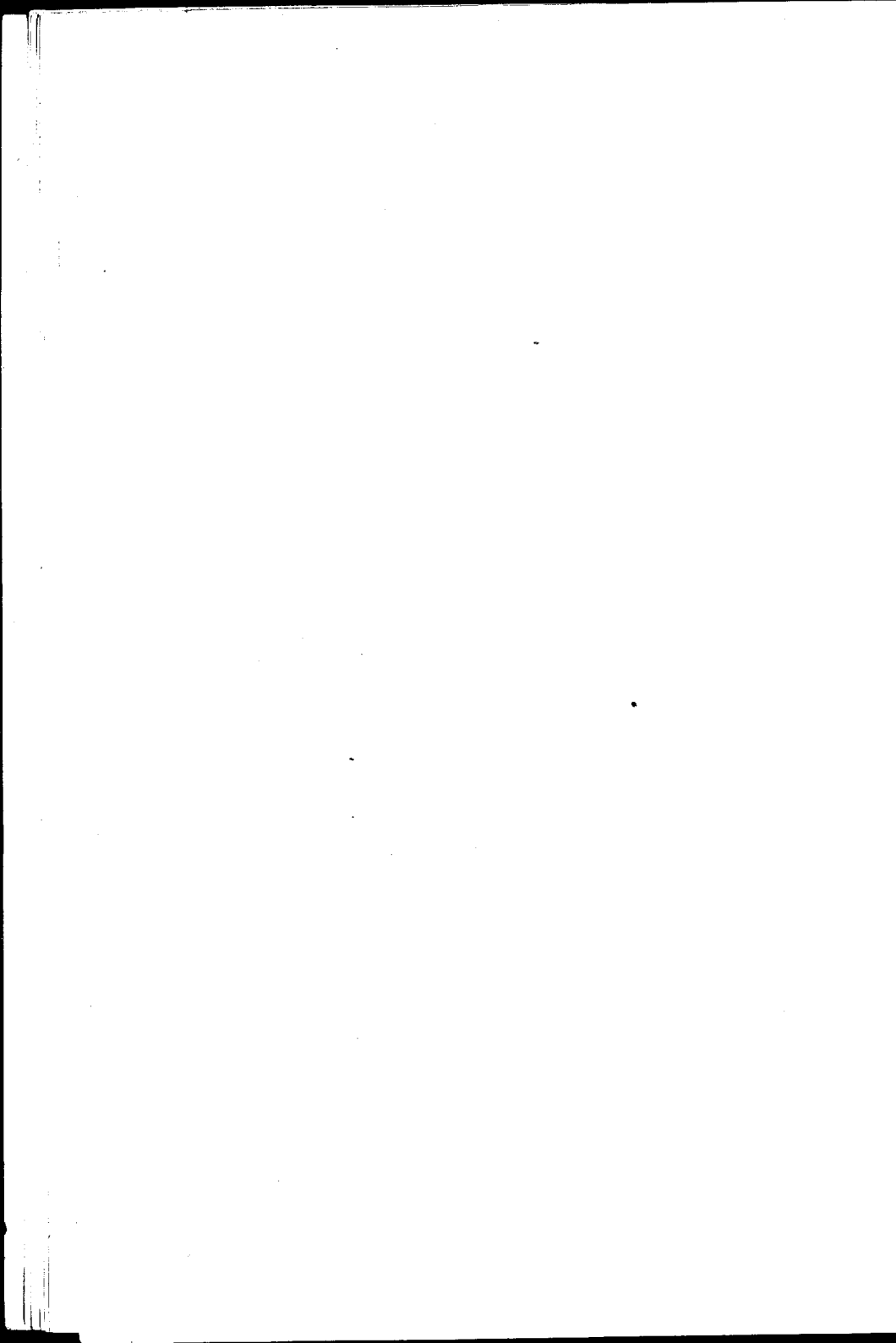
PROFESORES HONORARIOS

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



ESCUELA DE MEDICINA

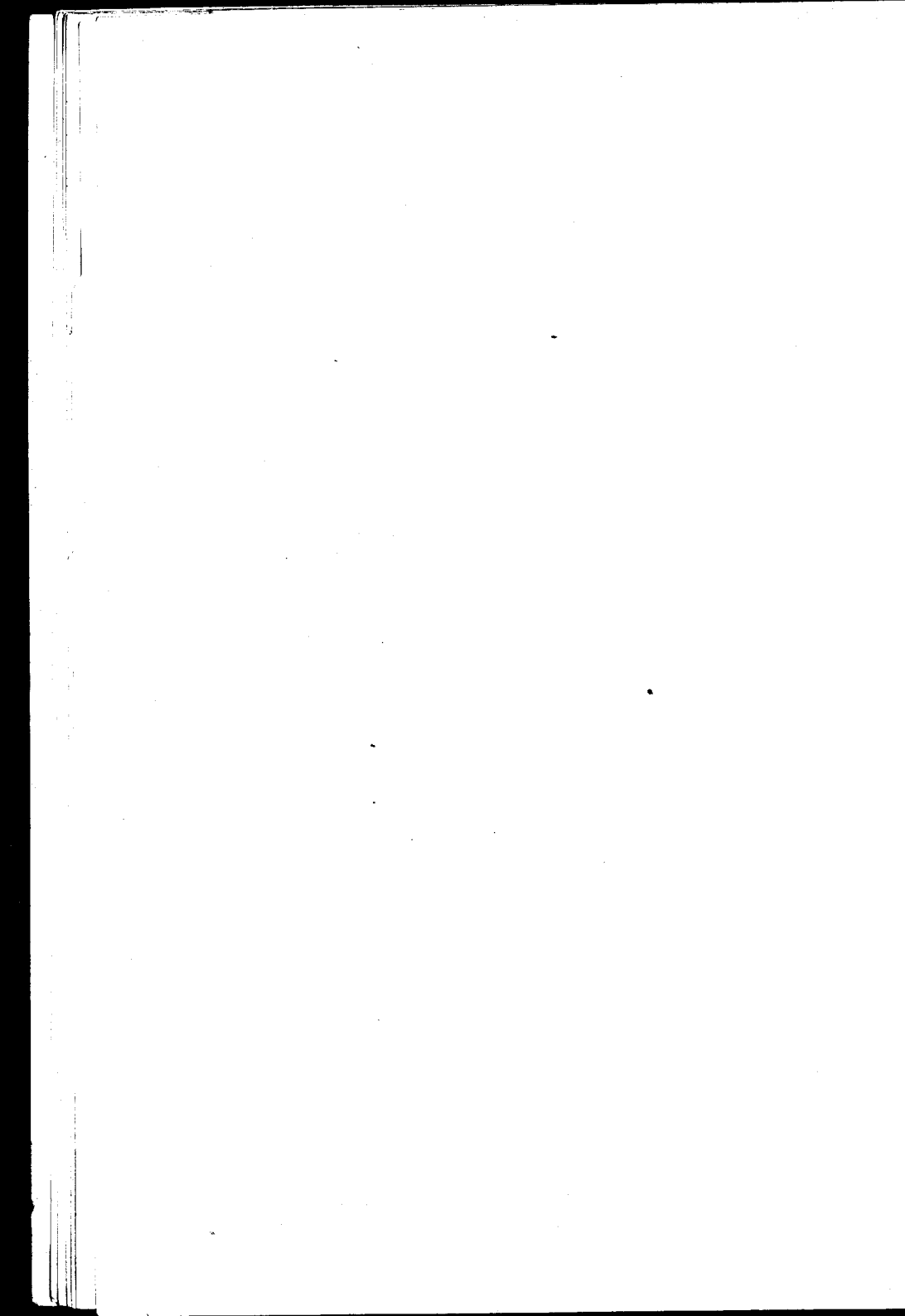
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAYERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química 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-uritarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO GABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

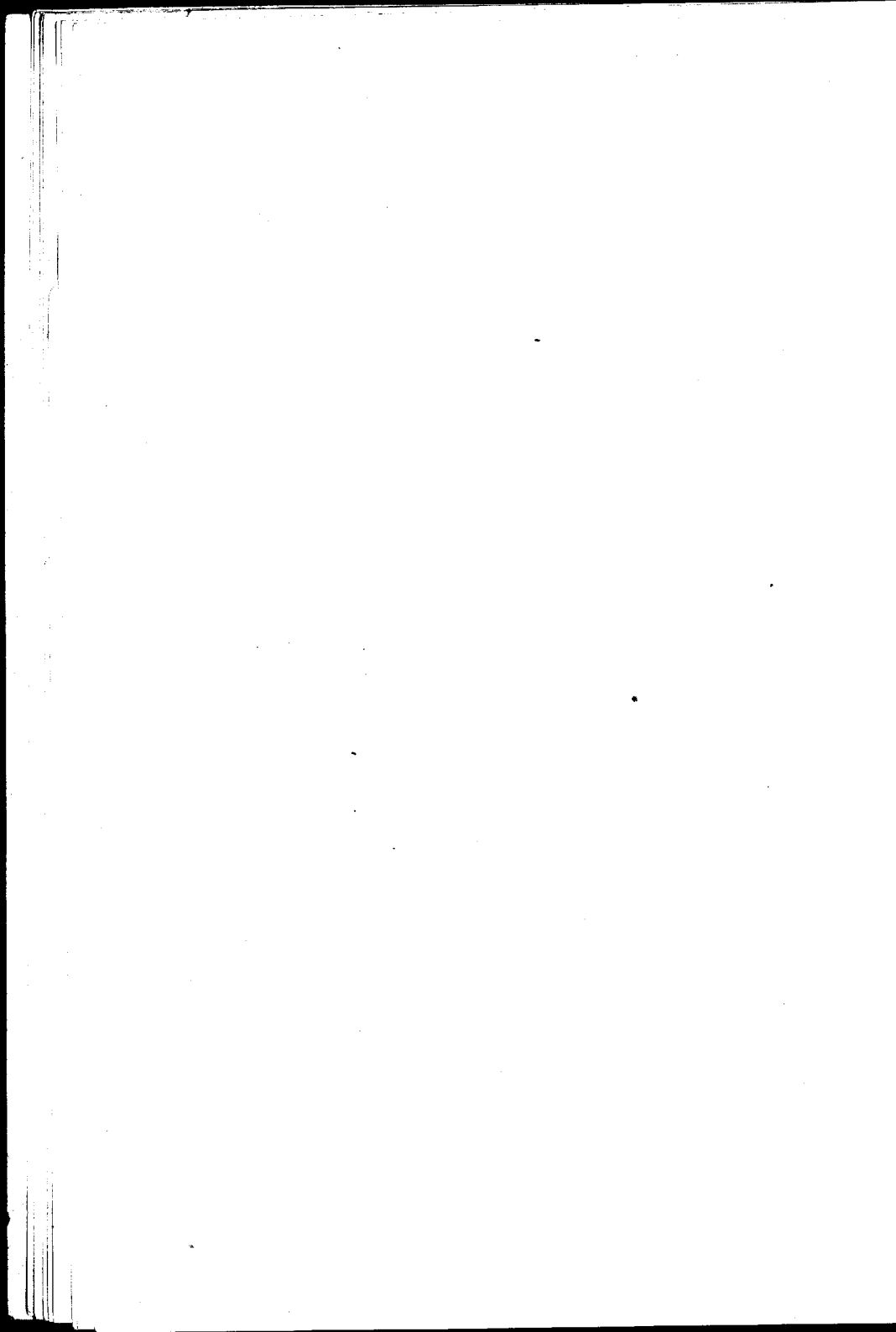
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	" JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	" JUAN JOSE GALIANO
Bacteriología.....	" JUAN CARLOS DELFINO
	" LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	" JOSÉ BADIA
Clinica Ginecológica.....	" JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Médica.....	" PATRICIO FLEMING
Clinica Dermato-sifilográfica.....	" MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Neurológica.....	" JOSÉ R. SEMPBRUN
	" MARIANO ALURRALDE
Clinica Pediátrica.....	" BENJAMÍN T. SOLARI
Clinica Psiquiátrica.....	" ANTONIO F. PIÑERO
	" MANUEL A. SANTAS
Clinica Quirúrgica.....	" FRANCISCO LLOBET
Clinica Quirúrgica.....	" MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna.....	" RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica.....	" ELISEO V. SEGURA
» Psiquiátrica.....	" JOSÉ T. BORDA



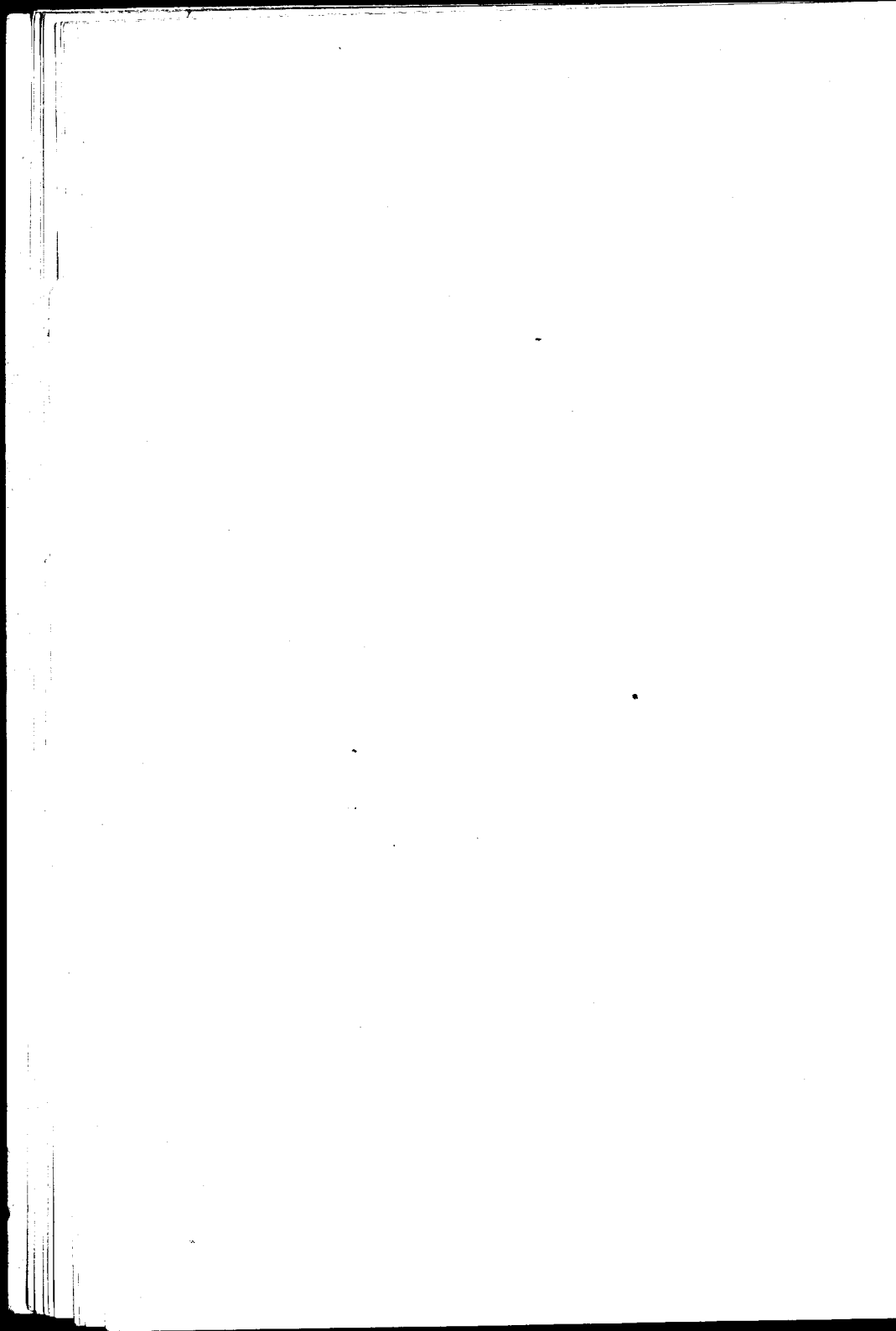
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	GUILLELMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	SILVIO E. PARODI
	EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana.....	FRANK L. SOLER
	BERNARDO BOUSSAY
	RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	ALOIS HACHMANN
Química Biológica.....	GERMAN ANSCHUTZ
Higiene Médica.....	BENJAMIN GALAR E
	FELIPE JUSTO
Semeiología y ejercicios clínicos.....	MANUEL V. CARBONELL
	CARLOS BONORINO UDAONDO
	ALFREDO VITON
Anat. Patológica.....	JOAQUIN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia.....	ANGEL H. RUFFO
Medicina Operatoria.....	JOSE MORENO
	ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología externa.....	CARLOS ROBERTSON
	FRANCISCO P. CASTRO
	CASTELFORT LUGONES
Clinica Dermato-sifilográfica.....	NICOLAS V. GRECO
	PEDRO J. BALIÑA
» Genito-urinaria.....	BERNARDINO MARAINI
» Epidemiológica.....	JOAQUIN NIN POSADAS
» Oftalmológica.....	FERNANDO R. TORRES
	ENRIQUE B. DEMARIA
» Oto-rino-laringológica.....	ADOLFO NOCETI
	JUAN DE LA CRUZ CORREA
Patología interna.....	MARTIN CASTRO ESCALADA
	PEDRO LABAQUI
	LEONIDAS JORGE FACIO
	PABLO M. BARLARO
	EDUARDO MARL O
	JOSE ARCE
	ARMANDO R. MAROTTA
	LUIS A. TAMINI
Clinica Quirúrgica.....	MIGUEL SUSSINI
	ROBERTO SOLE
	PEDRO CHITTO
	JOSE M. JORGE (hijo)
	OSCAR COPELLO
	ADOLFO F. LANDIVAR
	JUAN JOSE VITON
	PABLO J. MORSALINE
	RAFAEL A. BELLRICH
	IGNACIO IMAZ
» Médica.....	PEDRO ESCUDERO
	MARIANO R. CASTEX
	PEDRO J. GARCIA
	JOSE DESTEFANO
	JUAN R. GOYENA
	MAMERTO ACUNA
	GEXARO SISTO
» Pediátrica.....	PEDRO DE ELIZALDE
	FERNANDO SCHWEIZER
	JUAN ARLOS NAVARRO
	JAIME SALVADOR
» Ginecológica.....	TORIBIO PICCARDO
	CARLOS R. CIRIO
	OSVALDO L. BOTTARO
	ARTURO ENRIQUEZ
	A. PERALTA RAMOS
	FAUSTINO J. TRONCIE
» Obstétrica.....	JUAN B. GONZALEZ
	JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	JUAN A. GABASTOU
	ENRIQUE A. BOERO
Medicina legal.....	JOAQUIN V. GNECCO
	JAVIER BRANDAN
	ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada.....	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas...	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica.....	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas....	» PASCUAL CORTI
Física farmacéutica.....	» OSCAR MIALOCK
Química orgánica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química analítica.....	SR. PEDRO J. MESIGOS
Química inorgánica.....	» LUIS GUGLIALMELLI
	DR. JUAN A. SANCHEZ
	» ANGEL SABATINI

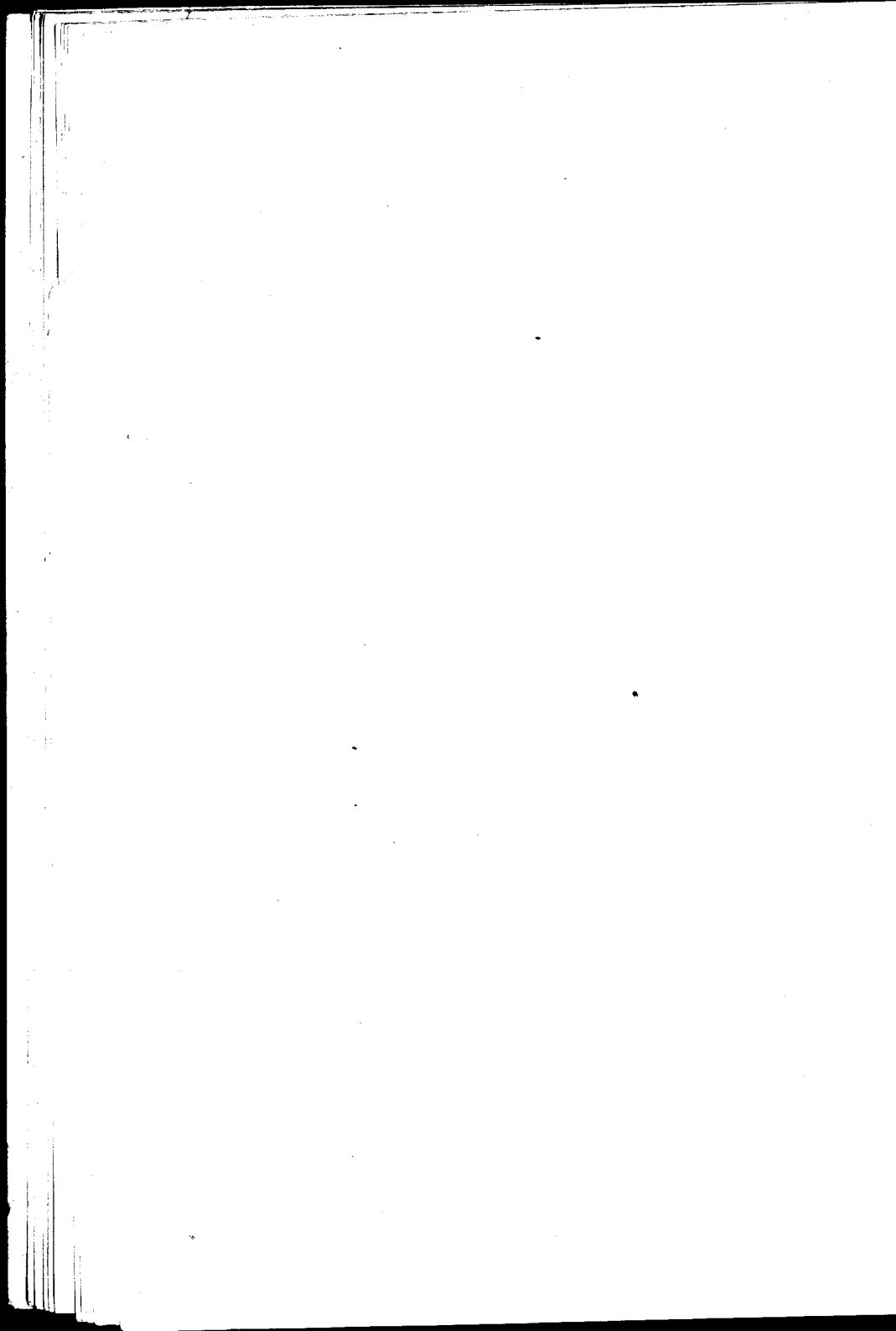


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	Dr. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREYRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

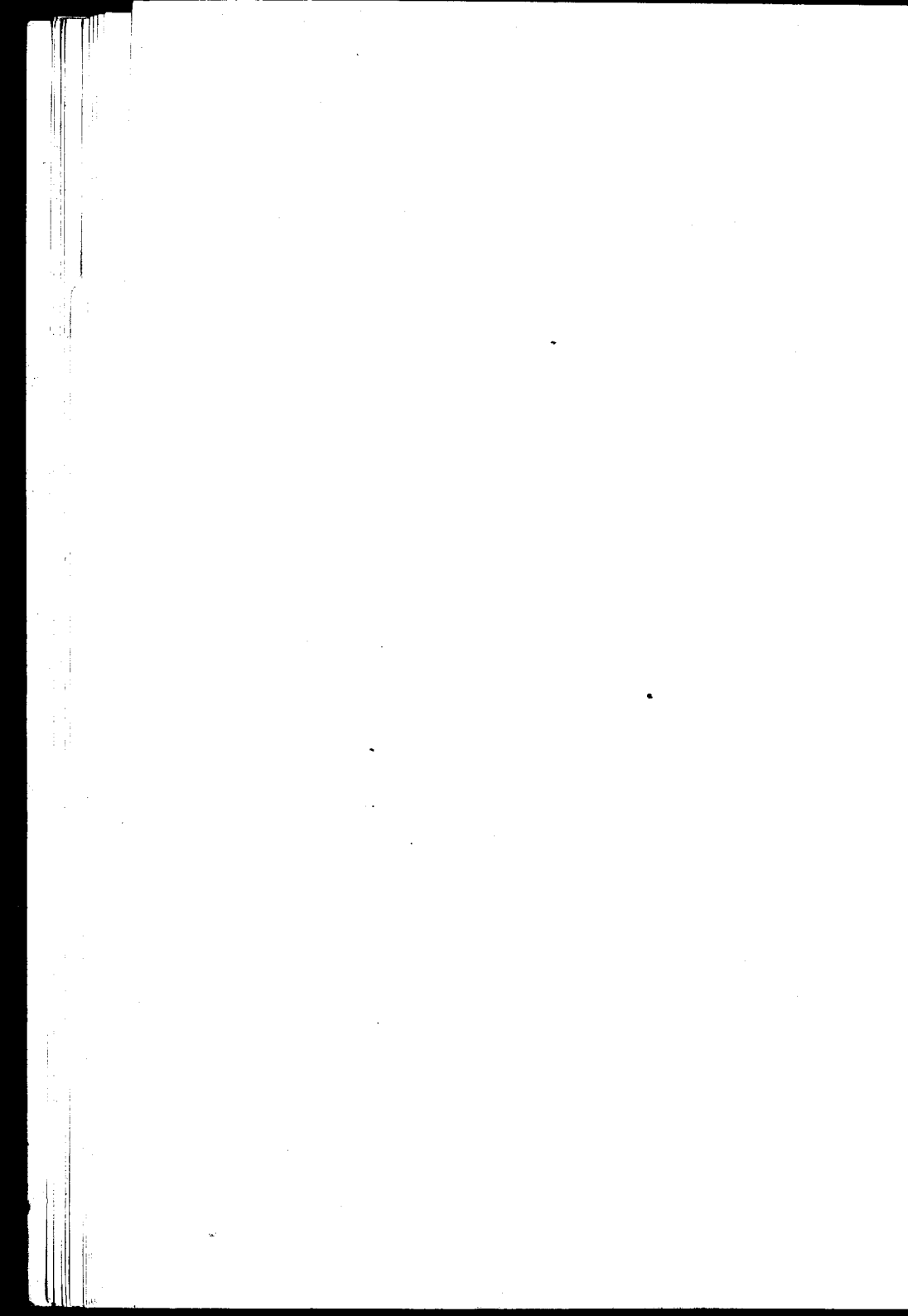
Catedráticos suplentes

Dr. ALEJANDRO CABANNE
,, TOMÁS S. VARELA (2º año)
,, JUAN U. CARREA (Protesis)



ESCUELA DE PARTERAS

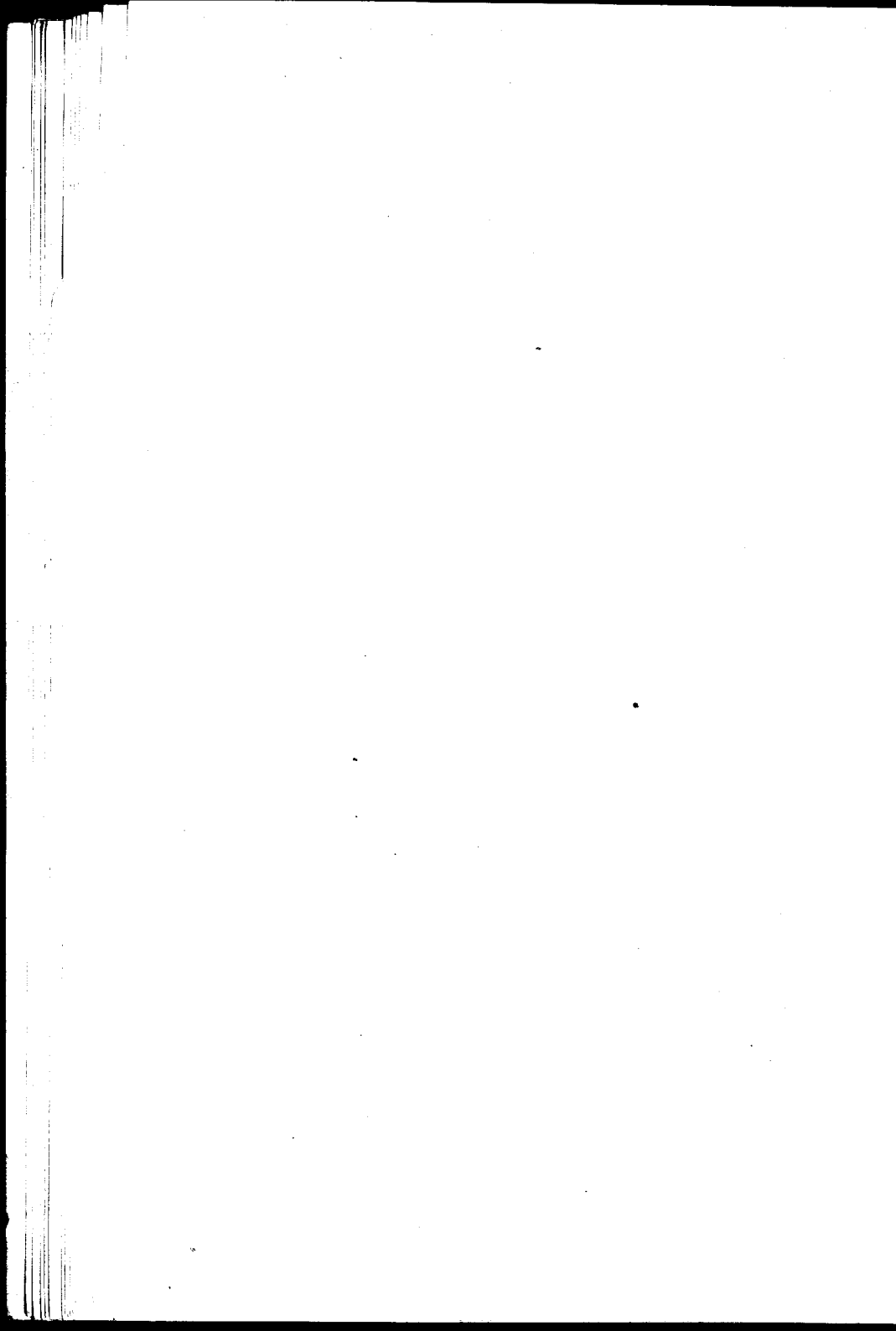
Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	DR. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica	DR. FANOR VELARDE
Puericultura.....	DR. UBALDO FERNANDEZ



Padrino de tesis:

Doctor PEDRO DEL PINO

Jefe de Clínica (cirugía de mujeres) del Pabellón "Cobo abajo"
del Hospital Rivadavia

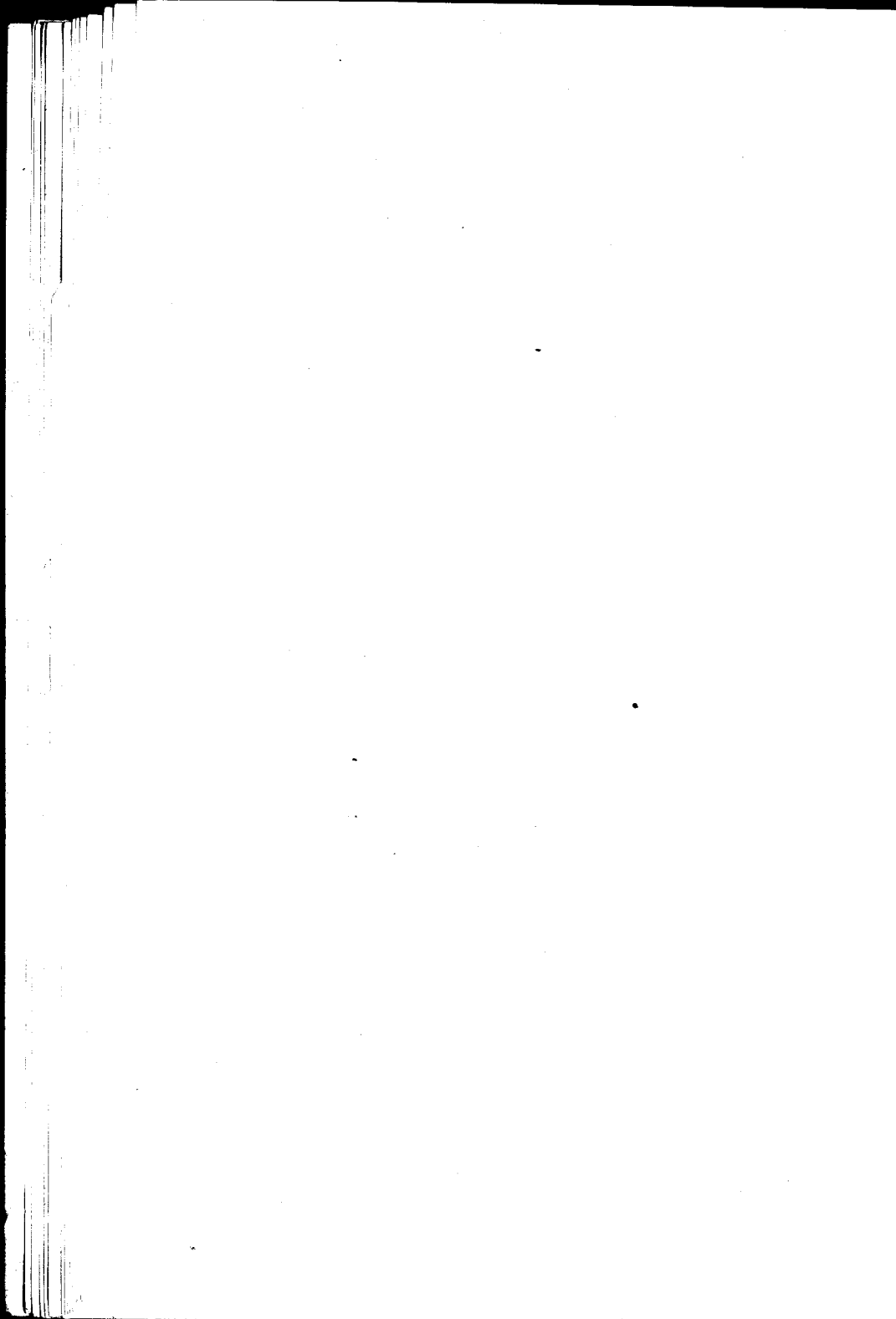


A MIS PADRES QUERIDOS

ETERNO RECONOCIMIENTO

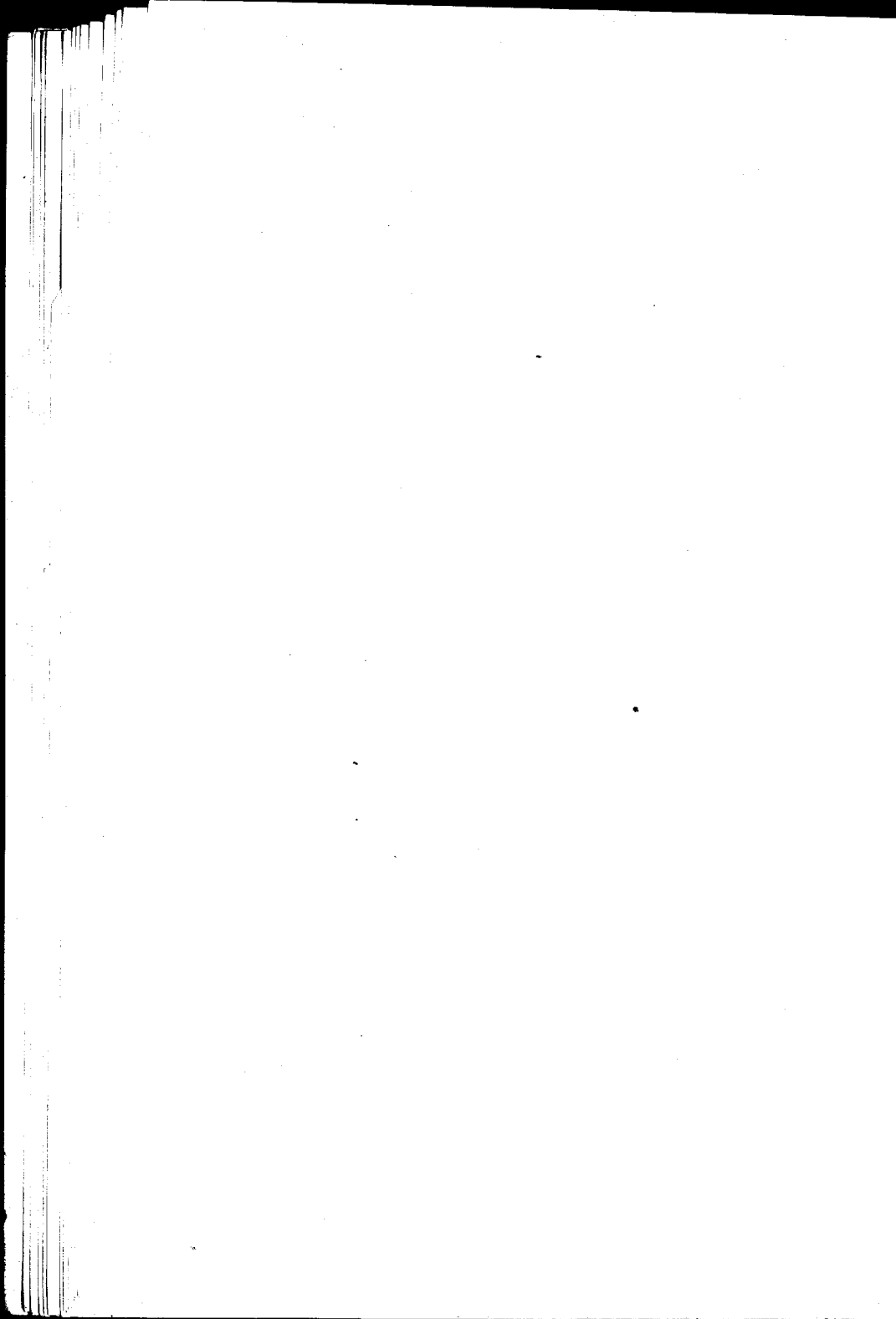
A MI NOVIA

CARIÑO

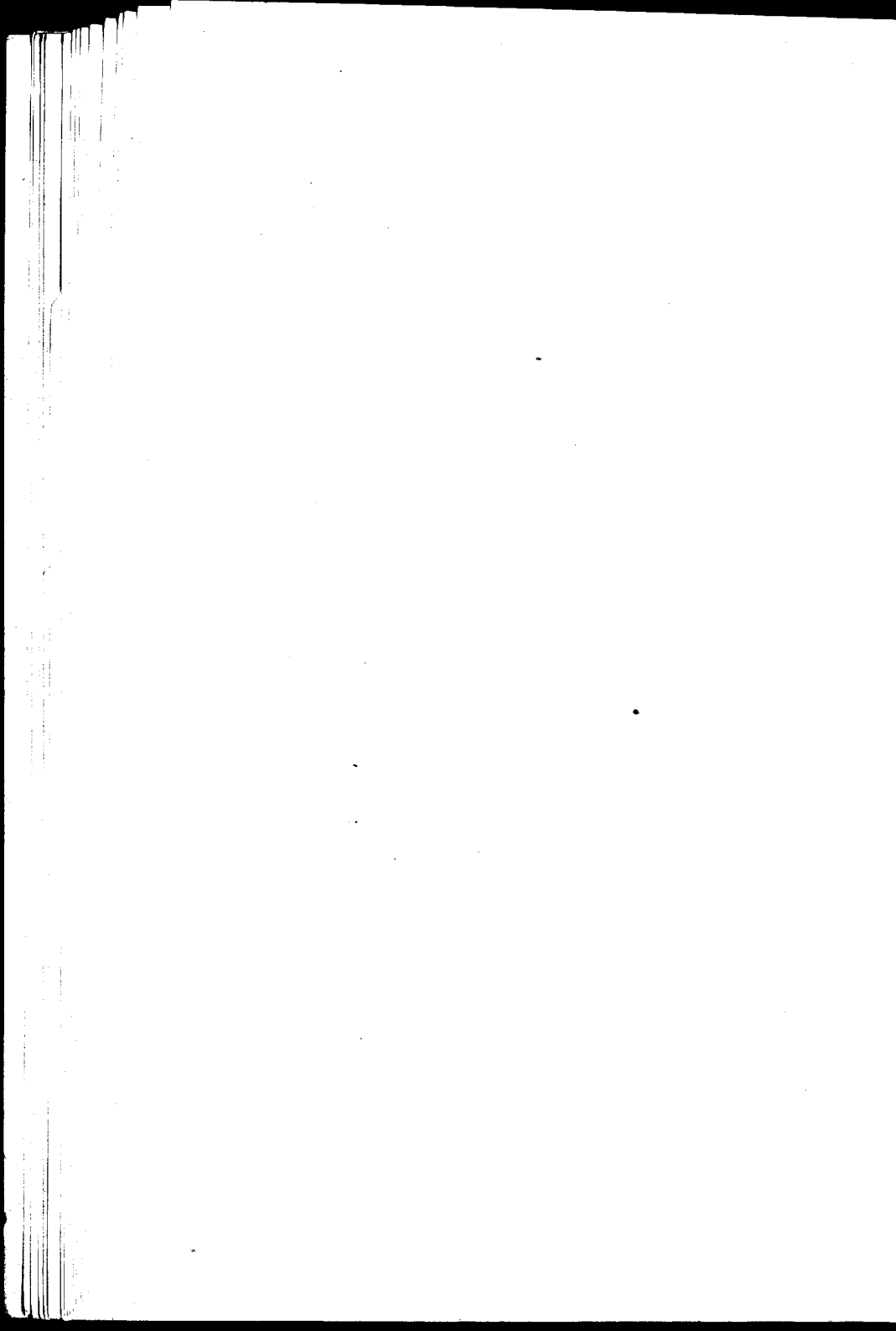


A MIS ABUELOS

AFECTUOSOS RECUERDOS



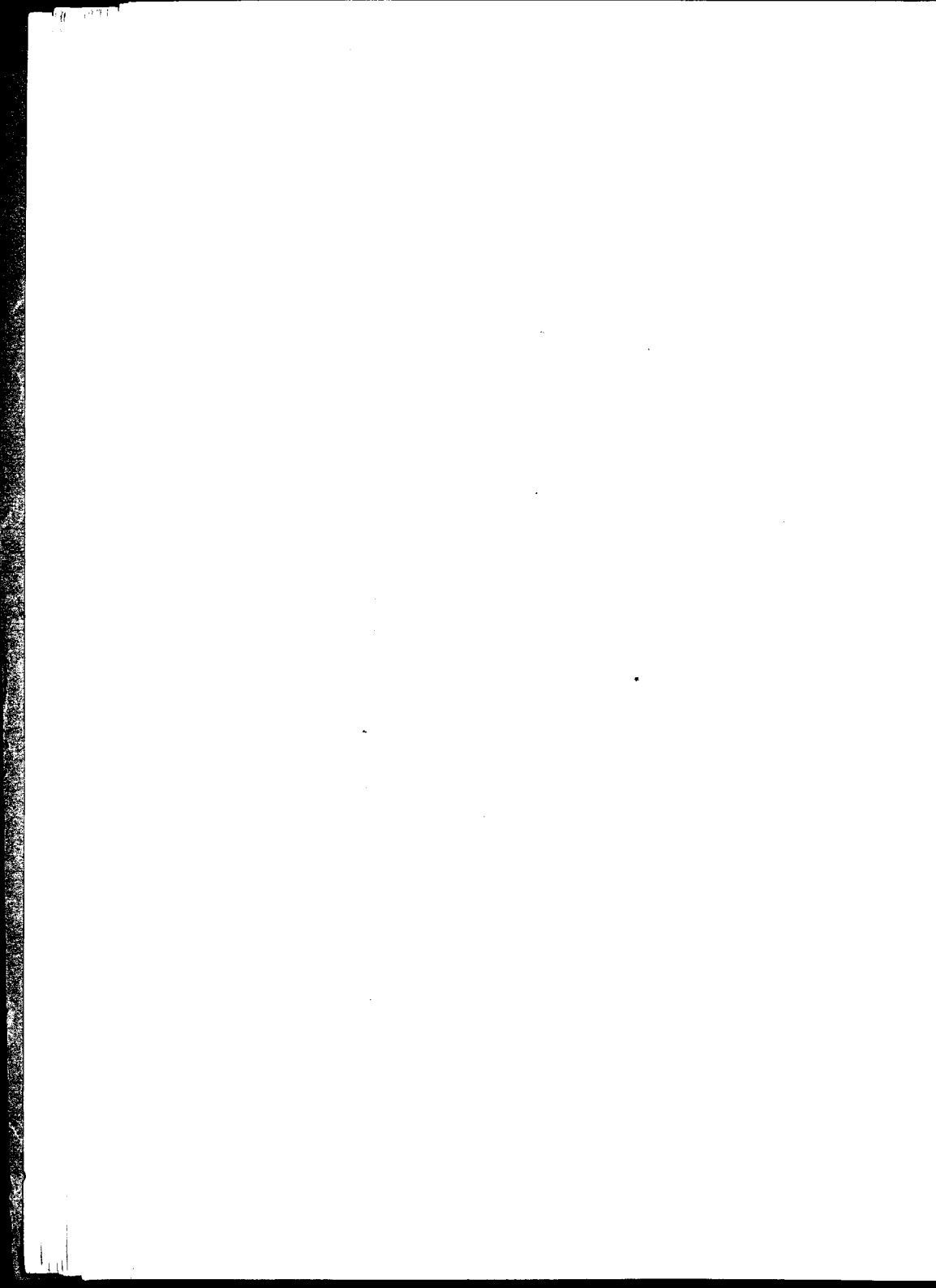
A MIS HERMANOS



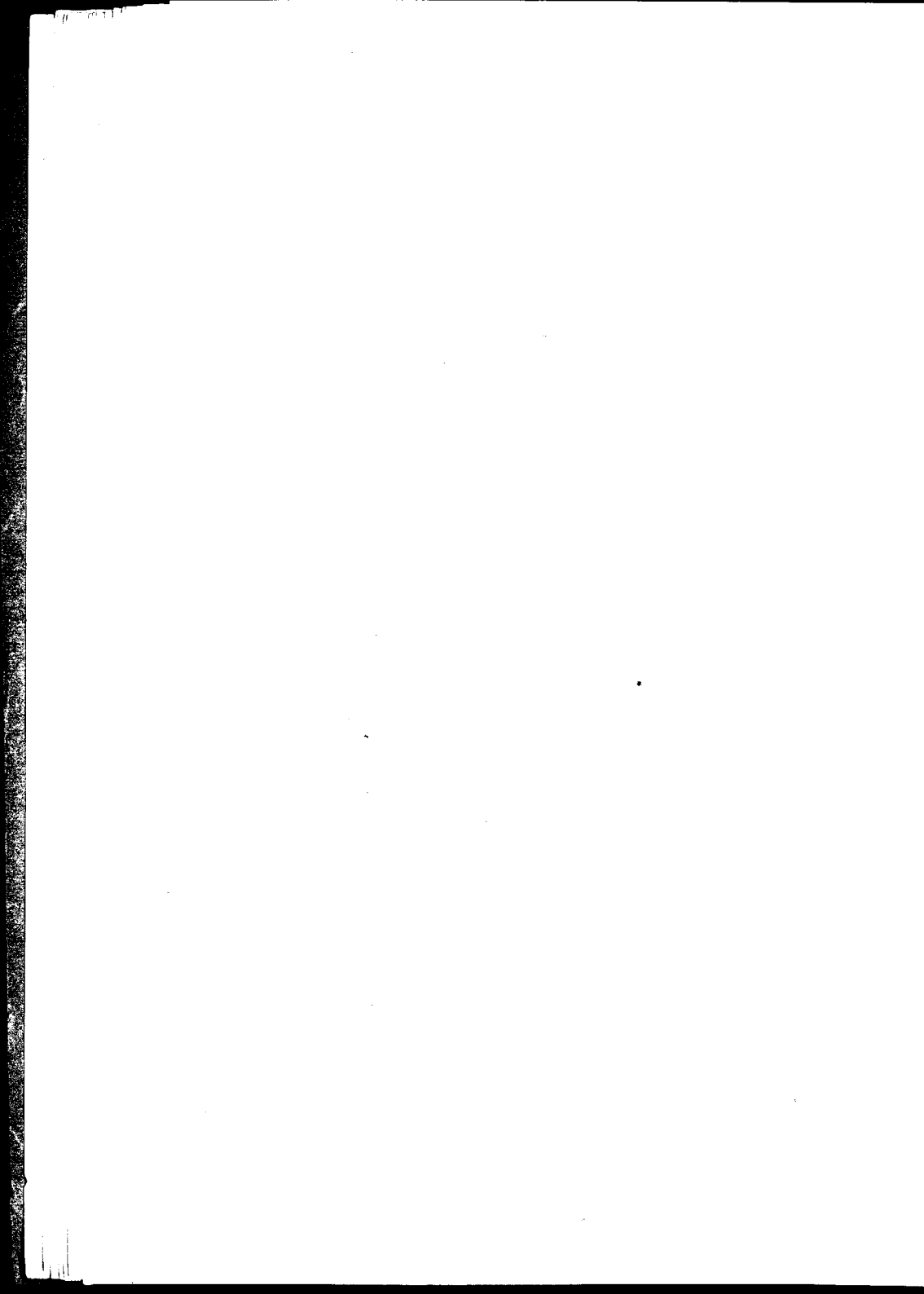
A MI AMIGO

ALEJANDRO TALLAFERRO INSIARTE

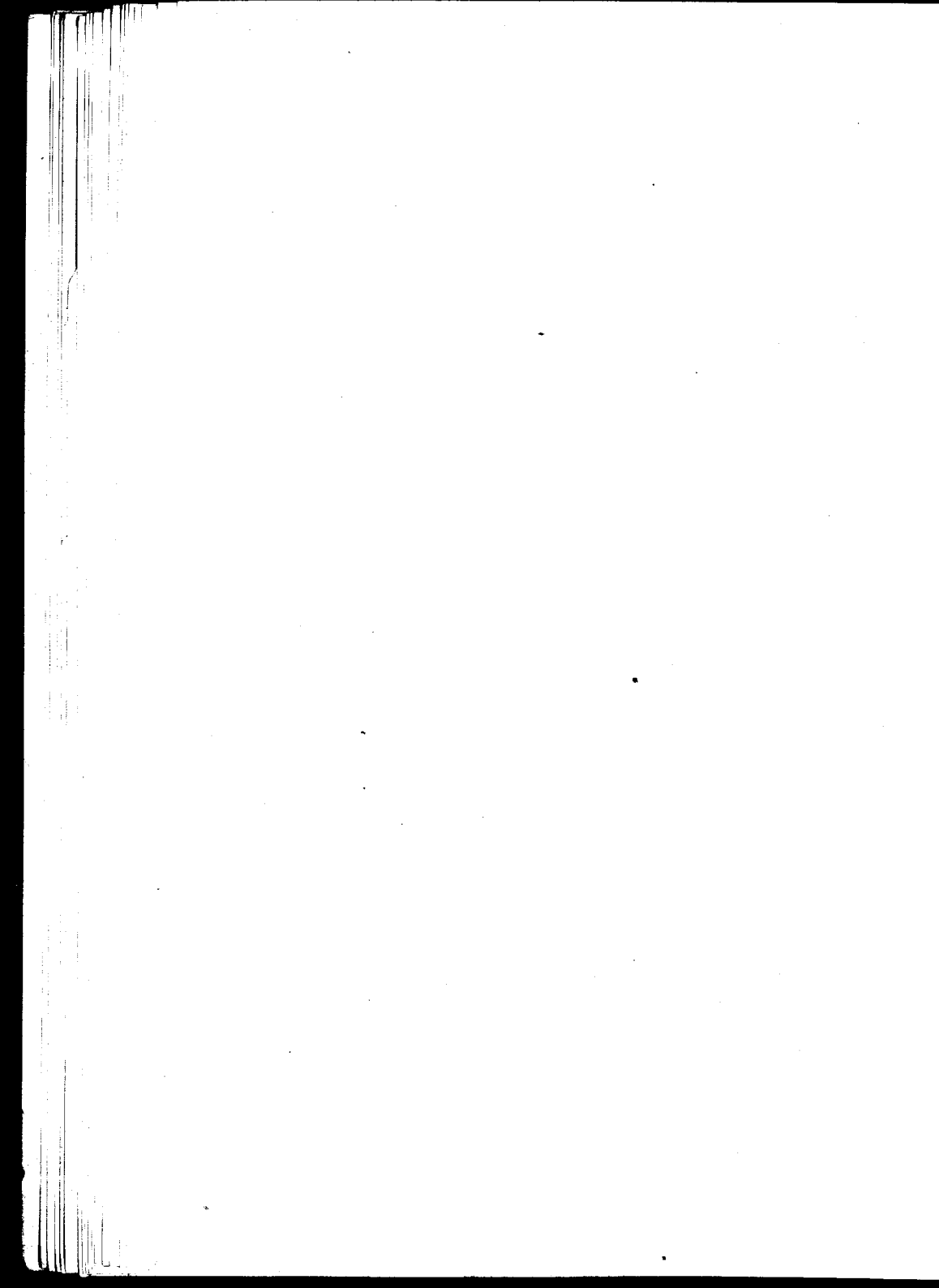
IN MEMORIAM



A LOS MIOS



A MIS AMIGOS



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Llegado al fin de mis estudios universitarios ; última etapa de mi vida estudiantil, lleno de encantos y de gratos recuerdos, someto a vuestra digna consideración este trabajo en cumplimiento de lo que prescriben las ordenanzas, para llenar el último requisito que la Facultad exige para optar al honroso título de Doctor en Medicina.

Al hacerlo, estoy seguro que no hallaréis en él originalidad ni méritos personales, pues lejos de mi ánimo está la idea de haber dilucidado un problema nuevo ; sino la de presentar una síntesis de la que sobre tan importante y escabroso tema, los maestros le han dedicado todas sus grandes actividades.

No pretendo, os lo repito, ganar título ante vuestra consideración ; pero sí puedo deciros que he puesto todo mi empeño y buena voluntad, para que él resultara digno de vuestras enseñanzas.

Antes de terminar; pues no quiero dejar pasar este instante solemne, sin agradecer y dejar constancia de mi profundo agradecimiento a aquellos que en las aulas supieron ilustrarme con sus sabias lecciones; y para aquellos que en el Hospital, ante el enfermo, supieron formar mi criterio médico.

Al doctor Arturo Zabala, que me sugirió el tema de este trabajo, cumplido reconocimiento por todas las atenciones que me dispensó; la seguridad de mi afectuoso recuerdo.

Al doctor Pedro del Pino, que me dispensa el alto honor de acompañarme en este acto, mi profundo agradecimiento por el estímulo y aprecio que siempre me ha demostrado.

Al doctor Ignacio Allende el testimonio de mi amistad, por las múltiples distinciones de que he sido objeto por parte suya.

A los doctores Alfredo Vitón y Juan José Cirio, mi cumplido reconocimiento por sus finas atenciones.

A mis excelentes compañeros del Hospital Rivadavia y del Fiorito, mis ofrendas de amistad.

A los médicos del pabellón Cobo abajo, mis agradecimientos.

Y a todos mis buenos amigos y compañeros de estudios, les ofrezco la seguridad de mi gratitud eterna.

Historia

La litiasis biliar hasta hace medio siglo pertenecía por entero al dominio de la clínica, pero debido a las nociones esenciales de la bacteriología, de la asepsia y de los progresos de la cirugía abdominal ha incorporado sino de una manera exclusiva, una gran parte al dominio de la cirugía.

Los documentos antiguos, los recogidos antes del siglo XVII, son en sus datos muy pobres, además de ser poco numerosos. Las primeras observaciones debidas a Languis y a Cœlis datan del año 1554; relatan casos de cálculos hallados en las vías biliares y en las autopsias practicadas, siendo para estos autores la causa productora de la muerte.

Ya por el año 1681, Bianchi con su discípulo Teluis, hacen las primeras descripciones de los cálculos; en el año 1720 Morgani con Vallismieri describen el primer síntoma del cólico hepático con el dolor en el hipocondrio derecho, acompañado de coloración oscura de las orinas.

Con el descubrimiento de la coleslerina efectuada en el siglo XIX, Fournoy y Thenard dan a conocer los primeros análisis químicos exactos.

En la era moderna se han realizado considerables progresos en la patología hepática, con una serie numerosa de hechos clínicos anátomo-patológicos y experimentales. En estos estudios científicos se hallan ligados íntimamente una pléyade de sabios. Chauffard con su teoría humoral en la explicación de la formación de los cálculos, enriquece la historia con sus descripciones admirables.

Fournier, Gilbert y Nauiny dan a conocer los primeros trabajos anátomo-patológicos, deduciendo el probable origen infeccioso de la litiasis biliar.

Por lo que respecta al tratamiento quirúrgico, es a Helius y a Morand, quienes han hecho las primeras tentativas para imponer este tratamiento; pero Bobbs, cien años más tarde, hace la primera colecistostomía, y Winiwater que tuvo el honor de efectuar la primera colecisto-enterostomía, y Langebuch que llevó a cabo la primera colecistectomía.

Después de éstos vienen gran cantidad de cirujanos, como Kehr, Terrier, Mayo-Robson, Quenu, Lejars y otros, a quienes debemos los grandes progresos de la cirugía contemporánea en el tratamiento de la litiasis biliar.

Etiología y patogenia

Desde tiempo atrás mucho se ha hecho para poder descubrir el proceso íntimo de la formación de los cálculos en la vesícula biliar; y menester es todavía que se haga mucho para poder llegar a un resultado satisfactorio.

A las muchas teorías antiguas, unas empíricas y otras basadas en hechos clínicos y de laboratorio, quizás erróneamente interpretadas, les han seguido investigaciones nuevas con visos de una orientación buena, que quizás ellas den con la clave del proceso patogénico; y sentar sobre bases bien fundamentadas el determinismo de la litiasis biliar.

Ya las teorías que se tenían por juzgadas y adquiridas han pasado a un rango inferior en lo que a patogenia se refiere, sin que por eso pierda un ápice de la que tiene en la evolución clínica de la afección. Es la infección.

Hay, sin embargo, factores etiológicos que no han variado, como ser el sexo, la edad, el clima,

la alimentación y la herencia. Describiremos someramente la influencia de cada uno de ellos como causas etiológicas de la litiasis biliar.

Sexo — Es en la mujer que se desarrolla de preferencia la litiasis biliar (66 por ciento), según vemos rezan las estadísticas levantadas al respecto; así tenemos :

	EN LA MUJER	EN EL HOMBRE
La de Kerh da	86 %	14 %
La de Lancereaux da	92 %	8 %
La de Bouchard da	77 %	23 %
La de Chauffard da.....	71 %	21 %
La de Fraudin da	64 %	36 %

Como podemos observar, la diferencia es muy grande, pues bien ha dicho Bouchard: la litiasis biliar es patrimonio de la mujer, como la gota es el del hombre. Esto puede encontrar su explicación en las modificaciones profundas que imprime al organismo la distinta fisiología del sexo.

Parece que ésto sería originado por varios factores, algunos de importancia secundaria y de causas productoras insuficientes, se han citado los hábitos de vida, las congestiones periódicas de los órganos abdominales durante el período menstrual, las perturbaciones de los órganos digestivos que acom-

pañan al embarazo, y al parto que produciendo la relajación de la pared abdominal con ptosis visceral traería como consecuencia un acodamiento de canal colédoco provocando por este motivo un éxtasis en el sistema biliar favorable a la formación de los cálculos; el corset, del que se hace un uso inmoderado en la mayoría de las mujeres, son para muchos autores una de las causas eficientes en lo que se refiere a patogenia, pues produce esa deformación del hígado, que se le ha llamado «hígado lobado». Así tenemos las observaciones de Schroeder, que sobre cien hígados lobados ha encontrado cálculos en un 59 por ciento.

Otros opinan como Chauffard, que factores de distinta importancia dominan el cuadro patogénico de la litiasis; pero de todos éstos dos principalmente; el género de vida más sedentaria en la mujer, aunque ésto no sería una causa suficiente para poder dar un porcentaje tan elevado en favor de ella; el otro factor podría ser más explicable, porque es un factor de orden genital; pues en el hombre a pesar de la secreción de algunas glándulas internas del aparato sexual, la genitalidad de éste se exterioriza en forma extraorgánica, mientras que en la mujer por el hecho de la preñez, su genitalidad es endoorgánica. Bard y los que lo han corroborado lo han demostrado: sobre la química de las muje-

res embarazadas, sobre el rol de las reservas orgánicas de la preñez, sobre las relaciones de la nutrición materna y fetal y sobre la toxemia tan fácil en las gravídicas; y termina diciendo si no es en este estado biológico de la mujer en cinta; que es necesario buscar la frecuencia de la colelitiasis en ellas.

Los clínicos están conformes en admitir las relaciones que tiene el embarazo y el puerperio con la litiasis; Dieulafoy en una de sus lecciones clínicas que ha consagrado sobre esto (Clinique Médicale dall'Hotel-Dieu, 1898: El embarazo y la litiasis biliar), hace resaltar los lazos de unión. Huchard (Unión Médicale, 1883), Dupoult (Leçons Clinique obstétricale, 1872), Cry (Annales de Gynecologie, 1883), Pinard (Clinique Baudelocque, 1898), se han ocupado de las relaciones de estos estados.

La estadística de Leyden que sobre cien mujeres atacadas de cólicos hepáticos, el embarazo anterior es notado en el 90 por ciento.

Sin embargo, los autores no están de acuerdo sobre qué época del estado puerperal es el más favorable al estallido del cólico hepático; mientras unos afirman que es durante el embarazo, otros que es durante el momento del alumbramiento y después del parto. Cry en su obra citada del año 1883, trae la estadística siguiente: sobre 51 litiásicos el

cólico hepático ha sido observado 17 veces durante el embarazo ; 4 veces después de abortos, y 36 después del parto. Dieulafoy cita en su obra la estadística de Bouloumie y observa que el cólico hepático se ha manifestado 29 veces durante el embarazo, 55 veces de un día a un año, y 17 veces de dos a cinco años después del parto.

En la estadística de Déléage vemos que el cólico hepático está repartido en la siguiente forma : 59 veces durante el embarazo y 45 después del parto. Las observaciones de Nicolais Pans (Contribución al tratamiento operatorio de las vías biliares), observamos que en 119 veces existía embarazo anterior, y que 41 de las enfermas habían tenido más de seis hijos ; 22 veces la litiasis se ha manifestado en el momento del alumbramiento o hacia el fin del embarazo.

Chauffard aporta una estadística de 114 mujeres colelitíasicas ; 59 veces durante el embarazo, de origen gravídico, sea 51 por ciento, y 24 veces después del parto, sea 25 por ciento.

Considerando estos casos, R. M. Green concluye diciendo : que parece existir relaciones de causa a efecto entre el embarazo por una parte y la colelitiasis y colecistitis por otra ; que los signos de estas complicaciones pueden aparecer durante el embarazo, ó en el curso del estado puerperal o en

el de un aborto; que una afección vesicular no es ella misma una causa de aborto, pero que el aborto puede hacer aparecer los síntomas de un proceso hasta ahora latente; que el estado puerperal no modifica ni el pronóstico ni el tratamiento de estas afecciones.

De todas estas observaciones, se saca en consecuencia: que la puerperalidad es un factor importante en la patogenia de la litiasis biliar; sea que el cólico hepático se manifieste durante el embarazo o después del alumbramiento.

Dieulafoy en una de sus lecciones clínicas en el Hotel-Dieu, al ocuparse de las hipótesis que explican esta coincidencia de la litiasis y del embarazo (como ser la ptosis del hígado que dificultan la acción biliar, las causas bacteriológicas, las causas químicas en la que se apoya la teoría de Bouchard, el artritismo y la herencia), dice: todas son teorías aceptables; pero ninguna debe tomarse con exclusivismo, porque ninguna de ellas es suficiente para explicar el proceso; pero el hecho está, como hemos dicho anteriormente, que el estado puerperal ejerce una influencia considerable en la patogenia de la litiasis biliar.

De todas estas observaciones digamos de paso, que el diagnóstico del cólico hepático no ofrece generalmente dificultad alguna; pero a veces si no

hacemos alta clínica, podría en el curso de un embarazo inducirnos en un error y confundirlo con un aborto ; como cuando estalla después del alumbramiento hacernos pensar que estamos frente a una peritonitis puerperal.

Si como hemos visto la litiasis biliar está tan ligada con la vida genital de la mujer, la rareza de esta afección en las vírgenes está demostrada ; ésta sería una de las pruebas de la relación que existe entre el embarazo y la litiasis.

Kchr en una estadística refiere que 21 casos correspondían a vírgenes, y que el resto es decir, el 83 por ciento de las operadas, habían tenido embarazos.

Nicolais Pans (de Cristiana) dice que el des-
envolvimiento del útero dificulta el funcionamiento del diafragma, trayendo como consecuencia un trastorno en la escreción de la bilis ; resultando por ésto que las mujeres son atacadas entre los treinta y cuarenta años.

(*Edad* — Las lesiones de la vesícula biliar son excepcionales en el niño, pues rara es esta enfermedad por debajo de los 25 años. A Von Khautz (de Viena), en un trabajo publicado en el año 1913, dice haber encontrado solamente 15 casos en la literatura médica ; de éstos, 6 en el recién nacido

(de donde 5 fueron hallazgo de autopsias); 5 en el niño de 5 a 10 años; 4 en el niño de 13 a 17 años; de éstos, 3 eran mujeres.

La estadística de Riedel que conoce 5 casos de colecistitis no calculosa que es aún mucho más rara; y la estadística de Durand-Fadel, que están basadas sobre las observaciones de 230 casos:

	Mujeres	Hombres	Total
Menores de 20 años.....	1	1	2
De 20 a 30 años.....	25	3	28
De 30 a 40 años.....	40	13	53
De 40 a 50 años.....	28	30	58
De 50 a 60 años.....	32	19	51
De 60 a 70 años.....	12	18	30
De 70 a 80 años.....	4	4	8

Como muchas veces la litiasis es de evolución silenciosa a tal punto que son hallazgo de autopsia, y sobre ésta expongo la estadística de Reckinghausen que también es muy demostrativa; haciendo notar como carácter de esta estadística, el porcentaje tan elevado de coleditiasis en las personas de edad avanzada.

Edad	Autopsias	Cálculos	Porcentaje
0 a 20 años ...	82	2 veces	12.4 %
21 a 30 años ...	188	6 veces	3.2 %

Edad	Autopsias	Cálculos	Porcentaje
31 a 40 años ...	209	24 veces	11.5 %
41 a 50 años ...	252	28 veces	11.1 %
51 a 60 años ...	161	16 veces	9.9 %
61 y más años ...	258	65 veces	25.2 %

Además han observado casos de colelitiasis en el niño, Bouison en un recién nacido, Portal en uno de 25 días, citando Comby, Cruveilhier y Frerichs otros no menos interesantes.

Existe indiscutiblemente una diferencia grande entre el momento de las manifestaciones clínicas de la colelitiasis, y el momento en el cual ha comenzado la organización del cálculo, ya que debemos suponer que los grandes cálculos que frecuentemente encontramos como causa de la sintomatología que indica la intervención quirúrgica, tienen necesariamente que haber tenido un largo tiempo de formación.

Herencia — Nicolais Pans no atribuye a la herencia más que una débil importancia, pues él no la encuentra que en mens o del 25 por 100 de los casos tomando los ascendientes, descendientes y colaterales, aunque autores como Faucouneau y Dufrene sostengan que es una enfermedad hereditaria; Harley en la observación de una familia durante

varias generaciones sostiene la misma teoría; hay otros con Bouchard a la cabeza que admiten que la herencia en esta afección tiene la misma influencia que la gota, la diabetes, el asma, la obesidad, etcétera, siendo capaz de reemplazar o ser reemplazada por ésta en distintas generaciones.

En estos casos nos veríamos obligados a considerar la colelitiasis como una manifestación del ya célebre artritisismo, diátesis del cual derivan tantos cortejos sintomáticos tan distintos como oscuros en su etiología, formando un terreno donde la patología del porvenir debe descifrar tantos enigmas y puntualizar afecciones hoy tan a menudo confundidas en sus orígenes

Alimentación — Hay que prestarle mucha atención como factor etiológico, puesto que el uso excesivo de grasas, carnes y de otras sustancias que son capaces de aumentar el porcentaje colesterínico de la sangre, y determinar la formación de cálculos por ser todas ricas en coleslerina.

Clima — La alimentación con grasa que se hace en gran consumo en los países fríos, la litiasis biliar encuentra su causa por la clase de alimentos que se ingiere

J. Frank dice que en los países cálidos la co-

litolitiasis es menos frecuente, pues la abundante secreción de la bilis se opone a la formación de los cálculos.

Todas estas opiniones no reposan sobre bases sólidas y bien fundamentadas. Sin embargo, entre los naturales del Japón no se observa casi la litiasis biliar, y sabido es que la alimentación en ellos es puramente vegetal.

Foletitiasis -- Es un accidente frecuente, siendo muy difícil hacer un diagnóstico diferencial entre las diferentes clases de litiasis en el momento de los accesos dolorosos o cuando se sucede por crisis alternadas.

Dieulafoy le atribuye una misma etiología a las litiasis biliar, renal, intestinal y apendicular.

Patogenia -- Las interpretaciones clínicas que pretenden poner en evidencia la patogenia de los cálculos biliares son varias. Las teorías más antiguas, cuando aún se ignoraban los elementos que constituían la bilis y las concreciones que se formaban en la vesícula, explicaban la formación de los cálculos por acciones mecánicas, diciendo que la bilis estancada por una obstrucción que dificultara su curso, perdía moléculas de agua, es decir, se condensaba poniéndose dura, y terminaba por

fragmentarse, constituyendo cada fragmento un cálculo.

Surge más tarde otra teoría que sostiene que, la formación de las piedras es debida a la composición química de la bilis y a su reacción.

Esta teoría fué sostenida por Frerichs, Lehman, Barth y otros muchos ; ellos admitían, que si solo en una bilis normal sus elementos constitutivos se mantenían en disolución, no tan solo su concentración bastaba para la formación de los cálculos, sino que era menester que se alteraran los elementos constitutivos de las mismas y que sufriera un cambio cualitativo y cuantitativo en su composición química, admitieron al mismo tiempo una causa mecánica que interrumpía el curso de la bilis, produciendo el éxtasis en el sistema biliar. La bilis en estas condiciones experimentaría tres clases de alteraciones : la primera, atañe a los elementos precipitables de la bilis que estando aumentados y los elementos disolventes en proporción normal y éstos serían por lo tanto, insuficientes para mantener en disolución a los primeros para que no se precipiten ; sin esta causa la precipitación sería inevitable.

El principal elemento precipitable es la coles-terina, y varios autores sostienen que la mayor frecuencia de la litiasis en los viejos era debido al aumento del coeficiente colesterínico en la sangre ;

pero no se conocía, y faltaba probar, si este aumento era equivalente con la misma substancia en la bilis.

La segunda alteración que sufre la bilis es la siguiente : los elementos disolventes están en menor proporción que la normal ; serían, por lo tanto, insuficientes para mantener en disolución a los elementos precipitables que no han variado, sosteniendo a este respecto algunos autores : que la precipitación, de las substancias colorantes de la bilis, era causada por la disminución de las sales de soda. Niemeyer sostiene que el ácido tauracólico y el tauracolato de soda están en proporción disminuída ; en estas condiciones, la colessterina y la bilirrubina se precipitan, la primera bajo la forma de cristalina y la segunda asociada con la cal.

Por lo que respecta a la tercera alteración que sufre la bilis, es que normalmente la bilis alcalina por circunstancias especiales se puede volver ácida, y esta acidez actúa como un medio desfavorable para que las substancias que necesitan un medio alcalino para su disolución, no se precipiten, influyendo también mucho en ésto el estancamiento de la bilis por el mucus vesical.

En condiciones ácidas la bilis descompone el colato de soda que es el elemento necesario para

que la coles-terina y pigmentos biliares no se precipiten.

Renace con Meckel su teoría del catarro litógeno, atribuyendo como causa de la acidez la inflamación catárral de la mucosa.

Teoría de Bouchard — Para este autor, la coles-terina proviene de la alimentación y de los tejidos orgánicos; su disolución en la bilis es debido al medio alcalino en que se encuentra y también por la presencia de las sales biliares y de los jabones de potasa y de soda, precipitándose si la bilis se volviera ácida y por el aumento de la coles-terina producida por una alimentación viciosa.

La acidez biliar puede resultar de una « nutrición retardada », donde la alcalinidad estaría disminuída por una combustión insuficiente de los ácidos del organismo; una inflamación de la vesícula produciría una fermentación ácida, entonces la cal que es un producto de secreción de la vesícula predomina en la bilis, trayendo como consecuencia la precipitación de la coles-terina, pues desplazando los jabones de potasa y de soda se combinaría con los ácidos grasos y biliares formando jabones y sales biliares de cal insolubles. Como podemos notar la causa de la litiasis biliar para Bouchard es un estado

particular del organismo donde los intercambios nutritivos se hacen con mucha lentitud y dificultad.

Teoría infecciosa — Esta teoría expuesta por Naunyn en una brillante disertación en el Congreso de medicina de Nisbanden, proclama que los microorganismos provocando fenómenos de angio-leucitis descamativa traerían una alteración en la secreción de la mucosa vesicular, y en consecuencia, la precipitación de las sales de la bilis y la alteración de ésta, dando lugar a la formación de los cálculos.

Naunyn sostiene que las lesiones de la mucosa de la vesícula biliar es debida a una invasión microbiana, producida principalmente por el coli-bacilo y el bacilo tífico, que con sus toxinas producen lesiones en la mucosa de la vesícula originando por consecuencia la litiasis.

Gilbert y Fournier han constatado en el interior de los cálculos la presencia de microorganismos.

La teoría infecciosa no sólo se basa sobre hechos clínicos, sino también sobre hechos experimentales.

Mignot la produce experimentalmente infectando vesículas de cobayos, encontrando en el interior de los cálculos formados, microbios; también por otros hechos experimentales hace ver la posibilidad de realizar la litiasis produciendo la toxi-infección biliar.

M. Gerard estudia las condiciones en que una

solución de sales biliares saturada de colessterina a una temperatura de 37°, deja depositar esta substancia, y vemos que si a una solución estéril de sales biliares y colessterina adicionada con 0.50 gramos de cloruro de sodio y de 0.20 gramos de fosfato de potasa, se le siembra con bacilos coli, observaremos que al cabo de tres días la cultura se enturbia dejando un sedimento formado de colessterina. Esto demuestra que el depósito de colessterina que se había formado era debido, como lo habían pensado Naunyn, Letiene y otros, a una modificación del medio producida por la acción del bacilo-coli.

Es por lo tanto, el bacilo-coli capaz de modificar la composición de las sales biliares y de formar el sedimento de cierta cantidad de colessterina.

Sin embargo, surgen objeciones en contra de esta teoría, demostrando que los microbios pueden penetrar en el interior de los cálculos una vez éstos constituídos, y además que el 23 por ciento de los cálculos son estériles.

Teoría de la hipercolesterinemia — La existencia de la colessterina en la sangre es conocida desde tiempo atrás, explicando su origen como un producto de desasimilación de elementos ricos en dicha substancia, como ser la del tejido nervioso, y que llevada al hígado pasaba a la bilis y se elimi-

naba por el intestino ; pero estas interpretaciones fueron controladas y rebatidas por Grigout y Guy Laroche, quienes por experiencias efectuadas afirman que la cantidad de colessterina es la misma tanto en el sistema venoso como en el arterial, y llegan a admitir que el sistema nervioso es un centro de fijación de la colessterina que circula.

« En el Deutsche Medicin. Woch. del año 1913, Goodnan, L'Huillier, Baconeister, etc., llegan a demostrar que las conclusiones de Naunyn al no admitir la influencia que tiene el régimen alimenticio sobre la cantidad de colessterina de la sangre, no reposan sobre bases sólidas de conocimientos y de interpretaciones químicas, afirmando por el contrario estos autores que una alimentación rica en colessterina aumenta la cifra de dicha substancia en la sangre ».

Chauffard ha marcado con la ayuda de métodos de laboratorio un nuevo rumbo a este estado de cosas, haciendo notar que sobre todo en la fiebre tifoidea y en estados infecciosos como el gravídico y el puerperal, tienen lugar reacciones séricas, modificando en esta forma el valor cuantitativo de la colessterina de la sangre. Experimentando en los tíficos en el período febril de la afección, hay hipocolesterinemia, y en la defervescencia sucede lo contrario, es decir, hipercolesterinemia.

En los sujetos vacunados con la vacuna de Vincent este fenómeno fué comprobado por Rouzaud y Cabanis (La Presse Médical, 1913), en que cada inyección provoca variaciones de la colessterina que circula, produciendo primero hipocolesterinemia, después hipercolesterinemia, siendo estas reacciones cada vez menos intensas, pues la última inyección no tiene ninguna influencia, deduciendo de ésto que la inmunidad marcha aparejada con la hipercolesterinemia.

Siguiendo más adelante con sus estudios en lo que se refiere a las experiencias sobre las embarazadas, que juntas con las de Neuman, Hermann de Viena, Guy Laroche, afirma que hay un aumento de la colessterina circulante en ellas, y que el valor de la bilis en colessterina es cinco veces mayor que en la normal.

Demuestran estos autores que en los primeros meses del embarazo la colessterina de la sangre está por arriba del 2 por mil en casi en el 50 por ciento de los casos, y durante los últimos meses en el 93 por ciento de los casos está en un 2.45 por mil, descendiendo en los días que siguen al parto, para recuperar su cantidad normal a los dos meses después.

Ahora : ¿de dónde proviene la colessterina del organismo ? Chauffard hace una clasificación di-

ciendo que su origen es doble : una proviene de la alimentación (exógena) y la otra proviene de la secreción de las glándulas endocrínicas (endógena).

Hemos dicho que uno de los orígenes de la colessterina es de origen exógeno, es decir, de la alimentación ; ésta es una noción importantísima que les conviene a los colelitiásicos para imponerles un régimen dietético, el régimen hipocolesterinémico.

En algunos de las observaciones clínicas podremos confirmar que las litiásicas operadas en esta sala, han abusado de una alimentación a base de huevo (10 y 12 huevos diarios) durante años ; ésta es una noción importante para imponer un buen régimen hipocolesterinémico, pues sabemos que la yema del huevo contiene 0.25 gramos de colessterina.

Daremos a conocer la cantidad de colessterina de los principales alimentos :

POR 1000 GRAMOS
DE SUSTANCIA FRESCA

Carne de carnero	0.80 grs.
Carne de ternera	0.60 »
Hígado de ternera	2.50 »
Corazón de ternera	1.50 »
Sesos de ternera	20 »
Riñones de ternera	3.50 »
Yema de huevo	0.25 »
Leche de vaca	0.20 »
Grasa de vaca	4 »

El origen endógeno hemos dicho que proviene de la secreción de las glándulas endócrinas, y es en su mayor parte a ellas que es debido su exceso en la circulación; siendo las glándulas supra-renales que la segregan permanentemente, y los cuerpos amarillos periódicamente.

Queda por último determinar el rol de la glándula hepática, y es posible ya adelantar opiniones admitiendo los trabajos de Guy Laroche y H. Grigaut, confirmando lo dicho por Aschoff y Bacmeister: que la glándula hepática segregaría la coles-terina y la grasa de la bilis al nivel del epitelio de los canaliculos biliares en la parte inicial de éstos, es decir, en la vecindad de la célula hepática.

Chauffard, después de interesantes deducciones, llega a esta conclusión que no deja de revestir cierto interés; y es, a la patología de la célula hepática donde es necesario remontarse, ésta se ha hecho inapta para transformar la coles-terina circulante y eliminarla bajo la forma de ácido colálico.

En sus «Leçons sur la lithiase biliare», 1914, se encuentran todos los detalles del largo proceso que ha llevado a Chauffard a sentar las bases de su teoría.

En la Prensa Médica Argentina de los años 1914 y 1915, el doctor J. A. Gabastou ha publi-

cado un trabajo bien documentado, rectificando las determinaciones sobre esta teoría.

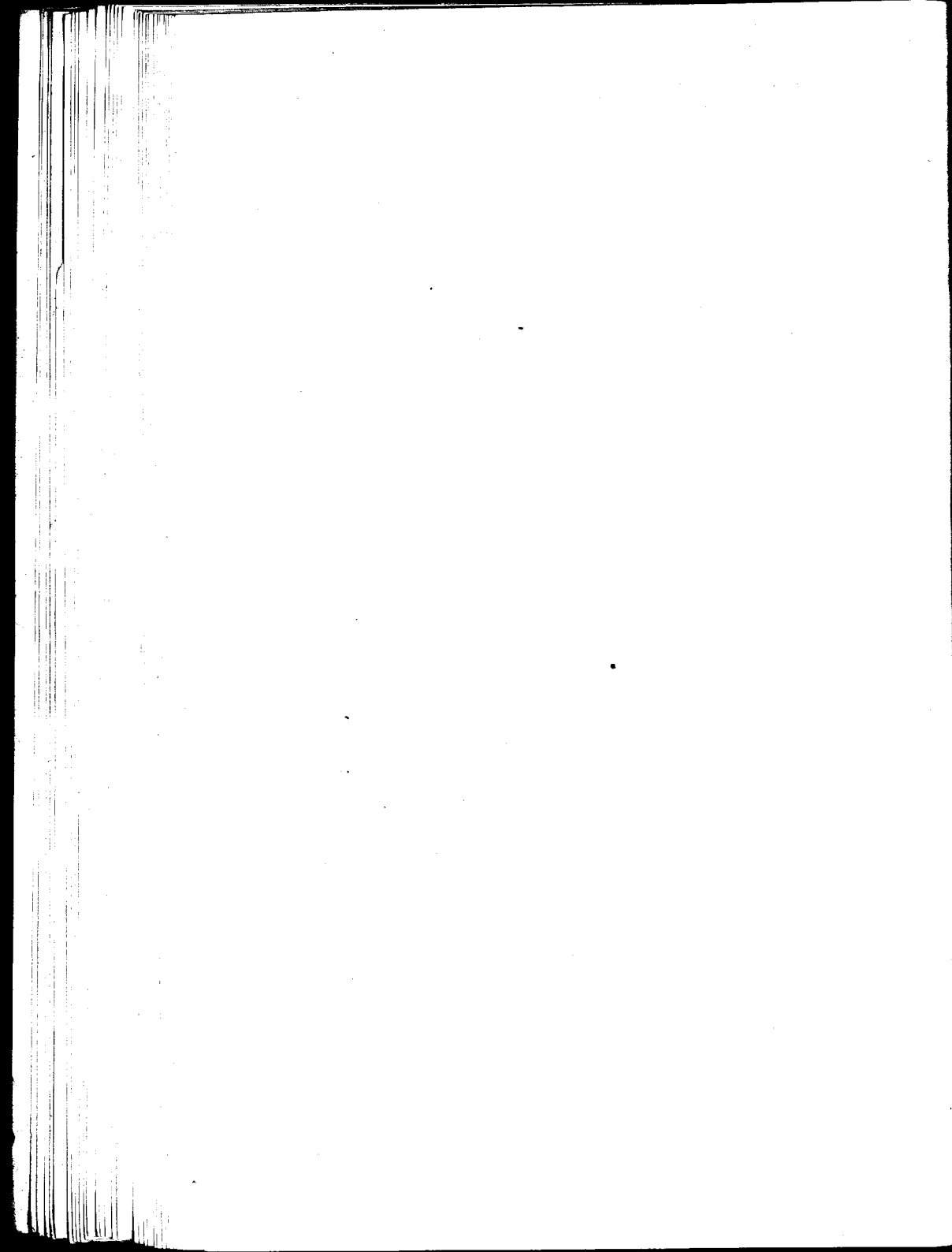
Bajo el título de «Las glándulas supra-renales en el embarazo normal y patológico», llega a las siguientes conclusiones :

1ª Durante el embarazo las cápsulas supra-renales en su papel de defensa se hipertrofian considerablemente.

2ª Existe una hiperepinefría fisiológica del embarazo.

3ª La manifestación funcional de este estado orgánico es la hipercoelsterinemia, cuya acción defensiva respecto de la toxemia gravídica es evidente.

Como resumen de todas estas ideas etiológicas, tengamos como conducta a seguir en el tratamiento, que no tan solo se deben eliminar los cálculos, sino el temperamento litógeno.



Consideraciones generales sobre el tratamiento quirúrgico

Las distintas tendencias y criterios terapéuticos que dominan sobre el tratamiento de la litiasis biliar, hoy no han llegado a un común acuerdo, a tal punto que no hay afección en el organismo en que como ésta estén más en desacuerdo los clínicos y cirujanos.

Si la opinión no es unánime que el colelitíásico deba ser intervenido y beneficiar del tratamiento quirúrgico, sin embargo los considerables progresos efectuados en la cirugía biliar en estos últimos años, han hecho que muchos autores como Moynihan tengan un criterio intervencionista, no sólo en los casos donde el cólico hepático se manifiesta con todos sus caracteres francos, sino también en aquellos otros que presentan manifestaciones frustras.

Es sobre el tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar que nos ocuparemos en este trabajo. Si

antes el tratamiento médico de esta enfermedad tenía un predominio bastante absoluto, a tal punto que Chauffard decía hasta el fin del siglo pasado que no debía haber tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar si los médicos no la atendíamos muy tarde o de una manera insuficiente.

Hoy las ideas han cambiado, pues el concepto moderno de la litogénesis biliar, el considerable adelanto de la técnica quirúrgica y sus brillantes resultados, han producido un cambio evidente en su terapéutica, en el cual intervienen ahora los cirujanos desempeñando un papel más importante, y no como antiguamente que recién el cirujano intervenía cuando una complicación grave amenazaba la vida del paciente.

Actualmente clínicos y cirujanos se complementan en sus ideas haciendo una división en litiásicos regulares que son beneficiados por un tratamiento médico, y litiásicos irregulares, que son beneficiados por un tratamiento quirúrgico; tropieza esta división en ser demasiado absoluta, más desde el momento que en medicina no hay nada de absoluto. Pero se ha convenido en llamar litiásicos *regulares* a aquellos que evolucionan con síntomas clásicos, es decir, cólicos discretos, ictericia poco acentuada y temperatura sub-febril, y litiásicos *irregulares* a aquellos que presentan cólicos intensos y frecuen-

tes con ictericia franca, oclusión del colédoco, colecistitis supurada hasta la infección de las vías biliares, es decir, la angiocolitis.

Esta división en litiásicos regulares e irregulares es bastante elástica, pues vemos a menudo que litiásicos clínicamente regulares, es decir, litiasis no complicadas, como hemos observado en la sala del Dr. Arturo Zabala (obs. 27), donde los ataques de cólico hepático se manifestaron hace un año, pero el resultado desfavorable de la operación nos demuestra que a pesar de sus pocos ataques de cólico hepático, éstos fueron suficientes para comprometer la función de la célula hepática en tan breve lapso de tiempo. Entonces durante el curso de un año bajo la máscara del cólico hepático y en la más aparente tranquilidad, se había desarrollado una perturbación en la intimidad del parénquima hepático, siendo en estos casos que la intervención acelera el desenlace.

Los cirujanos investigando los estudios modernos que se han hecho sobre la patogenia de la litiasis biliar, han llegado a establecer un paralelo bastante acentuado con la apendicitis, teniendo presente las diferencias anatómo-fisiológicas, es decir, su analogía como proceso infeccioso en la cavidad cerrada de Dieulafoy y su disparidad como órgano de distinta función, y sus relaciones vasculares, lin-

táticas y peritoneales, como lo está la vesícula entre el hígado, colon transverso, duodeno y la pared abdominal anterior, es decir, esta contenida en una cavidad peritoneal mucho más pequeña que el apéndice, y por consiguiente, llegado el caso de una peritonitis el proceso se localiza con más probabilidad en la colecistitis que en la apendicitis.

Hoy sabemos cuál debe ser el tratamiento moderno de la apendicitis, fundados en estadísticas se extirpa el apéndice lo más pronto posible, es decir, conforme se manifiestan los primeros síntomas; vemos pues que el criterio actual sobre el tratamiento ideal de la apendicitis es la intervención precoz, porque además de ser el resultado operatorio óptimo, la operación es más fácil, más rápida y el enfermo se encuentra en mejores condiciones orgánicas para resistir el shock de la intervención a que está sometido, pues si fuéramos a atenernos al criterio de antes en que se operaba después de varios ataques, encontrándose el cirujano frente a un apéndice cubierto de adherencias con sus relaciones anatómicas perdidas y una alteración profunda de todos sus elementos constitutivos, siendo la operación en estos casos de un resultado menos favorable, si antes no se había producido su ulceración y su consecutiva peritonitis generalizada; en estas condiciones era

la mayoría de las veces la intervención de un pronóstico sombrío para el paciente.

Por lo tanto, establecido el diagnóstico de la apendicitis hoy se recurre al bisturí para extirpar el foco infeccioso y hacer desaparecer todas las manifestaciones locales y las que se producen a distancia por sus relaciones anátomo-fisiológicas.

En la litiasis biliar la intervención debe ser también precoz, la infección de la vesícula convertida en una cavidad cerrada por retención de la bilis es el origen de la litiasis, y la infección originada en ella repercute sobre el aparato digestivo por sus relaciones e influye considerablemente sobre el estado general.

Se ha notado que operaciones hechas precozmente sobre las vías biliares, eran más sencillas y más fáciles en su ejecución se hacían más rápidamente y de resultados terapéuticos excelentes, encontrándose en estos casos que la vesícula conservaba sus relaciones anatómicas, que casi no estaba adherida a los órganos vecinos, que no se encontraba hipertrofiada o si lo estaba era muy poco, además se hacía la inspección de los canales cístico, hepático y colédoco en condiciones visibles y fácil de examinar agregado a todo ésto el estado general del enfermo, bastante satisfactorio.

Basados los cirujanos en los éxitos alcanzados

operando precozmente la apendicitis y en las leyes que rigen a ambos procesos, han visto la conveniencia que había en operar en la misma oportunidad a los colelitíasicos.

Respecto a la intervención precoz mencionaré la opinión del distinguido cirujano doctor Arturo Zabalá, que dice : una vez hecho el diagnóstico del mal y si por un tratamiento médico adecuado no pasara en un tiempo más o menos corto, el mal debe ser atacado directamente extirpando precozmente el foco de producción, la vesícula ; curando de esta manera radicalmente a los pacientes, pues si la vesícula enferma produce los trastornos locales y funcionales conocidos, al correr el tiempo se presentan las complicaciones locales, extendiéndose el proceso a las demás vías biliares, pudiendo aún llegar a afectar la glándula hepática en su intimidad con sus graves consecuencias.

La intervención en las enfermas con litiasis complicadas no puede obtener los resultados favorables deseados, como si ella hubiera sido efectuada precozmente ; por lo tanto, el pronóstico es más sombrío, poniendo de manifiesto de esta manera las ventajas obtenidas con una intervención en su momento oportuno, pues de lo contrario hasta muchas veces la anestesia es la que acelera el desenlace.

Como hecho ilustrativo expondré las estadísticas de los cirujanos que mayor número de litiasis han tratado.

ESTADISTICA DE KEHR

Litiasis no complicadas

1°—307 cistostomías y cistotomías, con 7 muertos : mortalidad 2.6 %.

2°—455 ectomías con 14 muertos : 3 % mortalidad.

3°—407 coledocotomías con drenage : 16 muertos ; 3.4 % mortalidad.

Litiasis complicadas

1°—347 intervenciones por complicaciones benignas, con 4 muertos : 1.1 % mortalidad.

2°—290 intervenciones por complicaciones malignas, con 22 muertos : 7.5 % mortalidad.

ESTADISTICA DE W. MAYO

Litiasis no complicadas

1°—845 cistostomía con mortalidad 2.13 %.

2°—275 cistectomía con mortalidad 1.41 %.

Litiasis complicadas

1°—105 coledocotomías en enfermos de buen estado general : 2.9 % mortalidad.

2°—61 coledocotomías en enfermos con fiebre e ictericia marcada : 16 % mortalidad.

3°—29 intervenciones en enfermos con insuficiencia hepática : 34 % mortalidad.

4°—12 intervenciones con obstrucción cancerosa : 33.5 % mortalidad.

ESTADISTICA OBTENIDA POR LOS DOCTORES JORGE
Y FOX REUNIENDO 318 CASOS OPERADOS EN
DIVERSOS SERVICIOS

Litiasis simples

1°—Sobre 113 colecistostomía, 12 muertos :
10.5 % de mortalidad.

2°—Sobre 145 colecistectomías, 12 muertos .
8.29 % de mortalidad.

Observaciones Clínicas

Resultado de las intervenciones por litiasis biliar o sus complicaciones, efectuadas en el servicio de cirugía del doctor Arturo Zabala, jefe de clínica doctor Pedro del Pino.

OBSEVACION 1 — A. N. de B., 49 años, casada, italiana. — Fecha de entrada : 14 Octubre 1912.

Diagnóstico — Fístula biliar por colecistostomía.

Operada : 16 de Octubre ; anestesia : cloroformo.

Incisión lateral sobre el borde externo del recto. Vesícula adherente, se extrae un cálculo del tamaño de una nuez, y varios más pequeños. Se hace una colecistectomía.

De alta sana : Noviembre 8 de 1912.

Esta enferma fué observada, gozando de buena salud.

OBSERVACION 2 —C. L., 25 años, soltera, argentina.—Fecha de entrada : 2 de Diciembre 1912.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, adherencias múltiples, pericolecistitis.

Operada : 7 de Diciembre ; anestesia : cloroformo.

Incisión borde externo del recto anterior, se desprenden las adherencias, se abre la vesícula previa punción, y se hace una colecistostomía, y se extraen numerosos cálculos del tamaño de una arveja.

De alta sana : 12 de Enero 1913.

De esta enferma no se supo más.

OBSERVACION 3 — J. I., 55 años, soltera, argentina.—Fecha de entrada : 9 de Diciembre 1912.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa.

Operada : 11 de Diciembre ; anestesia : cloroformo.

Incisión lateral superior, se encuentra la vesícula.

la grande, espesa, conteniendo cinco cálculos de forma poliédrica más grande que una avellana.

De alta sana el 27 de Diciembre.

OBSERVACION 4 — C. B. de N., 40 años, casada, argentina.—Fecha de entrada : 11 de Enero 1913.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa.

Operada : 18 de Enero ; anestesia : eter.

Incisión lateral derecha superior, se hace una colecistectomía ; a los 8 días se sacan los puntos y a los dos días siguientes se abre la herida que supura abundantemente, se curetean los bordes vegetantes y se resecan las partes brotantes de la piel, se cauteriza con I_o y la herida cierra. Se le extrajeron numerosos cálculos del tamaño de un grano de trigo.

De alta completamente curada el 2 de Febrero.

De esta enferma no se ha tenido noticias.

OBSERVACION 5 — M. S., 27 años, soltera, argentina.—Fecha de entrada : 22 de Enero 1913.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa.

Operada : 26 de Enero ; anestesia : cloroformo.

Incisión lateral borde externo del recto ; colecistostomía, se extraen numerosos cálculos de forma poliédrica y de color amarillo, queda una fístula mucosa que se curetea.

De alta sana el 26 de Febrero.

OBSERVACION 6 — J. M. de B., 29 años, casada, argentina.—Fecha de entrada : 20 Marzo 1913.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa pared vesicular muy espesa, pericolecistitis.

Operada : 26 de Marzo ; anestesia : cloroformo.

Incisión borde externo del recto. Colecistostomía ; se sutura la boca cística a la aponeurosis, sacando gran cantidad de cálculos de forma poliédrica y de un color amarillo, y uno del tamaño de una nuez que provenía del cístico.

Sale de alta 16 de Junio con fístula biliar.

Al año esta enferma estaba completamente curada.

OBSERVACION 7 — R. K. de J., 43 años, casada, suiza.—Fecha de entrada : 9 de Mayo 1913.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, la vesícula contiene 200 cms₃. de líquido turbio sedimentado.

Operada : 14 de Mayo ; anestesia : cloroformo.

Laparatomía incisión vertical a lo largo del borde externo del recto, se hace una colecistectomía.

De alta sana el 23 de Mayo.

OBSERVACION 8 — T. M. de M., 39 años, casada, argentina.—Fecha de entrada : 29 de Julio 1913.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, vesícula lisa, peritoneo sano, pero se encuentra ligeramente distendido conteniendo cálculos gruesos.

Operada : 2 Agosto de 1913 ; anestesia : cloroforno.

Se traza una incisión a lo largo del borde externo del recto, se hace una colecistostomía, se sutura la boca vesicular a la aponeurosis, tiene gran cantidad de cálculos y abundantes bilirragias.

De alta sana el 16 de Agosto.

Esta enferma ha frecuentado al consultorio externo, encontrándose bien

OBSERVACION 9 — F. J. de J., 30 años, casada, española.—Fecha de entrada : 11 de Noviembre de 1913

Diagnóstico — Colecistitis calculosa pericolecistitis, se encuentra la vesícula llena de cálculos de

variados tamaños, encontrándose en el cístico uno del tamaño de una nuez.

Operada : 14 de Noviembre ; anestesia : eter.

Laparatomía sobre el borde externo del recto, como el epiplón está adherido se hace su resección. Colecistectomía previa punción y evacuación de 250 gramos de líquido hemorrágico bilioso, se drena con gasa.

De alta sana el 15 de Diciembre.

OBSERVACION 10 — M. P. de E., 56 años, casada, argentina. — Fecha de entrada : 9 de Agosto 1913.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, la vesícula está espesada conteniendo poco líquido y 20 a 30 cálculos pequeños.

Operada : 14 de Agosto ; anestesia : cloroformo.

Incisión borde externo del recto ; se hace una colecistectomía. se hace drenaje con un tubo de goma.

De alta sana el 15 de Septiembre.

Actualmente esta enferma está curada.

OBSERVACION 11 — R. A. de B., 30 años, casada, argentina. — Fecha de entrada : 17 de Noviembre 1913.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, adherencias pericólicas.

Operada : 20 de Noviembre ; anestesia : cloroforno.

Laparatomía lateral superior derecha. Colecistectomía, drenaje sub-hepático.

De alta curada el 6 de Diciembre.

OBSERVACION 12 — B. O. de T., 30 años, casada, italiana.—Fecha de entrada : 25 de Noviembre 1913.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, la vesícula de regular tamaño llena de pequeños cálculos de diversos tamaños y con un líquido turbio, el cístico está obstruido por un cálculo del tamaño de una avellana.

Operada : 29 de Noviembre ; anestesia : cloroforno.

Incisión. Laparatomía lateral superior derecha. Colecistectomía ; se hace un drenaje con gasa.

De alta sana el 14 de Diciembre.

Esta enferma goza actualmente de perfecta salud, habiendo aumentado después de su operación 21 kilos, y no sintiendo ninguna clase de molestias hasta la fecha (observada el 6 de Febrero de 1916).

OBSERVACION 13 — M. E. de M., 38 años, casada, argentina.—Fecha de entrada : 13 de Noviembre 1913.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa ; el cístico es sumamente largo, calculosis del colédoco, conteniendo cálculos curieiformes como un grano de maíz.

Operada : 18 de Noviembre ; anestesia : cloroforno.

Laparatomía lateral superior derecho, colecistectomía, drenaje del hepático, extracción de cálculos del colédoco ; se dejan el tubo y las gasas, a los diez días se retiran las gasas y se le deja el tubo solo saliendo abundante cantidad de bilis ; el 3 de diciembre sigue saliendo bilis en gran cantidad (300 gramos), desde el 20 de Enero de 1914 va disminuyendo la cantidad de bilis ; el 25 del mismo mes está casi curada.

El 27 de Febrero : de alta en perfectas condiciones.

OBSERVACION 14 — J. L. de P., 28 años, casada, italiana.—Fecha de entrada : 20 de Diciembre de 1913

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, la vesícula se encuentra muy espesada, encontrándose en su interior gran cantidad de cálculos pequeños.

Operada : 26 de Diciembre ; anestesia : cloroformo.

Incisión vertical en el borde exterior del recto, colecistectomía, se liga el cístico y la cística por separado, se deja sin peritonizar el lecho vesicular, el 30 sale bilis por el drenaje en gran cantidad, el 18 de Enero 1914 disminuye gradualmente.

De alta el 24 de Enero completamente curada.

OBSERVACION 15 — R. V. de M., 40 años, casada, argentina.—Fecha de entrada : 4 de Enero de 1914.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, la vesícula de pared espesada y de superficie lisa, contiene mucus purulento y un cálculo amarillo del tamaño de una bolita esferoide y muchos pequeños ; adherencias plásticas perivasculares, hígado atrofiado por compresión.

Operada : 7 de Enero ; anestesia : cloroformo.

Laparatomía lteraal derecha, se liga el cístico y la cística por separado, se deja un drenaje con gasa. El 15 se le incinde y se drena un gran absceso isquio-rectal saliendo como un litro de pus verde y cremoso, después mejora mu ylentamente.

De alta el 22 de Marzo. Curada.

Actualmente se encuentra bien.

OBSERVACION 16 — C. C. de R., 32 años, casada, argentina.—Fecha de entrada : 24 de Abril 1914.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, se encuentran cuatro grandes cálculos poliédricos, conteniendo la vesícula de paredes espesadas bilis espesa y oscura. Se encuentran adherencias epiploicas. Hígado grande llegando al límite inferior a la altura del ombligo.

Operada : 28 de Abril ; anestesia : cloroformo.

Incisión vertical en su borde externo del recto ; se punza la vesícula, luego se abre y se extraen varios cálculos facetados. Colecistectomía, doble ligadura del cístico y de la cística, se peritoniza el lecho vesicular.

De alta el 12 de Mayo. Curada.

OBSERVACION 17 — E. F. de M., 28 años, casada, italiana.—Fecha de entrada : 13 de Mayo de 1914.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, ictericia profunda, coledocolitiasis ; la vesícula contiene unos 300 gramos de líquido grumoso con bilis. En el colédoco muy distendido hay gran cantidad de cál-

culos regulares y de formas variadas que los obstruyen.

Operada : 15 de Mayo ; anestesia : eter-rectal, complementada por 10 a 15 gramos por inhalación de cloroformo.

Incisión de Kehr, colecistectomía, incisión del colédoco y extracción de cálculos, se drena el hepático con tubo de 6 m.m. y se colocan gasas ; el día 17 se retiran las gasas y se presenta una hemorragia muy profusa que pone en peligro la vida de la enferma, se hace un taponamiento de la herida, se le hace suero fisiológico con adrenalina, se le hace cafeína, aceite alcanforado, suero de ternera 10 cm³. y la enferma mejora poco a poco. Temperatura 37° la herida drena alrededor de un mes ; la ictericia desaparecida en los primeros días, vuelve aparecer en forma ligera, se le indican enemas fríos y purgantes.

De alta el 20 de Julio. Curada.

Ha aumentado varios kilos de peso y el color que era pálido después de la hemorragia, vuelve a tornarse rosado.

En las curaciones sale una gran cantidad de pequeños cálculos de tamaño de arroz más o menos

de color negro, semejantes a municiones muy chicas que parecen moldes de los pequeños canales hepáticos.

Esta enferma que ingresa con un síndrome colodociano grave, ictericia profunda, color oliva, enflequecimiento rápido, taquicardia (120 pulsaciones), gran decaimiento, temperatura, tumor vesicular; fué por 4ª vez a la mesa de operaciones dormida con el enema de éter

Las veces anteriores que se le pretendió operar anestesiándola en la mesa operatoria era presa de tan pánico terror cuando se le colocaba la careta que no había fuerza para contenerla ni argumento para convencerla, aunque ella misma veía que su estado no tenía otra salida que una intervención quirúrgica. Tal era el pánico que la enferma no solamente se retiraba de la sala de operaciones, sino que se iba de la sala, de la cual no se la hubiera pretendido dar de alta dado el lamentable estado en que se hallaba.

Habiendo reingresado al servicio por 4ª vez, ella misma pedía que se le buscara algún medio para llevarla dormida a la sala de operaciones; fué por eso que se le hizo la anestesia rectal que entonces se estaba ensayando en algunas enfermas de diversas afecciones.

OBSERVACION 118 — B. F. de G., 37 años, casada, argentina.—Fecha de entrada : 28 de Mayo 1914.

Diagnóstico — Litiasis biliar.

Operada : 1º de Julio ; anestesia : cloroformo.

Laparatomía lateral borde externo del recto, en la vesícula hay dos cálculos grandes ; adherencias vesiculares. Colecistostomía, drenaje infra-vesicular, el 26 se entreabre la herida y se extrae un cálculo del tamaño de una nuez ; se drena, sigue saliendo bilis, la temperatura aparece con dolores muy fuertes, vómitos, se gangrena la piel que circunda la herida. El estado general empeora mucho, siguiendo toda esta sintomatología con taquicardia y delirio, días más y fallece.

Autopsia—Se encuentra un hígado con degeneración grasa muy grande, con varios absesos en su cara inferior, algunos del tamaño de un puño, conteniendo un pus de color cremoso.

Aparato circulatorio : normal.

Pulmones : normales.

Bazo : atrofiado.

Riñones : grandes con nefritis parenquimatosa.

OBSERVACION 19 — A. S. de M., 49 años, casada, española.—Fecha de entrada : 11 de Agosto 1914.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa.

Operada : 14 Agosto ; anestesia : cloroformo.

Laparatomía incisión angular Kocher, se observan adherencias epiploicas entre la cara inferior del hígado y el meso colon, se encuentran cálculos amorfos color caoba. Colecistectomía, se liga el cístico y la cística por separado, y se sutura el lecho vesicular con catgut, drenaje en esta parte con una gasa que asle por la parte derecha del lado angular, se retira al 2º día, la enferma sigue curando bien.

De alta el 3 de Septiembre. Curada.

Esta enferma ha seguido bien gozando de buena salud con aumento de peso, mucho apetito y con su vientre que mueve regularmente.

OBSERVACION 20 — E. B. de A., 30 años, casada, española.—Fecha de entrada : 26 de Diciembre.

Diagnóstico — Colecistitis y coledocolitiasis.

Operada : 29 Diciembre ; anestesia : cloroformo

Laparatomía superior derecha, para explorar se hace una incisión transversal seccionando el recto en su parte superior, se reseca la vesícula y se hace una ligadura en masa del pedículo cístico. Coledocotomía; se extraen varios cálculos, se sutura el lecho vesicular que sangra y se coloca un taponamiento. Se deja un tubo.

La enferma después de operada pierde sangre, presentando todos los síntomas de una hemorragia interna. Se hacen inyecciones de cafeína, aceite alcanforado, vendaje compresivo de los miembros, suero gelatinado, suero de cabra 0.10 cms₃; sigue la hemorragia y la enferma fallece el día 29 a las 12 p.m.

(OBSERVACION 21 — J. C. de C., 46 años, casada, argentina.—Fecha de entrada: 2 de Enero 1915.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, pericolecistitis, vesícula espesa, hay adherencias epiploicas y del colon transverso.

Operada: 4 Enero; anestesia: cloroformo.

Laparatomía lateral derecha con incisión transversal en la parte inferior, seccionando el recto anterior. Colecistectomía. se secciona el cístico y se liga la cística, se pone un drenaje al cabo hepático

y se sutura en cuatro puntos al cabo intestinal. Taponamiento con gasa que se retira al 2º día, se coloca un tubo de goma fino que dé mucha bilis por la herida.

De alta el 4 de Marzo completamente curada.

Actualmenet se encuentra en perfectas condiciones.

OBSERVACION 22 — M. K. de B., 42 años, casada, rusa.—Fecha de entrada : 25 Enero 1915.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, colédoco litiasis, se encuentra una vesícula atrofiada, conteniendo gran cantidad de cálculos, se observan adherencias al estómago, duodeno y colon.

Operada : 27 Enero ; anestesia : eter.

Incisión angular de Kehr. Colecistectomía, ligadura del cístico y de la cística por separado. Colledocotomía, se extraen cálculos pequeños con cureta, drenaje del hepático con tubo, se coloca gasa arriba y en el lecho vesicular peritonizado.

De alta curada el 2 de Marzo.

OBSERVACION 23 — T. E. de M., 37 años, casada, española.—Fecha de entrada : 7 de Marzo 1915.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, empiema de la vesícula.

Operada : 11 Marzo ; anestesia : eter.

Incisión angular de Kehr ; se punza la vesícula extrayendo 30 gramos de pus verde ; colecistostomía, drenaje a distancia con tubo y gasas, extracción de los cálculos. Desprendimiento de adherencias firmes con el estómago, duodeno y epiplón.

De alta el 29 de Marzo. Curada.

OBSERVACION 24 — N. M. de C., 37 años, casada, española.—Fecha de entrada : 2 de Junio 1915.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, adherencia de la vesícula al duodeno y al peritoneo posterior.

Operada : 4 Junio ; anestesia : cloroformo.

Laparatomía mediana vertical superior con incisión transversal, seccionando el recto anterior derecho en su extremo superior. Colecistectomía. Extracción de 3 cálculos en el punto de confluencia del cístico. Drenaje con tubo en T, drena bilis 400 gramos diarios, el 17 se saca el tubo con bastante dificultad, va disminuyendo la cantidad de bilis hasta que la herida cierra completamente ; a los 25 días se le forma un absceso en la región de la herida, que se le abre con anestesia y cura rápidamente.

Después de la intervención siente ardores en el estómago 2 o 3 horas después de las comidas, que calman con la ingestión de los alimentos.

De alta curada el 29 de agosto, pesando 64 kilos.

Actualmente se encuentra bien.

OBSERVACION 25 — M. H. de M., 36 años, casada, argentina.—Fecha de entrada : 11 Octubre 1915.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, vesícula de regular tamaño, conteniendo en su interior numerosos cálculos pequeños.

Operada : 13 Octubre ; anestesia : cloroformo.

Laparatomía incisión angular de Kehr. Colecistectomía, ligadura en masa del cístico y cística, se drena con gasa. La enferma sigue curando bien.

De alta sana el 6 de Noviembre.

OBSERVACION 26 — F. F. de N., 42 años, viuda, española.—Fecha de entrada : 25 Octubre 1915.

Diagnóstico — Litiasis vesicular ; se extraen alrededor de 35 cálculos pequeños del tamaño de una

arveja, el cístico es sumamente estrecho, el colédoco algo dilatado.

Operada : 27 Octubre ; anestesia : cloroformo.

Laparatomía angular de Kehr. Colecistectomía ; se liga el cístico y la cística por separado, se peritoniza el lecho vesicular.

De alta curada el 13 Noviembre.

Actualmente goza de buena salud.

OBSERVACION 27 — M. B. de C., 52 años, viuda, argentina.—Fecha de entrada : 20 Diciembre 1915.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, pericolecistitis, vesícula muy espesada contiene unos 200 gramos de líquido turbio amarillento y muy espeso. Extracción de un cálculo del tamaño de una nuez.

Operada : 22 Diciembre ; anestesia : eter.

Laparatomía transversal derecha superior. Colecistectomía ; ligadura aislada del cístico y de la cística. Drenaje del lecho vesicular.

Al día siguiente de la operación la enferma sigue muy postrada con pulso frecuente y muy débil, tiene falta de aire, insomnio, vientre timpanizado ; el día 24 sigue en estado grave con 150 pulsaciones, anuria, y fallece a las 2.15 a.m.

Autopsia (25 Diciembre)—Se encuentra congestión pulmonar derecha y derrame pleural con adherencias. Ligera miocarditis. Endocardio y aorta sanos. Hígado hipertrofiado, degenerado, amarillo; de consistencia disminuída.

Bazo pesa 110 gramos, friable, sembrado de pequeños núcleos con cápsula adherente, y numerosos quistes en la capa cortical conteniendo un líquido claro.

Ansas intestinales congestionadas y con exudados abundantes.

Gran cantidad de pus en la cavidad pelviana.

Esta enferma hace un año que comenzó a sentir sus primeros síntomas.

OBSERVACION 28 — S. P. de C., 27 años, casada, italiana.—Fecha de entrada: 22 de Diciembre 1915.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa.

Operada: 24 Diciembre; anestesia: cloroformo.

Laparatomía lateral derecha superior, vesícula espesada, se extraen pequeños cálculos del tamaño de un maíz. Colecistectomía, se exploran las vías biliares y no se encuentra nada de anormal. Se liga el cístico y la cística por separado, y se deja un drenaje con gasa.

De alta curada el 23 de Enero 1916.

Concorre al consultorio externo de tarde en tarde, encontrándose en excelente estado.

OBSERVACION 29 — J. S. de E., 44 años, casada, argentina.—Fecha de entrada : 26 de diciembre 1915.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa.

Operada : 29 de Diciembre ; anestesia : cloroforno.

Laparatomía transversal Sprengel. Colecistectomía, ligadura aislada del cístico y de la cística, se deja una gasa para hemostasia. Vesícula del tamaño de una pera con gran espesamiento de la pared, conteniendo 2 cálculos del tamaño de una nuez, y como 20 pequeños facelados.

De alta curada el 12 de Enero 1916.

OBSERVACION 30 — E. P. de S., 35 años, casada, italiana.—Fecha de entrada : 24 Diciembre 1915.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa. Vesícula pequeña, conteniendo pus y 9 cálculos del tamaño y forma aproximada de un garbanzo.

Operada : 26 diciembre ; anestesia : cloroforno..

Laparatomía transversal Sprengel a la altura del ombligo. Colecistectomía, ligadura en masa del cístico y de la cística, se deja una gasa que se retira al 2º día.

De alta curada : 9 Enero 1916.

Al mes de su salida, fué observada, encontrándose muy bien.

OBSERVACION 31 — C. E. de M., 38 años, casada, italiana.—Fecha de entrada : 27 de Diciembre 1915.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, coledocolitiasis, vesícula conteniendo bilis espesa y turbia y pequeños cálculos. Pericolecistitis, el colédoco muy dilatado conteniendo de 8 a 9 cálculos del tamaño de una avellana blancos poliédricos, ocupando el canal hasta el duodeno. Hígado hipertrofiado de coloración verdosa.

Operada : 29 Diciembre ; anestesia : eter.

Laparatomía angular de Kehr. Colecistectomía y coledocotomía, drenaje del hepático con tubo en T, se colocan tres gasas ; ligadura del cístico y de la cística por separado. La vesícula se desgarró al desprenderla, al abrir el colédoco se desgarró y se derrama bilis espesa y turbia sobre las gasas. Aber-

tura del colédoco bastante grande extrayendo los cálculos.

La enferma sigue después de la intervención en buen estado, la ictericia disminuída, 89 pulsaciones, temperatura 37°6.

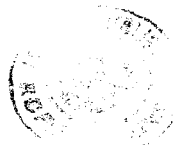
El 6 de Enero se le extrae la última gasa, y como a las 2 horas empieza a sentir dolores en el bajo vientre acompañados de malestar general, sudores fríos y náuseas; a las 5 de la tarde se constatan todos los síntomas de una hemorragia interna con pulso filiforme, sed, sudores, enfriamiento de las extremidades; se tapona la herida con 4 gasas, se le hace suero fisiológico con adrenalina, cafeína, aceite alcanforado, suero de ternera 10 cm₃. y se consigue que el estado general mejore y se coloca en posición de Trendelenburg. A las ocho horas aparecen nuevamente los síntomas y fallece a las 10 a.m.

Autopsia : Se encuentra una inundación peritoneal con coágulos formados que habían emanado de la cicatriz de la inserción vesicular.

Riñones : algo atacados de nefritis, destrucción de algunas pirámides.

Los demás órganos : normales.

OBSERVACION 32 — A. D., 33 años, soltera, argentina.—Fecha de entrada : 12 Diciembre 1915.



Diagnóstico — Litiasis biliar. Colecistitis, pericolecistitis. Litiasis coledociana y hepática.

Operada : 14 Diciembre ; anestesia : cloroformo.

Laparatomía transversal Sprengel. Colecistectomía, drenaje del hepático y colédoco extrayendo numerosos cálculos, se colocan gasas y tubo ; al 2º día se retiran las gasas y queda el tubo que da salida a gran cantidad de bilis ; pero no se observó la salida de ningún cálculo.

De alta curada el 2 de Febrero 1916.

OBSERVACION 33 — A. S. de A., 36 años, casada, argentina.—Fecha de entrada 10 Enero 1916.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa.

Operada : 12 Enero ; anestesia : cloroformo.

Laparatomía lateral derecha superior, vesícula del tamaño de un pepino, conteniendo un líquido blanco amarillento y numerosos pequeños cálculos y 4 grandes facelados del tamaño de una nuez. Adherencias en la cara inferior con el colon. Colecistectomía, se liga en blok la cística y el cístico, se peritoniza el lecho vesicular, y se deja una gasa de drenaje.

De alta sana el 26 de Enero.

Actualmente se encuentra bien.

OBSERVACION 34 — F. F. de S., 40 años, casada, argentina.—Fecha de entrada : 20 de Enero 1916.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, pericolecistitis, empiema de la vesícula.

Operada : 24 Enero ; anestesia : cloroformo.

Incisión transversal Sprengel ; se reseca la vesícula y un trozo de epiplón, drenaje con gasa del lecho vesicular ; se extrajo un cálculo del tamaño de una nuez y 18 o 20 pequeños.

De alta curada el 8 de Febrero.

Actualmente se encuentra bien.

OBSERVACION 35 -- D. G. de J., 27 años, soltera, argentina.—Fecha de entrada : 24 de Enero 1916.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, pericolecistitis, adherencias epiploicas.

Operada : 27 de Enero ; anestesia : cloroformo.

Incisión transversal derecha superior, desprendimientos de adherencias. Colecistectomía, se liga en masa el cístico y la cística y se hace un drenaje con gasa.

De alta sana el 12 de Febrero.

OBSERVACION 36 — A. A. de F., 31 años, casada, árabe.—Fecha de entrada : 2 Febrero 1916.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, vesícula pequeña, espesada, conteniendo en su interior 25 cálculos de diversos tamaños. Pericolecistitis con diverticulum intrahepático; adherencias del intestino a la cara inferior del hígado, hipertrofia del lóbulo derecho, adherencias epiploicas a la vesícula; epiploitis local.

Operada : 7 de Febrero; anestesia : éter.

Laparatomía transversal Sprengel. Colecistectomía, se rompe la vesícula al desprender el fondo, saliendo 15 cálculos pequeños y pus que se derrama parcialmente en el peritoneo, se liga el cístico y la cística por separado, peritonización parcial y drenaje; taponamiento con gasa.

De alta sana el 24 de Febrero.

Actualmente se encuentra bien.

OBSERVACION 37 — M. T. de T., 46 años, casada, argentina.—Fecha de entrada : 2 Marzo 1916

Diagnóstico — Colecistitis calculosa; empiema de la vesícula, vesícula grande, paredes espesas, conteniendo unos 200 gramos de pus y numerosos cál-

culos pequeños hasta el tamaño de un garbanzo, poliédricos y de color blanco. Adherencias epiploicas al hígado, estómago y apéndice. Hígado muy grande de color amarillo verdoso.

Operada : 6 de Marzo 1916 ; anestesia : cloroforno.

Laparatomía lateral derecha vertical a través del recto. Punción aspiradora de la vesícula. Colecistostomía, drenaje con tubo.

De alta curada 22 de Marzo.

OBSERVACION 38 -- S. M. de V., 48 años, viuda, argentina. —Fecha de entrada : 20 de Marzo 1916.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, vesícula aislada conteniendo bilis espesa, negruzca y 17 cálculos del tamaño de un garbanzo y de color blanco. Adherencias periduodenales, el píloro está espesado en un punto, limitado al nivel de la vena.

Operada : 24 de Marzo ; anestesia : cloroforno.

Laparatomía mediana vertical supra-umbilical. Colecistectomía, ligadura en masa doble del cístico y cística. Peritonización del lecho vesicular.

De alta curada el 9 de Abril.

OBSERVACION 39 — D. J. de F., 45 años, casada, argentina.—Fecha de entrada : 28 de Marzo 1916.

Diagnóstico — Litiasis biliar, cistalgias, cálculo único de la vesícula que mide 6 centímetros de largo por 4 de ancho y de la forma de una pera, de superficie rugosa y de una coloración pardo-oscuro con zonas verdes oscuras.

Operada : 31 de Marzo ; anestesia : cloroformo.

Laparatomía transversal Sprengel. Colectomía. No se peritoniza el lecho vesicular y se deja un drenaje con gasa.

De alta curada el 14 de Abril.

OBSERVACION 40 — S. K. de E., 30 años, casada, rusa.—Fecha de entrada : 22 Febrero 1916.

Diagnóstico — Litiasis vesicular, algunas adherencias al colon, al duodeno, vesícula del tamaño de un pepino irregular, conteniendo bilis espesa y oscura, varios cálculos pequeños, irregulares, blanco-amarillentos, uno de ellos enclavado en el cístico.

Operada : 25 Febrero ; anestesia : cloroformo.

Laparatomía transversal Sprengel. Colectomía, ligadura separada del cístico y cística ; peri-

tonización del lecho vesicular y drenaje con gasa ; evolución normal.

De alta sana el 9 de Marzo 1916.

OBSERVACION 41 — M. E. de F., 33 años, casada, argentina.—Fecha de entrada : 2 de Marzo 1916.

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, empiema de la vesícula que es grande, paredes espesas, friables, conteniendo 200 gramos de pus y numerosos cálculos pequeños hasta el tamaño de un garbanzo, poliédricos, color blanco ; adherencias epiploicas a la cara inferior del hígado y vesícula fáciles de desprender. Hígado muy grande, color amarillo-verdoso.

Operada : 6 de Marzo ; anestesia : cloroformo.

Laparatomía lateral derecha superior vertical ; punción aspiradora, se exploran las vías biliares ; no se encuentran cálculos. Se hace una colecistostomía.

La temperatura desciende, la enferma mejora rápidamente, sale bilis por la fístula durante unos 30 días.

De alta sana el 30 de Abril.

Esta enferma ingresa súbitamente grave con palidez intensa, fiebre, sudores fríos, fatiga, ansiedad

y taquicardia; fuertes dolores en el costado derecho, donde presenta un tumor del tamaño de una naranja que se continúa con el hígado movable a la vez.

OBSERVACION 42 — S. M. de V., 48 años, viuda, argentina.—Fecha de entrada: el 28 de Marzo 1916

Diagnóstico — Colecistitis calculosa, vesícula conteniendo bilis espesa, negruzca y 17 cálculos del tamaño de un garbanzo; adherencias periduodenales.

Operada: 30 Marzo; anestesia: cloroformo.

Laparatomía mediana vertical supra-umbilical. Colecistectomía; ligadura en masa del cístico y cística doble; peritonización del lecho vesicular.

Alta sana el 11 de Abril 1916.

OBSERVACION 43 — D. G. de F., 45 años, casada, argentina.—Fecha de entrada: 28 de Marzo 1916

Diagnóstico — Litiasis biliar, cistalgias, cálculo único de la vesícula del tamaño y forma de un huevo de tero. Superficie rugosa.

Operada : 31 de Marzo ; anestesia : cloroformo.
Laparatomía transversal. Colecistectomía. Se
drena el lecho vesicular sin peritonizar ; evolución
ideal.

De alta sana el 13 de Abril.

(OBSERVACION 44 — M. T. de B., 56 años, ca-
sada, italiana.—Fecha de entrada : 5 de Marzo 1916.

Diagnóstico — Litiasis vesicular, varios cálcu-
los pequeños ; fuertes cistalgias con propagación al
hipocondrio izquierdo.

Operada : 20 de Marzo ; anestesia : cloroformo.

Laparatomía vertical mediana. Colecistectomía ;
drenaje del lecho vesicular. Evolución normal.

De alta sana el 12 de Abril 1916.

(OBSERVACION 45 — J. P. de P., 27 años, ca-
sada, argentina.—Fecha de entrada : 10 de Abril
1916.

Diagnóstico — Colelitiasis ; vesícula pequeña ;
tres pequeños cálculos ; adherencias epiploicas de la
vesícula.

Operada : 3 de Mayo ; anestesia : éter (aparato
de Ombredanne).

Laparatomía transversal. Colecistectomía. Des-

prendimiento de las adherencias ; ligadura del cístico y cística por separado ; taponamiento del lecho ; se retira a los 6 días ; supuración secundaria de la herida ; drenaje filiforme, congestión pleuro-pulmonar, taquicardia persistente post-operatoria.

De alta sana el 4 de Junio 1916.

OBSERVACION 46 — C. C. de C., 41 años, casada, argentina.—Fecha de entrada : 8 Mayo de 1916.

Diagnóstico — Colelitiasis, vesícula con poca bilis, conteniendo como 300 cálculos de tamaño variable entre una arveja y un grano de arroz, blancos, poliédricos. Lues.

Operada : 15 de Mayo ; anestesia : cloroformo.

Laparatomía transversal. Colecistectomía, drenaje del lecho vesicular, previa peritonización. Evolución post-operatoria normal, salvo cefalalgias intensas. Lues antiguo con reacción de Wassermann positiva (tratamiento específico).

De alta curada el 5 de Junio 1916.

Comentando rápidamente las observaciones clínicas que anteceden y agregadas a los datos que nos suministran la literatura nacional y extranjera que nos ha servido para el presente trabajo, llegaremos a la conclusión que el único tratamiento eficaz en la mayoría de los casos es la intervención quirúrgica, sobre todo cuando la litiasis ha pasado a la faz calculosa; pues en estas condiciones sabemos que no hay sustancias litolíticas capaces de llegar a disolver el o los cálculos, y no sabemos todavía precisar el por qué de su evolución hacia la agravación inesperada que en cada nuevo ataque de cólico hepático puede verse sorprendido el paciente.

Las observaciones clínicas números 36 y 37 nos demuestran que la intervención quirúrgica en ellas fué hecha después de muchos años de enfermedad. Como es natural, las condiciones de resistencia orgánica en ellas estaban bastante disminuída, como se comprobó en las autopsias que además de exis-

tir en una de ellas una pleuresía purulenta se constataba la degeneración aguda del hígado.

Estas observaciones nos ilustran en el sentido de preconizar la intervención quirúrgica precoz, evitando así las complicaciones con sus graves consecuencias.

Más aún : si hay que tener presente las complicaciones locales, hay que tenerlas también en lo que atañe al estado general y más sobre la insuficiencia hepática que tarde o temprano puede manifestarse ; estos son casos en que el menor traumatismo operatorio y la anestesia generalmente ocasionan un desenlace fatal.

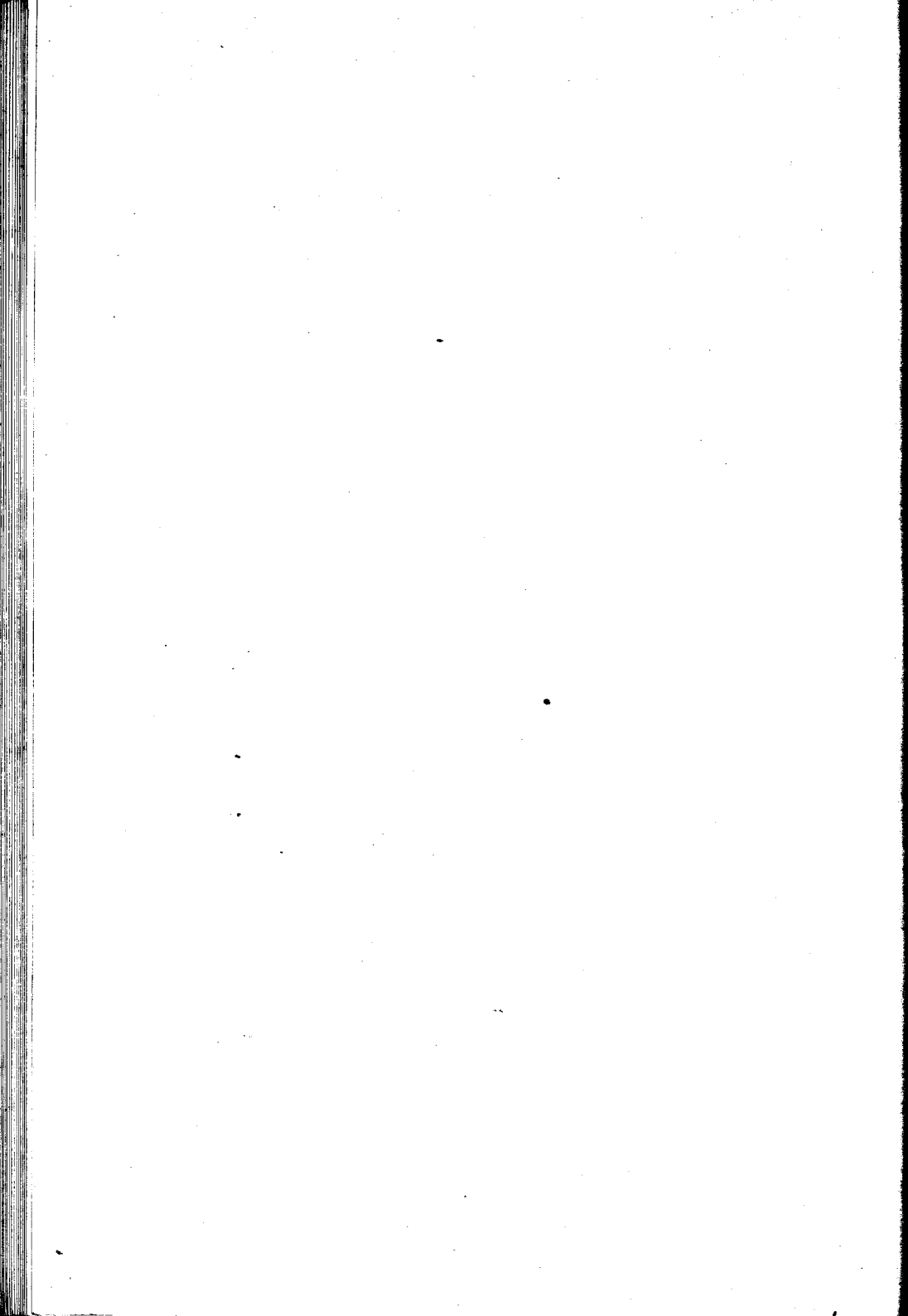
Cuando el enfermo por un régimen apropiado no consiguiera modificar pronto sus fenómenos de vesícula y cuando ésta por el tiempo que pasa se está haciendo sitio de una inflamación crónica, por la cual en cualquier momento puede sufrir un reagudamiento inesperado a veces traicionero, aconsejaremos se recurra al bisturí.

De manera que teniendo en cuenta los trastornos continuos que acusan los enfermos, cuando no la amenaza de una complicación que no sabemos a que fin nos llevará, es que se tiende a orientar el concepto de la oportunidad operatoria en la litiasis biliar.

Pero a pesar de todo en la época actual don-

de la diversidad de opiniones entre clínicos y cirujanos es conocida en lo que respecta al tratamiento de la litiasis, no se puede dar un juicio definitivo, y semejante sanción debemos esperarla con el advenimiento de nuevas y copiosas estadísticas que evidencien en una forma clara y absoluta cuál de los dos criterios dominantes es capaz de rendir mayores beneficios

Hechas estas breves consideraciones, expondré las diferentes indicaciones operatorias, para luego pasar a señalar ligeramente las distintas intervenciones propuestas.



Indicaciones operatorias

Colecistitis agudas — Las opiniones están divididas, pues mientras unos cirujanos de autoridad indiscutible preconizan el tratamiento quirúrgico desde la aparición de los primeros síntomas, otros, y son la mayoría, tienen una tendencia conservadora, excepto en los casos cuya gravedad hace suponer una forma gangrenosa o purulenta.

En la mayor parte de las colecistitis agudas, el reposo en cama, las fomentaciones calientes, la bolsa de hielo, la urotropina, hacen ceder de pronto los síntomas generales iniciando una mejoría rápida; pero si los pacientes atacados de colecistitis agudas y sometidos a un tratamiento médico oportuno y bien llevado y los fenómenos generales (fiebre, pulso frecuente, tumefacción de la vesícula y malestar general), persisten o se agravan al 6° o 7° día, y la tumefacción de la vesícula no ha declinado; es necesario entonces no esperar más tiempo y actuar

quirúrgicamente. Por lo tanto, el criterio a seguir está subordinado a un exacto diagnóstico precoz de la forma clínica de la afección; de donde se deduce que el clínico debe valorar todos los datos que pueda recoger del examen.

Los procedimientos operatorios a seguir varían para cada una de las formas de colecistitis agudas, pero lo ideal sería seguir una intervención corta y eficaz que tienda a eliminar la afección lo más radicalmente posible.

La «colecistostomía» llena en la mayoría de los casos la intervención de urgencia, pero si la colecistitis aguda por la gravedad de sus síntomas nos hacen pensar en una de las formas pútrida o gangrenosa, debemos alejar el foco infeccioso y poner al enfermo en mejores condiciones de defensa, haciendo una «colecistectomía».

Colecistitis crónicas — Hemos dicho que las colecistitis agudas con un tratamiento oportuno y bien llevado, puede evolucionar hacia la resolución completa con su integridad anatómica y fisiológica; pero otras veces aún después de evacuados los cálculos, quedan adherencias pericolecísticas que unen la vesícula a la pared o a los órganos vecinos y dificultan el vaciamiento de ella; de donde la estancación de la bilis predispone a una colecistitis

crónica con un estado inflamatorio y de septicidad de sus paredes que se manifiesta por continuos sufrimientos que requieren por su repetición un tratamiento quirúrgico; el único que debe imponerse desde las primeras manifestaciones, para evitar ulteriormente una intervención en enfermas con sus resistencias orgánicas disminuídas y con un pronóstico por lo demás sombrío.

Si la inflamación aguda de la vesícula cede después que el cístico se hace permeable, otras veces las alteraciones anatómicas residuales hacen la característica de una de las formas clínicas de la colecistitis crónica, la *colecistitis catarral* a paredes gruesas y mucosa congestionada; la *hidropesía de la vesícula* distendida por un líquido mucoso; *el empiema de la vesícula* y la *colecistitis esclerosa* a forma atrófica e hipertrófica.

Hay interés en hacer una clasificación clínica de estas variadas formas de colecistitis crónicas, para posar la indicación operatoria; pues si bien hay enfermos que después de haber manifestado uno o dos ataques de colecistitis han dejado de sufrir de su vesícula, hay otros que después de violentos y repetidos ataques de cólicos hepáticos terminan por la expulsión de los cálculos; estos casos serían posibles de un tratamiento médico como lo demuestran los éxitos obtenidos y las estadísticas.

¡Convengamos que no todas estas formas tienen una evolución feliz, y es en estos casos donde los clínicos y cirujanos están en desacuerdo, creyendo los últimos en la intervención precoz con resultados altamente satisfactorios.

En la colecistitis crónica recidivante con paroxismos que se manifiestan en un breve lapso de tiempo, también la intervención quirúrgica se impone aún contra el criterio de los clínicos que dicen que la intervención debe ser hecha cuando por un tratamiento médico, no se consigue alejar o atenuar el mal.

Lo mismo está indicada la intervención en aquellos casos acompañados de dolores frecuentes, con tumefacción vesicular, ictericia, vómitos, etc., desde los primeros síntomas la operación debe plantearse.

Durante el « cólico hepático » la intervención operatoria no está indicada, pero puede estarlo en circunstancias especiales cuando si después de un tratamiento médico bien impuesto y prolongado los paroxismos dolorosos se hacen intolerables y que por la prolongación del tiempo amenazan graves accidentes cardio-pulmonares de fatales consecuencias.

Por lo que respecta a la « hidropesía de la vesícula », las opiniones no están de acuerdo, pues si

unos son intervencionistas desde el primer momento no esperando de esta manera que se produzcan complicaciones infecciosas en ellas, otros como Kehr Rörter son conservadores, y esperan para intervenir que se presenten las complicaciones. Hoy el criterio actual es intervenir prontamente, pues no se debe esperar que se declare la infección, aunque la infección ya existe por sí, pero al menos evitar que ella avance, disminuyendo como es natural las resistencias del enfermo.

El empiema de la vesícula, ya sea consecutivo a la hidropesía de la vesícula o debida a una complicación infecciosa o a una colecistitis simple, debe ser tratada quirúrgicamente.

Si en la colecistitis a formas sobreagudas o hipertóxicas el acto operatorio se impone, el mismo criterio debe seguirse en las formas agudas, pues si además de tener presente los fenómenos generales de la intoxicación orgánica, se corre el peligro de una ruptura de la vesícula modificando el pronóstico de la afección; pero, sin embargo, puede tentarse un tratamiento médico para despejar los fenómenos inflamatorios y practicar la intervención en frío. Esta expectación es muy aventurada, y ella por el mismo motivo debe ser prudente, vigilando al enfermo constantemente.

Perforación de las vías biliares — La operación precoz es la única indicación sea cual fuere el estado del paciente, porque a base de un buen diagnóstico y por ende de la precocidad de la intervención el pronóstico varía según la cantidad y septicidad del líquido derramado.

La litiasis del colédoco — En la oclusión del colédoco hay que hacer una diferencia: la oclusión aguda y la crónica. La aguda pertenece a la medicina, pero no en todos los casos; pues la necesidad de intervenir se impone cuando a la presencia de estos episodios agudos se agrega una colequirúrgico, aunque evolucione con o sin ictericia ciosos, como es frecuente observar.

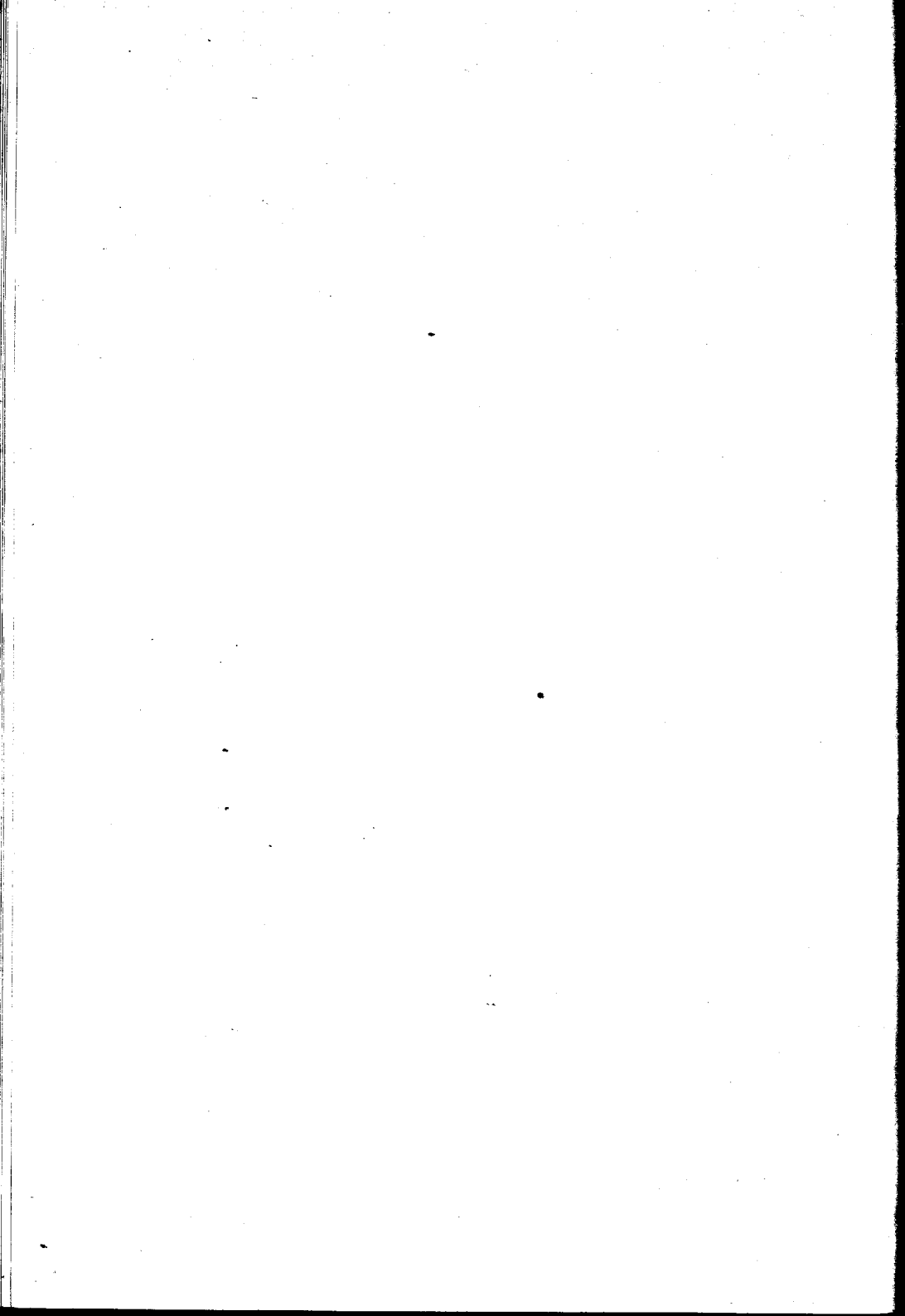
El tratamiento de la oclusión crónica debe ser quirúrgico, aunque evoluciona con o sin ictericia ligera.

Ahora: ¿el momento oportuno para intervenir, cuál es? La mayoría de los autores se deciden por la intervención precoz una vez el diagnóstico hecho, pues la tolerancia del comienzo no puede existir si se quiere intervenir más tarde, además la enferma no sólo beneficia de los peligros de la infección biliar, sino de las complicaciones que pueden presentarse, como ser las tromboflebitis, angio-

colitis, pancreatitis y lesiones degenerativas de la célula hepática.

Hay pues, como se ha dicho, más interés en operar a un « litiásico » que a un « hepático ».

Hay formas dolorosas que se benefician con un tratamiento médico ; pero ciertos casos, felizmente raros, imponen la intervención cuando la frecuencia de los paroxismos dolorosos y la intensidad de los mismos no se han disminuído por una medicación interna.



Métodos operatorios

La técnica operatoria a seguir depende de los signos clínicos, si éstos han sido suficientemente claros para fundar un diagnóstico preciso y, por consiguiente, indicar el método operatorio.

Pero hay casos que la elección del procedimiento a emplear no se puede hacer, y ella ha de resultar una vez abierto el vientre y constatadas las alteraciones anatómicas y el estado general del enfermo, que obligan a cambiar de procedimiento para ejecutar otro más rápido, evitando de esta manera el shock operatorio y el manuseo de la región.

Las intervenciones difieren según se trate de la litiasis de los canales accesorios o de los principales; en la litiasis de las vías biliares accesorias hay tres intervenciones diferentes. *La colecistotomía o cistomía* fué Mérédith quien la ejecutó por primera vez en el año 1883; consiste en abrir

la vesícula, vaciar su contenido y cerrarla, volviéndola a dejar en su sitio y cerrar el vientre.

Si en otra época fué tomado este procedimiento con entusiasmo, hoy ya no lo es, pues por lo ineficaz e insuficiente está abandonado. En el Congreso de cirugía celebrado en Bruselas en 1908, Kehr aconsejó su abandono, pues además de las tres condiciones conceptuadas por sus partidarios para el éxito final, como ser la integridad del cuello de la vesícula y de la mucosa que deben estar sanos, que el contenido vesicular sea claro y el cístico permeable y la extracción total de los cálculos, se le objeta a este procedimiento con las estadísticas de Kocher y Garré la frecuencia de las recidivas postoperatorias.

De manera que quedan en pie las otras dos operaciones, disputándose entre ambas los mejores resultados terapéuticos.

La colecistostomía o cistostomía u ostomía practicada por primera vez en el año 1867 por Bobbs, consiste en abrir la vesícula y dejarla abocada a la pared abdominal para que se efectúe el drenaje.

La colecistectomía, cistectomía o ectomía, llamada operación de «Langenbuch», que fué el primero que en 1882 practicó la extirpación de la vesícula abriendo un nuevo camino a la cirugía hepática.

Estas dos operaciones tienen sus ardientes partidarios.

Los sostenedores de la colecistostomía con los hermanos Mayo a la cabeza, Czerny, Mayo-Robson, Helferich, etc., afirman que la ostomía conserva a un órgano como tal, desempeñando una función determinada, modificando la composición de la bilis y regularizando la presión de ella en las vías biliares y volcándola en el duodeno cuando el quimo estomacal llega a él; por lo tanto, dicen que es una intervención más fisiológica, que es de ejecución más rápida y simple y que es de menor gravedad que la colecistectomía, pues ésta requiere exploraciones más profundas, es decir, el traumatismo quirúrgico en ésta es de mayor consideración repercutiendo sobre el estado general del enfermo, incapaz muchas veces de resistir el shock operatorio.

Además, en los ostomizados es posible la eliminación de los cálculos que hayan quedado en el hepático; pues en los ectomizados no se drenan las vías biliares. Esto no es posible que suceda, pues en la colecistectomía se hace una exploración consciente de todas las vías biliares, y si esta exploración dejara algunas dudas se combina la ectomía con un drenaje del hepático o del colédoco, métodos más eficaces, pues el drenaje no se haría por un

solo conducto, que además es irregular, como lo la vesícula y el cístico.

Otro de los argumentos que quieren poner en contra los partidarios de la colecistostomía es el siguiente : que la colecistectomía expone a los enfermos a hemorragias graves ; ésto hoy no es admisible, pues la hemostasia se hace en perfectas condiciones en manos de cirujanos modernos.

Por lo que respecta a la mortalidad post-operatoria de ambas intervenciones, diremos que es más o menos la misma, pero no así la convalecencia de los ictomizados que es mucho más corta, mientras que la de los ostomizados es más prolongada, llevando durante meses y años su fistula biliar.

Otro reproche que se le hace a la ictomía, es que suprime la guía que nos sirve para encontrar los conductos biliares principales ; como ser una intervención posterior por cualquier causa o para establecer una anastomosis entre el sistema biliar y el intestino ; pero sabemos que como punto de reparo no es necesaria la vesícula, pues en el caso que faltara, introduciendo el dedo en el hiatus de Winslow y haciendo tracción hacia uno el epiplón gastro-hepático, encontraremos el colédoco que se encuentra en su borde libre y más anterior que la vena porta que está a su izquierda ; podríamos buscarla en el cuadrilátero retro-pancreático de Quenu.

Tampoco la ausencia de la vesícula no hace imposible el establecimiento de una fístula intestinal, pues el duodeno nos basta para hacerla; los ectomizadores sostienen a este respecto, que se salva el inconveniente con una fístula hépato o colédoco-duodenal.

La colecistectomía previene la degeneración maligna que es capaz de engendrarse en un vesicular crónicamente inflamada, como lo han demostrado Auvray, Terrier y las estadísticas de Couvoisier y Trenker.

La escuela alemana con Kehr previene ante todo las recidivas, y practica la colecistectomía con un drenaje del hepático. Pero a pesar de todo, el mismo Kehr con sus estadísticas, nos demuestra que esta técnica no es muy previsorá en ciertos casos, pues sobre 273 intervenciones hay 12 recidivas, correspondiendo 8 a colecistostomía y de las otras 4 una a colecistectomía simple y las otras 3 a colecistectomía con drenaje del hepático; de estas cuatro recidivas dos eran falsas, producidas por adherencias peritoneales. Por lo tanto, vemos que este método no consigue eliminar del todo una nueva litiasis. Kehr, sin embargo, afirma que su operación es radical, pero su misma estadística se encarga de lo contrario.

Entonces, ¿cuál será la razón de estas recidi-

vas ? ¿No sería el caso de pensar en el rol de la hipercolesterinemia de Chauffard ?

La colecistectomía, a pesar de los ardientes defensores de la colecistostomía ; queda en pie suprimiendo las fístulas, las recidivas y la degeneración maligna de la vesícula.

En resumidas cuentas, si hacemos una síntesis de las discusiones, veremos que hay en ellas un fondo anatómico, pues todas las estadísticas con su pro o en contra no pueden parangonarse, pues los que hacen ostomías con resultados satisfactorios es porque intervienen precozmente, no dando lugar a que la vesícula sufra ninguna alteración anatómo-patológica ; mientras los que practican la colecistectomía con buenos éxitos es porque extirpan una vesícula enferma imposible en estas condiciones de volverse fisiológica, dadas sus profundas alteraciones anatómicas.

La operación de elección que se efectúa entre nosotros en la litiasis biliar es la colecistectomía, «suprimiendo, según dijera Langenbuch, con la extirpación de la vesícula, las piedras y la cantera», que muchas veces la vesícula aparece macroscópicamente sin ninguna alteración y al cabo de un tiempo si se le dejara como en la ostomía, daría lugar como es comúnmente observable a la formación de nuevos cálculos.

Colecisto-enterostomía — Es el abocamiento de la vesícula biliar al intestino; su principal indicación es la obstrucción irreductible del colédoco. Es usado este método muy poco por el temor de una infección de las vías biliares; como es lógico suponer, es un método raro en la práctica.

El abocamiento de la vesícula biliar a las diferentes porciones del intestino, depende según circunstancias variables, como ser del tamaño de la vesícula, de su movilidad, sobre la cantidad de adherencias que existan y del sitio que ocupen, según todas estas causas se anastomosará con el duodeno, con la primera porción del ileón, con el estómago o el colon.

Coledocotomía — En la litiasis que ha complicado las vías biliares principales, hay que extraer del hepático o del colédoco los cálculos que los ocupan y drenar estos canales, pues muchas veces la septicidad de la bilis obliga a hacer un drenaje directo.

Hacen muchos años se trataba rechazar los cálculos haciendo presión sobre estos conductos, tratando que fueran hacia el cístico y de éste a la vesícula; también se rechazaban hacia el duodeno; otras veces a ésto se combinaba la colédoco-lipto-

tricia; siendo por lo inseguros y peligrosos, que estos métodos hoy han sido abandonados.

Kumel y Riedel practicaban la incisión del canal para extraer las concreciones, y una vez hecho ésto lo volvían a suturar, pero este procedimiento pronto tuvo su fracaso.

Se opta hoy por hacer una operación más metódica y racional, substituyendo la coledocotomía ideal, por una coledocotomía seguida de drenaje.

La coledocotomía es una operación que tiene indicaciones más frecuentes, debido a que la retención de los cálculos se hace habitualmente en la porción supra-pancreática del colédoco; ésta es la porción llamada por Delageniére « lugar de elección de la talla del colédoco ».

Extraídos los cálculos es indispensable hacer un examen muy atento de los conductos colédoco y hepático, para asegurarse de que no ha quedado ningún cálculo, pero a pesar de este examen el explorador pasa muchas veces entre el cálculo y la pared sin descubrirlo; en otros casos el explorador descubre el o los cálculos, pero es imposible la extracción total de ellos, sobre todo cuando hay algunos de formación intrahepática o intracanalicular, ya que por su número o por su situación muy alejada sean inaccesibles. Por ésto el drenaje del hepático se prefiere hoy, pues al mismo tiempo de

facilitar la salida de los cálculos que hubieran quedado, cumple la misión de drenar la bilis cuyo estado séptico es perjudicial para el organismo.

«En la observación 17 vemos que en las curaciones salen por el drenaje gran cantidad de cálculos con moldes de los pequeños canales hepáticos».

Kehr a principio del año 1895, al efectuar una coledocotomía por obstrucción calculosa, realiza el primer drenaje del hepático, dejando el colédoco sin suturar y colocando una sonda.

Citaremos en qué casos indica Kehr el drenaje del hepático y del colédoco acompañando a la colecistectomía :

«En las pancreatitis marcadas, sobre todo al nivel de la cabeza del páncreas».

«Colédoco con paredes gruesas y dilatadas, lo que puede ser debido a un cálculo enclavado en la porción retro-duodenal y por este motivo imposible palparlo».

«Antecedentes de ictericia, chucho y eliminación de cálculos».

«Cuando se incinde el colédoco, sea para hacer el cateterismo o al efectuar la colecistectomía».

«Cuando en el pístico y vesícula se encuentren cálculos y se sospeche por ésto que pueda haber también en el colédoco».

« Cuando sale por el cístico bilis turbia, signo de inflamación de las vías biliares ».

« Cuando se encuentre un hígado grande e indurado ».

Las coledocotomías trans-pancreáticas y las operaciones por cálculos que se detienen en la porción duodenal del colédoco o en la ampolla de Water, son intervenciones a las que felizmente es raro tener que recurrir.

Hepaticotomía -- Operación practicada muy raras veces, pues es en la vesícula donde se originan los cálculos y, por consiguiente, las migraciones calculosas se hacen a través del colédoco; de ahí las pocas probabilidades de practicar la hepaticotomía, estando esta intervención indicada cuando el cálculo está enclavado en el hepático o en el hileo del hígado; si la extracción del cálculo fuera imposible, cosa que puede suceder, se termina haciendo un ancho drenaje del hepático.

Cuidados pre-operatorios

La cirugía biliar no es en general una cirugía de urgencia, y da tiempo por este motivo para poner a los enfermos en buenas condiciones operatorias, es decir, hay que hacer un tratamiento pre-operatorio tan importante como el post-operatorio, dependiendo muchas veces el éxito de estos cuidados que de la operación misma.

Las indicaciones principales a llenar son : el reposo en cama, la dieta láctea y la antisepsia biliar.

Se combatirá la constipación con laxantes ligeros o enemas de agua hervida, fría, que estimulará al mismo tiempo la circulación hepática.

El régimen lácteo se indicará dando pequeñas cantidades de leche a cortos intervalos, para que así la bilis sea derramada continuamente, evitando de esta manera que se llene la vesícula y no se produzcan nuevas migraciones de cálculos.

Se prescribirán aguas alcalinas y el salicilato de sodio a la dosis de 0.50 a 1 gramo en un vaso de agua de Vichy, es un buen colagogo analgésico y al mismo tiempo un antiséptico de las vías biliares y del intestino; se puede emplear también con buenos éxitos el benzoato de soda y la urotropina.

En ciertos enfermos cuyo estado es delicado, se les dará suero fisiológico adicionado, si se quiere, con adrenalina, también el aceite alcanforado obra en estos enfermos, pues es un gran estimulante.

A los enfermos con ictericia para prevenir las hemorragias que suelen presentarse por el estado discrásico en que se encuentran, se redoblarán los cuidados; se acostumbra a dar el cloruro de calcio a la dosis de 5 a 10 gramos en las 24 horas durante los dos o tres primeros días que anteceden a la operación.

Antes de la intervención se puede emplear el suero de cabra 10 c.c., el suero de caballo 5 c.c., igual indicación sabemos tienen el suero gelatinado y la opoterapia biliar y hepática.

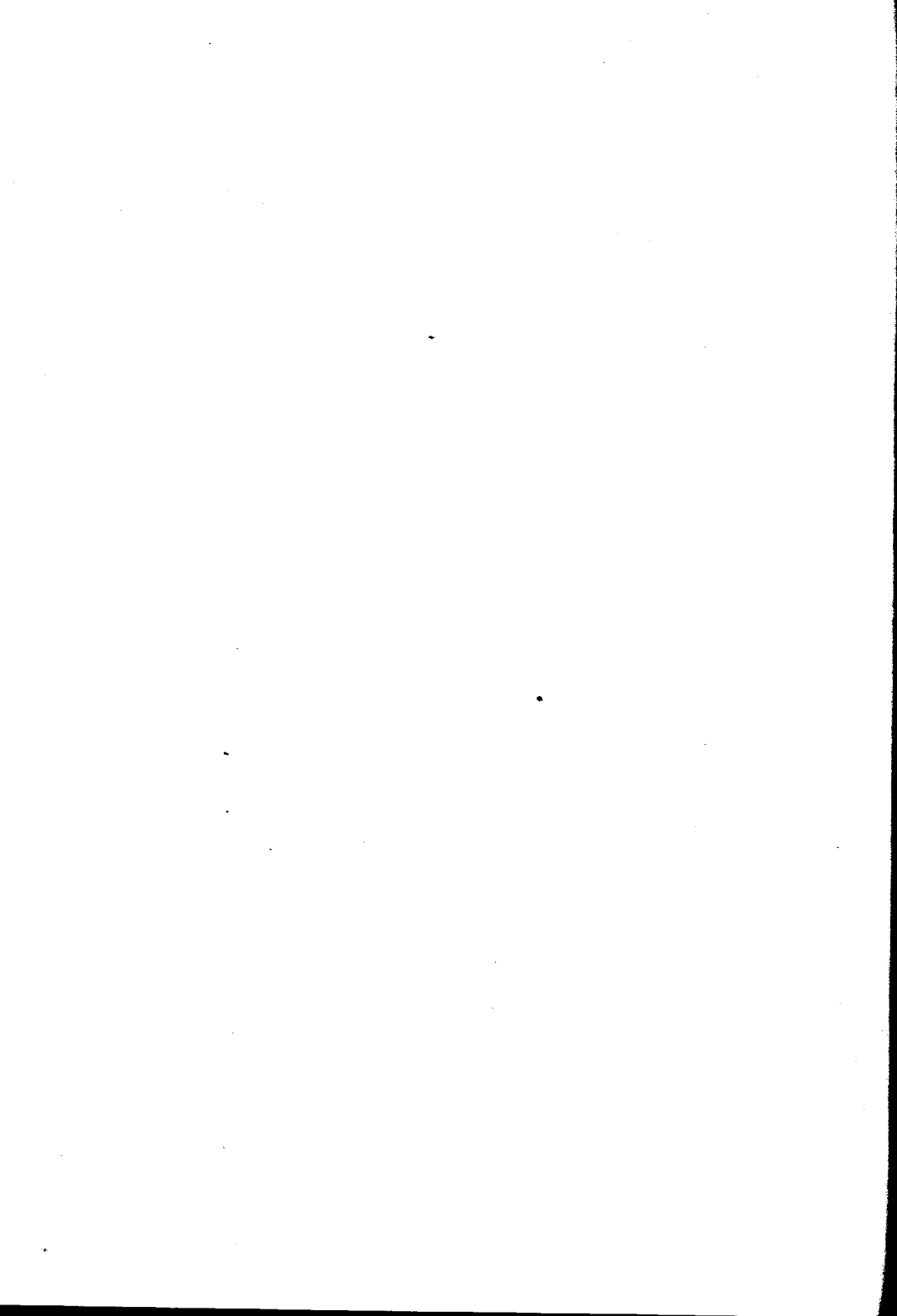
Un examen de la orina debe indicarse para conocer el estado funcional de la célula hepática, es decir, saber si existe o no el síndrome revelador de la «insuficiencia hepática» que como sabemos comprende el descenso en el porcentaje de la úrea,

la hipertoxicidad urinaria, la glicosuria alimenticia, la urobilinuria y la intermitencia en el azul de metileno.

Hay que tener presente que en ciertos casos a la insuficiencia hepática va acompañada la insuficiencia renal; este es un dato de mucha importancia, pues a este estado en que ya existe una intoxicación crónica no debemos agregarle la intoxicación aguda del anestésico. Se puede investigar también la coagulabilidad de la sangre, para no tener sorpresas cuando se quiera efectuar la hemostasia.

Kehr y Körte, 48 horas antes de la intervención, dan 40 gramos de aceite de ricino, continuando con dieta líquida y 6 horas antes de la intervención dieta absoluta.

Como hemos manifestado anteriormente, éste es un tratamiento para los casos que no está indicada la intervención de urgencia, en cuyos casos al mismo tiempo se le hará la medicación estimulante que es conocida.



Anestesia

La anestesia general es la que debe aplicarse para intervenir en vías biliares, pues sólo ella da la inmovilidad necesaria en esta como en toda laparatomía.

Respecto al anestésico a emplear es variable, unos basados en que el cloroformo es el causante de muchas ictericias «post-operatorias», por su acción tóxica sobre el protoplasma de las células hepáticas y renales, la contraindican formalmente en cirugía biliar; habiendo sido reemplazado ventajosamente por el éter que es mucho menos tóxico.

Pero si unos piensan así, otros creen que el éter es más tóxico que el cloroformo, además de predisponer a los pacientes a graves hemorragias. En nuestro servicio, como podemos notar en las observaciones, se ha recurrido mucho al cloroformo y sus resultados han sido bastante satisfactorios; en

uno que otro enfermo hemos recurrido al éter por circunstancias especiales.

Dado en su debida forma el anestésico no es tan peligroso, es decir, se tratará que la anestesia sea lo más breve posible para evitar en esta forma una complicación post-anestésica, que puede precipitar una insuficiencia hepática, renal o miocárdica. En lo posible se dará la anestesia con aparatos que producen al mismo tempo la mezcla del anestésico y oxígeno (aparato de Roth Draeger); de esta manera la anestesia es más regular y evita los síncope; el anestesador debe vigilar continuamente al enfermo para evitar en cualquier momento una sorpresa desagradable con malos resultados para el paciente.

También se emplea muy a menudo la anestesia intra-raquídea por la novococaína con excelentes resultados

La anestesia local la indican algunos cuando sólo se hacen algunas intervenciones paliativas, como abrir un absceso perivesicular o abocar la vesícula a la pared abdominal, habiendo permitido en ciertos casos drenar las vías superiores.

« En nuestro servicio se ha efectuado la anestesia por enemas de éter, ayudada con algunos gramos de cloroformo; su resultado fué excelente » (observación 17)

Técnica operatoria

Según Körter, en cirugía biliar hay que hacer amplias incisiones, para de esta manera poder explorar cómodamente la vesícula y los canales hepático, cístico y colédoco; y remover el contenido patológico lo mejor posible para que la bilis corra sin obstáculo de ninguna naturaleza.

Estas incisiones y exploraciones para que tengan éxito en el tiempo operatorio, deben completarse con ciertos principios generales para cualquiera que fuera la operación requerida; me refiero al número de ayudantes y a la posición que debe darse a todo intervenido de litiasis biliar.

Los ayudantes para mayor comodidad y brevedad de la operación deben ser dos: uno que por medio de separadores y valvas adecuadas mantengan bien abierta la herida operatoria, el otro exterioriza el hígado tratando de presentar al cirujano

las vías biliares de la manera más cómodamente posible.

La posición del operado — Este es un tiempo importante en las intervenciones de cualquier naturaleza que sea ; pero en vías biliares resulta más importante, porque muchas veces aún con un buen campo operatorio presenta grandes dificultades. El enfermo se colocará en una posición tal, que el sistema biliar se encuentre a la vista inmediatamente abierto el vientre ; esta posición se consigue usando el cojinete ideado por Elliot en 1895, que más tarde lo vulgarizó Mayo Robson.

Esta posición se consigue colocando al enfermo en decúbito dorsal y por medio del cojinete se trata de producirle una lordosis lumbar, teniendo por reparo el ángulo del omóplato o el apéndice xifoideo. De esta manera se consigue lo siguiente : la masa intestinal se desliza como es natural hacia la pequeña pelvis, el hígado bascula hacia la cavidad torácica, presentando su cara inferior más accesible ; entre ambos órganos queda un espacio angular libre, deprimiéndose al mismo tiempo la pared abdominal anterior hacia la pared lumbar.

Esta misma posición también se puede conseguir por medio de movimientos apropiados de la mesa operatoria, movimientos que permiten cambiar

el nivel de la cabeza o extremidades del operado, facilitando en esta forma el descenso del hígado al campo operatorio y tratar que las ansas intestinales desciendan hacia la pelvis ; colocado el enfermo en esta posición el cirujano se sitúa a la derecha.

Incisiones — Las incisiones que se han preconizado para intervenir en vías biliares han sido varias, pero antes de describir las clásicas, diremos que se podrá preferir algunas de ellas siempre que no estemos en presencia de un proceso agudo, como ser una colecistitis purulenta, en cuyo caso toda incisión hecha en este punto y de una forma cualquiera llena su objeto inmediato. Como en este caso sería la vesícula dolorosa con tumefacción y edema de la pared (proceso purulento), la incisión sería paramediana vertical.

Como anteriormente hemos dicho, las incisiones que se han preconizado eran varias, pero prefiriéndose en general las incisiones llamadas oblicuas.

Las de Kocher, Czerny, Mayo Robson y Kehr (primitivas) son las principales, siendo las más usadas las de Kehr y Mayo Robson ; pero todas dan en general un campo operatorio bastante amplio.

La incisión de Kehr, llamada incisión en balloneta, es la clásica en cirugía biliar ; su dirección es la siguiente : partiendo de la línea media en un pun-

to vecino al apéndice xifoide, desciende verticalmente entre un punto equedistante entre este apéndice y el ombligo, desde este punto se dirige oblicuamente hacia afuera y abajo y llegada al tercio externo del gran oblicuo, se vuelve hacer vertical para terminar al nivel del ombligo.

La incisión de Mayo Robson, es una vertical que comienza en el punto de inserción del borde externo del recto anterior con reborde costal derecho, sigue costeando este borde hasta la altura del ombligo, se prolonga su extremidad superior hacia el apéndice xifoide costeando el reborde costal y seccionando el recto. Con dichas incisiones se obtenía un buen campo operatorio, pudiéndolas prolongar cuando no llenaran su objeto; el drenaje se dejaba en la extremidad superior de ellas.

Ultimamente se han adoptado las incisiones transversales paralelas al reborde costal (*incisión de Kocher*) o sino directamente transversal, como la de (*Sprengel*). Este cirujano en 1910 presentó un trabajo haciendo conocer las ventajas de las incisiones transversas en las laparatomías; estaban basadas en razones de orden anatómico y fisiológico, pudiendo además en caso de necesidad prolongar la incisión hacia afuera o hacia adentro, cortando la vaina del recto anterior derecho y muchas veces aún la del izquierdo.

Con ellas los vasos y nervios no se seccionan, pues la incisión es paralela al trayecto de ellos; como los vasos y nervios no se seccionan, comprenderemos que en esta forma se facilita el cierre de la pared, evitando las eventraciones post-operatorias.

¶Kehr en vista del trabajo de Sprengel y de que algunos de sus operados, volvían al cabo de un tiempo con eventraciones consecutivas a la atrofia del recto por sección de sus vasos y nervios, ha modificado su incisión en balloneta, por una en forma de ángulo recto (*incisión angular de Kehr*), la rama vertical mediana se extiende desde el apéndice xifoide hasta la mitad de distancia entre este apéndice y el ombligo, y desde allí se dirige horizontalmente hacia el borde externo del recto derecho.

La incisión baja de Sprengel muchas veces resulta muy útil, cuando hay basculamiento del hígado, de donde la vesícula se encuentra por lo tanto, hacia atrás y afuera; además cuando hay indicación de apéndice facilita su exploración y ablación.

«En nuestro servicio se han usado estas incisiones con resultados igualmente satisfactorios».

Hecha la incisión y abierto el abdomen, se busca el borde anterior del hígado que se presenta sin ningún inconveniente; salvo que existan adheren-

cias, y en este caso trataríamos de destruirlas con mucho cuidado ; cumplida esta primer parte, se trata de exteriorizar el órgano tomando el borde con una compresa y se luxa hacia afuera del tórax, tratando en esta forma de presentar su cara inferior para que el cirujano pueda explorar con comodidad todo el sistema biliar. La exploración del sistema biliar es en ciertos casos muy fácil y en otros muy difícil, según la intensidad de los fenómenos inflamatorios, pues por este proceso se forman adherencias que hacen imposible toda orientación ; fuera de estos inconvenientes lo primero que encontramos es la vesícula, se inspecciona y se palpa, dándonos cuenta de su estado ; si está atrofiada y tumefacta y si contiene cálculos, a veces la vesícula se encuentra en medio de una pericolecistitis que es frecuente en ciertos casos observar ; notándose entonces que está en el fondo de una escotadura.

Reconocida la vesícula, se efectúa la exploración del cístico y del colédoco, siendo a veces fácil esta exploración, otras es necesario efectuarla por medio del índice que reconoce la vesícula y recorrer su cara inferior hasta el cuello, luego el cístico y en esta forma penetrar en el hiatus de Winslow, es decir, en el espacio comprendido debajo del hígado y de epiplón gastro-hepático ; siguiendo el cístico llegamos a encontrar el hepático que se encuen-

tra arriba y el colédoco por debajo. Para llegar más fácilmente a los canales citados, Kehr indica la siguiente maniobra: el cirujano da la espalda a la herida y a la cara inferior del hígado, lleva su mano izquierda hacia atrás y con su cara palmar mirando la herida, es decir, hacia el híleo del órgano.

Otras veces cuando no se encuentran el o los cálculos en la porción supra-pancreática que es lo común, es necesario explorar las porciones retro-pancreática y duodeno intersticial del colédoco, siendo la exploración mucho más difícil, pues como estas porciones no se presentan a la vista del cirujano, éste tiene que hacer un sondaje, pasando muchas veces la sonda entre la pared y el cálculo, haciendo creer que no existen, siendo su existencia confirmada por el drenaje de los conductos.

Conocidos el estado anatómico y los signos clínicos, se procede hacer la intervención que convenga. Para la litiasis vesicular pura describiremos la colecistostomía y la colecistectomía, contando cada una de ellas con numerosos partidarios; y para los casos de litiasis de los conductos biliares principales describiremos la coledocotomía y el drenaje del hepático.

Colecistostomía — Como sabemos la colecistostomía es el abocamiento de la vesícula al exterior,

es decir, a la pared abdominal; si procedemos a hacerla la efectuaremos según Lawson-Tait en un tiempo, y según el estado de la pared la fijaremos o no.

La fijación de la vesícula podemos hacerla de dos modos, fijando primero la vesícula a la pared, y después se incinde: «llámase colecistostomía a fijación 1ª e incisión última»; la segunda forma, que es la más usual porque facilita la exploración, es la incisión de la vesícula primero y después se fija a la pared: «es la colecistostomía a incisión primera y fijación última»; en esta forma además de una fácil exploración de los canales, la evacuación de los cálculos y el cateterismo de las vías principales se hacía más fácilmente; es una intervención más completa.

Aislada la vesícula con compresa para evitar el derrame de líquido en el peritoneo, se fija con pinzas y se punza si está muy llena; una vez vaciada de su contenido se extiende su fondo y se incinde con bisturí o tijeras en una extensión de 2 a 4 centímetros, pasando la sección por el agujero donde se efectuó la punción.

Una vez hecho ésto y abierta la vesícula, se examina su cavidad y se extraen el o los cálculos que existan y el contenido líquido que hubiera quedado a pesar de la punción; se examina el cístico

para ver si deja correr la bilis, en este caso indicaría que está permeable, se introduce un tubo de goma y sobre él cerramos la vesícula por medio de una jareta, teniendo cuidado que el reborde mucoso quede invertido para que una vez retirado el drenaje queden las dos superficies serosas en contacto. En otros casos cuando no se pueda hacer la marsupialización se coloca debajo de ella; entre la abertura y la incisión del abdomen, y de esta manera se evita que el líquido segregado contamine el peritoneo.

Terminada la intervención, se cierra la pared abdominal en varios planos, dejando sin suturar el espacio por donde pasa el drenaje.

Colecistectomía — Para extirpar la vesícula dos técnicas se pueden seguir; la clásica de Langenbuch aconsejada por Mayo-Robson que Gosset hoy la metodiza muy bien. En ésta se hace una ectomía de adelante atrás, pero destruyendo ante todo las adherencias que unen todo el sistema biliar con los órganos vecinos, para separar la vesícula de la cara inferior del hígado exteriorizada por el ayudante.

Tomamos el fondo de la vesícula con una pinza, y el seno cisto-hepático se incinde con bisturí o con una tijera roma, o sino a dedos tratamos de desprender la vesícula del lecho hepático, producién-

dose a veces una hemorragia en napa que obliga a hacer un taponamiento ; se sigue desprendiendo su cuello hasta llegar al cístico que también se desprende con mucho cuidado para evitar que se desgare o que algún cálculo se corra hacia el colédoco.

La vesícula y el cístico desprendido de sus vasos sanguíneos y linfáticos que los acompañan se dejan ; se toma todo el pedículo y se liga el canal cístico y la arteria cística ; unos ligan en block y otros por separado, debiendo hacerse estas ligaduras con el mayor cuidado.

El cístico debe ligarse lo más cerca posible del colédoco, pues de esta manera se evita quede un fondo de saco que podría dilatarse por la bilis y convertirse en una «vesícula en miniatura», sitio adecuado para nuevas recidivas ; también tendremos cuidado de no incluir en la ligadura el colédoco, para evitar ésto se debe traccionar mucho el cístico.

Se toma muy cerca de la ligadura el pedículo con una pinza, y en esta forma al seccionarlo con el termocauterio se evitará que su contenido se derrame en el peritoneo, la extremidad de muñón que queda se cauteriza.

En el lecho vesicular se coloca un drenaje con gasa en contacto con el muñón, pues suele generalmente, a pesar de la ligadura perfecta y de la

hemostasia, acumularse bilis y sangre, que de este modo las drenará.

Se cierra la pared abdominal dejando un espacio para que salga el drenaje que se retirará al segundo día más o menos ; otras veces hay que dejarlo varios días, si vemos que hay tendencia a hemorragias, pues corre el peligro que si lo retiramos se presente una hemorragia con resultados fatales para la enferma (obs. 32).

La colecistectomía de Mayo-Robson o colecistectomía retrógrada, llamada también de abajo para arriba está fundada en la siguiente observación, que un órgano hueco se extrae más fácilmente cuando se trata de extirparlo en sentido contrario a la corriente que por él circula, ligando previamente sus pedículos vasculares y de excreción. Siguiendo la técnica de Mayo-Robson se desprende primero el cístico, luego la arteria cística, se ligan y se continúa desprendiendo el cuello y el fondo de la vesícula.

Reproducimos la técnica que ideó Gosset en el año 1913 : «Se busca el cístico traccionando la vesícula hasta ponerlo en evidencia y siguiendo su cara inferior se llega al colédoco».

Piensa que cuando el pedículo hepático está libre de adherencias lo más simple es ir directamente al colédoco. Para ello el ayudante baja el ángulo

del duodeno e inmediatamente encima de este ángulo, a través de algunos vasos que parten y llegan al duodeno se ve el colédoco y se le reconoce por su volumen que puede llegar a ser del tamaño del pulgar, y sobre todo por su color blanco grisáceo y su dirección; el peritoneo es muy delgado y transparente a este nivel y es suficiente un golpe de dedo envuelto en gasa para dejar al descubierto la parte anterior del colédoco.

«El colédoco se ha denudado, pero el cístico no aparece aun cuando la denudación se haya efectuado en el sitio de su confluencia; para hacerlo aparecer es necesario incindir a bisturí la hoja peritoneal que se adosa al lado externo del colédoco y que es la parte más baja del mesocisto, se trata de una capa gruesa con bastante grasa en medio de la cual se halla la porción terminal del cístico. Con una sonda a canalada se debe buscar maniobrando con suavidad a pequeños golpes de vaiven sobre el lado derecho del colédoco un cordón amarillento de paredes gruesas y de dirección casi vertical a éste; una vez reconocido se aísla y se pasa por debajo una aguja Desclamps con catgut; se hace la ligadura y se secciona entre ésta y una pinza Kocher, aparece una gota de bilis que demuestra que es realmente el cístico el que se ha cortado».

Se objetará que esta maniobra sólo puede efec-

tuarse en los casos en que las vías biliares estén normales. Sin embargo, no es así, pues aún en los casos de lesiones muy antiguas en que la esclerosis de los tejidos es muy marcada la porción terminal del cístico está sana y es fácilmente ligable en la mayoría de los casos.

Seccionar el canal cístico es la base de la colecistectomía retrógrada, una vez ejecutado este tiempo el resto de la operación se hace rápidamente y no expone a ningún riesgo.

Desde que el cístico se ha ligado al ras del colédoco y ha sido seccionado, se puede seguir su desprendimiento de atrás a adelante.

Haciendo tracción hacia afuera del cístico y el cuello, se pone de manifiesto el pedículo vascular de la vesícula y se hace una ligadura de la arteria para asegurar una hemostasia definitiva.

La vesícula y la pinza que cierra el cístico son tomadas por el cirujano con la mano izquierda y con el índice de la misma trabaja en desprenderla de atrás a adelante, mientras que la tijera manejada con la mano derecha colabora en esta tarea seccionando las láminas del mesocisto.

Este tiempo es rápido y se efectúa siempre por el buen plano de clivage siendo mucho menos hemorrágico que cuando se procede del fondo hacia el cuello; permite también conservar bastante pe-

ritoneo para una reparación más fácil y mejor drenaje.

Estas operaciones son, como dijimos anteriormente, para las colecistitis calculosas simples ; pero cuando el proceso llega a complicar las vías biliares principales, es necesario por lo avanzado de la afección hacer además de la colecistectomía una coledocotomía con drenaje del hepático.

La colecistectomía con drenaje del hepático fué ideada por Kehr ; por ésto a esta conjunción se le llama operación de Kehr.

Antes y no hace mucho tiempo se hacía el cateterismo de las vías biliares deslizando un explorador por el conducto cístico en los casos de colecistostomía, fístula biliar o coledocotomía, pero hoy sólo se hace durante el curso de una coledocotomía, operación que está indicada cuando existen cálculos en el colédoco.

El cateterismo del colédoco se hace por medio de un explorador que se introduce por incisión del canal, el explorador se dirige hacia el hígado de modo que recorra también el canal hepático ; y con otro explorador nos dirigimos hacia el duodeno que se revela al atravesar el esfínter de Oddi por una sensación particular. Con estas exploraciones estamos basados en la existencia de cálculos enclavados, por la sensación particular que nos transmite el explo-

rador ante la presencia de ellos, facilitando también su movilización para que puedan ser extraídos con pinzas adecuadas ; pero otras veces el explorador no nos da signo ninguno, pues pasa entre el cálculo y la pared, o sino rechaza los cálculos enclavándolos más lejos ; como ésta es una maniobra que en ciertos casos es insegura y algo dificultosa, por este motivo hoy al hacer una coledocotomía, se hace ; además de la exploración de los canales seguida de un drenaje del hepático.

Debemos tener presente cuando el explorador nos dé la sensación de alguna induración o tumefacción en el colédoco, sospechar en la existencia de cálculos, pero también pensar en ganglios (1) o en un pequeño neoplasma.

Determinado y reconocido el colédoco lo fijamos y protegemos la región con compresas para evitar el derrame de la bilis en el abdomen ; se incinde el canal sobre el cálculo y paralela al eje del canal, tomando los labios de la herida con pinzas Kocher ; la pequeña hemorragia producida por las venículas de la pared de conducto cuando se cortan,

(1) Varios ganglios linfáticos palpables se sitúan en el trayecto del colédoco, dos son casi constantes y pueden ser motivo de confusión, el que está situado en el punto de confluencia del cístico y del hepático, y el que está situado en el borde libre del pequeño epiplón.

es poco abundante haciéndose la hemostasia muy fácilmente ; otras veces la sangre es mucha y perturba la extracción de la piedra ; entonces se rechaza el cálculo con el dedo hacia adelante para poderlo tomar con una pinza y extraerlo.

Extraído el cálculo si es único, observaremos que la bilis se derrama rítmicamente por los movimientos respiratorios ; la extracción de la piedra debe efectuarse con mucho cuidado para evitar que la bilis séptica se derrame en la cavidad peritoneal. Se sigue explorando con mucha precaución hacia el hígado y hacia el duodeno, pues suelen existir otros cálculos que deben ser extraídos, teniendo cuidado de no rechazarlos y enclavarlos más lejos.

Por ésto la exploración debe ser efectuada con toda delicadeza, y si el cateter revela un cuerpo sospechoso, la mano izquierda contribuirá con su palpación externa a constatar la naturaleza del cuerpo descubierto por la sonda.

Después de extraídos todos los cálculos, el drenaje de la bilis hacia el exterior garantiza la operación ; para que el drenaje sea eficaz se introduce una sonda número 15 a 20 hasta el hepático, fijándola al colédoco. También se usan tubos de goma, sondas de la misma naturaleza y de formas especiales. Kehr ha hecho construir un tubo en T, bas-

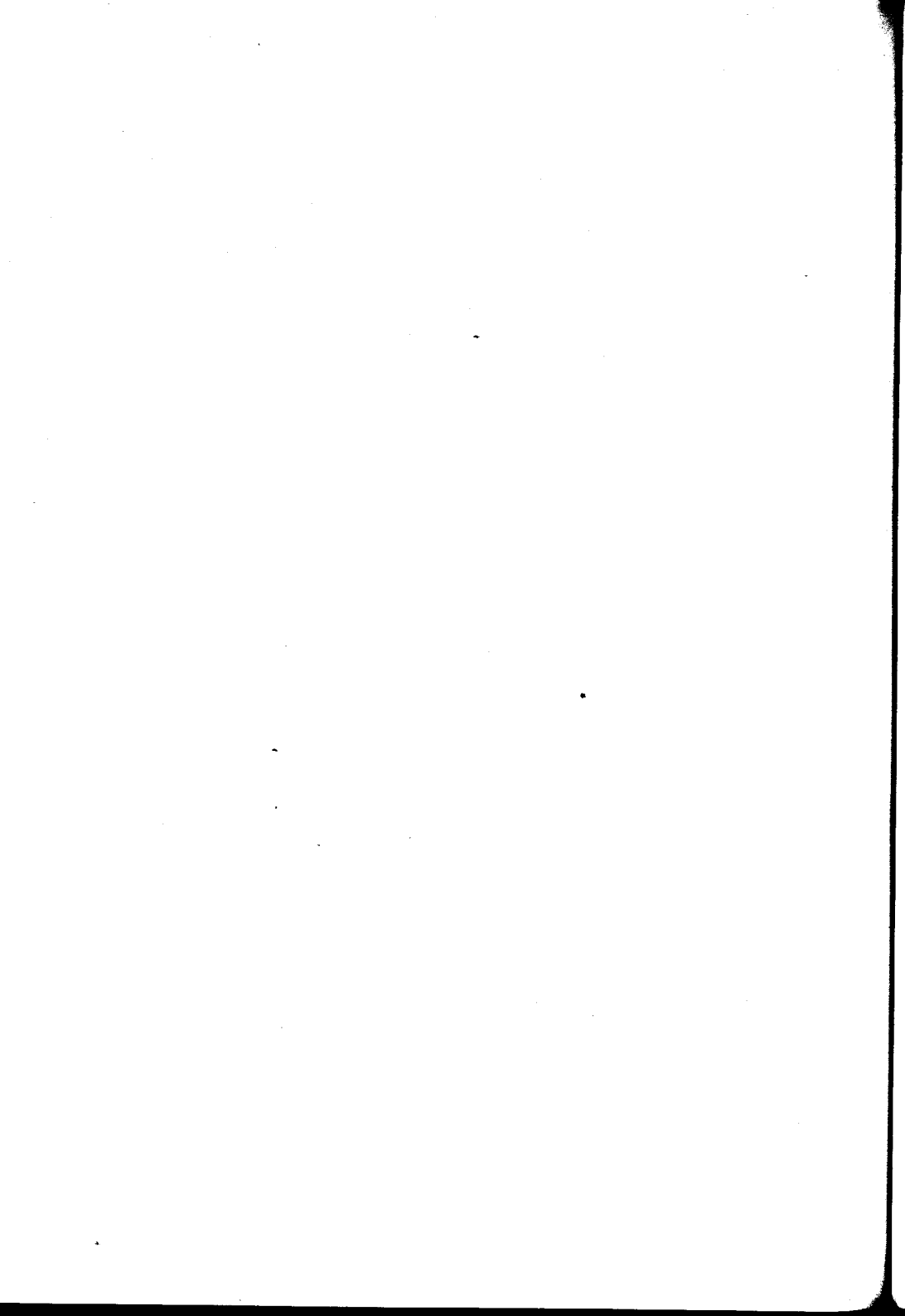
tando para ésto una sonda Nelaton, a la cual se le corta la punta.

Este drenaje con el tubo en T tiene sus ventajas, permitiendo a la bilis derramarse al mismo tiempo hacia el exterior, el intestino y la última porción del colédoco, que recibiendo bilis continuamente se infestará menos fácilmente, y las pequeñas partículas de cálculos y concreciones que hayan quedado podrán ser arrastradas por la corriente biliar, evitando nuevas contaminaciones.

La sonda se fija con un punto de seda al canal biliar y sobre ella se sutura, a este drenaje se agregan unas mechas de gasa que rodean al tubo desde la herida del conducto hasta el vientre, evitando este taponamiento que la bilis pueda derramarse.

Se sutura en dos o tres planos, dejando sin suturar el ojal que corresponde al tubo y a las gasas del drenaje; la sonda se une a un tubo de goma que va al recipiente.

En ciertos casos el tubo en T se deja 15 a 20 días; se renuevan las gasas acortándolas hasta que la herida cierre definitivamente.



Cuidados post-operatorios y complicaciones

En las intervenciones efectuadas en vías biliares, hay que tener todos los cuidados y precauciones que requieren los operados de vientre ; tanto la preparación de la operación como los cuidados post-operatorios deben estar en relación con la naturaleza del enfermo y de la operación que ha sufrido, aumentando su terapéutica si fuera necesario y combatiendo por todos los medios a nuestro alcance la adinamia profunda, las hemorragias y vómitos que suelen presentarse en unos y otros casos.

En todos los operados la curación debe cambiarse diariamente, no tocando el drenaje las primeras 48 horas.

La extracción del drenaje varía en cada enfermo por las distintas normas de conducta a seguir en cada uno de ellos, impidiendo por ésto que se puedan dar reglas generales para las curaciones.

Sin embargo, los drenajes con gasas se pueden extraer a los 2 y hasta 8 días después de la operación, colocando en cambio otra más chica que se dejará el tiempo que se crea necesario, guiados siempre por la cantidad y calidad de la secreción y del estado que el enfermo nos sugiera.

En la colecistostomía el tubo no debe retirarse antes de los 20 días, y en estos casos nos fijaremos si la bilis fluye en gran cantidad y si es límpida y homogénea.

El tubo para el drenaje del hepático debe vigilarse mucho, si está protegido desde su salida del abdomen, si está obstruido por mucus y sangre, y si lo está tratar de dejarlo bien permeable. Kehr a este drenaje lo deja de 2 a 3 semanas, que lo suprime, quedando una fístula que en pocos días cicatriza.

En cuanto a la alimentación, la dieta hídrica está indicada durante las 12 o 24 primeras horas, siguiendo después con dieta láctea durante unos días, hasta hacer una alimentación mixta.

Si el estado del enfermo es precario, las inyecciones de suero fisiológico y de aceite alcanforado están indicadas; también se dará según el sistema circulatorio lo exija, estriknina, digitalina, etc. En una palabra, debe observarse el estado general del

enfermo, haciendo las prescripciones que sus diversos síntomas requieran.

El momento en que el enfermo pueda levantarse varía con la naturaleza de la operación sufrida y el estado general en que se encuentre; así cuando la operación fué hecha en los canales profundos el drenaje en estos casos es más amplio; por lo tanto, la permanencia en cama se prolonga según los casos.

COMPLICACIONES

Las complicaciones que suelen presentarse en los operados de las vías biliares son de distinta naturaleza, pudiendo ser ellas inmediatas a la operación o pasados algunos días.

Sabemos que los hepáticos y los ictéricos tienen una tendencia muy marcada a las hemorragias; de ahí, la importancia que le hemos dado al hablar de los cuidados pre-operatorios del tratamiento preventivo, sobre todo en los ictéricos y viejos calculosos.

La hemorragia colémica puede ser una complicación del acto operatorio mismo, no dependiendo del cirujano que a pesar de haber hecho una hemostasia perfecta, ésta se presenta no pudiéndose

contener, pues es una hemorragia en napa que la superficie cruenta de la herida operatoria vierte en todos sus planos.

Otras veces se presenta como complicación tardía, es decir, en los primeros días que siguen a la operación o cuando se retiran las gasas.

Esta es producida por venas de la pared de la vesícula, por ramas de la arteria cística y por los capilares del lecho hepático, siendo éstos los puntos de partida de una hemorragia inquietante que a pesar de un tratamiento bien adecuado concluyen con la vida del enfermo. Las hemorragias de las mucosas suelen en ciertos casos presentarse con los caracteres de una hemorragia profusa, y se manifiestan en forma de epistaxis, hematémesis, hemóptisis, melena, etc., revelando el síndrome de ictericia grave.

Otras veces, por causa de las adherencias de la región, se hace la ligadura de la arteria cística en bloque junto con el canal cístico; esta ligadura se hace en malas condiciones, pues ella comprende un canal y un vaso en malas condiciones anatómicas, influyendo esta causa en la poca coagulabilidad de la sangre que favorecía a una hemorragia secundaria, y nos vemos obligados a hacer una nueva intervención para salvar la vida del enfermo.

La infección es una complicación post-operato-

ria grave ; se revela muchas veces como un reagudamiento de una ya existente a consecuencia de una angiocolitis o de una angiolecistitis que ha obligado a una intervención de urgencia y que ésta con el drenaje ha podido dominar la toxemia ya iniciada.

La infección peritoneal puede producirse, pero no hablamos de la infección peritoneal en un enfermo sin manifestaciones ni sospecha de contaminación ; pues la asepsia, los ayudantes y las precauciones relativas al caso, forman parte integrante de la preparación actual de la cirugía moderna. Pero en cambio por causa de la perforación de una vía biliar cualquiera, la vesícula generalmente, por causa de una colecistitis purulenta o de una angiopericolicitis, el cirujano interviene, pero en pésimas condiciones, no llegando a detener la infección peritoneal que está en evolución.

La infección puede evitarse de dos maneras : preventivamente, sea por la intervención precoz, no esperando a que la litiasis llegue a un estado avanzado, o por los cuidados pre-operatorios.

En los enfermos con una infección inminente o que ha estallado, deben tratarse en sostener el estado general por todos los medios a nuestro alcance para dejarlo en mejores condiciones de resistencia y poder luchar contra gérmenes muy virulen-

tos como el *B. coli*, de manera que los cuidados pre-operatorios como la técnica que hoy se observa son los mejores medios de evitarla.

Las infecciones biliares a *pneumococos* son raras ; sin embargo, se encuentran casos donde el pneumococo existe, sea asociado al coli-bacilo o a otros piógenos.

En estos casos pueden complicarse de septicemia con pasaje del microbio a la sangre y la aparición de manifestaciones alejadas sobre el endocardio o las meninges. Los enfermos presentan en estas condiciones al poco tiempo del pasaje de pneumococo a la circulación los síntomas de una endocarditis aguda o de una meningitis, con cefalalgias intensas, dolores en la nuca, líquido céfalo-raquídeo turbio con las reacciones de Rivolta y Nones positivas.

El pronóstico es bastante sombrío, sucumbiendo los enfermos a los pocos días de la aparición de esta complicación.

La ictericia persistente se señala como una complicación, pero puede responder a diversas causas, como a una infección nueva cuando es pasajera, cuando no se ha hecho perfectamente el cateterismo de las vías biliares y un cálculo ha quedado enclavado, a una pancreatitis o a un tumor de vecindad

o concomitante de las vías biliares. En la mayoría de estos casos el drenaje la hará desaparecer.

Las complicaciones del aparato respiratorio suelen observarse, pero no son tan frecuentes como cuando se operan en otros órganos; en general, son más benignas y se observan las bronquitis, bronconeumonías, pleuresías, infartos pulmonares, etc.

Los vómitos como manifestaciones del aparato gastro-intestinal suelen presentarse en los operados de litiasis biliar, a veces con el carácter de incoercibles, necesitando de una terapéutica tenaz (lavaje de estómago, opción Riverio, purgantes, etcétera)

Una complicación que se presenta después de un tiempo variable del acto operatorio, es la del aparato circulatorio, manifestándose con taquicardias, pulso pequeño, lipotimias, vértigo, etc., responden todas ellas a una medicación toni-cardíaca apropiada. Esta complicación suele manifestarse con una predisposición particular en enfermos con ictericias, fiebre y caquexia, atacando el miocardio y hasta complicada con fenómenos de insuficiencia hepato-renal

Las complicaciones extra-hepáticas mecánicas a que un cálculo podía provocar por su migración fuera de los conductos naturales, se tenían muy en cuenta hasta hace poco tiempo; porque las compli-

caciones de naturaleza infecciosa que puede provocar la litiasis sobre los órganos vecinos y los estudios más profundos que sobre este tema se han hecho, ha sido ésta la causa para que las complicaciones de génesis mecánica estén dotadas de menor interés. Las complicaciones extra-hepáticas mecánicas que deben tenerse en cuenta son : la obstrucción intestinal y la obstrucción permanente del píloro.

Muchas veces una vesícula inflamada da lugar a un proceso flegmonoso de vecindad, y este interesando la pared abdominal forma el flegmón biliar o una fístula de origen litiásico. Este flegmón se sitúa en la pared anterior del abdomen, abriéndose otras veces en la región lumbar, es también muchas veces el origen de fístulas biliares, que como accidente espontáneo de origen litiásico, son raras.

Otras veces la fístula se establece entre las vías biliares y los órganos vecinos debido que el cálculo al migrar lo hace sobre uno de ellos, así se establecen fístula con el estómago duodeno y colon.

Sabemos las íntimas relaciones anatómicas que existen entre el duodeno y las vías biliares, siendo ésta la causa de la mayor frecuencia de las fístulas duodenales ; la fístula de la vesícula en esta porción del intestino es mucho más frecuente que

en cualquier otra porción del intestino delgado, recordando sólo para explicar este hecho las íntimas relaciones que vinculan al colédoco con el duodeno.

Además de los trastornos gástricos mencionados, la litiasis origina muy a menudo trastornos intestinales (diarrea, constipación, etc.), llegando muchas veces a producir, como lo hemos dicho anteriormente, estenosis intestinales por piedras acumuladas en la vesícula que comprimen la parte vecina al intestino.

El cálculo en el intestino puede producir una obstrucción intestinal con todos sus síntomas clásicos, produciendo otras una oclusión.

La oclusión intestinal por cálculos biliares es un fenómeno que se observa muy a menudo, sobre todo en las mujeres de cierta edad; sus síntomas son muy variables.

La inflamación crónica del páncreas y las pancreatitis agudas, han sido observadas como causa de la litiasis.

¿A qué se deben todas estas complicaciones?

Analizada la patogenia de cada una de ellas, vemos que están vinculadas a la afección hepática que nos ocupa.

Las estadísticas extranjeras como las nacionales, nos prueban que el fracaso operatorio está en relación con la demora en la intervención, que cuando

el enfermo es intervenido se encuentra agotado por la lucha sostenida y un estado de menor resistencia para el acto operatorio, siendo su pronóstico muy sombrío, pues la intervención además de ser laboriosa, las complicaciones se presentan fácilmente, cuando el anestésico no produce el desequilibrio fatal, para ese organismo que hasta este momento soportaba la lesión glandular.

Conclusiones

I

El tratamiento quirúrgico se impone, si con un tratamiento médico oportuno y bien llevado, no se observa una mejoría franca y rápida. De esta manera se evitan las complicaciones y la vida del enfermo no se compromete.

II

La operación de elección para la litiasis vesicular es la colecistectomía.

III

La operación de Kehr es la de elección para la litiasis complicada con las vías biliares superiores.

IV

La colecistostomía debe practicarse en aquellas enfermas que presentan un estado grave dependiente de una litiasis vesicular pura infectada (empiema), y sobre todo cuando la ectomía podría prolongar la intervención por las adherencias, hepatomegalia, etc.

JUAN CARLOS OLIVER.

Bibliografía

- Achard* — Litiasis de la vesícula biliar. — Tesis, Buenos Aires, 1909.
- Arce* — El tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar. — Congreso Científico P. A., Chile 1908.
- Arizzi* — Litiasis biliar.—Tesis, Buenos Aires 1909.
- Alvarenga F.* — Tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar.—Tesis, Buenos Aires 1915.
- Aravalos* — Colectomía en la litiasis biliar.— C. M. Argentino, 1905.
- Aschoff* — Und Bacmeister, Die cholelithiasis. — Jena 1909, Rev. de Chir., 1910.
- Adler* — Zur chirurgie der gallenblase. — Wochensh., 50, 1913.
- Arron* — Drainage des voies biliares. — Bull. Soc. Chir., 1904.
- Bottaro* — Litiasis biliar. Hidropesía de la vesícula. —Revista Médica del Uruguay, pág. 115, 1905.
- Bazy* — Cholecystectomie pour cholecystite calculeu-

- se.—Soc. de Chir., 1908 y Presse Medical, página 158, 1908.
- Berard* — Opinion sur la cholecystectomie. Operation de choix. — Lyon Médical, 1907.
- Bachy* — De la colecystectomie dans la lithiase vesiculaire. — These, Paris 1913.
- Badía* — Litiasis biliar y su tratamiento médico.— Revista de la Sociedad Médica Argentina, tomo 2º, pág. 704.
- Blin* — An experimentale contribution to the treatment of cholelytiasis. — Brit. Med. Journ., pág. 269, 1905.
- Bordes* — Des perforations de la vesicule calculeuse. — These, Paris 1906.
- Bouchard* — Maladies de la nutrition.
- Bonorino Cuenca* — Litiasis biliar., — Tesis, Buenos Aires, 1898.
- Buffé* — De la cholecystectomie sous sereuse. — These, Lyon 1907.
- Callogari A.* — Litiasis biliar. — Tesis, Buenos Aires, 1915.
- Castro J. Viñas* — Colecistectomía. — Rev. Soc. Med. Argentina, 20 de julio 1915.
- Chauffard* — Des indications therap. dans cholclithiase infectée. — Semaine Medicale, 1904.
—Litiasis biliare. — Leçons, 1904.

- La lithiase du choledoque. — *Semaine Medic.*, 1906.
- Cranwell* — Drenaje del canal colédoco.
- Coyon* — Du moment de l'intervention chirurgicale dans les ictères d'origine lithiasique. — *Presse Medicale*, 1902.
- Cotte G.* — Traitement chirurgicale de la lithiase biliaire et de ses complications. Indications opératoires. Choix du procédé. — Paris, 1908.
- Cotte* — Cholecystectomie sous-sereuse. — *Lyon Chirurgical*, 1908.
- Charles* — Cholecystite calculeuse chronique du choledoque. — *Presse Medicale*, 1908.
- Chevalier* — La cholesterine : son rôle physiologique, son emploi en thérapeutique. — *Bull. Gen. de Therapeutique*, 1910.
- Dragon* — De l'occlusion intestinale par calcul biliaire. — *Tesis*, Paris 1891.
- Delagènière* — Technique des opérations sur le vois biliaires. — *Rev. de Gynec. et de Chir.*, 1899.
- Del Pino E.* — Algunas consideraciones sobre la litiasis biliar. — *Tesis*, Buenos Aires 1909.
- Dieulafoy* — Cholecystite et appendicite. — *Bulletin de l'Academie de Medicine*, 1903.
—Pathologie interne.
- Demaría Massey* — Tratamiento de la litiasis biliar. — *Tesis*, Buenos Aires, 1915.

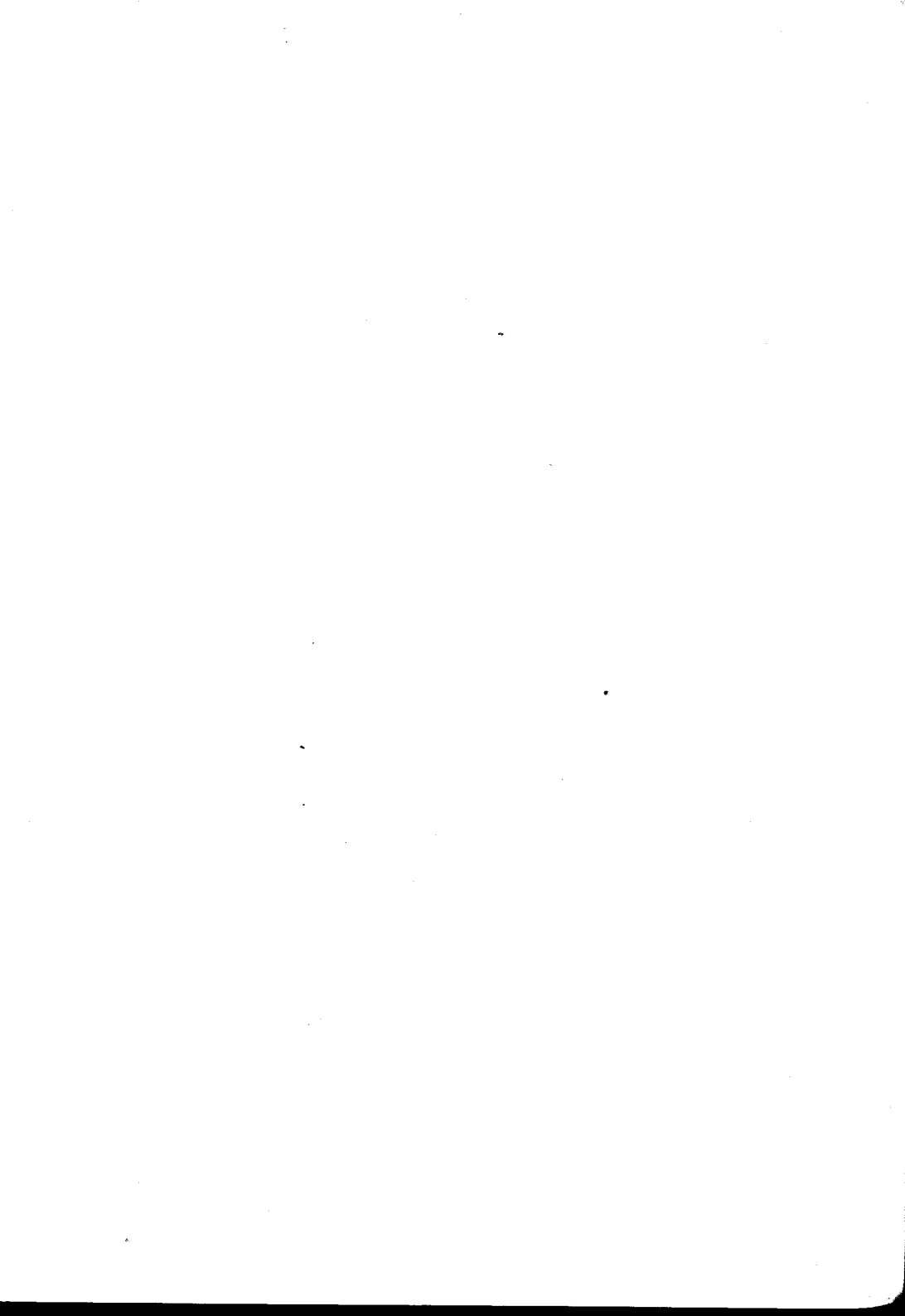
- Denucé* — Tumeurs et calcul de la vesicule biliare.
— Paris, 1888.
- Ehuletche F.* — Obstrucción intestinal por litiasis biliar. — Tesis, Buenos Aires 1909.
- Eliot* — Etiologie, Pathogenie, Traitement. — Thèse, Paris 1910.
- Espil J.* — Litiasis biliar. Diagnóstico y tratamiento. — Tesis, Buenos Aires 1908.
- Fournier* — Origene microbiene de la lithiase biliare.
— Thèse, Paris 1896.
- Flaudin* — Lithiase biliare.
- Français R.* — Des indications operatoires de la lithiase du cholédoque. — Rev. Obst. et Gynec.
- Gutiérrez A.* — Tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar. — Revista de la Sociedad Médica Argentina.
- Galindez A.* — Tratamiento quirúrgico de la litiasis de las vías accesorias. — Tesis, Buenos Aires, 1913.
- Gilbert, Carnot et Fournier* — Le traitement de la lithiase biliare. — Sem. Med., 1908.
- Gosset et Desmacest* — De la cholecystectomie d'arrière en avant. — Presse Medical, 1913.
- Huchard* — Maladies de l'appareil digestive, 1911.
- Hautefort* — Vesicule biliare et lithiase. — Thèse, Paris 1909.

- Hatmann* — Pathogénie de la lithiase. — Presse Médicale, 1898.
- Hermette* — Résultats immédiats et éloignés de la cholecystostomie et de la cholécystectomie. — Thèse, Paris 1907.
- Imaz* — Consideraciones sobre el tratamiento médico de la litiasis biliar, 1913.
- Jorge y Fox* — Consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar. — Sociedad Médica Argentina, 1913.
- Jaboulay* — Cholédotomie. — Lyon Méd., 1903.
- Kehr* — H. Ueber die Blutstillung der arteria cystica. — Muenchener Medizinische Wochenschrift, Febrero 1903.
— Hepaticus drainage. — Zentralblatt Chir., n°. 12, Jan. pag. 3 a 6.
- Launay* — Cholédotomie avec drainage de l'hépatique. — Société de Chirurgie, 1910.
- Lamy* — Fievre typhoïde et lithiase biliare. — Thèse, Paris 1909.
- Laurent* — Lithiase biliare. — Rev. de Chir., 1908.
- Lejars* — Drainage de l'hépatique. — Bull. Soc. Chir., 1904.
- Légué* — Cholédotomie. — Bull. Soc. Chir., 1903.
- Lorand* — Contribution a la pathogénie des calculs biliars, 1905.
- Marenco E.* — Indicación del tratamiento quirúr-

- gico en las afecciones de las vías biliares. — Tesis, Buenos Aires 1908.
- Mathieu* — La lithiase de la voie biliaire principale. —Thése, Paris 1908.
- Maragliano E.* — Angiócolite con colecistite suppurata. — Gazzetta degli ospedali, n°. 20, 1915.
- Mauban* — Les localisations douloureuses de la lithiase biliaire.—Gazette des Hospitaux, n°. 86, 1913.
- Naunyn* — Traitement de la lithiase biliaire — Congrès de Paris, 1900.
- Oliver* — Colecistitis supurada con pericolecistitis y cálculo del cístico.
- Perizena R.* — Colecistectomía en la litiasis biliar. —Tesis, Buenos Aires 1910.
- Pauchet* — De la lithiase biliaire. — Gazette des Hospitaux, 1912.
- Quénu* — Des indications opératoires de la lithiase biliaire. — Rev. Chir., 1908.
- Riedel* — Die Pathogenese. Diagnose und Behandlung des Gallensteinleidens, Jena 1913.
- Robin* — Leçons de clinique thérapeutique. Traitement de la lithiase biliaire et de ses accidents. Bull. Gen. Thérap., 1907.
- Soler F.* — Sobre dos casos de colecistitis aguda con hidropesía de la vesícula. — Rev. Soc. Méd. Argentina, tomo XVI, 1908.

- Severin M.* — Septicémie pneumococcique et méningite pneumococcique á la suite de cholecystite purulente calculeuse et d'angiocholite suppurée. — Rev. Journal de Chir., junio 1913.
- Strümpell* — Patologia speciale medica e terapia, vol. I, Parte II.
- Tuffier* — Indications opératoires dans la lithiase biliaire. — Soc. Chir., 1894.
- Villard* — Cholécystectomie sous-serreuse. — Lyon Médical, 1903.
— L'hidropésie de la vesicule biliaire, 1910.
- Williams E. M.* — Choledocotomie transduodenale pour calcul siégeant au niveau de l'ampoule de Vater. — Rev. Journal de Chir., junio 1913.
- Walton* — Sur la technique opératoire de la cholécystectomie. — Presse Medicale, 1908.
- Zeidler* — Cholecystitis und cholangitis. — Centralb. Chir., pag. 263, 1911.
- Zuccarini* — Cura della litiasi biliaire. — La Clinica Chir., 1907.





Buenos Aires, Mayo 8 de 1916.

Nómbrese al señor Consejero doctor Marcial V. Quroga, ail profesor titular doctor Marcelo Viñas y al profesor extraordinario doctor Francisco Llobet, 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 ».

E. BAZTERRICA

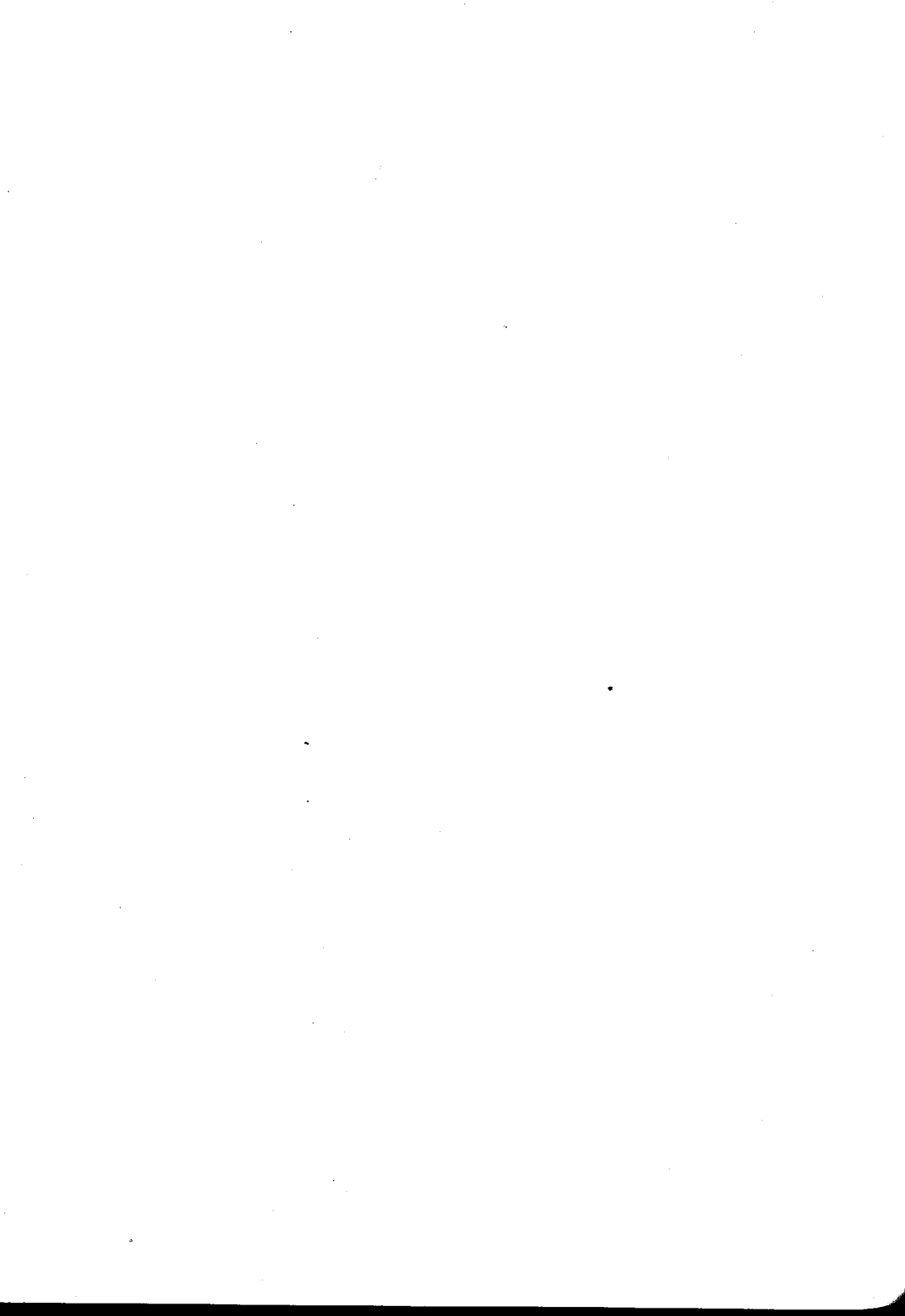
J. A. Gabastou
Secretario.

Buenos Aires, Junio 3 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3126 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Tratamiento terapéutico de la litiasis biliar.

Quiroga.

II

Relaciones patológicas entre las infecciones pancreáticas y biliares.

Marcelo Viñas.

III

Topografía de la litiasis biliar.

F. Llobet.

30570



