984
980

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COLECISTOTOMIA

Y

COLECISTOSTOMIA

SUS INDICACIONES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO BARBIERI

MAYOR POR CONCURSO DE LOS HOSPITALES SAN ROQUE Y RAWSON

BUENOS AIRES

ARGOS, IMPRENTA Y ENCUADERNACIÓN, CUYO 657

1894

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COLECISTOTOMIA

Y

COLECISTOSTOMIA

SUS INDICACIONES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO BARBIERI

MAYOR POR CONCURSO DE LOS HOSPITALES SAN ROQUE Y RAWSON

BUENOS AIRES

ARGOS, IMPRENTA Y ENCUADERNACIÓN, CUYO 657

1894

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

(Art. 162 del Reglamento.)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Doctor D. Leopoldo Montes de Oca

Vice Decano

Doctor D. Eufemio Uballes

Académicos Honorarios

Doctor D. Santiago Larrosa
" " Ernesto Aberg
" " Pablo Marengo
" " Eduardo Wilde
" " Ignacio Pirovano
" " Martín Spuch

Académicos Titulares

Doctor D. Mauricio González Catán
" " Leopoldo Montes de Oca
" " José T. Baca
" " Rafael Herrera Vegas
" " Pedro Mallo
" " José M. Astigueta
" " Jacob de T. Pinto
" " Eufemio Uballes
" " Juan R. Fernández
" " Enrique E. del Arca
" " Pedro N. Arata
" " Manuel Blancas
" " Roberto Wernicke
" " Pedro Lagleyze
" " José Penna

Secretario Titular

Doctor D. Luís M. Acuña

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomía Descriptiva	Doctor	Juan José Naon.
Anatomía Topográfica	»	Mauricio González Catán.
Histología teórico-práctica	»	Andrés F. Llobet.
Fisiología General y Humana	»	José M. Astigueta.
Higiene Pública y Privada	»	Melitón González del Solar.
Patología General y Ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología Externa	»	Guillermo Udaondo.
Patología Interna	»	José Penna.
Anatomía Patológica	»	Telémaco Susini.
Medicina Operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	»	Jacob de T. Pinto.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su clínica	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y clínica respectiva	»	Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Ignacio Pirovano. Julián Aguilar.
Clínica Médica	»	Eufemio Uballes. Gregorio N. Chaves.
Obstetricia y clínica respectiva	Doctor	Samuel A. Molina.
Medicina Legal y Toxicología	»	Eduardo M. Pérez.
Química aplicada á la Medicina	Dres.	Pedro N. Arata. Atanasio Quiroga.
Física Médica	Doctor	Jaime R. Costa.
Historia Natural Médica	»	Eliseo Cantón.
Fisio-patología experimental	»	Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer.
Laringología, otología, rinología	»	Eduardo Obejero.
Farmacia y Práctica farmacéutica	»	Juan A. Boeri.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernández-
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda.

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomía Descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomía Topográfica	Dres.	Juvencio T. Arce. Avelino Gutiérrez.
Histología teórico-práctica	Doctor	Rodolfo de Gainza (en ejercicio
Fisiología General y Humana		Vacante.
Higiene Pública y Privada	»	Enrique Revilla.
Patología General y Ejercicios clínicos	»	Gregorio Araoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica	Dres.	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Patología Externa	»	Obdulio Hernández. Pascual Palma (en ejercicio).
Patología Interna	Doctor	Marcial V. Quiroga.
Anatomía Patológica	»	Carlos Malbrán.
Medicina Operatoria	»	Diógenes Decoud.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	Dres.	Enrique Bazterrica (en ejer.) Alfredo Lagarde.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Antonio F. Piñero. Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Teófilo A. Moret. Francisco Barraza.
Enfermedades nerviosas y su clínica	Doctor	José A. Esteves.
Enfermedades mentales y clínica respectiva		Vacante.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Antonio C. Gandolfo. Juan B. Justo. Alejandro Castro (en ejercicio).
Clínica Médica	»	Abel Ayerza (en ejercicio). Julio Méndez. Francisco Sicardi.
Obstetricia y Clínica respectiva	Doctor	Luis F. Vila.
Medicina Legal y Toxicología		Francisco de Veiga.
Química aplicada á la Medicina	»	José M. Irízar.
Farmacia y Práctica farmacéutica		Vacante.
Enfermedades venéreas y dermatología		Maximiliano Aberastury (en eje)
Laringología, otología, rinología		Vacante.
Obstetricia para alumnas parteras		Enrique Pietranera.
Odontología		Vacante.

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO DR. JOSÉ PENNA

Quae medicamenta non sanat ferrum sanat etc

(Aforismo de Hipócrates.)

Je ne m'appésantirai point sur le traitement médical, il est responsable de la mort de beaucoup de femmes qu'il a empeché de se faire opérer à temps.

(Samuel Pozzi. *Traitement des kiqtes de l'ovairt en Traité de Gynécologie.)*

I.

Los fracasos consecutivos al tratamiento médico de la litiasis biliar, tratamiento susceptible de aliviar algunas veces, y muchas otras impotente para obtener efecto alguno durable y el conocimiento de dos colecistotomías practicadas por el Dr. Llobet con muy buen resultado, me han impulsado á eligir como tema de mi tésis inaugural "La colecistotomía y la colecistostomía—Sus indicaciones. "

Esta operación nueva en el país, pues no conozco

más que tres casos, pertenecientes dos al Dr. Llobet y uno, al Dr. Massi, era preconizada ya en las postrimerías del siglo pasado por J. L. Petit quien aconsejaba "abrir la vesícula para dar salida á los cuerpos sólidos ó líquidos que pudiera contener" (1); pero á pesar de las indicaciones de este cirujano la abertura de la vesícula no era aceptada sinó con muchas reservas y hace apenas veinte años escribía Richet:

"Los casos en que esta operación pueda ser urgente, deben ser mucho más raros de lo que se crea, leyendo lo escrito por este hombre ilustre, pues apesar de la autoridad de su nombre, no creo que muchos cirujanos recurran á ella." (2)

Actualmente se piensa de muy distinto modo y las operaciones llevadas á cabo sobre la vesícula y vías biliares para conseguir la curación de las molestias causadas por la litiasis, se multiplican diariamente en Europa, como sería de desear que sucediese entre nosotros. Reacción justa, pues asegura una curación radical y al mismo tiempo rápida á cierta clase de enfermos, que por el tratamiento médico tardan mucho en curar ó no sanan nunca.

---

(1) Richet. Anatomie médico chirurgicale. P. 808.
(2) Loco citato.

De lo dicho en el párrafo anterior fluye naturalmente esta pregunta: ¿Hay litiasis curables por un tratamiento médico exclusivo ó es solo el quirúrgico capaz de producir la curación? A mi entender hay que distinguir dos categorías de esta clase de enfermos; los curables por los tratamientos médicos (alcalinos, litina, litontrípticos) y los refractarios á él.

Un enfermo tiene un primer ataque de cólico hepático ó hace muy poco que padece de ellos, no tiene manifestaciones de colemia ú otros síntomas graves producidos por la ausencia de la bilis en el intestino ó su reabsorción, el exámen de la vesícula es satisfactorio en lo que se refiere á la presencia de una pequeña cantidad de cálculos; el estado general del indivíduo jóven no deja que desear como tampoco sus funciones; pertenece á la primera categoría.

Veamos ahora otro enfermo. Es de edad algo avanzada ó si no sus funciones orgánicas estan comprometidas por una litiasis biliar de varios años de existencia, curada y recidivada (1) presa de colemia, con su vesícula llena de cálculos ó con el canal calédoco obstruído por uno de ellos: este pertenece á la segunda categoría.

---

(1) Para Paulsen la recidiva de la litiasis biliar es una indicación de intervención.

Bien se comprende que desde lo que podemos llamar la resurrección de la cirujía biliar, se ha estrechado la esfera de acción de los tratamientos médicos. exclusivos hasta hace muy pocos años; ganando en cambio los quirúrgicos el campo perdido por los médicos. Esto se ha conseguido gracias á los esfuerzos de cirujanos tan eminentes como Terrier, Billroth, Thornton, Roux, Kummel, Schwartz, Michaux, Courvoisier, Lawson Tait, Spencer Wells, Mayo Robson, etc.

Estas ideas, en mi humilde opinión, se reflejan en la extensión cada vez más considerable que va adquiriendo la intervención quirúrgica sobre el aparato biliar y quizá no es difícil que llegue el tiempo en que desaparezca completamente de la escena el tratamiento médico quedando en pié solo el quirúrgico, confirmándose así una vez más la veracidad de las palabras del insigne Louis cuando, como si quisiera vaticinar los progresos que realizaría en un porvenir no muy remoto la cirujía, escribía:

"*Grand nombre de maladies qui font le désespoir du médecin, guérissent facilement par l' intervention de la chirurgie.*"

Algo más viene aún á justificar la intervención activa en los casos de litiasis y ese algo, consiste en los

accidentes y complicaciones diversas atribuibles, á la larga ó á la corta, á esta afección. Sin detenerme largamente sobre este punto, señalaré la posible producción de abcesos múltiples en el interior del parénquima hepático, la inflamación supurada de las vías biliares, frecuentemente de naturaleza ulcerosa y susceptible de producir peritonitis fulminantes y, en casos más localizados, inflamaciones limitadas de la serosa, sinó tan peligrosas, por lo menos bastante molestas.

La repercusión que sobre el parénquima hepático y sus funciones pueda tener la litiasis biliar, depende mucho de la situación de los cálculos y su encajamiento en distintos puntos de las vías que tiene que recorrer la bilis para llegar al intestino y según esa misma situación, la intervención operatoria puede y debe ser practicada con más ó menos urgencia.

Demás está decir que una víscera tan importante no puede ser alterada en su funcionalismo sin producir en la generalidad del organismo, alteraciones de tal naturaleza que constituyan una indicación para intervenir.

II

Cuando los operadores eran dominados por un temor enorme á la abertura de las grandes cavidades serosas, tan fácilmente infectadas antes de la adopción del método antiséptico, la abertura de la vesícula se verificaba en dos tiempos que constituían el primero, en obtener por medio de caústicos la adhesión al nivel de ella de las dos hojas del peritoneo y el segundo, en la incisión de las capas así adheridas.

Hoy, desechados y con razón estos temores, la vesícula no se fija previamente por adherencias á la pared abdominal; la operación se verifica en un tiempo por todos los cirujanos, salvo uno que otro como Courvoisier que, en ocasiones, la verifica en dos.

Las operaciones que se practican sobre el aparato biliar son muy variadas; aquí solo nos ocuparemos de dos; la colecistotomía ideal, que consiste en la abertura simple de la vesícula para extraer su contenido, cerrando luego por suturas este reservorio y la colecistostomía, en la cual la operación se termina dejando la cavidad de la vesícula en relación con el exterior.

Todavía hay muchos autores que confunden ambas operaciones bajo una sola denominación; la de colecistotomía, dividiendo luego ésta en ideal ó propiamente dicha, y en colecistostomía.

Las demás intervenciones en este aparato que intencionada ó accidentalmente pueden tener que combinarse con las dos primeras son: la colecistectomía, ó extirpación total de la vesícula, á veces requerida en el curso de una colecistotomía por alteraciones de la vesícula; la colecistoenterostomía, abocamiento del reservorio cístico en el duodeno fuera del sitio normal y si es del colédoco, coledocoenterostomía; la coledocotomía ó extracción de uno ó varios cálculos del colédoco por incisión y la coledocostomía cuando se produce artificialmente la fistulización de este conducto.

En algunos casos la colecistotomía puede ser pre-

cedida ó acompañada por la colédoco ó la colecisto-litotripsia, trituración de las cálculos en los canales cístico y colédoco respectivamente y por el catete-rismo de las vías biliares.

III

Expuestas ya brevemente las razones por las cuales debe preferirse la operación en un tiempo, veamos como debe hacerse la incisión de las paredes abdominales.

No todos los autores están de acuerdo sobre la situación y dirección de la incisión de las paredes abdominales para llegar al aparato biliar, pues mientras algunos como Picqué y Perier pretenden hacerla en la línea media, otros, que constituyen la mayoría, la sitúan por debajo del reborde de las falsas costillas derechas al nivel del borde externo del músculo recto del abdomen.

Las dos incisiones presentan sus ventajas y sus inconvenientes. "La incisión media supra-umbilical, dice uno de sus defensores (Perier) es la que

debe escojerse. Una vez abierto el vientre y constatado el estado de las partes, se seguirá la conducta apropiada á cada caso particular" y por el contrario Terrier y los cirujanos ingleses y alemanes creen que la incisión lateral permite llegar más pronto y requiere menos manipulaciones para alcanzar la vesícula.

En realidad creo que ambas incisiones pueden ó nó, ser convenientes según los casos.

Una vesícula biliar agrandada hasta aproximarse, llegar ó sobrepasar la línea media con adherencias inflamatorias que la unen al duodeno, será tan fácilmente accesible por la incisión lateral como por la media; pero esta última deberá preferirse, pues ofrece mayor campo de acción sobre las complicaciones producidas por la vesícula distendida. Júzguese sinó por el siguiente ejemplo debido á Perier:

"Una mujer de 60 años, que había tenido anteriormente cólicos hepáticos, se quejaba hacía 8 meses de alteraciones hepáticos características de un obstáculo pilórico. Sintiendo al nivel de esta rejión una tumefacción dura, irregular y dolorosa, se diagnostica cálculos de la vesícula biliar con exudados inflamatorios que comprimen el píloro ó el duodeno.

La laparotomía descubre una masa indurada, parecida al epiplón inflamado, detrás de la cual se hallaba el píloro. Desprendidas algunas adherencias, se escurrió por la herida una gran cantidad de cálculos biliares. Se sacaron 306 de estos de la bolsa que, cuidadosamente desinfectada, fué fijada á la pared abdominal y drenada. Las paredes de la vesícula habían desaparecido por fusión con los órganos adyacentes. Esta enferma curó después de un incidente sin importancia" (1).

En estos casos hasta el mismo Perier, tan partidario como es de la incisión lateral, acepta la media, habiéndole ocurrido intervenir en repetidas ocasiones en las vías biliares por este camino, en como un caso de colecistectomía incompleta por dilatación enorme de la vesícula biliar á causa de la obstrucción del canal cístico por un gran cálculo, con extirpación simultánea de un quiste hidático, en una colecistectomía con vesícula muy voluminosa y en varios otros casos que no cito para no extenderme.

Si el caso se presenta sin complicaciones, no hay adherencias de la vesícula que está disminuida de volú-

---

(1) Revue de chirurgie, 1891,

men como sucede frecuentemente, la incisión lateral deberá preferirse y lo es por la mayoría de los cirujanos que tienen alguna práctica en la cirugía del aparato biliar. Como puede comprobarse leyendo las observaciones contenidas al final de esta tésis, es la incisión usada por el Dr. Llobet.

Dejo exprofeso de lado las incisiones transversales y en T, preconizadas por los cirujanos de Viena, Hochenegg y Rudolf Frank y practicadas solo reducido número de veces.

Condenadas fuertemente por Perier, nos parecen inexplicables, pues no solo exponen más que las otras á las eventracciones como en un caso del mismo Hochenegg, si que también exijen mayor trabajo para alcanzar la cara inferior del higado requiriendo la incisión trasversal de las fibras musculares del recto y del oblícuo. La eventración del autor citado, puede explicarse por no haberse practicado la sutura de las paredes abdominales y sí solo un taponamiento de gasa iodoformada, pero aun descartando este inconveniente real, quedaría el mayor tiempo exigido por la operación por la sección de los músculos de la región, la hemostasia siempre algo más difícil entre las fibras musculares y, al fin de la operación, la sutura de este plano más difícil todavía á causa de la retracción de

las fibras musculares cortadas en un sentido distinto al de su dirección y que obedecen á su contractilidad natural.

¿Hay utilidad en debridar hacia adentro la incisión lateral, como lo aconseja Calot en su tésis inaugural? En las observaciones que cito, no se ha empleado nunca esta liberación, pues no se puso drenaje de ninguna clase, y al parecer, refiriéndome en esto á las palabras de Michaux, la incisión lateral de Calot solo tiene por objeto asegurar la rectitud de las mechas de drenaje ó de los tubos, en estas operaciones.

Después de esta digresión sobre la incisión de Calot, volvamos á las principales.

Todas estas incisiones son verticales y su dirección se explica por la facilidad de acceso que procuran á la cavidad abdominal, ya se hagan sobre la línea blanca ó sobre el borde externo del músculo recto del abdómen, pues en estos puntos de elección solo hay necesidad de cortar un limitadísimo número de fibras musculares.

Sin hablar de la incisión sobre la línea blanca en la que se evita por completo la sección de ellas, la lateral, cayendo en el intersticio del recto del abdómen con el oblicuo externo, solo exije la de algunas fibras

del oblícuo menor, cuya dirección es transversal pero cuyo espesor es muy limitado.

La cicatriz obtenida con estas incisiones es poco ancha y no adherente, condiciones de que carecen las resultantes de las incisiones transversales y en T.

A todas estas ventajas de las incisiones verticales, se agrega la de que, permitiendo tanto como las transversales la exploración, fijación y sutura del aparato biliar, requieren menos extensión para la inspección y las manipulaciones verificadas en estos casos.

Me parece no deber insistir más sobre el emplazamiento y la dirección de las incisiones de la pared abdominal; con lo dicho basta para rechazar las incisiones transversales de Hochenegg y Rudolf Frank, admitiendo solo una utilidad dudosa al debridamiento de Calot, que siendo inofensivo cuando no se le haga muy extenso, puede usarse ó no sin ningún inconveniente.

Ahora que conocemos el modo de proceder á la incisión de las paredes abdominales, ¿qué longitud debe tener esta?

Variable según los casos, habitualmente se hace de 8,10 á 15 centímetros según lo requieran las circunstancias, para proceder con más comodidad, pues si bien es prudente incindir la menor cantidad de te-

jido posible, es fácil hallarse en la situación de Thornton, operando casi á ciegas en el interior de la cavidad abdominal y en la necesidad de usar un espéculum de Ferguson para poder constatar el estado y la situación de las vías biliares (1)

Así pues, si en los casos en que el hígado está de tamaño normal, la incisión debe tener las dimensiones indicadas; la correspondiente á un hígado aumentado de volúmen alcanza á tener 15 ó 18 centímetros, que permite operar con comodidad y no exponen tanto al schok, frecuente á consecuencia de manipulaciones reiteradas en la cavidad abdominal al traves de una incisión demasiado pequeña.

De todo lo expuesto anteriormente se deduce que:

1º Las incisiones preferibles para alcanzar el aparato biliar son verticales, y deben situarse sobre la línea blanca ó al nivel del intersticio que separa el recto del oblícuo mayor del abdómen.

2º Su largo no debe exceder, en los casos comunes, de 8 ó 10 centímetros, pudiendo, sin embargo, agrandarse en casos especiales.

3º El debridamiento horizontal aconsejado por Calot, puede ó no usarse á voluntad en las colecistotomías.

---

(1) *Revue de Chirurgie*, página 905, 1892.

IV

Llegado á la cavidad peritoneal, ¿qué conducta debe observar el cirujano? ¿Cómo debe aislar, incindir y suturar la vesícula?

Una vez hecho el diagnóstico de la obstrucción biliar, el cirujano, decidido á intervenir, no sabe siempre á ciencia cierta la clase de operación que deberá practicar. Dejando el capítulo de las indicaciones para después, supongamos que el operador encuentre el aparato biliar en condiciones favorables para la colicistotomía (en su acepción más lata) y veamos cómo debe proceder.

Si ha penetrado en la cavidad abdominal por la incisión lateral, que es la preferible, caerá sobre la vesícula biliar ó le será fácil encontrarla á menos que

su retracción y su degeneración sean tan marcadas que se oculte á los ojos del operador.

Y aqui, permítaseme una digresión sobre el estado de la vesícula biliar, en la litiasis de este aparato.

En los casos de obstrucción de las vías biliares, la vesícula puede hallarse de dos maneras, ó sumamente distendida por la acumulación en su interior de la bilis ó de un líquido mucoso claro segregado por la membrana mucosa, ó retraída, degenerada y difícil de encontrar, ya por su pequeñez y por estar al mismo tiempo envuelta entre los exudados de periangiocolitis, tan frecuentemente provocada por los cálculos, ó ya por fusión inflamatoria de las paredes del reservorio con los tejidos próximos, como en el caso referido por el Dr. Quenu, quien, después de haber penetrado en la cavidad peritoneal por la incisión lateral, halló un absceso en el sitio de la vesícula, sin conseguir encontrar las paredes de ésta.

Este estrechamiento de la vesícula es análogo al que se produce en todas las glándulas y reservorios cuyo conducto escretor se oblitera. Dupré ha demostrado que la ligadura aséptica del canal colédoco determina en el hígado la dilatación considerable de los canales y canalículos, así como de la vesícula biliar, después la atrofia epitelial, la esclerosis conjuntiva y,

finalmente, la reducción de volumen del órgano primitivamente aumentado en sus dimensiones. Se hace desempeñar á micro-organismos patógenos el rol principal en esta esclerosis pretendiendo que la bilis estancada es un buen medio para su pululación; á esta hipótesis aún no contradicha, Hanot ha agregado el papel mecánico de los cálculos como productores de ulceraciones en los canales y vesícula biliar, puntos desde los cuales irradiarían las lesiones esclerosas.

Igual explicación podría darse, ó análoga, del estado de los tejidos adyacentes á la vesícula, esclerosados, retraídos y unidos á ella por medio de bridas fibrosas, debido, aunque quizá no exclusivamente, á la propagación de las lesiones por continuidad del tejido.

En estas últimas condiciones la vesícula, como ya lo hemos dicho, puede hablarse retraída tal como en un caso de Terrier, quien, en una autopsia, halló la vesícula biliar en su sitio habitual, pero como rechazada al interior del tejido hepático por un tejido inflamatorio retractil.

La distensión de la vesícula biliar, parece ser más rara de lo que hasta ahora se había creído. Se contaba solo con el papel mecánico desempeñado por el cálculo al impedir el vaciamiento regular del reser-

vorio, y se dejaba á un lado la acción mucho más compleja, que ya hemos bosquejado.

Distendidas ó retraídas, las paredes de la vesícula suelen estar incrustadas de sales calcáreas, en una extensión que variará mucho con la antigüedad de la litiasis, y las deformará más ó menos completamente, según el grado de calcificación. El estado de las paredes de la vesícula, tiene suma importancia, pues constituye una indicación para practicar de preferencia tal ó cual procedimiento operatorio.

El contenido de la vesícula, debe también tenerse en cuenta en estos casos, pues la inflamación supurada, ocasionada por los cálculos exige, en muchos casos, precauciones especiales en la apertura de la vesícula, precauciones que, descuidadas, producen con mucha facilidad la muerte por peritonitis séptica ó complicaciones difíciles de dominar.

No me detendré mayormente en la descripción de los cálculos; grandes ó pequeños, pueden encontrarse libres en la cavidad ó engarzados en la pared, lo que constituye una dificultad seria en estas intervenciones, obligando á veces á optar por la extirpación de la vesícula, cuando su trituración es muy engorrosa.

Encajados en el canal cístico hacen, si su tamaño se lo permite, prominencia en la vesícula, y pueden

ser extraídos por la colecistotomía. Situados en el canal colédoco, no se extraen por ese procedimiento, á menos que se haga retroceder el cálculo hasta la vesícula.

La incisión de la vesícula puede practicarse con el objeto de fijar después la abertura á la pared abdominal, creando así una fístula externa (colecistostomía), ó para maniobrar cómodamente en su interior, con la intención de volverla á cerrar en cuanto termina la intervención quirúrgica. (Terrier). Este segundo modo de proceder, constituye la colicistotomía propiamente dicha, ó colecistendisis de Courvoisier.

Si divergencia de opiniones han existido en cuanto á la incisión de las paredes abdominales, no sucede lo mismo con la de la vesícula biliar. La incisión debe practicarse en cuanto sea posible en la dirección del eje mayor, con lo que se facilita no solo la extracción de los cálculos del canal cístico proeminentes en la vesícula, sí que también se hace más completa la exploración de este reservorio.

No diré nada de determinado sobre la longitud de la incisión; bien se comprende la dificultad de establecer reglas fijas é inmutables, dado los estados absolutamente desemejantes en que puede hallarse la vesícula; pero estableceré la preferencia para las in-

cisiones amplias, desde el fondo hasta el cuello, á fin de poder verificar, con toda libertad, las maniobras quirúrgicas necesarias, por ejemplo: la extirpación de un cálculo engastado en la mucosa.

¿La incisión de la vesícula debe hacerse previa punción de su contenido, ó vale más fijar antes la vesícula á la pared abdominal por medio de suturas y luego abrirla para que la bilis se derrame al exterior?

La resolución de esta cuestión, está reservada á condiciones especiales y, en otros casos, al temperamento del cirujano.

Si suponemos una vesícula sumamente distendida, conteniendo bilis mezclada con cálculos y pus, y cuya distensión haga temer una ruptura durante las maniobras necesarias para la sutura previa, no encontramos sino ventajas, practicando, como tiempo inicial, la aspiración del contenido del reservorio biliar con una aguja capilar de medianas dimensiones.

Si la vesícula no está distendida ó lo está tan ligeramente que la sutura no ofrezca los peligros señalados en el párrafo anterior, si se pretende seguir el procedimiento al que han dado su nombre Parkes y Charmault, y que recomienda Langenbuch, la sutura previa de vesícula es muy ventajosa y finalmente, si como

en uno de los casos citados al final de este trabajo, la vesícula sólo contiene cálculos sin una sola gota de líquido, pueden descuidarse ambas precauciones preocupándose solamente de evitar la caída de alguno de ellos, dentro de la cavidad peritoneal.

Circunstancias idénticas y consideraciones análogas á las precedentes que se refieren á la colecistotomia ideal, pueden presentarse en la colecistostomía, pues hay quienes como Felizet suturan previamente la vesícula á la pared abdominal y luego la incinden, y otros que, á ejemplo de Lawson Tait, evacúan primero la vesícula, y luego la fijan á la herida externa.

Todos los pormenores en que hasta ahora me he extendido, presuponen la facilidad de alcanzar la vesícula, pero si así no fuera, la ingeniosidad del cirujano debe suplir, con un procedimiento adecuado á cada caso, las dificultades que se presenten.

Evacuada la vesícula por cualquier procedimiento, nos queda ahora por estudiar el método á seguir en la sutura de las paredes, ya para cerrarlas completamente con independencia de la herida abdominal, ya dependiente de ésta ó ya, finalmente, para dejar la cavidad del reservorio en comunicación con el exterior.

Más adelante veremos los casos, en los cuales hay

que dar la preferencia, sea á una, sea á otra de estas operaciones; por el momento, describiremos el manual operatorio en los dos casos.

Si deseamos practicar la colecistotomía—primer caso—suturamos la vesícula en casi su totalidad, y solo dejamos una abertura cerca de su fondo reunida por una corona de suturas á la porción correspondiente de la herida abdominal que habrá sido suturada hasta ese nivel junto con la vesícula. Puede también conservarse abierta toda la vesícula suturando cuidadosamente la pared ó la herida abdominal, excepto la mucosa, que se sutura á la piel.

En estos casos, es indispensable la colocación de un tubo de drenaje hasta la unión sólida de los tejidos; después de retiradas las suturas, puede también sacarse el tubo, con lo que queda como resultado una fístula biliar, cuya oclusión tardará más ó menos tiempo, según las condiciones generales del enfermo, y el estado de las paredes de la vesícula.

En circunstancias favorables, la oclusión de la fístula se verifica por sí sola, pero en otros se requiere una intervención más ó menos complicada desde la cauterización del trayecto fistular, hasta la resección, el avivamiento y sutura del mismo por el procedimiento de Chaput.

Esta pequeña operación, facil de practicar, tiene por objeto librar á los enfermos de una molestia que, si no es muy considerable, basta por lo menos para preocuparlos cuando las fístulas persisten por mucho tiempo, por ejemplo, tres años, como en un caso de Terrier, más de tres años en otro del mismo autor, etc.

En la colecistotomía ideal, el manual operatorio tiene muchos puntos de contacto con el precedente, cuando se hace, no la colecistotomía á suturas perdidas, sinó á suturas intra-parietales. Este procedimiento que asegura, se dice, la solidez de la sutura de la vesícula, ha dado buenos resultados entre las manos de Langenbusch.

La sutura de las paredes de la vesícula aisladamente, constituye la colecistotomía ideal á suturas perdidas, llamada por Courvoisier, colecistendisis.

Este procedimiento, que es el usado por el dector Llobet, en sus dos casos, requiere una antisepsia rigurosa, y como lo veremos más tarde, su aplicación debe reservarse para ciertos y determinados casos en que pueda no ser peligrosa.

El material de sutura á emplear de preferencia es el catgut de cuya esterilización y solidez se esté bien seguro, recomendación que no es supérflua, pues el derrame de la bílis en el caso de aflojar los hilos,

constituye un inconveniente á veces serio, y si el catgut no está bien antiséptico, puede provocar fenómenos terribles de infección muchas veces y en otros casos, molestias tales como la eliminación de los hilos sucios por la supuración.

Al aconsejar el catgut en la sutura de la vesícula, me guío por la preferencia, á mi parecer muy racional, de los cirujanos que la emplean, con exclusión de todo otro material, para las suturas abandonadas en el interior de las cavidades. Sólido y bien esterilizado, tiene todas las ventajas de la buena seda y se reabsorbe con más facilidad.

Con catgut, pues, se sutura la vesícula á dos planos sero-serosos, invirtiendo hacia adentro el primer plan de suturas. El método de Lembert es el más sencillo y el preferible, pues que proporciona una oclusión hermética y segura. También podría comprenderse en el segundo plano de suturas el epiploon próximo y el peritoneo suprayacente y en ese caso, el procedimiento tendría algo de la colecistotomía á suturas perdidas y ciertos puntos de contacto con el procedimiento de Parkes-Charmault. Seguiríase en esto la práctica de Thornton que, en un caso de coledocotomía, reforzó el plan superior, comprendiendo en él el epiploon y el peritoneo próximo.

Leyendo algunas historias de caledocotomías he observado que algunos operadores como Küster, hacían dobles suturas empleando catgut para las más profundas y seda para las superficiales. Esta diversidad de hilos, aunque no sea perjudicial, es inútil y hasta llegaré á decir insegura, pues es más facil estar seguro de la antisepsia de uno solo que de las dos clases de hilo; es pues preferible usar exclusivamente ó catgut ó seda.

No es seguramente difícil hacer la sutura de la incisión de la vesícula, máxime si se adoptan los procedimientos indicados ya; pero lo que requiere suma atención—y vuelvo á insistir sobre ello—es la perfecta coaptación y la oclusión hermética que debe conseguirse. A este objeto responde el doble plan de suturas practicados convenientemente y á él también se debe la idea de reforzar el segundo plano con los tejidos adyacentes. La posible filtración de la bilis y su caída en la cavidad peritoneal explica este exceso plausible de precauciones, por medio de las cuales puede evitarse el drenaje, difícil de establecer muchas veces hasta el punto de requerir el debridamiento lateral de Calot.

Practicadas, según el caso lo requiera, la colecistotomía ideal ó la colecistostomía, el establecimiento

del drenaje, indispensable en el primer caso, no tan solo no lo es en segundo, sino que por el contrario debe tratar de evitarlo el cirujano, operando lo más antisépticamente posible.

De lo dicho se desprende la necesidad de drenar la herida abdominal cuando, por cualquier motivo, se tema la infección. Pero el drenaje puede colocarse de diversas maneras; ya en la incisión operatoria, ya fuera de ella en la parte más declive de la cavidad abdominal ó ya en ambas partes á la vez.

Preferiría el drenaje sobre la misma incisión en todos los casos, sin dejar de reconocer lo razonable del procedimiento de Thornton al colocar, en la parte más declive de la cavidad peritoneal, un tubo supra-pubiano que recoja los líquidos filtrados á traves de los puntos de sutura y cuyo mayor inconveniente, estribaría en la necesidad de incindir, por segunda vez, las paredes abdominales y el peritoneo para el paso del tubo de drenaje.

En un caso en el que el cirujano inglés usó el drenaje supra-pubiano, se trataba de una coledocotomía y, como él mismo establece, pudo comprobar un gran derrame de suero teñido por bilis por el tubo hepático, pero no por el supra-pubiano. Queda pues establecido que si bien el drenaje inferior puede

en rigor ser útil, solo debe reservarse para los casos de gran peligro de infección.

En la colecistostomía el drenaje que asegura el derrame de la bilis al exterior es de regla y puede practicarse con tubos de cautchuc ó con gasa iodoformada. La primera conducta es preferible.

La supresión del drenaje depende de la naturaleza de la intervención y del estado de la vesícula.

En una colicistotomía ideal, el drenaje no es absolutamente necesario y, como ya lo hemos dicho, debe prescindirse de él siempre que sea posible; pero cuando se pone, puede suprimirse al cabo de 48 horas ó de 72 siempre que el derrame de serosidad sea poco ó nulo y no haya pus.

En las colecistostomías el drenaje puede durar mucho tiempo; aquí interviene otro factor, es decir, el estado de la vesícula.

Suponiendo poco alteradas las paredes del reservorio biliar, la fístula que se deje, será pequeña y tendrá tendencia á ocluirse espontáneamente ó mediante lijeras cauterizaciones con nitrato de plata. En estos casos, el tubo puede irse retirando paulatinamente y sacarse al cabo de un mes; pero cuando las paredes tienen extensas adherencias inflamatorias con los tejidos de la proximidad ó presentan grandes

infiltraciones calcáreas, que deben ser previamente eliminadas, el drenaje debe dejarse subsistir por un tiempo más ó menos largo y cuya duración no puede preveerse. En un caso de Terrillon persistió una fístula durante 3 meses; en otro, la supuración duró once meses para conseguir eliminar una gran cantidad de fragmentos calcáreos infiltrados en la pared.

Bien se comprende que en estos casos hay necesidad de procurar amplia salida al pus y el drenaje debe subsistir mientras éste se presente por la fístula. Después la bilis puede mantenerlo abierto aún; pero entonces se recurre, para cerrarla, á los medios ya mencionados de cauterización ó avivamiento.

Resumiendo lo expuesto en este capítulo, diremos:

1º La incisión de la vesícula debe ser todo lo más amplia posible y paralela á su eje, ya se trate de verificar la colecistotomía ideal ó la colecistostomía.

2º La incisión puede verificarse, según los casos, con fijación previa á la herida abdominal, punción por medio de un trócar ó descuidando cualquiera de ambas precauciones cuando hay poco ó no hay líquido.

3º En la colecistostomía, la abertura fija á la he-

rida abdominal es de dimensiones variables con las condiciones de la vesícula.

4º En la colecistotomía ideal, las suturas de la vesícula pueden ser libres ó fijas á la pared abdominal (Parkes Charmault).

5º Las suturas deben hacerse preferentemente con catgut, sólidamente y á dos planos seroserosos, cuando se usa el procedimiento á suturas perdidas.

6º El drenaje, indispensable y á veces de larga duración en la colecistostomía, debe tratar de suprimirse en la colecistotomía ideal, siempre que posible sea.

7º Y último. Las fístulas consecutivas á la colecistostomía se cierran espontáneamente ó puede activarse su oclusión por la cauterización del trayecto ó el procedimiento de Chaput.

V.

Concluída la sutura de la vesícula biliar y después de haber hecho la toilette del peritoneo, queda toda-vía por describir un tiempo de cierta importancia, cual es la sutura de la pared abdominal.

Ya sabemos que, según el procedimiento empleado, puede ser independiente ó no, de la vesícula.

En la colecistotomía ideal, las suturas perdidas de la vesícula, han dado excelentes resultados y son las que han sido usadas en los tres casos cuyas historias clínicas cito, haciéndose, por consiguiente, las de la pared abdominal aisladamente.

La facilidad de la producción de las eventraciones después de la cicatrización de la herida abdominal, debe inducir al cirujano á obtener una cicatriz todo lo más resistente posible para no verse obligado á

verificar una nueva operación con el fin de remediar este inconveniente.

En los trabajos que he consultado, muy raras veces se consigna el procedimiento usado y el material empleado para suturar la pared abdominal, me limitaré, pues, á pasar en revista los procedimientos que se usan habitualmente para estos casos, indicando el preferible en la colecistotomia ideal.

1.º Las paredes abdominales pueden suturarse en un solo plano con seda gruesa, colocando después puntos superficiales entre los profundos.

Es un procedimiento defectuoso, adaptable solo á ciertas circunstancias apuradas, cuando una operación intra-abdominal ha durado mucho tiempo. A pesar de todos sus defectos le he visto dar cicatrices resistentes: pero no es bueno fiarse en él.

2º. Sutura contínua del peritoneo con catgut y la de los demás planos superficiales en conjunto con crin. Asegura más la solidez de la cicatriz y puede emplearse en estos casos. Será siempre necesario, como en el caso anterior, colocar puntos de sutura superficiales de seda entre los profundos.

3.º Sutura contínua á planos superpuestos empleando sucesivamente el catgut para el peritoneo y capa

muscular, y la seda para la aponeurosis y la piel ó limitándose exclusivamente al uso de uno ú otro material de sutura.

Cuando el catgut ha sido bien preparado y se tiene la seguridad de que no se reabsorberá muy lijero, puede usarse de preferencia á la seda.

Usando este procedimiento, se obtiene una cicatriz que está en mejores condiciones de solidez para resistir la presión de las visceras abdominales que tienden á escapar por los puntos más débiles de la pared abdominal, después de cualquier esfuerzo.

Las minuciosas estadísticas y la observación ulterior de los enfermos operados por afecciones de las vías biliares, han permitido constatar la existencia de eventraciones por la cicatriz al cabo de un tiempo más ó menos largo y aún cuando la incisión usada no haya sido la de Rudolf Frank y Hochenegg de Viena.

No hay, pues, completa seguridad respecto á la producción de eventraciones ulteriores á la operación, pero siempre que se haya respetado, en lo posible, la fibra muscular y se reconstituya por medio de la sutura, la pared abdominal en cada uno de sus planos, las probabilidades de este accidente se hacen menos numerosas.

Es más fácil la producción de las eventraciones en

las colecistostomías que en la operación ideal y eso no es difícil de explicar, dado la formación de un sitio de menor resistencia al nivel de la fístula biliar.

El intestino delgado, es la víscera más habitualmente herniada ya por ese punto ya por la parte superior de la cicatriz; pero hasta la misma vesícula puede hallarse comprendida en la eventración tal como lo refiere un autor, el que, en un caso de colecistostomía con fistula biliar aún persistente y eventración, comprobó la presencia del reservorio biliar en la hernia pues la presión sobre el tumor hacía fluir la bilis por la fistula.

Es indudable que la eventración ulterior constituye el inconveniente más serio que pueda presentarse después de las intervenciones sobre las vías biliares, intervenciones tan llenas, por otra parte, de ventajas cuando aseguran la cura de una afección tan rebelde á los tratamientos médicos, cual es la litiasis biliar.

Dejando á un lado las ideas de los antiguos que pretendían reforzar las cicatrices, haciéndolas reunir por segunda intención, el mejor procedimiento consiste en obtener, en cuanto sea posible, la curación por primera intención y sostener luego la cicatriz por medio de una faja abdominal ó simplemente, por un

vendaje para el caso posible de presentarse este inconveniente tan molesto.

De lo dicho hasta ahora no hay que deducir que las eventraciones sean muy frecuentes en estos casos, pues apenas se encuentran mencionadas una ó dos en la larga serie de artículos publicado por Terrier sobre las operaciones practicadas en las vías biliares. En una historia publicada por ese autor en la "Revue de Chirurgie" del año 1892, cita una enferma con eventración considerable consecutiva á una colecistotomía, de la que dice: "En resumen, salvo esta afección molesta, en verdad, el estado de la enferma es todo lo bueno posible; ha podido volver á sus trabajos de institutriz, felicitándose del resultado curativo persistente de la operación."

Al decir de Terrier, esta enferma era sumamente obesa y sus tejidos muy laxos, razones que explicarán la falta de resistencia de la cicatriz.

Aun cuando autores y prácticos modernos desconfíen operar las hernias que no se produzcan por los orificios naturales, en una palabra, las eventraciones, otros, y yo me cuento entre sus partidarios, opinan de una manera muy distinta é intervienen del mismo modo en los casos de hérnias producidas al través de los orificios naturales y en los que se

originan en los artificiales. Estos últimos, reducen el intestino ó el órgano herniado, resecan si es necesario una porción de tejido tanto profundo como superficial, suturan cuidadosamente las paredes abdominales plano por plano, y hacen curar la herida operatoria por primera intención.

Tal procedimiento debería, pues, emplearse en estas circunstancias y cuando nos hallásemos en presencia de una eventración consecutiva á operaciones llevadas á cabo sobre el aparato biliar (ó cualquier otro órgano intra-abdominal) habría que resecar la cicatriz, reducir el órgano herniado y obteniendo la reunión inmediata, crear otra cicatriz más resistente.

Si me fuera permitido dar mi opinión en materia de eventraciones, propondría para aquellos casos análogos al citado por Terrier, y cuando se desconfiara de la solidez de la futura cicatriz, propondría, digo, una modificación en el procedimiento de sutura de las paredes abdominales.

Creo que en los casos mencionados, sería conveniente suturar cada plano de las paredes con seda ó catgut, sutura contínua á planos superpuestos, pero resecando de cada borde de la herida cutánea, un trozo de la longitud de ella y de un centímetro de

ancho, de manera á producir un ligero grado de tensión y disminuyendo en ese punto el ancho de la pared, atenuar los efectos de la laxitud de los tejidos, impidiendo que la cicatriz ceda tan facilmente.

En todas las ocasiones aconsejaría suprimir el drenaje, que tendría siempre el defecto de crear en la cicatriz un punto debil, á menos de existir fuertes presunciones de infección y, aun en esas condiciones, redoblaría las precauciones antisépticas con el objeto de conseguir su supresión.

En ninguno de los casos que han suministrado tema á esta tesis, hubo que lamentar ulterioridades de las que venimos tratando, aún cuando, por lo menos en dos de ellos, no se hiciera uso de faja alguna para reforzar la resistencia de las paredes abdominales.

El caso núm. 1 fué visto al cabo de 7 á 8 meses, sin que existieran ni vestigios de eventración; en el núm. 2, la cicatriz, sólida y resistente, mantiene los órganos perfectamente en su sitio desde hace cerca de un año y, en cuanto al tercero, aún cuando no se ha presentado inconveniente alguno hasta pocos días después de la cicatrización, he perdido á la enferma de vista, sin poder conseguir datos de ella.

VI

Entramos ahora en la enumeración de los cuidados post-operatorios, tan importantes para el éxito de cualquier intervención quirúrgica.

Deben éstos, como es consiguiente, variar con la intervención verificada, y en la colecistotomía ideal, difieren mucho de los de la colecistostomía. En la primera, después de colocar una curación iodoformada, se la deja de permanencia durante ocho días ó nueve y solo se levanta el apósito cuando se desean retirar los puntos de sutura; siempre en el supuesto de que, habiéndose observado durante la operación la más minuciosa antisepsia, no se deba temer ninguna infección.

En la segunda, las curaciones deberán renovarse todos los días, lavando la fístula y la cavidad inme-

diata con solución tibia de ácido bórico al 4 °/₀, preferible á las demás, por no existir con ella peligros de absorción como con las soluciones y emulsiones de otras substancias antisépticas, como el bicloruro de hidrargirio, el ácido fénico, etc.

El tubo de drenaje se retirará solo cuando la fístula se halle bien formada y pueda dar fácil paso ya á la bilis ó ya á los detritus eleminidados por ella, cuando las paredes se hallan profundamente degeneradas.

Y aquí insistiré en la conveniencia de no permitir la oclusión muy precoz de la fístula, lo que puede producir la repetición de las molestias anteriores á la operación (Terrier).

¿Es oportuno dar ópio á los operados de esta clase, é instituir un régimen alimenticio especial, distinto del seguido habitualmente en todas las operaciones intra-abdominales? ¿Es necesario colocar una bolsa de hielo sobre la herida externa?

La administración preventiva del ópio, y la aplicación del hielo al exterior, no son ya tan de regla como lo eran antes. El ópio puede tener el inconveniente de producir gran meteorismo, paralizando las fibras musculares lisas del intestino, como he tenido ocasión de observarlo repetidas veces, en las que, conse-

cutivamente á la administración de este medicamento, para calmar los dolores de la herida abdominal, se desarrolla una enorme cantidad de gases en el intestino, hasta el punto de molestar inmoderadamente á las enfermas el apósito colocado personalmente por mi, no muy ajustado.

Atribuyo este inconveniente al ópio, porque el meteorismo se ha desarrollado solo después de su ingestión, y por haber visto enfermos libres de esta molestia cuando no se les administraba.

No faltará quien atribuya al traumatismo operatorio y á una acción refleja consecutiva, este fenómeno, además de no haberlo observado yo sino consecutivamente á la administración del ópio, sin dejar de admitir esa causa, siempre vendría el medicamento á encontrar el intestino en condiciones particularmente desfavorables, y su acción se traduciría por el meteorismo ya señalado. Por lo demás, Pozzi adopta las mismas ideas sobre este asunto cuando, hablando de los cuidados posteriores á la ovariotomía, dice: "algunos cirujanos administran ópio para calmar los dolores y procurar el sueño, práctica deplorable, cuyo principal efecto es paralizar el intestino.„

Por este motivo el uso del ópio debe limitarse, en cuanto sea posible, dándolo en pequeñas cantidades

y solo en los casos de temer, con razón, la producción de peritonitis por haber operado en condiciones sépticas, ya por culpa del cirujano y sus ayudantes, del medio en que se operaba, ó por haber hallado pus en la vesícula y sus alrededores.

Como el descanso de la primera noche después de la operación es tan benéfico como difícil de conseguir, se puede sustituir al ópio, el cloral á la dosis de tres gramos, dados en tres veces con quince minutos de intervalo.

Es raro que cualquier operado no llegue á conciliar el sueño después de esta dósis y en estas condiciones.

Mucho de lo dicho respecto al ópio puede aplicarse al hielo; solo cuando se tema la penetración de agentes sépticos en la cavidad peritoneal por las condiciones especiales de la intervención ó cuando la peritonitis se declara, estamos autorizados para molestar al enfermo colocándole una bolsa de hielo sobre el abdómen, pero en caso contrario, no.

En verdad, es sumamente molesto para los enfermos la bolsa de hielo sobre la herida abdominal, no tan solo por la acción del frío intenso, sí que también por la facilidad de mojarse los enfermos por más aparatos especiales que se usen, llegando hasta el

punto de oírseles reclamar por esta medida, tan poco justificable á los ojos de ellos y de otros, más instruidos, que las reservan para los casos excepcionales ya mencionados.

La acción del hielo se agrega á la del ópio en cuanto la parálisis de los músculos intestinales.

La parálisis intestinal es acusada por Olshausen de favorecer la infección, haciendo más fácil la absorción de las materias gaseosas y sólidas contenidas en el intestino, es decir, de contribuir á la producción, ó más bien quizá á la agravación de la peritonitis séptica, en las cuales esta enfermedad es más bien función de la septicemia y no la segunda de la primera (1).

Los peligros á que expone al enfermo la parálisis intestinal, deben pues hacernos muy reservados en el uso del ópio y del hielo, y no emplear, por consiguiente, estos medios ni apósitos especiales en los casos comunes, limitándonos á procurar el reposo por el cloral.

El retiro de los puntos de sutura, se verificará al cabo de ocho ó diez días, si la herida abdominal ha sido cerrada completamente (colecistotomía ideal) y.

---

(1) Centralblatt für Gynäkologie—1888.

en el caso contrario, se retirarán los que unen las paredes á la vesícula al cabo de tres ó cuatro días, que bastan para ocasionar las adherencias buscadas y los demás, como en el primer caso.

Ya he establecido en líneas anteriores las condiciones necesarias para retirar el drenaje, así como la conveniencia del uso de una faja abdominal para reforzar, durante un tiempo más ó menos largo, la cicatríz. No insistiré más sobre estos pormenores, y entraré á ocuparme de la alimentación de los operados.

Descontando el primero ó los dos primeros días en que el régimen alimenticio es idéntico en todos aquellos enfermos que han sufrido una operación bajo cloroformo ya por los vómitos ocasionados por este agente ó por la intolerancia estomacal que provoca, podemos decir que quienes han sufrido intervenciones sobre las vías biliares, no requieren régimen alimenticio especial durante la curación ni después de ella. Es este por lo menos el sistema usado en las operadas del Dr. Llobet y el de muchos cirujanos europeos que han tenido la minuciosidad de anotar después de las historias de sus operados, las precauciones adoptadas con posterioridad á la operación.

Sin régimen especial han conseguido su curación

persistente muchos enfermos afectados de litiasis biliar, á las cuales se les han practicado diferentes intervenciones ya abriendo simplemente la vesícula ó el conducto colédoco para extraer cálculos ó ya extirpando la vesícula. Estos resultados responden, á mi ver, á que la producción de la litiasis biliar se debe no solamente, ni de un modo preponderante á las alteraciones de la nutrición, tan á menudo citadas para explicar esta dolencia, sino que también y en mucha parte al estado de la visícula, de cuya integridad anatómica dependa la de la bilis, del mismo modo que la de la túnica interna de los vasos asegura la fluidez y el curso de la sangre en ellos.

Después de quitadas las suturas la administración de un purgante, de preferencia colagago (ruibarbo ó aloes, p. ej.:), es de regla siempre que no se hayan presentado deposiciones espontáneas; pudiendo suprimirlo en el caso contrario.

Es igualmente conveniente, mientras dura la curación de la herida abdominal, examinar la orina y las deyecciones de los operados y con particularidad las de aquellos en que hubiere habido fuerte retención biliar. Si el curso de esta se ha restablecido, se ve desaparecer el pigmento biliar de la orina y las deposiciones colorearse y hacerse menos fétidas; si esto no

sucediese, persistirían los accidentes anteriores á la operación, surgiendo quizás otra nueva, ó en los casos de colecistostomía, la inyección por la fístula de eter sulfúrico combinada con el cateterismo á fin de desobstruir las vías excretoras (Fontan).

VII

Cuando se hace bien el diagnóstico, y cuando la indicación de practicar la colecistotomía es evidente, el resultado terapéutico, más ó menos lejano, no se hace esperar, ya que el operatorio solo puede fallar por el estado general poco satisfactorio del enfermo ó por descuidos de detalle en el curso de la intervención ó de las curaciones sucesivas.

Sin hablar de la posible infección del peritoneo en estos casos, infección poco frecuente cuando se observan con todo rigor las precauciones antisépticas indispensables, la de la herida externa puede presentarse, y entonces, obligando á retirar prematuramente las suturas que cierran los planos superficiales, deja al descubierto una solución de continuidad más ó menos extensa, cuya reunión inmediata secundaria debe

preocuparnos, á fin de evitar, en lo posible, colocarnos en condiciones favorables á la eventracion.

Hago aquí esta observación, porque en el caso segundo se produjo este incidente remediándosele, como ya queda indicado; raspado de la superficie cruenta con una cureta, y adaptación de los labios de la herida por medio de la sutura. La operacion fué indolora, como lo son todas las pequeñas intervenciones en que se haga uso de la cocaina.

En el caso posible de una eventración, ó de la persistencia inconveniente de una fístula, ya hemos indicado en páginas anteriores la conducta á seguir.

Los resultados terapéuticos lejanos de la colecistotomía (comprendiendo en esta denominación la operación ideal y la colecistostomía), no han sido objeto de muchos trabajos y en especial si nos referimos á sólo esta clase de intervención.

En las dos operadas por el Dr. Llobet la curación persiste sin interrupción desde hace cerca de dos años en la primera y un año en la segunda. La curación es en ambas perfecta, pues no se han resentido de ninguna de sus antiguas dolencias después de la operación, y el estado general, que en la segunda era bastante defectuoso, ha mejorado inmensamente.

No significa esto la eficacia absoluta de la colecis-

totomía en todos los casos, imposible de basar en tan reducido número de observaciones personales; pero salvo una enferma de un cirujano alemán, que debió sufrir una colecistectomía, después de habérsele practicado la colecistotomía, no conozco otro caso entre los innumerables citados por los cirujanos europeos, de fracaso de este género.

Los resultados favorables de esta operación son ya poco discutidos y los ligeros inconvenientes á veces observados al cabo de un tiempo, tales como el dolor en la cicatriz, sensación de tensión al nivel de la misma, dependientes de la reacción consecutiva de la serosa inmediata á la región operada, pueden despreciarse por su insignificancia.

Por lo que respecta á los casos que conozco, daré el resumen de mis observaciones verificadas con este objeto.

En el primero de ellos, el examen practicado á los ocho meses de la operación, permitió constatar la existencia de una cicatriz de veinte centimetros de longitud, situada por debajo del reborde de las falsas costillas derechas y en el intersticio del recto mayor del abdomen y del oblícuo exterior. Esta cicatriz ya blanquecina, no era retractil ni dura y no molestaba,

bajo ningún concepto, ni causaba dolor, ni espontáneamente, ni á la presión.

En cuanto al estado general de la enferma, la cura no ha podido ser más radical ni más completa. Desde el día de la operación han desaparecido absolutamente las molestias anteriores, es decir, los ataques de dolor é histeriformes ocasionados por la presencia de los cálculos. Después de los primeros días, la alimentación se ha hecho sin atender á régimen alguno sin que por esa razón se hayan presentado inconvenientes.

Aunque quizá no pueda decirse que haya aumentado considerablemente de peso, pues la enferma era algo obesa, el apetito ha mejorado, como puede explicarse sin dificultad, dada la impunidad con que puede saciarlo ahora.

En este caso el resultado operatorio ha sido excelente y el terapéutico no deja nada que desear.

Iguales consideraciones pueden hacerse con respecto al caso nº 2, que si no me ha sido posible examinar personalmente mucho tiempo después de operada, he obtenido noticias amplias respecto á su estado actual.

Después de varios meses de operada, su estado de salud es excelente. No solo la cicatriz no le causa

dolor, sino que tampoco se ha presentado eventración como se temía, por haberse malogrado la reunión de la herida externa por primera intención. Su estado general es bueno y notablemente mejor al anterior á la operación. Ha aumentado de peso y de apetito, no tiene dolores ó ataques de cólicos hepáticos, y puede comer de todo sin temor alguno.

Con respecto á la operada del Dr. Massi, si no se puede ser afirmativo en cuanto á resultados terapéuticos lejanos, puede establecerse que, tanto éste como el operatorio, han sido de los más halagüeños, por lo menos mientras la enferma permaneció en el hospital.

Las estadísticas extranjeras traen un número más ó menos considerable de colecistotomías y de colecistostomías, pero si algunas detallan los resultados operatorios, casi ninguna se preocupa del resultado terapéutico lejano, que es el que debe tenerse más en cuenta.

Terrillon, en el sexto congreso francés de cirugía, se expresa, respecto á la colecistotomía, así:

"En resúmen, he hecho ocho colecistostomías y he obtenido seis curaciones definitivas, una muerte al cabo de un mes y una fístula permanente."

En tres casos de colecistostomía, citados por Te-

rrier en el Congreso de Cirugía el 22 de Abril de 1892, el resultado operatorio fué bueno en los tres y el terapéutico solo en dos; siendo justo tener presente que en el fracasado se trataba de un caso con cirrosis hipertrófica, aumento considerable del volumen del bazo é ictericia crónica.

Una colecistotomía del mismo autor fué seguida de muerte, pero como él mismo lo establece, no le fué posible hacer una operación clásica por no poder suturar bien la vesícula abierta ni practicar, según su deseo, la colecistostomía.

¿Al cabo de cuánto tiempo puede quedar asegurada la curación definitiva ó más bien, cuándo puede afirmarse?

En la colecistostomía la persistencia de la fístula y las condiciones que requiere la curación, retardan más tiempo que en la colecistotomía ideal, el juicio definitivo.

Cuando se practica la primera de estas intervenciones con vesículas degeneradas, imposibles de cerrar ó extirpar, la curación se dilatará mientras dure la eliminación de los elementos degenerados y hasta que no se cierre espontáneamente ó por una nueva intervención la fístula creada por el cirujano.

Esto requiere un tiempo variable con las condicio-

nes generales del sujeto y el estado local de las vías biliares, que prorrogará por uno ó varios meses la curación total.

Cinco, ocho, once meses han tardado respectivamente tres operados de colecistostomia de Terrillon; un año, uno de Terrier.

Apesar de todo, las funciones dijertivas, pueden restablecerse y desaparecer las molestias mucho antes de cerrar la fístula, quedando el enfermo en condiciones muy favorables para sanar, desde que puede alimentarse y los cólicos no lo persiguen.

En la colecistotomía ideal, los resultados son más inmediatos; al cabo de ocho ó diez días, si la herida operatoria cura por primera intención, se tiene asegurado el éxito idem, especialmente cuando se ha suprimido el drenaje, y, ya á los dos meses transcurridos sin accidentes, puede considerarse como definitiva la *sanación (Wernicke)*, salvo circunstancias excepcionales, que pueden obligar al cirujano á intervenir nuevamente.

Lo mismo puede afirmarse respecto al resultado terapéutico. Cicatrizada la herida abdominal, si al cabo de dos ó tres meses de operado no siente novedad alguna, es tiempo suficiente para declarar total la curación.

En resúmen, las dos operaciones de que venimos tratando, verificadas en condiciones antisépticas y en enfermos no muy avanzados, son susceptibles de producir resultados satisfactorios con un lapso de tiempo que varía con la naturaleza de la intervención, el estado de la vesícula biliar y la fortaleza d el sujeto operado.

Los casos de muerte por infección y los inconvenientes ulteriores á la intervención, como las eventraciones por una cicatriz poco resistente, y las fistulas que duran más de lo regular y conveniente, son, ó sumamente raros, como los primeros, ó evitables, como los segundos, que en último resultado, pueden también curar por medio de nuevas intervenciones absolutamente seguras é inocentes.

VIII

Antes de entrar al estudio de las indicaciones particulares á la colecistotomía ideal y á la colecistostomía abordaré, aunque sea someramente, el de la litiasis biliar que, al fin de cuentas, es la causa más frecuente, sinó única, de esta clase de operaciones.

Conocida por demás y clásica es la teoría que asigna á las alteraciones de la nutrición el rol preponderante y único en la producción de la litiasis, haciendo intervenir para ello todas las condiciones susceptibles de acarrear lo que llamamos retardo (ralentissement) de la nutrición.

Se invoca con este motivo la vida sedentaria de las personas que más habitualmente la padecen, común entre las mujeres, los recluídos, etc., y se descuidan mucho, á mi modo de ver, las condiciones lo-

cales susceptibles de modificar en su composición el líquido encerrado en la vesícula.

Compuestos la mayor parte de las veces de colesterina precipitada por las modificaciones químicas sufridas por la bilis, los cálculos tienen otras por núcleo, cuerpos extraños á la composición de este líquido, como ser por ejemplo, pequeños coagulos de sangre.

Si la mucosa que tapiza la cara interna de la vesícula está intacta, las condiciones de formación de los cálculos no son tan favorables como cuando en el caso contrario, la membrana está congestionada por varias causas que haré resaltar más adelante. De la congestión á la hemorragia, la distancia no es muy considerable y de la hemorragia á la precipitación de la colesterina al rededor de los coagulos, no hay ninguna.

Otra causa más de la precipitación de la colesterina (y hablo solo de esta substancia por ser la que habitualmente forma los cálculos) reside en la exageración de la secreción de la mucosa que, alterando por dilución la constitución de la bilis, predispone por lo menos á la producción de este fenómeno.

Puede todavía agregarse otra circunstancia más en apoyo á estas ideas, á saber, la facil transforma-

ción de trabajo congestivo en inflamatorio, dada la proximidad y continuidad de las vías biliares y digestivas y quizá también la presencia de micro-organismos en el líquido biliar.

La inflamación de la mucosa dará origen á fenómenos de supuración ó de esclerosis, modificando la pared y estableciendo de esta suerte, condiciones favorables á la litiasis, ya que la alteración consecutiva de la bilis nó se hará esperar mucho.

Los cálculos, á su vez, son capaces de ulcerar la pared y dar origen á un proceso de esclerosis, de modo que una vez iniciada la lesión, todo concurre á hacerla perdurar, pues, si las alteraciones de la pared, modificando la composición normal de la bilis, originan la precipitación de la colesterina, los cálculos, una vez formados, mantienen por su presencia el estado anormal de la pared y sirven de núcleo para la justaposición de nuevas capas.

Quizá me haya detenido demasiado en este punto, pero mi deseo es hacer resaltar un hecho importante en el estudio de la afección calculosa hepática, cual es el de la influencia, sinó exclusiva, por lo menos muy apreciable que desempeña el estado local y que ya he dejado entrever en páginas anteriores, cuando, parangonando la circulación é integridad de la san-

gre, con la de la bilis, aplicaba la ley de la integridad de la pared vascular á este último líquido.

Si las condiciones locales desempeñan este papel tan considerable, las causas que las originan deben también tenerlo, y por esa razón es que vemos en los trabajos modernos asignada importancia tan grande al corsé en la etiología de la litiasis y su mayor frecuencia en la mujer, con tanta más razón cuanto que Bollinger y Bother han observado el surco hepático ocasionado por esta prenda del vestido femenino, en el 40 °/₀ de las autopsias de mujeres afectadas de litiasis.

Inútil me parece insistir sobre las funestas consecuencias del corsé que no solo impide por la presión el curso de la bilis, si que también, cambiando las relaciones normales entre el hígado y sus anejos, congestiona estos órganos y contribuye á engendrar las lesiones indicadas más arriba. La congestión, las hemorragias consecutivas, la inflamación y las lesiones esclerosas, le son imputables en la mujer.

No hay pues, duda, sobre el importante rol de las causas locales, y tanto menos cuanto que no es solo alrededor de un coágulo debido á pequeñas hemorragias de la mucosa, congestionada perennemente por el uso del corsé ú otra causa cualquiera, sino también

alrededor de las células degeneradas y desprendidas de la pared de la vesícula, como lo ha sostenido Mettenheimer.

Con todo lo dicho, no me atrevería á poner en duda la influencia etiológica del estado general; pero siempre habrá necesidad de reconocer que la precipitación de los componentes de los cálculos, será favorecida en grado sumo por el mal estado de las paredes del reservorio biliar, susceptibles, á mi ver, de producir las litiasis por sus solas alteraciones.

He querido hacer estas ligeras observaciones sobre la etiología de las litiasis; pero nò me extenderé más sobre el punto, dejando deliberadamente á un lado teorías problemáticas ó poco fundadas y las que se refieren á la circunstancia excepcional de la penetración de ascárides ú otro cualquiera parásito intestinal á la vesícula biliar, por más que sirvan para hacer resaltar siempre el rol de las condiciones locales sobre la colelitiasis.

Como último argumento en pró de las ideas emitidas en los párrafos anteriores, es bueno hacer notar la rapidez con que suelen desaparecer los accidentes causados por los cálculos después de cualquiera de las intervenciones que ellos motivan, sin que, con toda seguridad, ninguna de las operaciones tenga in-

fluencia alguna sobre la marcha de los procesos fisiológicos de la nutrición, á cuyo retardo se atribuye erróneamente un papel que no desempeña.

Ante todo, creo que la cirujía conservadora constituye la última palabra de la medicina moderna; no hay órgano supérfluo en la economía, excepto quizá el apéndice vermicular del ciego, sobre cuya inutilidad manifiesta, insisten ya muchos autores (*Typlite et Perityphite*, Talamon.)

Por más que las nociones fisiológicas, sobre el papel de la bilis en la digestión, hayan sufrido fuertes sacudidas con las observaciones de colecistostomias, en las cuales el derrame de la bilis al exterior no ha perjudicado en nada al mejoramiento y cura de los enfermos, creo siempre racional tratar de conservar la vesícula cuando sea posible, y además cerrarla inicialmente; es decir, hacer la colecistotomía ideal.

Acepto, pues, de lleno, las palabras pronunciadas en el Congreso de Medicina de París, del año 1893, por Leontes, médico de Bucharest.

La colecistotomía ideal es preferible á cualquier otra intervención, cuando las paredes de la vesícula no están alteradas y los canales son permeables. En estas circunstancias, reviste una gravedad mínima.

Agregaré, por mi parte, que la última de las condiciones establecidas en esta conclusión, no es del todo absoluta, ya que el retiro de los cálculos y consiguiente desobstrucción de los conductos excretores, puede verificarse en cualquier colecistotomía ideal, siempre que se la combine con el cateterismo de las vías biliares ó que el cálculo obturador haga saliencia en la vesícula.

Cuando se trata de un paciente afectado de cálculos y cuya vesícula tiene sus paredes en buen estado, no hay, pues, que pensar sino en la operación ideal sin temor á fracaso, siempre que se hayan tomado las precauciones debidas. Por consiguiente, la colecistotomía, con exclusión de todo otro procedimiento operatorio, abarca por sí sola este campo de acción que puede ser limitado, si se quiere, pero en el que produce excelentes resultados.

La colecistostomía es, por el contrario, preferible en todos los enfermos en que no puede confiarse en la curación de la herida operatoria por primera intención ó sin recidiva, por el estado de las paredes de la vesícula, ó por el de los tejidos adheridos á ella por extensas y resistentes bridas fibrosas que, en muchas ocasiones, imposibilitan la ejecución de una operación clásica.

Por lo tanto, así como la colecistotomía ideal es especialmente aplicable á los casos recientes, es decir, aquellos en los que las paredes del reservorio biliar estén poco alteradas, la colecistostomía es preferible en los que se acompañan de alteraciones más ó menos extendidas de la vesícula, en los casos antiguos.

Si las indicaciones de la colecistotomía son bien claras y precisas y poco discutidas, no sucede lo mismo con la de su congénere.

Porqué, se dice, cuando una vesícula está profundamente degenerada, cuando su cavidad va á ser cerrada por granulación, si la eliminación del tejido patológico tarda tanto y expone á la enferma á todos los inconvenientes de una larga supuración, ¿por qué no se verifica de preferencia la extirpación de la vesícula, la colecistectomía, más breve en su ejecución, de resultados terapéuticos más cercanos y sin los peligros asignados por la eliminación de tejidos inútiles?

Si el sacrificio de una vesícula más ó menos intacta no puede discutirse, no sucede lo mismo en circunstancias contrarias; y entonces, el tino del cirujano y sus tendencias más ó menos conservadoras lo inducirán á extirpar la vesícula ó á practicar la fistulización. Es evidente que ambas intervenciones se confunden en lo que respecta á sus límites; pero si el

cirujano no debe vacilar en el sacrificio de un órgano á todas vistas ya inutil para los fines á que lo ha destinado la naturaleza, hay ocasiones en que la adherencia de la vesícula á los órganos limítrofes, acompañada por una distensión excesiva ó una retracción igualmente inmoderada, imposibilitan su extracción sin grandes destrozos, y en esos casos no puede el cirujano sinó contentarse con la colecistostomía.

Dujardin Beaumetz, en una comunicación hecha á la Academia de Medicina de París, se declara contrario á la colecistostomía, fundándose en que coloca al sujeto en condiciones muy distintas de las fisiológicas.

Esta objección es puramente teórica; es ámpliamente rebatida por la práctica de cientos de operaciones de este género practicadas en Europa, y por otra parte, el mismo autor, al hacer este juicio, declara no tener experiencia personal en el asunto.

Von Winiwarter cree que el establecimiento de una fístula biliar produce un debilitamiento rápido y progresivo del enfermo y especialmente cuando éste se halla en estado de colemia.

Sin dejar de reconocer la respetabilidad de los nombres de quienes formulan estas objecciones contra la colecistostomía, no podemos menos que oponerles otros no menos autorizados, como los de Terrier, Tu-

fier, Schwartz, Courvoisier, Mayo Robson y otros que en un considerable número de colecistostomías, no han señalado los inconvenientes que tanto temen los adversarios de esta operación.

En cuanto á la comparación entre este procedimiento y la colecistenterostomía, son tan distintas las indicaciones, que no puede explicarse cómo pueda establecerse, más aún dando la preferencia á la segunda más difícil de verificar y cuyas pruebas no han sido todavía tan hechas, como las de la colecistostomía.

Equivocado estaría quien creyera que las únicas aplicaciones de las operaciones de que venimos hablando se reduzcan á los casos de litiasis biliar más ó menos complicados.

Como de todos los métodos terapéuticos se ha querido sacar de éste todo el provecho posible, extendiendo su empleo basta un caso de congestión hepática crónica con ictericia, habiéndose conseguido un resultado terapéutico halagüeño, ya que al cabo de un año los accidentes provocados por la reabsorción biliar se modificaron, y ya se trataba en la fecha de la publicación á que aludimos, de cerrar artificialmente la fistula después de conseguido el objeto buscado.

De paso haremos notar que la historia de este caso

por demás instructivo, merma en mucho la exagerada importancia concedida hasta hoy á la bilis en la digestión, al mismo tiempo que puede servir para rebatir la objección teórica por otra parte, que Dujardin Beaumetz hace al establecimiento de una fístula biliar artificial.

Para terminar, resumiré en breves palabras la técnica operatoria y las indicaciones de las operaciones, objeto de este trabajo:

1º La colecistostomía ideal y la colecistostomía constituyen uno de los medios más eficaces, sino el que lo es más de todos, en el tratamiento de la litiasis biliar y especialmente en los casos que revisten cierta cronicidad.

2º La colecistotomía ideal es más conveniente cuando la vesícula ha sufrido pocas alteraciones ó ninguna, y cuando, después de extraídos los cálculos, la permeabilidad de las vías biliares queda naturalmente asegurada, ó lo es artificialmente, por la extracción de alguna piedra encajada en ellas ó por el cateterismo.

3º Salvo los casos indicados en el párrafo anterior, debe hacerse la colecistostomía, que si retarda la curación definitiva, la hace más segura, permitiendo, por ejemplo, la eliminación de las incrustaciones cal-

cáreas de las paredes de la vesícula ó la obliteración de la misma cuando, confundidas sus paredes con los tejidos adyacentes, se forma una bolsa en la cual no se reconoce ya la estructura de la vesícula. Cuando hay infección del aparato biliar, hay que seguir la misma regla de conducta.

4º A juzgar por el único caso que conocemos, la colecistostomía es el único tratamiento quirúrgico aplicable á los casos rebeldes con ictericia crónica por retención biliar.

Sólo es aceptable en este proceder en casos sumamente rebeldes en los que los medios médicos hayan fracasado.

En cuanto á la manera de practicar ambas operaciones diremos:

1º La colecistotomía puede verificarse usando cualquiera de las dos incisiones: la lateral ó la media; pero como supone una integridad por lo menos relativa de la vesícula biliar, será siempre preferible usar la incisión lateral al nivel del borde externo del músculo recto del abdomen y por debajo del reborde de las falsas costillas derechas en una extensión de diez, doce ó quince centímetros, según las necesidades del caso y el descenso mayor ó menor del borde inferior del hígado.

2º La incisión media, utilizable en la colecistotomía ideal, es preferible cuando debe hacerse la colecistostomía, pues, sabido es que esta última operación es indicada particularmente para aquellos casos en que la integridad de la vesícula biliar ha sufrido poco ó mucho. El tamaño de la incisión, es más ó menos el mismo que en el caso anterior.

3º La incisión del peritoneo no ofrece nada de particular: debe ser hecha siguiendo la de la piel.

4º La vesícula se incinde según su eje mayor por la cara anterior, se vacía de los cálculos que contiene, sacando, si los hay, el ó los que estén encajados en las vías biliares, ya directamente con unas pinzas, ya empujándolos por el cateterismo hasta la cavidad del intestino ó usando sinó las inyecciones de éter.

Más de una vez estas maniobras son imposibles y fuerzan á recurrir á la colédocolitripsia ó á la colédocotomía como único medio de hacer una operación completa.

En todo caso, la abertura de la vesícula tiene por sí sola una benéfica influencia sobre la progresión ulterior de los cálculos en los conductos biliares, según lo establece Dujardin Beaumetz.

5º Si se ha de practicar la colecistotomía ideal, se cierra la vesícula con una sutura de dos planos sero-

serosos con catgut, usando al efecto el procedimiento de Lembert; pero si se ha optado por la colecistostomía, se fija la vesícula á la herida abdominal como lo hemos indicado en páginas anteriores.

6º Practicada la colecistotomía ideal, el drenaje es más perjudicial que útil, á menos que no se tenga desconfianza por el operador de la antisepsia con que ella ha sido llevada á cabo. El drenaje puede exigir la incisión de Calot, pero puede prescindirse de ella.

7º Las suturas de las paredes abdominales deben verificarse con toda la solidez posible para evitar la eventración, á veces observada, en estas operaciones.

8º Al cabo de los ocho ó diez días, se retiran los puntos de sutura de la pared abdominal y el drenaje si se ha colocado en la colecistotomía ideal; en la colecistostomía el drenaje es inevitable y su retiro debe hacerse paulatinamente.

9º Si de la colecistostomía quedara una fístula incómoda ó perjudicial, se ocluirá por la cauterización ó si su tamaño es muy considerable, se recurrirá al procedimiento de Chaput.

10. Producida una eventración después de cicatrizada la herida operatoria, es corregible si se reseca la cicatriz y parte de los planos subyacentes. Para evitar en lo posible esta intervención operatoria, se acon-

seja el uso de una faja abdominal durante varios meses después de la operación.

11. No se requiere régimen alimenticio especial después de la colecistotomía que conserva la vesícula, como tampoco después de la colecistectomía que la destruye ó extirpa.

12. Si los ataques de cólico biliar se repitieran después de la colecistotomía, sería necesario recurrir á una operación más radical.

OBSERVACIONES

I

La enferma Hulda L..., alemana, de 40 años de edad, casada, y de profesión prostituta, entró al Hospital Rawson á ocupar la cama 9ª de la sala 7ª, el día 17 de Noviembre de 1892, y salió de alta completamente curada el 18 de Enero de 1893.

Los antedecentes hereditarios no tienen gran interés; los padres murieron á una edad muy avanzada y, al decir de la paciente, eran habitualmente sanos. No especifica la clase de enfermedad que ocasionó su muerte.

En los antecedentes individuales, hallamos una infancia sana. Pasada ésta, Hulda empieza á sufrir del estómago con cierta frecuencia; á los quince años, más ó menos, padece de escarlatina, y á los diez y siete, tiene un fuerte ataque de dolor en la región hepática, con grandes convulsiones. Este primer ata-

que fué tan violento, que la enferma cayó al suelo presa de convulsiones generalizadas.

Desde esa edad hasta la época presente, los ataques convulsivos y el dolor hepático concomitante se han presentado regularmente varias veces al mes, acompañados en estos últimos años de vértigos que la obligaban á caer. Dice que se ponía amarilla al comenzar el ataque, ó un poco antes, que la coloración amarillenta iba acentuándose paulatinamente hasta lo más intenso de él, y que luego desaparecía más ó menos completamente al cabo de varias horas. Esta desaparición del tinte ictérico se verificaba mucho después de la cesación de los dolores, que rara vez persistían más de una hora. En algunos de esos ataques había tenido vómitos, y en otros epístaxis abundantes.

Las funciones de su organismo, habían sido siempre normales, excepto la constipación, bastante acentuada en ella.

Tales eran los antecedentes hereditarios é individuales suministrados por la enferma al ingresar al hospital; veamos ahora cuál era su estado en esa época.

El examen exterior no dejaba apreciar nada de extraordinario en su cuerpo: el color era normal, las

facciones no estaban alteradas, la punta del corazón latía en su sitio habitual, la respiración se hacía bien, y no solo no existía enflaquecimiento, sino más bien obesidad.

La percusión y la auscultación del corazón y de los pulmones, demostraban la integridad de su funcionamiento. El hígado, á la percusión y á la palpación, aparecía algo disminuído de volumen, y la vesícula biliar no era accesible por debajo de las falsas costillas. Dolor provocado por la palpación, no existía allí, ó era muy poco acentuado.

Con este conjunto sintomático presentado por la enferma y á pesar de no haberse hallado cálculos en las deposiciones, se hizo el diagnóstico de litiásis biliar y se decidió la colecistotomía como único tratamiento racional y verdaderamente eficaz.

El diagnóstico, aunque no era de los que se imponían, tampoco era muy obscuro, y en cuanto al tratamiento, su indicación era indiscutible.

La enferma permaneció quince días en la sala 7ª antes de ser operada, en cuyo tiempo tuvo dos ó tres ataques análogos á los anteriores, y sobre todo, notables por las sensaciones vertiginosas que los acompañaban. El estado general permaneció estacionario: el

apetito no estaba disminuído y la constipación era habitual.

Decidida la operación, y prévios los preparativos de autisepsia local y general, se verificó ésta el 2 de Diciembre de 1892.

Anestesiada la enferma convenientemente, el doctor Llobet practicó una incisión de quince centímetros de longitud por debajo del reborde de las falsas costillas, al nivel del emplazamiento de la vesícula biliar. Esta incisión, vertical, se hizo capa por capa y se penetró en la cavidad abdominal, por el intersticio que separa el oblícuo mayor del recto del abdomen y cortando las fibras sub-yacentes del oblícuo menor.

Completada la incisión, se ofreció á la vista la vesícula biliar reducida de tamaño, con sus paredes adaptadas la una contra la otra, sin contener una sola gota de líquido y llena de cálculos. El hígado, algo menor que lo normal, era de color fisiológico.

La vesícula fué incindida según su eje mayor y de su cavidad extrajo el cirujano 139 cálculos poliédricos y compuestos de colesterina. En la unión del canal cístico con el colédoco se halló otro cálculo que obstruía completamente la luz del primer conducto. Así se explica, á mi parecer, la ausencia de

cálculos en las deposiciones últimas, analizadas durante los quince días de permanencia de la enferma en la sala 7ª, antes de la operación.

Evacuada la vesícula, fué suturada en dos planos sero-serosos por el procedimiento de Lembert y con catgut. La sutura de las paredes abdominales se hizo con catgut para el peritoneo y con seda á planos superpuestos para las demás capas.

Las consecuencias de la operación fueron muy sencillas: no hubo accidente alguno que lamentar hasta el retiro de las suturas, verificado á los diez días. La herida curó por primera intención.

II

La enferma objeto de esta historia, Dª E. L. de T., entró al Hospital Rawson y ocupó la cama 14 de la sala 7ª.

Esta señora fué operada de colecistotomía y de riñón flotante en la misma sesión operatoria. Aquí sólo nos ocuparemos de la primera de estas intervenciones.

Muy escasos son los antecedentes hereditarios que pudimos obtener de ella, careciendo, por lo demás, de interés.

Los antecedentes mórbidos personales á la enferma, son más claros. Tuvo viruela en la infancia; un parto prematuro á los veinte y tres años, y desde entonces metrorragias muy frecuentes, durante tres años (metritis hemorrágica?)

Desde Julio á Noviembre del año 92, estuvo postrada en cama, víctima de un padecimiento que la enferma define vagamente; tenía hinchado el vientre y las piernas, y durante el mes de Agosto, la tumefacción ganó todo el cuerpo.

Convaleciente de esta enfermedad, los médicos que la asistían notaron un cuerpo duro, movible y algo proeminente situado, al decir de la enferma, en la fosa ilíaca derecha.

Ha tenido ataques de dolor en la región hepática, y se ha puesto amarilla varias veces.

El examen practicado á su entrada al hospital, dió como resultado la comprobación de la existencia de un tumor, ligeramente sobresaliente por debajo de las falsas costillas derechas, adherido al hígado, verificando junto con él excursiones respiratorias y algo doloroso á la presión.

Algo más abajo, en la fosa ilíaca, otro tumor muy movible, que huía de la mano que lo palpaba y de la forma y dimensiones de un riñón.

La palpación demostraba la ausencia de este órgano en su sitio normal. Además de esto, la enferma tenía una catarata nuclear dura que fué operada en otra clínica. No había tinte ictérico.

Los síntomas funcionales eran poco acentuados; vómitos frecuentes (debidos quizá al riñón flotante) y algunos dolores en el bajo vientre, era lo único que llamaba la atención de la enferma, y más la molestaba. Las deposiciones eran coloreadas y no contuvieron cálculos mientras la enferma permaneció en la clínica. La cantidad de orina era normal, así como su coloración; no se hizo análisis químico.

Riñón flotante derecho y cálculos biliares, fué el diagnóstico hecho en la clínica; nefropexia y colecistotomía ideal, el tratamiento puesto en práctica.

Después de verificada la nefrorrafía por la vía lumbar, se procedió á la colecistotomía, incindiendo la pared abdominal, lateralmente, sobre el intersticio que separa los músculos recto anterior y oblícuo externo, y poniendo al descubierto la vesícula.

Cortadas las paredes en sentido de su eje, se extrajeron de su cavidad 27 cálculos voluminosos, del tamaño de una avellana más ó menos, y compuestos de colecterina y pigmento biliar, dispuestos por capas alrededor de una pequeña cantidad de sangre coagu-

lada. Uno de estos cálculos estaba engarzado en el conducto colédico bastante dilatado, y su extracción fué muy dificultosa; solo se obtuvo fragmentándolo.

Después de completamente evacuada la vesícula se suturaron sus paredes á dos planos sero-serosos por el método de Lembert.

Las paredes abdominales se suturaron con catgut para el peritoneo y con seda para los dos planos superiores; sutura contínua á planos superpuestos.

Las consecuencias operatorias fueron muy buenas, así como las terapéuticas. La curación de la litiasis se ha mantenido hasta la fecha.

III

(Esta historia pertenece al Dr. Zavaleta:)

Carmen Moyano, de 26 años, cocinera, ocupa la cama núm. 5, servicio del Dr. Gache, accidentalmente á mi cargo.

Entre sus antecedentes, el único que interesa es la existencia del reumatismo en varios miembros de su familia. A su entrada en el hospital venía con violentos cólicos hepáticos que cedieron al tratamiento habitual. Hace un año tuvo su primer ataque idéntico á los otros que se han sucedido ocho veces en el

transcurso de ese tiempo. Los ataques son bruscos, se manifiestan por dolor hepático con irradiaciones al epigastrio, hombro y miembros; tiene vómitos biliosos; las materias fecales suelen estar decoloradas, pero nunca ha notado en ellas la presencia de cálculos.

El hígado está voluminoso y los dolores dificultan la palpación; no se siente la vesícula biliar.

Sentado el diagnóstico de litiasis biliar con los elementos de juicio que teníamos, se trataba de resolver si debía intentarse la colecistotomía.

La frecuencia de los cólicos que exponían constantemente á nuestra enferma al síncope, á las rupturas, á las peritonitis, á la supuración de la vesícula y á todas las eventualidades capaces de sobrevenir en estos casos á lo que se agregaba en el particular que estudiamos, frecuentes crísis nerviosas, verdaderos accesos histeriformes, seguidos de un estado de depresión en que la paciente, constantemente preocupada de su dolencia y temiendo á cada momento la repetición de sus cólicos, pedía la operación, nos decidió á confirmar nuestro diagnóstico por medio de una incisión exploradora, procedimiento diariamente empleado por Langenbusch, aceptado por Lawson-Tait, Payrot y por la mayor parte de los cirujanos de la escuela francesa.

El Dr. Massi practicó el 25 de Noviembre de 1893, la colecistotomía, por tercera vez entre nosotros. Los otros dos casos pertenecen al Dr. Llobet.

Anestesiada la enferma, procedimos nuevamente á un exámen, pero no nos fué posible hallar la vesícula.

Se incindió la pared abdominal al nivel del borde externo del recto derecho, á la altura del reborde de las costillas, en una extensión de cinco centímetros. Se descubrió el hígado y no apareció la vesícula; pero tomándola con la mano, se consiguió hacerla aparecer en la herida. A la palpación no se notaba la presencia de cálculos en su interior, pero la pared de la vesícula que se prolongaba profundamente en una extensión de ocho centímetros, como luego pudo comprobarse introduciendo una pinza en su interior, estaba engrosada. Esta era una razón por la cual no podía palparse aquella y por lo que no apareció en la herida al incindir el abdómen; de donde podemos deducir racionalmente de nuestra observación, que aun fuera de los casos que reclaman la operación por la concomitancia de los accidentes clásicos ó por la constatación evidente de un tumor al nivel de la vesícula, basta la presencia de los otros síntomas para autorizar la incisión exploradora, pues este órgano

puede extenderse en la profundidad del abdomen y no revelarse á la exploración clínica.

Se tomó la vesícula con una pinza de forcipresura, se la rodeó de compresas antisépticas para prevenir el derrame de la bilis en el interior del abdomen; se la punzó con la punta de un bisturí y se tomaron con dos puntos de sutura los labios de esta pequeña incisión, que luego se agrandó hasta un centímetro y medio ó dos próximamente.

Con una pinza se procedió entonces á la extracción de 175 cálculos de colesterina, completamente blancos, de diferentes tamaños y cortados en facetas.

Encastillados en las paredes habían otros dos cálculos que se rompieron para extraerlos. El canal cístico estaba obstruído por un cálculo; ¿debía romperse allí mismo ó incindir el canal para extraerlo? Preferimos el primer procedimiento, haciendo una litotricia en el canal cístico, pues siempre habría habido tiempo para incindirlo. Esto bastó y el cálculo fué extraído en pedazos de color verde amarillento que demostraba su contacto con la bilis.

Con una cureta roma de pequeño formato se rasparon las paredes de la vesícula, eliminándose algunos detritus de cálculos y el moco catarral de la misma. Se lavó con una solución bórica tibia al 2 °/₀.

Se suturó la vesícula con seda, sin comprometer la mucosa; sutura continua de izquierda á derecha, y de derecha á izquierda; sutura de la pared abdominal; curación antiséptica.

La marcha consecutiva de esta operación, no puede haber sido más regular. Fuera de los accidentes comunes producidos por el cloroformo, y dos ataques de histeria que pronto pasaron, no ha habido nada digno de mención.

La temperatura osciló entre 36.5° y 37.5°.

El 5 de Diciembre se sacaron las suturas, y la herida ha quedado perfectamente cicatrizada, habiendo tenido la suerte de no observar las fístulas, tan frecuentes en estos casos.

P. Barbieri.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

En las apendicitis recidivantes el mejor tratamiento es el quirúrgico.

En toda herida penetrante complicada del abdómen, se impone la intervención activa.

Entre todos los procedimientos terapéuticos empleados contra la pústula maligna, la aplicación simultánea de fomentos de bicloruro y de inyecciones periféricas de solucion iodo-iodurada, es de los mejores.

Buenos Aires, Octubre 17 de 1894.

Sírvanse informar sobre la admisibilidad de este trabajo, los señores Académico señor E. del Arca, Profesor Titular señor A. Ramaugé y Profesor Suplente señor A. Castro.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.

L. Acuña.

Señor Decano:

Esta tesis llena las condiciones reglamentarias y por lo tanto creen que es admisible.

ENRIQUE DEL ARCA.

Adalberto Ramaugé—Alejandro Castro.

Octubre 29 de 1894.

En vista del informe que antecede, entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida en acto público.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.

L. Acuña.