



CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTO DE LA LITIASIS BILIAR

11

Año 1914

N.º 2798

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS

Y

TRATAMIENTO DE LA LITIASIS BILIAR

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MARIO MERELLO

Ex-practicante menor externo del Hospital San Roque (1908—1912)
Ex-practicante menor interno del Hospital San Roque (1912—1913)
Ex-practicante mayor interno del Hospital San Roque (1913—1914)



BUENOS AIRES

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

845 — Junín — 863

1914

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. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

Miembros titulares

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

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

* » MARCELINO HERRERA VEGAS

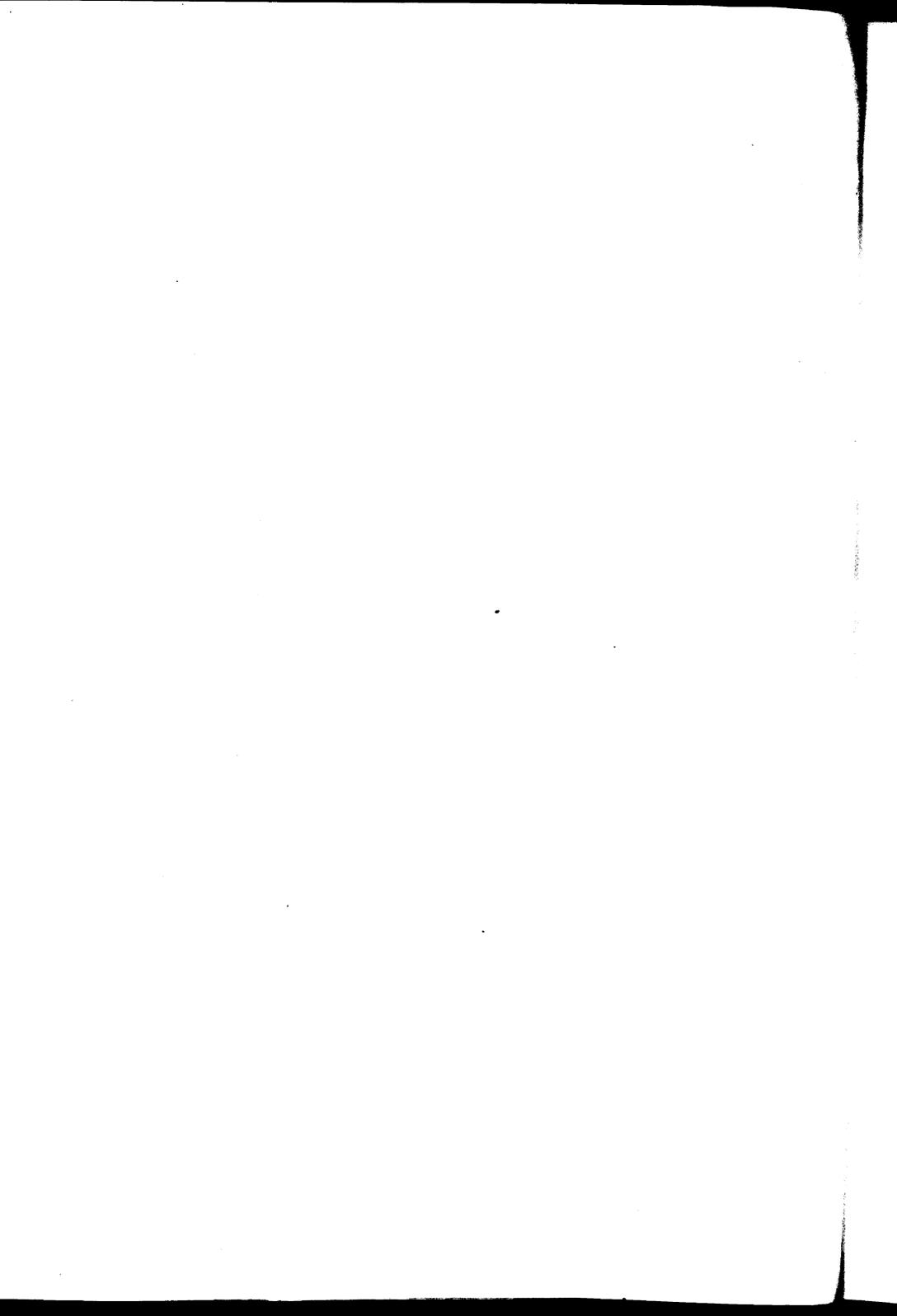


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

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



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

- » » FRANCISCO SICARDI
- » » TELÉMAGO SUSINI
- » » NICASIO ETCHEPAREBORDA
- » » EDUARDO OBEJERO
- » » LUIS GÜEMES
- » » ENRIQUE BAZTERRICA
- » » JUAN A. BOERI (suplente).
- » » ENRIQUE ZÁRATE
- » » PEDRO LACAVERA
- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROSA
- » » JOSÉ ARCE
- » » ABEL AYERZA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» J. T. BACA

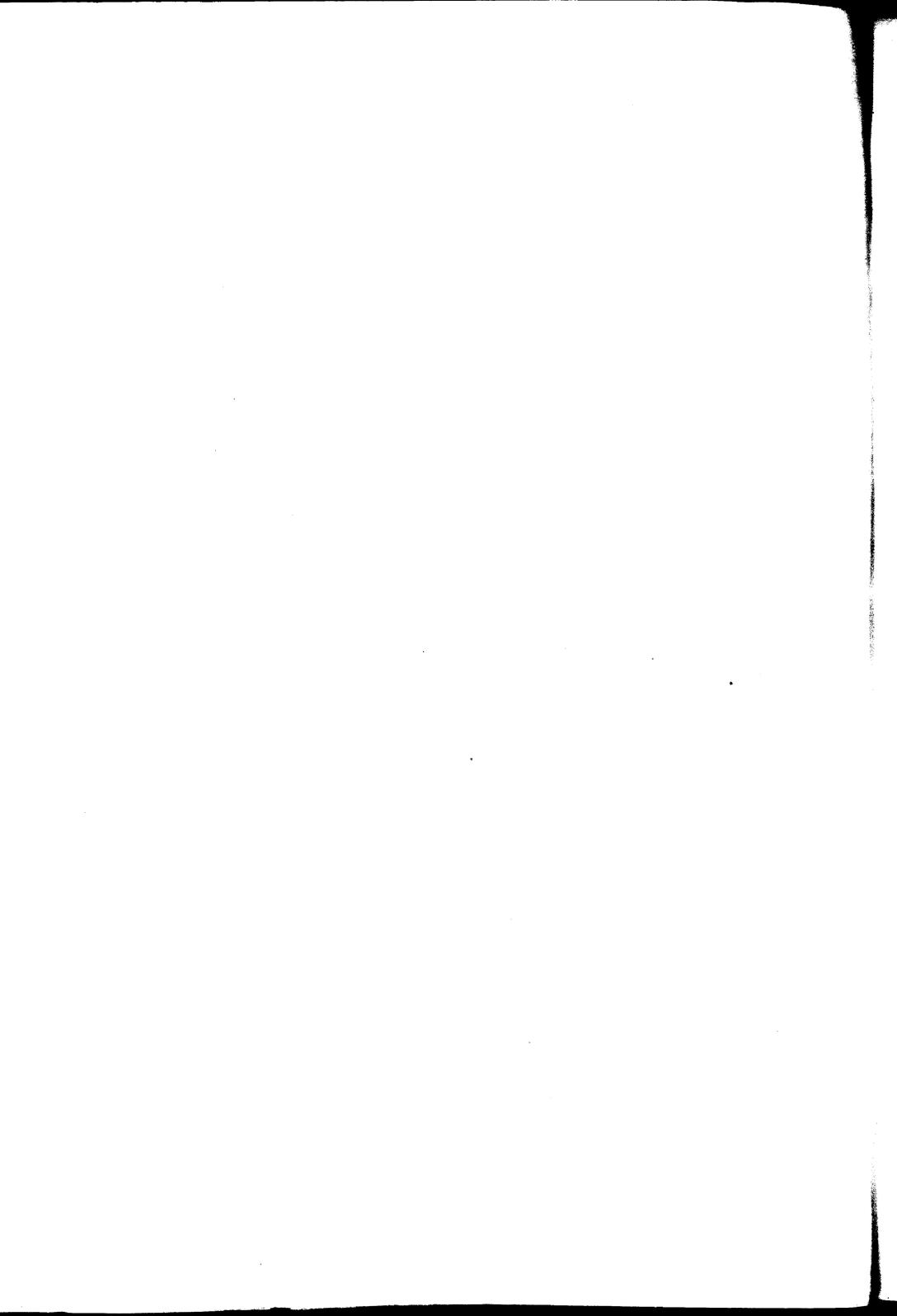
» J. Z. ARCE

» P. N. ARATA

» F. DE VEYGA

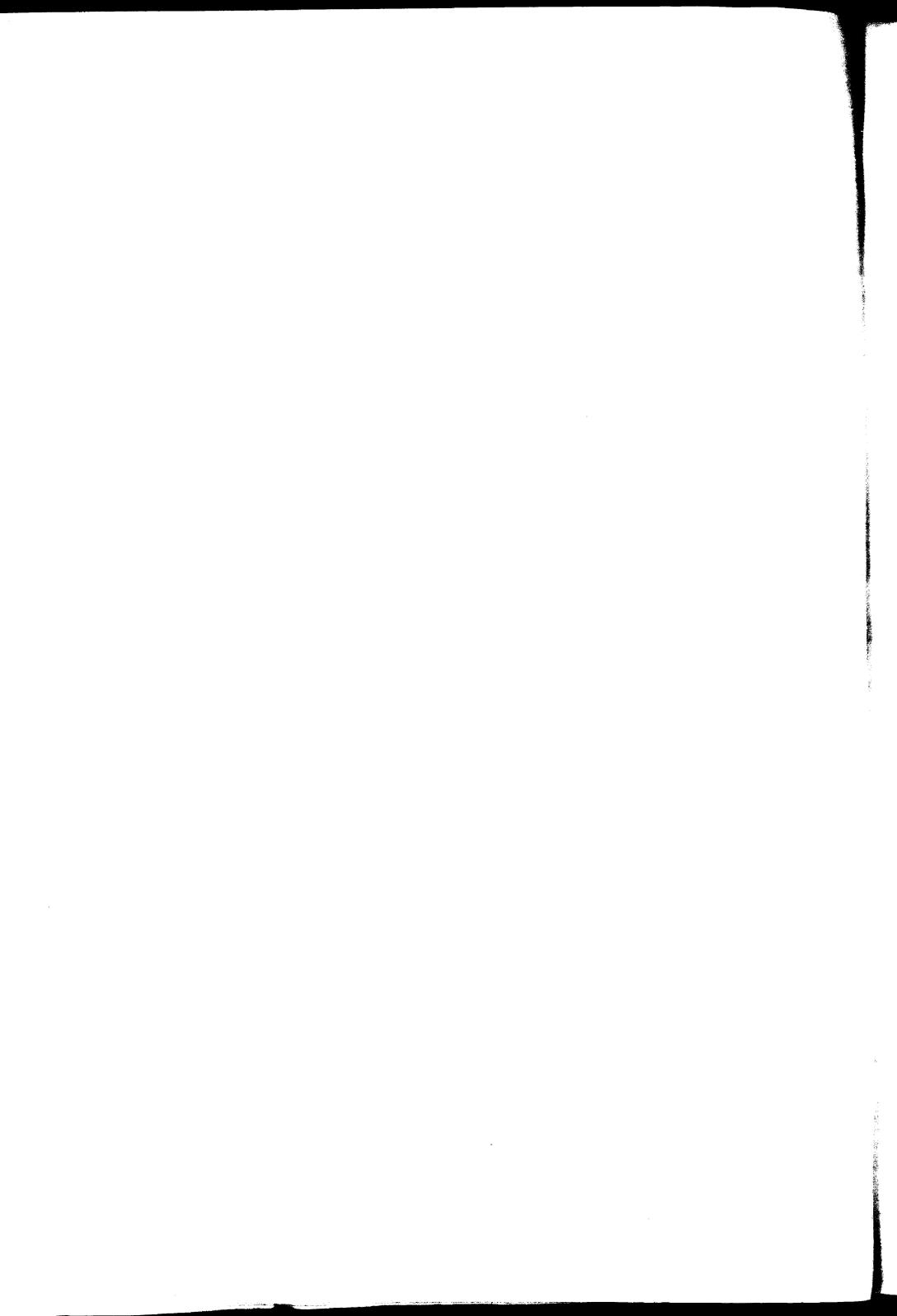
» ELISEO CANTÓN

» J. M. RAMOS MEJÍA



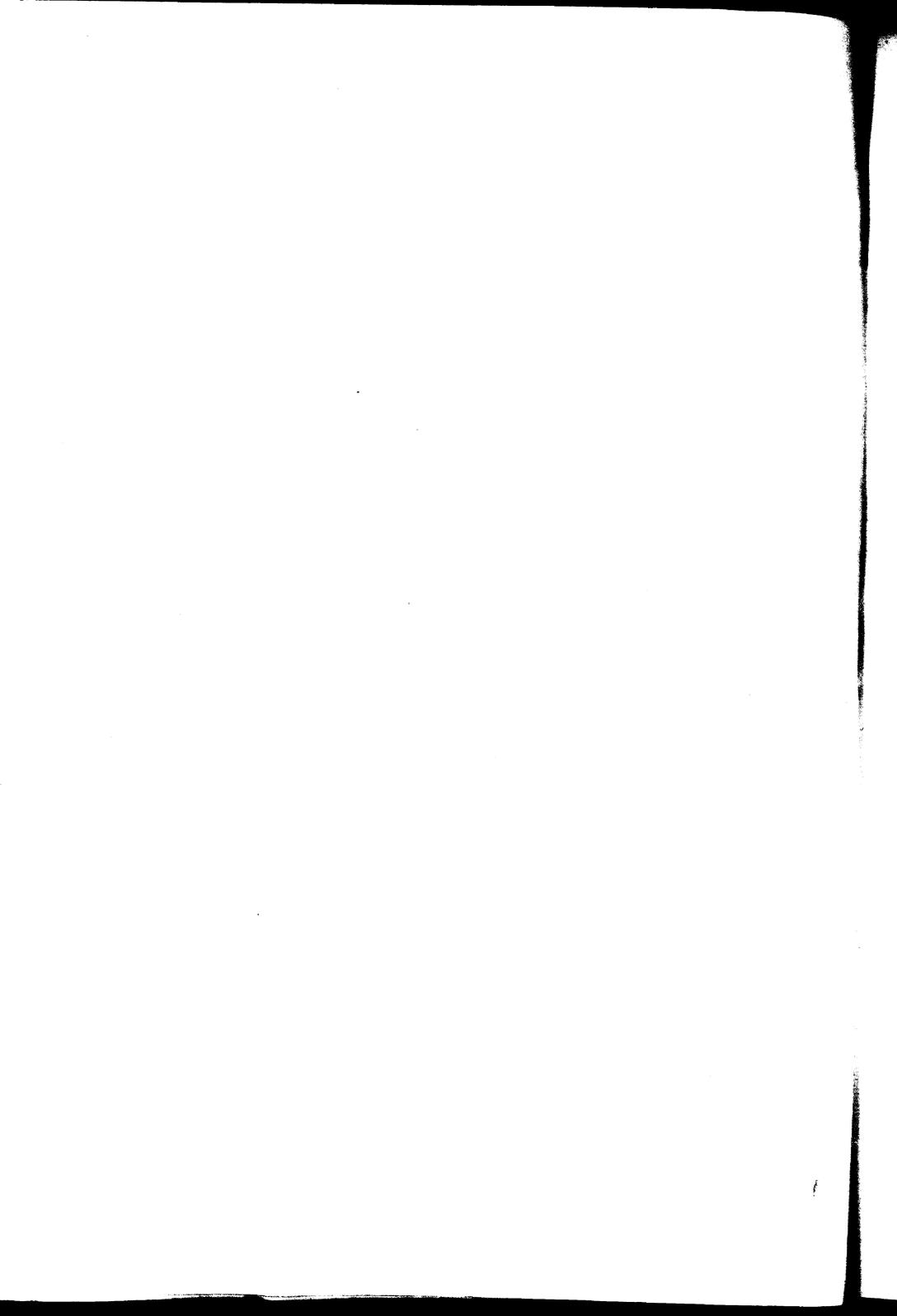
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURASONA
Anatomía Descriptiva	{ » RICARDO S. GÓMEZ » JOSÉ ARCE (interino)
Anatomía Descriptiva	{ » JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA » PEDRO BELOU (interino)
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos {	» GREGORIO ARAOZ ALFARO » DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia	» EUTIMIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEONDRÓ VALLE
Clinica Dermat.-Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO GIBELERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Médica	» LUIS GÜRMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Médica	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica	{ » ANTONIO C. GANDOLFO » MARCELO VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGELO M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA



PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALGIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
* Psiquiátrica.....	» JOSÉ T. BORDA

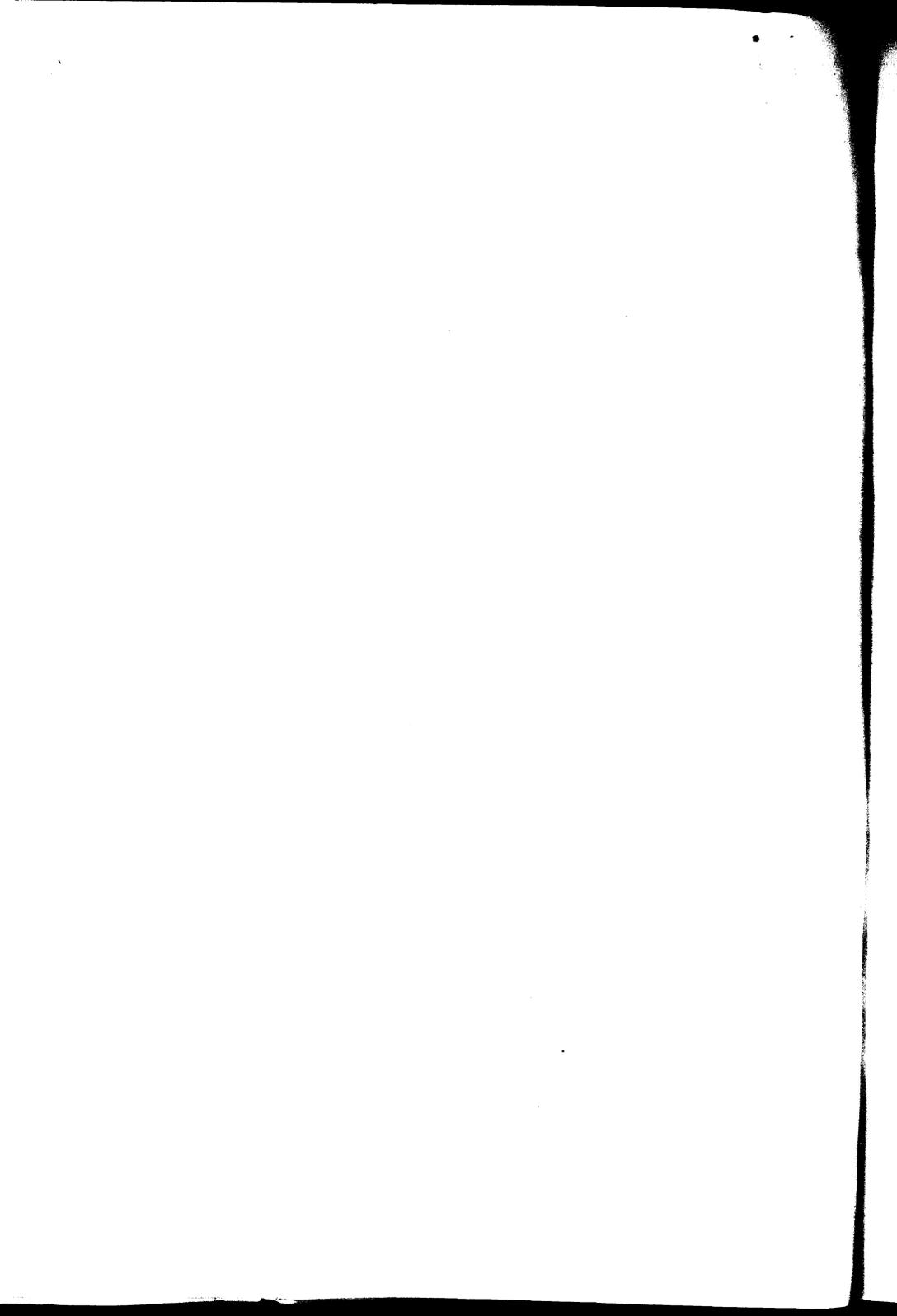


ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Fisiología general y humana..	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.....	» FELIPE JUSTO
Semiología.....	» MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	» ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapia.....	» CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Patología externa.....	» JOSÉ MORENO
Clinica Dermat. ^a Siflográfica..	» PEDRO CHUTRO
» Génito-urinaria.....	» CARLOS ROBERTSON
Clinica Epidemiológica.....	» NICOLÁS V. GRECO
Patología interna.....	» PEDRO L. BALIÑA
Clinica Oftalmológica.....	» BERNARDINO MARAINI
» oto-rino-laringológica..	» JOAQUÍN NIN POSADAS
» Quirúrgica.....	» FERNANDO R. TORRES
» Médica.....	» PEDRO LABAQUI
» Pediátrica.....	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
» Ginecológica.....	» ENRIQUE DEMARÍA
» Obstétrica.....	» ADOLFO NOCETTI
Medicina Legal.....	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO MORSALINE
	» RAFAEL BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» M. R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	» JOAQUIN V. GNECCO



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 BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	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 extraordinarios

Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
--	-----------------------

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

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



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

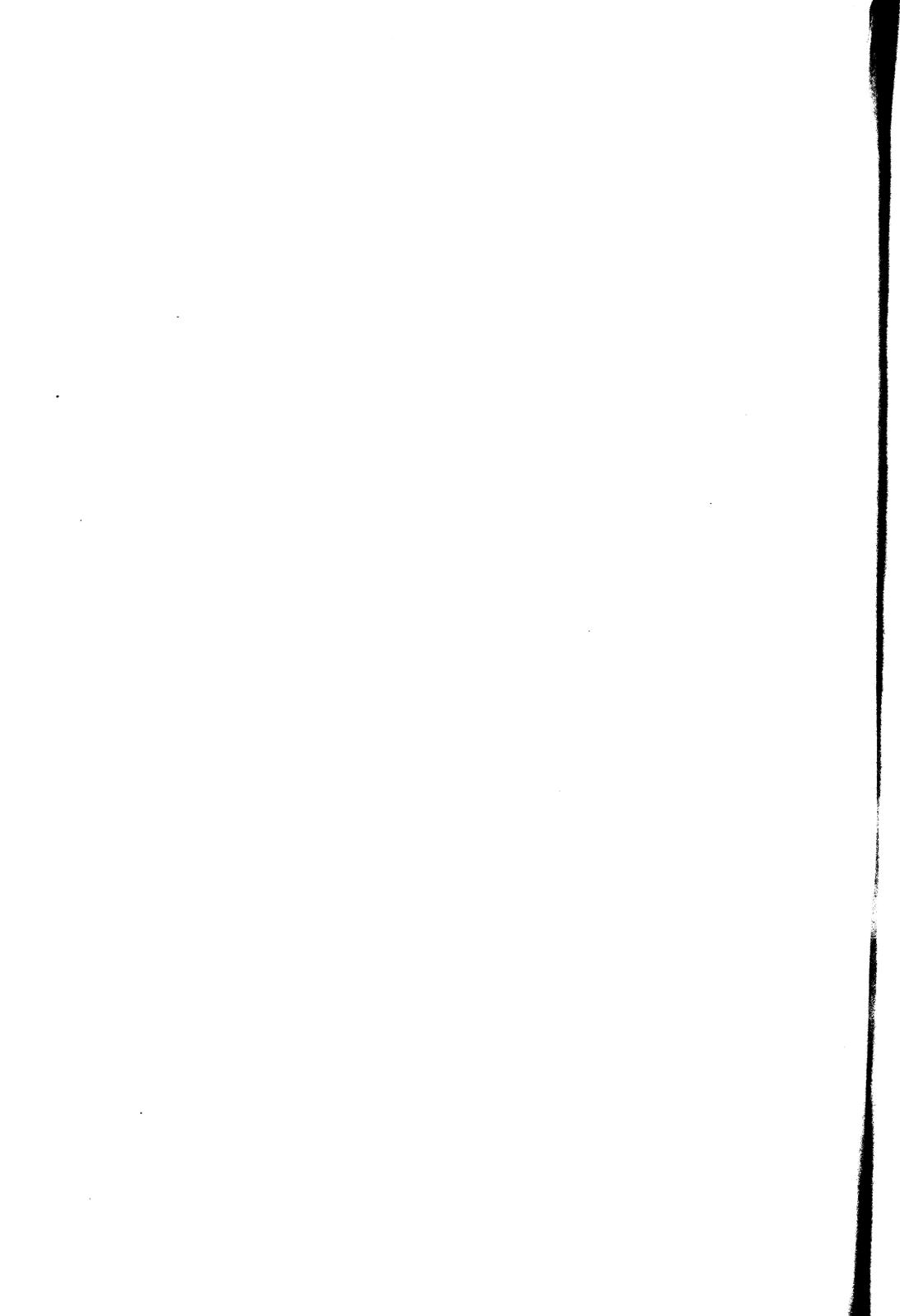
Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año.....	» LEON PEREYRA
3 ^{er} año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO GUARDO

Asignaturas: Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE

A MIS QUERIDOS PADRES

A QUIENES TODO LO DEBO



A MIS HERMANOS

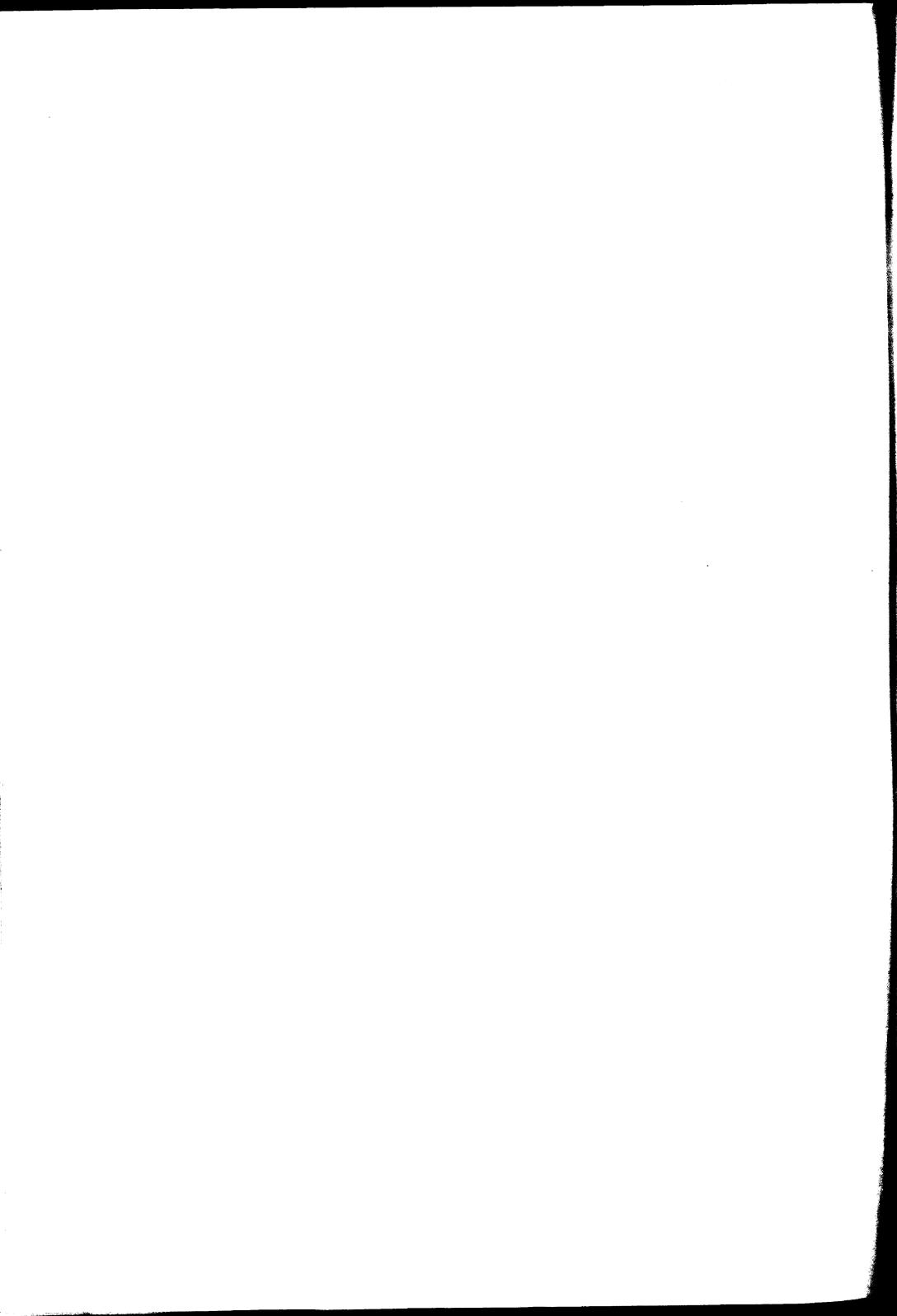
A MI HERMANO

DOCTOR ALBERTO MERELLO



AL DOCTOR JUAN APOLLONIO

HOMENAJE CARIÑOSO Á SU MEMORIA



SEÑORES ACADÉMICOS :

SEÑORES CONSEJEROS :

SEÑORES PROFESORES :

Cumpliendo con la última prescripción reglamentaria para optar el honroso título de Doctor en Medicina, presento á vuestra consideración y elevado criterio este trabajo inaugural.

Ella sólo me guía al presentarla el sentimiento de contribuir modestamente á la difusión del actual concepto clínico y quirúrgico de la litiasis biliar, sobre cuyo tema, vasto y complejo, mucho se ha dicho y escrito. El entusiasmo en las numerosas discusiones entre los sabios en estos últimos años ha sido grande. El éxito ha coronado sus esfuerzos con las importantísimas conclusiones á que se ha llegado, marcando así un nuevo jalón en las conquistas de la cirugía hepática.

Es una satisfacción para mi, al alejarme de la Escuela de Medicina, dejar constancia de mi

gratitud para todos aquellos maestros que con su talento han contribuído á robustecer mi espíritu con las provechosas lecciones escuchadas á mi paso por las aulas de nuestra facultad.

Confundida con la alegría de haber realizado el ideal de mis ideales, una tristeza embarga mi alma al dejar esa otra gran escuela, el *Hospital San Roque*, donde recojí durante seis años, —los más intensos de mi vida de estudiante— las enseñanzas prácticas, al lado de sabios maestros que supieron infundirme, junto al lecho del enfermo, el amor á la verdad científica y á cultivar con cariño la medicina.

Al Profesor Dr. Pascual Palma, á cuyo lado pasé durante cuatro años en su clínica quirúrgica del *Hospital San Roque*, y donde pude admirar de cerca sus altas cualidades de eximio maestro y eminente cirujano. Mi más vivo sentimiento de gratitud por el alto honor que me dispensa al acompañarme como padrino de tesis en este acto solemne de mi vida.

Al Profesor Dr. Marcelo Viñas, reconocimiento y afecto por las pruebas de caballeridad con que me ha distinguido como practicante mayor en su servicio de clínica quirúrgica de la sala XIII. La autoridad indiscutible del maestro en cirugía biliar y lo que he podido aprender con él me inspiraron esta tesis.

Al querido y viejo maestro el Dr. Julio Méndez que junto á él aprendí las maravillas del laboratorio, la clínica á la cabecera del enfermo y en el triste anfiteatro á investigar los secretos de las dolencias humanas, mi estimación y respeto.

Al joven Profesor Dr. Miguel Sussini, por sus consejos y por la gentileza de su espíritu, al proporcionarme valiosos datos para la preparación de este trabajo, quédole sumamente agradecido.

A los Dres. Antonino Ibarguren, Aráoz Alfaro y Ricardo Nolting, mis sentimientos de estimación por sus provechosas enseñanzas.

A los Dres. Bolo, Lorentz, Taubenschlag, Lagos, García, Bottaro, Iribarne, Hitce, Loizaga, Elizalde, Ham, Bard, Sarmiento Laspiur, de quienes he recibido tantas deferencias.

A los médicos internos, Dres. Coulin, Ronchi, López Cross, para quienes guardo sincero afecto, y especialmente al Dr. Pascual Schinelli, mi médico interno, mi inseparable amigo á quien acompañé como practicante mayor durante un año y fué mi guía y maestro en los casos difíciles en la cirugía de urgencia.

También á mis compañeros de guardia y de internado, una palabra de cariñosa despedida al alejarme de ellos y de ese *Hospital San Roque*,

mi segundo hogar, donde hemos vivido los mejores años vinculados por el calor de una espontaneidad de afectos y guiados siempre por el mismo ideal.

HISTORIA

La litiasis biliar con su polimorfismo etiológico sintomático y patogénico que lo acompaña, pertenecía hasta hace medio siglo al dominio entero de la clínica. Pero hoy, debido á las nociones esenciales de la bacteriología, de la asépsia y á los progresos de la cirugía abdominal, ha incorporado sino de una manera exclusiva, una gran parte de los dominios de la cirugía : Como bien la catalogan los alemanes en los límites de la clínica y de la cirugía.

Los documentos recogidos en la antigüedad, antes del siglo XVII son vagos y poco numerosos.

Las primeras observaciones cadavéricas datan de 1554 y son debidas á Cœlis, Langius, de Lemberg y Femel. Estos relatan casos de cálculos hallados en las vías biliares en las autopsias practicadas, siendo para estos autores la causa que había producido la muerte.

En 1681 Bianchi y su discípulo Zelius, hacen la primera descripción de los cálculos.

Morgan y Vallismieri, en 1720, describen el primer síntoma del cólico hepático, el dolor en el hipocondrio derecho acompañado de coloración oscura de las orinas.

Después del descubrimiento de la colestearina, en el siglo XIX, Fourcroy y Thénard dan á conocer los primeros análisis químicos exactos.

En la era moderna, se han realizado considerables progresos en la patología hepática, con una serie de hechos clínicos anátomo-patológicos y experimentales.

En estos estudios científicos se hallan ligadas íntimamente una pleyade de sabios.

Chauffard, fiel á la antigua teoría humoral para explicar la formación de los cálculos, enriquece la historia con sus admirables descripciones clínicas.

Fournier, Gilbert y Naunyn dan á conocer los primeros trabajos anátomo-patológicos que evidencian el origen infeccioso de la litiasis biliar.

A Kehr, Terrier, Mayo Robson, Moynihan, Quénu, Lejars, Körte, debemos los progresos de la cirugía contemporánea en el tratamiento de la litiasis biliar.

CONSIDERACIONES DE FISIOLÓGÍA CLÍNICA

Es un hecho averiguado que muchas de las afecciones del aparato digestivo y de las glándulas anexas, tienen su primera expresión clínica en el estómago.

Así vemos, que lesiones efectivamente colocadas en puntos muy distantes, cuando no opuestos, del tratus intestinal, y que obedecen á causas y patogenía completamente diferentes tienen, en perturbaciones del estómago, su primera revelación subjetiva por lo menos.

Así tenemos, que la litiasis biliar, que las afecciones del páncreas, en muchas apendicitis, que algunos tumores del intestino grueso hacen de las personas que los llevan primeramente, un *dispéptico*.

El desconocimiento ó la inadvertencia de ésta,

que puede ser una ley de patología abdominal, han hecho muy frondosa la patología autótoma del estómago que al lado de sus enfermedades caracterizadas por lesiones anatómicas evidentes como la úlcera y el cáncer, se han descrito una serie innumerable de estados dispépticos, atribuidos una vez á la falta, otra al exceso de ácido clorhídrico ; ó, cuando el quimismo era normal, á una perturbación nerviosa.

En nuestras observaciones, como veremos después, tenemos varios casos de litiasis biliar cuya sintomatología gástrica era tan acentuada y tan en primera línea que ha llevado, aun á médicos familiarizados con esta enfermedad, a errores de diagnóstico y, naturalmente, á prescripciones terapéuticas erradas. Esto es tan frecuente que casi nos atreveríamos á afirmar que, la inmensa mayoría de los litiásicos no hacen el cólico clásico que es casi costumbre erigir para hacer el diagnóstico hepático. *Son las perturbaciones del estómago las que abren la marcha de la litiasis.*

Si pasamos á las afecciones del páncreas vemos exactamente lo mismo. Los enfermos de pancreatitis crónica y aguda, no tienen, generalmente otro antecedente que el de ser viejos gástricos.

Las apendicitis aguda y crónica rara vez están

libres de un pasado dispéptico, y, hasta se ha descrito la forma gástrica de la apendicitis.

Algunos cánceres del colon tienen también un origen dispéptico.

Como se ve, en las afecciones más diversas del aparato digestivo ó de sus anexos, repercutir con una frecuencia casi fatal, sobre el estómago.

En los tratados clásicos y en los capítulos pertinentes á las enfermedades que acabamos de citar al pasar, se mencionan estos trastornos gástricos sin que los autores llamen mayormente la atención sobre ellos y sobre todo sin ensayar una explicación satisfactoria.

Ultimamente, por autores, en libros y revistas, se han ensayado explicar este fenómeno. Ninguno, sin embargo, lo ha abordado con la concepción amplia de Carpentier Maccarty, en *Annals of surgery*, de 1910.

Para la correcta interpretación de la fisiología patológica de los órganos es necesario no limitarse á los límites anatómicos del órgano que se estudia, sino buscar sus relaciones anatómicas fisiológicas y embriológicas con otros órganos y sistemas.

Como se sabe el aparato digestivo primitivo está representado por un simple canal mediano unido á la columna vertebral por el mesenterio. Es de este tubo que por diferenciación sucesiva

va á formarse el estómago y es también de este tubo que, por brotes ventrales y dorsales vá á constituirse el hígado y sus canales, el páncreas con sus conductos de Wirsung y de Santorini.

Es también en este canal, digestivo primitivo, que va á aparecer la ampolla cecal y el divertículo del apéndice.

Se ve, pues, por esta muy ligera reseña, que lo que en el adulto parecen órganos tan diferenciados por su estructura y funciones, en su pasado ancestral, pertenecían á un mismo canal, con una misma función.

En el estado adulto, podemos, todavía, encontrar esta conexión, que en un pasado remoto, los unía tan estrechamente : un mismo sistema arterial, y, sobre todo, un mismo especial venoso—sistema de la vena porta—los vincula estrechamente.

No solamente los vasos arteriales y venosos que los irrigan pertenecen á un mismo sistema, sino que su inervación nerviosa es la misma.

Como sabemos el plexo celiaco está formado por el nervio gran simpático y allí llegan también ramas del neumogástrico. Los nervios que inervan el aparato digestivo y sus anexos, parten todos del plexo solar acompañando las arterias, de manera que tanto el estómago, como el páncreas, el hígado, la vesícula biliar, el intestino

están regidos ó supeditados por la misma influencia nerviosa, y todas las sensaciones que se inician en estos órganos, van á ser percibidas por lo que se ha dado llamar el cerebro abdominal, es decir, el ganglio semilunar.

Dada así, esta vinculación estrecha que la embriología, la anatomía, ha creado entre estos órganos, no es difícil comprender que la funcionalidad normal ó la que crea la enfermedad estén igualmente subordinadas.

La experimentación ha demostrado, por las experiencias de Pawlow, que hay una relación íntima entre la función del estómago, del hígado y el páncreas, cuyos productos se derraman en el intestino, cuando el bolo alimenticio en contacto con la mucosa duodenal hace segregarse á esta mucosa la *secretina* que absorbida por vía sanguínea va á actuar sobre el páncreas y sobre el hígado haciendo evacuar á estos órganos su contenido en el justo momento en que el contacto ácido del estómago pasa por el duodeno.

De manera, pues, como dice Maccarty, el estómago, el duodeno, el hígado y el páncreas, forman un sistema, gastro-duodeno-hepato-pancreático cuya embriología, anatomía y fisiología normales los mantiene en estrecha vinculación biológica.

Y si esta vinculación que viene de los pri-

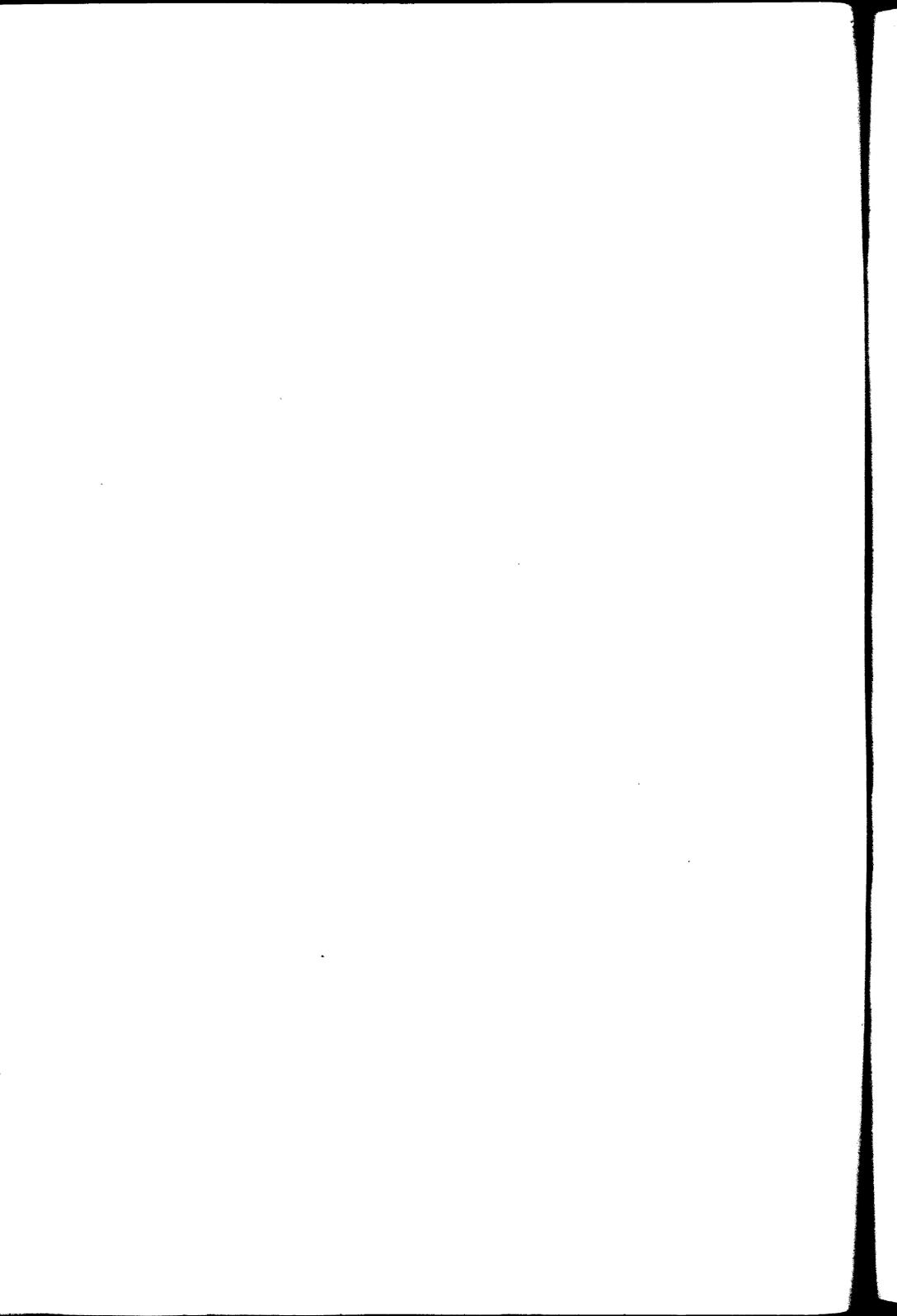
meros tiempos embriológicos existe para las funciones normales, la funcionalidad anormal creada por una desviación patológica no tienen porque no subordinarse. Y si es el estómago el primero que acusa una afección del páncreas, del hígado, ó del apéndice, es posiblemente porque es el más primitivo y sensible, y porque, también es el órgano que está más próximo al centro que recibe las diferentes sensaciones que parten de los órganos abdominales, ese centro es, como hemos dicho, el ganglio semilunar.

Esta interpretación de los síntomas gástricos que presentan las enfermedades de otros órganos del abdomen ha venido á aclarar el diagnóstico de ciertos estados atribuidos casi siempre á una enfermedad primitiva del estómago, y á sacarle, á este órgano, una cantidad de alteraciones más clasificadas de dispépticas que constituían un extenso capítulo de enfermedades gástricas.

El diagnóstico de la litiasis biliar, que, como hemos dicho, se manifiesta principalmente con malestar del estómago, ha beneficiado grandemente de esta concepción de fisiología patológica. Su diagnóstico es posible hacerlo por sus primeras manifestaciones, generalmente estomacales, sin esperar que aparezca el cólico clásico,

manifestación, ya á menudo, de un proceso avanzado de colangitis.

Los síntomas inaugurales de la litiasis biliar están en el estómago. El estómago, órgano sensible, dice Moynihan, es el primero que da el grito de dolor !



ESTUDIO CLINICO

El cuadro clínico de esta afección tan común como proteiforme es muy complejo, se presenta al clínico y al cirujano con modalidades distintas que ha dado lugar á interpretaciones diversas, á errores de diagnóstico y á inesperadas sorpresas en el acto operatorio.

Lo primero que llamaba la atención de los clásicos, examinando los enfermos litiásicos en el momento del ataque ó removiendo la historia clínica en su pasado, era el cólico hepático, síndrome parosístico y doloroso que acompaña la migración del cálculo á través de las vías biliares. Atenuado unas veces en el cólico simple sin complicaciones, otras, por el contrario, se presenta con una ruidosa sintomatología dando lugar á dramáticos accidentes.

Tiene un comienzo brusco : de improviso y

algunas horas después de las comidas ó alejadas de ellas, los enfermos se ven atacados de un dolor agudísimo al nivel de la región hepática, siendo éste su punto principal, de aquí parten irradiaciones dolorosas á muchos puntos : al hueco epigástrico (punto epigástrico), alrededor del ombligo, al hipocondrio derecho, á la espalda derecha, y á la extremidad inferior del omóplato del mismo lado (punto escapular).

Estas crisis dolorosas son tan intensas que los enfermos adoptan diversas posiciones en el lecho con el objeto de relajar las paredes abdominales para calmar sus sufrimientos, como ser : decúbito lateral, las piernas flexionadas en caño de fusil.

Los dolores son continuos ó intermitentes, duran por término medio de 6 á 12 horas, pudiendo persistir durante algunos días.

A estos fenómenos de orden local, acompañan fenómenos de órden general.

Habitualmente, el cólico hepático va acompañado de vómitos que en su comienzo son alimenticios, si es que el estómago aun no ha evacuado por completo su contenido en el duodeno, para luego hacerse mucosos y biliosos.

La constipación es la regla.

Si el cálculo queda retenido en el cístico, la

atrofia ó la distensión de la vesícula será la regla.

Si en cambio el cálculo queda enclavado en el colédoco, la ictericia aparecerá con todo el cortejo sintomático : acolia, coluria, ictericia ó infección ascendente de las vías biliares si la obliteración es permanente, etc.

No es raro ver quejarse á los enfermos de desfallecimientos, vértigos, síncope, sudores profusos, chusco y fiebre que á veces llega á 40°, fiebre hepatálgica de Charcot y á lo que Dieulafoy llama síntomas satélites del cólico hepático.

En 1898, A. Gilbert, ha propuesto llamar cólico vesicular una forma particular del cólico hepático debido á la tentativa de expulsión de cálculos contenidos en la vesícula á través del cístico y del colédoco, diferenciado del cólico hepático ordinario y cuyo cuadro clínico está caracterizado por la expulsión de cálculos biliares á través del cístico y del hepático.

Este síndrome cólico vesicular está caracterizado por una serie de trastornos locales y generales que bien lo diferencian del cólico hepático clásico.

El dolor es menos violento y paroxístico, ocupa la región vesicular y muchas veces el hueco epigastrio, ella se irradia también hacia el dorso y la región escapular. Las nauseas y los vómi-

tos lo acompañan, aunque no muy frecuentemente.

La vesícula unas veces no se deja palpar, otras en cambio, se hace evidente por una saliencia bastante considerable al nivel del borde externo del músculo recto derecho. La temperatura generalmente es normal, pero puede, en algunos casos, elevarse para descender después de algunas horas. No va acompañado de ictericia salvo en aquellos casos en que el ataque es muy intenso, puede verse en las conjuntivas un ligero tinte subictérico que persiste muy poco tiempo.

La constipación es la regla.

No va acompañado de eliminación de cálculos en las materias fecales.

El dolor es mucho más persistente y en los intervalos de las crisis y en medio de una salud perfecta existe un dolor al nivel de la vesícula (cistalgia), ya espontáneo, ya provocado con los grandes movimientos inspiratorios y á la palpación.

Estos son los síntomas clásicos de la litiasis biliar, descriptos á grandes rasgos, citados por todos los libros y conocidos por todos los médicos.

La sintomatología de esta afección tan rica como variada, fuera del cólico hepático ó vesicular no existían hasta estos últimos tiempos, sig-

nos bien demostrativos ; y sólo ellas constituían por excelencia la manifestación clínica de la afección calculosa del hígado.

Los síntomas clásicos de la litiasis biliar son, pues, aquellos de largos años, descritos, y que han sido observados en la enfermedad plenamente establecida, y, muchos de estos síntomas clásicos, como la ictericia, etc., eran, como dice Moynihan, los heraldos de la muerte.

Como la autopsia era la única manera de referir á un estado anátomo-patológico los síntomas que se observaban en los últimos períodos de la enfermedad, era natural pensar, que, esos síntomas eran los únicos que caracterizaban tal ó cual lesión.

Pero, las intervenciones frecuentes en el abdomen na podido sorprender procesos en sus diferentes estados de evolución, lo que ha permitido completar con signos nuevos el cuadro clásico de la clásica nosografía. De ahí que se ha empezado á describir síntomas nuevos que revelan los primeros comienzos de un estado anátomo-patológico en continua evolución y cuya última forma anátomo-patológica se va á encontrar en el anfiteatro de autopsia.

Moynihan ha descripto para la litiasis biliar los síntomas que llama inaugurales que corresponden, como el nombre lo indica, á las primeras

exteriorizaciones clínicas del proceso que comienza en la vesícula biliar.

Como se sabe, los cálculos hepáticos tienen su etiología en una infección de las vías biliares. Los microbios llegan allí con la sangre y remontando el canal colédoco. El lugar de elección para la precipitación de las sales, es la vesícula biliar. En este órgano se realizan fácilmente las condiciones de estancamiento que hacen que los gérmenes encuentren un medio apropiado para persistir y multiplicarse.

La bilis, en presencia de los microbios, reacciona como la orina en la vejiga que en presencia de un cuerpo extraño cualquiera precipita sus sales alrededor del elemento inoportuno que viene á perturbar su fisiología normal.

Los cálculos, dice Moynihan, son la tumba de piedras que los órganos huecos elevan á la triste memoria de los cuerpos ú organismos que vienen á perturbarlos.

Entre los organismos que perecen de esta manera, el bacilo tífico, el coli-bacilo, y el neumococo, son los más frecuentes.

Una vez los cálculos formados comienzan á dar sus síntomas. En la mayoría de los casos es el estómago el que rompe la serie. Mucho tiempo antes que aparezca el cólico—de muchos esperados para pensar en litiasis—los enfer-

mos sufren de frecuentes indigestiones rotuladas por los médicos de dispepsias funcionales.

Pasa aquí lo que en la apendicitis, que, antes de exteriorizarse por síntomas agudos los enfermos se quejan de perturbaciones digestivas difíciles de encuadrarlas en un cuadro nosográfico. Así los enfermos llevan muchos años sus malestares de dispepsias antes de que síntomas mejor agrupados y coordinados despierten la sagacidad del clínico sobre la verdadera causa de sus quejas y dolores. Y, sin embargo, estas perturbaciones digestivas mal catalogadas, é interpretadas á veces como una neurosis cualquiera son los preludios de la exteriorización del cuadro conocido de la calculosis biliar.

Muy rara vez el litiásico como el apendicular hace su litiasis y apendicitis clínica bruscamente sin que el estómago ó una alteración gastrointestinal la haya preludiado.

A estos síntomas de dispepsias ó de gastralgía, llama, Moynihan, los síntomas inaugurales de la litiasis biliar.

En uno de los capítulos anteriores hemos llamado la atención sobre la inauguración, «estomacales», de algunos procesos abdominales.

Hemos bosquejado ligeramente la conexión estrecha que existe, desde el período embrioló-

gico, entre el tubo digestivo, el hígado, el páncreas, etc.

Todos estos órganos cuando se enferman encuentran en el estómago el portavoz para exteriorizarse sus dolencias.

Un buen síntoma, dice Moynihan, de la litiasis que comienza es la sensación de plenitud que sienten los enfermos después de las comidas, por la noche especialmente. Esta sensación de tensión interior que se alivia después de eructos y, á veces, de vómitos, aparece después de un tiempo variable de la ingestión, una, dos y hasta cuatro horas. Los enfermos sienten con frecuencia escalofríos pasajeros y una sensación general de malestar indefinible. Ciertos alimentos, sobre todo las grasas, les provoca, casi invariablemente estos estados.

Ultimamente distinguidos cirujanos ingleses como M.M. Cade y Brisson, han llamado también la atención sobre ciertos estados dispépticos concomitantes ó de pre-litiasis y es la epigastalgía que se presenta sin causa conocida é independiente de un régimen alimenticio. Los enfermos son presa de una sensación de contricción ó de calambre de estómago que sobrevienen tardíamente después de las comidas. Estas crisis sobrevienen de una manera irregular y en sus intervalos las funciones digestivas se hacen nor-

males. Estos disturbios resisten al tratamiento médico ordinario de las gastropatías y es la prueba terapéutica que los diferencian ; y á lo que Cade y Brisson llaman dispepsias de origen biliar, y, le atribuyen gran valor, que sería suficiente para intervenir quirúrgicamente.

Tales son los síntomas que pueden presentarse meses y años antes de que el cólico clásico aparezca con toda claridad.

Como síntoma somático precoz suele encontrarse un punto doloroso á la presión profunda, situado debajo del reborde costal al nivel de la estremidad flotante de la décima costilla. Si mientras se introduce profundamente en este lugar, se invita al enfermo á respirar profundamente, en el justo momento en que la vesícula pasa debajo de los dedos que hacen la presión, el paciente siente un dolor muy incómodo que generalmente no le hace aceptar sin protesta una segunda insistencia del médico á inspirar profundamente.

En las líneas que anteceden hemos descrito brevemente los síntomas inaugurales de la litiasis, y á ellos debemos referirnos para poder diagnosticar á tiempo esta enfermedad tan común como proteiforme. Sólo así podremos oponerle desde el principio un tratamiento racional.

Tenemos varias observaciones que evidencian

esto que llamamos síndrome gástrico de la litiasis biliar, una de ellas ha sido cedida gentilmente por el doctor Bolo, y operada por el mismo en el Sanatorio Podestá.

A continuación transcribimos la historia clínica :

Elvira V., italiana, de 26 años, casada.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Ha sido siempre sana. Ha tenido un parto normal y dos abortos que no tienen nada que ver con especificidad.

Enfermedad actual.—Empezó, según la enferma, hacen dos años, á consecuencia de un gran disgusto, y se manifestaba por intensos dolores nocturnos, que aparecían tres ó cuatro horas después de las comidas y ocupaban la región del epigastrio siendo su máximo un través de dedo por encima del ombligo.

Los dolores tenían una intensidad muy grande y venían acompañados á veces, de vómitos ácidos. Se habían sucedido con tanta constancia que la enferma ya no comía por temor á los dolores.

Los médicos que la habían visto diagnosticaron úlcera gástrica y en consecuencia la some-

tieron á un régimen, como no se aliviara vino á nosotros con el siguiente estado :

Enferma notablemente enflaquecida, su vientre de paredes bastante flácidas. El hígado en los límites normales. En el epigastrio se nota un poco de resistencia muscular y la palpación es dolorosa, sobre todo en un punto situado por encima del ombligo y en la línea media.

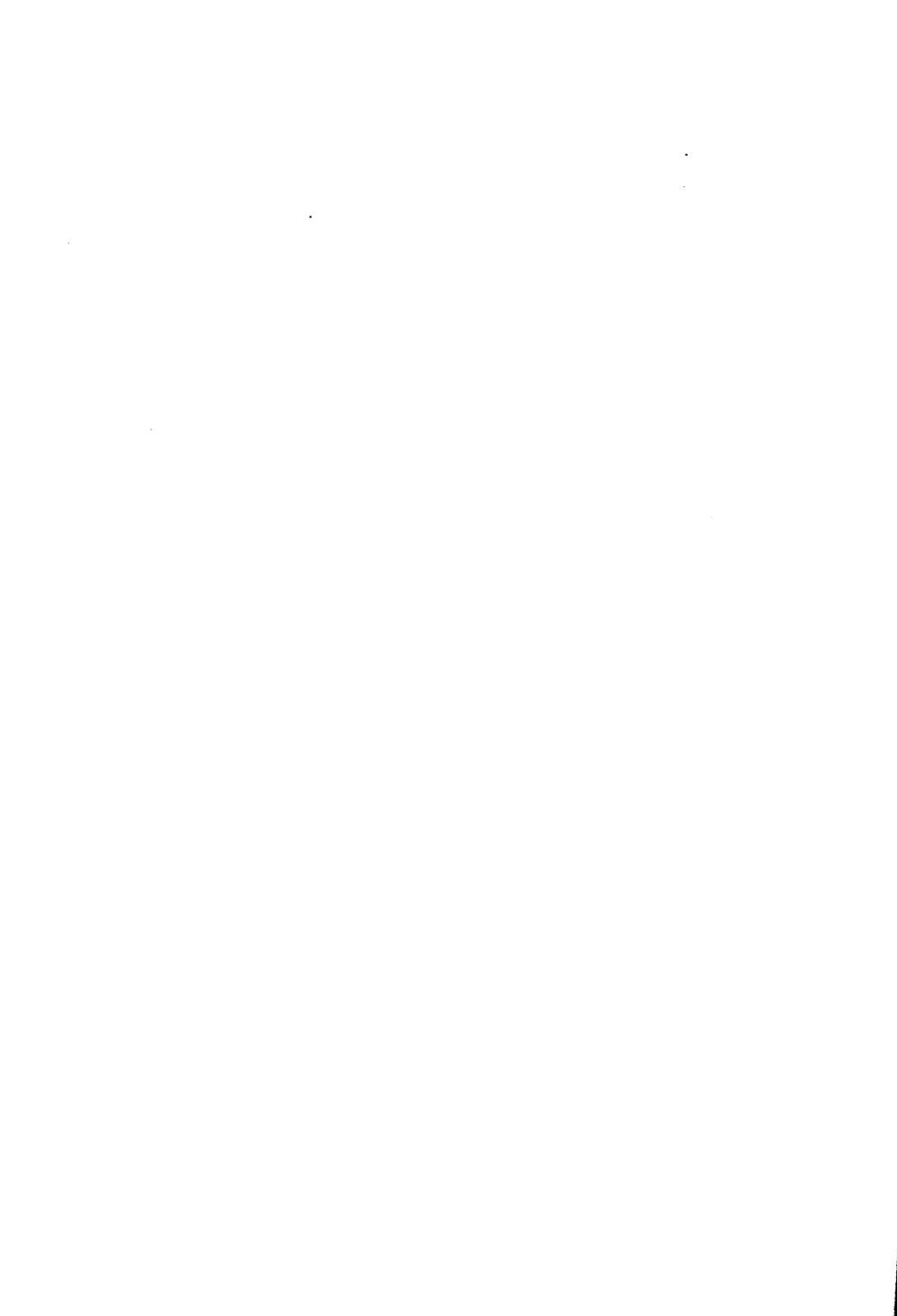
La radioscopia con comida bismutada demostró una movilidad exagerada del estómago.

La enferma decía que la ingestión de alimentos ó de líquidos no calmaban sus dolores é insistía que ellos eran por lo general nocturnos.

Tenía períodos de remisión durante los cuales se encontraba relativamente bien.

Operación.—Incisión de Mayo Robson. Se encuentra una vesícula agrandada y totalmente llena de cálculos y uno de ellos encajado en el cuello. Se explora el colédoco por la palpación, se encuentra libre. La cabeza del páncreas no presentaba nada de particular.

Colicistectomía retrógrada de Gosset. Ligadura del cístico y de la arteria por separado. No se deja drenaje de las vías biliares. Se coloca una mecha de gasa en el hilio hepático, á los cinco días se retira la mecha y cierra á los catorce días y sale de alta en perfecto estado de salud. Habiendo aumentado de peso.



TRATAMIENTO

Tendencias distintas y extremas han dividido á médicos y cirujanos en el tratamiento de la litiasis biliar. Unos encuentran en el litiásico pocas oportunidades de librarlo al bisturí, para los otros sería la única terapéutica racional.

En el estado actual sin aceptar ningún criterio exclusivista, podemos convenir que existen un gran número de litiásicos que benefician del tratamiento quirúrgico y otros que son factibles del tratamiento médico.

En los primeros tiempos en que estaban florecientes las ideas vertidas por Bouchard y sus numerosos partidarios sobre la patogenía de la calculosis biliar, haciéndola derivar como de una viciación humoral y las manifestaciones clínicas como un accidente de orden puramente mecánico, era natural que la terapéutica se encaminara en buscar un medio que pudiera modificar los in-

tercambios íntimos del organismo y restablecer el equilibrio perdido por los componentes de la bilis, oponiéndose á la posibilidad de un tratamiento quirúrgico.

La patogenia de la calculosis biliar que por largos años había fatigado la mente de los patólogos, inspirando muchas hipótesis é innumerables controversias ha quedado hoy consagrada por la clínica y demostrada por la experimentación, que no sólo es una enfermedad de orden general sino también una enfermedad local, entrevista en 1886 por Langebuch y Galipp y correspondiendo á Naunyn de Strasburg, el mérito de demostrar en el Congreso de Wiesbaden en 1891, el origen infeccioso de la formación de los cálculos.

El concepto de la teoría microbiana como causa inicial de las manifestaciones litiásicas, produjo una verdadera revolución en el mundo científico y la cirugía fué puesta en acción para combatirla eficazmente, que hasta entonces era reservada á circunstancias excepcionales.

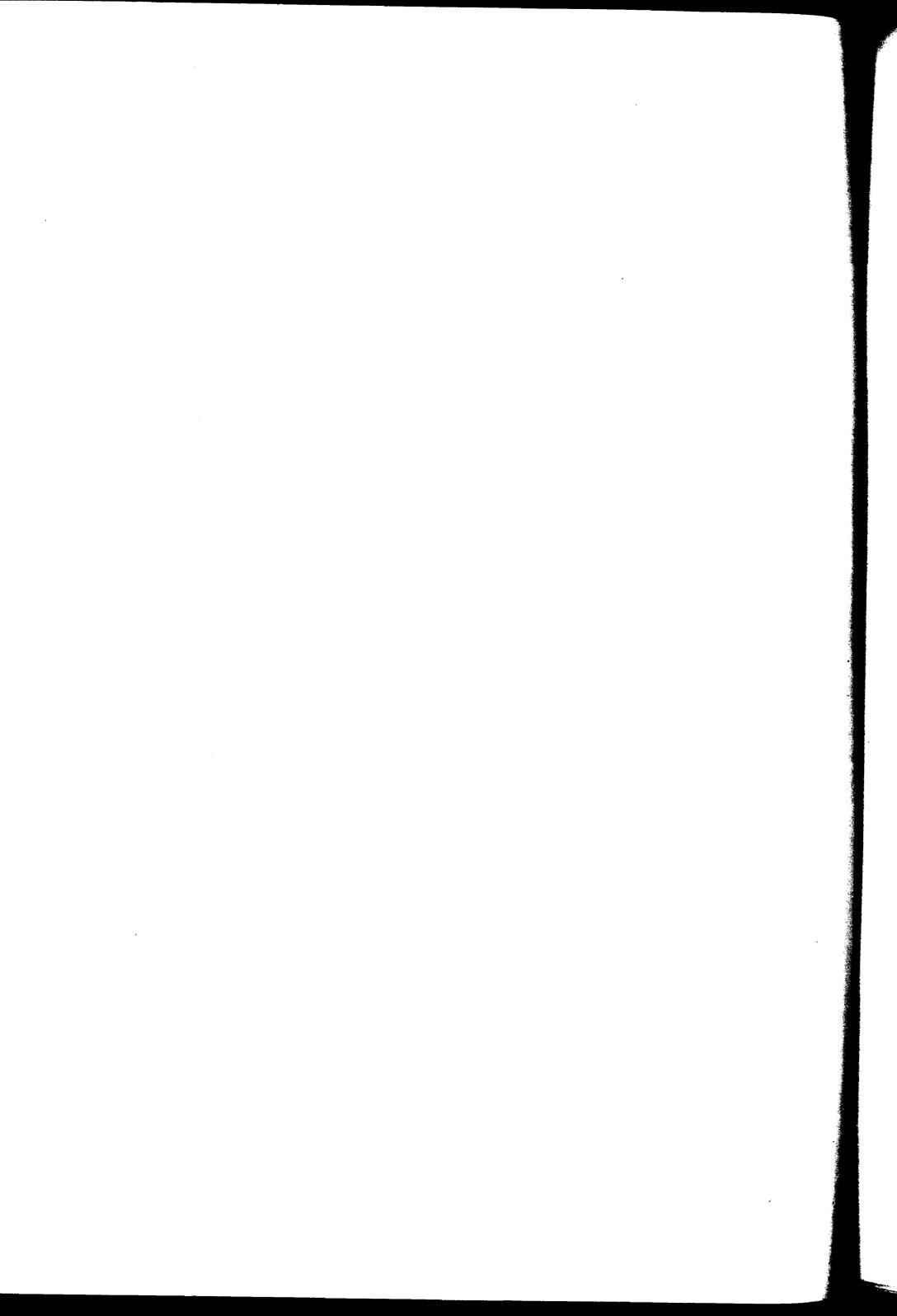
Recorriendo las etapas sucesivas por la que ha pasado el tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar en estos últimos años, nos damos exacta cuenta del enorme progreso realizado así como lo maravilloso en sus resultados.

Las estadísticas elocuentes de cirujanos tan

eminentes como Lejar, Quenú, Terrier, Tuffier, Jaboulay, Gosset en Francia ; Kehr, Kört, Riedel, Kocher en Alemania ; Moynihan, Mayo Robson en Inglaterra ; y los hermanos Mayo en Norte América, son hechos concluyentes.

Hacen 14 años, M. Chauffard, decía : «No debe haber tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar. La litiasis no justificaría la cirugía, si nosotros los médicos no lo atendieramos muy tarde ó de una manera insuficiente». Cuatro años más tarde el mismo autor admite la intervención de la cirugía en la litiasis infectada que él pretende distinguir de la litiasis aséptica.

Era evidente que bajo la influencia de los resultados cada día mejores obtenidos por los cirujanos en el tratamiento de la litiasis biliar, los médicos mismos se hayan vuelto intervencionistas, marcando así una nueva era en la terapéutica de esta enfermedad.



TRATAMIENTO MÉDICO

Como se ha visto en las líneas que anteceden, hemos diseñado brevemente unos de los factores que intervienen en la formación de los cálculos biliares.

La infección como causa esencial en la genesis de esta enfermedad ha adquirido en nuestros días una importancia muy grande después de los estudios anátomo-patológicos y experimentales dados á conocer en el XIII Congreso Internacional de Medicina de 1900 por Gilbert, Fournier y Naunyn.

Todos los médicos no están de acuerdo en admitir de una manera exclusiva la teoría del origen infeccioso muchos quedan aun fiel á la antigua teoría humoral. Chauffard, llama la atención sobre esto, al decir, que la infección biliar litógena no produce sus efectos que en los su-

jetos predispuestos por las condiciones hereditarias ó adquiridas, de la netrición general.

La estancación de la bilis en los canales biliares es otro de los factores muy importantes, y en este sentido se encuentra la mujer por la acción que ejerce de una manera habitual el ajuste del corsé, el embarazo, etc.

La clínica conoce á muchos de los candidatos á calculosis biliar, así se ha dicho la litiasis es la enfermedad de los sedentarios, de los comilones, de los obesos, de todos aquellos que absorben mucho y eliminan poco (artritismo).

En los estados grávidos y puerperales, según los trabajos de Neuman, Herman de Viena, muestran que el tenor de colestearina en la sangre se encuentra enormemente aumentado, colesterinemia; es otra de las causas que contribuye á explicar la predisposición individual en la génesis de esta enfermedad.

De manera que el terreno y la infección son las dos condiciones esenciales que intervienen á explicar la producción de la litiasis biliar.

Veamos cuales son los medios con que contamos para luchar con los factores ya enumerados.

Higiene.—Los prelitíasicos como los calculosos deben someterse á ciertas reglas tendientes á prevenir ó á evitar las probabilidades de nuevas

crisis, como asimismo para disminuir los estados temporarios de hipercolesterinemia.

Se prescribirán, los ejercicios al aire libre, que pueden ser la marcha ó los gimnásticos, deben ser estos reglados y metódicos no llegando nunca á la fatiga. Se suprimirá todo ajuste excesivo de la ropa, el corsé en la mujer.

Estimular las funciones de la piel por medio de masajes en todo el cuerpo, fricciones secas, baños generales y templados.

Todo esto favorecen la circulación porta y estimulan la circulación general, luchando contra la rémora sanguínea.

Estimular la digestión y favorecer las evacuaciones intestinales. — Se les hará hacer evacuaciones intestinales diarias, por medio de laxantes suaves, y en pequeñas dosis (ruibarbo, áloes, etcétera), ó bien prescribiéndoles después de cada comida, la dosis de una cucharadita de café de la fórmula usada por el Dr. Méndez : (talco, creta y magnesia partes iguales); esta fórmula tiene la ventaja de favorecer las evacuaciones sin producir irritaciones intestinales.

De esta manera se impiden las fermentaciones que favorecen la pululación de los microbios en el intestino, irritación prolongada del duodeno

y de los canales biliares, y por consiguiente, la invasión de los microbios por esta vía.

Régimen.—Se han indicado por diferentes autores, numerosos regímenes dietéticos. Creemos que la alimentación deberá ser mixta : todos los alimentos serán permitidos con tal que sean sencillos y poco numerosos ; proscribiendo aquellas substancias que pueden tener alguna influencia sobre el componente de la bilis, como ser : las grasas, los alimentos ricos en colestearina, particularmente los huevos, cerebro, etc.

El uso de las aguas minerales serán permitidas, con tal que no se abuse de ellas, especialmente alcalinas : agua de Vitel, Palau, Vichy, etc.

Tratamiento del cólico hepático.—Cuando una crisis del cólico hepático se declara clínicamente, el tratamiento médico es eficaz para combatir con éxito sus manifestaciones más molestas.

Para calmar los fenómenos dolorosos y reflejos se han empleado numerosos medios.

Las inyecciones subcutáneas de clorhidrato de morfina á la dosis de 1 á 2 centigramos es el tratamiento de elección.

Algunos autores la proscriben, porque ella se opone á la expulsión de los cálculos, por la supresión de las contracciones de las paredes biliares.

Otros médicos, al contrario, la creen conveniente porque suprime el espasmo de los conductos biliares que refienden ó impiden la progresión del cálculo.

Se le ha reprochado también á la morfina de provocar los vómitos y determinar en algunos casos el colapso. Para evitar el primer inconveniente se aconseja asociar á la morfina la atropina.

Cloridrato de morfina.	10 cents.
Sulfato de atropina.	1 »
Agua destilada.	20 gms.

Cada centímetro cúbico de esta solución contiene medio centigramo de morfina y medio miligramo de atropina.

Al colapso no hay porque temerle con estas pequeñísimas dosis.

Se usan también con buenos resultados la eroína y el pantopon que son sucedáneos de la morfina.

Las aplicaciones locales unas veces calientes : fomentaciones, cataplasmas laudanizados ; otras veces frías, bolsas de hielo producen una sedación de los fanómenos dolorosos.

Las inhalaciones de pequeña cantidad de cloroformo y eter benefician á los enfermos en los dolores profundos.

Los baños calientes producen sus buenos efectos.

Cuando los dolores no son tan molestos ó intensos, se combaten por medio de la aspirina en sellos de 0,50 cents.

O también con la fórmula aconsejada por Robin.

Bromuro de potasio.	6	gms.
Extracto de belladona.	aa	0,05 cents.
Clorhidrato de morfina.		
Jarabe de éter.	30	gms.
Hidrato de valeriana.	100	»
Agua de laurel cerezo.	10	»

(Una cucharada cada hora)

Los vómitos cuando estos son incohercibles, con la porción Rivier, agua cloroformada, ó tambien los lavajes de estómago con agua bicarbonatada producen buenos éxitos.

Los enfermos durante el acceso doloroso deberán ser sometidos á una dieta absoluta, permitiéndosele solamente las bebidas heladas en pequeña cantidad, leche mezclada con agua de Vichy.

Los purgantes en este período están proscritos en absoluto, por los accidentes de rotura de las vías biliares ó de enclávamiento de cálculos.

Tratamiento en los intervalos de las crisis.—
En los litiásicos debe buscarse en hacer que la

secreción de la bilis sea más abundante y mantener asépticos los canales biliares, son los fines que la terapéutica persigue, con los colagogos y los antisépticos.

Colagogos.—Los más usados son : la bilis, el salicilato de soda, el aceite de oliva y la glicerina.

La bilis de buey es usada en polvo ó en extracto á la dosis de 0,50 cents. á un gramo por día, en sellos ó en píldoras.

El aceite oliva empleado desde la más remota antigüedad, tiene á más de su acción colagoga, propiedades sedantes y analgésicas. Se lo prescribe á la dosis de 50 á 100 gramos diarios, repartidos en cuatro ó cinco veces.

La glicerina como sucedánea del aceite de oliva tiene la misma acción colagoga y se la emplea en dosis mucho menores, de 20 á 30 gramos en una poción aromatizada.

Entre los antisépticos biliares podemos citar el salicilato de soda, el benzoato de soda y la urotropina.

El salicilato de soda goza de mucha aceptación, pero tiene el inconveniente de ser irritante del estómago.

El benzoato de soda tiene una acción parecida y lo reemplaza con ventaja, se lo emplea á la misma dosis y frecuenmente asociada.

Fórmula de Chauffard :

Benzoato de soda. 0,30 cents.

Solicitado de soda. 0,60 »

Para un sello. (Tomar tres por día en las comidas).

Ultimamente Chauffard ha preconizado los excelentes resultados de la urotropina como desinfectante de las vías biliares.

Benzoato de soda. (aa 0,30 cents.
Urotropina.)

Para un sello (Tomar tres por día).

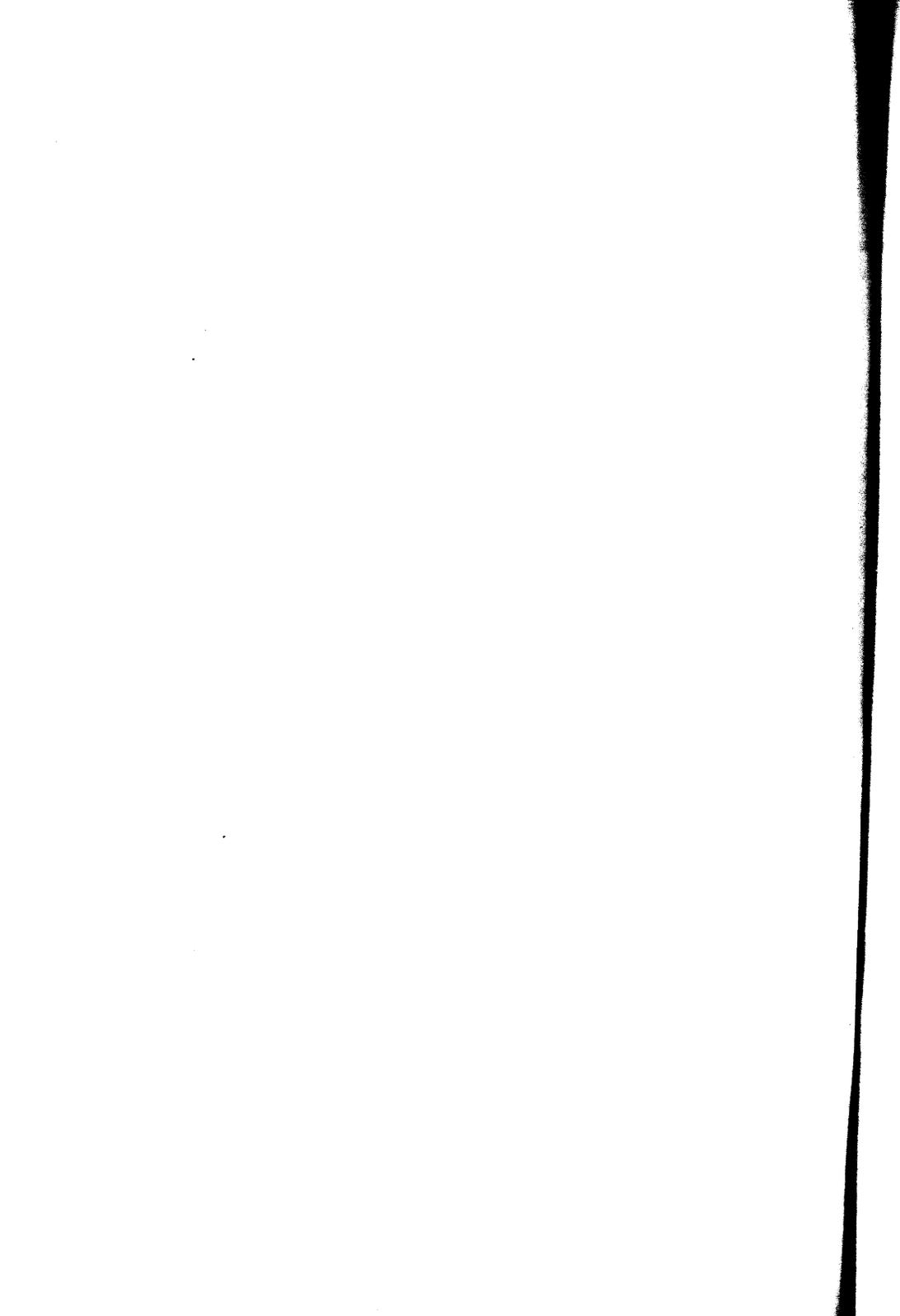
Tratamiento hidromineral.—Por último se aconsejará á los enfermos de tentar una cura hidromineral. Puede ser á domicilio ó en la misma fuente. Esta última es la mejor por agregarse el efecto de los baños y el bienestar que proporciona á los enfermos el ambiente.

Entre las aguas minerales aconsejadas en las fuentes termales se las dividen en varias categorías : Las aguas bicarbonatadas sódicas (Vichy, Vals, Em) ; Las aguas sulfatadas sódicas (Carlsbad, Marienbad) ; Las aguas cloruros sódicas (Châtel Guyon, Kissingen, Nieveslronn), y, en fin, las aguas poco mineralizadas, bicarbonatadas, sulfatadas, como las de Vitell, Contrexeville. Las de Vichy y de Carlsbad tienen la preferencia.

El tratamiento de la litiasis por las aguas minerales tienen sus buenos efectos innegables : estimulan el apetito, regularizan las funciones digestivas, facilitan la función porta y biliar, descongestionan el hígado y de ahí su acción modificadora de la inflamación de la vesícula y de los canales biliares.

Desgraciadamente de esta lista interminable de substancias enumeradas, á pesar del empuje considerable que se le ha dado ninguna es capaz de disolver los cálculos y por consiguiente de curar la litiasis.

«La medicina trata, no cura la apendicitis, ha dicho Kümmell, el conocido cirujano de Hamburgo ; lo mismo puede decirse de la litiasis, agrega Kehr».



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Hoy ya no dudamos que la cirugía ha beneficiado grandemente á muchos litiasicos que paseaban su mal de estación en estación, recorriendo las fuentes termales en busca de alivio para su mal inveterado, y que tras de un estado de aparente calma de año en año eran sorprendidos por nuevos ataques que se repetían con más furia haciendo de ellos unos mártires de sus dolencias. Hasta que una complicación ponía fin á su existencia ó apelando al recurso supremo de una laparotomía hecha á tiempo los ponía fuera de peligro por una curación definitiva.

En el estado actual no se discuten los inmensos beneficios de la intervención quirúrgica en algunas complicaciones litiásicas, como la perforación de la vesícula, la colecistitis y pericolecistitis supurada complicada ó no de peritonitis

parcial ó general, en la obstrucción crónica del colédoco. No se debe esperar, hay que intervenir sin retardo y sin miras de complacencia, porque sería exponer al paciente á la muerte.

Pero donde hay divergencias de opiniones y que preocupa á médicos y cirujanos es la de saber cuando una litiasis debe ser intervenida.

No es suficiente, se diría, para justificar la intervención saber que los enfermos se hallan expuestos á complicaciones graves y funestas, sino también es necesario saber si los enfermos afectos de colesticitis calculosa, con un tratamiento médico ó termal son susceptibles de prevenir ó de ponerse al abrigo de tales complicaciones.

Hemos dicho en el capítulo anterior que el tratamiento médico constituye un recurso precioso sorprendiendo á la enfermedad sus primeros síntomas inaugurales, cuando todavía no hay piedras en el sistema biliar. El régimen dietético, higiénico, la cura hidro mineral los cuales ya conocemos; facilitando las digestiones, activando la circulación, favoreciendo las oxidaciones orgánicas y los intercambios íntimos celulares, previenen y combaten con éxito la enfermedad en sus comienzos.

Cuando las piedras se hayan acantonado en la vesícula, la medicina no dispone actualmen-

te de ninguna substancia litolítica, sólo tiene que conformarse con el tratamiento paliativo, que es pasajero y no está exento de complicaciones.

Por otra parte, como bien dice Kehr, hay que tener en cuenta para llenar una indicación el estado social del enfermo. Entre los enfermos á quienes la fortuna les fávorece todos los medios necesarios para cuidarse y poder pasarse los días estendido en una silla y que tienen la comodidad de poderse trasladar á Karlsbad, Neumahr, Tarasp, Vichy, la operación está menos indicada que en aquéllos á quienes la frecuencia de los accesos los priva de toda vida laboriosa, y que la doble necesidad de cuidarse y de trabajar los lleva rápidamente al marasmo y á la miseria».

Tenemos dicho en las páginas que anteceden, que la intervención quirúrgica fué al principio una operación excepcional y que sólo se recurría á ella cuando hacía una complicación.

Hoy la indicación operatoria se ha extendido considerablemente. Cirujanos como Riedel Deaver y otros son partidarios de una intervención precoz, es decir preconizan la operación en la faz vesicular, de la misma manera que se practica la apendicectomía en un primer ataque de apendicitis.

Porque, en este momento, según estos cirujanos la operación es mucho más fácil, se ejecuta en las

mejores condiciones, libre de adherencias, es más completa, más eficaz y se coloca á los enfermos al abrigo de complicaciones ulteriores.

Mayo Robson, Moynihan, Sprengel, Körte á medida que aumentan en experiencias, se vuelven más radicales é intervencionistas.

Otros menos absolutos, aconsejan que no se retarde tanto la intervención.

«Con la vesícula y el apéndice no hay que comportarse amablemente. Estos dos órganos no han sido creados sino para desesperar al hombre, y cuando se consideran las desgracias indecibles que estos dos apéndices causan en el mundo, es necesario no esperar tan largo tiempo para suprimirles y transportarles al alcohol desnaturado. Ellos no merecen el alcohol absoluto..» (Kehr).

Para darnos exacta cuenta de lo que podemos conseguir con una operación á tiempo. Tenemos que recurrir á las estadísticas de los cirujanos que más se han ocupado en litiasis biliar.

Ella es más elocuente que todas las páginas que se podrían escribir.

Estadística de Kehr :

De todos los casos de litiasis operados desde el 22 de Mayo de 1890 al 1.º de Mayo de 1912 es el siguiente :

I.—Litiasis simple :

1.º 307 operaciones conservadoras : cistostomía, cistendice, 7 muertos, igual 2,2 por ciento.

2.º 455 ectomías, 14 muertos, igual 14 %.

3.º 467 coledocotomías con drenaje del hepático, 16 muertos, igual 3,4 por ciento.

O sea un total de 1229 casos simples con 37 muertos, igual 3 por ciento.

II.—Litiasis complicada :

4.º 347 casos sobre vías biliares con operaciones simultáneas benignas, estómago, intestino, hígado, páncreas, 4 muertos, igual 14 por ciento.

5.º 290 sobre vías biliares y sobre otros órganos abdominales por complicaciones malignas (cáncer, cirrosis biliar, angiolitiasis supurada difusa), 228 muertos, igual 78,6 por ciento.

O sea un total de 637 casos complicados con 277 muertos, igual 43,3 por ciento.

La estadística de Kehr nos demuestra que :

1.º En las operaciones á tiempo y cuando aun no ha hecho ninguna complicación es poco grave, 2 por 100 de mortalidad.

2.º La incisión del colédoco agrava el pronóstico 3,4 por ciento.

3.º Es necesario operar la litiasis en su faz vesicular, antes que entren en escena las complicaciones que son temibles puesto que la ci-

fra de mortalidad muestran hasta 78,6 por 100 en estos casos.

Estadística de Körte :

En las últimas 254 operaciones practicadas en las vías biliares, trae los siguientes resultados :

1.º 224 casos en los que se practicaron (cistectomías, cistostomías, coledocotomías), tiene 7 muertos, igual á 3 por ciento.

2.º 30 casos de litiasis complicadas con peritonitis, colangitis ascendente, cánceres, etc., 16 muertos, igual 53 por ciento.

O sea 254 casos con 23 muertos, igual 9 por ciento.

Aquí también llama la atención el aumento de mortalidad en la litiasis complicada.

Estadística de W. Mayo :

Sobre 1.500 casos operados de litiasis biliar publicados en *Annals of Surgery* de 1906 :

I.—Litiasis simples :

1.º 845 cistostomías con una mortalidad de 2.13 por ciento.

2.º 500 operados de su última serie hubieron :

276 cistostomías con 1,47 por ciento

319 cistectomías con 3,13 por ciento.

En los últimos operados esta cifra bajó á 1,62 por ciento.

II.—Litiasis complicadas :

3.º 105 coledocotomías por obstrucción calculosa simples, ictericia poco pronunciada, falta de fiebre y estado general bueno, tiene 2,9 por ciento.

4.º 61 coledocotomías por cálculos, los enfermos tenían fiebre é ictericia acentuada, tiene 10 muertos, igual 16 por ciento.

5.º 29 coledocotomías por obstrucciones calculosas con síntomas de intoxicación hepática, hemorragias, acolias, etc., tiene 10 muertos, igual á 34 por ciento.

6.º 12 coledocotomías por obstrucciones debidas á cánceres del cístico, colédoco, páncreas, etcétera, 4 muertos, igual 33 y medio por ciento.

W. Mayo termina su estadística, con las consideraciones siguientes : Ha sido la mortalidad de las complicaciones tardías que ha llevado el tratamiento quirúrgico de la apendicitis en el pie en que hoy se encuentra. Remover la enfermedad mientras está en el apéndice, antes de que se rompa y contamine la cavidad abdominal, ha sido la conclusión lógica..

Las mismas razones pueden aplicarse y con la misma fuerza para el tratamiento precoz de la litiasis biliar. La remoción de las piedras mientras están tranquilamente en la vesícula importa una mortalidad para la cistostomía de 1,47 por

ciento y de 1.62 por ciento para la cistectomía, y todavía se la puede bajar á menos de 1 por ciento ! (tesis de profesorado del Doctor M. Susini).

Estadística nacional :

Los Dres. José M. Jorge (h) y Eduardo A. Fox, han publicado en la revista de la sociedad Médica Argentina de 1913, N.º 123, una estadística nacional de 318 casos de litiasis biliar operados en los servicios de los doctores : Viñas, Palma, Cranwell Decoud, Arce, Bazterrica, Beláustegui, Caballero, Caride, Gutiérrez, Molina, Aróztegui, Nore, Zabala, Passerón, Chutro, Cirio, Finochietto, Gandolfo y Marotta. En resúmen los resultados son los siguientes :

I.—Litiasis simples en en las que se hacen :

1.º 113 colestistostomías con 12 mt. = 10,6 %

2.º 145 colecistectomías » 12 » » 8,29 »

ó sea 258 casos » 24 » » 9,20 »

II.—Litiasis complicadas, con drenaje de las vías biliares :

1.º 51 casos con 10 muertos, igual 19,60 %.

2.º 7 colecisto-enterostomías con 1 muerto, igual 14,2 por ciento.

En esta estadística figuran que el 40 por ciento estaban complicados con supuraciones, oclusiones de los canales principales, perforaciones de la vesícula, pancreatitis, angicolitis ascendente, insuficiencia hepática.

Llama también aquí la atención la enorme mortalidad en la litiasis complicada. Y si la comparamos aisladamente con las estadísticas extranjeras, se ve que nuestra estadística es mucho más desfavorable, esto se explica, y es porque se interviene quirúrgicamente mucho más tarde.

De manera que, es evidente que el cirujano más favorecido por el éxito y por las buenas estadísticas será aquél que se preocupe de operar á sus enfermos litiásicos lo más pronto posible.

ARGUMENTOS Y OBJECIONES HECHAS Á LAS INTERVENCIONES
RADICALES Y CONSERVADORAS

Resuelta la intervención quirúrgica en la litiasis biliar queda á saber que operación debe hacerse como procedimiento de elección.

El cirujano antes de abrir el vientre no puede tener una idea anticipada en hacer tal ó cual operación ; es el estado anatómico de la vesícula y de los otros órganos que lo debe decidir á hacer la elección del procedimiento operatorio. M. Milhiet decía : yo haré la colecistectomía ó la colecistostomía después de haber visto y tener todo bajo mis ojos, operando es cuando me decidiré

Entre los diferentes procedimientos destinados al tratamiento quirúrgico de la litiasis de las vías

biliares accesorias, tenemos : la colecistotomía, la colecistostomía y la colecistectomía.

La colecistotomía ó cistendice consiste en abrir la vesícula, extraer los cálculos y cerrar inmediatamente la incisión vesicular.

En los primeros tiempos en que se operaba la litiasis biliar, se creyó que con la abertura de la vesícula y la simple extracción de los cálculos sin drenaje de las vías biliares principales era suficiente para combatir los fenómenos de infección y de colecistitis. La cistendice sería una operación ideal si se la hiciera en el preciso momento de la formación del cálculo, y que el cuello, la mucosa y las paredes de la vesícula estén completamente sanas. Este procedimiento debió abandonarse porque la experiencia demostró lo insuficiente y hasta lo peligroso de su práctica. Los puntos de sutura podrían aflojarse ó ceder y la bilis derramarse en el peritoneo, con el consiguiente peligro.

La colecistostomía y la colecistectomía son las dos operaciones que se aplican constantemente y se disputan el derecho de preferencia en el tratamiento de la colecistitis crónica.

La colecistostomía ú ostomía, consiste en la abertura y el drenaje de la vesícula. La colecistectomía, ó ectomía es la extirpación total de la vesícula.

De estos dos métodos en la práctica diaria, no hay ningún cirujano que la ejecute de una manera absoluta y exclusiva, las dos se complementan. Así lo vemos decir á Moynihan : «Yo prefiero la colecistostomía, pero desgraciadamente en la práctica me veo obligado á hacer más colecistectomías de lo que yo deseo».

En Francia los partidarios de la operación radical ó cistectomía son : M. Gosset, defiende esta operación y ha modificado la técnica para practicarla ; M. Lejars se muestra partidario también de la cotecistectomía, y agrega : «es día á día la operación de elección, los conocimientos recientes sobre la patogenia de los cálculos son testimonio en su favor, ella asegura una curación rápida, previene las fistulizaciones, las adherencias, en fin, la experiencia es la mejor de todas las razones.

En Alemania Kehr es el leader de la intervención radical. M. Riedel que ha sido uno de los principales sostenedores de la colecistostomía, aconseja hoy la extirpación total ; Körte, Reimann, Hoffmeister son partidarios convencidos de esta operación.

En cambio los partidarios de la colecistostomía defienden con el mismo ardor y aportan nuevos documentos en su favor.

En Inglaterra Mayo Robson, Moynihan. En

Francia Delegenière, Villard, Pauchet y Nové Josserrand.

¿Por qué esta discordancia de ideas, esta diversidad de concepto entre cirujanos tan eminentes, sobre la mejor manera de practicar la operación en una vesícula crónicamente inflamada? Esto tiene su explicación: es porque los cirujanos llevan á cabo la intervención en momentos distintos de la enfermedad.

Así los ingleses y americanos, entre ellos Moynihan, operan la litiasis biliar en los primeros esbozos de la enfermedad, que, al decir de ellos, en este momento la vesícula se encuentra poco modificada, sus paredes y mucosas están intactas, se puede esperar tranquilamente que una vez abierta la vesícula y privada de su contenido por el drenaje, el órgano vuelva á llenar sus funciones normales.

En cambio, en Alemania y en Francia, los enfermos llegan más tarde á la mesa de operaciones después de haber agotado el tratamiento médico ó cuando han hecho una complicación, se comprende que operados en estas condiciones la vesícula tiene lesiones anátomo-patológicas muy pronunciadas. En estas circunstancias sólo la ectomía puede asegurarles una cura definitiva.

Veamos los diferentes argumentos que se han

emitido en favor y en contra de estas dos operaciones.

Mayo Robson reprocha la cõlecistectomía porque suprime un órgano de una fisiología determinada. Evidentemente la vesícula biliar es un modificador de la bilis, ella contribuye con su presencia á regularizar la presión de las vías biliares y facilita por su contracción el derrame de la bilis en el momento que el quimo estomacal pasa por el duodeno. La supresión de este órgano traería un aumento de tensión en el árbol biliar y de ahí una dilación del colédoco.

La experimentación y la clínica han demostrado que la supresión de este órgano no trae ninguna consecuencia en la función hepática ó digestiva. Esta opinión ha sido defendida por Körte (*Beitrag zur Chirurgie der Gallewege un des Leber*, 1905), y por Kehr (en el II Congreso Internacional de Cirugía de Bruselas, 1908).

Öddi, Haberes y Claimont han podido constatar experimentalmente, que consecutivo á la ectomía era posible desallorrarse á espensas del muñón del cístico un pequeño reversorio con la apariencia de una vesícula y que llenaría las mismas funciones.

Algunos años más tarde Hautefort, después de una serie de experiencias llega á las conclusiones siguientes : si el cístico es seccionado al ras del

colédoco no se produce la dilatación, ella es sólo producida cuando la ligadura del cístico es hecha á una cierta distancia del colédoco.

Otro reproche, dice Cotte, que se le atribuye á la colecistectomía, es la de no dejar drenaje de las vías biliares y de no permitir la expulsión secundaria de cálculos, este reproche, agrega, no es admisible, porque la colecistectomía ideal es una operación de excepción, y que la extirpación de la vesícula debe ser seguida de drenaje por el muñón cístico toda vez que haya inflamación de los conductos biliares. Por el contrario la colecistectomía con drenaje por el muñón del cístico es más eficaz y directo que el drenaje por el canal sinuoso que presenta la vesícula y el cístico frecuentemente estrecho.

Los partidarios de la colecistostomía hacen otra objeción á los ectomizadores, de exponer á los enfermos á grandes hemorragias. Hoy con los adelantos de la técnica operatoria deja de constituir un peligro.

El más grande reproche que se le ha hecho á la colecistectomía es de suprimir un órgano que puede ser útil en muchas circunstancias que por una causa ú otra, se ve obligado á intervenir de nuevo sobre el colédoco ó en órganos vecinos. Ya sea como guía ó como elemento de anastomosis entre el sistema biliar y el tubo digestivo. Co-

mo elemento de reparo para encontrar el colédoco es relativo ; se podrá buscar este canal, introduciendo el dedo en el hiatus de Winslow y traccionando hacia adelante el pedículo hepático, el colédoco, órgano más superficial y anterior que la vena porta, bastará incidir la hoja anterior del ligamento hepático-duodenal para llegar directamente al canal. Se podrá también ir á buscar el colédoco detrás del páncreas, en el cuadrilátero retro-pancreático de Quenú.

En fin, como órgano de anastomosis la cirugía dispone de muchas operaciones ideales para casos particulares, como ser la colédoco-duodenostomía, hepatoduodenostomía, etc.

Los documentos en favor de la colecistectomía son numerosos : con ella se elimina á la vez los cálculos y un órgano infectado. Según la expresión de Langebuch, la colecistectomía «suprime á la vez la piedra y la cantera». Se suprime las recidivas y las fistulaciones. La ectomía, en fin, evita la degeneración maligna susceptible de desarrollarse en un órgano crónicamente inflamado. Bramann, ha dicho que el mejor tratamiento de la neoplasia vesicular, es la extirpación de una vesícula no cancerosa.

El Dr. Miguel Sussini en un reciente é interesantísimo trabajo sobre tratamiento de la litia-

sis biliar presentada á la facultad como tesis de profesorado, en uno de sus capítulos se expresa así : «En la práctica nosotros aprovecharemos de la facilidad y benignidad de la cistostomía cuando operemos casos recientes de colecistitis, y no recurriremos á métodos más complejos sino en los casos en que una vieja calculosis ha llevado desgastes irreparables á la vesícula, el cístico, etc.»

Y agrega : «Aquí, como en ningún capítulo de la medicina, se debe ser sistemático. Cada caso tiene la operación que le conviene. Saber cual es esa operación es obra del cirujano experimentado y consciente. En una palabra, es la clínica la que debe guiarnos ; he ahí, dice Delbet, la dificultad, pero también la belleza de nuestro arte !»

DRENAJE DEL COLÉDOCO

Kehr, en *Archiv fur Klinische chirurgie* del 5 de Febrero de 1912, da las reglas siguientes :

1.º La existencia de una pancreatitis marcada, sobre todo al nivel de la cabeza del páncreas, recomienda el hépato-drenaje y el drenaje del colédoco.

2.º Es necesario hacer la coledocotomía cuando el colédoco está dilatado y sus paredes se hallan espesadas. Puede haber un cálculo enclava-

do, retroduodenal que por su situación escapa á la palpación.

3.º Cuando en la anamnesis se encuentra ictericia, chuchos y eliminación de cálculos biliares.

4.º Cuando se incinde involuntariamente el colédoco extirpando la vesícula, ó incindiendo este canal para hacer el caterismo, es mejor drenar el colédoco que suturarlo.

5.º Cuando existen numerosos y pequeños cálculos en la vesícula y el cístico que hacen suponer que los hay igualmente en el colédoco.

6.º Cuando se vea derramar por el muñón del cístico una bilis turbia, signo de la inflamación de las vías biliares principales.

7.º En fin, cuando se constata la existencia de un hígado grande indurado, de una cirrosis hepática.

CUIDADOS PRE-OPERATORIOS

Siendo las intervenciones sobre las vías biliares, operaciones graves, y en que la mayor parte de los enfermos sometidos á esta terapéutica, son organismos debilitados y de un hígado seriamente comprometido. Los cirujanos se han empeñado en colocar á estos enfermos en las mejores condiciones posibles antes y después de operados para que tengan todo su éxito.

Como en toda laparotomía los enfermos serán

bañados, afeitados y jabonados, una envoltura seca cubrirá después el epigastrio y ambos hipocondrios.

Dos días antes se le dará un purgante de aceite de ricino, 40 gramos, para asegurar la completa evacuación del tubo digestivo. Desde esta fecha, siguiendo las indicaciones de Kehr y Körte, no se le dará al enfermo más que alimentos líquidos : café, té, leche, después, seis horas antes de la operación, será sometido á una dieta absoluta.

Un análisis de orinas completo está indicado para ver si hay algún elemento que contraindique la intervención, albúmina en cantidad, glucosa, etc..

Se examinará cuidadosamente el aparato respiratorio y circulatorio. En el caso que hubiera bronquitis se esperará á que ella haya desaparecido. Si el enfermo tuviera un corazón debilitado y el pulso sea rápido, se lo tonificará con aceite alcanforado, cinco centímetros cúbicos mañana y tarde durante dos días antes. Kehr prefiere el estrofanfo, Moynihan la digitalina. Las inyecciones hipodérmicas de sulfato de estricnina 6 á 10 miligramos en las 24 horas están muy indicadas.

Cuando el estado general es malo ó debil, siguiendo las indicaciones de Gosset, los tres días

que preceden á la operación se le harán inyecciones de suero fisiológico, 500 gramos, por vía subcutánea ó rectal, ó endovenosa en caso de extrema urgencia.

Moynihan, Witzel y Mayo Robson, recomiendan el lavaje de la cavidad bucal con una solución antiséptica como medio de prevenir las complicaciones pulmonares.

No se descuidará de examinar el estado de coagulabilidad de la sangre porque es bien sabido que los ictericos están expuestos á las hemorragias. Gosset preconiza la ingestión en una posición de 3 á 4 gramos de cloruro de calcio en las 24 horas y durante dos ó tres días. Kaposi, el empleo del suero gelatinado al 2 por 100.

Se ha empleado también las inyecciones subcutáneas de suero de caballo, 5 á 10 centímetros cúbicos.

ANESTESIA

¿Qué clase de anestesia deberá emplearse para las intervenciones en las vías biliares ?

Siendo estas operaciones en las que se requiere una inmovilidad absoluta de los enfermos, por las múltiples maniobras que deben realizarse. Nada mejor se diría que la anestesia clorofórmica, por el sueño tranquilo y profundo que

produce. Es cierto que con el empleo del cloroformo se cumplen estos principios, pero debemos reconocer que este anestésico es un agente tóxico para la célula hepática, ya en parte comprometida en muchos operados de litiasis.

Los cirujanos como los anátomo-patólogo, han podido observar numerosos casos de ictericia grave post-clorofórmica. Quenú en la *Société de Chirurgie* de 1910, ha demostrado con numerosas observaciones los inconvenientes y las graves complicaciones hepáticas á que están expuestos los hictéricos y en general los enfermos del hígado, sometidos á la anestesia por el cloroformo.

Actualmente los cirujanos sustituyen el cloroformo por el éter, en las intervenciones del hígado, ella es menos tóxica que el cloroformo y no compromete la individualidad anatómica de la célula hepática. Se aconseja, con buen resultado una inyección subcutánea de dos centímetros cúbicos de pantopon una hora antes de la operación.

Los enfermos anestesiados por el éter siguiendo esta indicación realizan un sueño tranquilo y profundo como con el empleo del cloroformo.

De manera, pues, á él debemos recurrir siempre que no haya contraindicación como ser : en los viejos y en los días de riguroso invierno, en

que los enfermos están expuestos á las afecciones pulmonares, bronquitis post-anestésica.

Las anestésias deberán hacerse siempre que sea posible con el aparato de Roth-Dräger. Con este aparato puede regularse á voluntad la cantidad de cloroformo, éter y oxígeno como las combinaciones entre ellos en cualquier momento de la operación. La anestesia es más regular y constante. Y con el oxígeno que al mismo tiempo respiran los enfermos se evitan los shock operatorios tan frecuentes en estas clases de operaciones.

En cuanto á la anestesia local á la novococaina recurriremos solamente en casos excepcionales, como ser : en los enfermos sumamente débiles, caquéticos, pálidos y demacrados, y para incindir colecciones purulentas en las pericolecistitis.

Posición del operado.—Para obtener buen campo de exploración del hilio hepático y de los conductos biliares, se han descripto actitudes más ó menos complicadas. La mejor de todas es la posición en decúbito dorsal con lordosis dorso lumbar y ligera inclinación de cabeza.

Para esto se han construido mesas y aparatos especiales que son excelentes, pero en la práctica diaria la mayor parte de los cirujanos emplean el

cojín preconizado por Mayo Robson, que se obtiene fácilmente con una gran sábana enrollada. Lo esencial es colocarlo bien. El punto de reparo es el ángulo del omóplato ó el apéndice xifoideo que debe coincidir con la lordosis lumbar. Se determina así una hiperextensión suficiente del tronco, de tal manera que una vez abierto el vientre se pone fácilmente de manifiesto hacia arriba la cara inferior del hígado con los elementos del hilio hepático y los intestinos delgados deslizados hacia abajo del abdómen. El espacio intermedio entre el hígado y el cólon transverso «se abren angularmente hacia adelante como las hojas de un libro».

El que opere siguiendo estas indicaciones se convencerá de los beneficios de ellas.

Incisiones.—Cuando se interviene en cirugía biliar conviene tener presente, que no sólo es suficiente colocar al enfermo en buena posición sino también hacer incisiones convenientes y amplias para obtener un ancho campo y una vía fácil de acceso á los órganos del hileo hepático.

La incisión, al decir de Kehr, es la mitad de la operación.

Körte formula los principios siguientes : 1.º, Hacer amplias incisiones para hacer amplias exploraciones ; explorar siempre y en todos los ca-

sos, no solamente la vesícula, sino también el canal cístico, colédoco y el hepático ; 2.º Remover el contenido patológico tan radicalmente como sea posible ; 3.º Tomar al final de la operación las disposiciones necesarias para que la bilis corra fácil y libre sin entorpecimientos de ningún género.

Para esto se han propuesto una infinidad de incisiones, chicas y grandes, verticales ú oblicuas.

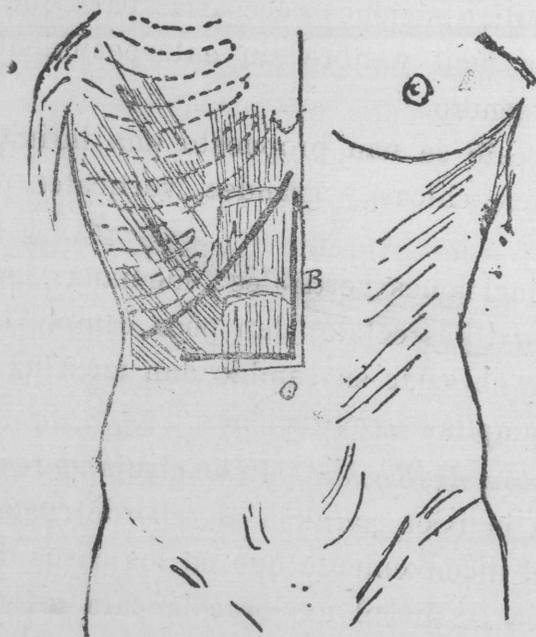
Las incisiones verticales ; medianas, paramedianas y transrectales dan poco campo. Las incisiones oblicuas en cambio dan más luz y permiten amplias exploraciones.

Incisión de Kocher.—Este cirujano recomienda una incisión paralela al reborde costal, pero tiene el inconveniente que en los casos de toxis hepática es difícil explorar la cara inferior del hígado.

Incisión de Czerny.—Preconiza una incisión angulada como la que se halla representada en la figura B.

Incisión de Mayo Robson.—recomienda una incisión vertical que comienza en la intercepción reborde costal izquierdo y el músculo recto anterior, de aquí desciende hacia abajo costeando el borde de este músculo hasta el ombligo, cuando esta incisión no le es suficiente agrega á la

extremidad superior de la primera incisión otra que costea el reborde costal, secciona oblicuamente el tercio externo del músculo recto. Queda

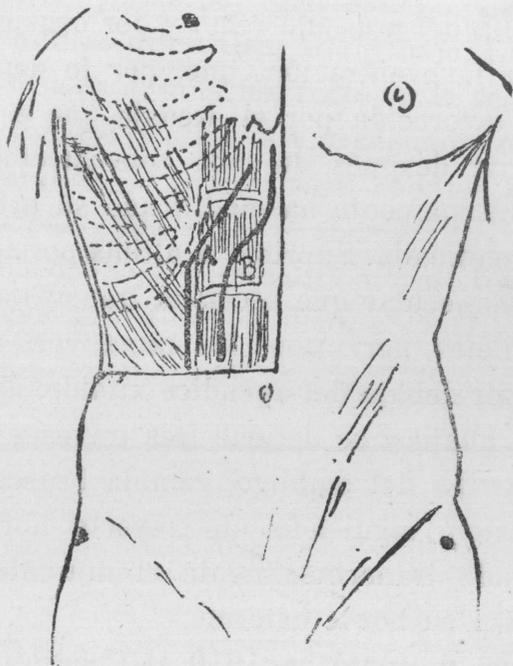


A. Incisión de Kocher. — B. de Czerny

así transformada en una incisión acodada, angulada ó en ángulo obtuso como también se le llama.

Incisión de Kehr.—La clásica incisión de Kehr, ondulada ó en bayoneta, como también se la llama, ha recibido el voto unánime de la mayor parte de los cirujanos. Con ella se obtiene una

luz considerable, permite la exploración completa y facilita la intervención de todos los órganos contenidos en la parte superior del abdomen. Por el extremo inferior de la herida es posible siempre abordar el apéndice.



A. Incisión de Mayo Robson. — B. de Kehr.

«Esta incisión comienza arriba, inmediatamente abajo del apéndice xifóide ó un poco por encima de su extremidad, desciende por la línea media hasta la parte media de la distancia xifo-umbilical, se oblicúa hacia abajo y hacia la derecha, secciona el músculo recto hasta llegar á su

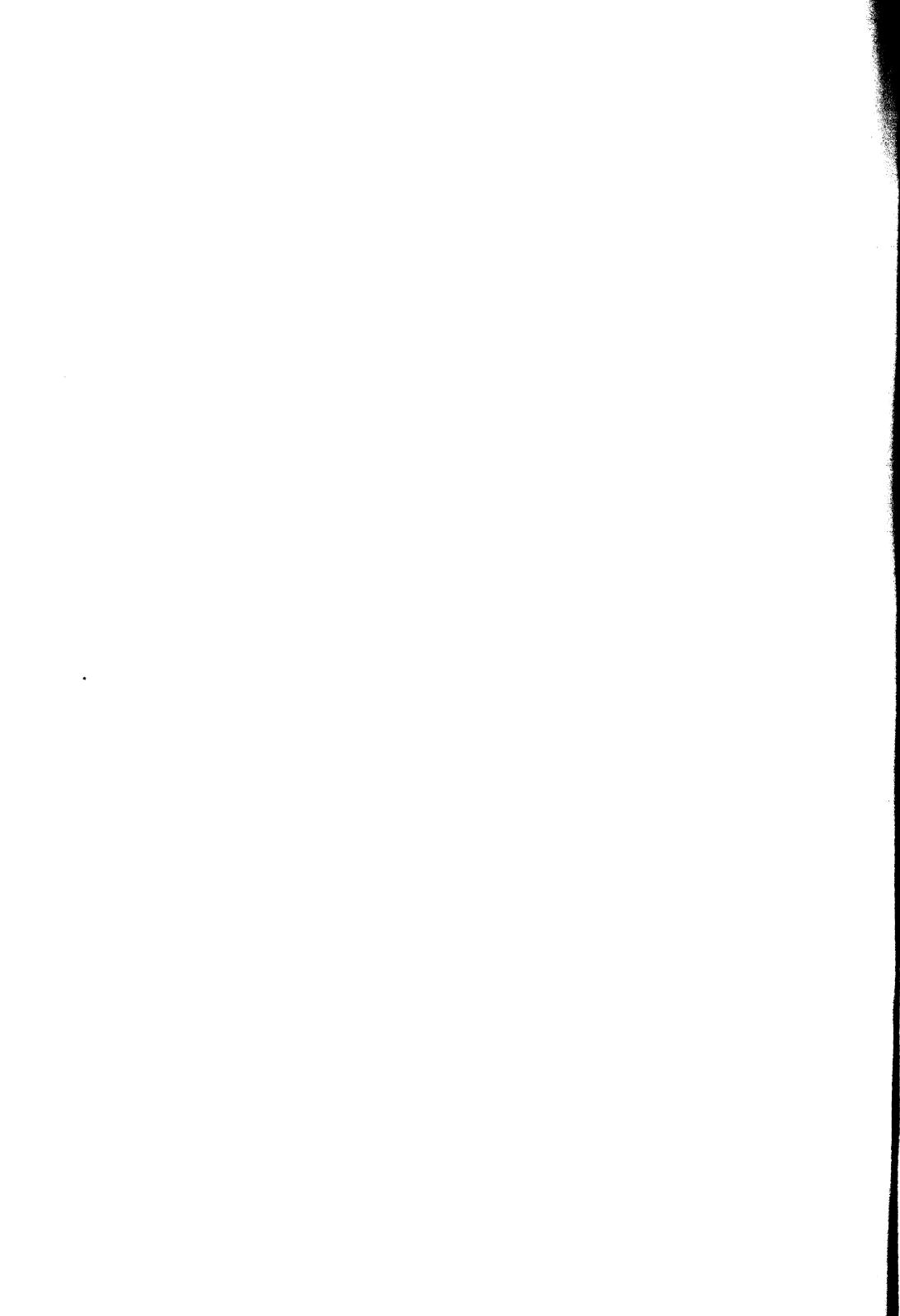
tercio externo y después descende longitudinalmente a través del músculo hasta el nivel del ombligo».

Se ha dicho que esta incisión tiene un defecto por cortar en los dos sentidos los filetes nerviosos destinados al gran recto, que daría lugar á una atrofia del músculo recto y por consiguiente favorecer la eventración, que, por lo demás se hallaría favorecida por el drenaje que es necesario dejar después de toda colecistectomía.

Kehr últimamente ha modificado su primitiva incisión ondulada. Suprime la última porción vertical tras muscular que secciona transversalmente los filetes nerviosos. La rama vertical comienza por debajo del apéndice xifóide, descendiendo hacia abajo y se detiene tres traveses de dedo por arriba del ombligo, cambia bruscamente de dirección, siguiendo un trayecto horizontal seccionando transversalmente el músculo gran recto hasta su borde externo.

Sprengel presentó en 1910 al Congreso de la Sociedad de Cirugía Alemana, un trabajo defendiendo las incisiones transversales. En efecto, dice Sprengel, que las incisiones hoy llamadas longitudinales son en realidad verdaderas incisiones transversales, que cortan transversalmente los nervios y las fibras musculares. Y, en consecuencia, preconiza la suya que es la siguiente :

es una incisión transversal, corta transversalmente el músculo recto del abdomen, del lado derecho y un poco el borde interno del recto izquierdo, hacia afuera y á ~~la~~ derecha describe un pequeño ángulo disociando en una cierta extensión las fibras del gran oblicuo. La práctica á dos alturas diferentes, alta y baja. La incisión alta secciona el músculo recto en la región hepática entre la primera y la segunda intercesión aponeurótica, favorable para abordar el píloro, pero inconveniente para abordar la vesícula. La incisión baja la practica á tres traveses de dedos por arriba del ombligo.



TÉCNICA OPERATORIA

COLECISTECTOMÍA, CISTECTOMÍA Ó ECTOMÍA

Ectomía.—La ectomía es la extirpación total de la vesícula ; fué ideada y practicada por primera vez por Langenbuch en 1882.

La colecistectomía puede ser practicada de varias maneras : del fondo de la vesícula hacia el cuello, del cuello hacia el fondo (colecistectomía retrógrada), y, por último, la ectomía subcerosa.

Colecistectomía del fondo hacia el cuello (colecistectomía clásica de Langenbuch).

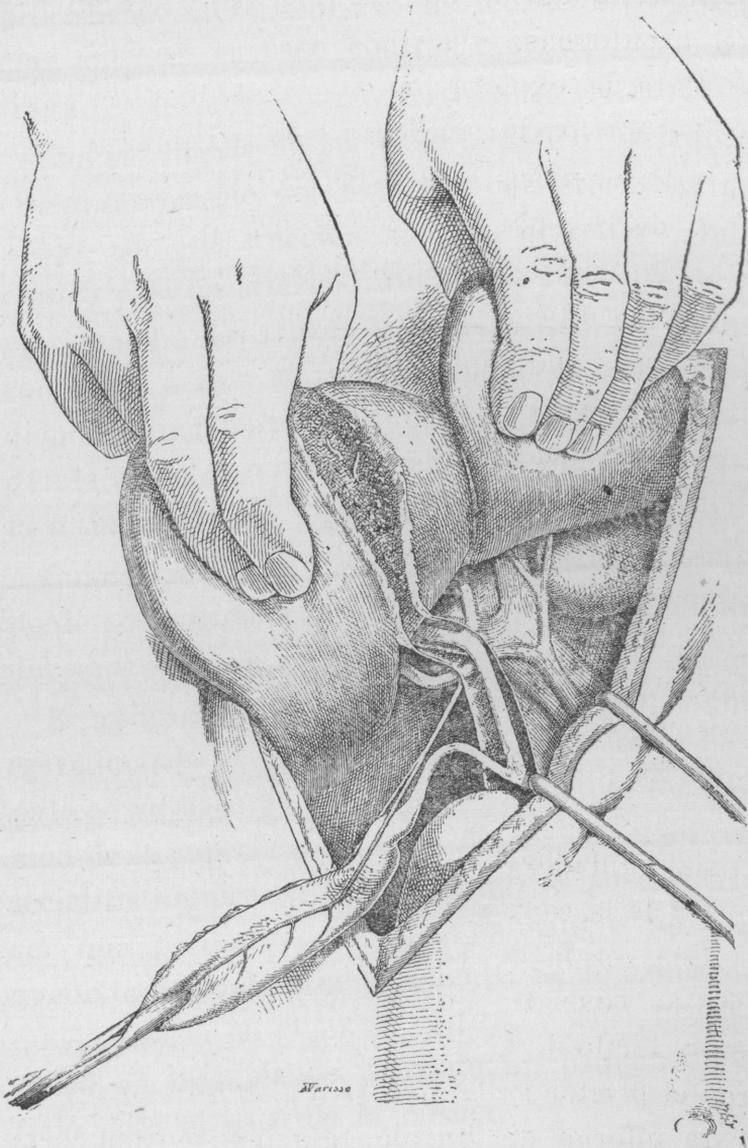
No nos detendremos á describir aquí los preliminares de asepsia de la pared, por ser la común á toda laparotomía. Abierto el vientre por cualquiera de las incisiones ya descriptas, y que nosotros aconsejamos la de Kehr. Siguiendo las indicaciones de Körte, se procede á una explora-

ción completa de las vías biliares, vesícula, cístico, pancreas, etc.

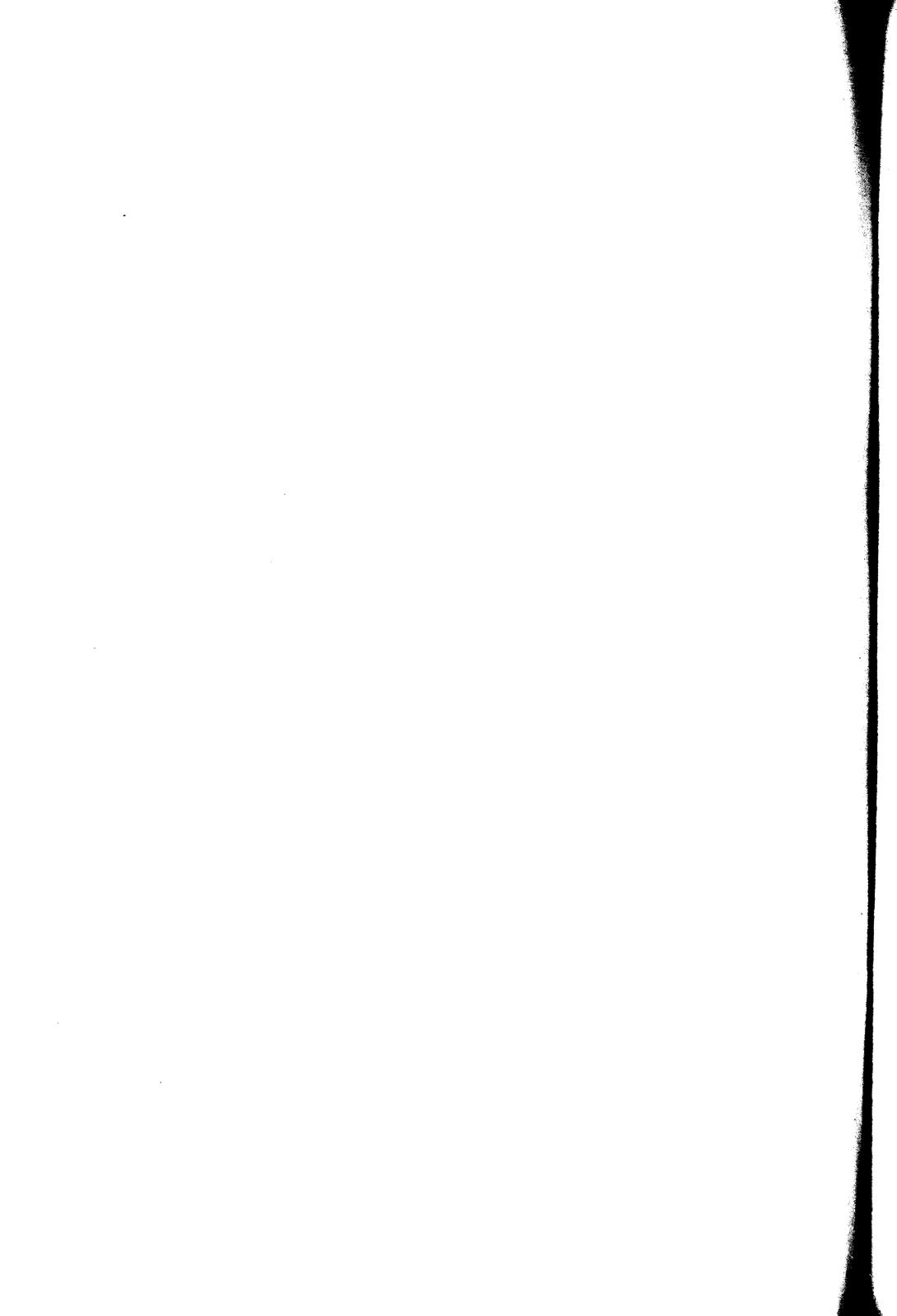
Para la exploración de las vías principales, Kehr emplea la siguiente maniobra : «Introduce la mano izuierda con la palma hacia la cara inferior del hígado, al mismo tiempo que, rota su cuerpo á la derecha, dando la espalda á la cara del enfermo é inclinándose ligeramente hacia los pies. La mano izquierda que ha pronado exageradamente, se encuentra mediante el movimiento del cuerpo en mejores condiciones para explorar con bastante facilidad el colédoco, hepático, cístico y hasta el hileo del hígado.»

Un ayudante levanta con una mano la cara inferior del hígado, así expuesta la vesícula, se la libra de las adherencias con los órganos vecinos. Con la otra mano el ayudante rechaza los intestinos por debajo y el estómago á la derecha. Con grandes compresas ó gasa dobladillada se aísla cuidadosamente el campo operatorio del resto de la cavidad abdominal.

Una vez la vesícula bien expuesta se la toma por su base con una pinza de Kocher. Se hace en el fondo de la vesícula, y en el surco que forma el peritoneo de la vesícula al reflejarse en la cara inferior del hígado, una incisión en herradura, con tijera ó bisturí, hasta caer en el plano de clivaje, se continúa disecando á dedo el



Colecistectomía clásica de Langebuch (Gosset)



resto de la vesícula y del cuello hasta el colédoco, procediendo así es fácil cuando no hay adherencias antiguas, en caso contrario se continúa á tijera.

Una vez librada de su lecho hepático, se tracciona suavemente del extremo periférico hacia abajo, por esta tracción aparece el relieve del cístico y de las arterias. Nada más fácil que tomarlos entre dos pinzas y seccionarlos, se ligan con cagut ó seda al ras del colédoco, comprendiendo en una misma ligadura el cístico y el pedículo vascular, ó aisladamente, es preferible esta última.

Cuando se liga el cístico conviene tener cuidado de no comprender en la ligadura un fragmento del hepático ó del colédoco.

Se aplican algunos puntos separados con cagut aproximando el peritóneo delante del lecho hepático. Se hace de esta manera una peritonización de la superficie cruenta. En los casos de colecistitis crónica en los cuales no es posible hacer una peritonización y si da sangre un pequeño taponamiento es suficiente. Se deja una pequeña mecha en el lecho cístico, y se sutura la pared en tres planos, dejando un pequeño orificio para el paso de la mecha.

Rotter y Goldmman y otros cirujanos aconsejan

el cierre total de la herida abdominal sin drenaje.

Nosotros no lo aconsejamos porque muchas veces á pesar de una sutura perfecta hay pérdida de sangre y de bilis. De manera, pues, que seguimos la práctica de Kehr, somos partidarios de la necesidad de un taponamiento como medio de seguridad, no tan amplio como antes, sino una pequeña mecha suficiente para absorber la sangre y la bilis que pudiera derramarse.

Seis ú ocho días después se retira poco á poco el drenaje y se sustituye por otra cada vez más pequeña. La curación se obtiene á los diez ó quince días después de la operación.

Colecistictomía retrógrada.—Preconizada por Moynihan, Mayo Robson, Riedel. Esta manera de proceder permite una extirpación más fácil de la vesícula, facilita una hemostasia perfecta y permite desde el principio de la operación, reconocer de una manera precisa, el canal colédoco, hepático, etc. y de evitar así tomar en la ligadura un segmento del canal biliar.

Técnica de Gosset—(*Pesse Médicale*, 15 de Marzo de 1913).

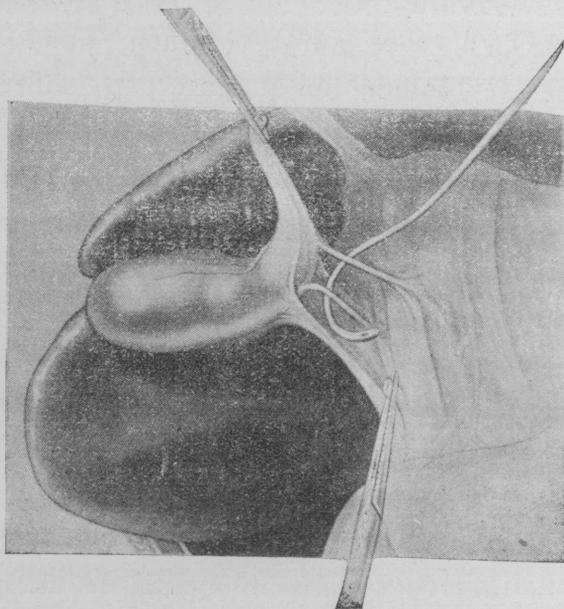
«Se busca el cístico traccionando la vesícula para ponerlo en evidencia y siguiendo su cara inferior se llega al colédoco.

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

«El colédoco se ha denudado, pero el cístico no aparece, aunque la denudación se haya hecho en el sitio de confluencia. Para descubrirlo, es necesario incindir á bisturí la hoja peritoneal que se adosa del lado externo del colédoco, como si fuera una vela sobre el mástil de un navío ; esta lámina es la parte más baja del mesocisto.

»A este nivel es una capa espesa con bastante grasa y es en medio de esta grasa en donde se encuentra la porción terminal del cístico. Con una sonda acanalada buscar, maniobrando con ligereza y con pequeños golpes de vaivén, sobre el lado derecho del colédoco, un cordón amarillento de paredes espesas y de dirección casi vertical.

Reconocido el cístico, aislarlo completamente y pasar debajo una aguja de Deschamps con cagut. Seccionar el canal, entre la ligadura y una pinza de Kocher, y una gotita de bilis mostrará que es realmente el canal cístico el que se ha ligado y cortado.



Colecistectomía retrógrada (Gosset)

»Se objetará que esta maniobra no puede hacerse sino en los casos de vías biliares normales. No es así. Aun en aquellos casos de lesiones muy antiguas y en que la esclerosis de los tejidos es muy marcada, el segmento terminal del canal

cístico está muy á menudo sano, fácil de ligar en la proporción de dos sobre tres casos.

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

»Desde que el cístico se ha ligado al ras del colédoco y ha sido seccionado, se puede seguir su desprendimiento de atrás adelante. La tracción que podemos hacer sobre el cístico y cuello hacia afuera muestra el pedículo vascular de la vesícula.

»Manteniendo esta tracción, cualquiera que sea el tipo anatómico de la arteria, procedemos á hacer una ligadura con cagut para asegurarnos una hemostasia definitiva.

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

»Este tiempo del desprendimiento es muy rápido ; se hace fatalmente al nivel del buen plano de elivaje y es mucho menos hemorrágico que cuando se procede del fondo hacia el cuello. Permite además, conservar bastante peritóneo pa-

ra una reparación más fácil y un buen drenaje.»

La colecistectomía subcerosa.—No la aconsejamos, porque es de una técnica muy difícil y rara vez se realiza en buenas condiciones. En cambio, la operación á la Langenbuch es simple y al alcance de todo el mundo.

Ostomía.—La colesistostomía de Couvaisier, llamada también así, es el abocamiento de la vesícula biliar á la pared abdominal.

Se han empleado diversos procedimientos. Unos la fijan de una manera ó de otra á la pared del vientre, otros la drenan dejándola en su sitio. Creemos que esta última tiene más ventajas que la primera, porque para fijar la vesícula es necesario traerla hacia adelante tironeándola más ó menos, con lo que podría producirse una angulación del colédoco dificultando el pasaje de la bilis, sobre todo cuando se trata de vesículas chicas y retraídas.

Por dicho motivo aconsejamos el drenaje dejando en posición la vesícula.

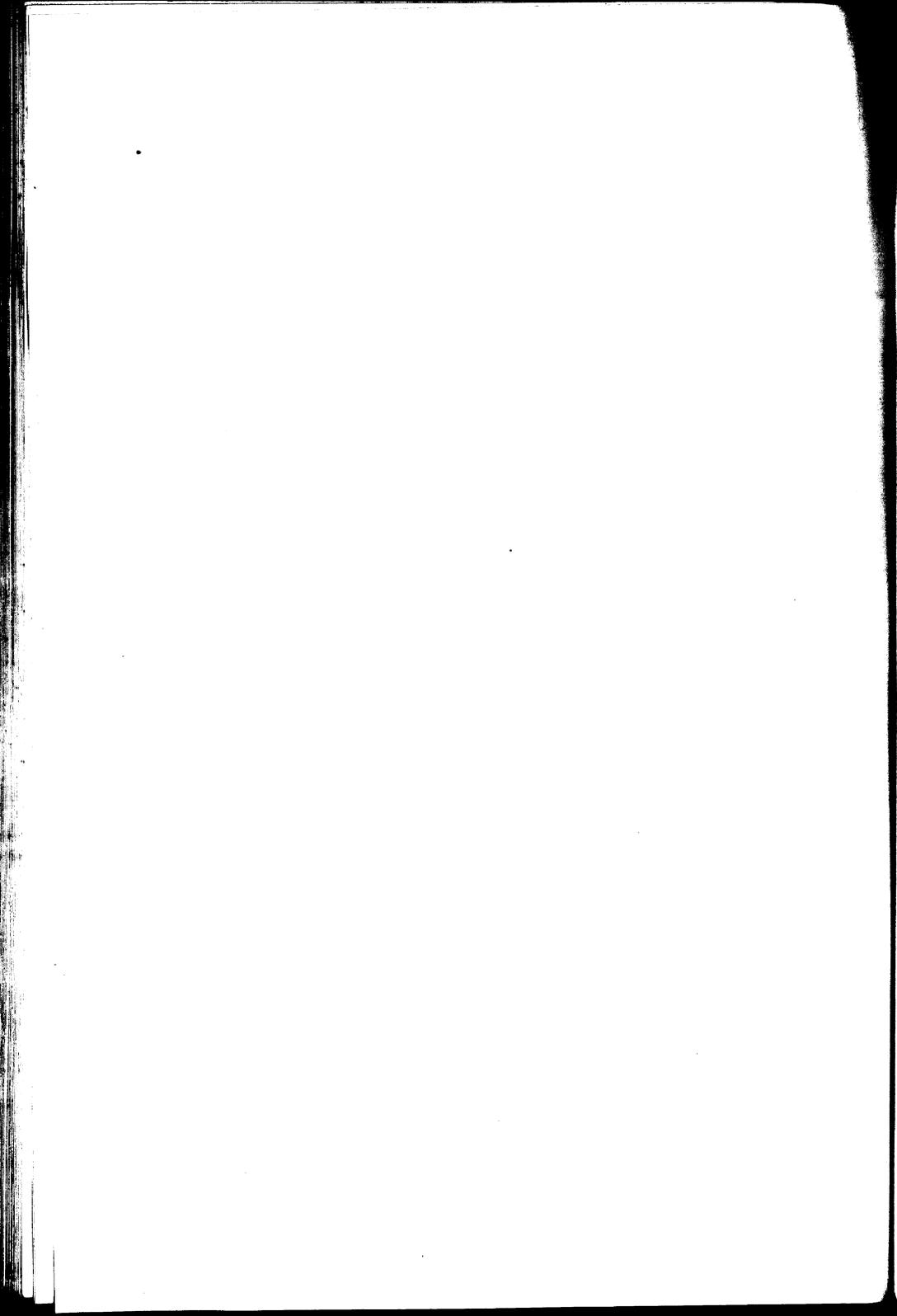
Técnica.—Una vez bien aislada la vesícula con gasas ó compresas del resto de los órganos abdominales, para evitar el derramamiento de su contenido en el peritoneo. Se punza con un trocar grueso, si está muy llena. Después de haber sido evacuado todo lo que ha sido posible, se retira

el trocar. Se toma con pinzas el borde del orificio vesicular y se agranda con bisturí ó tijera. Con cureta se concluye de evacuar todo su contenido. Debe explorarse el cístico y si está libre se coloca por el orificio hecho, un tubo de goma de grueso calibre, y se lo fija á la vesícula por medio de una sutura en jareta, teniendo cuidado de invertir los labios de la herida vesicular de manera que cuando se retire el tubo de drenaje se encuentran superficies cerosas en contacto y facilite el cierre vesicular.

Luego se sutura la pared abdominal en tres planos, dejando una pequeña brecha para el paso del tubo que va á terminar en un frasco donde se recibe la bilis que drena el tubo.



OBSERVACIONES CLÍNICAS



Observación I

SERVICIO DEL PROFESOR MARCELO VIÑAS
SALA XIII.—HOSPITAL SAN ROQUE

S. R., 49 años.

Diagnóstico.—Colecistitis calculosa crónica.

Antecedentes personales.—Sarampión en la infancia, á los 20 años tifoidea, á los 23 neumonía. No hay antecedentes específicos ni maláricos. Moderado fumador y bebedor cuando joven. Era constipado.

Enfermedad actual.—Desde hacen dos años refiere el enfermo, viene sufriendo de perturbaciones digestivas, sintiendo dos ó tres horas después de las comidas dolor en el epigastrio, sensación de plenitud y pesadez de estómago acompañado de cefaleas.

En Noviembre de 1912, estando bien, por la noche, sintió un fuerte dolor en el epigastrio,

acompañado de vómitos alimenticios que después se hicieron biliosos, el dolor persistió por algunas horas, á los pocos días reanudó su trabajo. En Diciembre del mismo año, volvió á tener un ataque análogo al primero y que pasó en igual forma, sus digestiones continuaron irregulares. El 12 de Abril de 1913, fué sorprendido por un fuerte dolor en el epigastrio, que se le propagaba á la espalda derecha, acompañado de vómitos biliosos. El dolor en su mayor agudeza le duró 34 horas, dice haber seguido un tratamiento médico, tomando unas píldoras y una bebida, consiguiendo mejorarse un poco. A los 5 días nota que su piel se colorea de amarillo, cada vez más intenso, sus orinas se ponen oscuras, hasta tomar un color rojo caoba intenso. No sintiendo mejoría ingresa, por este motivo, al servicio del Dr. Nolting, sala I, con 39°5 de temperatura, con gran dolor en la región hepática y bastante deprimido. Hace 8 días que no mueve el vientre.

Estado actual.—Abril 22.—Hombre de pequeña estatura, de piel blanca, pero ahora con acentuado color amarillo (ictericia generalizada), regular musculatura, regular panículo adiposo.

Tórax.—Simétrico, diámetros normales, tipo respiratorio costo-abdominal. Hay disnea objetiva.

Pulmones por detrás.—Vibraciones existen. Sonoridad normal, base movable. Respiración vesicular. Resonancia normal de la voz.

Pulmones por delante.—Pulmón derecho : Sonoridad normal, base derecha borde superior de la 5.^a costilla. Respiración vesicular. Pulmón izquierdo : Sonoridad normal, Espacio de Traube libre. Respiración vesicular.

Corazón.—Punta no se ve ni se siente. Se limita por la percusión á la altura del mamelón. Borde superior de la 3.^a línea media esternal. Auscultación, tonos normales. Hay taquicardia.

Pulso.—Regular, igual, mediano, depresible, late 120 por minuto.

Hígado.—Borde superior de la 5.^a costilla. Por debajo dos traveses de dedos del reborde costal se palpa ligeramente doloroso.

Bazo.—No se palpa.

Abdomen.—Paredes blandas, depresible, ligeramente dolorosas en la fosa ilíaca derecha y colon ascendente. La región vesicular dolorosa á la presión un poco profunda. No hay defensa de pared.

Conjuntivas y mucosas.—Tinte icterico.

Lengua.—Saburral un poco seca.

Dientes.—En buen estado.

Temperatura.—39° 1.

Orinas.—Color amarillo caoba, poco abundantes. Manchan las ropas.

Tratamiento.—Dieta láctea, purgante aceite de ricino 60 gramos.

Día 24.—Estado general no muy bueno. Hígado aumentado de volúmen, llega hasta el borde superior de la 4.^a costilla y por debajo hasta tres traveses de dedos por debajo del reborde costal, línea mamilar. En la zona correspondiente á la línea ascilar anterior bajo el reborde costal, hay una saliencia en forma de tumor doloroso.

Temperatura 38° 4.

Días 26 y 27.—La temperatura oscila entre 39° y 39° 5. Las orinas han aumentado en cantidad siempre oscuras. Movi6 el vientre, siendo las deposiciones coloreadas.

Día 29.—La temperatura sigue descendiendo. Se da un purgante de sulfato de soda.

Día 30.—Apirético, se le da alimentación mixta y sulfato de soda á la dosis de 5 gramos diarios. El análisis de orinas hecho el 22 dá vestigios de albúmina, pigmentos biliares y urobilina.

Análisis de sangre.—Sole con dificultad, coagula lentamente. Color rojo pálido.

Glóbulos rojos 1.700.000

Glóbulos blancos 18.000.

Operación.—Operador Prof. Viñas. Ayudante, mayor, Mario Merello.

Anestesia clorofórmica. Incisión de Kehr. Se encuentra la vesícula muy retraída y llena de cálculos pequeños en su interior. Se palpa el colédoco y la cabeza del páncreas no presentando nada anormal. *Colecistectomía clásica.* Se comprende en una sola ligadura el cístico y el pedículo vascular.

Dreno con gasa en el lecho cístico. A los 5 días se retira el drenaje saliendo abundante cantidad de bilis, se sustituye por otro más pequeño hasta su cierre completo, á los 20 días.

Suero diario y aceite alcanforado.

Alta, sano, habiendo aumentado de peso.

Observación II

SERVICIO DEL PROFESOR MARCELO VIÑAS
SALA XIII.—HOSPITAL SAN ROQUE

S. T., 35 años.

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

Este año ha tenido tres ataques análogos.

Ultimamente ingresa al servicio del Dr. Noting, Sala I., con el siguiente estado : Dolor agudísimo en la región vesicular, vómitos timpánico, pulso frecuente, 140 por minuto, pequeño, constipación, hipotermia y decaimiento general.

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

Se decide operar de urgencia.

Operación.—Anestesia : éter. Operador, profesor Viñas. Ayudante mayor, Mario Merello.

Incisión lateral, se llega al peritoneo, saliendo una gran cantidad de pus mezclado con bilis. Enorme cantidad de adherencia impiden llegar á la vesícula. Drenaje, Suero, Aceite alcanforado, estriénina.

Fallece á las 12 horas de operado.

Necrosia.—Vesícula llena de cálculos del tamaño de una albellana. Perforada en su base. Las ansas intestinales llenas de escudos fibrino-purulentos.

Lengua.—Saburral un poco seca.

Dientes.—En buen estado.

Temperatura.—39°1.

Orinas.—Color amarillo caoba, poco abundantes. Manchan las ropas.

Tratamiento.—Dieta láctea, purgante aceite de ricino 60 gramos.

Día 24.—Estado general no muy bueno. Hígado aumentado de volúmen, llega hasta el borde superior de la 4.^a costilla y por debajo hasta tres traveses de dedos por debajo del reborde costal, línea mamilar. En la zona correspondiente á la línea ascilar anterior bajo el reborde costal, hay una saliencia en forma de tumor doloroso.

Temperatura 38°4.

Días 26 y 27.—La temperatura oscila entre 39° y 39°5. Las orinas han aumentado en cantidad siempre oscuras. Movi6 el vientre, siendo las deposiciones coloreadas.

Día 29.—La temperatura sigue descendiendo. Se da un purgante de sulfato de soda.

Día 30.—Apirético, se le da alimentación mixta y sulfato de soda á la dosis de 5 gramos diarios. El análisis de orinas hecho el 22 dá vestigios de albúmina, pigmentos biliares y urobilina.

Análisis de sangre.—Sole con dificultad, coagula lentamente. Color rojo pálido.

Glóbulos rojos 1.700.000

Glóbulos blancos 18.000.

Operación.—Operador Prof. Viñas. Ayudante, mayor, Mario Merello.

Anestesia clorofórmica. Incisión de Kehr. Se encuentra la vesícula muy retraída y llena de cálculos pequeños en su interior. Se palpa el colédoco y la cabeza del páncreas no presentando nada anormal. *Colecistectomía clásica.* Se comprende en una sola ligadura el cístico y el pedículo vascular.

Dreno con gasa en el lecho cístico. A los 5 días se retira el drenaje saliendo abundante cantidad de bilis, se sustituye por otro más pequeño hasta su cierre completo, á los 20 días.

Suero diario y aceite alcanforado.

Alta, sano, habiendo aumentado de peso.

Observación II

SERVICIO DEL PROFESOR MARCELO VIÑAS
SALA XIII.—HOSPITAL SAN ROQUE

S. T., 35 años.

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

Este año ha tenido tres ataques análogos.

Ultimamente ingresa al servicio del Dr. Noting, Sala I., con el siguiente estado : Dolor agudísimo en la región vesicular, vómitos timpanismo, pulso frecuente, 140 por minuto, pequeño, constipación, hipotermia y decaimiento general.

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

Se decide operar de urgencia.

Operación.—Anestesia : éter. Operador, profesor Viñas. Ayudante mayor, Mario Merello.

Incisión lateral, se llega al peritoneo, saliendo una gran cantidad de pus mezclado con bilis. Enorme cantidad de adherencia impiden llegar á la vesícula. Drenaje, Suero, Aceite alcanforado, estricnina.

Fallece á las 12 horas de operado.

Necrosia.—Vesícula llena de cálculos del tamaño de una albellana. Perforada en su base. Las ansas intestinales llenas de escudos fibrino-purulentos.

Lengua.—Saburral un poco seca.

Dientes.—En buen estado.

Temperatura.—39° 1.

Orinas.—Color amarillo caoba, poco abundantes. Manchan las ropas.

Tratamiento.—Dieta láctea, purgante aceite de ricino 60 gramos.

Día 24.—Estado general no muy bueno. Hígado aumentado de volúmen, llega hasta el borde superior de la 4.^a costilla y por debajo hasta tres traveses de dedos por debajo del reborde costal, línea mamilar. En la zona correspondiente á la línea ascilar anterior bajo el reborde costal, hay una saliencia en forma de tumor doloroso.

Temperatura 38° 4.

Días 26 y 27.—La temperatura oscila entre 39° y 39° 5. Las orinas han aumentado en cantidad siempre oscuras. Movi6 el vientre, siendo las deposiciones coloreadas.

Día 29.—La temperatura sigue descendiendo. Se da un purgante de sulfato de soda.

Día 30.—Apirético, se le da alimentación mixta y sulfato de soda á la dosis de 5 gramos diarios. El análisis de orinas hecho el 22 dá vestigios de albúmina, pigmentos biliares y urobilina.

Análisis de sangre.—Sole con dificultad, coagula lentamente. Color rojo pálido.

Glóbulos rojos 1.700.000

Glóbulos blancos 18.000.

Operación.—Operador Prof. Viñas. Ayudante, mayor, Mario Merello.

Anestesia clorofórmica. Incisión de Kehr. Se encuentra la vesícula muy retraída y llena de cálculos pequeños en su interior. Se palpa el colédoco y la cabeza del páncreas no presentando nada anormal. *Colecistectomía clásica.* Se comprende en una sola ligadura el cístico y el pedículo vascular.

Dreno con gasa en el lecho cístico. A los 5 días se retira el drenaje saliendo abundante cantidad de bilis, se sustituye por otro más pequeño hasta su cierre completo, á los 20 días.

Suero diario y aceite alcanforado.

Alta, sano, habiendo aumentado de peso.

Observación II

SERVICIO DEL PROFESOR MARCELO VIÑAS
SALA XIII.—HOSPITAL SAN ROQUE

S. T., 35 años.

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

Este año ha tenido tres ataques análogos.

Ultimamente ingresa al servicio del Dr. Noting, Sala I., con el siguiente estado : Dolor agudísimo en la región vesicular, vómitos timpanismo, pulso frecuente, 140 por minuto, pequeño, constipación, hipotermia y decaimiento general.

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

Se decide operar de urgencia.

Operación.—Anestesia : éter. Operador, profesor Viñas. Ayudante mayor, Mario Merello.

Incisión lateral, se llega al peritoneo, saliendo una gran cantidad de pus mezclado con bilis. Enorme cantidad de adherencia impiden llegar á la vesícula. Drenaje, Suero, Aceite alcanforado, estriknina.

Fallece á las 12 horas de operado.

Necrosia.—Vesícula llena de cálculos del tamaño de una albellana. Perforada en su base. Las ansas intestinales llenas de escudos fibrino-purulentos.

Observación III

SERVICIO DEL PROFESOR MARCELO VIÑAS
SALA XIII.—HOSPITAL SAN ROQUE

Ramón L., 50 años, argentino.

Diagnóstico.—Colecistitis crónica.

Antecedentes personales.—No hay antecedentes específicos. Viruela en la niñez.

Enfermedad actual.—Hacen dos años comienza su enfermedad con dolores en el epigastrio dos ó tres horas después de las comidas, acompañado de vómitos. A fines de esta fecha estando de servicio de vigilante, tuvo un dolor muy agudo en la región del hipocondrio derecho, fué trasladado al hospital Fernandez donde quedó en asistencia médica durante ocho días. Fué dado de alta por encontrarse bien, reanudando sus tareas, pero con ligeras molestias de estómago, durante seis meses. Tenía períodos de remisión durante los cuales se encontraba relativamente bien.

En esta fecha vuelve á tener dolores intensísimos y con la misma localización anterior, esta vez nota que su piel se pone amarilla, y que las orinas toman un color obscuro. Por este motivo ingresa á la Sala II de este hospital.

A los diez días es dado de alta con ligeros dolores de estómago.

Como continuara con digestiones penosas y dolores de estómago ingresa á este servicio.

Estado actual.—Esqueleto mediano, enflaquecido. Piel (tinte subictérico). Tipo respiratorio costo-abdominal.

Pulmones por detrás y delante.—Sonoridad normal. Respiración vesicular. Resonancia normal de la voz. No hay ruidos agregados.

Abdomen.—Doloroso especialmente en el epigastrio é hipocondrio derecho, paredes tensas del mismo lado, á la presión en el lugar de la vesícula biliar se nota dolor.

Hígado.—Borde superior de la 6.^a costilla, borde inferior dos traveses de dedo debajo del reborde de las falsas costillas línea mamilar, se palpa, superficie lisa, ligeramente dolorosa.

Bazo.—No se palpa.

Lengua.—Saburral.

Conjuntivas.—Subictéricas.

Análisis de orinas.—Albumina no tiene, hay vestigios de urobilina é indican.

Análisis de sangre.—Sale con dificultad, coagula lentamente.

Glóbulos roijos	1.920.000
Glóbulos blancos	9.666

Fórmula leucocitaria :

Polinucleares.	40
Mononucleares.	35
Linfocitos.	2
Eosinófilos.	5
Transición.	16

Análisis del jugo gástrico.—Con comidas de prueba de Eward y extracción del jugo gástrico á la hora. Ausencia absoluta de ácido clorhídrico.

Sedimento de centrifugación se observan algunos elementos celulares sin determinación alguna.

Operación.—5 de Mayo de 1913. Anestesia Clorofórmica. Operador, Prof. Viñas. Ayudante mayor, Mario Merello.

Como se sospechara también en alguna neoplasia de estómago, se hace una laparotomía supra-umbilical mediana. Estómago enormemente

distendido, no se palpa nada de anormal. Se palpa la vesícula biliar, llena de cálculos, retraída esclerosada adherida al duodeno. Para llegar á la vesícula se hace una incisión transversal cortando el recto á la derecha en su tercio medio. Se palpa el colédoco y la cabeza del páncreas no encontrándose nada de anormal.

Colecistectomía clásica.—Se deja un drenaje de gasa en el lecho cístico.

Suero diario y aceite alcanforado.

Consecuencia operatoria.—Al 5.º día se le declara una neumonía y fallece á los 8 días de operado.

Observación IV

SERVICIO DEL PROFESOR MARCELO VIÑAS
SALA XIII.—HOSPITAL SAN ROQUE

R. T., 59 años, italiano.

Ingresa á este servicio de la Sala X del Dr. Julio Méndez, con la siguiente historia clínica.

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

Era siempre constipado. Gran bebedor y fumador.

Enfermedad actual.—Hace más ó meno sun año comienza su enfermedad, con digestiones malas y dolorosas, se adelgazó notablemente. Al poco tiempo nota que su piel se pone amarilla y que

sus orinas se ponen oscuras. Por este motivo ingresa al hospital Fernández. Fué dado de alta sin mejoría. La ictericia fué desapareciendo paulatinamente. Como se dijera que probablemente sería objeto de una intervención quirúrgica ingresa en este hospital.

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

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

Reflejos plantar, patelar, abdominal, existen.

Tórax.—Simétrico. Diametros normales, tipo respiratorio costo abdominal. La región hepática más voluminosa que el lado opuesto.

Pulmones por detrás.—Sonoridad normal. Bases movibles, la derecha dos traveses de dedo más alta que la izquierda. Vibraciones existen. respiración vesicular. Rales subcrepitantes en la base derecha. Resonancia normal de la voz.

Pulmones por delante.—Sonoridad normal. Bases móviles, derecha borde superior de la 5.^a costilla. Espacio de Traube libre. Respiración vesicular.

Corazón.—Normal.

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

Abdomen.—Paredes flácidas, se deja palpar el colon ascendente algo retraído no doloroso, resto del abdomen normal.

Bazo.—No se palpa.

Conjuntivas.—Amarillas.

Lengua.—Saburral.

Pulso.—Igual, regular, mediano, depresible, rápido.

Análisis de orinas.—Albumina no hay. Hay pigmentos biliares é indican.

Análisis de sangre.—Fluye con facilidad.

Glóbulos rojos	3.290.000.
Globulos blancos	6.000

°Formula leucocitaria :

Polinucleares.	60
Mononucleares.	18
Linfocitos.	13
Eosinófilos.	3
Transición.	3

Diagnóstico semiológico.—Ictericia. Orinas ictericas. Materias grasas. Congestión pulmonar. leve base derecha. Hepatomegalia.

Diagnóstico clínico.—Ictericia crónica con exacerbaciones temporarias con retención de bilis.. Cálculos biliares. Colecistitis calculosa.

Ingresa al servicio del Prof. Viñas.

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

Colecistectomía clásica.—Se comprende en una sola ligadura el cístico y el pedículo vascular. Se abre el colédoco sobre el cálculo y se mantiene la abertura del conducto con pinzas de Kocher. El cálculo, del tamaño de una nuez se extrae. Se sonda el coledoco y el hepático y no se notan más piedras.

Se coloca una sonda Nélaton hacia el hepático ; se pasa un punto de seda que toma el coledoco y la pared de la sonda para fijarla. Se rodea con gasa el tubo y se cierra el resto de la herida.

Consecuencias operatorias.—El tubo funciona muy bien, da 500 á 800 gramos de bilis que se recogen en un recipiente. El aspecto es grumoso, espeso, con gran cantidad de colestearina.

Inyecciones de suero diario y aceite alcanforado.

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

Observación V

SERVICIO DEL PROFESOR MARCELO VIÑAS
SALA XIII.—HOSPITAL SAN ROQUE

A. B. 29 años, casada, argentina.

Diagnóstico.—Colecistitis calculosa crónica.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—En su infancia no recuerda haber tenido ninguna enfermedad. Menstruó á los 13 años, siendo estas regulares, periódicas y no dolorosas, duraban tres días. A los 17 años se casó. Ha tenido seis partos normales y dos abortos que nada tienen que ver con especificidad. Hacen tres años, después del 5.º parto, tuvo una infección puerperal con alta temperatura que se mantuvo durante 40 días y de la cual curó. A los 29 años tuvo variola.

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

Enfermedad actual. —Refiere la enferma que desde hacen 3 años viene sufriendo de perturbaciones digestivas, ligero dolor en el epigastrio, pesadez y plenitud de estómago, — algunas veces después de las comidas, otras alejadas de ellas. Estas molestias iban acompañadas de eructos ácidos.

El 25 de Diciembre de 1913, estando bien y á eso de las 2 de la tarde, fué sorprendida por un fuerte dolor en el epigastrio con propagación al dorso y al hombro derecho, no tuvo vómitos ni fiebre. Los dolores se atenuaron poco á poco y desaparecieron al día siguiente. Consecutiva á la desaparición de sus dolores la enferma nota que su piel se pone amarilla y que sus orinas se ponen oscuras, (ictericia). Las materias fecales eran coloreadas. Por este motivo consulta al médico de la localidad, este le diagnóstica una afección al hígado, y le receta unos sellos á tomar cuatro por día. Al cabo de pocos días las orinas se ponen claras y el color amarillo de su piel desaparece.

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

A mediados de Enero del mismo año, tuvo otro ataque análogo al primero, pero esta vez el color de las materias fecales eran del color de la masilla. Eliminó 3 cálculos con las materias fecales

Hacen 20 días tuvo nuevamente otro ataque, más violento que los anteriores, con arcadas, vómitos é ictericia, y decoloración de las materias fecales. Esta vez eliminó un cálculo del tamaño de una ginda de color gris y de consistencia dura.

Por consejos de su médico se trasladada á esta.

Estado actual.—Mujer de esqueleto mediano. Piel blanca, escaso panículo adiposo. Reflejos abdominales, plantear, patelar, existen.

Pulmones por detrás.—Vibraciones existen. Sonoridad normal de la voz. No hay ruidos agregados.

Pulmones por delante.—Sonoridad normal. Respiración vesicular. Espacio de Traube libre.

Corazón.—Ritmo y tonos normales.

Hígado.—Borde superior de la 6.^a costilla, reborde de las falsas, línea mamilar.

Bazo.—No se palpa.

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

Lengua.—Saburral.

Conjuntivas.—Tinte subictérico.

Análisis de Orinas.—Hay pigmentos biliares y vestigios de albumina.

Temperatura no hay.

Día 17.—Aceite de ricino 40 gramos. Suero 500 gramos, vía subcutánea. Aceite alcanforado mañana y tarde 3 centímetros cúbicos.

Operación.—(18 de Abril). Operador Prof. Viñas. Ayudante Mayor, Mario Merello. Anestesia al éter. Incisión de Kehr. La vesícula está distendida, de paredes esclerosadas y llena de cálculos. Se palpa el hepático y el colédoco. El colédoco está dilatado y en su interior se palpan numerosos cálculos.

Colecistectomía clásica.—Se extirpa la vesícula, en su interior contenía 50 cálculos de colestearina de diversos tamaños.

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

Consecuencias operatorias.—El tubo funciona muy bien, da 300 á 400 gramos de bilis que se

recogen en un frasco. El aspecto es grumoso, espeso, con gran cantidad de colestearina.

Inyecciones de suero diario, aceite alcanforado y estriçnina.

Habiéndose mantenido bien, al cuarto día fallece con fenómenos de intoxicación y en colapsus.

Observación VI

SERVICIO DEL PROFESOR MARCELO VIÑAS
SALA XIII.—HOSPITAL SAN ROQUE

Ubalda M., casada, 45 años, italiana.
Ingresó el 15 de Marzo de 1914.

Diagnóstico.—Colecistitis calculosa crónica.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Siempre ha sido muy sana. Regló á los 12 años, siempre han sido regulares, periódicas y no dolorosas. Se casó á los 18 años. Ha tenido seis embarazos y de evolución normal.

Enfermedad actual.—Desde hace un año manifiesta la enferma que sus digestiones no son buenas, sintiendo después de las comidas pesadez de estómago y dolor en el epigastrio. Hacén seis meses y estando bien fué sorprendida por un

fuerte dolor en el hipocondrio derecho con propagación al epigastrio, hombro y escápula derecha. el dolor fué tan intenso que necesitó una inyección de morfina para amortiguarlo. Al día siguiente del ataque dice la enferma, haberse puesto amarilla y que sus orinas se ponían oscuras y que las materias fecales se ponían de color blanco. Fué sometida á un tratamiento médico, tomando unos sellos, se mejoró un poco, pero no podía trabajar ni comer carne, porque sus dolores se iniciaban nuevamente. Notó la región vesicular aumentada de volumen.

Hacen dos meses tuvo nuevamente otro ataque análogo al primero, pero esta vez acompañado de chuchos, vómitos y fiebre. Por este motivo ingresa á esta clínica.

Estado actual.—En la región vesicular se palpa un pequeño tumor doloroso, que sigue los movimientos respiratorios. El hígado aumentado de volumen.

Organos torácicos.—Normales

Operación.—19 de Marzo de 1914.—Anestesia al éter. Incisión de Kehr. Se encuentra la vesícula distendida del tamaño de una pera chica y de paredes espesadas conteniendo numerosos cál-

culos de diversos tamaños ; el colédoco y la cabeza del páncreas no presentan nada de anormal.

Colecistectomía retrógrada.—Se deja drenaje del lecho cístico,

Alta en perfecto estado de salud.

Observación VII

SERVICIO DEL PROFESOR PASCUAL PALMA
HOSPITAL DURAND

J. A., 35 años, español.

Diagnóstico.—Úlcera del píloro. Colecistitis calculosa crónica.

Antecedentes personales.—En la infancia sarampión. No hay antecedentes específicos.

Enfermedad actual.—Comenzó hacen 18 años con peso en el estómago después de las comidas y dolores en el epigastrio que se le propagaban al dorso. Ha tenido desde entonces períodos de remisiones en los cuales se encontraba relativamente bien. Desde hacen 3 meses comienza á tener vómitos que se presentan una hora después de las comidas precedidos de fuertes ardores, quedando tranquilo después del vómito.

Dice el enfermo que la ingestión de líquidos ó

de alimentos le calmaban los dolores de estómago.

Ha tenido varios vómitos de sangre. Desde entonces se puso constipado y con intolerancia absoluta del estómago que necesitó alimentarse por vía rectal durante ocho días.

El 10 de Marzo de 1913, se presenta al servicio del Dr. Escalier, diciendo que desde hacen 16 días no toma sino un poco de leche, que luego la vomita mezclada con un poco de sangre obscura, y que sufre de ardores y dolor de estómago que se propagan al dorso.

El enfermo está sumamente desnutrido.

Operación. 14 de Marzo. Anestesia : Eter previa inyección de pantopón.

Operador, Dr. Bolo. Incisión de Mayo Robson.

Sobre la cara posterior del píloro se palpa una induración del tamaño de un poroto.

Gastro enterostomía á la Mayo.

Se palpa la vesícula conteniendo numerosos cálculos del tamaño de guindas.

Colecistectomía.—Drenaje con gasa en el hilio hepático.

Evolución perfecta, sale curado.

Observación VIII

SERVICIO DEL PROFESOR PASCUAL PALMA
HOSPITAL DURAND

P. M.

Diagnóstico.—Colecistitis calculosa crónica.
Apendicitis crónica.

Antecedentes personales.—A los 19 años tuvo sífilis, que se trató bastante. A los 29 mastoiditis del lado izquierdo y otitis doble ; la del lado derecho cedió con inyecciones mercuriales.

Enfermedad actual.—Comenzó hacen tres años por un dolor brusco en el lado derecho del vientre á la altura del ombligo.

El médico que lo atendió diagnosticó apendicitis. Lo sometió á un tratamiento médico. Tuvo nauseas y un poco de temperatura.

Desde esta fecha quedó constipado, no consiguiendo evacuarlo sino con laxantes. Le quedó también una sensación de peso en esa región,

más arriba del punto de Mac Burney, como 5 centímetros por fuera del músculo recto.

Desde hace un año, después de una influenza le vino un dolor intenso en la región escapular derecha y acompañado de un estado gastrointestinal. Pocos días después se le generalizó el dolor á todo el lado derecho del tórax.

Este dolor le persiste á toda hora y no se calma con nada. Por este motivo ingresa á este hospital.

Al examen objetivo no se encuentra nada de anormal, salvo una vaga resistencia dolorosa en el hipocondrio derecho, pero no se palpa absolutamente nada.

Operación.—Noviembre 6 de 1913. Dr. Bolo. Anestesia : cloroformo, previa inyección de pantopon.

Pensando en apendicitis crónica, se hace la incisión de Jalaguier alta. Apéndice largo, conteniendo cropolitos en su interior, aparentemente sano. Apendicectomía.

Se explora la vesícula, enormemente distendida del tamaño de una pera. Se prolonga la incisión á la altura del ombligo hacia afuera y arriba.

Colecistectomía.—La vesícula contenía numerosos cálculos, llena de un líquido mucoso. El cístico contenía un cálculo bastante grande enclavado en el cuello.

De alta en perfecto estado de salud.

Observación IX

SERVICIO DEL PROFESOR DANIEL J. CRANWELL.

SALA X.—HOSPITAL SAN ROQUE

A. L., 30 años, Española, casada,

Diagnóstico.—Litiasis biliar. Colecistitis supurada. Angicolitis. Pleuresía purulenta.

Antecedentes personales.—Sarampión y viruela en la infancia.

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

El 1.º de Enero de 1914, después de haber comido siente un dolor violento en el epigastrio, acompañado de vómitos alimenticios que después se hacen biliosos. Tiene diarrea, que persiste actualmente.

Durante cinco días estuvo tratándose en su domicilio ; como viera que los dolores persistían y

que se acentuaban, sobre todo en la fosa ilíaca derecha y que tiene náuseas, ingresa á este servicio con el siguiente estado :

Estado actual.—Mujer bien desarrollada, buen panículo adiposo.

Tórax.—Simétrico. Diámetros normales. Hay disnea.

Pulmones por detrás.—Pulmón derecho : Sonoridad exagerada (escodismo) hasta la espina del omoplato. matitez por debajo. Vibraciones exageradas hasta la espina del omoplato—desaparecidas por debajo. Respiración fuerte en el vértice, tubaria por debajo, broncofonía con eco tubario.

Pulmón izquierdo : Sonoridad normal. Vibraciones existen. Respiración vesicular. Rales subcrepitantes en la base.

Pulmones por delante.—Sonoridad normal. Traube libre. Respiración vesicular. Rales subcrepitantes en el pulmón derecho.

Abdomen.—Glóbulo, timpánico, doloroso sobre todo á lo largo del colon transversal y ascendente. En el punto cístico se nota una saliencia y es doloroso á la presión.

Hígado.—Borde superior de la quinta costilla.

Por debajo cuatro traveses de dedos por debajo del reborde costal, línea mamilar.

Bazo.—No se palpa.

Lengua.—Saburral, seca.

Conjuntivas.—Tinte subictérico.

Pulso.—Frecuente, 100 pulsaciones por minuto, pequeño, depresible.

Temperatura 38°5.

Tratamiento.—Dieta láctea. Bolsa de hielo. Aceite alcanforado, digitalina.

Día 10.—Tórax-centesis, 1 lts. purulento. Los cultivos dieron, colibacilos y streptococos.

La temperatura persiste oscilando entre 37°4 y 38°2.

Día 15.—La temperatura persiste. Hay ligero edema de la pared, región vesicular.

Pasa al servicio de cirugía del Dr. Cranwell.

Operación.—15 de Enero de 1913. Anestesia local. Incisión paramediana. Da salida á una cantidad de pus fétido. Drenaje con tubo de goma.

Pleurotomía.—Da salida á una cantidad de pus fétido. Drenaje con tubo de goma.

Falleció á los 15 días después de operada.

Observación X

SERVICIO DEL PROFESOR DANIEL J. CRANWELL
SALA X.—HOSPITAL SAN ROQUE

Gertrudis M. de G., 38 años, argentina, casada.
Ingreso, 14 de Febrero de 1913.

Diagnóstico.—Colecistitis calculosa aguda.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Regló á los 14 años, tipo 3/4 siendo estas regulares, periódicas y no dolorosas. Tuvo cuatro hijos, todos á término y evolución normal del puerperio.

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

tos, unas veces alimenticios otras biliosos, escalofríos, paresias del brazo derecho y temperatura.

Todos estos fenómenos se repetían cada 20 ó 25 días, poniéndosele la piel amarilla al día siguiente de los ataques (ictericia).

Estado actual.—El día 14 del corriente ingresa á este servicio á las 3 de la mañana. refiere la enferma haberse despertado por un dolor intenso en el hipocondrio derecho y acompañados de vómitos. Al examinar á la enferma se constata un estado general grave. Temperatura 38°. Pulso frecuente, 120 pulsaciones por minuto, pequeño. El examen del vientre, revasando el reborde costal derecho y por fuera del músculo recto, se nota á la palpación un tumor del tamaño de una naranja, renitente de bordes netos redondeados que siguen los movimientos respiratorios y que se continúa con la matitez hepática. Hay defensa muscular en este sitio y que aumenta con la más ligera presión, hay hiperestesia cutánea en esta misma región que se generaliza á casi todo el vientre. El tumor se desplaza lateralmente con facilidad.

Por la gravedad de la enferma se interviene de urgencia.

Operación.—14 de Febrero. Anestesia, éter. Incisión vertical, siguiendo el borde externo del

recto derecho. Aparece la vesícula del tamaño de una pera grande, eréctil, roja y sumamente distendida como un apéndice en inflamación aguda. El epiplon la recubre en parte y se encuentra adherida á su superficie.

Colecistectomía retrógrada.—Se desprenden las adherencias y se estirpa la vesícula con suma facilidad. Ligadura del cístico y de la arteria con cagut. Drenaje con gasa del lecho cístico.

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

Curación sin accidentes.

Observación XI

SERVICIO DEL PROFESOR DANIEL J. CRANWELL.

SALA X.—HOSPITAL SAN ROQUE

Angela F., 62 años, italiana.

Ingreso, 6 de Abril de 1913.

Diagnóstico.—Colecistitis calculosa. Pericolecistitis.

Antecedentes hereditarios. y personales.—Sin importancia.

Antecedentes de la enfermedad actual.—Comienzo hacen tres meses, con dolores en el epigastrio y vómitos alimenticios que se presentan cada vez que la enferma comía carne. Hace un mes los ataques son más frecuentes. Estos dolores se le propagan al hombro derecho, acompañados de temperatura y escalofríos, al día siguiente de estos ataques la piel se le ponía amarilla. (ictericia).

Estado actual.—Estado general pobre, notablemente enflaquecida. Pulso frecuente, 120 por minuto, blando, depresible, escasa tensión. Temperatura oscila entre 38° y 39°. Persisten los escalofríos.

Abdomen.—A la inspección se nota un abovedamiento bien manifiesto debajo del reborde costal derecho é hipocondrio del mismo lado. La palpación es dolorosa, y se nota un tumor del tamaño de un huevo de avestruz, de superficie lisa y uniforme que sigue los movimientos respiratorios. Mate á la percusión y se continúa con la matitez hepática. Se le puede imprimir movimientos de lateralidad con la mano.

Operación.—Abril 8. Anestesia al éter. Incisión vertical siguiendo el borde externo del recto derecho. El tumor está formado en su mayor parte por las adherencias del epiplón y colón transverso á la vesícula.

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

El cístico y la arteria se comprende en una sóla ligadura con cagut.

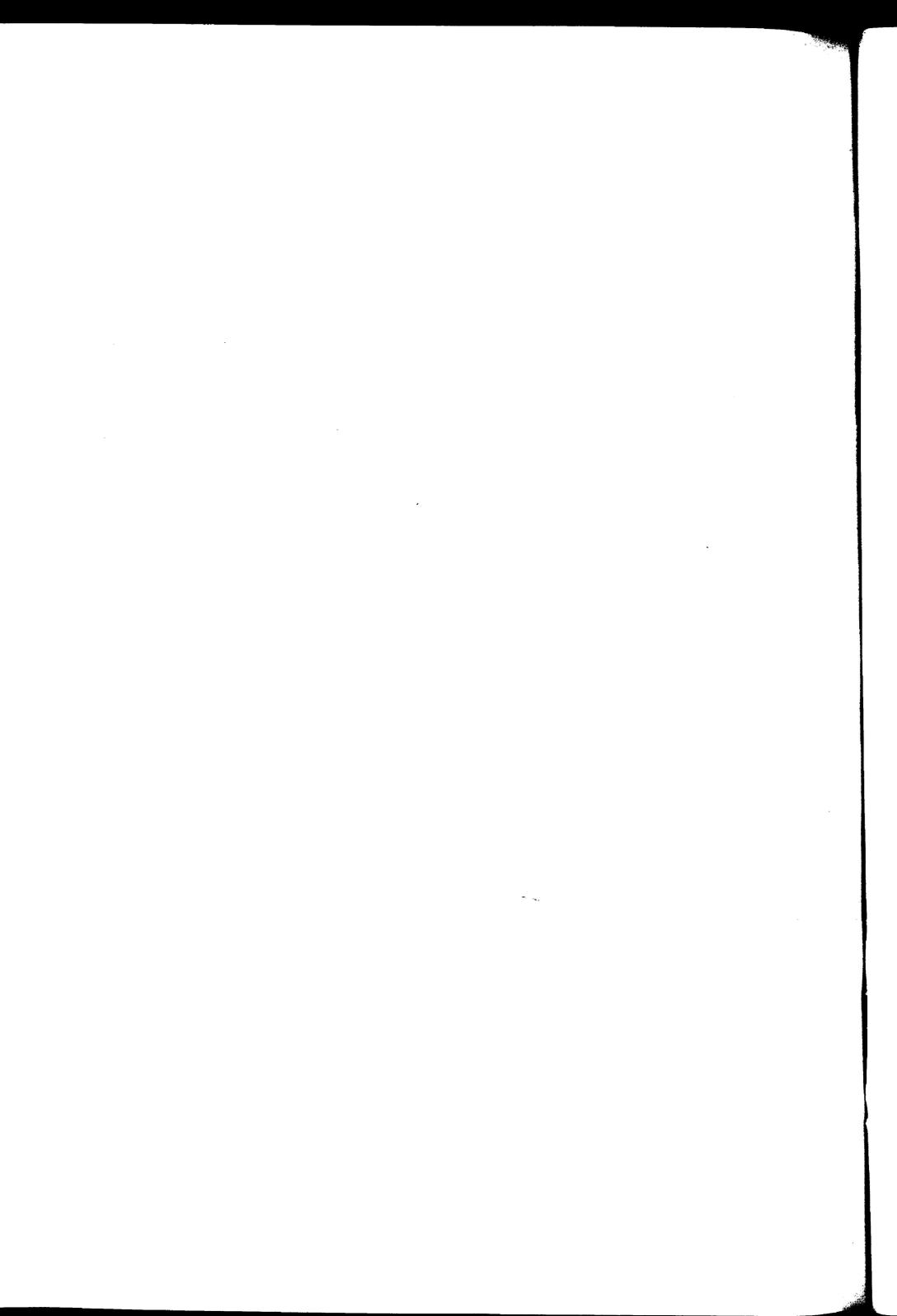
Drenaje á la Kehr.

La vesícula de paredes espesadas y en su interior contiene cálculos unos del tamaño de una albellana, otros del de una nuez.

Después de la operación tuvo abundantes vómitos, inapetencia, constipación y pulso frecuente, pequeño. Se le hace suero diariamente y aceite alcanforado.

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

Alta en perfecto estado de salud.



CONCLUSIONES

1.º Muy rara vez el litiásico como el apendicular hace su litiasis y apendicitis clínicas bruscamente, sin que el estómago ó una manifestación gastro-intestinal la haya preludiado.

2.º A las manifestaciones estomacales son á las que el clínico debe referirse para poder diagnosticar á tiempo esta enfermedad. Sólo así podremos oponerle desde el principio un tratamiento eficaz y racional. Sin esperar á que aparezca el cólico clásico, manifestación ya á menudo de un proceso avanzado de colangitis.

3.º El tratamiento médico, es el tratamiento de elección al principio de la enfermedad ; no debe prolongarse mucho cuando no se vea un éxito franco, porque sería hacer correr graves riesgos al enfermo y comprometer seriamente la cura operatoria.

4.º La prolongación indefinida del tratamiento médico en las colecistitis crónicas con ataques subintrantes es criticable en todo sentido, por exponer á los enfermos á complicaciones funestas y por colocar á estos mismos enfermos en las peores condiciones para el tratamiento quirúrgico. Transformando una operación rápida y desprovista de gravedad como la ostomía ó ectomía en una operación sumamente grave y muchas veces mortal, cuando se interviene en una de sus complicaciones.

5.º Las operaciones á tiempo, cuando aun no han hecho ninguna complicación es poco grave, 1 por ciento de mortalidad.

6.º Proponemos operar la litiasis biliar en su faz vesicular, antes que entren en escena las complicaciones que son temibles, puesto que las estadísticas muestran hasta el 85 por ciento de mortalidad en estos casos.

7.º La colecistectomía es la operación de elección. Ella asegura una curación definitiva, previene las fistulizaciones, las adherencias, las recidivas y las neoformaciones cancerosas.

MARIO MERELLO.

* Buenos Aires, Mayo 19 de 1914

Nómbrese al señor Académico Dr. Daniel J. Cranwell, al profesor titular Dr. Marcelo Viñas y al profesor suplente Dr. Miguel Sussini para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la Ordenanza sobre exámenes.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Mayo 28 de 1914

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2798 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Paralelo entre la colecistitis y la apendicitis.

Cranwell.

II

Indicaciones del drenaje del hepático.

Marcelo Viñas.

III

Indicaciones de la colecistostomía.

M. Sussini.

BIBLIOGRAFÍA

Abrami Pierre.—Les ictères infectieux d'origine septicémi et l'infection descendante de voies biliaires. Paris, 1910.

D'Amato Luigi.—La calcocolis epatica (Patogenesi). Congreso de Medicina Interna. Roma, 20-23 Diciembre, 1913.

Achard C.—Litiasis de la vesícula biliar. Tesis, Buenos Aires, 1909.

Arizabalo.—Litiasis biliar. Tesis, Buenos Aires, 1909.

Arizzi.—Litiasis. Evolución de su tratamiento. Tesis, Buenos Aires, 1910.

Avalos.—Colecistectomia en la litiasis biliar. C. M. Argentino, 1905.

Arce.—Ideas fundamentales que deben regir el tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar. Cong. cient. P. A. de Chile, Diciembre, 1908.

Archoff.—Bemerkungen zur pathologisch. Anatomie der cholelithiasis und colecytitis, 1905.

Buffé.—De la colécystectomie sous séreuse. Etude de tecni operatoire. Thèse, Lyon, 1907.

Berard.—Colécystectomie sous séreuse. (Société de Chirurgie de Lyon). Lyon Medical, 1903.

Bernard A.—Du cancer primitif de la vesicule biliaire considéré comme complication de la lithiase. Thèse, Lyon, 1897.

Biscons et Roussand.—Variations de la choléstérinémie, etc. Revue de Médecine, 1913.

Bonorino Cuencat.—Litiasis biliar. Tesis, Buenos Aires, 1898.

- Bordes.*—Des perforations de la vesicule calculeuse. Thèse, Paris, 1906.
- Bouchard.*—Maladies par ralent de la nutrition.
- Bachy.*—De la cholécystectomie dans la lithiase vesiculaire. Thèse, Paris, 1913.
- Carpentier Maccarty.*—Annals of surgery de 1910.
- Chauffard.*—Dissociation des états cholémique. Presse médicale, 1913.
- Chauffard, Laroche et Grigant.*—Récherches clinique sur la cholestérinémie. Paris, 1911.
- Chauffard.*—Traité de médecine.
- Cernezzi.*—Contributo alla chirurgia del fegato e delle vie biliari. Milano, 1910.
- Cotte G.*—Lithiasis biliaire, 1908.
- Correa B.*—Litiasis biliar. Tesis, Buenos Aires, 1878.
- Charcot.*—Maladies du foie et du rein.
- Cyr.*—Cause d'erreur dans le diagnostic de l'affection calculosa du foie. Arch. gén. de méd., tomo I, 1890.
- Dieulafoy.*—Pathologie Interne, tomo III.
- Dieulafoy.*—Cholécystite et appendiciti. Bulletin de l'Académie de médecine, 1903.
- Déletrez.*—Colécystotomie et colecystectomie. Ann. Lor. Belge de Chir. Brux., 1896, IV, 64, 70.
- Duplay.*—L'ictérie chronique et son traitement chirurgical. Médecine moderne, n.º 46, 1899.
- Duplay et Réclus.*—Traité de chirurgie, tomo VII.
- Denucé.*—Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire. Thèse d'agrégation, Paris, 1888.
- Dupré E.*—Les infections biliaires. Paris, 1881.
- Delagénère.*—Technique des operations sur les voies biliaires. Revue de gynécologie et de chirurgie, 1899.
- Delagénère et Gosset.*—Rpp. au congrès de chir. franc. 1908.
- Espil S.*—Litiasis biliar, diagnóstico y tratamiento. Tesis de Buenos Aires. 1908.

Faure et Labey.—Maladies chirurgicales du foie. Le Dentu et Delbet, 1910.

Fournier.—Origine microlithique de la lithiase biliaire. Thèse Paris, 1896.

Fleys J. P.—Contribution à l'étude des ruptures spontanées des voies biliaires dans le péritoine. Thèse Paris, 1899.

Galliard.—Obstruction du pyllore par des calculs biliaires. Presse médicale, 1895.

Galindez A.—Tratamiento quirúrgico de la litiasis de las vías biliares accesorias. Tesis Buenos Aires, 1913.

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

Gilbert et Fournier.—Pathogénie de la lithiase biliaire. Bull. Soc. Biol. 1897; Presse médicale 1898. Lithiase biliaire expérimentale. Société de biologie 1908.

Gosset.—Rapport au Congrès de chirurgie. 1908.

Gosset et Desmarest.—Les artères de la vésicule et la cholécystectomie sur une série de 25 cholécystectomies pour lithiasis, etc. Société de Chirurgie, 1911.

Gosset et Desmarest.—De la cholécystectomie d'arrière en avant. Presse méd., 1913.

Gutiérrez.—Tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar. Revista de la Sociedad Médica Argentina, tomo 20, 704.

Hartmann.—Congrès de Bruxelles, 1908.

Hautefort L.—Vésicule biliaire et lithiase. Thèse de Paris, 1909. Chirurgie de Paris, 1908.

Hartmann.—Discussion à propos du drainage de voies biliaires. Bulletin de la Société de Chirurgie, 1907.

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

Jorge J. M.—Tratamiento de la litiasis biliar, 1913.

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

Kehr.—Gallensteinleiden, etc., 1911.

Kehr.—Gallensteins Congress de Chirurgie. Bruxelles, 1908.

Kehr H.—La cura interna e chirurgica della litiasis biliaire. Milano, 1907.

Lejars.—Semaine Médicale, 1902.

Lejars.—Des résultats immédiats et éloignés de l'intervention chirurgicale dans les cholécystites calculeuses. Revue de Chirurgie, 1899.

Lejars.—La question médico-chirurgicale de la lithiase biliaire. Congrès de Bruxelles, 1898. Semaine Médicale, 1908.

Linossier.—Indications de l'intervention chirurgicale dans la lithiase. Société médicale des hôpitaux, 1906.

Marengo E.—Indicación del tratamiento quirúrgico en las afecciones de las vías biliares. Tesis, Buenos Aires, 1908.

Mayo W. C.—A review of 1000 operations for gallstone diseases with special reference to the mortality. Amer. Journ. of the Med. Sciences, 1905.

Mayo-Robson.—On the indications and contraindications for the removal of the gallbladder, with a description of the technic and analysis of a series of 57 cases. Brit. Med. Journ., 1906.

Michauxe.—Rétention biliaire calculeuse avec cholécotomie. Bull. de la Soc. de Chirg., 1903.

Moynihan.—Inargural simptoms. Brit. Med. Journ., 1913, 1908, 1907.

Milhet.—Thèse. Paris, 1902.

Mathieu P.—La lithiase de la voie biliaire. Thèse, Paris, 1908.

Nauyn.—Klinik der cholelithiasis. Leipzig, 1892.

Oddi.—Sulla tonicità dello sfintere del coledoco. Arch. Sc. Med. Torino, 1888.

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

Pantoloni.—Chirurgie du foie et voies biliaires.

Palma P.—Un caso de obstrucción de las vías biliares. Revista de la Soc. Médica Argentina, 1899.

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

Paris F.—Contribución al estudio de la litiasis biliar y

de la colecistostomía ideal en su tratamiento. Tesis, Buenos Aires, 1911.

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

Pippo L. F.—Tratamiento médico y quirúrgico de la colelitiasis. Tesis, Buenos Aires, 1910.

Quém.—Des indications opératoires de la lithiase biliaire. Revue de chirurgie, 1908.

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

Rolin.—Leçons de clinique thérapeutique. Traitement de la lithiase biliaire et ses accidents. Bull. gen. de thérapeutique, 1906.

Sussini Miguel.—Tratamiento de la litiasis biliar, 1913.

Sussini Miguel.—Anatomía patológica y tratamiento quirúrgico de las pancreatitis. Buenos Aires, 1909.

Schwartz.—Chirurgie du foie et des voies biliaires.

Tuffier.—Indications opératoires dans la lithiase biliaire. Société de chirurgie, 1894.

Terrier et Auwray.—Chirurgie du foie et des voies biliaires.

Zuccarini.—Cura della litiasis biliare. La clinica chir., 1907.



30704

