

TRABAJOS ORIGINALES

Cirugía de las vías biliares en Antioquia,

por el doctor GIL J. GIL (de Medellín).

Al eminente cirujano doctor Juan B. Montoya y Flórez, muy respetuosamente—G. J. GIL.

Resumimos en el presente trabajo las observaciones que hemos podido recoger sobre casos de litiasis biliar tratados quirúrgicamente. La mayor parte de ellos pertenecen a la Clínica quirúrgica del Hospital de Medellín, donde trabajamos desde hace cerca de ocho años, en asocio de los doctores Montoya y Castro; unos pocos son de nuestra práctica civil, y los demás los debemos a la galantería de los colegas doctores Maldonado, Montoya, Calle, Castro, E. Quevedo y Tobón. Alrededor de tema tan importante nos hemos permitido analizar, en la forma más concisa, las indicaciones operatorias, y extendernos en algunas consideraciones sobre puntos de interés para el diagnóstico.

La litiasis biliar es indudablemente una de las entidades patológicas más comunes entre nosotros, pero nuestros clínicos se han preocupado más de su tratamiento médico que de la terapéutica quirúrgica. En efecto, parece que las vías biliares hubieran sido para nuestros antiguos cirujanos el *nolli me tangere*. Consultando la literatura médica del siglo pasado, no hemos podido encontrar

ningún dato sobre este tema, a pesar de que la historia de la cirugía antioqueña se remonta bastante a los principios del siglo XIX, y contiene intervenciones atrevidas y de indiscutible mérito quirúrgico. Para no citar sino unos pocos casos, recordemos la primera operación cesárea practicada con buen éxito para la madre y el niño, en 1844, por el doctor José Ignacio Quevedo; la primera ovariectomía con pedículo extraperitoneal, practicada en 1887 por los doctores Ramón y Francisco Arango; la primera ovariectomía con pedículo intraperitoneal, practicada en 1888 por los doctores Julio Restrepo A. y Vespasiano Peláez; la primera histerectomía abdominal para fibroma, practicada en 1889 por el doctor Tomás Quevedo Restrepo, y la primera trepanación (1893), practicada por el mismo doctor Quevedo y el doctor Juan B. Londoño. En verdad, sería tema de gran interés, aunque resultaría bastante largo, el estudio del desarrollo de la cirugía en Antioquia, y la enumeración de las intervenciones de alta cirugía ejecutadas en las épocas prelisteriana y listeriana por una pléyade de médicos eminentes por su ciencia y notables por su habilidad.

En 1899 (veinte años después de que Keen y Lawson Tait hicieron sus primeras colecistostomías) practicó el doctor José Vicente Maldonado, por primera vez en Antioquia, la misma operación. A pesar del progreso que hemos hecho en asuntos quirúrgicos en las últimas décadas, sólo en la práctica hospitalaria se encuentra un campo relativamente amplio para operar sin muchos in-

convenientes y tropiezos. Algunos médicos de nota tienen todavía aversión a la cirugía, y la clientela casi en lo general no la acepta sino como último recurso. Esta cirugía *in extremis* no puede ser más anticientífica ni más inconveniente; la mortalidad tiene necesariamente que ser muy alta, y los fracasos son imputados a la intervención con manifiesta injusticia. Toca a los médicos educar a la clientela y hacerle modificar la opinión que generalmente tiene de la cirugía en general. Poco a poco irá variando el concepto sombrío que el público tiene sobre la mayor parte de las intervenciones, si los médicos nos proponemos hacerle comprender que la cirugía precoz, con indicaciones precisas y en manos de individuos competentes, da resultados no sólo satisfactorios sino brillantes. El ideal en materia de litiasis biliar sería operar en los primeros ataques y considerar esta entidad patológica como netamente quirúrgica, exactamente como pasa con la apendicitis.

OBSERVACIONES

1ª N. N. Historia de cólicos hepáticos. Operada en el hospital para una lesión del aparato genital, sufrió durante la convalecencia una crisis de cólicos. Se le practicó una colecistostomía. Extracción de un gran número de cálculos. Primera operación sobre las vías biliares en Antioquia. Curación (doctor Maldonado).

2ª E. E. de M. Historia anterior de cólicos. Colecistostomía practicada en *El Poblado*. Vesí-

cula retraída sobre cálculos, de los cuales se extrajeron tres bastante grandes. Fue un poco difícil la fijación de la vesícula, pero el drenaje quedó bastante bien establecido. En los primeros días salieron muchas arenillas. Esta señora, operada en 1900, vive todavía y no ha vuelto a sufrir cólicos. Curación, (Doctor Montoya y Flórez).

3ª M. C. Veinticinco años. Historia de cólicos hepáticos. En el último cólico tuvo manifestaciones de infección grave. Intervención de urgencia. Empiema de la vesícula. Colecistostomía. La infección siguió su curso, y murió al octavo día con fenómenos de ictericia grave. (Doctor Montoya y Flórez).

4ª N. Cuarenta y cinco años. Historia de cólicos desde ocho años atrás. Estos asumieron forma de crisis subintrantes, sin que fuera posible darle alguna calma por un lapso bastante largo. Ni ictericia ni acolia. Se propuso la intervención, la que fue aceptada con gusto. Ocurría esto en un pueblo de Antioquia, y el cloroformo hubo de confiársele a una persona sin conocimientos en la materia. Vesícula llena de gruesos cálculos, comprimidos los unos contra los otros. Se extrajeron 32, algunos del cístico. Colecistostomía. Operación bastante larga. La enferma quedó en estado de *shock*, del cual fue imposible sacarla por los medios habituales; anuria completa desde la intervención. Muerte al tercer día. (Doctor Calle).

5. N. de Prado. Historia anterior de cólicos.

Colecistostomía; extracción de número considerable de cálculos. Curación. (Doctor Maldonado).

6. P. T. V. veintidós años. Cólicos hepáticos desde los cinco años, los cuales le empezaron después del sarampión. Ultimamente se han hecho muy frecuentes. Colecistostomía. De la vesícula y del cístico fueron extraídos ocho cálculos grandes. Curación. (Doctor Montoya y Flórez).

7. X. V. cuarenta años. Historia de cólicos hepáticos; ictericia crónica con variaciones de intensidad desde hace varios meses; hipertrofia del hígado, que fue tomada por tumor por el médico tratante. Colecistostomía; extracción de más de veinte cálculos de la vesícula, el cístico y unos del colédoco por expresión hacia la primera. Rápida mejoría. Curación. (Doctor Montoya y Flórez).

8. P. G. cuarenta años. Madre de varios hijos. Desde el primer embarazo empezó a sufrir cólicos hepáticos. Aunque más frecuentes durante los embarazos y puerperios, han aparecido también en todo tiempo. Su último niño tiene diez años, y en este período las crisis se presentan cada dos o tres meses. En varias ocasiones la atendimos, y repetidas veces propusimos una intervención, que fue siempre rechazada. En 1908 hubo una serie de cólicos casi continuos por cerca de un mes; en una ocasión el dolor no cedió a repetidas inyecciones de morfina, y nos vimos en el caso de calmarla con inhalaciones de cloroformo. Durante esta crisis hubo ictericia que desaparecía de un día para otro; vesícula distendida y muy sensible a la palpación; accesos febriles intermitentes que se presentaban

a intervalos irregulares. Volvimos a proponer la intervención, pero no logramos convencer a la enferma. Pocos días después la fiebre se convirtió en remitente con grandes exacerbaciones cotidianas; la vesícula aumentaba en volumen progresivamente; había gran sensibilidad en toda la región vesicular y defensa muscular; el hígado, ligeramente hipertrofiado. El estado de la enferma nos alarmó, y expresámos claramente a la familia que para salvarla era preciso practicar cuanto antes una operación de urgencia, pues conceptuámos que se trataba ya de una seria infección de las vías biliares. El lamentado doctor Ochoa fue de la misma opinión, y la enferma accedió. Incisión en el borde derecho del recto; al llegar a la hoja posterior de la aponeurosis de este músculo, abrimos una gran colección de pus y bilis, y extrajimos unos diez cálculos de distintos tamaños, entre ellos uno del tamaño de una moneda de cinco pesos; explorando con el dedo pudimos apreciar que la vesícula estaba perfectamente adherida al peritoneo parietal, y de su interior sacámos algunos cálculos más. Drenaje. Los primeros días la supuración fue abundante; el drenaje de bilis quedó establecido un poco más tarde, y quedó algún tiempo después de retirar el tubo. Mejoría rápida. En los ocho años siguientes, cada cuatro o seis meses se entreabría un pequeño orificio en el lugar de la fístula, y arrojaba por allí una pequeña cantidad de mucus. En este tiempo los cólicos han vuelto unas cuatro veces, pero de muy mediana intensidad. (Personal).

Este caso ilustra una forma feliz de terminación de las infecciones de la vesícula y también dos de los tres tipos de elevaciones térmicas que pueden presentarse en la litiasis:

1º La fiebre hepatalgíca de Charcot o intermitente hepática, llamada también «fiebre de los campanarios» por las elevaciones bruscas que hace un trazado de la temperatura, la cual es debida a la absorción de productos infecciosos; Moynihan la considera patognomónica de la calculosis biliar.

2º La fiebre hepato-tóxica, remitente, con grandes exacerbaciones, y que significa una grave infección que compromete seriamente la vida del enfermo, como empiema vesicular, angiocolitis, etc.

3º El tercer tipo febril lo forman series de accesos intermitentes producidos por absorción de bilis en casos de ictericia crónica; lo hemos podido observar en algunos de los enfermos cuya historia presentaremos más adelante. El primero y el último tipo semejan accesos palúdicos irregulares, y generalmente no tienen significación grave para el pronóstico.

9. N. N. cincuenta años. Historia de largo tiempo de cólicos hepáticos perfectamente caracterizados. Ultimamente se han vuelto muy frecuentes y vienen acompañados de calofrío, fiebre y sudor profuso. Vesícula dolorosa, exageradamente sensible a la presión, puede ser delimitada al tacto. Resistencia muscular. Colectostomía: vesícula dilatada, llena de bilis espesa; se extrajeron de diez a doce cálculos de varios tamaños. La herida no

sanó por primera intención, y el proceso curativo fue largo; la fístula persistió bastante tiempo. Curación. (Doctores Tomás Quevedo Alvarez y J. Tobón). Esta observación, que debo a galantería del doctor Tobón, termina con la siguiente nota:

«De las pocas observaciones que tengo sobre infecciones biliares he sacado en consecuencia lo muy ingratas que son las intervenciones, casi seguramente por lo tardías, cuando la infección se ha extendido mucho y está herida de muerte la célula hepática.»

10. N. N. treinta y cinco años. seis años de historia hepática. Un día después de bañarse sintió malestar general, *borrachera*, vómito y eructaciones ácidas; al día siguiente notó que estaba un poco ictérica; tuvo fiebre por tres días. No sintió ningún dolor, y mejoró con un purgante y una poción con ipeca. Dos meses después, en el principio de un embarazo, le reapareció la ictericia con los mismos síntomas, pero sin dolor; ocasionalmente sentía *fatiga*, sensación de vacío y vértigo; la ictericia continuó con variaciones de intensidad. Aborto a los cinco meses; hemorragia e infección que fue dominada rápidamente. Desde entonces—cinco y medio años—tiene ictericia más o menos intensa. Estado general, apenas regular: tiene períodos de relativa calma alternados con cortos períodos febriles, acompañados de calofrío y sudor, malestar general, fatiga, peso en el epigastrio, diarreas fulminantes e inmotivadas, acolia la mayor parte del tiempo, pero en ocasiones las deposiciones son biliosas; el prurito es insoportable; la orina es de color

casi negro; malísimo apetito; enflaquecimiento notable. Ha tenido cinco abortos en este tiempo. Aunque ha estado en tratamiento bajo la dirección de muchos médicos sucesivamente, no ha tenido la menor mejoría, y los facultativos no han estado de acuerdo respecto al diagnóstico de la enfermedad.

Al examen presenta: enferma enflaquecida y debilitada; coloración verde aceituna, más marcada en las conjuntivas y demás mucosas; xantelasmas y telangiectasis en los párpados, orejas, codos, rodillas y pies; en las extremidades las manchas han tomado el aspecto de carate. Hígado enorme, baja hasta el nivel de la cresta ilíaca; superficie tersa, resistente y regular. Vesícula no puede ser delimitada. Bazo hipertrofiado. Los demás signos de ictericia crónica por obstrucción. Depositiones alvinas. Orinas biliosas, no contienen albúmina ni azúcar.

Caso por demás interesante, y cuya historia ya habíamos publicado en los *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, excusa el que nos permitamos extendernos un poco sobre el diagnóstico diferencial, haciendo antes algunas consideraciones generales para hacer claro el análisis. Las primeras manifestaciones de la litiasis biliar, las más constantes y las más persistentes, son las que el enfermo refiere a indigestión: sensación de peso y de llenura, ardor en la región epigástrica, eructaciones ácidas, y si hay dolor, vómito que da alivio. Estos síntomas se presentan generalmente por la noche; no tienen relación con la ingestión

de alimentos y pasan comúnmente por simples indigestiones. Con una vesícula relativamente sana, y no habiendo complicaciones ni cólicos, la litiasis no da más síntomas que los enumerados, y el diagnóstico de la verdadera causa pasa inadvertido. Tanto es esto así, que hay autores como Tice, que en una de las clínicas médicas de Chicago, dice:

«Un enfermo que se queja de la llamada *dispepsia* o indigestión y malestar después de las comidas, lo cual persiste por largo tiempo y no es modificado por tratamiento dietético, debe ser considerado como un caso probable de litiasis biliar.»

Esa sensación vaga depresiva y maléante que nuestro pueblo ha dado en llamar *fatiga*, no es en muchas ocasiones sino un cólico hepático frustrado.

El elemento *dolor* puede presentar varios caracteres: ya es una vaga y punzante sensación de compresión o peso en la región vesicular, más o menos constante, intensificada en ocasiones por la ingestión de alimentos, ya es el cólico con las irradiaciones que describen los clásicos, las cuales también faltan con frecuencia. Pero lo importante es recordar que el dolor puede ser reemplazado por fatiga, vértigo, desfallecimiento, calofríos, calambres estomacales, perturbaciones intestinales, síntomas que llaman la atención a otros órganos y que despistan el diagnóstico, si no se eliminan cuidadosamente otras entidades patológicas. Estos *síntomas satélites* de Dieulafoy dan

en muchos casos oscuros la clave del diagnóstico correcto.

Fuéra de la ictericia fugaz que acompaña frecuentemente el paso de un cálculo, este síntoma falta en la mayoría de los casos de litiasis; para los hermanos Mayo la «ictericia no interviene para nada en el diagnóstico, y cuando existe indica una complicación.» La ictericia persistente es producida por obstrucción parcial, rara vez completa, del colédoco. Sobre el síntoma *ictericia* creemos que se puedan aceptar las siguientes conclusiones:

1ª Cálculos en la vesícula o en el cístico no pueden producir ictericia.

2ª Ictericia que aparece con el cólico o un poco después, que desaparece totalmente y no retorna sino con otro cólico, significa el paso de un cálculo.

3ª Ictericia persistente, pero de variable intensidad; más profunda durante el cólico; que desaparece parcialmente para luego acentuarse más al volver el dolor, significa obstrucción del colédoco por cálculo que hace de válvula. La acolia es naturalmente reemplazada intermitentemente por deposiciones biliosas.

4ª Ictericia persistente, cada día más profunda y que está acompañada de cólicos, significa obstrucción completa del colédoco por cálculo enclavado.

5ª Ictericia persistente, sin historia de crisis dolorosas ni síntomas satélites, y que no está acompañada de cólico franco o frustrado, significa compresión del colédoco, más comúnmente por tumor de la cabeza del páncreas.

En el tercero y cuarto casos el hígado está generalmente hipertrofiado y la vesícula contraída; en el quinto, la vesícula está habitualmente dilatada y el hígado no se hipertrofia.

Respecto de la vesícula podemos formular las siguientes conclusiones:

1ª En la obstrucción del canal cístico la vesícula se distiende, la bilis que contiene es reabsorbida y la inflamación aumenta la cantidad de mucus; hay tumefacción externa fácil de apreciar; sensibilidad a la palpación: no hay ictericia ni hipertrofia del hígado.

2ª Si hay infección grave, su contenido se convierte en purulento; la dilatación y el tumor externo aumentan progresivamente; hay gran sensibilidad, resistencia muscular y fiebre hepatotóxica.

3ª En la obstrucción parcial o completa del colédoco, *estando la vesícula sana* y el cístico permeable, el hígado aumenta de volumen y la vesícula se distiende, algunas veces hasta formar un tumor enorme que baja hasta la cresta iliaca. Pero en la gran mayoría de los casos—un 80 por 100 al menos—la vesícula ha sido previamente el sitio de una inflamación crónica, y por esta razón es lo común encontrarla pequeña, retraída, en los casos de obstrucción calculosa.

4ª Ley de Courvoisier, confirmada por Terrier: con síntomas de obstrucción del colédoco la vesícula aparece contraída en 80 por 100 de casos de litiasis biliar y dilatada en 90 por 100 de casos de compresión o por tumor.

Todas las conclusiones anteriores pueden ser de grande utilidad para el diagnóstico diferencial, pero conviene siempre tener en cuenta que las excepciones son más que frecuentes, y Dieulafoy trae en su Patología y en sus Clínicas ejemplos magistrales de casos en que ha primado la excepción.

Volviendo al caso que veníamos estudiando, encontramos que el cuadro nosológico corresponde hasta cierto punto a la cirrosis de Hanot: datos negativos de cólicos bien caracterizados, edad, curso de la enfermedad, hipertrofia del hígado y del bazo, ausencia de ascitis y de circulación suplementaria; pero, las variaciones de intensidad de la ictericia, y sobretudo la acolia obligan a eliminar aquella enfermedad. En la cirrosis de Hanot las deposiciones son *biliosas*, puesto que el paso de bilis al intestino no se interrumpe.

Los accesos febriles son debidos indudablemente a reabsorciones de bilis, no a infección de las vías biliares.

La falta de la dilatación de la vesícula y de hemorragias intestinales, la ausencia de glicosuria (signo desde luego incierto), con hipertrofia del hígado, hacen descartar una compresión externa por tumor de la cabeza del páncreas o de la ampolla de Vater. El examen de la enferma excluye la presencia de un tumor en otra parte, y aunque hay enflaquecimiento, éste también existe en la calculosi biliar, y en ocasiones llega hasta la caquexia. La hipertrofia del hígado no ha alterado los contornos del órgano, y su superficie es tersa y

regular: luégo no parece probable que el aumento de volumen sea debido a neoplasma.

Por el proceso anterior de eliminación creímos que el doctor Montoya estaba en lo cierto al hacer el diagnóstico de litiasis biliar con obstrucción del colédoco y en proponer la intervención adecuada. Las crisis de fatiga, vómito y malestar general, acompañadas de fiebre, las tomamos por síntomas satélites que reemplazaban el cólico típico. La operación confirmó plenamente esta opinión: la vesícula, llena de cálculos, estaba contraída, excesivamente pequeña y deformada; se extrajeron varios cálculos de la vesícula, el cístico y el colédoco por expresión hacia la primera; el canal quedó libre, como fue demostrado por el paso de una bujía olivar de goma. Colecistostomía. No pudiendo traer la vesícula a la pared, se fijó a tubo de drenaje por medio de una jareta de catgut, dejando una gasa por debajo de aquél para protección de la cavidad abdominal, caso de que hubiera filtración de bilis. La mejoría fue rápida. Tres meses después la ictericia había desaparecido; la señora se sentía perfectamente bien y había ganado bastante peso. Seis meses más tarde sin embargo, los síntomas volvieron a aparecer, lo mismo que la ictericia, aunque no tan intensa. Se le aconsejó una segunda intervención, pero no fue aceptada. (Doctores Montoya, Castro y Gil).

Las reincidencias ocurren:

1ª Por la conservación de una vesícula afectada y con lesiones patológicas muy avanzadas, la cual sirve otra vez de receptáculo a la bili, con repetición del proceso de formación de cálculos.

2ª Más frecuentemente por la formación de adherencias.

De manera que las reincidencias pueden ser evitadas: cuando la vesícula está pequeña, adherida, contraída y la mucosa ulcerada, no tiene objeto su conservación, y debe ser extirpada si el estado del paciente lo permite; las adherencias se evitan teniendo el más riguroso cuidado en la técnica: asepsia absoluta, delicadeza en las manipulaciones a fin de obtener el menor traumatismo de los órganos, y especial atención para que la peritonización sea perfecta. En los casos de drenaje con gasa se recomienda interponer entre ésta y la superficie peritoneal una tela delgada de goma o caucho fácilmente esterilizable. Hay que tener en cuenta el hecho de que hay algunas personas que tienen una tendencia a formar adherencias, a pesar de los más estrictos cuidados, mientras que en otras esta tendencia existe en menor grado; en general, la formación de adherencias está en relación con los poderes de defensa del organismo. En el caso que hemos estudiado creemos que la reincidencia hubiera podido ser evitada con la colecistectomía.

11. M. casada, treinta y cinco años. Historia de cólicos hepáticos. En una crisis de éstos con ictericia persistente por obstrucción del colédoco, se desarrollaron síntomas de infección general. Diagnosticado un empiema de la vesícula biliar, se procedió a operarla. Colecistostomía: absceso, extracción de cálculos de la vesícula y del colédoco; drenaje. Los síntomas de infección continuaron, y la

enferma murió a los cuatro días. (Doctor Tomás Quevedo Alvarez).

12. C., de Caldas, cincuenta años. Historia de intenso dolor epigástrico por varios años, hipertrofia del hígado, ictericia moderada, acolia ocasionalmente. El médico tratante diagnosticó cáncer del hígado. Colecistostomía. Extracción de más de sesenta cálculos de la vesícula y del cístico, y, por expresión, del colédoco. Vesícula pequeña y retraída. Curación por varios meses; después volvió el dolor, pero el enfermo no quiso aceptar otra intervención. (Doctor Montoya y Flórez).

13. M. diez y nueve años. Historia de cólicos hepáticos desde hace dos años. Hace dos meses sufre una crisis de cólicos subintrantes; tratada homeopáticamente, no obtuvo ninguna mejoría. La vimos en asocio del doctor B. Ochoa: enferma enflaquecida y muy agotada; ligera ictericia; fiebre alta, remitente, con grandes exacerbaciones diarias precedidas de calofrío; hígado hipertrofiado; tumor palpable en la región vesicular, resistencia muscular y gran sensibilidad; pulso rápido y pequeño. Estado general, malo. Celiotomía. Encontrámos absceso en el sitio de la vesícula y restos de ésta gangrenados; adherencias peritoneales alrededor del foco. Drenaje con tubo y gasa. Continuó una fístula biliar por dos meses; por allí arrojó varios cálculos pequeños. Sufrió después un cólico fuerte, y luego desaparecieron totalmente. Curación. (Doctores Ochoa y Gil).

14., C. R., de cuarenta y cinco años. Historia de cólicos hepáticos. Larga crisis de éstos con ic-

tericia pasajera y dilatación de la vesícula; fiebre intermitente. Colecistostomía. Extracción de gran número de cálculos. Mejoría rápida. Después de cerrada la fístula tuvo un fuerte dolor; la herida se entreabrió y arrojó por ella una lombriz. Curación. (Doctores Castro y Jaramillo.)

15. S. O., cuarenta años. Cólicos hepáticos con ictericia desde hace ocho meses; los dolores son intensísimos y no dejan al enfermo un momento de reposo; hipertrofia del hígado; la vesícula parece dilatada; ictericia profunda con variaciones de intensidad; deposiciones alvinas, pero en ocasiones son biliosas. Colecistostomía; extracción de cálculos de la vesícula, del cístico y del colédoco; bilis sumamente espesa; por medio de una bujía de goma pudimos cerciorarnos de la permeabilidad del colédoco. Mejoría notable después de la operación: los dolores calmaron por completo, la ictericia comenzó a desaparecer; deposiciones biliosas. El enfermo, muy complacido del resultado, se consideraba curado; pero al octavo día se permitió hacer un esfuerzo bastante grande, y a poco notó que el vendaje estaba manchado de sangre; examinada la herida, se encontró completamente cicatrizada, pero por los lados del tubo, que estaba obstruido, por un coágulo, se notaba una filtración lenta y constante de sangre. Se quitó el tubo, se hizo la curación introduciendo gasa en la fístula de manera que se hacía compresión, se aplicó ergotina en inyección hipodérmica y se propinó una poción con cloruro de calcio. Al día siguiente la hemorragia continuaba; pulso un poco rápido; el enfer-

mo muy inquieto; resolvimos después de consultar con otros colegas, abrir la herida y buscar la causa de la hemorragia, pero no encontramos sino una filtración gota a gota, y taponámos fuertemente; aplicámos suero gelatinado, suero fisiológico, inyecciones estimulantes. El enfermo continuó perdiendo sangre lentamente, y murió al tercer día después del accidente. (Personal).

Las hemorragias en los ictericos asumen forma muy grave y es preciso tratar de evitarlas. Si es posible, es mejor diferir un poco la operación mientras la ictericia desaparece; si el caso no autoriza la espera, se debe investigar el tiempo de coagulación de la sangre y tomar las medidas necesarias, a fin de que el poder coagulante se acerque al normal. En general, no debe operarse sino cuando el T. C. no exceda de dos minutos. Como preventivos de la hemorragia deben usarse las sales de calcio (cloruro o lactato) y la coagulosa, droga que hemos usado con buen resultado. Si a pesar de todo, la hemorragia se presenta, puede usarse, fuéa de los medios aconsejados generalmente, la transfusión de sangre.

16. M. A. O., cuarenta y cinco años. Larga historia de dolores en el epigastrio, que fueron atribuidos a úlcera del estómago, úlcera del duodeno, apendicitis crónica, litiasis biliar y hasta hubo quien pensase en un tumor. Síntomas vagos de indigestión; dolor intenso, fijo en el epigastrio, sin radiaciones, sin relación con la ingestión de alimentos, casi constante. Jamás tuvo ictericia ni cólico clásico. Estado general, muy bueno. Examen

físico, absolutamente negativo. Muchos médicos lo vieron y algunos le aconsejaron hacerse operar, pero el enfermo no llegó a decidirse en vista de la diversidad de diagnósticos. Examen al rayo X, negativo. Una noche fue acometido súbitamente por un dolor intensísimo en la región vesicular con irradiación a la espalda. El dolor no calmó con repetidas inyecciones de morfina. Estado general, bueno; pulso, 70, regular, fuerte; ni náuseas, ni vómito; dolor a la presión en el cuadrante superior derecho; el resto del abdomen, depresible y no doloroso. Al día siguiente el mismo dolor, pero menos intenso. En vista de no haber ningún signo alarmante se resolvió esperar. A las treinta y seis horas ligero timpanismo; no han vuelto a pasar gases ni materias fecales; sensibilidad a la presión, más extendida. El pulso no se ha modificado ni ha habido vómito. Se decide una celiotomía exploradora inmediatamente; vesícula rota en el cuello, derrame de bilis espesa en el peritoneo, exudados fibrinosos, adherencias perivesiculares. Apéndice inflamado y adherido. Colectostomía. Drenaje con tubo y gasa al nivel de la sutura. Apendicectomía. Los tres primeros días el enfermo estuvo bien, pero al cuarto aparecieron síntomas de peritonitis, y la muerte sobrevino al quinto. (Doctores Montoya y Gil).

Este caso ilustra los puntos siguientes:

1.º Las lesiones del aparato biliar pueden dar los síntomas de dispepsia crónica solamente.

2.º Cólicos hepáticos y signos de litiasis biliar pueden existir sin la presencia de cálculos: en pri-

mer lugar, las concreciones biliares varían desde el lodo y la arenilla hasta los cálculos más voluminosos, y en segundo lugar, las adherencias perivesiculares hacen variar la dirección de la vesícula produciendo un estancamiento temporal de la bilis, y su expulsión produce cólicos tan violentos como los de un cálculo enclavado.

3.º La asociación de la litiasis y la apendicitis es bastante común.

4.º Es sorprendente el buen estado general que en algunos organismos es compatible con gravísimas lesiones peritoneales.

5.º El rayo X no demuestra la presencia de cálculos sino cuando tienen núcleo o corteza de sales de calcio; la colessterina deja pasar los rayos, y por consiguiente los cálculos formados por ella son invisibles.

6.º En casos oscuros en que es imposible llegar a un diagnóstico preciso, sobre todo entre litiasis biliar, úlcera del estómago y apendicitis, debe dársele al enfermo el beneficio de una celiotomía exploradora, proceder lógico, dado que todas estas entidades patológicas son netamente quirúrgicas.

17. L., madre de varios hijos. Hace dos años la tratamos para infección puerperal, y fue operada dos veces para un enorme absceso del ligamento ancho. Ha sufrido de cólicos hepáticos. Algún tiempo después de las operaciones mencionadas sufrió una crisis de cólicos intensos, subintrantes, que no se calmaban sino con grandes dosis de morfina. Colecistostomía. Vesícula contraída sobre gran cantidad de cálculos. Alivio

por pocos meses. Los cólicos han vuelto y no dan a la enferma un momento de tregua. Esta situación continúa. (Doctores Maldonado, Castro y Arango).

18. M. R., sirvienta, veinticinco años. Hace diez años sufre cólicos hepáticos. La presente crisis empezó hace tres semanas. Dolor intenso espontáneo, con irradiaciones al hombro derecho; sensibilidad a la presión; hígado normal; vesícula no palpable. Colecistostomía. Extracción de varios cálculos. Cístico y colédoco permeables. Curación. (Doctores Montoya, Gil y Castro).

19. M. J. M., treinta y cinco años, sirvienta. Prácticamente la misma historia anterior. Colecistostomía. Curación. (Doctores Montoya, Castro y Gil).

20. S. E., veinticinco años. Historia de litiasis biliar. Llegó al Hospital con cólico intenso, ictericia profunda, vesícula palpable, resistencia muscular y empastamiento sobre el recto derecho; fiebre alta, remitente; pulso frecuente y pequeño; lengua saburral; estado general, malo. Observada durante dos días, se diagnosticó infección grave de las vías biliares con empiema vesicular. Operación de urgencia. Colecistostomía. Vesícula distendida por pus, bilis y varios cálculos. A pesar del drenaje, la infección siguió su curso y la enferma murió al tercer día. (Doctores Gil y Castro).

21. M. I. S., treinta años. Historia de litiasis biliar. Llegó al Hospital con ictericia profunda y síntomas de empiema vesicular. Colecistostomía. Mejoría lenta al principio, pero luego se presen-

taron fenómenos de ictericia grave y murió a los diez y seis días. Doctores Montoya, Gil y Castro.

22. B. S., veinticinco años. Historia de cólicos por varios años. Hipertrofia del hígado, vesícula no palpable. Colectostomía. Curación. Dos cólicos reaparecieron varios meses después. (Doctores Montoya, Castro y Gil).

23. S. T., cincuenta años. Historia anterior de cólicos y fenómenos dispépticos. Súbitamente fue acometida por un dolor intensísimo en la región vesicular. Conducida al Hospital cuatro días después de empezar el dolor, su estado era muy grave: pulso rápido y pequeño; temperatura alta; vómito continuo; resistencia muscular y gran sensibilidad en todo el abdomen; timpanismo. Operada inmediatamente, se encontró la vesícula rota, derrame de bilis en el peritoneo, peritonitis generalizada, adherencias múltiples y falsas membranas. Muerte al segundo día. (Doctores Castro y Gil).

24. M. R., cuarenta y tres años. Colelitiasis. Colectostomía. Curación. (Doctores Montoya, Castro y Gil).

25. R. B., cincuenta años. Colelitiasis. Colectostomía. Curación. (Doctores Montoya, Gil y Castro).

26. A. J. P., cincuenta y siete años. Colelitiasis. Cólicos frecuentes; actualmente tiene ictericia, fiebre intermitente; vesícula no palpable; hígado hipertrofiado. Colectostomía. Vesícula retraída, excesivamente friable; extracción de cálculos de la vesícula y del colédoco. En la imposibilidad de

fijar la vesícula a la pared, se fijó el tubo, se hizo un puente de epiplón, y entre éste y la vesícula se drenó con gasa. El enfermo se levantó al segundo día y anduvo aproximadamente una cuadra; a pesar de la vigilancia, repitió la levantada al cuarto día.

Debido a esto se desarrolló una peritonitis que mató al enfermo rápidamente. (Doctores Montoya, Gil y Castro).

27. P. H., cuarenta años. Historia clara de litiasis biliar. Hace mes y medio tuvo un fuerte cólico; calmado espontáneamente, no ha vuelto a aparecer, pero ha continuado con subictericia, calofrío, fiebre y sudor todos los días, y aumento progresivo de la vesícula. Colectostomía. Convalecencia delicada y larga. Curación. (Doctores Maldonado, Arango y Tobón C.).

28. E. C., cincuenta años. Colelitiasis. Colectostomía. Curación. (Doctores Montoya, Castro y Gil).

29. N. N., veinticinco años. Ha sufrido por varios años cólicos hepáticos acompañados de fiebre y moderada ictericia. Ahora está en período de calma. Colectostomía. Extracción de gran número de cálculos. Vesícula, relativamente sana; se drenó con sonda de Pezzer, a la cual se adaptó, por medio de un tubo de vidrio, un largo tubo de caucho que terminaba en un frasco con una pequeña cantidad de solución de oxicianuro de mercurio al 1 por 1,000. A los ocho días se retiró el drenaje. Convalecencia rápida. Curación. (Doctores Montoya, Gil y Castro).

30. A. B., veintitrés años, soltera; un hijo. Hace nueve meses sufrió una crisis de cólicos hepáticos con ictericia. Luégo estuvo bien hasta hace un mes; desde entonces sufre cólicos intensos casi diarios, con ictericia de intensidad variable, deposiciones unas veces acólicas y otras biliosas; orina biliosa. Ha habido fiebre intermitente con calofrío y sudor; no ha tenido hemorragias. Dolor a la palpación en la región vesicular, signo de Murphy positivo. Diagnóstico: coledocistitis, obstrucción parcial del colédoco por cálculo en la válvula. Operación: incisión de Kehr; adherencias pericolecísticas; vesícula de tamaño normal; paredes engrosadas; mucosa relativamente sana, llena de bilis y sin cálculos; al nivel del cístico, dos ganglios linfáticos; cálculo del tamaño de una fruta de papaya, y muy semejante a ésta, en la ampolla de Vater; abierto el duodeno por su parte posterior, se extrajo el cálculo que estaba enclavado en divertículo; sutura intestinal. Colecistostomía, siguiendo técnica de los hermanos Mayo; duodenotomía (primera vez que se practica en Antioquia). Convalecencia rápida. Curación. (Doctores Montoya, Castro y Gil).

En treinta casos operados tenemos tres muertos, descartando por supuesto los casos de urgencia en que la situación de los pacientes en el momento de la operación era desesperada o poco menos, y cuya muerte no hay porqué imputarla a la intervención. Las tres muertes fueron causadas:

una, por hemorragia al octavo día, provocada por un esfuerzo imprudente del enfermo; otra, por insuficiencia renal (caso número 4.º), y otra, por peritonitis provocada también por imprudencia del enfermo, quien por terquedad en no usar la bacinilla panda, resolvió levantarse y caminar hasta el excusado. Luego en rigor no hay sino una muerte imputable a la operación. En los casos de urgencia los fracasos son imputables a la perniciosa costumbre de diferir las intervenciones indicadas hasta que se presenten complicaciones gravísimas, y entonces se pide al cirujano que haga milagros. Aceptado como hecho cierto el que ningún remedio puede disolver los cálculos ya formados ni forzarlos a pasar a través del cístico o del colédoco, debe aceptarse también que el tratamiento quirúrgico es el único racional. Y sentado este principio, abogamos, basados en el estudio de los casos que hemos presentado, por la intervención precoz, cuando el estado general es todavía bueno y la célula hepática está sana.

En nuestra opinión el tratamiento médico debe ser limitado a los casos siguientes:

1º Como tratamiento de prueba en los casos benignos vistos muy al principio.

2º Como paliativo en los casos que no aceptan la intervención o que tengan una contraindicación para ella.

3º Como preventivo en los casos operados, es decir, para combatir la diátesis.

A propósito haremos notar dos datos importantes en terapéutica: la idea de que el aceite de

olivas expulsa los cálculos, es errónea, y lo que se toma por tales son las masas saponificadas que se encuentran en las deposiciones después de su uso. El lavado gástrico sistemático y la alimentación rectal exclusiva son los mejores calmantes para el cólico hepático.

El tratamiento quirúrgico está indicado:

1.º En ataques de cólicos frecuentes en que el tratamiento médico ha fracasado.

2.º En casos de perturbaciones dispépticas producidas por la litiasis.

3.º En casos de dilatación de la vesícula por obstrucción del cístico.

4.º En complicaciones: empiema vesicular, angiolitiasis, ruptura de la vesícula o los canales, obstrucción intestinal, obstrucción pilórica.

5.º En casos reincidentes.

6.º En los casos de ictericia crónica por obstrucción del colédoco, con las limitaciones siguientes: siendo mucho más benigna la operación durante los períodos de calma y cuando no hay ictericia, es conveniente si no es urgente la intervención, dar un plazo *de gracia* para ver si el colédoco se desembaraza de su obstáculo. Si el cálculo no está enclavado—dice Steward,—los cólicos se repiten, señal de que las contracciones del colédoco tratan de forzarlo a pasar al duodeno; aquél gasta aproximadamente tres semanas en llegar al intestino. Si no hay dolores y la ictericia se hace cada día más intensa, el enclavamiento es completo y entonces no tiene objeto el diferir la intervención.

7.º En los casos de diagnóstico oscuro debe optarse por la celiotomía exploradora.

No entraremos a estudiar sino las operaciones más comunes: la colecistostomía únicamente se practica ocasionalmente y está indicada sólo cuando la vesícula está completamente sana; la duodenotomía y la colecistenteroanastomosis tienen indicaciones especiales; haremos notar de paso que la primera ha sido practicada con buen resultado por el doctor Montoya y Flórez para un cálculo enclavado en la ampolla de Vater, y la última la ha hecho el doctor J. V. Maldonado cuatro veces para un cáncer de las vías biliares.

Colecistostomía. Indicaciones:

1º Cuando la vesícula está relativamente sana y el cístico permeable.

2º En caso de empiema y angiocolitis, si los canales están permeables.

3º Cuando la vesícula está muy inflamada y adherente, pero el enfermo no resiste una operación más radical.

4º Para drenar asociada a coledocotomía, coledocostomía, duodenotomía.

Colecistectomía. Indicaciones:

1º Cuando la vesícula es el sitio de intensa inflamación y está adherida, contraída y la mucosa ulcerada. (Apariencia de fresa).

2º Cuando la vesícula está contraída sobre cálculos y el cístico obstruido.

3º En ciertos casos especiales para curar una fistula externa.

4º En asociación a coledocostomía o hepatocostomía cuando el drenaje es de rigor.

Los dos grandes peligros de la colecistectomía son la hemorragia de la arteria cística y la lesión del colédoco, los cuales es necesario tener muy en cuenta a fin de evitarlos con cuidado de técnica.

Coledocotomía y coledocostomía. Indicaciones:

1º Cuando el cálculo está enclavado: incisión del colédoco, extracción del cálculo, sutura con catgut en dos planos; colecistostomía para drenar.

2º Cuando la vesícula está muy contraída y adherida, cístico obstruido y cálculo enclavado en el colédoco: incisión de éste, extracción del cálculo, colecistectomía y drenaje subhepático

3º Angiocolitis supurada para drenaje subhepático.

El drenaje del colédoco tiene varias desventajas: *a*) gran pérdida de bilis, lo cual puede tener graves consecuencias en individuos debilitados y en ancianos, puesto que las sales biliares son absorbidas en el intestino, vuelven al hígado y entran nuevamente en la formación de bilis; *b*) formación de una estrechez cicatricial; *c*) escape de bilis con el consiguiente peligro de infección peritoneal.

En general, somos partidarios de la colecistostomía cuando la vesícula está relativamente sana y el cístico es permeable; pero creemos que la colecistectomía es una operación que da más garantías de curación permanente y que es preciso hacerla cuando la vesícula está muy inflamada, pe-

queña y retraída; dejar una vesícula en estas condiciones es provocar las recaídas. Para W. J. Mayo prácticamente todos los casos de colecistitis y el 80 por 100 de litiasis biliar, deben ser tratados por colecistectomía, de preferencia a la colecistostomía.

El cirujano debe hacer una selección esmerada de sus casos; el buen resultado dependerá, en primer lugar, de su maestría en técnica operatoria y de su buen criterio para tomar una resolución en presencia de las sorpresas y dificultades que encuentre; y en segundo lugar, del cuidado con que haya estudiado y seleccionado sus enfermos. Operar todo caso que llega sin atenderse a las indicaciones, no da otro resultado que el descrédito de la cirugía. No queremos decir que no se asuma la responsabilidad en los casos graves: queremos expresar nuestra honrada opinión de que el valor moral del cirujano debe servirle tanto para negarse a operar cuando no hay indicaciones precisas, como para aceptar la responsabilidad de los fracasos cuando las indicaciones han sido llenadas científicamente.

Un punto que descuidamos mucho entre nosotros es el estudio de la resistencia del enfermo, estudio que debe hacerse con el más escrupuloso cuidado en cada caso. La resistencia depende del equilibrio funcional de todos los órganos, pero especialmente del riñón y del hígado. Las perturbaciones de estos órganos pueden estar latentes y aparecer después de la acción tóxica del anestésico. Los exámenes de laboratorio son de gran

utilidad para el cirujano desde este punto de vista, y como hoy pueden hacerse fácilmente, debemos hacer en cada caso un estudio completo, con lo cual gana siempre el enfermo y obtenemos datos de importancia para decidir una intervención. La presión arterial suministra también datos que es preciso tener en cuenta: muy baja, indica un peligro por anemia cerebral, síncope cardíaco; muy alta, revela peligros mayores por embolías, insuficiencia renal, angina de pecho, etc.

Es conveniente no decir al enfermo que sufre de cálculos, porque pudiendo los fenómenos de litiasis ser producidos por lodo y arenillas biliares, adherencias, cambios de dirección de la vesícula y obstáculo para vaciar su contenido, el enfermo se considera defraudado, cuando después de la operación no se le muestra la prueba de que el diagnóstico era correcto, y aunque se cure, queda pensando que el médico sufrió una equivocación y que la curación la debe a feliz casualidad. Tampoco debemos asegurarle que la mejoría seguirá inmediatamente a la operación, porque en la litiasis, como en la apendicitis crónica, es muy común que el enfermo continúe quejándose de algunos síntomas subjetivos, por dos o tres meses, después de operado.

GIL J. GIL, M. D.

Medellín, febrero: 1916.

BIBLIOGRAFÍA

Anales de la Academia de Medicina de Medellín.

Doctor O. Toro. Tesis de doctorado. Facultad de Medellín.

Doctor Dorancé Otálvaro. Tesis de doctorado. Facultad de Medellín.

Doctor J. B. Montoya y Flórez. *Estadística de la Clínica Quirúrgica del Hospital de Medellín.*

Coffey, W. J. y C. H. Mayo, Steward, etc.: *Journal of A. M. A.*

W. J. y C. H. Mayo. *Collected Papers of Mayo Clinic.*

Kelly and Noble. *Gynecology and Abdominal Surgery.*

Dieulafoy. *Patología Interna y Clínicas del Hotel-Dieu.*

The Medical Clinics of Chicago.

The Clinics of doctor J. B. Murphy.