3010

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LITIASIS BILIAR

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
EN MEDICINA

POR

J. BONORINO CUENCA

Ex-Interno por oposición del Hospital Rawson, 95 á 98.

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE JUAN A. ALSINA, MEXICO 1422.

1898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LITIASIS BILIAR

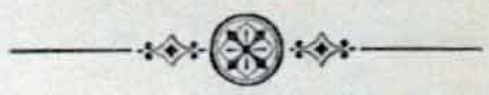
TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
EN MEDICINA

POR

J. BONORINO CUENCA

Ex-Interno por oposición del Hospital Rawson, 95 á 98.



BUENOS AIRES

IMPRENTA DE JUAN A. ALSINA, MEXICO 1422.

1898

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

Art. 162 del Reglamento.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Doctor D. Enrique E. del Arca

VICE-DECANO

Doctor D. Pedro Mallo

ACADÉMICOS TITULARES

Doctor D. Leopoldo Montes de Oca
» » José T. Baca.
» » Rafael Herrera Vegas
» » Pedro Mallo
» » Jacob de T. Pinto
» » Eufemio Uballes
» » Juan R. Fernández
» » Enrique E. del Arca
» » Pedro N. Arata
» » Manuel Blancas
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Güemes
» » Elíseo Cantón

ACADÉMICOS HONORARIOS

Doctor D. Ernesto Aberg
» » Pablo Marengo
» » Eduardo Wilde
» » Martin Spuch
» » Telémaco Susini
» » Emilio R. Coni
» » Edmundo Nocard

SECRETARIO TITULAR

Doctor D. Luis M. Acuña

PRO-SECRETARIO

Doctor D. Zenón Aguilar

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	*Catedráticos Titulares*
Anatomía descriptiva	Doctor Juan José Naón.
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce.
Histología (teórico-práctica)	» Rodolfo de Gainza.
Fisiología general y humana	» José M. Astigueta.
Higiene pública y privada	» Melitón G. del Solar.
Patología general y ejercicios clínicos	» Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma.
Patología externa	» Obdulio Hernández.
Patología interna	» José Penna.
Anatomía patológica	» Telémaco Susini.
Medicina operatoria	» Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y su Clínica	» Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y su Clínica	» Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	» Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	» José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y su Clínica	» Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	Dres. Julián Aguilar. Antonio C. Gandolfo.
Clínica Médica	» Luis Güemes. Eufemio Uballes. Gregorio N. Chaves.
Obstetricia y su Clínica	Doctor Samuel A. Molina.
Medicina legal	» Eduardo M. Pérez.
Química aplicada á la Medicina	Dres. Pedro N. Arata. Atanasio Quiroga.
Física médica	Doctor Jaime R. Costa.
Zoología médica	» Eliseo Cantón.
Toxicología	» Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatología	» Baldomero Sommer.
Laringología, otología, rinología	» Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	» Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	» J. Manuel Irizar.
Botánica médica	» Adolfo Mujica.
Obstetricia para alumnas parteras	» Juan R. Fernández.
Odontología	» Nicasio Etchepareborda.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	*Catedráticos Sustitutos*
Anatomía descriptiva	Doctor Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	» Avelino Gutiérrez.
Histología teórico-práctica	» Samuel de Madrid
Fisiología general y humana	» Pedro J. Coronado.
Higiene pública y privada	Dres. Enrique Revilla. Ricardo Schatz.
Patología general y ejercicios clínicos	Doctor Gregorio Araoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica	» Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Patología externa	Dres. Pascual Palma Daniel J. Cranwell.
Patología interna	Doctor Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	» Carlos Malbrán y J. Badía.
Medicina operatoria	» Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y su Clínica	Dres. José F. Molinari Alfredo Lagarde.
Enfermedades de niños y su Clínica	» Antonio F. Piñero. Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	» Francisco Barraza. Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	Doctor José A. Esteves y J. Semprum.
Enfermedades mentales y su Clínica	» Benjamin T. Solari.
Clínica Quirúrgica	Dres. Juan B. Justo. Alejandro Castro. Diógenes Decoud.
Clínica Médica	» Abel Ayerza. Julio Méndez. Francisco Sicardi. Ignacio Allende.
Física médica	Doctor Vacante.
Obstetricia y su Clínica	» Luis F. Vila.
Medicina legal	» F. de Veyga y D. Cavia.
Química aplicada á la Medicina	» Vacante.
Farmacia práctica	» Vacante.
Laringología, otología, rinología	» Wenceslao Tello.
Enfermedades venéreas y dermatología	» Maximiliano Aberastury.
Obstetricia para alumnas parteras	» Enrique Pietranera.
Odontología	» León Pereyra.

Señores Academicos:

Señores Profesores:

La presentación de este trabajo no tiene otro objeto que cumplir una prescripción reglamentaria. En él no encontrareis nada nuevo que añadir á los conocimientos que tenemos de esta afección. Y al haber elegido este tema, no ha sido sinó con el fin de tratar de probar que con un tratamiento adecuado, haremos que el pronóstico de esta afección se haga menos sombrío de lo que había sido hasta ahora.

Al retirarme de la escuela, debo agradecer á todos los que me ilustraron desde la cátedra; y á los señores médicos del Hospital Rawson, en donde he hecho mi internado, por los consejos de ellos recibidos. Agradecimiento que debo manifestar en particular al Dr. Luis Güemes, por el honor que me hace acompañándome en este acto.

I.

La palabra cálculos se deriva dela raíz latina *calx*, que significa cal. Celso es el primero que emplea el término de Litiasis; siendo designada por Good con el nombre de Litía; Sevediaur la denominaba Litiases; recibiendo, en fin, una serie interminable de nombres, que no hacían otra cosa que complicar la descripción de esta enfermedad; pero el nombre que ha prevalecido es el de Celso.

La Litiasis biliar fué estudiada primeramente en los animales, principalmente en el perro y en el buey, donde es muy frecuente; viene después un período, durante el cual, al hacer las autopsias de cadáveres humanos, se encontraba en la vesícula ó en los canales biliares, uno ó muchos cálculos; sin que durante la vida del sujeto se hubiera ni siquiera sospechado su existencia.

Recien á fines del siglo XVI se comienza ha describrir la Litiasis biliar, como entidad mórbida perfectamente caracterizada. Coe publica en Londres en 1757 una monografía completa sobre esta enfermedad. A esta siguen una série de trabajos, entre los cuales, llaman la atención los de Lieutaud, Hoffman y principalmente el de Morgagni, que describe con una minuciosidad sorprendente para la época, á los cálculos biliares. En la misma época J. L. Petit, sienta las primeras indicaciones de la cirujía hepática. Después del descubrimiento de la colesterina, por Chevreul, sustancia que había sido designada primero con

el nombre de adipocira por Poulletier; Foucroy y Thenar dan los primeros análisis completos de la composición química de los cálculos biliares. A estos trabajos siguen otros no menos importantes, debidos á Durante, Portal, Launders, Bouillaud, Bouisson, etc.; hacen continuación á éstos, una série de monografías que se publican á diario, y que añaden nuevos conocimientos sobre esta enfermedad.

II.

Esta enfermedad, que es considerada por Cruvellier como una de las más frecuentes de la especie humana, se observa sobre todo en la edad adulta y en la vejez, siendo curiosidades médicas los casos de litiasis infantil, citados por algunos; es más frecuente en la mujer que en el hombre, en las clases acomodadas que en las proletarias.

Se ha pretendido que esta enfermedad era más frecuente en la parte septentrional de Europa, atribuyéndose esta frecuencia á la predominancia de la alimentación con sustancias grasas, propias de esas regiones. Pero Schuppel demostró que la litiasis era bastante rara en Finlandia, país en donde era muy abundante la alimentación con sustancias grasas. Y además, las experiencias de Yankon, Thomas y Naunyn, demostraron que la cantidad de colesterina y de cal, principios constitutivos de casi todos los cálculos contenidos en la bilis, era completamente independiente de la clase de alimentación.

Durand Fardel da gran inportancia á la condición social de los sujetos. Pero Naunyn, en contraposición de éste, sostiene que después de prolijos estudios sobre este punto, ha llegado á la conclusión, que todos padecen por igual frecuencia, los pobres y los ricos, la gente del campo como la de las ciudades. Los cálculos se pueden formar en todos los puntos por donde circula la bilis, en los canales intra ó extra-hepáticos, pero el sitio donde se depositan

con mayor frecuencia es la vesícula biliar donde la bilis se estanca con facilidad.

Su número es muy variable, encontrándose toda la escala desde aquellos casos, en que no existe sinó un solo cálculo, hasta aquellos otros cuyo número es incontable. Estando en íntima relación el volúmen con el número, pudiendo observarse en los casos de cálculo único, que su tamaño puede llegar hasta el de un huevo de gallina y aun más, presentando en estos una forma piriforme; y en los casos de cálculos múltiples, su forma es poliédrica, probablemente por la compresión que sufren unos con otros.

La coloración es también muy variable, existiendo desde el color blanco hasta el pardo oscuro casi negro, toda una graduación de colores. Por lo general estos cálculos son compuestos, es decir que constan de un núcleo y de una corteza. El núcleo está compuesto por lo común, de pigmentos biliares de cal ó de células epiteliales, y en muy raras ocasiones por cuerpos extraños. La corteza está constituida casi únicamente por colesterina.

Pero no todos los cálculos presentan esta disposición, pues los hay sin núcleo, siendo en esos casos homogeneos. Todos los cálculos que se encuentran en una vesícula están constituidos de la misma manera. Estos se presentan libres en la vesícula, muy raras veces están como enclavados en las paredes, constituyendo la variedad de cálculos encastillados; estos casos han sido comprobados por Terrier, en varios casos de Colecistotomía.

Entre las causas que hacen esta enfermedad más frecuente en la mujer, tenemos en primer lugar el tipo respiratorio, que sabemos es costal superior, cosa que dificulta la circulación biliar, pues son necesarios los movimientos del diafragma para que este líquido circule

con rapidez. El embarazo obraría acentuando este tipo, y además por la compresión que ejerce el útero gravido sobre el canal coledoco.

El uso de corsés muy apretados que produce una hepatotose y como consecuencia de ésta, un acodamiento del coledoco, favorece también la formación de los colelitos.

Frederichs atribuye una gran importancia á la rareza de las comidas.

Pero sobre todas estas causas, la que me parece que tiene indudablemente una gran influencia, es la vida sedentaria, siendo ésta la causa de que esta afección sea tan frecuente entre nosotros, y especialmente entre las clases acomodadas de la sociedad.

En una palabra; todas las causas que obran haciendo difíciles ó incompletas las oxidaciones orgánicas, son potentes causas de cololitiasis; obrando así la sedentaridad, la senilidad, la mala higiene alimenticia y corporal, etc., que producirían además un estancamiento biliar por menos actividad en la secreción biliar.

Trouseau dice, que estas condiciones solas no bastan para explicar la formación de los cálculos, y dice que la Litiasis biliar se muestra frecuentemente en los estados diatésicos que forman parte del grupo de las enfermedades artríticas, gota, reumatismo crónico, arterio-cleriosis, etc.

Beneke afirma haber constatado frecuentemente la coexistencia de la arterio-esclerosis con la litiasis, pero Naunyn hace notar que en cerca del 80 % de los casos citados en las estadísticas, se trataba de individuos de más de 40 años.

Bouchard, expresándose en el mismo órden de ideas, dice que la litiasis biliar no es una enfermedad aislada,

simple consecuencia de una falta de régimen, sino que está en íntima relación con el grupo de las enfermedades artritis. Y agrega, que haciendo un estudio minucioso de los antecedentes de estos enfermos, encontraremos frecuentemente en sus ascendientes la gota, la obesidad, el reumatismo, la diabetis, el asma, etc., y sostiene también que estas enfermedades pueden agruparse ó sucederse de mil maneras diferentes, designando á esta agrupación ó sucesión con el nombre de equivalentes patoló gicos.

Sin darle la preponderancia que Trouseau y Bouchard dan al elemento diatésico en la etiología de esta enfermedad, creo que en el estado actual de nuestros conocimientos sobre ella, nos es necesario admitir una cierta predisposición para contraerla. Muy probablemente el tiempo nos hará cambiar de opinión, como lo ha hecho con otras tantas enfermedades que fueron largo tiempo consideradas como diatésicas, pero que los adelantos de la ciencia hicieron reconocer como entidades mórbidas perfectamente independientes.

Las materias que entran en la composición de los cálculos biliares, son la colesterina, bajo sus dos formas: cristalizada ó amorfa, los pigmentos biliares y la cal, habiendo en esto un hecho que debe llamar nuestra atención; pues la colesterina y la cal son las sustancias de las que existe menos cantidad en la bilis.

Sabemos que la cantidad de colesterina permanece siendo siempre la misma, cualquiera que sea la alimentación de los sujetos, eliminándose en término medio dos ó tres gramos en las veinte y cuatro horas.

Nos es necesario saber por qué medio esta colesterina se precipita para constituir los cálculos. Bouchart dice que la colesterina es mantenida en solución, gracias á la pre-

sencia en la bilis de sales alcalinas, jabones de soda y potasa; cuando la cantidad de estos últimos disminuye se produce una primera causa de precipitación; si la bilis pierde su alcalinidad, se le añade otra, sobre todo si esta se vuelve ácida. Esta acidez es la consecuencia de un exceso de ácidos orgánicos, provenientes de una producción exajerada ó de una combustión incompleta; y estas, al acidificar la bilis, no solo precipitan la colesterina, sino que además pone en libertad la cal de los tejidos, que al ser eliminados por la bilis, forma jabones de cal y sales biliares de cal igualmente insolubles. La disminución del taurocolato y glicolato de soda obrarían de la misma manera precipitando los pigmentos biliares.

Pero á esta teoría se le objeta con razón, que permaneciendo siempre constante la cantidad de colesterina, como lo ha podido comprobar Thomas en experiencias hechas sobre perros, en los que se había producido artificialmente fístulas biliares, este cambio de relación no podía ser suficiente para la precipitación de la colesterina, pues existe un exceso de sales alcalinas, jabones y materias grasas, de las que son necesarias para mantener en solución la pequeña cantidad de colesterina que existe en la bilis. Este mismo autor demostró que la introducción de cuerpos extraños y aun de cálculos biliares en la vesícula del perro, animal muy predispuesto á la cololitiosis, no bastaban para la producción de cálculos nuevos, pues después de dejar á los que se habían colocado artificialmente, un lapso de tiempo más ó menos largo, se encontraba que no habían aumentado de volúmen ni de peso. Estas experiencias echaron al suelo la teoría de Thudichun, antes muy generalmente admitida sobre la descomposición de la bilis.

Pero las ideas más generalmente admitidas hoy día,

son las de Lobstein, Bousson Meckel, que atribuyen al catarro y á la necrobiosis del epitelio de las vías biliares como las únicas causas capaces de provocar la formación de colelitos, produciéndose como consecuencia de la inflamación del epitelio, una mayor cantidad de colesterina y de sales calcáreas. Estas ideas fueron confirmadas por Posner, el que haciendo estudios histológicos sobre cortes de cálculos, constató en su estructura íntima la existencia de un estrogma orgánico ; argumento el más eficaz en favor de la géneris catarral de los cálculos biliares.

Y las de Dupré y Dujour, que sostienen que las infecciones mono ó polibacterianas, son las causas etiológicas más importantes, sobre todo la infección tífica, que puede manifestarse hasta un año después de la evolución de una fiebre tifoidea. Llegando hasta afirmar que el núcleo de los cálculos pueden estar constituidos por bacilos ó cocos. Pero estas ideas, ni aun sus propios sostenedores las admiten para todas las variedades de cálculos, pues en los cálculos homogéneos no existe núcleo.

En la série de casos que he podido observar, no me ha sido posible constatar ninguna infección anterior, ni tífica, ni de ninguna otra naturaleza, y por consiguiente, creo que no podemos admitir esta teoría. Pareciéndome mucho más aceptable la idea de Meckel de la íntima relación que existe entre la formación de los colelitos y el catarro de las vías biliares ; catarro que puede despertarse á consecuencia de la acción especial que ejerce la bilis estancada por consecuencia de una obstrucción en los conductos sobre las paredes de los mismos, ó porque este mismo estancamiento favorece la entrada en los conductos biliares de los agentes patógenos, huéspedes habituales del duodeno.

III.

Solía suceder con bastante frecuencia hasta no hace mucho tiempo, que al hacer una autopsia se encontraban en la vesícula ó canales biliares uno ó muchos cálculos, sin que se hubiera ni siquiera sospechado durante la vida del sujeto que podría tratarse de litiasis biliar. Y este hecho era atribuido, no tanto al pequeño volúmen que podía presentar los cálculos, sinó á la dilatación de los conductos biliares que se produce sobre todo en el viejo, consecutivo al repetido pasaje de cálculos; y se constató también, que estos podían hallarse hasta en los canales intrahepáticos; presentando una forma ramificada sin que hubieran determinado ningún síntoma.

Estos errores eran debidos, á que conociéndose bastante mal esta afección, no se diagnosticaba sinó en los casos que se presentaban con el sindroma clásico del cólico hepático; pasando completamente desapercibidas las formas que no tenía ese sindroma.

Pero, desde hace algunos años que se comenzó á seguir por algunos autores, principalmente por Cardarelli, casos en los que, por los errores anteriores, se sospechaba que podía tratarse de cololitiasis; se pudo comprobar que esta enfermedad se podía manifestar por otros síntomas que los del cólico hepático; síntomas mucho más difíciles

de encontrar, y que eran las causas de los errores de diagnóstico.

Las formas bajo las cuales puede presentarse esta afección son, comenzando por las que presentan síntomas menos claros, las siguientes: la forma dispéptica, la gastrálgica, la cólica y la paroxística febril.

En la forma dispéptica, el acceso está caracterizado únicamente por una sensación dolorosa localizada en el epigástrio, á veces muy poco intensa, que aparece á las cuatro, cinco ó seis horas después de las comidas, sobre todo después de la comida de la tarde, es decir, en el momento que se produce mayor actividad en la circulación bibliar; en estos casos el cálculo no emigra, sino que vuelve después que cesa la contracción vesicular á caer al fondo de la vesícula, en los casos que habia sido movido de su sitio.

En la segunda forma, es decir, en la gastrálgica, los accesos aparecen también cuatro, cinco ó seis horas después de las comidas, pero con caractéres mucho más intensos; y está representado por un dolor fuertísimo localizado en el hipocondrio derecho, teniendo un punto más sensible sobre el apéndice xifoides, que puede ser acompañado de náuseas y aún vómitos; estos dolores indican el pasaje de los cálculos á través de los conductos biliares ya para caer en el duodeno ó para volver á la vesícula, siendo esto último lo que sucede con mayor frecuencia; esta es la causa de que no se observe icteria después de estos ataques.

En la tercera forma, que es la más frecuente, la única conocida por los médicos hasta no hace muchos años, y la más fácil de diagnosticar, está caracterizada por la aparición de una manera brusca de un dolor intensísimo irradiado á todo el abdómen; pero pudiendo encontrarse

cuando se buscan con cuidado puntos en que tiene una agudeza extrema; siendo estos puntos cuando se encuentran, los siguientes: el cístico que se encuentra á dos ó tres centímetros hácia la derecha y abajo del apéndice xifoides; el epigástrico, se puede constatar también un punto excapular situado sobre el ángulo inferior de la excapula derecha; algunos autores llegan á añadir á estos tres puntos otro mucho más raro y que sería el hipocondriaco izquierdo, que estaría situado á diez ó doce centímetros hácia afuera y á la izquierda del apéndice xifoides. Estos accesos son más ó menos duraderos desde aquellos que no duran sino pocas horas hasta los que duran varios días; después de estos accesos aparece por lo general ictericia, la que es debida al encajamiento de un cálculo en el conducto coledoco, efectuándose este encajamiento por lo general, en el lugar donde éste conducto desemboca en el duodeno que es el lugar más estrechado de su calibre.

A veces esta forma se asocia á la aparición de una temperatura que puede llegar á 40 ó 41 grados, constituyendo la variedad cólica paroxística, pudiendo esta fiebre aparecer casi conjuntamente con el dolor, los vómitos y los otros síntomas característicos del cólico. Pero esta fiebre, como dice Charcot, puede ser completamente independiente de la mayor ó menor intensidad del dolor, pudiendo aparecer ántes ó después de la crísis, y aun en algunos casos excita fiebre sin que el paciente sienta ántes ó después del acceso febril ningún dolor; hechos que han podido ser comprobados por numerosos observadores (Charcot, Mosse, etc).

Estos accesos febriles se observan, sobre todo, en el viejo, debiendo, como dice Mosse, cuando se produzcan, principalmente de noche, llamar la atención del médico

hacia el hígado. Frecuentemente estos accesos febriles se acompañan de icteria, lo que contribuye á hacer más fácil el diagnóstico.

Por lo general el pasaje de los cálculos produce síntomas diversos y accidentes más ó menos varios que han sido agrupados por los diversos autores en grupos diversos para facilitar su descripción, siendo esta clasificación completamente artificial. Así Dieulafoy admite cuatro grupos, estando constituídos; el primero, por el cólico hepático, y los tres últimos por los accidentes que pueden producir la obstrucción de los canales biliares, la obtrucción intestinal ó la emigración de los colelitos á través de vías anormales. Naunyn, simplificando esta especie de clasificación, describe con el nombre de cololitiasis regular á los ataques de cólico hepático que no presentan ninguna complicación, y cololitiasis irregular á las tres últimas variedades de Dieulafoy.

Los síntomas principales que presenta la cololitiasis regular son, en primer lugar, el dolor, pudiendo esta presentar las particularidades indicadas más arriba, acompañándose en los casos en que es intenso de vómitos alimenticios, y en los casos que no está obstruído el conducto coledoco, de vómitos biliares, pudiendo constatar, aunque raras veces, la eliminación por los vómitos de un cálculo más ó menos voluminoso; como he dicho más arriba, la fiebre puede acompañar estos síntomas, pudiendo ser bastante intensa, como en algunos de los casos que citaré después, en los que me ha sido posible constatar una elevación de temperatura que ha llegado en algunos de los casos á 41°. El hígado aumenta de volúmen, lo mismo que la vesícula, y adquieren una sensibilidad extrema. La ictericia se encuentra frecuentemente, pudiendo aparecer inmediatamente del final del primer acceso, pero por lo

general lo hace después de varios. Esta ictericia tiende á desaparecer una vez que se ha restablecido la libre circulación, ya porque el cálculo haya pasado al intestino ó porque se haya colocado de manera á no obstruir completamente su luz.

En la orina puede encontrarse en el momento del acceso, trazas de albumina y glucosa, sobre todo esta última, cosa que he podido notar en algunas de las enfermas cuyas historias acompaño. Graus y Gams constataron, aunque raras veces, la presencia de peptona y acetona. Después de los accesos se encuentra que la orina toma una coloración fuertemente amarilla, coloreando las ropas que impregna de una fuerte coloración amarilla que indican, junto con la reacción caractérica de la orina, la presencia en ella de los pigmentos biliares.

Striker afirma que ha podido palpar los cálculos á través de las paredes abdominales, bastante frecuentemente; para hacer esta palpación, coloca á los enfermos en un baño caliente durante un gran rato, lo que sabemos produce una acción sedante y por consiguiente un relajamiento completo de las paredes abdominales; siendo entónces muy fácil explorar bajo el hipocondrio y sentir los cálculos.

Cuando los cálculos siguen su curso normal, son eliminados con las heces, en las que á veces no se encuentran ya por insuficiencia de exámen, ó porque no se ha tenido la paciencia de repetir estos exámenes poco agradables; pues sucede que los cálculos no son eliminados inmediatamente después de los cólicos, pudiendo quedar estos seis y siete ó más días en el intestino, siendo necesario tener una gran constancia para continuar los exámenes durante los ocho ó diez días que siguen al cólico.

Para buscarlos es necesario lavar las heces en una gran

corriente de agua colocadas en un tamís. Al encontrar el cálculo, si este es olivar ó piriforme, se puede afirmar que es único; en cambio, si nos encontramos en presencia de cálculos menos voluminosos, pero provistos de facetas, se pueden tener grandes presunciones de que se tratan de cálculos múltiples. Otras veces estos cálculos no existen verdaderamente, ya por haber vuelto á caer en la vesícula, por haberse encajado ó por haberse fracturado en el intestino, cosa que según Naunyn sucede con mucha frecuencia. A veces nos escontramos en presencia de cálculos muy voluminosos, como el citado por Blackblun, que pesaba 52 gramos y tenía 9 centímetros de largo; es indudable que cálculos de este volúmen no es posible que pasen á través de los conductos biliares, pudiendo afirmarse que todos los cálculos biliares que tengan un volúmen superior al de una nuez, han pasado á través de una fístula.

En los sujetos impresionables, los ataques de cólicos pueden determinar una serie de accidentes nerviosos; entre otros, convulsiones, parálisis y aun verdaderos ataques histero-epilépicos los que pueden continuar durante un largo tiempo después de haber pasado el acceso, pudiendo estos fenómenos aparecer independientemente de la intensidad del dolor. Portal, Fouquier y Trouseau afirman haber constatado parálisis consecutivas á los cólicos, pero Cardarelli, dice que no teniendo muchas de estas parálisis sino relaciones indirectas con los cólicos, no deben ser atribuidas más que á la coexistencia de otra enfermedad como en el caso de Bourdichon, en el que este señor atribuía una parálisis del brazo derecho al cólico hepático, y en el que se pudo comprobar la existencia de una neuritis que explicaba perfectamente esta parálisis.

La intensidad del dolor puede provocar síntomas de

depresión cardiaca con cianosis y aun á veces colapso. El pulso disminuye de frecuencia, pudiendo constatarse en el paroxismo del dolor, intermitencias y aun arigmia, que puede persistir después de haber pasado el dolor.

Otro síntoma que se encuentra frecuentemente cuando se tiene el trabajo de buscarlo, es el vértigo; no se sabe cual es su causa, ni su orígen, pero es un hecho de observación práctica, que muchos litiásicos se encuentran atacados de ellos, mientras que ni en la litiasis renal apendicular ni intestinal se observan estos vértigos; Dieulafoy cita casos en los que los accesos de cólicos eran anunciados, acompañados y aun reemplazados por ataques de vértigos que podían llegar á durar varios días. Esta sensación determina en los enfermos una impresión muy penosa, pues aseguran que van á ser víctimas de un ataque cerebral, como en un caso de Jacquet en el que una enferma litiásica no se atrevía á ir de su cama á un sillón, tan penosa era la sensación de vértigo que experimentaba que la hacía decir que iba á ser víctima de un ataque de apoplegía. Esta sensación la he podido constatar varias veces.

Se suele observar á veces una sensación de desfallecimiento y tendencia al síncope, independientemente de las que pueden ser provocadas por la intensidad del dolor, pues me refiero á ese estado de aniquilamiento, de atribulación y de angustia que hace decir á los enfermos que no se encuentran bien.

Muy raras veces se pueden constatar casos de muerte, de los cuales, lo único que nos revela la autopsia es la existencia de un cálculo encajado en el conducto coledoco. Charot dice que se trata en estos casos de una acción refleja sobre los filetes cardíacos de los neugmogástricos que, como sabemos, son los nervios frenadores

del corazón, y que determinan la detención del corazón en diastale.

Pasemos ahora á describir las complicaciones que pueden presentarse y que pertenecen á la variedad de cololitiasis irregular de Naunyn.

Debido al volúmen enorme que tienen algunos cálculos pueden producir al caer al intestino síntomas de obstrucción intestinal; estos casos no son tan muy raros, pues Dragos y Murchison han podido reunir 140 casos, y comprobar que en estos casos existía siempre una gran fístula por donde había pasado el cálculo, pues no es admisible apesar de la excesiva dilatabilidad de los canales biliares, que puedan pasar por ellos cálculos capaces de determinar obstrucción intestinal; no habiendo existido síntomas de cólicos hepáticos ni aun los más larvados, es forzoso admitir que los colelitos siguen otra vía. Estableciéndole en la parte que está el cálculo y una ansa intestinal adherencias que se van haciendo cada vez mayores, hasta que se produce una ruptura de las paredes adheridas que da ámplio pasaje al cálculo. De vez en cuando, estos cálculos pueden seguir su curso y ser eliminados por las heces, pero por lo general se detienen en el jeyuno, el ileon ó la parte inferior del recto; el volúmen considerable que presentan estos, puede ser debido á la adjunción de depósitos calcáreos, pigmentarios y estercorales. El espasmo intestinal puede entrar también como causa etiológica en obstrucción de orígen calculoso. Mearklen, Audry y Lobesteint, han referido casos de esta naturaleza en donde han podido comprobar, ya en la mesa de operación ó en la de autopsia en los casos, que esta obstrucción provocaba peritonitis mortales; que esta obstrucción se producía en individuos viejos que no habían tenido ni cólico hepático ni ningún otro síntoma de cololitiasis. En la estadística

de Lobestein, que consta de 100 casos, apenas constató la existencia de síntomas de cololitiasis en 16 de sus enfermos.

El cólico hepático no se acompaña en los casos que estudiamos en el primer grupo, sino de obstrucción temporaria y á veces incompleta de los conductos biliares, pero en este grupo la obstrucción se hace completa, determinando en primer lugar la decoloración de las materias fecales que toman una coloración arcillosa casi blanca, pudiendo afirmarse que desde el momento que comienza á colorearse de nuevo es porque se ha restablecido la libre circulación de la bilis; cuando esta obstrucción, siendo completa, se hace permanente, pueden resultar síntomas de mucha gravedad.

Esta obstrucción puede tener lugar en cualquiera de los canales biliares determinando síntomas diferentes segun el lugar que ocupan; si esta se produce en el conducto cístico, la bilis no puede llegar á la vesícula, produciéndose entónces una atrofia de esta, y en los casos que existían cálculos en su cavidad, las paredes de estas se encuentran amoldadas á ellos sin que exista en su interior la más pequeña cantidad de bilis, pues esta se reabsorbe, dando lugar en algunos casos á una secreción seromucosa, pudiendo en estos casos la vesícula adquirir proporciones enormes; á esta se le denomina hidropesia de la vesícula, siendo el líquido blanquizco mucosofilante.

Otras veces las paredes sufren una inflamación crónica que produce su espesamiento.

Cuando el cálculo se encaja en el coledoco en cualquier punto de su trayecto, estando impedido el arrojamiento de la bilis al intestino, resulta una ictericia crónica; pero no siempre, y fatalmente el encajamiento de los cálculos

en el conducto coledoco, produce ictericia, pues es clásico el caso de Cruvellier, en el que existía, no uno, sino una série de cálculos, lo que es debido á que estos no obstruyen completamente su luz, permitiendo el pasaje de la bilis aunque en menor cantidad que en estado normal. La obliteración calculosa de los conductos biliares no es precedida siempre de cólicos, pues puede producirse lenta é insidiosamente.

Esta obliteración determina la dilatación en primer lugar de la vesícula que puede llegar hasta el ombligo y la fosa ilíaca, habiéndose podido extraer hasta dos litros de bilis; á esta dilatación sigue la de los conductos biliares pudiendo llegar á tener el cístico el volúmen de una ansa intestinal, y así sucesivamente todos los conductos infra-hepáticos se dilatan del mismo modo dándole al hígado un aspecto cavernoso. Como consecuencia de este estancamiento, el hígado adquiere proporciones considerables, este aumento del volúmen es designado con el nombre de congestión biliar del hígado, la superficie se conserva lisa aunque con una coloración olivar; cosas que se han podido comprobar en las autopsias.

Como consecuencia de la obstrucción y estancamiento biliar, se pueden producir angiocolitis, colecistitis y aun hepatitis supurados. Veamos como se producen estas infecciones; los estudios de Gilbert, Girode, Thirolois, etc., hechos sobre la bilis de los animales y del hombre, han demostrado que este líquido era completamente estéril, pues les ha sido imposible sembrando bilis en los diversos medios de cultivo, obtener resultado. Habiendo podido comprobar tambien que se podía derramar este en el peritoneo sin que se produjera accidente de ninguna clase, lo que quiere decir que es aséptica.

Pero, si la bilis es aséptica y estéril hay que hacer

constar que el pretendido poder microbicida de la bilis no existe, siendo al contrario un excelente medio de cultura; cultivándose en ella admirablemente los cocos, estreptocos, estafilococos, etc.

Jesner demostró primero, y un número considerable de experimentadores constataron después, que una parte limitada de los conductos biliares era normalmente el asiento de infinidad de microbios, siendo esta parte la porción intestinal del conducto coledoco, existiendo en esta parte los agentes patógenos huéspedes habituales del duodeno. Normalmente estos agentes patógenos son mecánicamente arrojados por el pasaje de la bilis. Cuando un obstáculo en la circulación biliar impide que estos no puedan ser arrojados de allí, no teniendo ese enemigo constante que los echa al intestino, pululan activamente allí y por consecuencia de las alteraciones que la misma obstrucción hace sufrir á las paredes de los conductos que produce una puerta de entrada para los agentes patógenos; que penetrando por ella, según el sitio donde se produce la obstrucción, determinarán angiocolitis, colecistitis y hepatitis, produciéndose la infección de una manera ascendente de los canales á la vesícula y al hígado.

Estos hechos han podido ser reproducidos artificialmente en los perros, en los que se ligaba el conducto coledoco, produciéndose un estancamiento biliar y por consecuencia de la ligatura un traumatismo en las paredes por donde se producía la infección, condiciones que se encuentran reunidas en la obstrucción calculosa de los conductos biliares, estancamiento biliar y traumatismo y erosion por el mismo cálculo. Estos accidentes de infección calculosa de las vías biliares no sobrevienen sino en los individuos que sufren desde hace largo tiempo de có-

licos hepáticos; muy raros son los casos en que esta infección aparece insidiosamente después de haber pasado los cólicos, ictericia, etc., siendo entónces el síntoma dominante la fiebre; fiebre que ha recibido de Charcot el nombre de bilioséptica, y de Chaufard el de fiebre intermitente bilioséptica; y que debemos diferenciar de la fiebre que acompaña al pasaje de los cálculos.

Otras veces los cálculos, en lugar de quedar encajados permanentemente, son eliminados por vías anormales, es decir, por emigración fuera de las vías naturales; esta emigración puede hacerse de dos maneras: ya bruscamente sin lesión anterior de los canales por ruptura de éstos, estallando á la manera de los globos excesivamente dilatados; por el estancamiento biliar; esta ruptura se produce por lo general en la vesícula donde las paredes son menos resistentes; siendo favorecida ésta por las contracciones expulsivas de las vesículas y de las paredes abdominales. En algunos casos, para que esta ruptura se produzca, no son necesarias las contracciones espasmódicas de la vesícula provocadas por el cólico hepático, pues puede ser bastante para producirla, los esfuerzos fisiológicos de la defecación, del parto, los accesos de tos, y en una palabra, todas las causas capaces de provocar un aumento de tensión en el interior de las vías biliares.

Producida esta ruptura, los colelitos y la bilis son derramados en el peritoneo, pudiendo no determinar accidente de ninguna clase si la bilis no está alterada; pero como el estallido es precedido de una obstrucción más ó menos larga que ha determinado un estancamiento biliar que ha alterado las paredes de los conductos por consecuencia de la obstrucción y que ha convertido á la bilis en un notable medio de cultura; se producirá consecutivamente á este derrame una peritonitis que puede ser

mortal. Los síntomas que acompañan á estas rupturas, son un dolor agudo local desgarrante, apareciendo rápidamente los síntomas de un derrame peritoneal que aumenta con celeridad, cayendo el enfermo en un estado sumamente grave, hasta que muere con síntomas de peritonitis.

Más frecuentes que estos casos de ruptura brusca son los que suceden á una ulceración perforante de la vesícula ó de los canales, estableciéndose adherencias entre la parte que está el cálculo y un punto cualquiera de su alrededor; estas adherencias se establecen después de una inflamación que tiene por orígen los conductos ó la vesícula, pudiendo establecerse esta comunicación con el intestino, el estómago, el pulmón, etc.; estas fístulas pueden hacerse no solo hacia los órganos internos, sino también á través de la piel hacia el exterior. Las fístulas biliares externas no son muy raras, pues solo Mosse ha podido reunir 121 casos. Estas fístulas se abren por lo general debajo de las falsas costillas, en la región umbilical y á veces en el ombligo mismo, muy raras veces se ha visto abrirse encima del pubis y pliegue inguinal.

IV.

En los casos de cólico hepático, hay que hacer diagnóstico diferencial con las siguientes enfermedades:

Con el cólico saturnino, pero este se produce principalmente en el sexo masculino y en hombres jóvenes; los datos que nos suministre el enfermo, la existencia del rodete oscuro al rededor de los dientes que se observa en ellos, la ausencia de aumento de volúmen y de dolor á la presión del hígado, son otros tantos síntomas que nos permitirán no confundir estas enfermedades.

En el cólico renal, el dolor se asienta principalmente en la región lumbar y se irradia al destáculo, determinando síntomas vesicales, que no se observan nunca en el cólico hepático.

La úlcera redonda puede simular á veces un cólico hepático, pero examinando con cuidado los enfermos, veremos que el dolor, si bien puede ser tan intenso como en los casos de cololitiasis, presenta la particularidad que al punto más doloroso en el epigástrico corresponde casi exactamente un punto dorsal, siendo este dolor penetrante como si los enfermos fueran atravesados de parte á parte, estos aparecen ó recrudecen inmediatamente después de las comidas, mientras que los dolores del cólico hepático hemos visto que aparecen algunas horas después, encontrándose frecuentemente ematemesis abundantes.

El carcinoma del estómago puede confundirse con más

facilidad, sobre todo cuando se trata de individuos viejos; pero en estos los vómitos son irregulares, alimenticios y mucosos, rara vez biliosos, casi siempre hemorrágicos; existe además melena é ingurgitamiento ganglionar, cosa que aclararán perfectamente el diagnóstico.

Esta afección puede ser confundida con el carcinoma del hígado que se acompaña en algunos casos de ictericia; pero la ictericia de orígen calculoso puede durar largo tiempo sin determinar grandes alteraciones en la salud de los sujetos; mientras que en la ictericia carcinomatosa, siendo estos carcinomas casi siempre secundarios, se observa un debilitamiento rápido de los enfermos, además de no ser el hígado muy doloroso y presentar una superficie dura y desigual.

Los cólicos apendiculares y las apendicitis supuradas, pueden también en algunos casos simular los cólicos hepáticos; pero en aquellos, el dolor se localiza en la fosa ilíaca en donde puede palparse una tumefacción más ó menos dolorosa; pero en los casos que el apéndice se encuentra arrojado hacia arriba, como en el caso de Naunyn, en el que se encontró el apéndice adherido á la vesícula, es entónces mucho más difícil hacer el diagnóstico, siendo en estos casos, según este autor, un síntoma para aclararlo, la presencia de Indican en las orinas de los enfermos de apendicitis, cosa que no ha podido encontrar en los atacados de cólicos hepáticos.

El cáncer de las vías biliares es más difícilmente diferenciado, pues siempre es primitivo, se acompaña de ictericia, y en una gran série de casos citados por Villard, Charcot, Lacase, Duthiers y Rendu, etc., se pudo comprobar la existencia de estas dos afecciones. Sosteniendo este último autor que no había en estos casos simple coexistencia, sino que estaban unidas entre sí por más

íntimas relaciones, pues la irritación provocada por los cálculos determinaría según este autor, el desarrollo de carcinomas, y dice que se debe sospechar esta afección en individuos de más de 45 años. Pero esta enfermedad es más frecuente en el hombre que en la mujer, y hemos visto que sucede lo contrario en la cololitiosis; la marcha de la enfermedad, el decaimiento de los sujetos, la existencia de un cuerpo duro palpable en el lugar de la vesícula y en algunos casos la existencia de una hemorragia intestinal, aclararán el diagnóstico.

La histeria, la cirrosis hipertrófica, pueden ser confundidas; la existencia de estigmas de histeria, el estado de la superficie del hígado, el aumento de volúmen del hígado y del bazo, aclararán el diagnóstico.

Pero en los casos que presenta mayor importancia establecer un diagnóstico preciso, es en las formas dispépticas y gastrálgicas, siendo esto bastante difícil, pues el sindroma es casi nulo; razón por la cual pasaban desapercibidos hasta no hace muchos años los casos que no se presentaban con el sindroma clásico de los cólicos hepáticos, pues los médicos creían que esta afección no podía manifestarse de otra manera. Siendo esta la causa que en muchos casos no diera resultado el tratamiento que se imponía á los enfermos que se presentaban con las formas dispépticas ó gastrálgicas de esta afección, pues eran tratados como dilatados ó dispépticos sin que siquiera remotamente se pensara en la litiasis biliar.

Yo creo que en presencia de un enfermo, sobre todo si se trata de una mujer, que presenta sensaciones más ó menos dolorosas que aparecen varias horas después de las comidas, ó que presentan verdaderas gastralgias con vómitos ó no, sobre todo, si además se trata de individuos en los que se pueda sospechar una diatesis, debemos

siempre pensar en la cololitiasis; y al obrar así, les haremos á estos enfermos un gran servicio curando su afección, pues esta es mucho más factible de un tratamiento médico, que bien dirigido da expléndidos resultados en su comienzo, que cuando se presenta con el conmovedor cuadro de los cólicos hepáticos y no les expondremos así á toda la série de accidentes que pueden complicar estos cólicos.

V.

El pronóstico de la litiasis biliar, si bien no se puede decir que sea necesariamente grave, debe cuando menos ser reservado, sobre todo en la forma cólica, pues aunque esta sea una enfermedad local, si se me permite la expresión; hemos visto que puede producir una série de complicaciones bastante graves, como los síncopes y aun la muerte. Las angiocolitis, las colosistitis y los abcesos hepáticos, son muy graves. La misma frecuencia de la coexistencia de la litiasis y del carcinoma de las vías biliares, contribuye hacer más sombrío el pronóstico. Pero al lado de estos casos tan desgraciados hay otros en los que ésta enfermedad evoluciona normalmente, si me puedo expresar así, y en donde todos los síntomas desaparecen bajo la influencia de un tratamiento racional, y estoy convencido que este pronóstico dejará de ser tan sombrío, cuando todos hállamos aprendido ha diagnosticar esta afección, en sus formas menos claras. Este pronóstico está como es natural en íntima relación con el estado de los sujetos.

VI.

El tratamiento de la litiasis biliar es uno de sus capítulos más importantes, pudiendo ser médico ó quirúrgico.

El tratamiento médico debe proponerse varios objetivos que constituyen otras tantas subdivisiones que facilitan su estudio. En primer lugar y siendo lo más frecuente que los enfermos nos consulten, cuando se encuentran atacados por los cólicos hepáticos, deberemos, 1º tratar el cólico, 2º favorecer la expulsión de los cálculos, 3º favorecer su disolución, 4º impedir la formación de nuevos cálculos, y 5º tratar las complicaciones que puedan presentarse.

El síntoma más culminante en los ataques de cólico, es indudablemente el dolor, por consiguiente lo primero que debemos hacer es tratar de calmarlo, para esto disponemos de los medios siguientes, podemos hacer uso de una medicación general ó local; como medicación local tenemos el hielo, los linimentos en cuya composición entran, el cloroformo, la belladona ó el ópio, las ventosas secas. Pero las fomentaciones calientes frecuentemente repetidas, sobre todo el hipocondrio, dan notables resultados; habiendo podido constatar en los casos que las hemos usado, una notable diminución del dolor, superior á la que producen los otros medios mencionados más arriba.

Carderelli reemplaza las fomentaciones por los baños de asiento calientes, debiendo éstos darse á una tempera-

tura de 30 á 35 grados, y aun si los enfermos la soportan, puede elevarse á 38 grados, debiendo durar de 10 á 15 minutos; baños que tienen una acción sedante muy manifiesta, producen un relajamiento de las paredes abdominales y de los conductos biliares, y siendo en muchos casos el espasmo de estos conductos la causa de los cólicos, una vez que ha desaparecido éste, el cálculo puede continuar su pasaje.

Pero cuando el dolor es muy intenso hay que recurrir al gran medicamento del dolor, la morfina en inyecciones hipodérmicas de 1 á 2 centígramos, siendo preferible inyectar una dósis más ó menos fuerte, que hacer inyecciones de pequeñas dósis frecuentemente renovadas. Al poco rato de haber hecho la inyección dependiendo esto de la cantidad inyectada, desaparece el dolor en término medio á los 10 ó 15 minutos. Pero no todos los autores están de acuerdo respecto á su empleo, llegando algunos, como Sticker, á desaprobar completamente su uso fundado en que si bien calma el dolor, produce una diminución en la secreción biliar y una parálisis de los conductos, impidiendo así la expulsión de los cálculos. Pero esta parálisis no se produce como lo han demostrado C. Paul, Dujardín Beaumtz, sinó cuando se emplea dósis tóxicas. Bajo la influencia de esta medicación, el dolor se calma, el enfermo, se duerme y la crisis pasa.

Fonssagrives y Dujardin Beaumtz asocian la morfina á la atropina, de manera á inyectar $^1/_4$ ó $^1/_2$ milígramo de sulfato de atropina por centígramo de morfina. Stricker en lugar de la morfina prefiere la atropina, que según él, tendría una acción electiva sobre las fibras musculares lisas ó estriadas, paralizando las primeras y no las segundas; y por consecuencia produciría, según este autor, una parálisis de los conductos biliares sin destruir el poder expul-

sivo de la vesícula, y usa la belladona en infusión, en la proporción de 0,50 á 1,50 en agua, á tomar en el espacio de 6 á 12 horas, dando una cucharada desde el momento que comienza el ataque cada hora, ó el extracto acuoso á la dósis de 4 á 15 centígramos por día.

Cuando See demostró el poder analgésico de la antipirina se comenzó á emplear esta sustancia; pero este poder es muy inferior al de la morfina, teniendo además el inconveniente de provocar vómitos.

El cloroformo ya en inhalaciones ó al interior también, ha sido preconizado por algunos; en inhalaciones este medicamento, tiene ciertas ventajas en los casos que hay intolerancia por la morfina; pero teniendo cuidado de no llevar muy lejos la anestesia, pues es suficiente que esta sea superficial á la reina, como se dice vulgarmente; llevada más allá puede ser peligrosa por el estado en que se encuentra el cololitiásico en el paroxismo del dolor. Al interior se puede dar en cápsulas ó en una poción gomosa de uno á dos gramos.

Cl. Bernard usaba el procedimiento de hacer una inyección de morfina antes de comenzar la administración del cloroformo. El cloroformo ha sido sustituido por el cloral administrado á pequeñas y repetidas dósis, pero es preferible administrarlo en enemas, se le puede añadir á éste 5 á 10 gotas de láudano de Sydenhan. Este cuerpo obraría lo mismo que el anterior, pues sabemos que el cloral á lo menos en parte, es transformado en cloroformo en el interior del organismo.

El uso de bebidas calientes fué aconsejado por primera vez por Prout, que empleaba una solución de carbonato sódico al 10 ó 15 %; sosteniendo algunos, que no hay necesidad de estas soluciones, pues con el agua caliente obtenían las mismas ventajas.

El masaje preconizado por Pujol y Villemin me parece tener más inconvenientes que ventajas.

Antiguamente se trataban los cólicos hepáticos, por los vejigatorios, los vomitivos y las sangrías, medios que están completamente dejados de lado, por los grandes peligros que hacen correr á los enfermos.

El salicilato de sódio y el aceite de oliva tienen una eficaz influencia sobre el dolor, pero estos cuerpos obran facilitando el deslizamiento de los cálculos, razón por los que los dejaremos para estudiarlos dentro de un momento.

Como por lo general estos accesos se acompañan de vómitos muy frecuentes, es necesario tratarlos, pues contribuyen á hacer más intensos los dolores. Se pueden combatir por el hielo, administrado en pequeños fragmentos; todo alimento debe ser prohibido; las aguas alcalinas heladas dan buenos resultados, se les puede añadir algunas gotas de esencia de menta. En los casos que esto no baste se puede recurrir al clorhidrato de cocaina á dósis de 1 milígramo por cucharada cada cuarto de hora. El agua cloroformada puede también ser usada. Algunos han preconizado las inhalaciones de oxígeno. En los casos que se acompañan, de complicaciones del lado del corazón, se recurrirá á las inyecciones de cafeina, de éter, etc.

La fiebre es inútilmente combatida por los antitérmicos, debiéndose recurrir á las sustancias que obran influenciando directamente la secreción biliar, teniendo al mismo tiempo una acción desinfestante, como el salicilato de sódio, el calomel ó el salol.

Una vez que hayamos calmado la intensidad del dolor, deberemos recurrir á las sustancias que faciliten la expulsión de los cálculos, de las cuales algunas, como el sali-

cilato sodio y el aceite de oliva, pueden dar buenos resultados administrados aun en el momento del acceso.

Para favorecer esta migración es necesario que recurramos á las sustancias que activan la secreción biliar, ya obrando directamente, como los colagogos, ó indirectamente como una vida higiénica, en la que el ejercicio desempeñaría un gran papel y que obrarían activando todas las funciones y haciendo más enérgicas las contracciones vesiculares.

Numerosas son las experiencias que se han hecho para determinar el poder colagogo de los diversos cuerpos; para determinar este poder se recurría antes al exámen de las materias fecales y según la coloración que presentaban, se deducía el poder colagogo de los cuerpos que se administraban; pero este medio era poco seguro, pues dependía de las condiciones del observador. En 1863, Hamfield, Rutheford y Benet, haciendo minuciosas experiencias en los perros, llegan á conclusiones perfectamente científicas sobre el poder colagogo de las distintas sustancias. Para determinar este poder, indican con el nombre de coeficiente la cantidad de bilis segregada en una hora y por kilógramo de peso, siendo este de 20 centímetros cúbicos.

Administrando después las sustancias, cuyo poder colagogo querían conocer, les fué muy fácil establecer un cuadro en el que colocaban estas sustancias por su orden de actividad: Salicilato de sódio, Benzoato de sódio, Calomel, Coloquíntida, Aloes, Podofilina, etc.

Siendo el salicilato de sódio el que tiene mayor poder colagogo es al que debemos recurrir, teniendo además la gran ventaja de ser un antiséptico de las vías biliares. Se administran 4 ó 5 gramos en las 24 horas, ya en bebida ó en cachet. En los casos de embarazo se debe tener mu-

cho cuidado en su administración, pues tiene el inconveniente de provocar el parto. En estos casos es preferible hacer uso del ácido benzóico ó del benzoato de sódio que no tienen estos inconvenientes.

Una de las sustancias que más se han usado en los últimos tiempos, es el aceite de oliva. Preconizado primero, según lo afirma Rosemberg, por los médicos homeópatas norte-americanos, hace 20 años se generalizó inmediatamente su uso, debido no solo á que hacía desaparecer el dolor, sino á que después de su injestión se veían aparecer en las heces gran cantidad de pequeños cálculos. Razón por la cual muchos médicos se declararon sus más ardientes partidarios, sosteniendo algunos, como Dujardin Beaumetz, que no solamente calmaba los agudos dolores del cólico hepático, sino también los dolores sordos que suelen seguir á estos.

Pero estos cálculos que hicieron que se atribuyeran propiedades maravillosas al aceite de oliva, no eran verdaderos cálculos, sino, si me puedo expresar así, seudo cálculos que se presentan con el aspecto de pequeñas concreciones olivares poco consistentes, semi-transparentes y que se encuentran mezcladas con los verdaderos cálculos; que son debidos al exceso de aceite no digerido, habiéndose constatado que están constituídos por ácidos grasos.

Se pretendía al principio que este cuerpo obraba, por la acción que ejercía al llegar á los canales biliares, reblandeciendo los cálculos y facilitando por consiguiente su expulsión. Pero Chauffar demostró que este cuerpo no llegaba nunca á las vías biliares. Steward pretende que la glicerina proveniente de la descomposición del aceite, provoca en el intestino un peristaltismo muy activo que llegando hasta los conductos biliares, provocaba su expul-

sión. Hoy nosotros podemos afirmar que la eficacia de este tratamiento no depende de esas causas, sino como lo ha demostrado Rosemberg, del poder colagogo de esta sustancia, siendo esta la causa de su eficacia en el ataque de cólico hepático; á la que se le agrega la propiedad de disminuir la acción, refleja y el poder laxante que tiene, cosa que facilita en gran modo la eliminación de los cálculos.

Cuando se comenzó á usar, se administraban dósis enormes de 300 á 400 gramos; dósis tan considerables tienen el inconveniente de ser dificilmente toleradas y además no son necesarias, pues con 100 ó 150 gramos tomados en tres ó cuatro veces, obtenemos buenos resultados. Para evitar la repugnancia ó los vómitos que se pueden observar en algunos enfermos, se le puede añadir al aceite 0,20 centígramos de Mentol por 100 gramos, ó 10 centímetros cúbicos de cogñac y dos yemas de huevos, también por 100 gramos, después de su ingestión se le hace tomar al paciente un poco de café caliente para hacer desaparecer el mal gusto que queda en la boca. Dujardin Beaumetz asocia al aceite de oliva la bilis de buey en la proporción de 10 %.

Ferrand, admitiendo como cierta la idea de Steward, de que el aceite obraba por la transformación en glicerina que sufría en el intestino, propone este cuerpo en el tratamiento en lugar del aceite; pero este cuerpo no obraría sino por su poder colagogo haciendo la bilis más fluida y facilitan por consiguiente su expulsión y la de los cuerpos que existan en su interior. Ferrand la administra en dósis de 25 á 30 gramos en una poción gomosa á las que agrega 25 ó 30 gramos de agua cloroformada. Este cuerpo tiene la ventaja de ser mejor tolerado que el aceite.

Otra de las sustancias más comunmente empleadas desde la antigüedad hasta nuestros días y de la que obtenemos bastante buen resultado, es el calomel, que obra por su transformación en bicloruro de mercurio que sufre en el estómago é intestino, dependiendo su mayor poder colagogo de su mayor ó menor transformación en bicloruro, cosa que depende de las condiciones individuales en que se encuentra el tubo digestivo. Tiene la ventaja de ser un poderoso antiséptico,—se administra en dósis que pueden variar de 0,30 centígramos á 1 gramo.

Después de estos cuerpos viene toda la série de purgantes drásticos que tienen algunos de ellos más ó menos poder colagogo, como la Podofilina, el Aloes, la Evonina, etc., pero al administrar estas sustancias hay que tener mucho cuidado en las dósis, pues pueden provocar fuertes ataques de cólicos. Los mismos efectos obtenidos por estos cuerpos son buscados por algunos con la administración de enemas frios.

Se ha pretendido que los cálculos que existían podían ser disueltos valiéndose para ello de sustancias que, como el éter y el cloroformo tienen la propiedad de disolver la colesterina en un vaso de experiencia. Pero aquí se presenta esta gran cuestión que ha sido y sigue siendo todavía bastante oscura; pueden cuerpos como el alcohol, el éter ó el cloroformo, determinar la disolución de los cálculos ya existentes en el interior de la vesícula ó de los canales biliares, como lo hacen fuera de ellos; después de llegar á actuar sobre ellos habiendo sufrido las grandes modificaciones que tienen lógicamente que producirse bajo la influencia de los líquidos orgánicos y más aún cuando llegan á actuar sobre los cálculos siguiendo la complicada vía de la absorción.

Las sustancias empleadas para favorecer la disolución

de los cálculos son: el remedio de Durante; el cloroformo, el valerianato de amilo y los alcalinos. De estos cuerpos, el más antiguamente empleado es el remedio de Durante, compuesto de dos partes de éter sulfúrico y una de esencia de trementina, administrado al principio en dósis de 1 á 2 gramos en agua azucarada; tenía el inconveniente debido á un gusto desagradable de provocar vómitos y desórdenes digestivos; hoy se administra con mucha mayor facilidad en cápsulas, que en parte le hacen desaparecer estos inconvenientes; este cuerpo, si bien le es muy discutible su acción litotrítica, suele producir en algunos casos una mejoría notable en los enfermos. Algunos médicos, como Duparcque sustituyen la esencia de trementina por el aceite de Ricino y prescriben á sus enfermos una poción compuesta de tres ó cuatro gramos de éter sulfúrico por 60 gramos de aceite de Ricino; esta poción obraría sobre el espasmo de los conductos biliares, facilitando al mismo tiempo la emigración de los cálculos por su poder purgante, teniendo tambien un poder sedante. El remedio de Durante obraría de esta manera.

El cloroformo fué empleado con este mismo fin conjuntamente por Courbier y Bouchut; pero estos interpretaban de distinto modo su acción, pues Courbier decía, que sus efectos eran debidos á la acción anestésica, mientras que Bouchut lo usaba fundado en experiencias hechas por él con cálculos del mismo peso, que colocaba en las diversas sustancias á las que se les atribuyen propiedades disolventes, constatando que los cálculos colocados en cloroformo se disolvían en una hora y cuarto, mientras que los que estaban en éter empleaban dos horas y media, y cinco los que estabau en el remedio de Durante, tardando mucho más los colocados en trementina; fundado entónces en estas experiencias, que le pro-

baban que la colesterina era mucho más soluble en el cloroformo que en el éter, el remedio de Durante y la esencia de trementina lo indujeron á emplear esta sustancia en el tratamiento de la cololitíasis; creyendo que en el interior del organismo sucedía lo que constataba él en el laboratorio, asegurando haber podido constatar estos resultados en una série de casos.

Fonsagrives atribuye su acción á su poder anestésico mejor que á su pretendido poder disolvente; confirmando las ideas de Courbier. Trouseau, negando la acción disolvente del cloroformo, dice: «Lo único que se puede conseguir, es provocar la expulsión de los cálculos, secundando la secreción biliar. Y lo que se debe hacer es prevenir el mal cuando sea imposible curarlo, tratando de impedir la formación de los cálculos, sometiendo al enfermo á un tratamiento regular, cuyos agentes más eficaces son el cloroformo, el éter y la esencia de trementina.»

La idea de que la bilis se vuelva lo suficiente etérica para que los cálculos sean disueltos, es considerada como insostenible por Durand, Fardel y Mialke.

Sin embargo, Barthe entre otros, pretende haber probado que la administración de esta sustancia, produce cuando menos la disgregación de los cálculos y facilita, como es natural, su pasaje á través de las vías biliares. Hay en esto un hecho que debe llamar nuestra atención, y es que este señor asociaba este cuerpo con sustancias analgésicas que producían una notable diminución del dolor, razón por la que se atribuía una gran acción á esta sustancia.

Hoy está probado que el éter y la esencia de trementina obran por su poder colagogo, aumentando y diluyendo la secreción biliar.

El valerianato de amilo ha sido usado también como

disolvente, pero sus buenos resultados en los casos que ha sido empleado, no deben ser atribuidos á su poder disolvente, pues á dósis terapéutica este poder no existe y serían necesarias dósis tóxicas para que este poder existiera, sino á su acción anestésica y antiespasmódica.

Pero superiores á todos esos medios son los alcalinos, que obrarían principalmente impidiendo la formación de nuevos cálculos y curando por consiguiente á los enfermos, sobre todo cuando son administrados bajo forma de aguas alcalinas, siendo las más usadas las de Hombourg, Kissingen, Marienbad; pero sobre todo, Carlsbad, á la que he visto producir notables resultados, debiéndose usar tibia, valiéndose para esto del baño de maría, á la dósis de un vaso antes de cada comida.

Si á esto añadimos un régimen dietético conveniente, cuya base esencial será la leche bajo cualquiera forma; las legumbres verdes se pueden autorizar de una manera general, teniendo cuidado de prohibir las que como el tomate, la acedera, los espárragos son ácidos. Entre las frutas se pueden permitir las manzanas y las uvas, pretendiendo algunos que la litiasis biliar es sumamente rara en los países en que se hace uso de la manzana en gran cantidad. Se deberá prescribir completamente el uso de bebidas gaseosas, azucaradas ó que tengan una gran cantidad de alcohol; así como el de las sustancias que como la yema de huevo y los sesos tengan una gran proporción de colesterina. La carne, sobre todo las carnes putrefactas de caza ó pescado, deben ser prohibidas; pudiendo permitir solo en los casos que los enfermos no puedan soportar el régimen vegetal, una pequeña cantidad de carne completamente privada de grasa. Las aguas comunes deben ser prohibidas, pues en muchas regiones la frecuencia de la cololitiasis debe ser atribuida al uso de

aguas de mala calidad, sobre todo las selenitosas ó las que tienen una gran cantidad de cal. Bouchard para evitar estos inconvenientes, recomienda el agua destilada después de haber sido aereada, pero las mejores aguas son las débilmente mineralizadas.

Si á este tratamiento por los alcalinos y régimen dietético, lo acompañamos con un régimen higiénico al gran aire, en el que el ejercicio ocupe un lugar preponderante, pues sabemos que la sedentaridad es una de las causas etiológicas más importante en la formación de los cálculos; el que obraría haciendo más amplios los movimientos del diafragma, por consecuencia de la mayor amplitud en la respiración; cosa que facilita la evacuación de la vesícula y de los canales biliares; activando al mismo tiempo la nutrición, por el mayor aporte de oxígeno al interior de los tegidos; en los que por cualquiera razón no sea posible éste, se recurrirá al masaje sobre los miembros, abdomen y dorso. Estos ejercicios se ordenarán por la mañana en ayunas, y á las dos ó tres horas después de las comidas.

Y si este tratamiento lo hacemos en una fuente termal como Rosario de la Frontera, conseguiremos curar á nuestros enfermos y librarlos de todos los inconvenientes y peligros, que tiene esta afección, cuando no se hace un tratamiento conveniente.

Si bien con este tratamiento basta en la inmensa mayoría de los casos para obtener la curación de esta afección, hay algunos casos en los que apesar del tratamiento más racional é insistente, no se obtienen resultados; se debe entónces en estos casos, que se vuelven rebeldes á toda terapéutica higiénica-formacológica, recurrirá á un tratamiento quirúrgico. Siendo este indicado en los sujetos que se encuentran atacados por crisis á repetición, que se

adelgazan, pierden el apetito y las fuerzas; en los que las vías biliares y la vesícula se inflaman y pueden supurar; cuando una obstrucción calculosa del coledoco dura desde largos meses, produciendo una ictería crónica, en estos casos es á la cirujía que debemos pedir una curación que médicamente es imposible obtener.

La operación más frecuentemente usada es la colecistotomía, operación practicada por primera vez por Petit, al principio del siglo, pero que fué abandonada poco después por los funestos resultados que producía. Hasta que en 1869 Lawson Tait y Bobbs, el primero en Inglaterra y en América el otro, practican simultáneamente la operación de Petit para extraer los cálculos de la vesícula. Este procedimiento consiste en hacer una sección de la pared abdominal hasta llegar á la vesícula, la que es suturada á las paredes del abdomen, procediéndose después á su abertura, extrayéndose los cálculos que se encuentran en ella y dejando una fístula que se cierra poco á poco. Obteniendo por este medio una estadística notable; Lawson Tait publica una de 60 casos con solo 3 muertes.

Langebuch en 1882 practica la colecistotomía ó resección total de la vesícula, teniendo esta operación la ventaja de no dejar fístulas como lo hace la colecistotomía que pueden durar muchos años en curar. Estas dos operaciones tienen sus indicaciones especiales, pues en los casos en que hubiera colecistitis y en los que la existencia de una fiebre intermitente hiciera sospechar una angiocolitis profunda, en esos casos no se debe nunca recurrir á la colecistectomía, pues sería muy peligroso dejar completamente encerrado al pus, que podía haber en el interior de los canales, mientras que recurriendo á la colecistotomia nos sería muy fácil obtener con un tratamiento antiséptico conveniente, la curación de todos esos accidentes.

Cuando el cálculo está en el coledoco se ha practicado el cateterismo de este conducto, pero esta es una maniobra muy peligrosa y expone á formar falsas vías y aún rupturas de esta canal.

Se puede en algunos casos recurrir á la coledocotomia que es la incisión del coledoco, pero esta operación es muy peligrosa á causa de lo profundo que está esta canal y por ser imposible suturar haciendo un doble plano.

Así es que en los casos que esta operación no se pueda practicar y en los que se encuentre completamente obstruido el coledoco y en los casos que los enfermos quieren que se les haga desaparecer la ictericia que padecen desde hace largo tiempo, no nos queda más que recurrir á la colecistenterostomía, operación que consiste en hacer desembocar el coledoco en el intestino, ya sea en el cólon, el duódeno ó en cualquiera otra parte de intestino delgado.

OBSERVACIONES.

Adriana D., Argentina, de 22 años, casada, entra á la sala 5ª, cama 13, el 6 de Octubre del 97.

Antecedentes hereditarios. —El padre era alcoholista y murió de una enfermedad al hígado, según manifiesta la enferma, á los 56 años de edad. La madre vive y es muy sana.

Antecedentes individuales.—No ha sufrido de ninguna enfermedad en su infancia. Regló á los 12 años, siendo las reglas escasas, pero regulares. Se casó á los 18 años y ha tenido dos hijos.

Los embarazos y los partos los ha pasado sin tener ningún accidente. El último parto lo tuvo hace 17 meses y ha estado criando á su hijo hasta hace 2 meses.

Hará proximamente 3 meses empezó á sentir dolores en la región del hipocondrio derecho, que le venían por ratos y le dejaban una sensación dolorosa en toda la región del hígado pero que no le impedían contínuar en los quehaceres de su casa.

Los dolores fueron haciéndose más intensos y sentía como una bolita, según la expresión de la enferma, que le corría hácia la región del epigastrio y aún le parecía que el lado derecho lo tenía más hinchado que el lado opuesto. Perdió el apetito, la comida le repugnaba y cuando comía sentía peso en el estómago y ganas de lanzar.

Hace 20 ó 22 días, estando levantada, le vino un fuerte

dolor en la región hepática que se irradiaba á toda la base del torax y hácia el hombro. Tuvo vómitos y se vió obligada á guardar cama porque le era imposible permanecer de pié.

Después de inyecciones de morfina y ventosas que le aplicara el médico que la asistió, se calmó, pero al día siguiente estaba completamente amarilla, las deposiciones eran blancas y la orina muy cargada.

Hace 10 días le vino un fuerte escalofrío y la temperatura subió á 40°. Siguió con fiebre elevada hasta hace 4 días en que se notó mejor, la ictericia había disminuido, la fiebre era menos elevada, pero desde hace 2 días ha vuelto á tener escalofríos, la fiebre ha subido hasta 39°5, han reaparecido los dolores y la ictericia se ha hecho más acentuada, resolviéndose entonces á venir al Hospital.

Ha sido siempre muy constipada, pasándose á veces hasta 12 y 15 días sin mover el vientre. El acto de la defecación le era penoso, tenía que hacer tantas fuerzas, como si se tratara del parto. En el tiempo que ha estado enferma tenían que ponerle enemas para que fuera de cuerpo.

No ha tenido reumatismo ni hábitos alcohólicos.

En el día de su entrada al hospital, presenta el siguiente cuadro.

Esqueleto bien desarrollado, escaso panículo adiposo, tinte ictérico muy pronunciado de la piel y conjuntivas. Se notan señales de aplicación de ventosas en la región del hipocondrio derecho.

Torax.—Bien desarrollado. Respiración, tipo costal superior, en los pulmones y corazón, no se nota nada que llame la atención.

Abdómen.—Las paredes están ligeramente tensas; sonoridad timpánica.

Hígado.—El borde superior llega hasta la quinta costilla; el borde inferior sobrepasa cuatro traveses de dedo las falsas costillas. La superficie es lisa; el borde inferior no se le puede sentir bien; la palpación de todo el hígado es dolorosa especialmente en la región de la vesícula. Haciendo la palpación un poco profunda se siente un pequeño tumor debajo del hígado algo redondeado que ocupa el sitio de la vesícula y sigue los movimientos del diafragma.

El bazo está aumentado de volúmen, se le puede palpar perfectamente por que sobrepasa como tres traveses de dedo las falsas costillas, notándose un punto redondeado con su escotadura característica.

El riñón derecho está un poco descendido y se le puede palpar. La orina es examinada dando el siguiente resultado:

Color amarillo pardo.
Aspecto turbio.
Sedimento en suspensión.
Reacción ácida.
Densidad á + 15° = 1.010.
Espuma amarilla.

Exámen quimico:

Urea 10,470 °/oo.
Cloruros 9,973 °/oo.
Fosfatos 2,446 °/oo.
Albumina, no contiene.
Glucosa «
Idnican «

Pig. biliares contiene.
Urobilina «
Hemoglolina no contiene.

Al examen microscópico se encuentran cálulas epiteliales y algunas lecuocitos.

Aparato digestivo.—Lengua húmeda ligeramente saburral. El apetito está disminuido, tiene repugnancia por los alimentos. Es habitualmente constipada. La enferma siente dolores en la base del tórax que se irradian al vértice de la esfapula derecha.

La temperatura el día de su entrada es de 39° 5, temperatura que se mantiene con ligeras remisiones hasta tres días después en que empieza á descender para caer á la normal el 11 de Octubre, sufriendo desde el 13 una nueva remisión que la eleva á 39 grados, en donde se vuelve á mantener varios días para comenzar á descender nuevamente desde el 20 manteniéndose en la normal desde ese día, hasta que sale de alta el 8 de Noviembre.

Los ataques se le tratan con fomentaciones y baños calientes, recurriendo en el primero de ellos á la morfina pues los dolores se hacían intolerables; se la administra un purgante de aceite de Ricino, se le somete á régimen lácteo y se comienza á darle salicilato de sódio y á los cuántos días se sustituye este por los alcalinos; prescribiendo una especie de agua de Carlsbad artificial constituida de la siguiente manera:

Sulfato de sódio	aa.	
Bicarbonato de sódio	2,50	gramos.
Cloruro de sódio	1	»
Agua	1.000	«

Bajo la influencia de este tratamiento, la mujer mejora notablemente, el hígado disminuye de volúmen, las materias fecales se coloran, desaparecen los pigmentos bi-

liares de la orina, en una palabra, la enferma se cura saliendo de alta, ordenándosele que continúe tomando la agua alcalina y aconsejando también un régimen dietético é higiénico.

A esta enferma la he podido ver hace pocos meses, encontrándose completamente curada.

Eulogia Z.—Entra el 25 de Enero á la sala 5 cama 9 del Hospital de Clinicas, á cargo del Dr. Güemes.

Los antecedentes hereditarios de esta enferma, no tienen importancia.

Antecedentes individuales.—Ha sido siempre sana en su infancia: tuvo viruela á la edad de 8 años, regla á los 14; siendo estas siempre regulares. El año 86 tuvo cólera, empezando desde entonces á sufrir del estómago, las digestiones se hicieron difíciles, sintiendo peso y dolor, con sensación de plenitud. Cuándo hacía algún exceso en la comida ó tomaba algún alimento de difícil digestión, le venía un fuerte dolor al estómago y vómitos; estos ataques pasaban rápidamente y se repetían sin causa: en ninguno de estos ataques se puso amarilla.

Hace tres años, después de la muerte de la madre, los ataques se repetían con más frecuencia, poniéndose entonces por primera vez completamente ictérica. Desde hace año y medio los ataques siguen aumentando con frecuencia, comenzando á tener fiebre muy elevada en el momento que se producían los ataques, persistiendo desde entonces una coloración fuertemente ictérica de la piel.

Estado actual.—El día de su entrada presenta el si-

guiente cuadro: Mal estado de nutrición, escaso tejido adiposo, tinte ictérico muy acentuado de la piel y conjuntiva.

Aparato circulatorio.—La punta late en el 4º espacio intercostal por dentro de la linea mamilar; la impulsión es débil y limitada. El pulso es regular, igual, depresible, late 70 veces por minuto. A la auscultación no se oye nada de anormal. Tampoco en el aparato respiratorio.

Abdómen.—La palpitación es fácil, pues sus paredes son blandas y depresibles. El borde inferior del hígado es fácilmente palpado, sobrepasando 3 traveses de dedo el reborde costal, siendo su superficie lisa y estando su parte central un poco aumentada de consistencia; el reborde se ha mantenido cortante. Su borde superior llega al nivel de la 5ª costilla sobre la línea mamilar. La vesícula biliar es fácilmente palpada. Ni la palpación ni la percusión es en ese momento dolorosa.

Aparato digestivo.—La lengua húmeda y roja está ligeramente saburral en su centro; el apetito se conserva, pero las digestiones son difíciles, sobre todo para las sustancias grasas y la carne, provocándole cualquier exceso de alimentos fuertes, dolores y vómitos. El vientre se mueve con regularidad, pero las materias feçales son de una coloración casi blanca.

El riñón derecho es fácilmente palpable, pues se encuentra un poco descendido. La orina se examina, pero no se encuentran en ella pigmentos biliares. Hasta que pocos días después sufre de un ataque de cólico hepático en el que todos los síntomas anteriores toman una agudeza extrema apareciendo una notable elevación de temperatura, produciéndose estos ataques 5 veces durante su permanencia en el hospital.

Se administra un purgante de calomel; se calma sus

ataques por fomentación y baños calientes, haciéndole inyecciones de morfina cuando el dolor persistía. Una vez calmado éste, se comienza á darle salicilato sódico y alcalinos acompañados de un régimen láteo, bajo la influencia de esta medicación la enferma se mejora notablemente, las materias fecales se coloran, la ictericia desaparece, el hígado disminuye de volúmen y el estado general de la enferma mejora notablemente.

María J. entra á la sala 5ª núm. 5, el 30 de Marzo.

Antecedentes hereditarios.—La madre murió de una afección hepática á los 65 años; el padre murió repentinamente á los 48 años.

Antecedentes individuales.—Tuvo viruela en su niñez y luego ha permanecido sana hasta hace un año, en que sintió por primera vez un fuerte dolor en la región epigástrica, con vómitos, sin ictericia. Estos dolores volvieron á aparecer bruscamente otras tres veces en el curso del año con escalofríos vespertinos, seguidos de abundante sudación; la piel no se pone amarilla, pero las orinas eran más oscuras. Cuatro días antes de entrar en el hospital, tuvo otro acceso de dolores en el epigastrio, más intenso que los anteriores, con vómitos frecuentes, escalofríos y coloración ictérica de la piel.

Estado actual.—Tinte sub-ictérico, lengua saburral, vómitos frecuentes, biliares los primeros días, luego alimenticios, aneurexia. La región epigástrica y el hipocondrio derecho muy dolorosas. El hígado aumentado de volúmen, tiene un borde anterior muy grueso que se palpa principalmente en el epigástrio. El bazo, aunqun difícil-

mente, se puede palpar. En la orina se encuentran rastros de pigmentos biliares, pero no albúmina.

La temperatura subió la tarde de su entrada á 40° grados con violentos escalofrios, seguidos de profusos sudores, después de los cuales la enferma se sentía mejor. En los días siguientes, la temperatura descendió rápidamente á la normal, á la vez que disminuían los dolores y los vómitos, pero los escalofríos continuaron algunos días más. Este acceso se trató con baños calientes, inyecciones de morfina, dieta láctea y luego un purgante y alcalinos. Constatándose al día siguiente la presencia de varios cálculos en las heces. Después de lo cual, la mujer sigue mejorando, saliendo de alta el 11 de Mayo perfectamente curada.

J. Bonorino Cuenca

BIBLIOGRAFÍA.

Bouchard.—Maladies par ralentissement de la nutrition.

Cantani y Maragliano.—Patologia è Terapia Medica.

Charcot.—Traité de Medicine.

Dieulafoy.—Pathologia interna.

Tigthorst.—Pathologia interna.

Fonssagrives.—Traité de Therapeutique.

Gueneau de Mussy.—Clinique Medicale.

Munechison.—Maladies de Focil.

Dominici.—Des angiocolitis et cholecystites suppureuses.

Dragon.—De l'oclusion intestinale par calcul biliar.

Lyon medical, 1897.

Semaine medicale, años 96, 97, 98.

PROPOSICIONES ACCESORIAS.

En los casos de litiasis biliar, siempre que sea posible, se debe recomendar una cura termanal en Rosario de la Frontera.

En las fístulas recto-vaginales, el tratamiento indirecto, por deslizamiento del recto, produce buenos resultados.

Las inyecciones de suero artificial deben ser el tratamiento de elección en las anemias agudas.

Octubre 6 de 1898.

Nómbrase á los Sres. Académico Dr. José T. Baca, Profesor Titular Dr. Gregorio N. Chaves y Profesor Suplente Dr. Ignacio Allende para que, constituídos en Comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Luis M. Acuña.

Octubre 13 de 1898.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno Don Juan Bonorino Cuenca.

« En el local de la Facultad, á 13 de Octubre de 1898, « reunidos los que suscriben encargados de dictaminar res- « pecto de la admisibilidad de la tésis presentada por el « ex-alumno Don Juan Bonorino Cuenca, que versa sobre « "Litiasis Biliar", resolvieron admitirla, con lo que termi « nó el acto.—Firmados: J. T. Baca.—G. N. Chaves.— « O. Allende.—Firmado: Zenón Aguilar, *Pro-Secretario.*

LUIS M. ACUÑA. »

Octubre 13 de 1898.

Entréguese al interesado esta Tésis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Luis M. Acuña.