



Misc. B. 44-5

Año 1917

Núm. 3224

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA COLECISTECTOMIA SUB-SEROSA
EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DE LA
LITIASIS BILIAR

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALBERTO OCAMPO



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

LA COLECISTECTOMÍA SUB-SEROSA =====
===== EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

DE LA

LITIASIS BILIAR



Año 1917

Núm. 3224

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA COLECISTECTOMIA SUB-SEROSA
EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DE LA
LITIASIS BILIAR

T É S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

P O R

ALBERTO OCAMPO

"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

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

Artículo 162 del R. de la F

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros titulares

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

Secretarios

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



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELEMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONTI
3. " " OLINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO VIDAL
5. " " ALOYSIO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
" " ELISEO CANTON
" " ANGEL M. CENTENO
" " DOMINGO CABRED
" " MARCIAL V. QUIROGA
" " JOSÉ ARCE
" " EUFEMIO UBALLES (con lic.)
" " DANIEL J. CRANWELL
" " CARLOS MALBRAN
" " JOSÉ F. MOLINARI
" " MIGUEL PUIGGARI
" " ANTONIO C. GANDOLFO (Septente)
" " FANOR VELARDE
" " IGNACIO ALLENDE
" " MARCELO VISAS
" " PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. P. CASTRO ESCALADA
DR. D. JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
„ JUVENCIO Z. ARCE
„ PEDRO N. ARATA
„ FRANCISCO DE VEYGA
„ ELISEO CANTON
„ JUAN A. BOERI
„ FRANCISCO A. SICARDI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	„ LUCIO DURASONA
Anatomía Descriptiva	„ RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva	„ R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva	„ JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	„ PEDRO BELOU
Histología	„ RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	„ ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	„ HORACIO G. PISERO
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	„ TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	„ JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	„ DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	„ LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	„ BALDOMERO SOMMER
„ Génito-uritarias	„ PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	„ JUAN B. SESORANS
Clínica Epidemiológica	„ JOSÉ PENNA
„ Oto-rino-laringológica	„ EDUARDO OBELERO
Patología Interna	„ MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica	„ Vacante
„ Médica	„ LUIS GUEMES
„ Médica	„ LUIS AGOTE
„ Médica	„ IGNACIO ALLENDE
„ Médica	„ ABEL AYERZA
„ Quirúrgica	„ PASCUAL PALMA
„ Quirúrgica	„ DIOGENES DECOUD
„ Quirúrgica	{ „ ANTONIO C. GANDOLFO
	„ MARCELO T. VIÑAS
„ Neurológica	„ JOSÉ A. ESTEVES
„ Psiquiátrica	„ DOMINGO CABREO
„ Obstétrica	„ ENRIQUE ZARATE
„ Obstétrica	„ SAMUEL MOLINA
„ Pediátrica	„ ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	„ DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	„ ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	Dr. DANIEL J. GREENWAY
Histología	„ JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	„ JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica	„ JOSÉ F. MOLINARI
„ Médica	„ PATRICIO FLEMING
„ Dermato-sifilográfica	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
„ Génito urinaria	„ BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica	„ JOSÉ R. SEMPRUN
	„ MARIANO ALURRALDE
Clínica Pedlátrica	„ ANTONIO F. PISERO
	„ MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
„ Quirúrgica	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología Interna	„ RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica	„ JOSÉ T. BORDA
	„ BENJAMIN T. SOLARI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica	" GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva	" SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana	" EUGENIO GALLI
Bacteriología	" FRANK L. SOLER
Química Biológica	" FERNANDO HOUSAY
Higiene Médica	" RODOLFO RIVAROLA
Semeiología y ejercicios clínicos	" GERMAN ANSCHUTZ
Anatomía Patológica	" SALVADOR MAZZA
Materia Médica y Terapia	" BENJAMIN GALARCE
Medicina Operatoria	" FELIPE JUSTO
Patología externa	" MANUEL V. CARBONELL
Clínica Dermato-sifilográfica	" CARLOS BONORINO UDAONDO
" Epidemiológica	" ALFREDO VITON
" Oftalmológica	" JOAQUIN LLAMBIAS
" Oto-rino-laringológica	" ANGEL H. ROFFO
Patología Interna	" JOSE MORENO
Clínica Quirúrgica	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
Clínica Neurológica	" CARLOS ROBERTSON
" Médica	" FRANCISCO P. CASTRO
" Pediatría	" CASTELFORT LUGONES
" Ginecológica	" NICOLAS V. GRECO
" Obstétrica	" PEDRO L. BALISA
Medicina Legal	" FERNANDO R. TORRES
	" FRANCISCO DESTEFANO
	" ANTONINO MARCO DEL PONT
	" ENRIQUE B. DEMARIA (en ejer.)
	" ADOLFO NOCETI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" LEONIDAS JORGE FACTO
	" PABLO M. BARLARO
	" EDUARDO MARINO
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLE
	" PEDRO CHITTO
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
	" VICENTE DIMITRI
	" ROMULO H. CHIAPPORI
	" JUAN JOSE VITON
	" PABLO J. MORSALENE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" JUAN JACOBO SPANGENBERG
	" MAMERTO ACUSA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONCER
	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. BOERO
	" JOAQUIN V. GNECCO
	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. Dr. J. C. LLAMES MASSINI

Segundo año:

Parto fisiológico " MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica " FANOR VELARDE

Paedicultura " UBALDO FERNANDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

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

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas	„ PASCUAL CORTI
Física farmacéutica	„ OSCAR MIALOCK
Química orgánica	DR. TOMAS J. RUMI
Química analítica	SR. PEDRO J. MESIGOS
Química inorgánica	„ LUIS GUGLIALMELLI
	DR. JUAN A. SANCHEZ
	„ ANGEL SABATINI
	„ EMILIO M. FLORES



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	" LEON PEREYRA
3er. añop	" N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

DR. D. ALEJANDRO CABANNE
DR. D. TOMÁS S. VARELA (2.º año)
SR. D. JUAN U. CARREA (Protesis)

Padrino de tesis:

DR. JULIO A. BLAKSLEY

**Cirujano jefe del Hospital Juan A. Fernandez
Ex - jefe de Clínica Quirúrgica de la Facultad**



A LA MEMORIA DE MIS PADRES

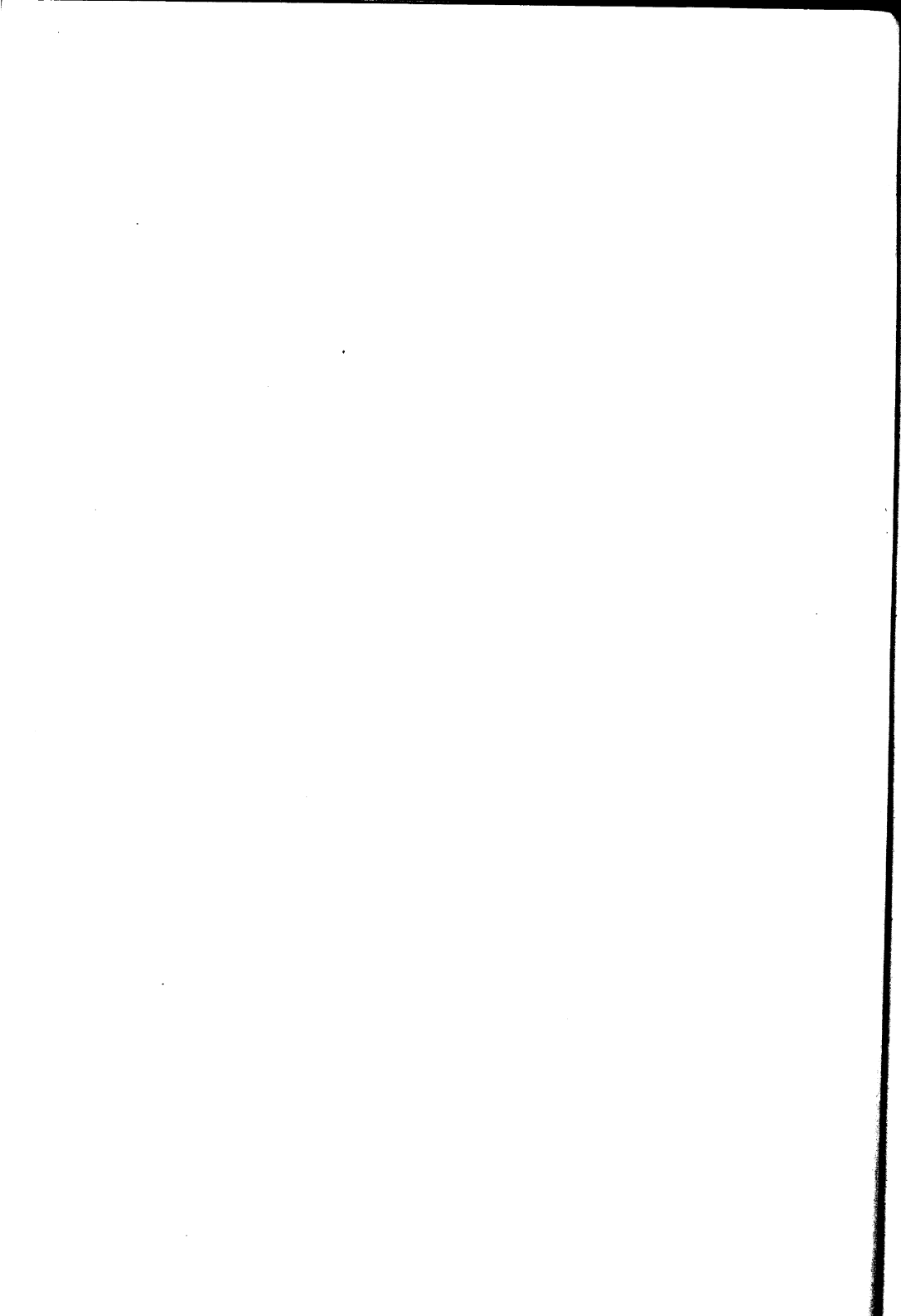
A MI NOVIA



A MIS HERMANOS

AL INGENIERO JULIO KRAUSE

GRATITUD



Señores Académicos

Señores Consejeros

Señores Profesores

Presento a vuestra consideración mi trabajo inaugural y os pido benevolencia al juzgarlo, por cuanto, no se encontrará en él mas que el propósito de dar cumplimiento en la mejor forma que me ha sido posible a las disposiciones reglamentarias.

Al elegir el tema propuesto, no solo me ha guiado el cumplimiento de un deber, sino también que, consultando mis propias inclinaciones y mi práctica hospitalaria he querido dejar constancia en esta tesis de mis opiniones respecto del método operatorio que es su asunto.

Llegado el momento de mi egreso de esta casa de ciencia y de cultura nacional, vaya mi agradecimiento a todos mis maestros por las enseñanzas que de ellos he recibido. Especialmente al profesor Marcelo Viñas, de quien fuí practicante en su Servicio del Hospital Ramos Mejía y cuyas brillantes lecciones de Clí-

nica Quirúrgica, han de quedar siempre palpitantes en mi vida profesional.

Al profesor suplente de Clínica Infantil, doctor Mamento Acuña, mi sincero agradecimiento por las enseñanzas y atenciones recibidas mientras fui practicante de su servicio. Igualmente reconocido a los profesores Ignazio Imaz y Juan C. Llames Massini, que en todo momento y con la cultura que les caracteriza, han sabido responder al aprecio del discípulo con sus enseñanzas al lado del enfermo.

Al distinguido director del Hospital Juan A. Fernandez, doctor Lucio O. Aravena, el testimonio de mi amistad sincera.

A mi maestro el doctor Julio A. Blaksley, que me ha dispensado el honor de acompañarme en este acto, mi profundo agradecimiento por sus delicadas atenciones y por su eficaz contribución a formar mi criterio quirúrgico, guiándome en las numerosas intervenciones que galantemente me ha cedido. A los jefes de Sala, profesores Lucio Durañona y R. Sarmiento Laspiur; doctores Angel Villa, José B. Martínez y Alberto Chueco, les estoy muy agradecido por sus atenciones.

A los médicos internos, doctores Mattos, Petrocchi,

Caride y Cros, mi gratitud por los conocimientos prácticos que me han transmitido.

A los médicos y practicantes del Hospital Fernandez, al lado de quienes he pasado mis mejores días, recuerdo eterno.



Reseña histórica de la cirugía de la Litiasis Biliar

Hasta hace un cuarto de siglo, la litiasis biliar pertenecía por entero al dominio de la clínica. Gracias a los progresos de la asepsia y de la antisepsia y a los últimos perfeccionamientos de la cirugía en general y de la cirugía abdominal en particular, dicha enfermedad, entra a formar parte de las afecciones esencialmente quirúrgicas.

Fué Marion Sims, quien, el 18 de abril de 1878, practicó la primera colecistostomía que consiste en abrir la vesícula biliar y dejarla abocada a la pared abdominal para que se efectúe el drenaje. Tres años mas tarde, en 1871, Winiwarter, propone un nuevo método, la colecistenterostomía que consiste en abocar la vesícula al intestino y cuya principal indicación era la obstrucción irreductible del colédoco. Esta operación fué abandonándose poco a poco debido a la infección a que estaban ex-

puestas las vías biliares por su proximidad al contenido séptico del intestino.

Una nueva etapa de la cirugía biliar se inicia con el advenimiento de la colecistectomía que Langenbuch practicara por primera vez en el año 1882, abriendo nuevas orientaciones al tratamiento quirúrgico de la coledocolitiasis..

En 1883, Meredith lanza un nuevo método, la coledocotomía, operación esta, que resulta insuficiente e inútil, por lo que Kehr aconsejó su abandono en el Congreso de Bruselas. Kümel en 1884, marca un nuevo progreso a esta cirugía practicando la coledocotomía en los casos de obstrucción irreductible del colédoco. Ante la realidad de estos progresos, no podemos menos que recordar a Volkmann, cuando en el Congreso de médicos y naturalistas alemanes reunido en 1887, decía para terminar la discusión sobre los primeros ensayos de esta cirugía: «Os propongo que volvamos sobre esta cuestión en una decena de años»; Volkmann murió sin haber podido asistir al desarrollo completo de esta cirugía que vio nacer y de la cual preveía los mas brillantes y fecundos resultados.

Courvoisier en 1890, Naunyn en 1892, Langenbuch en 1897, Segond en 1898, Schwartz en 1901, han

reunido en importantes trabajos las etapas sucesivas por las cuales ha atravesado el tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar ; y es recién en estos últimos años que ha caído en el dominio completo de los cirujanos, no sin haber dado lugar a interesantes controversias, al tratar este punto en todos los congresos médicos reunidos. Creo justo, antes de terminar esta reseña histórica, recordar los nombres de los cirujanos que se han ocupado preferentemente de la terapéutica quirúrgica de la litiasis y a los cuales se debe todo su brillo. Entre los franceses, los nombres de Terrier, Quénu, Lejars, Tuffier, Hartmann, P. Delbet, Jaboulay, Doyen ; en Alemania, Kehr, Kocher, König, Riedel, Czerny, Körte, Kümel ; en Inglaterra y América, Mayo Robson, Bland Sutton y los hermanos Mayo. A cada uno de éstos nombres se adhieren un nuevo método con tantos partidarios, como controversias han dado lugar. No obstante todos los trabajos publicados, la cuestión de la elección del procedimiento como de las indicaciones operatorias, no está solucionada.

La Colectistostomía y la Colectistectomía

Son estas las operaciones que han atraído mayor número de partidarios, contando cada una de ellas con ardientes defensores.

Los que preconizan la colectistostomía, con los hermanos Mayo a la cabeza, Mayo Robson, Helferich, Czerny, etc., sostienen que este método es eminentemente conservador, pues deja al órgano como tal, permitiendo que la bilis modificada en su composición, se vierta en el intestino cuando el proceso digestivo así lo exija; por esto dicen que es mas fisiológico y por otra parte de ejecución mas rápida y simple, y por lo tanto, de menor gravedad que la colectistectomía, que repercute mas sobre el organismo y muchas veces el enfermo es incapáz de resistir el shock operatorio.

Reprochan también a la colectistectomía de ser una intervención que expone a los enfermos a hemorragias

graves. Si es hasta cierto punto aceptable el argumento anterior, no lo es este último, puesto que la hemostasia es ya una conquista en la cirugía moderna y que este peligro es ilusorio, con el empleo de la técnica de la colecistectomía sub-serosa.

Otro de los argumentos que oponen los partidarios de la ostomía es el siguiente: que en los ostomizados es posible la eliminación de los cálculos que hayan quedado en el hepático y que en los ectomizados no se drenan las vías biliares. Esta argumentación carece de fundamentos, puesto que en estos últimos, las vías biliares son perfectamente drenadas cuando existe una indicación para ello como en los infectados o cuando se sospecha la existencia de calculos que no han podido ser extraídos. Tal es lo que hace Kehr desde el año 1897 en que publica un procedimiento de drenaje, el *hepaticus drainage*, que él considera como uno de los tiempos fundamentales de la colecistectomía, hasta en los casos en que nada pueda hacer sospechar la infección de las vías principales, ni la presencia de piedras en los conductos profundos. (Berger-Die Hepaticus-Drainage-Langenbeck's Arch. 1903).

Se reprocha también a la colecistectomía de ser una operación que hace imposible una anastomosis entre

el sistema biliar y el intestino en caso de una intervención posterior. Se responde a ésto diciendo, que la vesícula ausente no hace imposible tal anastomosis, pues iguales ventajas ofrecería una fístula colédoco-duodenal.

Las estadísticas de Trenker y Courvoisier, demuestran con un porcentaje elevado la degeneración cancerosa de la vesícula crónicamente inflamada. No es ésto razón suficiente para desear siempre que se pueda, una intervención que nada hace por evitar un mal incurable ?

En cuanto a la mortalidad post-operatoria de ambas intervenciones, es mas o menos la misma, pero no sucede así cuando observamos la convalecencia de una y otra ; mientras los ectomizados con la técnica moderna abandonan su lecho curados, vemos a los ostromizados, llevar durante meses y años su fístula biliar.

Ademas de lo inconvenientes citados, otros accidentes no menos dignos de tenerse en cuenta, pueden resultar de la conservación de vesículas litiasicas. Así se vé a menudo sobrevenir fenómenos dolorosos que simulan verdaderos cólicos hepáticos a los cuales Kehr designa con el nombre de *cólicos inflamatorios*, que solo se producirían en los ostromizados. El publica 12

observaciones de colecistostomizados que ulteriormente se han quejado de estos cólicos.

Estos accidentes de pseudo recidivas, son rarezas en los colectomizados. La estadística de Williams, dá sobre un total de 49 ostomizados, 9 operaciones secundarias, o sea 18 % y sobre 26 ectomizados, 1 operación secundaria, o sea 3.8 %. La de Kümel, sobre 32 ostomizados, 13 operaciones secundarias y de 32 ectomizados, 1 operación secundaria, o sea 3.1 %. La de Hartmann dá 11.1 % en los ostomizados y ninguna en los ectomizados, en un total de 45 intervenciones.

Son bastante elocuentes estas cifras y se concibe que así sea, pues la proporción de recidivas, baja cuando se recurre a una intervención radical, como lo es la colecistectomía ; de allí la frase de Langenbuch : «se saca a la vez las piedras y la cantera».

Refiriéndonos a lo que mas arriba decíamos, que la ostomía es una operación más fisiológica, es un error. Sería necesario para aceptarlo, probar que la vesícula es suceptible de curar de una manera absoluta, para realizar su rol fisiológico. Cualquiera que sea el proceso anátomo patológico que se pasa en la vasícula, encontraremos que el epitelio está aplanado en partes y en otras falta por completo ; que la túnica muscu-

losa ha sufrido también un proceso de rarefacción, pues los elementos fibrosos se han multiplicado ahogando las fibras musculares hasta casi constituir la casi totalidad de sus paredes. Una vesícula en tales condiciones, cómo podría realizar sus funciones normalmente ? Por otra parte, el rol de la vesícula, no es tan importante para que su ablación sea un peligro para el organismo ; por el contrario, dice L. Faure, el peligro no está en suprimirla, sino en conservarla. Numerosos hechos clínicos y experimentales como así también los proporcionados por la anatomía comparada, vienen en apoyo de esta teoría y cuyo comentario dejamos de lado, por no ser de la índole de este trabajo.

Después de practicada la colecistostomía, la vesícula se vacía de su contenido eliminando los productos hasta entonces retenidos ; pero, sabemos que los microorganismos pueden ganar los fondos de saco glandulares y los canales de Luschka, los cuales pueden obturarse al menor catarro. Esto importa dejar latente una infección, capaz de producir en cualquier momento un nuevo proceso litíásico con la invasión a la cavidad, de dichos gérmenes. Por eso se ha dicho, que la colecistostomía drena la vesícula, pero no sus paredes.

No obstante las ventajas de la colecistectomía, no

quiere decir que deba abandonarse la ostromía. Hay casos en que podemos prescindir de ella y en los cuales la ectomía no solo resulta imposible de practicarla, sino que es hasta peligrosa. Hautefort resume sus indicaciones en los siguientes casos :

En todos los casos que es necesario andar rápido, es decir, cuando se esté en presencia de enfermos muy debilitados o viejos, que no podrían soportar una operación mas grave y en todos los casos donde el estado del sujeto necesita una operación rápida. (diabetes, nefritis, caquexia).

2º Cuando las dificultades operatorias son tales que sea imposible de recurrir a otro procedimiento ; por ejemplo, en presencia de sujetos muy grasos y musculosos, cuya pared no cede, mismo a la anestesia profunda y en los cuales no se puede alcanzar el cístico, cualquiera que sea la posición dada al enfermo, cualquiera que sea la incisión adoptada ; en estos casos, hay que contentarse con hacer la colecistostomía. Otras veces, cuando se ha seccionado la pared, se cae en medio de adherencias indestructibles con focos de pericolecistitis que correría el riesgo de abrirse en la gran cavidad. En estos casos hay que practicar solamente la incisión de la vesícula ».

3° En fin, la colecistostomía merece también ser empleada en los casos muy agudos, con amenazas de infección peritoneal. Es entonces la operación de urgencia que asegura el drenage del foco séptico y pone al abrigo de una complicación inmediata. Como una colpotomía o una incisión de abceso apendicular, ella no tiene más valor que el de una operación paliativa, y mas tarde es necesario a menudo recurrir a una segunda intervención para curar el enfermo.

La Colectectomía Sub-serosa

Esta operación fué practicada por primera vez, por el profesor Doyen, el 6 de abril de 1899 y presentada para su discusión al Congreso Francés de Cirujía reunido en el mismo año. «Cuando extirpo la vesícula biliar, decía, trato poco de hacer una simple ligadura del canal cístico, que obliga al drenaje. Yo acostumbro hacer la decorticación sub-serosa de la vesícula y la fijación del manchón seroso a la pared».

La nueva técnica de Doyen, atrae pronto sus partidarios, especialmente los cirujanos de Lyon, donde lo practican Berard, Delore, Tixier, etc. En Alemania, es introducido luego por Bramann y principalmente por Witzel, quien, regla su técnica con modificaciones substanciales que ha hecho que en dicho país se difunda con el nombre de operación de Witzel.

No obstante no haber visto practicar esta última

operación, por ser la primitiva de Doyen la que siempre emplea el doctor Blaksley en su servicio del Hospital Fernández, creo que debe ser reservada a casos muy especiales en que la decorticación de la vesícula no pueda hacerse por su fondo. De tal manera, pues, que la modificación de Witzel no tendría otro fin que proporcionar al cirujano los medios de poder emplear en la gran mayoría de los casos la técnica de la colecistectomía sub-serosa.

Reconozco a la operación típica de Doyen, las siguientes ventajas : en primer lugar, los peligros de contaminación peritoneal, están reducidos al mínimum puesto que, la serosa vesicular es incindida a nivel del fondo excluido por decir así de la cavidad peritoneal.

Por otra parte, la serosa es aquí mas accesible que a nivel del cístico donde hace la incisión Witzel, lo cual no solo importa aumentar las dificultades operatorias, sino que también expone a las visceras a un manipuleo mayor. Sin embargo, los partidarios de esta incisión, dicen que la serosa se desprende mas fácilmente a este nivel razón por la cual la prefieren. Por nuestra parte, debemos decir, que en todos los casos que hemos visto practicar la decorticación por el fondo y en los dos que he tenido oportunidad de operar,

esta no ha ofrecido dificultades. En los casos en que existan fuertes adherencias a los órganos vecinos, sería hasta peligroso ir en busca del cístico, lo que constituye otra de sus ventajas.

Para que puedan compararse ambos procedimientos, los describiré separadamente después de hacer algunas consideraciones sobre la preparación del enfermo y sobre las incisiones, en vista de las particularidades que ofrecen y sobre las cuales han insistido los cirujanos que se han especializado en la cirugía del hígado.

Preparación del enfermo — Siempre que la intervención no sea practicada de urgencia y no habiendo contraindicación especial, se dará en la víspera dos cucharadas de aceite de ricino. En las mujeres con enteroptosis, conviene recurrir además, a los grandes lavajes con el objeto de limpiar lo mejor posible el intestino. Kehr dá una gran importancia a la vacuidad del intestino en el momento de la operación. Para ello somete a sus enfermos dos días antes de la operación a una dieta láctea casi absoluta, permitiendo solamente los alimentos líquidos, té, café, etc. Practica además, varios lavajes de estómago, practicando el último en la tarde

de la víspera. Desde este momento el enfermo solo toma agua y leche en poca cantidad ; seis horas antes de la operación, la dieta es absoluta. Körte, sólo acepta el lavaje de estómago en los casos de dilatación de estómago y dá en cambio dos cucharaditas de bismuto, que tiene la propiedad de retraer el intestino. Otros cirujanos como Witzel, Moynihan y Mayo Robson, dán preferente atención a los cuidados de la cavidad bucal, haciendo lavar la boca con soluciones antisépticas.

Cuando el estado general del enfermo sea delicado, se levantarán sus fuerzas y se exaltarán sus defensas, con inyecciones de suero y tónicos generales que permitan resistir el traumatismo operatorio. Cuando los tonos cardiacos sean débiles y el pulso frecuente, Kehr aconseja el estrofantó y el alcohol ; Moynihan, digitalina o estriénina.

En presencia de enfermo con ictericia, debemos tener presente el estado discrásico de la sangre, lo cual puede ser causa de hemorragias graves que complican seriamente la intervención. En estos casos hay que someter dichos enfermos a una medicación que aumente el poder coagulante del suero. Algunos aconsejan antes y después de la operación el cloruro de calcio a la dosis de 5 a 10 grs., en las 24 horas, ya sea en bebikla

o por vía rectal. Hay otros que se dirigen al suero gelatinado y recientemente se aconseja el suero normal de caballo 5 c.c.; el suero de cabra 10 c.c. Estos medicamentos pueden combinarse y continuar su uso hasta que hayan desaparecido los peligros de hemorragia.

Incisiones — Las numerosas incisiones propuestas para abordar la vías biliares, pueden referirse a dos tipos principales: incisiones verticales e incisiones oblicuas. Las verticales fueron las primeras empleadas. Desde que Mayo Robson vulgarizó el coginete ideado por Elliot, el cual dá al enfermo una posición en lordosis, éstas incisiones resultaron para algunos insuficientes por que la pared estando tensa al máximum, no permite la separación de los bordes de la herida. Este inconveniente fué el motivo de que se idearan las incisiones oblicuas, las que dán un campo operatorio mas amplio.

Pasaremos en revista las principales indicando las ventajas que proporcionan. *La incisión de Kehr*, es clásica en cirugía biliar; su dirección es la siguiente: desde un punto mediano vecino al apéndice xifoide, desciende verticalmente hasta la mitad de la distancia entre dicho apéndice y el ombligo, luego se dirige oblicua-

mente hacia afuera y abajo ; llegada al tercio externo del recto, se vuelve vertical para terminar a nivel del ombligo.

La incisión de Mayo Robson, parte desde el punto de inserción del borde externo del recto anterior en el reborde costal derecho ; se dirige abajo hasta la altura del ombligo. Su extremidad superior se prolonga costeando el reborde costal en dirección al apéndice xifoide, seccionando el músculo recto.

La incisión de Kocher, últimamente empleada, sigue el reborde costal. Cuando el hígado está descendido Courvoisier aconseja practicar esta incisión siguiendo el borde inferior del hígado. Sprengel hace la incisión directamente transversal, basándose en razones anatómicas fisiológicas que ha expuesto en su trabajo del año 1910. Sostiene que las incisiones transversales siguiendo el trayecto de los nervios y de los vasos y por consiguiente respetando su integridad, pone al sujeto en las mejores condiciones para una cicatrización perfecta ; pues es bien conocido el rol de los vasos y de los nervios en este proceso. Según esto, las incisiones transversales evitan las eventraciones.

En vista de las razones expuestas por Sprengel, Kehr modifica su incisión, naciendo su *incisión angular*,

que se diferencia de la primitiva en que las líneas curvas son reemplazadas por rectas.

La incisión de Czerny, adopta la forma de un ángulo recto, cuya rama vertical es una incisión mediana hasta la vecindad del ombligo y cuya rama horizontal es una incisión perpendicular a la primera y naciendo en el borde externo del músculo recto derecho, al cual secciona en todo su espesor. La incisión que se practica en el servicio del doctor Blaksley para la colecistectomía subserosa, es una vertical siguiendo el borde externo del recto anterior desde su inserción en el reborde costal derecho hasta nivel del ombligo.

TECNICA DE LA OPERACION DE WITZEL

Primer tiempo : *Incisión de la pared* — Creo inútil insistir sobre este tiempo después de haberlo tratado en el capítulo precedente ; solo diré que las incisiones oblicuas son las que deben preferirse.

Segundo tiempo : *Exteriorización del hígado y exploración de las vías biliares* — Una vez abierto el peritoneo, se tira el hígado lo mas que se pueda fuera

de la cavidad abdominal con el objeto de que las maniobras subsiguientes se hagan si es posible, extra cavitarias. Esta maniobra será posible siempre que el peritoneo supra e infra hepático no esté englobado en adherencias. Para ello se toma el hígado por su borde inferior con compresas de gasa ; se luxa fuera del abdomen haciéndolo bascular debajo del tórax, de tal manera que la cara inferior del órgano quede expuesta. (figura 1).

Kehr, citado por Cotte, considera esta maniobra imposible y Guillaume-Louis, cree que sólo es posible en las mujeres con enteroptosis marcada.. En los casos que resulte difícil la exteriorización del hígado, es permitido de seccionar el ligamento falciforme a uno o dos centímetros del punto de su inserción hepática.

Hecho esto, el cirujano pasa a explorar las vías biliares extra hepáticas y resuelve o no la colecistectomía. Si esta es indicada verá si la decorticación subserosa es aplicable.

Tercer tiempo : *Liberación de la vesícula biliar* —
Se incinde el peritoneo que recubre el canal cístico en una extensión de 4 a 5 centímetros. Luego, con una sonda canalada o con el extremo de una tijera roma se

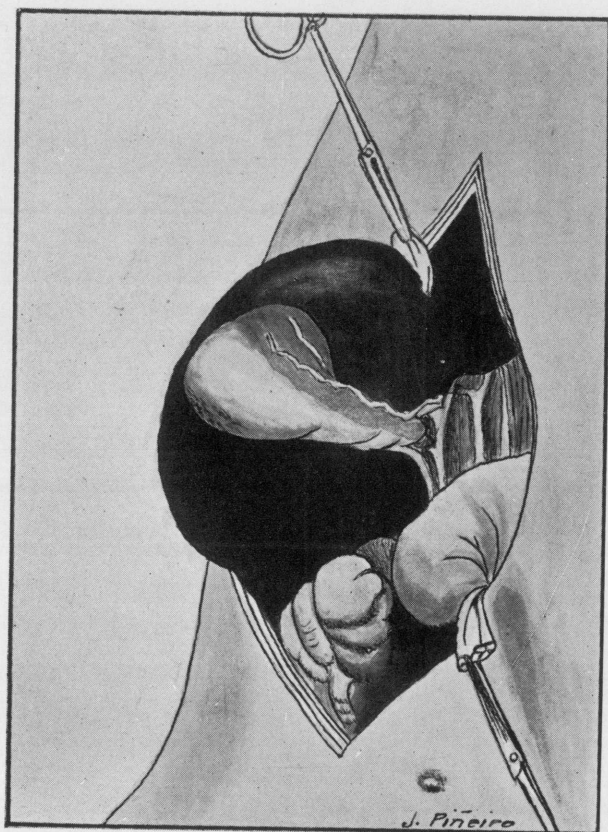


Figura 1.

Exteriorización del lóbulo derecho del hígado y sección del ligamento falciforme.



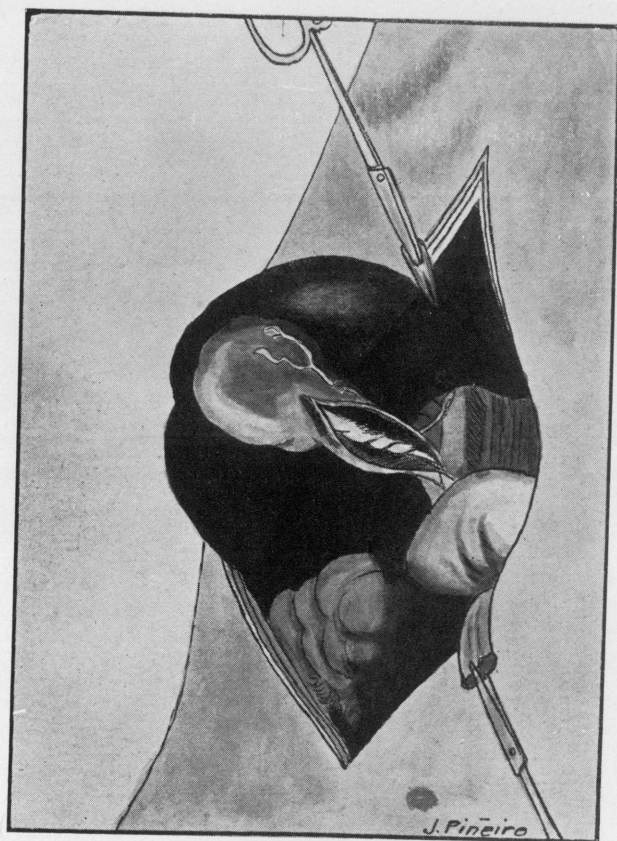


Figura 2.

Incisión del peritoneo a nivel del cuello de la vesícula y del canal
cístico.

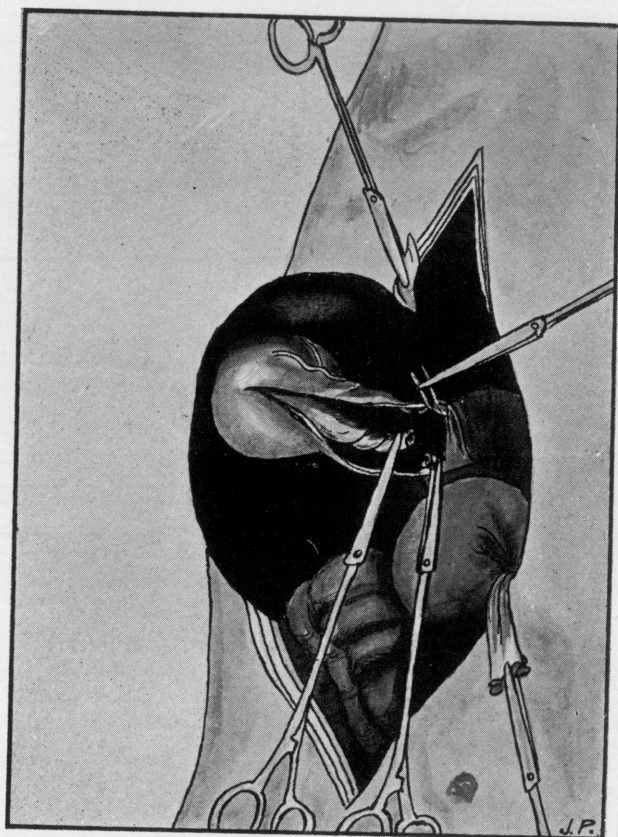


Figura 3.

Ligadura de la arteria cística y sección del canal cístico.



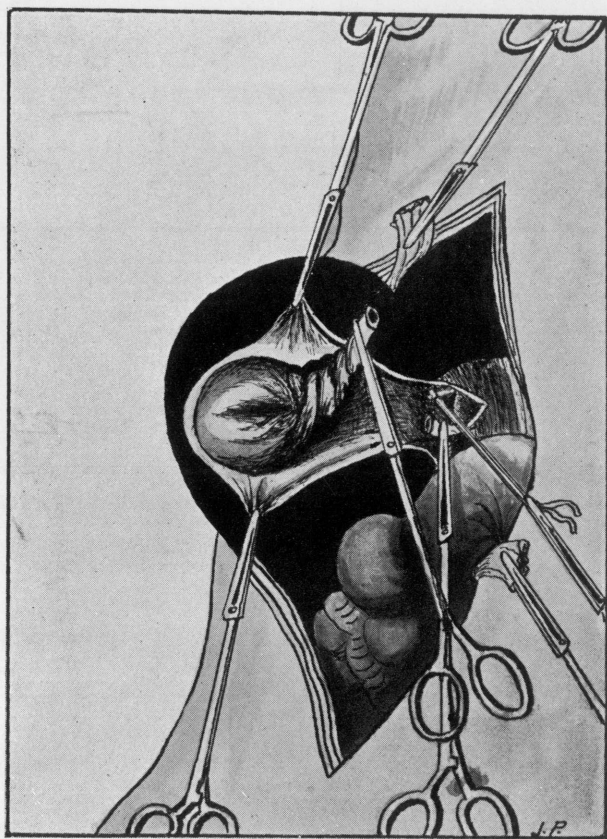
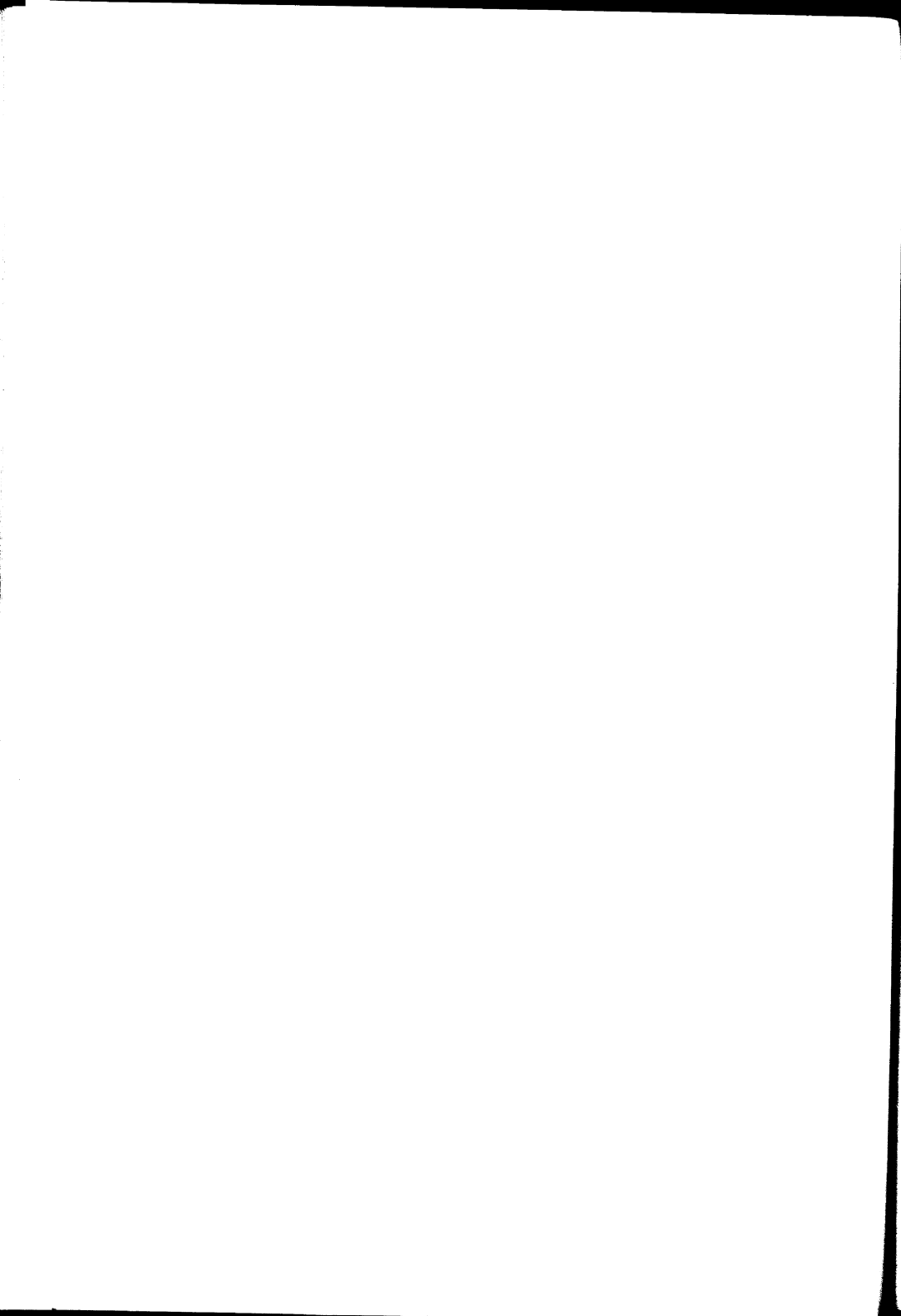


Figura 4.

Ablación subserosa de la vesícula biliar.



comienza la decorticación de este conducto, hasta su unión con el hepático del cual se tendrá especial cuidado en separarlo para que, en el momento de la ligadura y sección no se interese a este último. (fig. 2).

Cuarto tiempo : *Ligadura de la arteria cística y sección del canal cístico* — En el colgajo superior, cara inferior, se investiga la arteria la cual deberá ser ligada lo más cerca posible de su origen. Luego entre dos pinzas, se secciona el canal cístico (fig. 3).

Quinto tiempo : *Ablación de la vesícula* — Se prolonga la incisión del peritoneo hasta el fondo de la vesícula. Se desprende sucesivamente el peritoneo que recubre la cara inferior y las caras laterales, sirviéndose sea de tijeras, sea de un tapón de gasa siguiendo el plano de clivaje. Se pasa a desprender la cara superior de la foseta cística comenzando por el cuello. La pinza que mantiene el cabo vesicular del cístico, nos servirá para levantar este órgano a medida que progresa el desprendimiento. (fig. 4).

Sexto tiempo : *Conducta a seguir con el muñón cístico* — El destino del muñón cístico será diferente según sean las alteraciones anátomo-patológicas que en-

contremos. Si nos encontramos con una vesícula hidrópica, por ejemplo, con obliteración del conducto cístico y sin cálculos en las vías biliares principales, se hará sin temor una colecistectomía ideal. En cambio, si estamos en presencia de un canal cístico permeable, o infección de las vías biliares, procederemos a una exploración del hepático y del colédoco. Esta exploración podrá conducirnos si el caso lo requiere, a una ectomía con drenaje del hepático. (fig. 5).

Los dos colgajos peritoneales resultantes de la deconticación de la vesícula, servirán para la peritonización de la foseta cística. Para ésto, procederemos a suturar los bordes de dichos colgajos, con lo que habremos hecho una exclusión del campo operatorio. (fig. 6).

Séptimo tiempo : *Hepatopexia y cierre de la pared*

— La fijación del hígado en su posición normal se hará siempre que hubiésemos seccionado su ligamento suspensor en el segundo tiempo de la operación o que constataremos una hepatoptosis. Kehr y otros cirujanos, insisten sobre esta fijación, pues han constatado que cuando hay hepatoptosis, las vías biliares drenan de una manera insuficiente.

Varios son los procedimientos propuestos para la

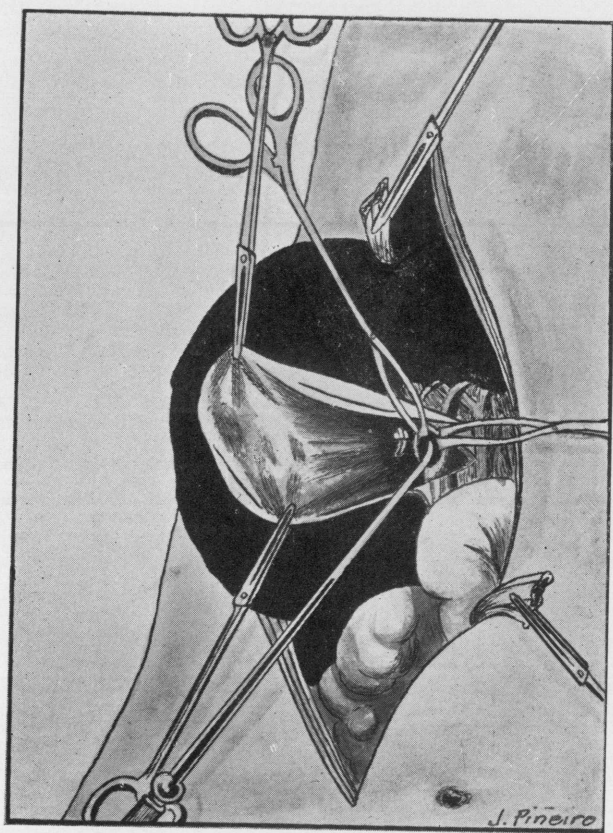


Figura 5.

Exploración del canal hepático por el muñón cístico.

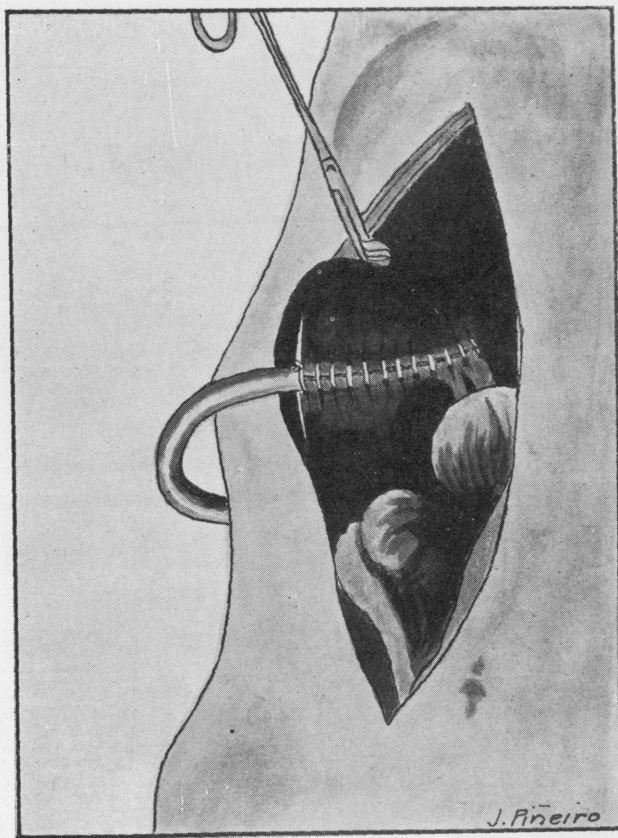


Figura 6.

Drenaje del hepático y exclusión del campo operatorio por la sutura de los dos colgajos peritoneales.

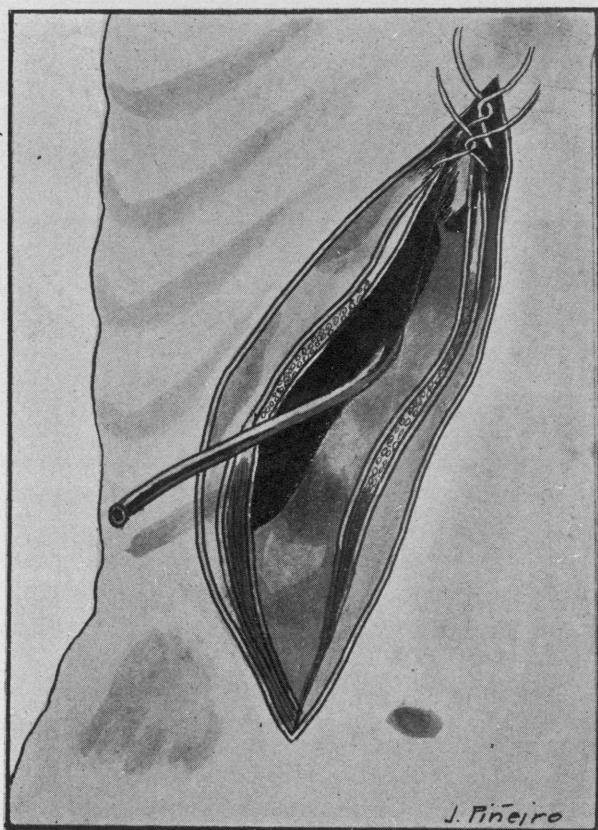
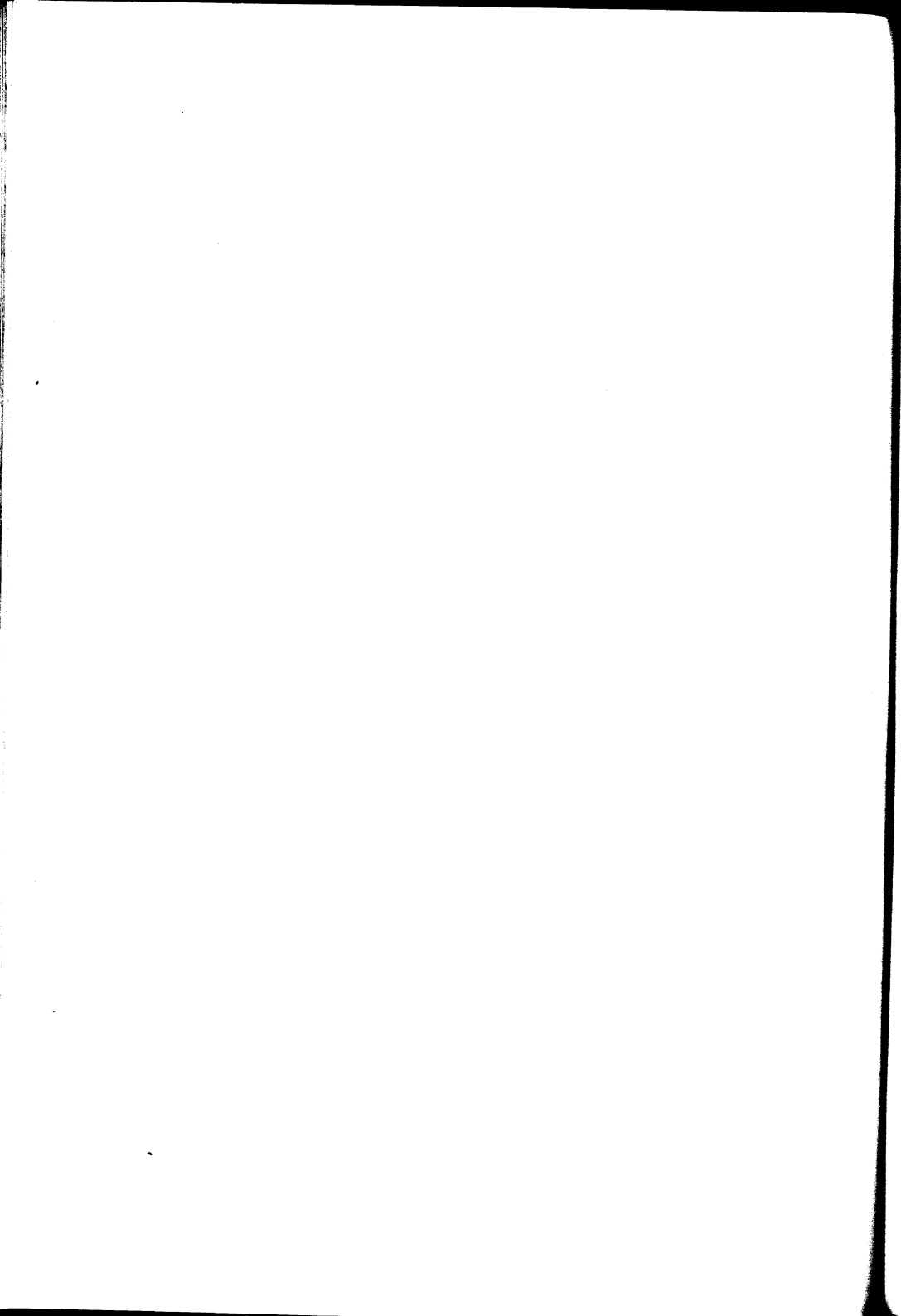


Figura 7.

El hígado es reintegrado en el abdomen. — Hepatopexia por el ligamento suspensor.



hepatopexia ; describiremos los principales. Bramann, utiliza los colgajos peritoneales de la decorticación de la vesícula ; los hace pasar por la foseta cística y los fija en la séptima u octava costilla. Kehr, se contenta con pasar por el parénquima hepático, tres o cuatro puntos de catgut fijándolos al diafragma. Todos estos procedimientos alargan una operación por de sí laboriosa y por consiguiente el mejor método será aquel que, evitándo una acodadura de las vías biliares pueda practicarse rápidamente. Al efecto, el proceder de Jaboulay, en el tratamiento de la hopatoptosis, llena estas condiciones de simplicidad y rapidez. Consiste en pasar algunos puntos en el ligamento suspensor en su emergencia del hígado, y fijarlos en la extremidad superior de la incisión. (fig. 7).

Se sutura luego la pared abdominal, siguiendo la técnica habitual, dejando una abertura por donde pasará un drenaje que irá a alojarse sobre de los colgajos suturados, es decir en la foseta cística, con el objeto de dejar salir la sangre y la bilis que suele colectarse a ese nivel.

Tales son los diversos tiempos de la operación y que he tomado del trabajo de Cotte.

TECNICA DE LA OPERACION DE DOYEN

Posición del enfermo — Decúbito dorsal ; se pasará por debajo de la región lumbar un cojineté o bien una sábana enrollada. De este modo la región sub-hepática mirará hacia delante y el colédoco se aproximará a la pared abdominal.

Primer tiempo : *Incisión de la pared* — La incisión vertical sobre el borde externo del recto, es suficiente. Puede emplearse con buenos resultados la incisión angular de Kehr. La primera es la que se practica corrientemente en el servicio del doctor Blaksley en el Hospital Fernández y siempre los diferentes tiempos operatorios se han realizado sin dificultad.

Segundo tiempo : *Descubrimiento de la vesícula biliar y exploración de su pedículo* — Después de abrir la cavidad abdominal se procederá a luxar hacia arriba el hígado, maniobra ésta que solo será imposible en los casos de perihepatitis, y en tal caso se seccionará el ligamento suspensor, del mismo modo que indicamos anteriormente.

Exploramos las vías biliares principales y accesorias, comenzando siempre por la vesícula que siempre o casi siempre, permite suponer la causa del proceso poniendonos en la vía del diagnóstico. Pasamos luego a explorar los canales que, en los casos de no existir adherencias, se reconocerán a la vista luxando el borde anterior del hígado. En caso contrario, procederemos a la exploración digital. El índice, siguiendo en la cara inferior de la vesícula, reconoce su cuello y luego penetra en el hiatus de Winslow. El cístico se reconocerá por delante del hiatus ; si el dedo no siente este canal, quiere decir que ningún cálculo estará enclavado en su luz ; por el contrario, si se siente la impresión de un cuerpo duro, mas o menos redondeado, hay casi seguramente un cálculo y no lo afirmamos en absoluto, por que podría ser también un ganglio, lo cual es naturalmente mas raro. Se explora después el confluente hepato cístico y se desciende siguiendo el colédoco para ir después al hilio del hígado. No insistiré sobre las diferentes maniobras ideadas para la exploración de las vías biliares, pues sería prolongar inutilmente esta descripción, por otra parte tan bien tratada en las obras de cirugía.

Tercer tiempo : *Decorticación de la vesícula* — Si después de haber explorado todas las vías biliares encontramos indicación operatoria, procederemos del siguiente modo : incidiremos el peritoneo vesicular en el punto más accesible, generalmente en el fondo del órgano. La incisión puede ser transversal o vertical, en

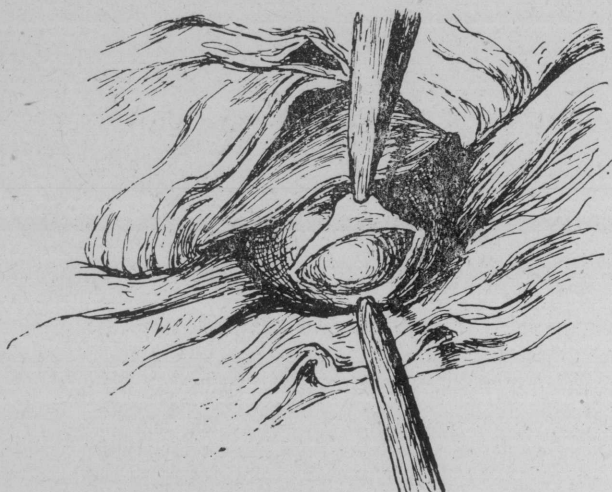


Figura 8. — Incisión del peritoneo vesicular a nivel del fondo
(Doyen)

toda la extensión de dicho fondo. Se diseca a pinza y bisturí en una pequeña extensión, ambos labios de la incisión. Luego se introduce debajo de la serosa, una pinza a forcepressure con la cual continuaremos la decorticación. (fig. 8.). Se abre las ramas de este ins-

trumento, con lo que desprendemos fácilmente la hoja peritoneal. Se cortan a tijera las bridas que resistieran. Puede seguirse hasta el cístico sin abrir la vesícula. Lo mas frecuente es mejor abrirla una vez que el peritoneo ha sido desprendido suficientemente y evacuar su contenido. En este caso se toma los dos bordes de la

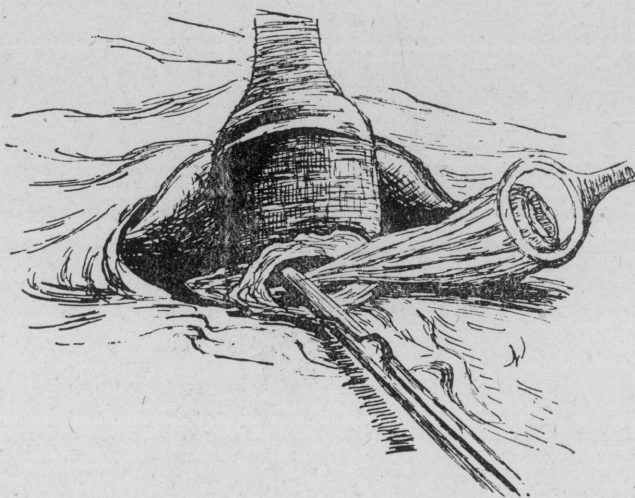


Figura 9. — Decorticación sub-serosa de la vesícula y del cístico (Doyen)

abertura vesicular con una pinza en T o en corazón y traccionándola ligeramente, se termina la decorticación hasta el cístico inclusive.

Cuarto tiempo : *Ligadura y sección del cístico* —

Se coloca una pinza fuerte en este conducto y luego se liga en la confluencia con el hepático, previo *ecrasement* de sus paredes. Se secciona con tijera o termocauterio por encima de la ligadura. En el caso de haber infección de las vías biliares y siempre que el cístico sea permea-

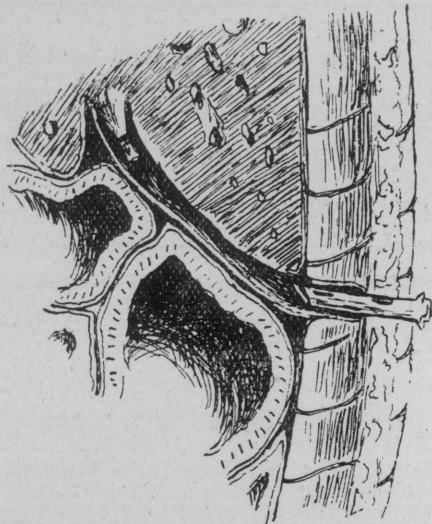


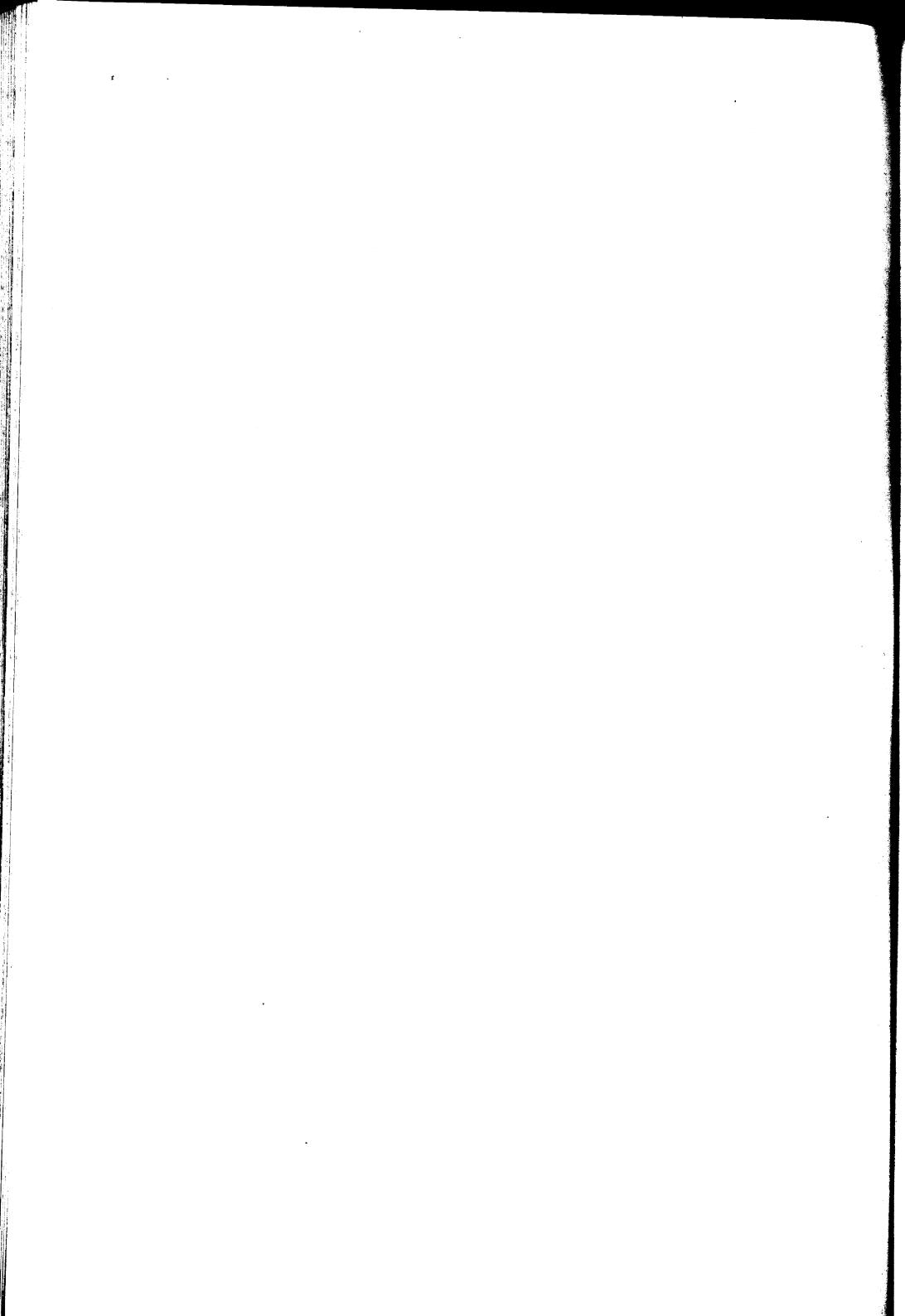
Figura 10. — Marsupialización del mauchón seroso y drenaje de la cavidad (Doyen)

ble, nos cuidaremos de hacer dicha ligadura. Previa exploración del hepático y del colédoco, procederemos a completar la intervención, haciendo un drenaje del hepático.

Quinto tiempo: *Marsupialización de la vaina pe-*

ritoneal de la vesícula Previa toilette de la herida se procede a suturar la celda peritoneal de la vesícula al peritoneo parietal. Luego se reconstruye la pared abdominal con la técnica habitual. Se coloca en dicha celda un tubito de vidrio. (fig. 10).

Post Operatorio. Generalmente la cicatrización se hace por primera, desapareciendo el trayecto del drenaje a los quince días. El tubito de vidrio se retira al cuarto día.



Indicaciones y contraindicaciones de la colecistectomía subserosa. — Sus ventajas

La decorticación subserosa de la vesícula, no siempre puede ser practicada sin dificultad ; tiene como la mayor parte de los procedimientos operatorios, sus indicaciones y sus contraindicaciones ; es lo que trataremos de aclarar en este capítulo.

Para poder practicar una colecistectomía sub-serosa típica, es necesario que la vesícula sea libre de adherencias fibrosas que la engloban en una masa inflamatoria que haga imposible la disección de la hoja peritoneal perivesicular.

En los casos que existan adherencias laxas con los órganos vecinos, puede aplicarse el método en toda su integridad.

Todas las formas de colecistitis crónicas, a excepción de las atróficas, la forma crónica simple, la hi-

drópica y el empiema crónico, pueden beneficiar de éste método ya que el peritoneo crónicamente inflamado, presenta normalmente un espesamiento que permite su fácil disección.

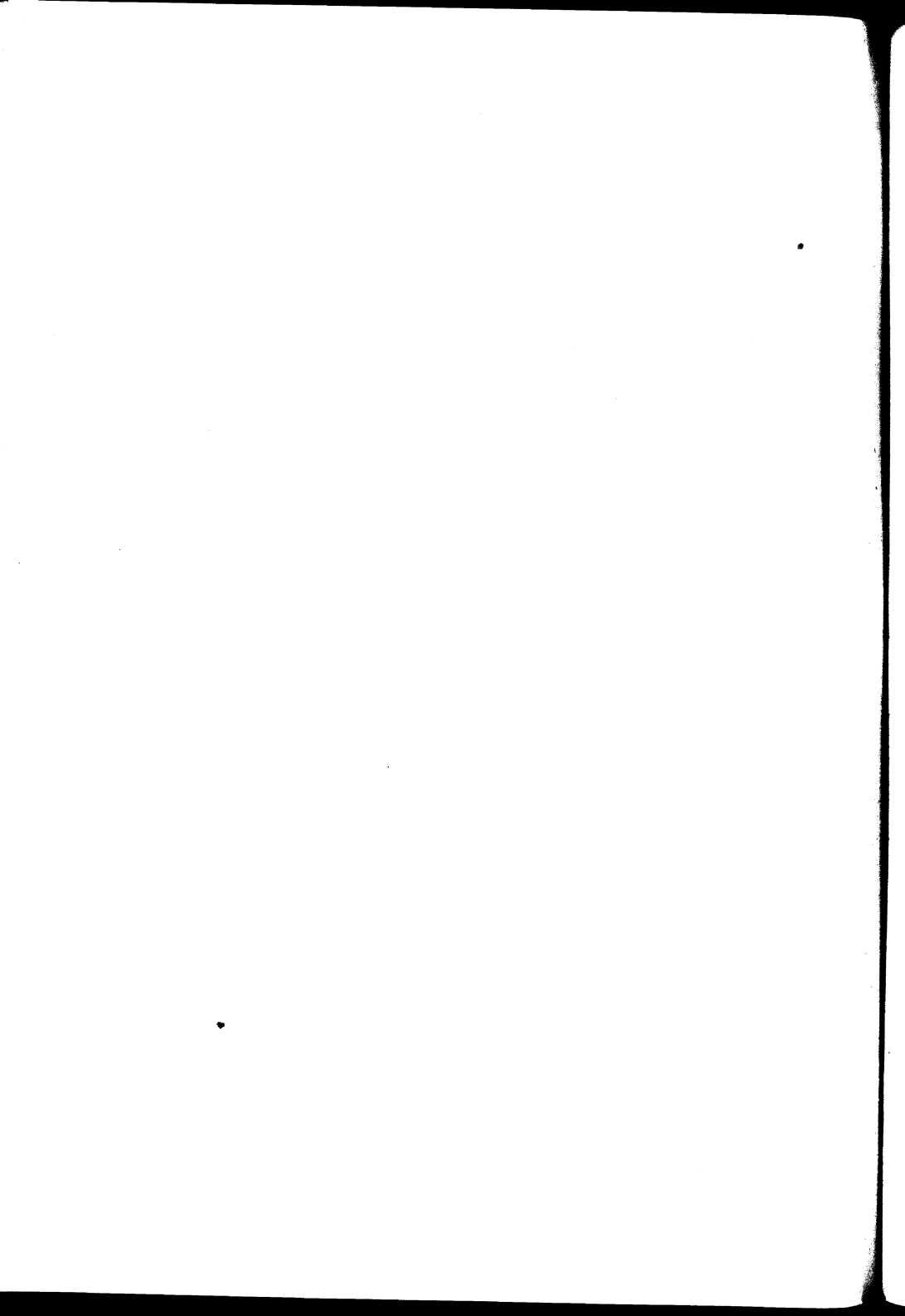
En las colecistitis hemorrágicas o gangrenosas, en que el peritoneo ha sido invadido por el proceso, no podría hacerse el desprendimiento de la vaina serosa. El mismo criterio se impone en el caso de cáncer de la vesícula y aun mismo cuando el diagnóstico entre éste y de colecistitis, sea dudoso. Lo mismo diremos cuando exista un absceso pericolecístico, pues la gran cavidad peritoneal está ya aislada por las paredes del absceso.

Estudiadas las indicaciones y contraindicaciones del método que preconizamos en éste trabajo, veamos las ventajas que hacen de él un procedimiento de elección en los casos que reúnan las condiciones exigidas.

Aparte de su técnica sencilla y de su rápida ejecución, la integridad de la celda vesicular, asegura el aislamiento del muñón cístico del resto de la cavidad abdominal; condición ésta que le confiere privilegio sobre los demás procedimientos. Por otra parte, se suprime también la hemorragia que se produce al desprender la vesícula de su foseta hepática, hemorragia

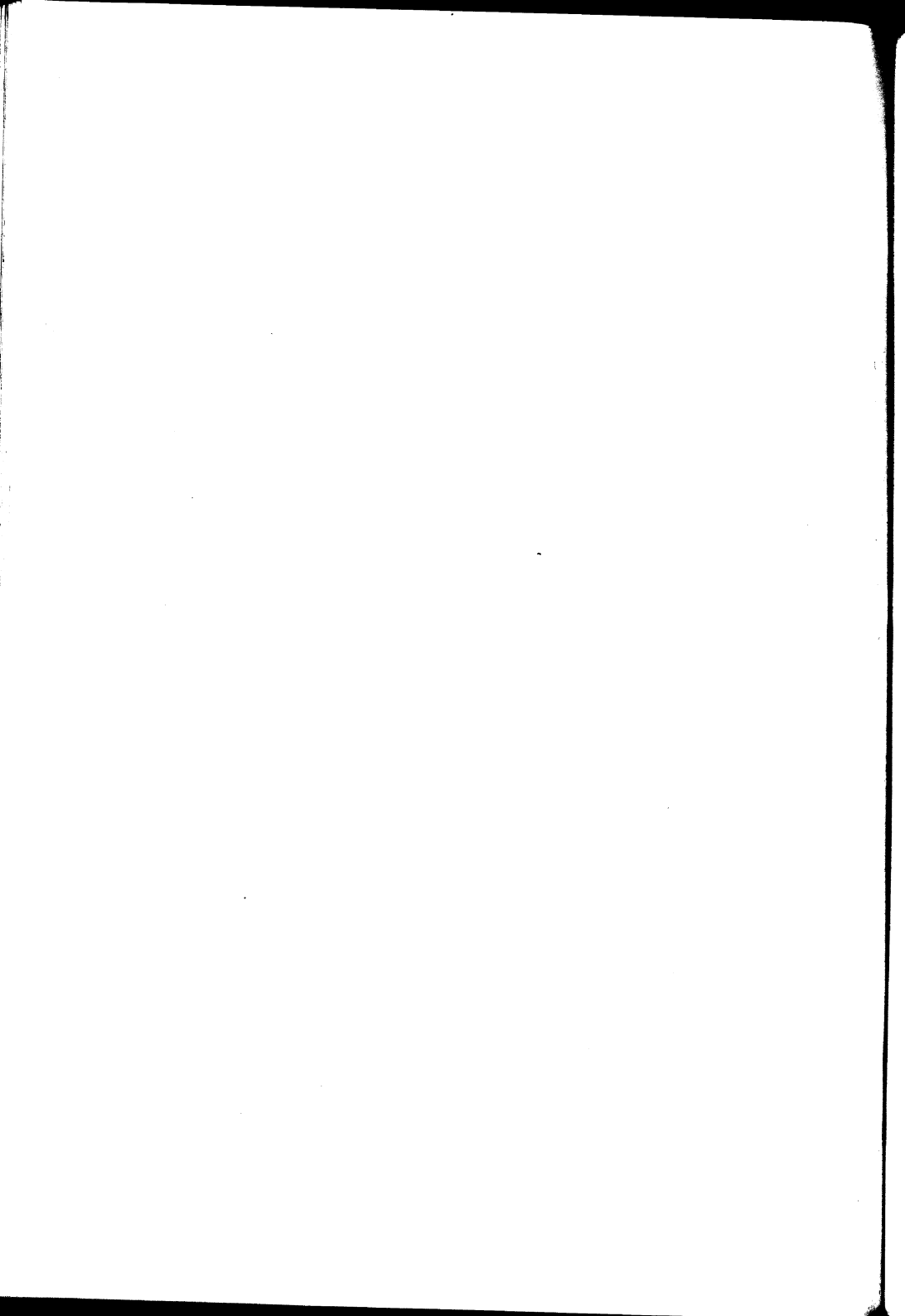
que suele ser a veces de gravedad y que obliga a hacer taponamientos que prolongan la intervención.

No son éstas las únicas ventajas del método. En el drenaje de las vías biliares principales, que bajo la impulsión de Kehr ha tomado actualmente un lugar tan preponderante en el tratamiento de la litiasis biliar, la mayoría de los cirujanos hacen un amplio taponamiento de la celda sub-hepática, con lo que se consigue formar al cabo de algunos días una vasta capidad, y por la cual hacen lavajes de las vías principales. Este método, conocido con el nombre de *hepáticus drainage*, si bien es cierto que puede prestar importantes servicios, hay sin embargo exageración por parte de los que lo preconizan al querer generalizarlo a todos los casos. Si en los casos de angiocolitis graves y adonde se tema haber dejado cálculos, esta técnica es ventajosa, en todos los demás debe preferirse una peritonización lo mas completa posible de la zona operatoria. Es lo que se consigue con la decorticación sub-serosa, al mismo tiempo que evita la formación de adherencias que, con el tiempo podrían producir falsos cólicos hepáticos.



OBSERVACIONES CLINICAS

Hospital Juan A. Fernandez. — Servicio del Doctor Julio A. Blaksley



OBSERVACION 1

M. E. T., Argentina, 25 años, soltera.

Fecha de entrada : 18 de octubre de 1913.

Diagnóstico : Litiasis biliar, cólicos hepáticos a repetición.

Operación : 18 de octubre de 1913 — Operador : Dr. Blaksley.—Cloroformo.

Incisión sobre el borde externo del recto. Vesícula adherente. Se extrae un cálculo del tamaño de un huevo de paloma y otros mas pequeños. Se extirpa la vesícula a la manera de Doyen. Drenaje.

Alta : 5 de noviembre de 1913. En la actualidad goza de perfecta salud.

OBSERVACION 2

V. M., 26 años, casada, italiana.

Fecha de entrada : 15 de agosto de 1914.

Diagnóstico : Litiasis biliar ; cólicos hepáticos a repetición.

Operación : 14 de setiembre de 1914 — Operador : Dr. Blaksley.—Cloroformo.

Incisión de Kehr. Se extraen numerosos cálculos. Se extirpa la vesícula a la Doyen.

Alta : Octubre 6. En perfectas condiciones.

OBSERVACION 3

R. P., 26 años, casada, italiana.

Fecha de entrada : 9 de noviembre de 1914.

Diagnóstico : Litiasis biliar ; cólicos hepáticos a repetición.

Operación : 25 de noviembre de 1914 — Operador : Dr. Blaksley.—Cloroformo.

Incisión lateral. Se extirpa la vesícula a la Doyen. Drenaje.

Alta : diciembre 25, en perfectas condiciones.

OBSERVACION 4

V. A. de M., 34 años, casada, argentina.

Fecha de entrada : 23 de abril de 1915.

Diagnóstico : Litiasis biliar.

Operación : 6 de mayo de 1915 — Operador :
Dr. Blaksley.—Cloroformo.

Incisión lateral. Abierta la vesícula, se extrae un cálculo del tamaño de un huevo de paloma y dos o tres mas pequeños. Luego se extirpa la vesícula a la manera de Doyen. Drenaje de vidrio.

Alta : 14 de junio, en perfectas condiciones.

OBSERVACION 5

E. G., 69 años, argentino, casado.

Fecha de entrada : 8 de mayo de 1915.

Diagnóstico : Litiasis biliar ; obstrucción crónica del colédoco ; hidropesía de la vesícula.

Operación : 13 de mayo de 1915 — Operador :
Dr. Blaksley.—Cloroformo.

Incisión lateral. Se punza la vesícula, luego se abre y se extrae una gran cantidad de pequeños cálculos facetados. Se extirpa la vesícula a la Doyen.

Alta : 15 de junio de 1915. En perfectas condiciones.

OBSERVACION 6

C. C., 54 años, casada, italiana.

Fecha de entrada : 11 de junio de 1915.

Diagnóstico : Litiasis biliar ; cólicos hepáticos a repetición.

Operación : 14 de junio de 1915 — Operador :
Dr. Demaria Massey — Cloroformo.

Incisión lateral. Se extraen quince cálculos, algunos del tamaño de una avellana. Se extirpa la vasícula a la Doyen. Drenaje.

Alta : 18 de julio, en perfectas condiciones.

OBSERVACION 7

V. C., 35 años, argentina, casada.

Fecha de entrada : 27 de julio de 1915.

Diagnóstico : Litiasis biliar ; cólicos hepáticos a repetición.

Operación : 6 de agosto de 1915 — Operador :
Dr. Blaksley — Cloroformo.

Incisión lateral. Se extraen varios cálculos de distintos tamaños. Se extrae la vasícula a la Doyen.

Alta : 16 de setiembre en perfectas condiciones.

OBSERVACION 8

V. M., 31 años, argentino, soltero.

Fecha de entrada : 1º de mayo de 1916.

Diagnóstico : Litiasis biliar ; cólicos hepáticos a repetición. Hidropesía de la vesícula.

Operación : 5 de mayo de 1916 — Operador : Sr. Ocampo — Cloroformo.

Incisión lateral. Se punza la vesícula, luego se extraen gran cantidad de cálculos de diferentes tamaños. Se extrae la vesícula a la Doyen.

Alta : 20 de mayo, en perfectas condiciones.

OBSERVACION 9

M. R., 38 años, argentina, casada.

Fecha de entrada : 30 de setiembre de 1916.

Diagnóstico : Litiasis biliar ; cólicos hepáticos a repetición.

Operación : 2 de octubre de 1916 — Operador : Dr. Blaksley — Cloroformo.

Incisión lateral. Se extraen varios cálculos y luego se extirpa la vesícula a la Doyen.

Alta : 28 de octubre de 1916, no siente la menor molestia.

OBSERVACION 10

M. C., 29 años, casada, italiana.

Fecha de entrada : 6 de octubre de 1916.

Diagnóstico : Litiasis biliar ; cólicos hepáticos a repetición.

Operación : 19 de octubre de 1916 — Operador : Dr. Blaksley — Cloroformo.

Incisión lateral. Se encuentra vesícula gruesa con varios cálculos, uno de ellos enclavado en el cístico, de donde se lo extrae por expresión digital.. Se extirpa la vesícula a la Doyen.

Alta : Octubre 30.

OBSERVACION 11

F. A., 26 años, argentina, soltera.

Fecha de entrada : 6 de diciembre de 1916.

Diagnóstico : Litiasis biliar ; hidropesía de la vesícula.

Operación: 16 de enero de 1917 — Operador :
Sr. Ocampo — Cloroformo.

Incisión lateral. Se encuentra una vesícula hidrópica. Se exploran las vías biliares y no se encuentran cálculos. Se punza la vesícula y se extrae el líquido. El cístico está obstruido por un tapón mucoso. Se extirpa la vesícula a la Doyen. Drenaje de vidrio. Se saca el drenaje a los ocho días.

Alta: 1º de febrero, curada por primera.

OBSERVACION 12

A. J. M., 54 años, argentino, casado.

Clientela civil.

Diagnóstico: Litiasis biliar.

Síntomas: Ictericia pronunciada, dolor agudo, temperatura 38º, ligeros escalofríos. Vesícula grande que se palpa fácilmente.

Operación: 15 de julio de 1915 — Operador :
Dr. Blaksley — Anestesia general con éter.

Procedimiento de Doyen. Se extraen dos grandes cálculos. Se retira el tubo de drenaje al tercer día, colocando una mechita de gasa impregnada con alcohol.

En los días subsiguientes, curación plana y compresiva. A los 9 días de operado se sacan los puntos. Curación por primera.

Alta : 15 de agosto. El enfermo no siente la menor molestia.

OBSERVACION 13

M L de T., 35 años, argentina, casada.

Clientela civil.

Diagnóstico : Litiasis biliar.

Síntomas : Dolor agudo en el hipocondrio derecho, irradiado a la espalda, vómitos, ligera ictericia. Sufré hacen dos años.

Operación : 2 de setiembre de 1916 — Operador : Dr. Blaksley — Cloroformo.

Procedimiento Doyen. Se encuentra vesícula grande llena de pequeños cálculos. Drenaje con tubito de vidrio. El cuarto día se retira el tubo y se deja la mecha impregnada con alcohol. El décimo día se sacan los puntos. Curación por primera.

Alta : 28 de setiembre, en perfectas condiciones.

OBSERVACION 14

L. G., 42 años, francesa, casada.

Clientela civil.

Diagnóstico : Litiasis biliar.

Síntomas : Dolor clásico, ictericia pronunciada, vesícula palpable. Sufre hacen cinco años.

Operación : 20 de noviembre de 1915 — Operador : Dr. Blaksley — Cloroformo.

Procedimiento Doyen. Se extrae abundante bilis y se retiran varios cálculos de diferentes tamaños. Se retira el drenaje de vidrio al tercer día. Se drena con gasa impregnada con alcohol. Curación comprimida. Al noveno día se sacan los hilos de sutura, curación por primera. Continúa saliendo bilis hasta los quince días de operada.

Alta : 25 de diciembre. Curada.

OBSERVACION 15

J. L. S., 40 años, casada, italiana.

Clientela civil.

Diagnóstico : Litiasis biliar.

Síntomas : Dolor clásico, no hay ictericia, se palpa vesícula. Sufre hacen tres años, habiendo tenido en su último ataque ictericia y escalofríos.

Operación : 26 de mayo de 1916 — Operador : Dr. Blaksley — Eter.

Procedimiento Doyen. Drenaje con tubo de vidrio. Se lo retira al tercer día. Drenaje con gasa. Curación plana comprimida. Herida curada por primera.

Alta : 2 de junio. Curada.

OBSERVACION 16

E. F. de V., 38 años, casada, española.

Clientela civil.

Diagnóstico : Litiasis biliar.

Síntomas : Ictericia ligera, vesícula palpable y muy dolorosa.

Operación : 8 de mayo de 1916 — Operador : Dr. Blaksley — Cloroformo.

Procedimiento Doyen. Se extraen gran cantidad de cálculos de diferentes tamaños. Vesícula de paredes gruesas. Drenaje de vidrio. Se lo retira al cuarto día, dejando mecha. Se forma un absceso de pared. Es dada

de alta a los treinta días de operada, en perfectas condiciones.

OBSERVACION 17

V. M., argentino, casado, empleado.

Clientela civil.

Diagnóstico: Litiasis biliar.

Síntomas: Ictericia pronunciada, vesícula palpable y dolorosa.

Operación: 16 de julio de 1916 — Operador: Dr. Blaksley — Cloroformo.

Procedimiento Doyen. Vesícula llena de bilis y de paredes muy gruesas. No se encuentran cálculos, pero sí, abundante mucus que obstruye el cístico.

La curación se efectúa a los 28 días, sin ningún accidente.

OBSERVACION 18

T. S., 40 años, argentina, soltera.

Clientela civil.

Diagnóstico : Litiasis biliar.

Síntomas : Clásicos.

Operación : 25 de julio de 1916 — Operador :
Dr. Blaksley — Eter.

Procedimiento de Doyen. Se extraen varios cálculos de diferentes tamaños. La vesícula es de paredes gruesas.

La curación se efectúa en 22 días sin complicaciones post operatorias.

OBSERVACION 19

J. S. de E., 52 años, francesa, casada.

Clientela civil.

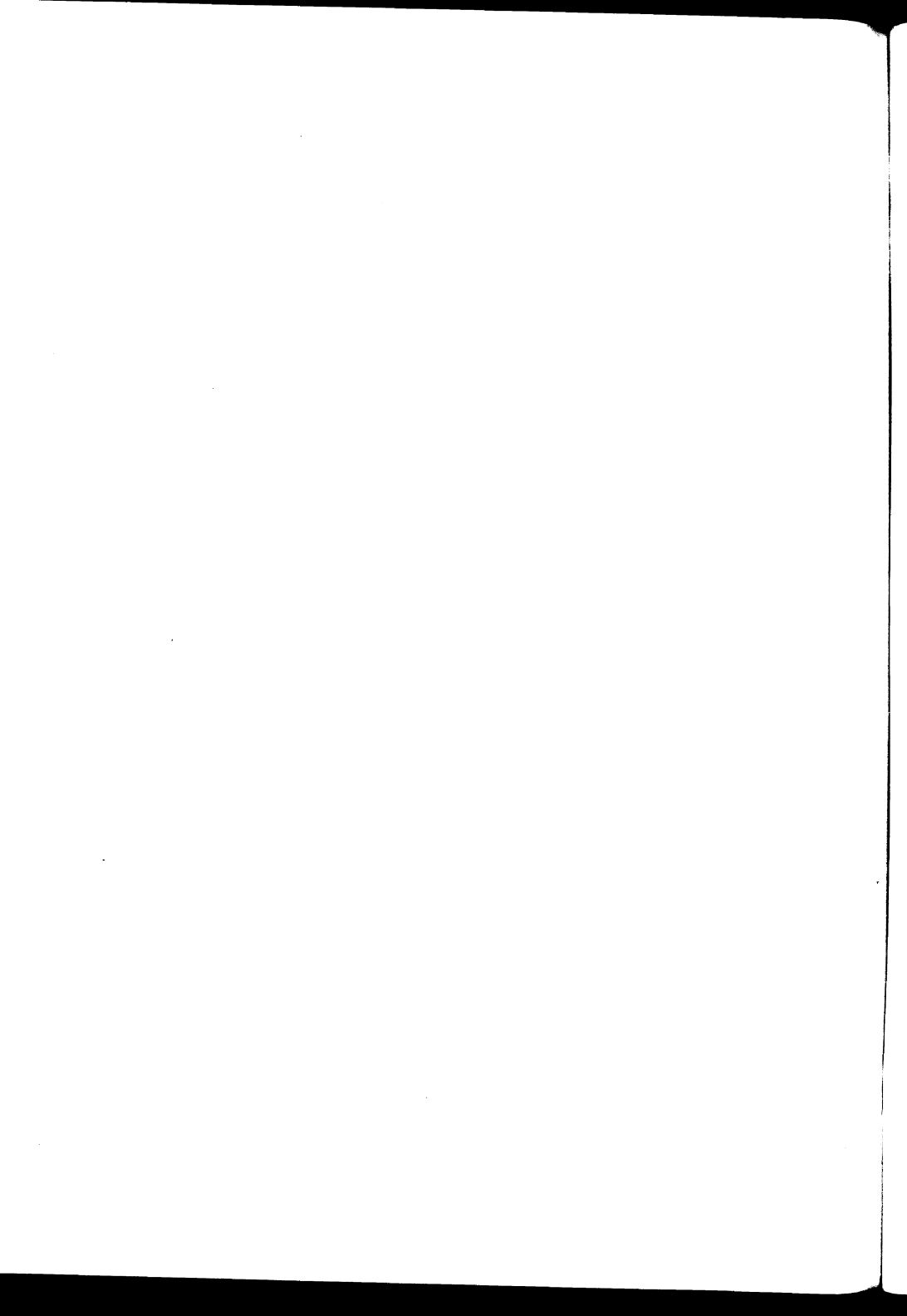
Diagnóstico : Litiasis biliar.

Síntomas : Ha tenido ictericia hace tres meses, que le duró como 25 días. Tuvo fiebre en esa época. Padece hace cinco años, quejándose de dolores en el epigastrio y en la espalda. No se palpa vesícula, pero es muy dolorosa al exámen de la región.

Operación : 14 de setiembre de 1916 — Operador :
Dr. Blaksley — Eter.

Procedimiento Doyen. Se encuentra vesícula de paredes gruesas, con varios cálculos pequeños y uno grande a nivel del cístico. Curada en 26 días. No hay dolor, estado general excelente.





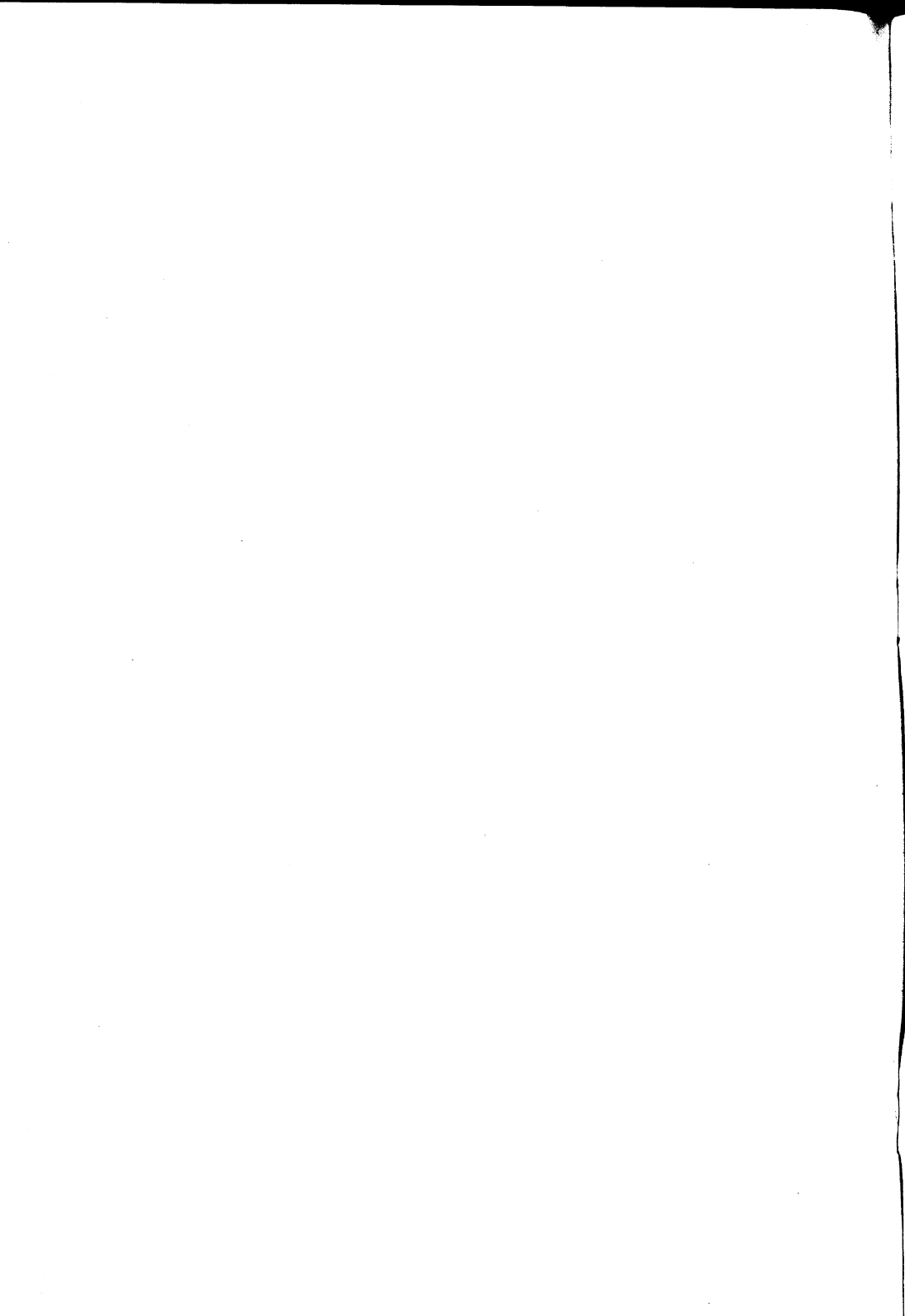
Conclusiones

1ª. La colecistectomía subserosa con ligadura del cístico debe ser la operación de elección en la litiasis vesicular.

2ª. La colecistectomía subserosa con drenaje del hepático, debe ser reservada a los casos en que las alteraciones anátomo patológicas de las vías biliares, así lo requieran.

3ª. La colecistostomía debe ser un método de excepción indicado en los casos donde la colecistectomía sea imposible o peligrosa practicar.

A. OCAMPO.



Buenos Aires, Marzo 16 de 1917

Nómbrese al señor Consejero doctor Marcelo Viñas, al profesor titular doctor Avelino Gutiérrez y al profesor suplente doctor Luis B. Tamini, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.
Secretario.

Buenos Aires, Marzo 31 de 1917

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta Núm. 3224 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.
Secretario.

30757

14

14

14

14

14

14

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Indicaciones de la colecistectomía subserosa.

Marcelo Viñas

II

En los casos en que puede practicarse la colecistectomía subserosa, ¿qué ventajas tiene este procedimiento sobre los demás?

Avelino Gutiérrez

III

Comparación entre colecistectomía y colecistostomía. Sus respectivas indicaciones.

Luis A. Tamini

