

Vol. ~~63~~ - 6  
1931

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

TESIS QUE PARA SU EXÁMEN FINAL

DE

MEDICINA, CIRUGIA Y  
OBSTETRICIA

SUSTENTA EL ALUMNO

Carlos Jiménez y Caballero



MEDICINA

MEXICO

Talleres Gráficos Varona

1931



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Al Señor Don*

*Miguel R. Jiménez*

*Que con su afecto, su ejemplo, sus consejos y su apoyo, ha sabido ayudarme a llevar a buen término mi carrera y a formar de mi un hombre.*

*Con todo mi cariño y respeto, por mi padre que ha sabido serlo.*

*A la Señora Doña*

*Camerina Caballero de Jiménez*

*Que con su amor y su sacrificio, me da ejemplo de abnegación y virtud*

*Con el amor de un hijo a una verdadera madre*

*A mis Hermanos*

*Miguel,*

*Elisa,*

*Leonor y*

*Celia*

*Que no han omitido sacrificio para demostrarme su cariño y su ayuda*

*Con mi afecto y agradecimiento*

*Al señor Doctor*

*Oscar Hernández Cárdenas*

*Por su desinteresada ayuda en la formación de esta tesis*

*A los señores Doctores*

*Manuel Cañas*

*José Castro Villagrana*

*José Torres Torija*

*Como ejemplo de maestros, jefes y amigos*

*Al Hospital Juárez*

*Por sus invaluable enseñanzas*

*A los Medicos del Hospital Juárez*

*A aquellos que por su favor e interés, siempre me han distinguido*

*A mis Compañeros*

*Como símbolo de amistad, a los que han sabido serlo*

## Introducción

**E**L objeto de este trabajo, no es presentar a la consideración de los señores Jurados un trabajo original, sino simplemente las síntesis de trabajos hechos tanto en México como en el extranjero, en la cual el trabajo personal, consiste en el estudio comparativo de los diversos tratamientos propuestos, la observación de los enfermos, de los resultados obtenidos y sacar de estos los detalles importantes, muchas veces descuidados, haciendo resaltar aquello que no se conoce o se conoce mal y proponer un tratamiento racional y adecuado, regido exclusivamente no por las preferencias o inclinaciones de cada médico o cirujano, sino por la observación cuidadosa del enfermo aplicando tal o cual terapéutica obligados por la presencia de tal o cual síntoma que justificará la acción médica, la quirúrgica o ambas a la vez, pero siempre apegándose al grado de los trastornos que la fisiopatología nos muestre.

Por lo tanto, pido a los que esto leen, disculpen las faltas que seguramente contiene este trabajo, pero que de cualquier manera que sea, son el producto de la clínica, del cual no debe desprenderse, tanto el médico como el cirujano.

CAPITULO I.

# PERICOLECISTITIS

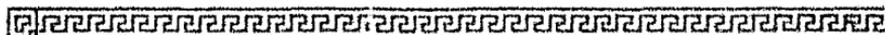
---

## Estudio Clínico

La importancia que la clínica tiene en estos padecimientos, así como la necesidad imperiosa de conocerlos nos obliga a empezar este pequeño trabajo con la somera descripción de esta enfermedad, ya que el principal objeto que se persigue es su tratamiento, pero el cual no será adecuado, si no sabemos conocer y valorizar el estado en que se hayan la vesícula y los órganos cercanos, que forman la enervada subhepática y que son los afectados en la Periolecistitis.

Por lo tanto, me permito recordar aunque sea sucintamente, el cuadro bajo el cual se presenta este padecimiento.

# ETIOLOGIA



La causa que predomina en la Pericolecistitis, es sin duda, la infección, sin que quiera esto decir que sea unívoca la causa, infección que puede ser primitiva, es decir, como padecimiento o bien se añade a una colelitiasis o úlcera del duodeno o del estómago, etc., como después diremos.

La infección está localizada, en primer lugar y sobre todo, en la vesícula misma.

En segundo lugar, en los órganos vecinos, tales son por orden de frecuencia el apéndice, el duodeno, el estómago y colon.

La infección que ocasiona la inflamación del peritoneo perivesicular llega a la enervada subhepática del lado de la vesícula, por vía ascendente o canalicular; de ahí la frecuencia de los microbios intestinales, sobre todo el colibacilo.

La vía hematógena también es frecuente, lo que nos explica la existencia de microbios sobre todo los de las enfermedades que tienen un período septicémico, tal como la fiebre tifoidea, la escarlatina y que se eliminan por las vías biliares.

Tomados por la vena Porta, en las absorciones intestinales de ahí pasan por la Porta al hígado donde se eliminan por las vías biliares de ahí nueva explicación para la existencia de los microbios de origen intestinal, ya porque sean parasitarios o bien por infecciones intestinales, cualquiera que sea ella (colibacilo, Eberth, etc.)

Finalmente, por vía linfática de la cual la más típica es la que proviene del apéndice, colon ascendente y transversal, viniendo después los padecimientos duodenales y gástricos y aun los perirenales y de la cabeza del páncreas, naturalmente sin que esto excluya los padecimientos vesiculares.

Así, de una manera implícita, han quedado incluidos todos

aquellos padecimientos, principalmente de la vesícula y de los órganos vecinos, que son capaces de producir la Pericolecistitis; pero hemos de volver a insistir, las principales son las de origen vesicular y de manera predominante, las colecistitis crónicas, las periduo-denitis, las perigastritis, ya primitivas ya secundarias, bien a infecciones, bien a úlceras, que han destruido ya toda la pared y, por lo tanto, provocan una reacción peritoneal.

En la Pericolecistitis, por lo asentado anteriormente, debe pensarse en la mayoría de los casos que es secundaria a una infección pero aunque raro, hay que decirlo, puede ser primitiva en cuyo caso la etiología es casi siempre tuberculosa o sífilítica que, por lo general, van acompañadas de otras lesiones, que el examen total del paciente demostrarán y orientarán en el diagnóstico.

Aquí también cabe añadir, las mal formaciones congénitas, en las cuales podemos anotar: Acortamiento de los mesos y por lo tanto, sínfisis viscerales; también las adherencias interviscerales por contigüidad, malas posiciones y aun por defecto en la formación de las paredes, lo cual es muy raro.

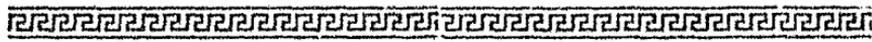
Dentro de las neoformaciones o defectos constitucionales, podemos añadir los velos de Jackson, de los cuales tanto se discute actualmente y la tan conocida, aunque no frecuente, brida de Lane.

Como dato etiológico importante, debemos agregar la edad, es mucho más frecuente en el principio de la segunda mitad de la vida.

Sexo. Es un hecho interesante el que sea más frecuente en las mujeres y, sobre todo, en aquellas que son múltiparas o bien que han tenido padecimientos anexiales crónicos.

Otro dato es el de la herencia. Es sobre todo en las familias de dispépticos donde se presenta.

# ANATOMIA PATOLOGICA



Las lesiones propiamente de Pericolecistitis, son adherencias peritoneales más o menos extensas de la encrucijada subhepática, en la que podemos distinguir desde simples bridas, hasta plastrones en los cuales es difícil identificar los elementos anatómicos de la región

Histológicamente considerada, no es más que una reacción conjuntivo-fibrosa, fuertemente vascularizada de la serosa peritoneal, que opone una barrera bien, a los microbios o bien es una reacción a las toxinas que estos secretan, lo cual es poco frecuente.

En un examen histobacteriológico atento, pueden encontrarse pequeños focos, donde se encuentran microbios reducidos a una vida latente, pero listos para encender la infección en cualquiera oportunidad.

La predominancia del tejido fibroso o conjuntivo, hará más o menos resistentes a las bridas e indicará la mayor o menor probabilidad respectivamente, de despertar la infección, ya que es bien conocido, que entre más fuerte es la inflamación, más fuerte también es la reacción y, en consecuencia por tanto, de una mayor prudencia para destruir dichas adherencias.

Los vasos aunque neoformados, son en gran cantidad y notablemente deleznable, lo que explica la rapidez de formación, las activas y abundantes absorciones, así como el copioso escurrimiento sanguíneo cuando se destruyen, muy especialmente cuando hay predominancia de tejido conjuntivo-vascular.

Además de estas lesiones, encontramos aquellas de los órganos donde primitivamente se ha asentado la infección; así pues, en la vesícula vemos que generalmente es atacada de una colecistitis escleroatrófica o hipertrófica, lo que siempre indica un ataque de lar-

ga fecha. La pared se encuentra engrosada con una consistencia casi apergamunada, los canales de Lushka descienden profundamente hasta la subserosa, detalle interesante desde el punto de vista de la propagación de las infecciones desde la mucosa vesicular hasta el peritoneo y, finalmente, la túnica muscular se encuentra hipertrofiada hecho aunque frecuentemente observado, no es constante.

El peritoneo perivesicular ya se dijo en su oportunidad el estado que guarda.

Además de en la vesícula, las lesiones se presentan en los canales hepático, cístico y colédoco, duodeno, estómago, colon y con éste el apéndice.

Cuando el ataque es sobre los canales biliares, principal o secundarios encontramos en la pared de estos, las mismas lesiones que las descritas a propósito de la vesícula, aparte de que, acodándose o disminuyendo la luz del conducto, hace lento y difícil el paso de la bilis, de ahí la retención con crecimiento y dilatación o, como quieren algunos, la colecisteatonía de la vesícula y aun cierto estado de ictericia perfectamente explicado por este mecanismo.

Además, por vecindad, comprimiéndose la arteria hepática, se comprende la precaria alimentación, tanto de la vesícula como del hígado y, por consiguiente, cierto estado de insuficiencia hepática.

En el duodeno encontramos que la pericolecistitis generalmente ataca a la segunda y tercera porción, con lesiones histológicas muy semejantes a las de la vesícula, por lo que ya no las describiremos.

La localización de las lesiones en la segunda y tercera porciones, tiene cierto valor diagnóstico, ya que la úlcera duodenal en la gran mayoría de las veces, se asienta en la primera porción.

En el estómago podemos apreciar hacia la región pilórica, el engrosamiento, la fijación y aun desviación a la derecha hacia la cara inferior del hígado.

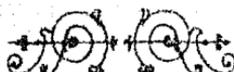
Finalmente, el colon además de engrosado, lo encontramos deformado, desviado y acodado a nivel del ángulo hepático y en la primera porción del transverso.

Aquí, naturalmente, debemos añadir el estudio de los velos de Jackson. Son estos verdaderas proliferaciones de la serosa perito-

neal que, cubriendo grandes extensiones de colon, hacen perder sus relaciones naturales y disminuir hasta cierto punto sus funciones, tal es el caso del peristaltismo que está disminuído y la absorción que está aumentada.

Una variedad de estos, es la Brida de Lane que tiene de particular ascutarse en la porción <sup>inferior</sup> ~~superior~~ del colon ascendente y casi especialmente en el ángulo <sup>ileocecal</sup> ~~cecal~~ del colon.

Añádase a esto los diversos grados de apendicitis, congestiva, hemorrágica, supurada y gangrenosa cuando el apéndice complica o inicia la pericolecistitis.



# ESTUDIO CLINICO

---

Desde esta parte del estudio, debe dividirse la clínica en tres partes: una que se presenta en todos los casos, es decir, lo que de común tienen todas las formas de la Pericolecistitis; la segunda, los datos propios a los trastornos vesiculares; la tercera y última, los síntomas añadidos según la mayor o menor extensión de las lesiones a los órganos vecinos.

La minoría de los casos de Pericolecistitis son hallazgos de autopsia o bien de intervenciones quirúrgicas, pero en la gran mayoría se manifiesta por los diferentes grupos de síntomas, que más arriba hemos especificado.

Los primeros en manifestarse son: un ataque al estado general, grave, revelado por una disminución grande de peso que puede llegar a 10, 15 y hasta 20 kilos menos de peso. De una astenia intensa, tenaz, que es sobre todo notable en las mañanas y después de medio día y, finalmente, de un tinte amarillo terroso, conocido entre nosotros como el de los intoxicados crónicos, acompañado de frecuentes elevaciones térmicas, sobre todo vespertinas que llegan a 38° y 39° C. y que están en relación con el acrecentamiento de los anteriores síntomas y la aparición de los siguientes.

El estado psíquico y nervioso, se altera grandemente, se hacen irritables aun por las cosas más insignificantes, padecen de insomnios, sobre todo en la segunda parte de la noche, de palpitaciones cardíacas, sin causa aparente, que sobre todo aparecen después de la comida acompañada o no de jaquecas, con o sin vómitos.

A todas estas manifestaciones se añaden muy a menudo dolores.

Estos dolores deben considerarse ya, como síntomas propiamente

te vesicular, es por lo que nos ocuparemos detenidamente de ellos puesto que es de los datos más seguros y constantes, para afirmar clínicamente la presencia de la Pericolecistitis.

Se presenta el dolor ya como crisis o ataques agudos, ya como un dolor constante: en el primer caso se muestra como un violento cólico hepático en un individuo sin o con escasos antecedentes biliares, con todas las características de los cólicos hepáticos: dolor intenso en el hipocondrio derecho, acompañado de náuseas y vómitos, todo presentado con extrema violencia, el dolor arranca gritos al enfermo y parece exagerado al menor movimiento, a la menor maniobra y se irradia, aunque predominando siempre en la zona cólica, hacia el hombro derecho, el homóplato derecho, la región interescapular, la tetilla derecha, al punto frénico cervical; son pues todos, de carácter ascendente. Estos dolores se acompañan de vómitos con el carácter de que llegan casi siempre a ser biliosos, sin que se puedan contener, pues todo medicamento ingerido es invariablemente lanzado al exterior.

Las irradiaciones del dolor son, como ya se dijo, varias, encontrándose como puntos dolorosos: el epigástrico, el cólico, el de los noveno, décimo y undécimo espacios intercostales, el de la punta de la onceava costilla, el frénico cervical derecho, el escapuloapexiano, el de la octava, novena, décima y undécima vértebras dorsales.

En caso de ser los dolores continuos, que es seguramente la forma menos constante, encontramos de notable se asientan en el cuadrante superior derecho del abdomen traduciéndose por sensación de plenitud, henchura y aun tensión que se muestran sobre todo inmediatamente después de comer (caso de complicarse con lesiones gástricas o duodenales en que son poco más tardías) o bien en la noche, (caso de complicaciones cólicas). En estos casos, se nota que la hiperextensión del brazo derecho y del tronco, así como los movimientos respiratorios profundos, los dolores o molestias aumentan, así como en el decúbito lateral izquierdo.

Estas molestias pueden ir acompañadas de náuseas y aun vómitos, eructos, también por repulsión o intolerancia por ciertos alimentos, tales como las grasas, huevos, etc., constituyendo todo esto, la llamada dispepsia biliar de Moynihan. Cabe añadir en esta porción el hecho de que es frecuente la dispepsia biliar de Moynihan

sola, es decir, la sensación de pesadez, tensión en el epigastrio después de los alimentos, acompañada de eructos, náuseas y vómitos, con sueño y aun de diarrea postprandial típica o, en otras palabras, después de comer se siente un gran dolor de localización alta, con imperiosos deseos de defecar y la evacuación es de un líquido amarillizo verdoso, espumoso que, una vez arrojado, se quita el olor y todos los trastornos que lo acompañan; además pueden ser constipados o diarreicos crónicos, o bien tienen alternativas de una y otra cosa, aunque predomina generalmente la constipación.

Ya en el terreno de la exploración física, debemos añadir a lo ya dicho, la sensibilidad mayor de la zona cística, así como de los puntos dolorosos descritos más arriba a propósito del dolor paroxístico, es decir, puntos dolorosos que se pueden confundir con las irradiaciones y que hay que buscar cuidadosamente, porque en su conjunto son de gran valor diagnóstico.

Los podemos dividir en dos grupos, como lo hace Chiray.

1.º.—Los puntos anteriores que son: el punto epigástrico, el cístico, el de los noveno, décimo y undécimo espacios intercostales, extremidad de la oncéava costilla, el punto de la zona pancreático coledocélica, el frénico y el de la tetilla.

2.º.—Los puntos posteriores que son: el escapulo apexiano, el de las octava, novena, décima y undécima vértebras dorsales y, finalmente, los puntos del muñon del hombro.

Naturalmente que a estos van añadidos los clásicos signos de Murphy y Abrahams.

Además, hay un signo interesantísimo, la fijeza del dolor máximo en determinado sitio, cualquiera que sea la posición que se dé al paciente. Tenemos que añadir como hecho de observación, que los enfermos adoptan una postura curiosa, para aliviar sus dolores y esta es, la de los mahometanos en el momento de la oración, es decir, la posición genupectoral. Parece ser porque en esta posición los tiramientos son menores; en cambio huyen del decúbito lateral izquierdo porque les aumenta el dolor, lo que nos explica Chiray a propósito de esta posición y es que se desaloja más la vesícula.

Hemos de insistir en la exploración física en los diversos métodos de palpar la vesícula con pericolecistitis.

Tenemos los que sirven para palpar el borde inferior del híg.

do, los clásicos procedimientos de Glenard, Chauffard, Mathieu y Gilbert.

Le siguen los ya especializados, el de los dos pulgares de Glenard, el de Chiray y Pavel, que consiste: el enfermo en decúbito lateral izquierdo, relacionar con el índice derecho el reborde costal y con el medio buscar el punto cístico, después de aplicar de plano y suavemente toda la mano derecha. Una vez hecho esto, poner al enfermo en decúbito dorsal, sin separar el medio y comprobar la exactitud y sensibilidad observada en el punto cístico.

Caso de no obtener ningún dato seguro, o francamente claro, se puede todavía investigar, estando el enfermo sentado e inclinado hacia adelante, posición preconizada por Wijnkoff, colocando la mano derecha horizontalmente y aplicando todos los dedos sobre la zona cística, que si bien la vesícula desaparece abajo del hígado en estado normal, cuando hay adherencias y más si son con la pared anterior del vientre, con la relajación tan completa obtenida en esta posición, es posible sentir más fácilmente cualquier tumor o plastrón que exista en esta zona.

Recurriendo ya al laboratorio tenemos:

### **SONDEO DUODENAL O PRUEBA DE MELTZER LYON**

Desde este punto de vista debemos considerar el resultado desde los diversos aspectos que el sondeo duodenal nos puede aportar y que bien explotados, nos darán preciosos datos sobre el estado funcional de la vesícula, como lo veremos al tratar el capítulo siguiente:

#### **I.—SEGUN LA RESPUESTA VESICULAR.**

Puede suceder que sea completamente negativa, en cuyo caso se recomienda añadir a la técnica común y corriente, el aditamento siguiente: un jeringazo rápido de veinte centímetros cúbicos de aire que según Chiray, en caso de provocar dolor, tiene un verdadero valor, junto con los datos de la impermeabilidad de la vesícula a la tetrayodofenoltaleína, y las deformaciones duodenales, gástricas o cólicas, indican ya seriamente una pericolecistitis avanzada.

Pero hay veces que salen algunas gotas de bilis B hipereconcentrada que, para que deban referirse a pericolecistitis, deben ir acom-

pañadas o seguidas de dolores semejantes al cólico hepático, sólo que de menor intensidad.

Finalmente, sucede que hay bilis B en cierta cantidad, sólo que se obtiene después de una bilis A, aumentada en su concentración y alternando con bilis C.

## II.—SEGUN LOS CARACTERES FISICOS DE LA BILIS B.

A pesar de las afirmaciones de algunos autores, Chiray opina que desde el punto y objeto de este trabajo, no tienen mayor interés.

## III.—SEGUN LOS CARACTERES HISTOLOGICOS DE LA BILIS B.

Después de la fijación, según el procedimiento de Madame Rothmann Mannheim, en la bilis B se encuentran abundantes células de las vías biliares, fuertemente pigmentadas y leucocitos más o menos abundantes y degenerados según el grado y antigüedad de la inflamación vesicular.

## IV.—SEGUN LOS CARACTERES BACTERIOLOGICOS DE LA BILIS B.

Después de las precauciones que el caso requiere, de asepsia y antisepsia Judd y Nickel, aseguran que los microbios más frecuentes son, por orden de frecuencia, el estreptococo, luego el bacilo de Gram Negativo Intestinal y, finalmente, el estafilococo como frecuentes y, accidentalmente, el bacilo de Eberth, etc., que son de menos interés para el caso.

## V.—SEGUN LOS CARACTERES QUIMICOS DE LA BILIS B.

Rara vez alcalina, a veces neutra, pero más frecuentemente con acidez más o menos marcada, según la mayor o menor infección, parece ser por la mayor o menor producción de ácidos orgánicos, producto del metabolismo microbiano.

La concentración también se altera, pues hay aumento de la concentración de los pigmentos biliares, que pasan de la proporción de uno a cuatro de la bilis A a la bilis B, que es lo normal.

También la colessterina se encuentra aumentada en su concentración. También hay gran cantidad de moco.

# ESTUDIO RADIOLOGICO

---

## COLECISTOGRAFIA.

Seguida rigurosamente la técnica de Graham, Cole y Copher, los resultados obtenidos pueden ser:

I.—Ausencia absoluta de la sombra vesicular, lo cual debe presentarse constantemente para que tenga un real valor.

II.—En caso de lograrse la sombra vesicular, es menos opaca que normalmente, no se llena con igual facilidad, no es regular en su contorno, se vacía difícilmente y posee cierta fijeza en determinado sitio, cualquiera que sea la posición del sujeto, tanto desde el punto de vista del lugar mismo de la vesícula, como con las relaciones que guarde con los órganos vecinos, con o sin maniobras externas e internas, si tales podemos considerar el peristaltismo provocado por el sondeo duodenal combinando a la radioscopia y a la ingestión de citobario; además, es dolorosa cuando se trata de movilizarla.

## GASTRODUODENOCOLOGRAFIA.

Con o sin trastornos o lesiones en estos órganos, debe hacerse sistemáticamente en estos padecimientos en estudio.

Podemos encontrar en primer lugar, deformaciones por presión debidas a la dureza o al plastrón vesicular que todavía no invade grandemente los órganos vecinos, cuando se tiene la fortuna de encontrar al padecimiento, no muy adelantado, en cuyo caso lo más frecuentemente, encontramos el bulbo duodenal deformado ya como llama de bujía o bien aplastado.

Pero más frecuentemente es encontrar al padecimiento más adelantado en cuyo caso observamos que el píloro y el duodeno están anormalmente fijos y dolorosos cuando se trata de movilizarlos, así como desviados y por así decir, retirados hacia el hipocondrio derecho.

Más frecuentemente todavía, es encontrar las desviaciones, deformaciones y acodaduras de la segunda porción, así como la estancación de una burbuja de aire en el *genussuperius*, pues se puede llegar a encontrar hasta festonado e igualmente doloroso a la movilización.

Datos semejantes se encuentran al nivel del ángulo hepático del colon, al que vemos en la pantalla fluoroscópica con fijeza y acodadura anormales, doloroso a la movilización, sobre todo hacia abajo y persistencia de la sombra opaca.

Algunas veces y cuando el padecimiento está muy avanzado, se observan espasmos pilóricos o duodenales, dilataciones gástricas o duodenales, consecutivos a trastornos y dificultades en el tránsito gastropíloroduodenal.

Hay casos que el diagnóstico diferencial entre colelitiasis y nefrolitiasis, o bien la coexistencia de ambos padecimientos, hace dudar de la intervención, si es o no provechosa y si debe o no hacerse o por cuál de las dos hay que empezar. Ya en estas circunstancias, hay que recurrir como lo ha demostrado M. De Abreu del Instituto Brasileño de Ciencias, que debe tomarse no sólo la radiografía en sentido ántero-posterior, sino también en las oblicuas de rechas posteriores, en que se disocian la sombra vesicular de la renal con una inclinación de 30 grados y aun la coledociana de la nefrítica, pero esta ya con una inclinación de 70 grados sobre el plano ántero-posterior, lo que se comprende trae consigo una ventaja real para el diagnóstico sencillo y la localización topográfica de la litiasis o del cálculo y de la indicación operatoria.

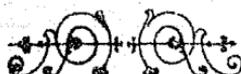
A este cuadro típico de Pericolecistitis, debemos añadir según el caso, la sintomatología propia que los órganos vecinos que sufren agregan a la ya complicada descrita más arriba.

Así, en los espasmos o estenosis, píloroduodenales, encontramos dolores que abarcan no sólo la zona cística, sino también la pancreático duodenal de Chauffard y el epigastrio, sobre todo una o

dos horas después de los alimentos con o sin vómitos, ya gástricos (ácidos e incompletamente digeridos, si son gástricos o alcalinos y neutros y aun ácidos con fermentos pancreáticos y bilis más o menos abundantes si son duodenales) que naturalmente con el tiempo adquieren los caracteres de los vómitos que provienen de las dilataciones, que alarman más a los enfermos y con los trastornos consiguientes de desnutrición más rápida y acentuada, etc., dilataciones que, naturalmente, se controlan por la radioseopía y la radiografía, de la que ya hemos adelantado algo, por necesidad de exposición y de cuyos caracteres no nos ocuparemos más, por no entrar en este estudio.

Por parte del colon, lo más frecuente es encontrar la constipación, con los serios trastornos de la estasis cólica derecha y que viene a complicar más aun, tanto el estado del enfermo como la sintomatología y que será analizada también por el examen de las materias fecales, el estudio radiológico y que tampoco estudiaremos, por no formar parte de nuestro tema.

La sintomatología completa de estas complicaciones se encuentra en la Patología gastrointestinal, descrita como cuadros sintomatológicos claros que, por no salirnos del tema, no describiremos.



# ESTUDIOS DE LABORATORIO

---

## EXAMEN DE MATERIAS FECALES.

Después de una comida mixta, se encuentra en las heces, en caso de obstrucción más o menos completa, de las vías biliares que, desde el punto de vista macroscópico sus caracteres son: abundantes, de color blanquiceo como yesca, grasosas, de olor butírico o fétido, ya en el examen microscópico observamos que las fibras musculares se encuentran en regular cantidad, es decir, más o menos abundantes, casi completamente digeridas, el tejido conjuntivo, casi desaparecido, la celulosa no existe, el almidón es negativo a su investigación, las grasas neutras y los ácidos grasos son abundantes.

Los caracteres químicos son: de reacción ácida franca, la bilirubina y la estercobilina no existen o están en muy escasa cantidad y bacteriológicamente hablando, la flora yodófila no existe.

## ANALISIS DE ORINA.

Generalmente encontramos en este interesante estudio que por parte de los caracteres físicos, la cantidad global en las 24 horas ha disminuído, baja de 1000 c. c., el color es bastante elevado, pasa de VI en la escala de Vogel, el olor es fuerte, aunque todavía sui géneris, como en todas las orinas concentradas, la densidad aumentada sobrepasa a los 1030.

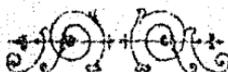
Los caracteres químicos son: la reacción generalmente ácida, pero puede ser neutra o ligeramente alcalina. La urea ligeramente aumentada o bastante aumentada, pues puede pasar de 30 gramos por mil.

Los cloruros poco aumentados, casi normales, es decir, alrededor de 12 gramos por mil; los fosfatos normales.

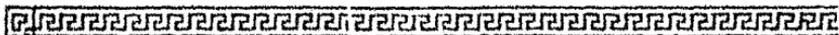
Como cuerpos anormales, siempre encontramos la urobilina, en más o menos cantidad, según sea la mayor o menor retención biliar y si es mucho muy acentuada, no sólo indica colemia, sino también insuficiencia hepática.

El indoxilo es frecuente encontrarlo.

El microscopio poco en este particular nos puede ayudar, sólo se encuentran celdillas de las vías genitourinarias inferiores y uno que otro cilindro y, cuando más, unos cuantos cristales de fosfatos y uratos.



Química Sanguínea y Fòrmula  
Hemoleucocitaria



Otro examen importante en un individuo en que, como en este padecimiento se sospecha una infección crónica, es el estudio hemoleucocitario así como por tratarse de individuos en que la relación de la colessterina está sumamente ligada con el buen estado de las vías biliares, es interesante dosificar esta substancia en la sangre, así como la urea, el ácido úrico, los cloruros y la creatinina, en otras palabras se impone el conocimiento de la química sanguínea.

La fórmula hemoleucocitaria se encuentra constantemente con aumento de los glóbulos blancos y de manera especial polinucleosis. No fijamos cifras, ya que esto es muy variable según el grado de la infección y la naturaleza orgánica en que esta evoluciona, pero de una manera general, el estudio da los resultados ya dichos.

La colessterina sanguínea se encuentra también constantemente aumentada.

La urea la encontramos de igual manera aumentada, pasando regularmente 50 por mil, aunque el aumento no es muy grande, hay que tenerlo en cuenta.

El ácido úrico sufre poca alteración, se mantiene constantemente en los alrededores de 10 a 12 centigramos por mil, que es lo normal, salvo en casos en que hay marcada insuficiencia hepática o renal o bien simultáneamente en ambas vísceras se aumenta la cifra indicada.

La creatinina se encuentra de igual manera a los alrededores de su cifra normal de 1 a 2 centigramos por mil. Los cloruros constantemente a los alrededores de 650 miligramos por cien, salvo, como para la substancias anteriores, en caso de lesiones hepatorenales marcadas, en que aumenta.

Después de lo dicho anteriormente, es evidente que el hígado requiera un estudio en su funcionamiento, ya que una de sus principales funciones se haya comprometida; de aquí que nos ocupemos de mencionar el estado funcional de esta glándula.

Su función antitóxica explorada por la prueba del Rosa de Bengala, muestra que varía en las proximidades de cinco miligramos por mil, contra tres o menos que es lo normal.

La prueba del sangrado constantemente aumentada en tiempo, sin que sea excesivo, siempre es más largo que el promedio conocido de 5 a 6 minutos; generalmente llega a los 9 o 10 minutos.

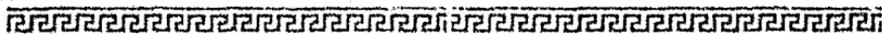
La prueba del tiempo de coagulación, también indica aumento sobre los 8 o 10 minutos de promedio aceptado.

El resto de las pruebas hepáticas, a más de complicar el estudio, sin dejar de reconocer su importancia, no tienen el interés práctico que las anteriores.



CAPITULO II.

# FISIOPATOLOGIA



En un estudio moderno, este capítulo es indispensable, fundamental desde cualquier punto de vista, en nuestro tema lo es doblemente, primero porque es la interpretación del estado anatómico de los órganos afectados y lo que es más importante, la valoración funcional o, en otras palabras, la utilidad que aun puede prestar al paciente sus órganos afectados, de donde se desprende la segunda razón para que en este trabajo exista este capítulo y es que de esta utilidad, de este valor funcional se desprenderán las indicaciones terapéuticas. Así pues, en conclusión, la Fisiopatología no es más que el eslabón de unión entre el cuadro sintomatológico y la terapéutica, de donde la necesidad imperiosa de ocuparnos de ella.

Obvio es añadir más, pero sólo diremos que vamos a tratar de analizar todos y cada uno de los síntomas de la mejor manera y dentro de las posibilidades que esta rama de la medicina, la Fisiopatología, pueda en el estado actual de las cosas.

Empezaremos por analizar las causas.

Hemos puesto en primer lugar a la Infección; como es de esperarse por parte del peritoneo, frente a cualquier agente, trata de localizarlo, enquistararlo, formando adherencias más o menos completas, según su integridad y su poder de defensa, sirviéndose especialmente del gran epiplón; reacción que ha sido comparada a la de los leucocitos que como es bien sabido, obran por quimiotaxia positiva; aquí el gran epiplón de igual manera, parece sufrir la atracción del peritoneo enfermo y llegándose a ella se adhiere formando bridas y tabiques que separan más o menos la lesión peritoneal.

La infección aquí juega el papel de excitante propagándose al peritoneo de la enervada subhepática por las vías que a propó-

sito de la Etiología en el anterior capítulo ya se han descrito. De aquí la predominancia de los síntomas vesiculares cuando primitivamente se asienta en la vesícula, de igual manera, los síntomas predominan en los otros órganos, cuando no es más que la consecuencia, la pericolecistitis, de una apendicitis alta, de una periduodenitis de una perigastritis y de las pericolicitis.

No siempre la defensa peritoneal llega a la extinción completa de la infección, sino que, como se dijo en renglones anteriores, sólo enquistá los microbios después de haberlos englobado, de ahí del interés de la fórmula hemoleucocitaria que más adelante analizaremos, y, por lo tanto el peligro de destruir dichas adherencias así como las precauciones que hay que tomar cuando existe la necesidad de hacerlo.

Los factores congénitos no los estudiaremos, por pertenecer a puntos de Embriología que, por no estar completamente claros, no poderamos deducir nada de ellos.

El sexo y sobre todo los embarazos repetidos, nos indican un aumento de la colessterinemia, por la presencia frecuente de los cuerpos amarillos, con las menstruaciones y en la larga presencia durante el embarazo, porque, según afirman algunos fisiólogos, el cuerpo amarillo entre otros muchos fenómenos, trae el de la colessterinemia mayor, que normalmente y si a esto añadimos que hay poderosas razones para pensar en que el aumento de la colessterina sanguínea, es un factor importante para la colelitiasis y que de entre estas un buen porcentaje acaban con pericolecistitis, se verá la importancia del factor sexo y del factor embarazos repetidos.

Para acabar con los factores etiológicos, réstanos hablar de la edad que, como ya se dijo, es el principio de la segunda mitad de la vida, época en que los trastornos digestivos y los padecimientos infecciosos crónicos se encuentran más o menos desarrollados y en condiciones de provocar la pericolecistitis. Aquí ha quedado incluido el factor herencia (familias de dispepticos y litíasicos).

De la anatomía patológica, podemos sacar algunas conclusiones fisiopatológicas interesantes, en cuanto a tratamiento se refiere.

Es indiscutible que cuando encontramos adherencias vascularizadas y laxas, si se destruyen rápidamente se reproducirán, si no mayores, en igual grado, pero por el hecho de que son vasculares,

será seguro el que sangren, hemorragia peritoneal, de la ya conocemos sus peligros y también por laxas será fácil destruirlas, pero precisamente por estar bien vascularizadas, su vitalidad será mayor, de aquí una indicación clara de la ligadura y la peritonización. Indican además reacción peritoneal reciente y por lo tanto, salvo el caso de supuraciones agudas, el ataque lesional a los órganos vecinos es mínimo relativamente.

Sin embargo, hemos de estar siempre en guardia para las supuraciones enquistadas las cuales siempre en estos casos hablan clínicamente, con un síndrome abdominal agudo, que no es el caso en nuestro estudio, pero que hay que tomar en cuenta para la conducta operatoria.

Se concluye, pues, que en las adherencias conjuntivo vasculares la destrucción es fácil. Es posible con una buena peritonización evitar en parte su reproducción y es factible dar al paciente algún mejoramiento en sus trastornos por el estado funcional que probablemente aun guardan sus órganos.

Pero cuando las adherencias son fibrosas, hay que desconfiar siempre, pues al tratar de destruirlas se llevan dolorosas sorpresas, ya que se desgarran los órganos vecinos, ya porque localizan una supuración enquistada o bien pequeños focos de infección que, si bien no son grandes, sí son virulentos, de ahí el peligro. Finalmente, por indicar una reacción antigua, es casi seguro el ataque anatómico de los elementos nobles de los órganos vecinos, de aquí otra conclusión, la destrucción de estas adherencias además de ser peligrosa y difícil, no da resultados verdaderamente útiles al paciente.

Esto es en general. Ya en lo particular, vemos por parte de la vesícula cuando es primitivamente atacada, que presenta lesiones de escleroatrofia, lo que viene a confirmar los datos ya dados por la clínica, de donde siendo un órgano inútil, molesto y aun peligroso, su ablación está indicada.

Puede suceder que sólo esté alcanzada por algunas bridas consecutivas a pericolecistitis secundarias, a padecimientos no localizados a la vesícula (apéndice, colon, duodeno y estómago). En este caso, la lesión vesicular seguramente localizada a su capa serosa, no es tan intensa, para permitir su ablación por inútil, sino por el contrario, es una indicación formal para su conservación.

Cuando las adherencias se localizan a los canales biliares, ya el hepático, ya el cístico, ya el colédoco, sistemáticamente se deben destruir, porque si al hepático o al colédoco están localizadas, seguramente hay retención biliar, accidente de tal gravedad, que hay que correr el riesgo para mejorar al paciente. Sólo en el caso, en que el colédoco esté obstruido por lesiones infranqueables quirúrgicamente hablando, y el cístico es permeable, la colecisto-enteroanastomosis está indicada, en caso de adherencias o bridas en el cístico, según el estado de la vesícula se hará la conservación o no de ella, según las probabilidades de destruir o no las adherencias.

Cuando las lesiones son duodenales y estas son de tal naturaleza, que ya provocan trastornos en el tránsito gastroduodenointestinal, la gastroenteroanastomosis se indica, ya que la destrucción de las adherencias no corrige en nada los trastornos, por la rápida reproducción de las bridas, permitida por la situación anatómica, además de que la lesión orgánica está ya constituida.

Igual conducta se observará ante lesiones semejantes en el estómago.

En cuanto al colon, su acodadura y desviación, salvo de no ser factible, se corregirán en vista de las nociones generales, que respecto a las adherencias hemos dado, si no, la colocoloanastomosis será lo indicado.

Por último si el apéndice está enfermo, se quitará sistemáticamente.

Todo esto que hemos dicho y adelantado al capítulo de tratamiento, se hace necesario expresarlo aquí, ya que son lesiones, que si bien se pueden sospechar clínicamente, sólo la laparotomía aclara y sobre la marcha debe pensarse, ayudados por el estudio fisiocofuncional anteriormente hecho y del estado anatómico que guarden los órganos, y que expuestos están a la vista, la conclusión operatoria a que debe llegarse.

Esto es lo que se ha denominado la táctica en cirugía biliar.

Ahora bien, si con los fisiólogos modernos consideramos y definimos a la vesícula funcionalmente hablando, como un reservorio contráctil, concentrador, que reabsorbe (agua) absorbe (grasas) y secreta (moco) estamos obligados antes de tomar cualquier

determinación terapéutica, a conocer si no todas las funciones, ya que con los medios actuales, el médico es impotente para hacerlo, si las más importantes, para de ahí concluir las indicaciones terapéuticas en cada caso, conocimiento que sólo se puede tener de la valorización de todos y cada uno de los síntomas obtenidos después de cuidadosa búsqueda, de aquí que pasemos a estudiar los principales síntomas, que en el primer capítulo hemos expuesto.

Ya que el estado anatómico, si bien lo sospechamos más o menos fundadamente, sólo la laparotomía o la autopsia lo pueden confirmar, como más arriba lo hemos afirmado; en cambio, el estado funcional lo podemos conocer bastante exactamente para concluir de él la conducta conveniente.

Es un hecho de clínica común y corriente que más o menos en todos aquellos padecimientos que directamente afectan la función biligénica del hígado, ya porque hay retención, ya porque hay demasiada eliminación, como en las fistulas biliares y, finalmente, porque la excreción es difícil por cualquier causa, atacan grandemente el estado general, ataque que se manifiesta sobre todo por un grupo de síntomas que son: disminución grande de peso, astenia intensa y un tinte amarillo terroso que tienen de carácter ser constantes en presencia y tener alternativas de mejoría, sin que lleguen a desaparecer completamente.

Esto se ha explicado funcionalmente en que cuando la función biligénica está comprometida, la célula hepática está en hipofunción por lo tanto, el metabolismo de la glucosa, está disminuído y de ahí la alimentación muscular y de la economía entera precaria y deficiente, por lo tanto, la astenia tenaz, persistente, con el carácter de ser matutina y vespertina, sobre todo después de las comidas, que es precisamente cuando más trabajo se pide al hígado y menos puede cumplir con su función glucogénica.

El tinte amarillo terroso, indica que los tóxicos, no son retenidos ni convertidos a nivel del hígado en cantidad necesaria, sino que pasan a la circulación y de ahí al organismo entero, por no eliminarse con la debida oportunidad. Además, el otro factor tanto o más interesante, es la retención de sales y pigmentos biliares, sobre todo estos que también se reparten en la economía.

Ambos factores, dan ese color amarillo terroso.

Es oportuno agregar que la retención de las sales y pigmentos biliares obliga al hígado a un aumento de trabajo, hasta que llega un momento en que es insuficiente, momento en el cual la célula hepática comienza a comprometerse en su función antitóxica y biligénica y progresivamente, según el grado de su ataque, se van afectando el resto de sus funciones.

Si a esto añadimos que generalmente se trata de infectados crónicos, vemos que el funcionamiento hepático está todavía tanto más comprometido, cuanto que la infección está tan cercana a él, si es que no lo interesa directamente.

La disminución grande y rápida de peso, es fácilmente explicada por el estado de intoxicación constante del organismo y como consecuencia, su metabolismo comprometido.

El estado psíquico, de irritabilidad, pereza impotencia mental a trabajos intelectuales prolongados, el insomnio, las palpitaciones cardíacas, las jaquecas, no son más que otras tantas manifestaciones de todos y cada uno de los órganos de la economía, frente al estado general que ya hemos explicado proviene del comprometido funcionamiento hepático.

Las elevaciones frecuentes de temperatura, rebelan los brotes agudos, inflamatorios que por parte del padecimiento local se presentan y que son más o menos intensos, según sea la gravedad de la infección en evolución.

Por parte ya del padecimiento localmente hablando, los dolores tan constantes en la pericolecistitis, no son sino la manifestación del sufrimiento peritoneal; primero, por la causa que obra (infección, úlcera, etc.) y después por los tiramientos de las adherencias, que más o menos abundantes y según su localización en la encrucijada subhepática se rebelan;

1.—Cuando se localiza principalmente en las vías biliares por cólico hepático más o menos típico, según sea la dificultad que oponga a la contracción vesicular y al paso de la bilis o cálculos por los canales biliares, aunque en este caso más hay que referirlo a la litiasis que a la pericolecistitis.

Aquí se trata de casos puros en que, naturalmente, todavía hay tiempo de obrar beneficiando al enfermo grandemente.

II.—Cuando ya se extienden las adherencias más allá de las vías biliares y en que los órganos vecinos están invadidos, entonces los dolores se hacen más continuos exacerbados en el momento en que dichos órganos se ponen en actividad, después de comer en caso de perigastritis, a la una o dos horas, en caso de periduodenitis, a las seis o más horas cuando el colon y el apéndice están afectados.

Al mismo tiempo, cuando está fija a la pared, se presenta el caso de la fijeza del dolor en determinado sitio, en cualquier posición que tenga el paciente y que se aumenta con la hiperextensión del miembro superior derecho, con el decúbito izquierdo, con las inspiraciones profundas y al contrario, el descanso en la posición genupectoral y es que en los primeros casos, las vísceras tratan de desalojarse por su propio peso restirando las adherencias, provocando, por lo tanto, las molestias o dolores según el grado de la tracción y, por el contrario, en la posición genupectoral en que se recogen, por así decir, las adherencias y por tanto no hay tiramientos y si los hay, son mínimos, el dolor desaparece o es mínimo.

Estos son ya casos complicados en que la acción benéfica del médico y del cirujano se reduce grandemente y en los cuales la conducta que hay que tener, todavía se discute grandemente.

Vemos, pues, que el dolor se nos presenta como de lo más constante en la pericolecistitis, por ser precisamente la expresión sintomatológica de las adherencias, que siempre existen en la pericolecistitis y que bien estudiado, nos da por sí sola, datos de situación, extensión y propagación que comprobamos por otros síntomas.

El hecho que sentimos un tumor o un plastrón, no quiere decir otra cosa sino que la vesícula o bien la pericolecistitis son palpables, ya porque son muy grandes, ya porque se deja deprimir fácilmente el vientre del paciente, etc., pero que tiene valor conocer porque si es palpable un tumor en el borde del hígado, en el punto que corresponde a la escotadura vesicular y es acompañado de trastornos de la vesícula, estamos autorizados para pensar que se trata de ella y si este tumor desaparece por las pruebas vesiculares funcionales Meltzer Lyon, inyección de pituitrina, de insulina, etc., que

provocan su contracción, lo podemos asegurar y si no desaparece, podemos si no asegurar, si sospechar la misma conclusión. Lo mismo estamos autorizados a pensar en caso de encontrar un plastrón pero en este caso, es de creerse, en una vesícula con gran cantidad de adherencias.

Los puntos dolorosos no son sino la expresión dolorosa de los nervios cuya zona está afectada.

El epigástrico corresponde al plexo solar que inerva la gran mayoría de los órganos abdominales.

Los del noveno, décimo y undécimo espacios intercostales, punta de la onceava costilla, así como las apófisis espinosas de la novena, décima y undécima vértebras dorsales, son debidos a los correspondientes nervios intercostales.

El de la tetilla, el escapuloapexiano, los del muñón del hombro, es un poco más difícil, es decir, más rebuscado el explicarlos, pero parece se trata de las anastomosis que los anteriores nervios, tienen con los correspondientes a estas zonas, circunflejo y ramas cutáneas del plexo cervical, para el muñón del hombro y los intercostales correspondientes, para el escapuloapexiano y el de la tetilla.

La dispepsia biliar de Moynihan, no es mas que la expresión de la falta o deficiencia de acción digestiva de la bilis y trastornos de la digestión por consecuencia.

Hasta aquí sólo hemos obtenido como interpretación, la localización del padecimiento, el sufrimiento del peritoneo, sus lesiones, su probable extensión, el estado funcional aproximado del hígado, así como del estado probable de la digestión de los alimentos.

Nos ayudan en nuestra investigación clínica, con interesantísimos datos, las exploraciones siguientes:

### **SONDEO DUODENAL O PRUEBA DE MELTZER LYON.**

Vemos que sus datos se valorizan según diversos aspectos, que ya hemos descrito en el capítulo anterior.

I.—**SEGUN LA RESPUESTA VESICULA.** Sucede que es completamente negativa, es decir, no hay salida de bilis B, que, para que tenga valor, debe ser constantemente negativa; por sólo esto y dado por conocido el hecho de que la bilis B, corresponde a la contenida en

la vesícula, podemos pensar de que se trata; de una vesícula excluida y que, naturalmente, ya no es útil, no llena sus funciones.

Si a esto añadimos, que entendemos por vesícula excluida, aquella que por cualquier causa ya no está en comunicación con el colédoco y que, si a los datos obtenidos por la exploración física, añadimos el hecho de que se produce un dolor intenso cuando lanzamos un jeringazo de 20 c. c. de aire por la sonda, podemos pensar, por no decir asegurar, que hay adherencias de periduodenitis porque el dolor se provoca solamente cuando el duodeno es inextensible, por la periduodenitis y no existe cuando no hay ese padecimiento y se explica, porque el duodeno posee, naturalmente, cierta elasticidad que pierde cuando hay reacción peritoneal y que, como es de suponerse, cuando se trata de insuflarlo rápidamente, en el primer caso no hay mayor novedad, ya que es posible dilatarlo, pero en el segundo, sí se produce dolor porque no se deja restirar por el cambio de elasticidad, así como por la presencia de las bridas y que se estiran y provocan el dolor, dato interesante que hay que tener en cuenta para agregarlo a la colecistografía y a la gastroduodenografía.

Sin embargo, hay veces que salen pocas gotas de bilis B hiperconcentrada, acompañadas o seguidas de dolores semejantes a un cólico hepático, en estos casos, se interpreta como vesícula no excluida, ya que es capaz de lanzar al colédoco, y de ahí al duodeno, la bilis que contiene; que es hiperconcentrada, por su larga permanencia en ella, porque ha hecho que la función concentradora, absorbidora y reabsorbidora, se ejerzan en una misma bilis, durante demasiado tiempo.

El hecho de que sean unas cuantas gotas, igualmente tiene valor, pues indica que la capacidad vesicular está reducida al mínimo, ya por escleroatrofia, ya por compresión extravascular.

Finalmente, si es acompañada de dolores o seguida de ellos, indica además, que la contracción se hace difícil, probablemente porque sus paredes están más o menos fijas por las bridas peritoneales, que al restirarse por la actividad vesicular, provocan el dolor.

Por lo tanto, estamos autorizados a pensar en estos casos, que se trata de una vesícula disminuida en su capacidad, por las adherencias y el padecimiento anterior, generalmente la colecistitis, que

sólo un excitante energético puede movilizar y cuya función contráctil por tanto, está disminuída así como su cualidad de reservorio; en cambio, la función de absorción, reabsorción y concentración, están aumentadas como lo indica la hipereconcentración de la bilis.

Por último, cuando hay bilis B en cierta cantidad, hipereconcentrada, con alternativas de bilis C y acompañada o seguida de dolores, se tiene la misma interpretación, sólo que aquí el carácter de reservorio no está disminuído, más que en mínima parte y se hace más patente la dificultad por bridas a la contracción vesicular, que sin embargo, se llega a efectuar, aunque sea por así decir, a saudades.

**II.—SEGUN LOS CARACTERES FISICOS DE LA BILIS B OBTENIDA.** Ya hemos dicho que no tiene nada de particular, en cuanto a pericolecistitis se refiere.

**III.—SEGUN LOS CARACTERES HISTOLOGICOS DE LA BILIS C.** El hecho de encontrar células de las vías biliares hiperpigmentadas, demuestra el aumento de la absorción y concentración de los elementos de la bilis, contenida en las vías biliares sobre todo en la vesícula; además, indican el ataque a la mucosa de ahí la descamación abundante.

Los leucocitos muy abundantes, sobre todo polinucleares, indican la infección de las vías biliares.

**IV.—SEGUN LOS CARACTERES BACTERIOLOGICOS DE LA BILIS B.** Nos indicará la causa probable de la infección y sobre qué clase de gérmenes tenemos que obrar, hecho importante para la vacunación.

**V.—SEGUN LOS CARACTERES QUIMICOS DE LA BILIS B.** La acidez indica cierto estado de infección, ya que se dice es debida a los ácidos orgánicos producidos por el metabolismo microbiano.

La concentración aumentada de la bilis B, ya que la proporción con la bilis A, es mayor de 1 a 4, lo que, como se ha dicho, indica permanencia prolongada en la vesícula, en que las funciones de absorción, reabsorción, concentración y secreción, se han ejercido demasiado tiempo en una misma muestra de bilis.

De aquí, naturalmente, el aumento de la colestería, pigmentos biliares, moco, disminuyéndose proporcionalmente la cantidad de agua.

Del estudio de la COLECISTOGRAFIA, concluimos:

I.—De la ausencia absoluta y constante de la sombra vesicular, que ésta está excluida, cualquiera que sea la causa, pero que, en nuestro caso, se añade a los datos anteriormente recogidos, apoyando una pericolecistitis con vesícula excluida.

II.—La sombra vesicular obtenida, es menos opaca, esto puede ser bien por disminución del poder concentrador, o bien no entra la tetrayodofenoltaleína, fácilmente, debido ésto a dificultad de su paso por el cístico y canal hepático, tal es la causa también, de que veamos que no se llena fácilmente, sino que dilata en llenarse; igual cosa se piensa por el hecho de que no se vacía fácilmente.

Su irregularidad en sus contornos, nos demuestra que no se deja distender fácil y uniformemente en toda su extensión, debido, seguramente, al cambio de consistencia de sus paredes y a las adherencias de pericolecistitis existentes.

Su fijeza en determinado sitio, cualquiera que sea la posición del sujeto o las maniobras hechas, es un signo importante a favor de adherencias perivesiculares con la pared del vientre, lo mismo debe pensarse por el hecho que sea dolorosa al tratar de movilizarla.

Ya en la gastroduodenocolografía, en caso de que se vea el bulbo duodenal deformado, pero no doloroso a la movilización, ni acompañado de grandes fenómenos funcionales correspondientes a él, se puede asegurar, se trata de deformaciones por presión, del tumor vesicular, lo cual es raro.

Cuando además de deformación, hay fijeza, posición anormal, irregularidad en los bordes, acodadura y es doloroso a la movilización, entonces debemos pensar en la periduodenitis, propagada por la pericolecistitis si es secundaria, primitiva, si la lesión se asienta en el duodeno.

Si hay dilatación, la obstrucción al tránsito duodenal es evidente.

La fijeza, irregularidad, acodadura, mala posición del ángulo hepático del colon, tienen semejante interpretación, es decir, la existencia de bridas peritoneales y que se acompañan de estancia prolongada de la substancia opaca, que demuestra el tránsito cólico

deficiente.

En caso de coexistencia, o duda en la colelitiasis y la nefrolitiasis, las radiografías tomadas como lo aconseja M. De Abreu, nos muestran con gran exactitud la localización de los cálculos, la cual es posterior para los nefríticos y anterior para los coledocianos o vesiculares.

En el análisis de orina, todos los datos concurren de acuerdo, a afirmar de que se trata de una orina concentrada en la mayor parte de sus elementos, seguramente por la mayor eliminación renal, ya que el hígado se halla insuficiente y el trabajo recargado al riñón.

Como cuerpo anormal y de gran valor, es la urobilina que no debiendo existir en la orina, su presencia indica en caso de obstrucción completa, de las vías biliares, el grado de colemia y en caso de no obstrucción, el grado de insuficiencia hepática, aunque como es claro aceptar, ésta interviene también indiscutiblemente en el primer caso, aunque la mayor parte deba referirse a la retención biliar.

El examen de las materias fecales, demuestra una dispepsia biliar, primero, por ausencia o escasez de pigmento, ya por retención, ya por insuficiencia de eliminación, como lo indican entre los caracteres macroscópicos, la coloración blanquiza.

Ahora, por parte de la función digestiva, todo se digiere convenientemente, menos las grasas, como lo prueba de una manera palpable, la presencia de abundantes ácidos grasos y grasas neutras y que no es debido sino a la falta o escasez de bilis, elemento saponificador de los cuerpos grasos y que los hace aptos para sufrir la acción digestiva de los fermentos lipolíticos, sobre todo pancreáticos e intestinales.

La acidez es debida a los ácidos grasos cuya existencia ya hemos explicado.

La existencia escasa o la ausencia absoluta de la estercobilina y urobilina, no es más que la consecuencia de la obstrucción más o menos completa de los canales biliares.

La ausencia de la flora yodófila, es la consecuencia de la acidez franca de las heces.

El estudio hemoleucocitario de un interés grandísimo, como vamos a ver, se encuentra como ya se dijo en el capítulo anterior,

con leucocitosis, con predominancia de los polinucleares, lo cual muestra una llamada a la defensa leucocitaria, que nos indica dos cosas, el grado de la infección y como se defiende el organismo, según sea el grado de la polinucleosis y como consecuencia de esto, el pronóstico más o menos bueno según que se debilite o bien no aumente la defensa orgánica, a pesar de existir la infección o de la terapéutica empleada.

El aumento de colesiterina, nos muestra que el metabolismo de esta substancia se encuentra aumentado, cuyo valor en clínica ya hemos hecho resaltar al principio de este capítulo.

El aumento de la urea ya indica aunque ligero, cierto estado de intoxicación crónica, con ligera insuficiencia hepatorenal.

El resto de las substancias ácido úrico, creatinina y cloruros, es importante conocer pues, como es sabido, tienen variaciones que como en otra tesis (de Rafael Camargo 1931) se demuestra, tienen valor en un enfermo posiblemente quirúrgico.

El estudio funcional del hígado, nos muestra que esta glándula está insuficiente en más o menos grado, pero siempre insuficiente como lo dicen la prueba del sangrado, del tiempo de coagulación, del Rosa de Bengala, que están aumentadas, sobre las cifras aceptadas como normales y que estarán tanto más aumentadas cuando el estado funcional es más comprometido.

LA SEMIOLOGIA GASTRICA DUODENAL Y COLICA pertenecen ya a otros estudios que no agotaremos por no entrar en el cuadro de nuestro tema, sin que esto quiera decir, que no le demos la debida importancia, ya que mucho de la cirugía, si no curativa, cuando menos sintomática, del estómago, duodeno y colon se hace bajo sus indicaciones y ayudan grandemente a los datos aportados por la clínica.

Sin embargo, hemos de enumerar aunque sea, los casos que podemos encontrar: estenosis pilórica, estenosis duodenal, cualquiera que sea su causa especialmente en nuestro caso, la perivisceritis extensa o localizada, acompañadas de dilatación o sin ellas y las acodaduras del colon, igualmente por pericolitis, especialmente bridas.

Hechos estos que los debemos tomar en cuenta, para la conducta operatoria y médica.

Así pues, vemos, después de la anterior exposición que por el

estudio de los síntomas, podemos dividir desde el punto de vista práctico de interpretación, los tres grupos que como al principio del primer capítulo hemos dicho, son:

I.—SINTOMAS GENERALES.

II.—SINTOMAS VESICULARES PROPIAMENTE DICHOS.

III.—SINTOMAS DE LOS ORGANOS VECINOS.

Los del primer grupo, nos dan cuenta del ataque del estado general del paciente.

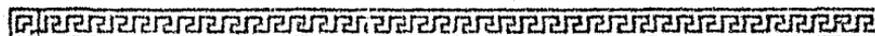
Los segundos, la localización del padecimiento, mostrándonos además, hasta qué grado aun la vesícula, es un reservorio contráctil que absorbe, reabsorbe, concentra y secreta.

Finalmente, los del tercer grupo, cuál es la extensión del padecimiento, su repercusión sobre los otros órganos que constituyen la encefalizada subhepática.

Así pues, si conocemos todos estos datos, nuestra terapéutica debe estar justificada y ajustada a lo que la clínica nos enseña y por tanto, creo yo, estamos obligados y suficientemente armados, cuando menos para las necesidades de la clínica para abordar el capítulo del tratamiento con un rigor disculpable, si nos damos cuenta de la gravedad del padecimiento y de lo difícil que es curarlo.

CAPITULO III.

# TRATAMIENTO



En este capítulo, verdadero objeto de este estudio, nosotros procuraremos hacer ver todas y cada una de las dificultades que en la práctica se presentan, no porque el que esto escribí tenga gran experiencia, sino porque he procurado reunir y sintetizar el trabajo de médicos y cirujanos de renombre y especializados en esta clase de estudios, como Chiray, Ramond, los hermanos Mayo, Boreoso, Zizine y otros por no mencionarlos varias veces, ya que en la bibliografía se podrán ver las fuentes de donde ha surgido este trabajo, aparte naturalmente, de los casos clínicos que presento.

**TRATAMIENTO PROFILACTICO.**—En un principio podrá chocar que exista este tratamiento, pero si reflexionamos que las pericolecistitis rara vez son primitivas y frecuentemente son secundarias, a padecimientos ya de la vesícula misma, ya de los órganos cercanos a ella, es evidente que si hacemos un tratamiento acertado de estos padecimientos, procurando dejen el menor número de secuelas posibles, evitaremos en buen número de nuestros enfermos, esta enfermedad, que es seguramente más difícil de curar y mucho más molesta para el paciente.

Por lo tanto, el tratamiento bien conducido de las Angiolecistitis calculosas o no calculosas, de las úlceras gástricas y duodenales, de las apendicitis y de las colitis, etc., así como la educación médica, entre la clientela civil y la hospitalaria, para inculcar el valor real con resultados positivos, del diagnóstico precoz y del tratamiento eficaz, tendremos por lo menos un buen tramo del camino recorrido en la previsión de la pericolecistitis.

En las necesidades de la práctica, nos vemos obligados a hacer algunas divisiones, que si bien, no son muy acertadas desde el pun-

to de vista teórico y científico, sí lo son, porque la clínica frecuentemente nos las muestra, de aquí que nosotros adoptemos para desarrollar el tratamiento, las siguientes divisiones:

Los casos que se presentan en este padecimiento, hay que dividirlos en dos grandes grupos:

1o.—Aquellos que requieren tratamiento médico, que desde un principio y de una manera constante, todas las molestias y lesiones, son franca o predominantemente vesiculares y

2o.—Los casos complicados, ya porque no hayan principiado precisamente en la vesícula, o bien porque la extensión de las lesiones van más allá de la vesícula, invadiendo más o menos los órganos que forman la enserujada subhepática.

Ahora bien, cada uno de estos grupos se debe subdividir en dos tipos:

1o.—Aquellos que requieren tratamiento médico.

2o.—Aquellos que lo requieren quirúrgico.

La razón de estas divisiones, han sido entrevistas al hacer la clínica y la fisiopatología de las pericolecistitis y es que el tratamiento no es el mismo para todos los casos, ya que hay unos en que ceden las molestias y trastornos funcionales con el tratamiento médico; en cambio hay otros que no sólo no les sirve, sino que, perjudicándoles, exigen el tratamiento quirúrgico.

Nos queda por apuntar, aquellos casos intermedios en que las indicaciones son todavía discutidas y que vamos a tratar de precisar aquí.

Quédanos por fin, otra dificultad que hacer notar y que no debe pasar por alto por nadie y es el hecho que hay casos en que a pesar del consejo médico que indica la necesidad de una intervención el paciente por X causa no lo escucha, encontrándose el médico en el comprometido caso, de seguir tratándolo médicamente, aunque sea sólo por mejorarlo.

Después de lo que antecede, claro es que debemos aclarar cuáles son aquellos casos en que el tratamiento es médico o quirúrgico, o ambos a la vez.

Las indicaciones, evidentemente salen de la clínica y nosotros ya hemos dado en los capítulos anteriores, tres grupos de síntomas, de las cuales van a salir las indicaciones:

1o.—Síntomas generales.

2o.—Síntomas vesiculares propiamente dichos.

3o.—Síntomas de los órganos de la enervada subhepática.

Por parte del primer grupo de síntomas, debemos buscar el grado del ataque de la economía y desde este punto de vista, tenemos tres tipos, aquel en que el estado general está ligeramente afectado, el que lo está medianamente y, por último, aquel que lo tiene gravemente afectado.

Estos estados son fáciles de controlar por tres síntomas que nos indican bastante gráficamente esto, y que son: la disminución de peso, la astenia y la ictericia. Esta última, con un particular interés, ya que en caso de ser por retención, cualquiera que sea la causa, es una indicación formal de intervenir. Si a este añadimos, que la disminución de peso y la astenia son rápidas, tenemos otra formal indicación de intervenir, aclarada.

Quedamos por último, las temperaturas con poca variación, en estas es mejor la abstención, pero si hay elevación alta con estado peritoneal grave, o sea un síndrome agudo abdominal, queda la otra formal indicación de intervenir, aclarada.

Estos son los casos, en que el estado general es grave.

En el ligero y mediano ataque, lo mejor es no intervenir, salvo que cualquiera otra de las indicaciones formales de intervenir, obligue a ello.

Por parte del segundo grupo de síntomas y ya aquí cabe recordar, que entramos a estudiar el grupo de los casos puros o casi puros de la pericolecistitis en los que, como en el anterior párrafo, vamos a indicar en la medida de lo posible, hasta donde llega el médico, desde donde empieza el cirujano y en donde se dan la mano, es decir, donde es necesario el uno para completar la obra del otro.

El dolor es el síntoma que en pericolecistitis es constante y cuya valorización ya hemos hecho y del cual los enfermos se quejan más que de ningún otro. Según la intensidad y duración, frecuencia, extensión, fijeza, está o no indicada una intervención, pues hay veces, que siendo casi el único síntoma, es por demás decir que es el que absorbe al enfermo su atención. Pero analizado este síntoma, pueden encontrarse dos casos, uno en el que el dolor es muy intenso, dura y es frecuente, no extendiéndose más allá de la zona cis-

tica, pero el ataque general no está acentuado y la vesícula es útil, el tratamiento médico se indica cuando menos previo a la operación; el otro caso es cuando hay grandes dolores con estos dos caracteres más, se extiende o empiezan a extender más allá de la zona cística y es notable su fijeza en determinado sitio, cualquiera que sea la posición del sujeto o de las maniobras hechas, acompañado de ataque general grave o de vesícula excluida o ambas cosas a la vez, la intervención se impone.

Otro dato, a la palpitación, existe tumor vesicular, que desaparece después de cualquiera de las pruebas funcionales vesiculares, indica el tratamiento médico. Si no desaparece, a pesar de cualquier excitación intensa que sea, es un dato que inclina al tratamiento quirúrgico.

En caso de ser un plastrón el que se encuentra, puede suceder que las molestias sean pocas, en ese caso lo mejor es abstenerse o bien los trastornos son grandes, en cuyo caso es una advertencia de dificultades quirúrgicas, si el tratamiento quirúrgico se impone.

Quédanos por último, en cuanto a la parte clínica pura se refiere, la dispepsia biliar de Moynihan, que está perfectamente averiguado cede al tratamiento médico cuando es la sintomatología reciente y única o al tratamiento quirúrgico cuando se hace el adecuado.

El sondeo duodenal, viene a aclarar más y casi a definir, la actitud del cirujano, pues no sólo sirve como diagnóstico, sino como tratamineto de prueba, cosa que muchos descuidan.

Si no se obtiene bilis B a la prueba de Meltzer Lyon y esto sucede de una manera constante en dos o mejor más sondeos, es casi absoluto que la vesícula esté excluida, de donde formal indicación de extirparla por inútil, por ser motivo de molestias y accidentes, que seguramente ya en este estado de cosas, es el origen.

En caso de obtenerse bilis B, uno de dos casos: se obtiene en muy pequeña cantidad, unas cuantas gotas acompañadas o seguidas de dolor en el hipocondrio derecho y que al igual que en el caso anterior, sucede esto de una manera constante en varios sondeos sucesivos, es otra indicación formal de intervenir, ya que indica a las claras, vesícula que si no está excluida, si no llena su cometido y que es por su propio estancamiento, un magnífico foco de infec-

ción.

El otro caso, es: si se obtiene bilis B, en regular cantidad, alternada con bilis C, o con retardo en la respuesta vesicular y que, a los sondeos, se obtiene mejoría en la excreción de la bilis B, esta se regulariza, se aclara, disminuyen en algo que sea, las molestias, la abstención, es clara y este es el caso que nos ha obligado a hablar del tratamiento de prueba, ya que nos muestra de una manera evidente, una mejoría con sólo el tratamiento médico que debemos seguir, por tanto, cuidadosamente y ver hasta donde van sus resultados.

En cualquier caso que sea, cuando en el líquido obtenido se encuentran leucocitos, microbios, albúmina, moco o parásitos (lamblías intestinales), este solo hecho obliga, cualquiera que sea la indicación, médica o quirúrgica a hacer varios sondeos duodenales como desinfectantes, por canalizar las vías biliares.

La colecistografía, contribuye también con sus datos, a las indicaciones operatorias.

Cuando no se logra la sombra vesicular y esto sucede de una manera constante, indica y apoya el diagnóstico de vesícula excluida y por lo tanto, obliga a su extirpación.

Cuando se llena o vacía difícilmente, indica operar, pues hay obstrucción del cístico, o mal funcionamiento vesicular. Cuando se llena bien y se vacía igual, aun cuando sus bordes sean irregulares, la abstención es lo mejor, salvo cuando cualquier otro dato, de formal indicación operatoria, no se atravieza.

Por último, nos quedan los datos recogidos a la exploración de los órganos de la encrucijada subhepática.

Los trastornos que a estos órganos se refieren, ya no los analizaremos, por pertenecer a la gastroenterología, pero sí esbozaremos por dar todavía algunas indicaciones generales útiles, en caso de padecimientos complicados.

Es frecuente que estos trastornos, sean debidos a accidentes de estenosis de obstrucción, ya porque estos órganos son comprimidos por vecindad, ya porque en sí mismos llevan la causa.

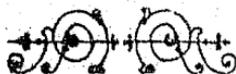
En caso que la causa del padecimiento esté radicada en ellos y el estado general lo permite, la cura radical es lo mejor, añadiendo, naturalmente, el tratamiento vesicular y el de las vías biliares.

En caso de estar comprometido el estado general las anastomosis por los diferentes métodos, según las condiciones locales, son lo más adecuado.

Las indicaciones para cada caso, son objeto de estudio que no corresponden a nuestro tema y que, por lo tanto, no haremos.

Finalmente, los datos suministrados por el examen de las materias fecales, el análisis de la orina, la fórmula hemoleucocitaria, la química sanguínea, las pruebas funcionales del hígado no hacen más que venir a confirmar los datos suministrados por la clínica y, por lo tanto, no los veremos más aquí; sin embargo diremos que su importancia crece en cuanto a cuidados preoperatorios se refiere, lugar en donde nos ocuparemos de ellos.

Ahora bien, sabemos ya cuando debemos operar, cuando no debemos hacerlo; Como hay que tratar en uno y otro caso? Es de lo que nos vamos a ocupar ahora.



# TRATAMIENTO MEDICO

---

Lo podemos dividir según sus diversas fases, en Dietética, Hidromineral, Higiénico, Electroterápico, Medicamentoso y Sondeo Duodenal.

Cada uno de estos aspectos tiene sus indicaciones y sus contra-indicaciones, que trataremos de exponer conforme vayamos hablando de cada uno de ellos.

#### Dietética.

Es algo que no se debe desentender, interesantísimo, desde cualquier punto de vista, lo es más en el padecimiento que venimos estudiando, porque debe llenar un cierto número de requisitos, indispensables a la preparación del sujeto, bien para la intervención o bien como parte fundamental del tratamiento médico.

Los requisitos que debe llenar son:

I.—Contener la suficiente cantidad de alimentos para el sostenimiento y gasto de la economía.

II.—No ser tóxico, ya que hemos asentado que se trata de intoxicados crónicos e insuficientes hepáticos.

III.—Fáciles de digerir.

IV.—No contener sustancias que contribuyan a la formación de cálculos, pues hemos aceptado que un buen número de las pericolecistitis, son litiasis biliares primitivamente, o en otras palabras, deben ser alimentos que no contengan colesteroína.

V.—Que contribuyan en un cierto grado al constante escurrimiento de la bilis, evitando así, hasta cierto punto, la infección y el crecimiento de los cálculos.

Lo primero se cumple, dando una cantidad apropiada y en relación al peso del sujeto y a la actividad física y psíquica que des-

arrolla.

Lo segundo, evitando los alimentos que dan muchos productos de desasimilación, como son: los ostiones, las carnes frías, las carnes manidas, las carnes de caza y la pastelería

El tercer requisito se llena tomando alimentos sencillos, sin complicaciones culinarias, es decir, gran cantidad de grasas o aceites, especies abundantes y procurando siempre que la cantidad sea proporcional en todos los platillos.

La cuarta, evitar la carne de caza, los huevos, las sesos, las grasas animales, la leche y los antojos, o sean, los alimentos condimentados en las torterías, etc.

La quinta y muy interesante condición, se cumple dando pequeños alimentos repetidos aproximadamente cada cuatro horas, que a la vez que permiten una digestión fácil por todas las condiciones ya llenadas y por su pequeña cantidad, provoca una expulsión regular y subcontinua de la bilis que, como veremos a propósito del sondeo duodenal, tiene un valor no conocido suficientemente, como debiera.

Los alimentos permitidos son: los cereales frescos, chícharos, arvejones, alubias, los cereales secos, trigo, arroz, etc., exceptuando la avena que debe ser dada muy moderadamente. Legumbres, lechuga, nabo, zanahoria, las herbáceas, las papas, las harinas y sus derivados, pan blanco, pastas alimenticias, exceptuando, naturalmente la pastelería. Carnes rojas, frescas y bien cocidas, en cantidad restringida. Se puede permitir la leche en poca cantidad y descremada; hay que insistir mucho en esto último.

Las frutas dulces, frescas y maduras.

De bebida, agua simple, aguas minerales, especialmente las alcalinas, agua de Tehuacán, las de Vittel y Vichy, por ejemplo, si no es posible, agua bicarbonatada ligeramente.

Este régimen conviene a la enorme mayoría de esta clase de enfermos; sin embargo, hemos de decir, que hay algunos casos en que las restricciones son mayores y que aquí el juicio del médico tratante será el que las indique.

El interés de una dietética apropiada, reside en que además de ser con la que se reparan los gastos de la economía, también es para desintoxicar y aun como terapéutico, ya que provocando la descar-

ga intermitente de las vías biliares, aparte de que disminuyendo la cantidad de alimentos litógenos, se evitará aunque sea en mínima parte, la producción de cálculos y sus consecuencias.

### **Hidromineral.**

A esta faz del tratamiento, se le encomiendan tres indicaciones, la sedación de los dolores, la activación de los cambios metabólicos de la economía y, finalmente, corregir en la medida de lo posible, los trastornos dispépticos.

Lo primero se cumple con los baños en las fuentes minerales, especialmente aquellas que son alcalinas y arsenicales, siempre y cuando no sean prolongados ni la temperatura muy elevada, procurando se hagan diariamente 15 días a un mes y por temporadas frecuentes, cada seis meses o un año, según la frecuencia e intensidad de los dolores.

La sedación y aun la desaparición de los dolores, es muy notable y dado que en nuestro caso es uno de los síntomas predominantes, es una de las cosas en que debemos insistir.

La segunda se llena con los baños en agua alcalinas y arsenicales que a la vez que provocan la activación del metabolismo, tonifican, tal es el tipo de las aguas de Vichy y las de Tehuacán que son las que se usan más frecuentemente entre nosotros.

Finalmente, la tercera se cumple con la ingestión de dichas aguas de Tehuacán, Vittel o Vichy en la hora de los alimentos, en regular cantidad, mejoran bastante los trastornos dispépticos, ayudados por la dietética adecuada.

Por lo dicho, vemos que la cura termal tiene en estos padecimientos importante papel, que es necesario darle, ya que mejora bastante a los pacientes en los tres grupos de síntomas que hemos dado, mejorando el estado general, los dolores vesiculares y los concomitantes de los órganos vecinos del tracto digestivo en los dispépticos.

### **Higiene.**

Para condyunar con la acción benéfica de las anteriores medicaciones, es necesario una buena higiene consistente en mediana actividad física y mental, es decir, que, sin que sea excesivo, debe el

paciente tener ejercicio moderado y bien reglado, así mismo su actividad psíquica no debe evitarse, por el contrario, hay que procurar que el enfermo olvide su padecimiento, dedicando su atención a otras cosas. Pero, sin embargo, repetimos, debe ser una actividad restringida, que no llegue al cansancio, evitando los movimientos bruscos y las emociones fuertes que pueden perjudicarlo grandemente, pero sí debe ser siempre y constantemente hecho, de una manera regular.

### **Electroterápico.**

Aquí debemos ocuparnos especialmente de la diatermia.

Aquí la diatermia tiene dos indicaciones formales para su aplicación: los fenómenos dolorosos y la existencia de adherencias.

Creemos oportuno dar algunos datos sobre el modo de aplicación: el electrodo maestro o gran electrodo con el polo negativo, debe colocarse al dorso y en el lado derecho a nivel de la zona hepática y el lesional o electrodo para aplicación en la región deseada, debe ser aplicado especialmente sobre la zona cística con el polo positivo.

Las aplicaciones deben ser hechas según la tolerancia del sujeto, tanto desde el punto de vista de la intensidad, cuanto del tiempo y de la frecuencia, tomando en cuenta de una manera constante, las reacciones y los resultados de cada aplicación o de la serie de aplicaciones.

Sin embargo diremos de una manera general, que las aplicaciones pueden hacerse sin inconveniente cada cinco días, con intensidad y duración creciente que fluctúa respectivamente, entre los 1500 y los 3000 miliamperios y de 15 a 40 minutos. Hay veces, que hay fuertes temperaturas, lo cual nos pone sobre aviso en cuanto a infección latente se refiere.

Dadas estas nociones, diremos cuales son los resultados obtenidos. Es inexacto que las adherencias desaparezcan; lo que sí es un hecho es que las afloja, las vasculariza, las hace elásticas, poniéndolas en condiciones tales, que su acción como brida es mínima, consiguiéndose clínicamente, lo que no se obtiene anatómicamente, es decir, la desaparición más o menos grande según el caso, que se trate, de los síntomas que se derivan, de la existencia de las bridas

y muy especialmente los dolores.

Si a esto añadimos que la diatermia tiene una acción sedante ante los dolores, veremos que su acción sobre este importante síntoma en la pericolecistitis es de suma importancia y que, por lo tanto, es un excelente recurso sintomático en aquellos casos en que la intervención no se indica o no es posible hacerla por cualquier circunstancia.

Igualmente, el hecho de que cambien en algo que sea, los caracteres anatómicos de las bridas, obliga a hacer varias sesiones antes, de intentar un tratamiento quirúrgico, ya que facilita éste y pone al padecimiento local en mejores condiciones para hacer el tratamiento adecuado.

Por lo tanto, vemos que el tratamiento electroterápico, debe ser sistemático en todos aquellos casos en que la intervención no es de inmediata urgencia, porque no sólo mejora al paciente, sino también las condiciones operatorias, haciéndolas un poco menos peligrosas, cambiando el estado lesional y mejorando, por tanto, el pronóstico.

#### Medicamentoso.

Según la acción que busquemos, los debemos dividir en tres grupos.

I.—Aquellos que provocan la contracción vesicular.

II.—Los que aumentan la cantidad de bilis secretada y

III.—Los antisépticos biliares propiamente dichos.

Los del primer grupo, han sido llamados colagogos por los americanos, colecistoquinéticos por Ramond y Boreesco y eecocolagogos por Carnot. Los del segundo grupo, los americanos los han llamado coleréticos, Ramond, Colagogos y Carnot erinocolagogos.

Cualquiera que se acepte, nosotros para no discutir y cambiar nombres, así como por haber explicado su acción, los llamaremos del Primero, Segundo y Tercer grupo. La acción de estos medicamentos ha sido estudiada bajo el control del sondeo duodenal y es como sigue:

Los del primer grupo son: El Sulfato de Magnesia, que en soluciones concentradas (al 30% se usa en la prueba de Meltzer Lyon) provoca contracciones profundas y repetidas de la vesícula, así mis-

y muy especialmente los dolores.

Si a esto añadimos que la diatermia tiene una acción sedante ante los dolores, veremos que su acción sobre este importante síntoma en la pericolecistitis es de suma importancia y que, por lo tanto, es un excelente recurso sintomático en aquellos casos en que la intervención no se indica o no es posible hacerla por cualquier circunstancia.

Igualmente, el hecho de que cambien en algo que sea, los caracteres anatómicos de las bridas, obliga a hacer varias sesiones antes, de intentar un tratamiento quirúrgico, ya que facilita éste y pone al padecimiento local en mejores condiciones para hacer el tratamiento adecuado.

Por lo tanto, vemos que el tratamiento electroterápico, debe ser sistemático en todos aquellos casos en que la intervención no es de inmediata urgencia, porque no sólo mejora al paciente, sino también las condiciones operatorias, haciéndolas un poco menos peligrosas, cambiando el estado lesional y mejorando, por tanto, el pronóstico.

#### Medicamentoso.

Según la acción que busquemos, los debemos dividir en tres grupos.

I.—Aquellos que provoquen la contracción vesicular.

II.—Los que aumentan la cantidad de bilis secretada y

III.—Los antisépticos biliares propiamente dichos.

Los del primer grupo, han sido llamados colagogos por los americanos, colecistoquinéticos por Ramond y Boreesco y eccocolagogos por Carnot. Los del segundo grupo, los americanos los han llamado coleréticos, Ramond, Colagogos y Carnot erinocolagogos.

Cualquiera que se acepte, nosotros para no discutir y cambiar nombres, así como por haber explicado su acción, los llamaremos del Primero, Segundo y Tercer grupo. La acción de estos medicamentos ha sido estudiada bajo el control del sondeo duodenal y es como sigue:

Los del primer grupo son: El Sulfato de Magnesia, que en soluciones concentradas (al 30% se usa en la prueba de Meltzer Lyon) provoca contracciones profundas y repetidas de la vesícula, así mis-

mo fluidifica la bilis aumentando de igual manera su secreción, excitando la célula hepática. En otras palabras, se obtiene bilis B, en regular cantidad y abundante bilis C.

La Peptona Witte que en solución del 5 al 10%, nos da una reacción tardía pero más prolongada que la del Sulfato de Magnesia.

El aceite de Oliva, tibio y a la dosis de 20 a 30 gramos, produce abundante bilis B, copiosa y fluida bilis C, por lo tanto, nos indica gran contracción vesicular y aumento en la secreción biliar.

La leche no descremada, produce abundante bilis B, con reacción rápida, pues la acción empieza cinco minutos después de la instalación; se produce lentamente, pero de duración prolongada.

La yema de huevo desleída en agua, produce inmediata y prolongada excreción de bilis B, espesa y oscura, no produce bilis C.

Con la Lactosa, las bilis B recogida, está aumentada en cantidad, pero su acción se agota pronto.

Finalmente, la inyección intravenosa de Pituitrina de Insulina, Físioestigmína y Eserina, provocan una contracción rápida y enérgica de la vesícula, pero que se agota pronto dando por tanto, una bilis B en regular cantidad, pero de escasa duración.

Por parte del segundo grupo tenemos:

El Sulfato de Sodio y el Calomel, que producen en un principio retención biliar, (por contracción del esfínter de Oddi pues sabemos que son peristaltógenos) seguida de abundante secreción de bilis C.

La Glicerina y el Atophan, dan abundantísima bilis C con acción prolongada.

El Salicilato de Sodio, el Benzoato de Sodio y la Aspirina, aumentan la bilis C, pero no tanto como las anteriores.

Así mismo, las sales biliares, el Aceite de Haarlem, Boldo y las aguas minerales (aguas de Vichy, Vittel y Tehuacán) producen aumento de la bilis C, pero todavía más moderadamente que las anteriores.

Vemos pues, que en estas dos acciones, tenemos medicamentos con los cuales se puede obrar más o menos intensamente y para esto se registrará fundamentalmente en dos datos que son: en el de la vesícula excluida y no excluida y en los dolores provocados por la contracción vesicular.

Es fácil comprender que en caso de vesícula excluída o bien cuando la contracción vesicular es seguida o acompañada de grandes dolores, la medicación que conviene es la del segundo grupo.

Pero cuando la vesícula no está excluída y su contracción no es seguida de grandes molestias, los del primer grupo solos o alternados y así mismo junto con los del segundo grupo, tendrán su indicación, la cual también tendrá en cuenta el grado de acción que se quiera buscar y dar en consecuencia el medicamento apropiado.

El valor de conocer la acción de estos medicamentos, reside en que movilizan y evacúan la vesícula biliar, así como provocando y aumentando la secreción biliar, tienen un resultado terapéutico, cuya importancia ya haremos resaltar, a propósito del estudio que más adelante se haga del sondeo duodenal.

Las sustancias que pertenecen al tercer grupo, o sea, aquellas que tienen una acción antiséptica, son: La Urotropina el salicilato de sodio, el Calomel, y el Coleval, medicamentos todos que se eliminan por las vías biliares y que siendo por sí solos antisépticos, obran en consecuencia sobre las infecciones biliares.

Su aplicación debe ser alternada e intermitente, pero de una manera sistemática, es decir, por tiempo indefinido, hay que dar ya uno ya otro de los medicamentos, tercidos, cada cuatro días, una vez por semana, según sea la infección que se trata de combatir, los resultados obtenidos y la tolerancia al medicamento.

Naturalmente, que las sustancias de los otros dos grupos tienen su acción antiséptica, aunque indirecta, por el hecho de provocar el vaciamiento más o menos prolongado con secreción abundante, en las vías biliares y que, como es fácil suponer, arrastrando microbios en más o menos cantidad, según las circunstancias de cada caso, harán una buena acción antiséptica.

Ahora bien, si hemos aceptado que la pericolecistitis, es la consecuencia lo más frecuentemente, de infecciones vesiculares, claro es que cualquiera que sea la conducta posterior, la antisepsia de las vías biliares por todos los medios a nuestro alcance, se impone, de aquí el interés del conocimiento de estos medicamentos.

Quédanos un último medicamento, que no por mal conocido y estudiado, deja de tener su importancia aquí, ya que, aunque sea empíricamente, se conocen sus resultados y este es el Eter de Ben-

zileinamico. Se dice que obra sobre las adherencias, de una manera más o menos semejante a la diatermia y si esto no es así, ya que estudios sobre este particular no se han hecho (al menos que yo conozca) sus resultados son muy semejantes, los fenómenos dolorosos se reducen en gran parte, por lo que, en nuestro caso viene a ser un auxiliar eficaz, ya que alivia a nuestros enfermos, precisamente en aquel síntoma que más los agobia.

### Sondeo Duodenal

El valor como diagnóstico ya ha sido ampliamente reconocido, pero como terapéutico, todavía se discute y se le han opuesto muchas objeciones; sin embargo, a pesar de todo, su uso en la práctica diaria se extiende, aunque probablemente todavía dure en generalizarse.

Nosotros creemos que es de una utilidad verdadera, por las siguientes razones:

Si se admite que la bilis B, no es otra, que la contenida en la vesícula y la expulsada por una contracción de ella, por qué no se ha de admitir, que si en los enfermos de pericolecistitis no se produce este fenómeno, o se produce difícilmente y que al sondeo duodenal se logra obtener la bilis B en regular cantidad, por provocar una contracción más enérgica de la vesícula, por qué no se ha de admitir, repetimos, que esa vesícula todavía es capaz de reaccionar y que si prolongamos esto durante el tiempo necesario para hacer lo que podría ser, permítasenos la expresión, la gimnasia vesicular, que haría que las adherencias y dificultades para que se contrajera la vesícula, se venzan más o menos y por consiguiente, los trastornos consecutivos a esto, desaparezcan en más o menos grado también.

Esto no solo es una reflexión teórica, sino que es perfectamente sabido y comprobado por buen número de casos, que el sondeo duodenal mejora a determinados pacientes después de algún tiempo en que, por necesidades de diagnóstico, se ha estado repitiendo la prueba varias veces.

No solo esto, sino que provocando la salida de 200 ó 400 ó más c. c. de bilis, se hace un amplio drenaje de las vías biliares que

arrastre microbios, calculinos, etc., limpiando de todo esto a los canales y obrando así como verdadero antiséptico.

Aquí cabe señalar la objeción principal que se ha hecho al método y es que esta pérdida de bilis, no es sin perjuicio a la economía y se esta de acuerdo con ello, pero naturalmente, la sobrevigilancia, el estudio del enfermo después de la canalización médica por este medio y los resultados obtenidos, nos indicarán bastante claramente, la oportunidad de la repetición del sondeo, la duración de éste, etc.

Otro punto a favor del sondeo repetido, es, ya hemos dado cuenta de su valor en Semiología, si nosotros seguimos paso a paso la alternativas de los resultados obtenidos, tendremos la seguridad del diagnóstico, si no se altera; de la agravación, si sus resultados son desfavorables, de la oportunidad de una intervención si se presenta cualquier dato alarmante, la existencia de pus puro, la oclusión del colédoco por acodadura, enclavamiento o compresión; la mejoría continúa finalmente, si se estaciona; todo esto ayudado de los datos de la clínica es evidente que son otros tantos datos importantes, que todo especialista o no, debe conocer.

Por último, otra razón: la excitación moderada de la celdilla hepática, la pone en mejores condiciones de llenar su cometido, como es un hecho de fisiopatología perfectamente conocido.

Ahora bien, se debe aplicar el drenaje médico en las siguientes condiciones:

Con objeto de mejorar las condiciones fisiológicas de la vesícula, para desobstruir las vías biliares, especialmente el colédoco, cuando se presume exista gran cantidad de moco, cuando se trata de provocar un barrido de todas las vías obrando por tanto, como desinfectante; todos estos efectos se buscan y frecuentemente se encuentran, cuando se trata de una vesícula que responde medianamente a la prueba de Meltzer Lyon, pero, de cualquier manera que sea, se ha obtenido una respuesta vesicular clara; en estos casos la acción del drenaje médico es bastante satisfactoria y de resultados prolongados.

Cuando a pesar de no haberse obtenido la respuesta vesicular, pero al examen bacteriológico se encuentran infectadas las vías biliares, el solo drenaje mejora grandemente las condiciones de

infección, sin que se espere cambiar el estado vesicular, que ya por este simple hecho, justifica la intervención previa preparación del enfermo, entre otras cosas, por el drenaje médico.

Visto qué es lo que se puede pedir al sondeo y en qué condiciones se debe aplicar, vamos a decir unas cuantas palabras de cómo se practica el drenaje médico, por el método de Meltzer Lyon.

### **Drenaje Continuo.**

Consiste, una vez la sonda colocada en su lugar, en hacer tres instilaciones de sulfato de magnesia al 33%, o de Peptona Witte al 1% instilando 75 c. c. primero, después 45 y, por último 30 retirándose toda la cantidad de bilis B y C posible y a las tres horas aproximadamente, se retira la sonda, para repetir la prueba al día siguiente, o determinado número de días después, según los resultados obtenidos.

Este modo de aplicar el drenaje, está indicado en aquellos casos donde es posible esperar más o menos tiempo, o bien cuando el ataque a la economía no permite una extracción abundante y prolongada de bilis, o bien en los casos en que la contractibilidad de la vesícula se agota rápidamente.

### **Drenaje Intermitente.**

Aquí la sonda permanece de día y de noche puesta en su lugar, el tiempo que sea necesario, y cada mañana, se instila por la sonda o se hace ingerir sulfato de magnesia o peptona, para producir una excitación enérgica y prolongada y que es sostenida por la presencia de la sonda y de la ingestión de los alimentos que provocan la contracción vesicular.

Así se obtiene la cantidad de 1000 a 3000 o más c. c. en unos cuantos días, lo que naturalmente trae un desperdicio biliar intenso, pero un barrido biliar no menos intenso también.

Esto, naturalmente, está indicado en casos en que el individuo se encuentra en buenas condiciones, o que no pudiéndose hacer la canalización quirúrgica, por cualquier circunstancia, se hace la canalización médica, para eliminar en la medida de lo posible, los

elementos nocivos: pus, caclutinos, moco, que provocan los trastornos objeto de la consulta.

Quédanos para terminar el estudio del drenaje médico, por el método de Meltzer Lyon, explicar cómo teniendo una acción acentuada sobre la vesícula biliar, mejora las condiciones fisiológicas de la misma, como hemos señalado en otro lugar

Si aceptamos que la vesícula, funcionalmente hablando, es un reservorio contractil que concentra, absorve, reabsorve y secreta, debemos ver cómo el sondeo duodenal modifica estas condiciones, en la pericolecistitis.

La cualidad de reservorio se encuentra a punto de desaparecer, por falta de contracción eficaz de la vesícula, ya por la dificultad mecánica opuesta por las bridas, ya por la atrofia de sus fibras musculares.

El sondeo, al vaciar intermitentemente la vesícula, no permite que se estanque, por así decir la bilis, sino que vaciándola, permite que se vuelva llenar, haciendo desempeñe su papel de reservorio.

En cuanto a la contractilidad, por el hecho de estarla poniendo en juego, ejerce en ella el mismo efecto que en cualquiera otro órgano, la pone a trabajar el tiempo siempre necesario, en condiciones mejores, pues la ejercita, la fortalece y aun hipertrofia las fibras musculares, como sucede en cualquier músculo de la economía. Este hecho, comprobado en todos aquellos casos, en que habiendo un obstáculo a la excreción biliar, se extirpa la vesícula la que, en el estudio histopatológico, muestra la hipertrofia de las fibras musculares, seguramente por aumento de trabajo.

La clínica confirma estos datos, ya que es posible encontrar casos en que contracciones vesiculares en un principio escasas y poco efectivas, con el drenaje médico, llegan a ser contracciones casi normales.

En cuanto a la función concentradora, cambiando frecuentemente la bilis de la vesícula, impide que la misma muestra de bilis sufra una acción prolongada y se forme lo que se ha llegado a llamar, el lodo biliar, sino que se ejerce el tiempo más o menos necesario y la concentración sea, lo más aproximado a la normal.

Exactamente el mismo mecanismo, tenemos para explicar la corrección de los trastornos de la absorción, reabsorción y secreción.

Ahora, si analizamos todos estos puntos, vemos que es posible y de hecho se trastornan todas las funciones vesiculares con solo que la contracción no se verifique correctamente, de aquí que todos nuestros esfuerzos desde el punto de vista médico, se dirijan a corregir este trastorno y así mismo a evitar o quitar las causas que lo producen, de donde se colige la acción sobre las bridas, especialmente en la pericolecistitis, porque en estos casos son la causa eficiente y determinante de estos fenómenos.

Por último, en el tratamiento médico, se encuentra la Medicación Sedativa.

Aquí la acción queda para el primer lugar al Opio y sus derivados, Dionaína, Codeína, etc., sobre todo indicados en los accidentes agudos o cólicos biliares o bien en los dolores sumamente intensos.

También se usa con buenos resultados, el Valerianato de Amilo, la Belladona en sus diversas formas, para prever o disminuir ciertas molestias.

A pesar de todo esto, hay veces que por lo avanzado del caso, por las complicaciones, por la existencia de una o varias indicaciones formales que obligan al cirujano a intervenir, ya desde un principio, ya después de que se ha intentado el tratamiento médico, sin conseguirse todos o ninguno de los resultados esperados, formalizándose así las indicaciones.

Sin embargo, ya hemos mostrado como hay casos que con el simple tratamiento médico, ceden estos padecimientos que, de cualquier manera que sea, siempre imponen una intervención seria, a la que hay que llegar, convencidos de que el tratamiento médico es inútil y aun perjudicial.

En otro lugar hemos mostrado, en qué casos se debe intervenir desde un principio y camino haciendo, en cuales hay que hacer el tratamiento médico previo a la operación.

Recordaremos brevemente, cuándo hay que operar desde un principio:

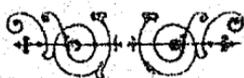
Cuando hay ataque general grave, cuando hay ictericia por retención, cuando los fenómenos son acompañados de síndrome abdominal agudo.

Cuando hay vesícula excluida, cuando hay obstrucción del cólodo o del cóstico.

Finalmente, cuando el tránsito duodenocólico, está fuertemente comprometido.

Solo en estos casos y solamente en estos, la operación desde un principio se justifica; el resto, no es sino después del tratamiento médico, que se debe llegar a la operación.

De aquí el interés del tratamiento médico, ya que va precisando el estado funcional de la vesícula y por tanto, los casos dudosos en que la intervención no se impone desde un principio pero que, después del tratamiento, se ve que está, funcionalmente hablando, perdida y que no solo no es útil, sino es origen a molestias y trastornos, que dejándolos evolucionar, seguramente llegarán a exigir la intervención por cualquiera de las indicaciones formales, en un momento en que la operación grave en sí misma, lo es más todavía, por las condiciones que en ese momento se encuentra el paciente.



## TRATAMIENTO QUIRURGICO

---

La parte operatoria del tratamiento de la pericolecistitis podemos dividirla en tres partes:

- I.—Los cuidados preoperatorios.
- II.—El acto quirúrgico mismo y
- III.—Los cuidados postoperatorios.

#### Cuidados Preoperatorios.

Aquí, como en todos los casos en que una intervención quirúrgica se impone, los peligros operatorios se refieren a cuatro grandes grupos:

- I.—La anestesia.
- II.—La infección.
- III.—La hemorragia.
- IV.—Shock operatorio.

Las complicaciones postoperatorias, son varias, pero las más importantes en nuestro caso, cuentan: la hemorragia secundaria, las afecciones broncopulmonares, los accidentes cardiovasculares, estos últimos especialmente por infección, tales son las neumonías frecuentemente hipertóxicas, las bronconeumonías, las miocarditis y las insuficiencias cardíacas.

Por parte del funcionamiento hepatorenal, muy especialmente la acidosis, que no es más que la consecuencia de la insuficiencia hepatorenal.

Por parte del aparato digestivo, las dilataciones agudas del estómago, más frecuentes de lo que se quiere aceptar.

Para prever los accidentes, evitar estos peligros, debemos valorizar el estado funcional de la economía toda, por medio de las pruebas funcionales, lugar apropiado para ocuparnos de ellas.

El estudio funcional del hígado, tiene en nuestro caso particular, un valor que nunca será exagerado resaltar y la razón evidente es: que sobre las vías de excreción, se localiza el padecimiento y que se trata de individuos más o menos intoxicados y en los que el funcionamiento hepático está comprometido.

Este hecho se comprueba fácilmente, con las pruebas del Rosa de Bengala, el tiempo de sangrado y el de coagulación en que se ven aumentadas las cifras sobre lo normal.

Ahora bien, si recordamos que el hígado es uno de los órganos por los que se elimina el anestésico, los productos tóxicos absorbidos en el lugar mismo de la intervención, ya por destrucciones fistulares, ya por reabsorción de productos microbianos, nos vemos, pues, obligados a mejorar el estado del hígado o bien a hacer una intervención paliativa, para esperar mejore el estado del paciente y más tarde efectuar la conducta operatoria más acertada.

Sin embargo, no es todo. Al hígado está encomendada la formación del trombógeno y el fibrinógeno de los cuales depende la coagulación y el sangrado que, aumentados en tiempo, aumentan proporcionalmente el peligro de la hemorragia, tanto en el momento mismo de la operación lo que, como dice Dupuy, De Frenelle "incomoda al operador, prolonga la operación y debilita al enfermo", estos dos factores importantes para producir el shock operatorio. O bien las hemorragias secundarias, cuyo peligro a nadie se escapa.

Viene después el estudio funcional del Riñón, importante igualmente, porque por aquí también se eliminan el anestésico y los tóxicos y por las mismas razones que a propósito del Hígado hemos dado y como en términos generales hemos mostrado en los capítulos anteriores, su funcionamiento, se encuentra frecuentemente comprometido.

La investigación del estado funcional, por la fenolsulfotaleína, la investigación de Albúmina y glucosa y del ácido diacético, para valorizar el estado de acidosis aproximadamente, si es que existe.

Investigar el estado del aparato cardiovascular, haciendo una auscultación cuidadosa y la toma de la tensión, nos darán cuenta de su funcionamiento.

De la sangre, ya hemos dicho la prueba de sangrado, el tiempo de coagulación y valor hemoglobínico, que son interesantísimos de

conocer, como ya hemos visto.

Aquí entran además, la fórmula hemoleucocitaria y el conocimiento de la química sanguínea, importantes de conocer. La primera, porque sabemos cómo obra el organismo contra la infección, es decir, nos da cuenta de la oportunidad de la intervención, así como del valor que la vacunoterapia tiene en estos casos, puesto que el índice leucocitario es un dato lo bastante preciso, para valorar las defensas orgánicas opuestas a la infección, datos que añadidos a los de la clínica, concluyen por parte de la intervención, en el caso favorable, en contra de ella si es desfavorable, además de que previene en contra de una infección latente, cuando se encuentra alterado; de aquí la indicación clara de la vacunoterapia y de una espera razonable, para poner al paciente en mejores condiciones.

El conocimiento de la química sanguínea, indica bastante claramente, la oportunidad de intervenir cuando las cifras que da, están abajo del límite de la operabilidad y muestra la posible existencia de trastornos postoperatorios, cuando la química sanguínea cambia, dándonos así datos para una terapéutica adecuada, datos estos ya conocidos de una manera general.

Por último, la exploración pulmonar es importante, ya que las complicaciones de este aparato son de las más temibles.

Para combatir y preveer todos estos accidentes y complicaciones, tenemos que hacer:

**DESINTOXICAR** con el régimen adecuado y el reposo.

**DESINFECTAR** con la ingestión de antisépticos, de eecocozagogos, de erinocolagogos, del drenaje médico por el sondeo duodenal.

Mejorar en lo posible las **CONDICIONES OPERATORIAS LOCALMENTE** hablando, con la aplicación de diatermia.

Se prevendrá el peligro de la **Hemorragia**, disminuyendo el tiempo de coagulación y sangrado, por todos los medios conocidos e indicados en cada caso, cloruro de calcio, suero de caballo, la autohemoterapia y la transfusión sanguínea.

La infección se prevendrá localmente hablando, por la técnica adecuada y para las complicaciones especialmente, se debe insistir en la Vacunoterapia, que se desuvida mucho actualmente y que debe ser regida por los datos que el sondeo duodenal muestre, en cuanto a microbios se refiere, en otras palabras, ya hemos dicho que los mi-

erobios más frecuentes son el estreptococo, el bacilo Gram negativo intestinal, el estafilococo, el neumococo, pues debe ser una vacuna polimicrobiana, que contenga estos gérmenes.

Por la fórmula hemoleucocitaria, en cuanto a defensa orgánica se trata, así como los anti-infecciosos indiferentes, electrargol, lautol, urotropina, etc., que también obran sobre la infección.

Para prevenir la acidosis, la administración de bicarbonato de sodio por vía oral, o bien por enteroclisia a dosis convenientes y con unos cuantos días de anticipación, será lo más acertado.

El desfallecimiento cardíaco se evitará, con la inyección, pocos momentos antes de empezar la intervención, de aceite alcanforado a dosis necesaria, el shock se combate eficazmente después de la operación, pero se evitará el factor nervioso con la aplicación una hora antes, de un centigramo de morfina, siempre y cuando la intoxicación y el ataque general no sean muy intensos.

Por último, solo nos falta estudiar el peligro de la anestesia, esto es algo que debemos ver con cierto detalle.

El cloroformo, siendo como es, tóxico y muy especialmente para el hígado y aquí este se encuentra más o menos insuficiente, debemos desecharlo.

El éter, menos tóxico, pero todavía lo bastante, para producir serios trastornos, se podría en caso necesario, aceptarse, pero se debe evitar ya que, como hemos dicho, estos enfermos están predispuestos a las complicaciones broncopulmonares.

Quédanos como anestésicos generales, el protóxido de azoe, el cloruro de etilo, que todo el inconveniente que presentan es, que se necesita gente conocedora en estos anestésicos y familiarizada con ellos, para que resulte una buena anestesia, así como utilaje especial.

Las mezclas, tienen en más o menos grado, los inconvenientes de sus componentes, sin embargo, hay algunas, que en caso necesario son de recomendarse, el Balsoformo, el Keleno-eter, etc.

A pesar de todo, deben dejarse estas anestesis hasta lo verdaderamente necesario, pues de cualquier manera que sea, encierran serio peligro en estos pacientes.

La raquia alta, por los diversos procedimientos, es algo que debe recomendarse cuando la infección no es muy intensa y la hipotensión tampoco es muy marcada, por su fácil aplicación y por estar

al alcance de todo cirujano. Especialmente indicada en las operaciones de corta duración, puede ser también aplicada para aquellas en que la duración es prolongada, de dos maneras, bien calculando duro en toda la intervención, lo cual en las prolongadas no deja de ser peligroso, por la hipotensión que trae consigo y los accidentes bulbares a que puede dar origen, o bien solamente como principio de la intervención, para terminarla con cualquiera de los anestésicos generales ya elegidos.

A pesar de la dificultad técnica de su aplicación, que es su principal obstáculo para su divulgación, creemos que la anestesia de elección, es la infiltración local, combinada a la paravertebral y a la de los espléncicos, tanto por ser poco tóxica, hecho interesantísimo en estos enfermos, cuanto por su duración, que puede ser la necesaria (una hora u hora y media y hasta dos horas) a la intervención, así como que en los centros quirúrgicos donde se hace esta cirugía, siempre es posible encontrar expertos en estas anestésias, pues bien vale la pena prolongar un poco el tiempo operatorio, con tal de disminuir en estos enfermos, el factor anestesia a su mínima expresión.

Por lo tanto, en la elección del anestésico, es algo que todo cirujano de las vías biliares debe meditar antes de ponerla en práctica.

### **Acto Operatorio o Intervención Propiamente Dicha.**

Aquí no daremos más, que las nociones verdaderamente particulares para este padecimiento.

Dos casos se presentan aquí, en aquellos, en que se va a hacer una cura radical y en aquellos, en que solo es paliativo y el único objeto es mejorar del estado del paciente.

Cualquiera que sea, una vez hecha la laparatomía, que será escogida, según las preferencias y circunstancias que se le presenten al cirujano, lo primero que debe hacer, es explorar las vías biliares.

Reconocer la vesícula y, guiado por ella, reconocer igualmente el estado del cístico, del hepático y del colédoco.

El caso más frecuente, es que se trate de gran número de adherencias que disimulan los elementos anatómicos; aquí nos queda la vesícula, que hay que descubrir, destruyendo y desconfiando siempre de cortar las bridas gruesas y resistentes, que pueden encubrir,

una fístula o bien se desgarre una viscera hueca cercana. Si la enarcejada hepaticocísticocoledociana, no se encuentra por no hallar el hiatus de Winslow, quedan dos maniobras por hacer: hundir el pequeño epiplón y por ahí buscar los canales o, bien, guiarse por el ligamento redondo, el cual se sabe se halla a nivel del colédoco, que es el que se busca. Bien puede tratarse de una vesícula perdida por X causa y entonces, después de haberla vaciado, se hace la maniobra de Delangeniere, es decir, abrir la vesícula y seguir su luz, que indefectiblemente nos llevará al colédoco y al hepático, por intermedio del cístico.

Explorada la cavidad de los canales, por el explorador metálico de Desjerdins y reconocida su permeabilidad, se podrá obrar en consecuencia.

Si hay retención, con estado general grave, por estrechamiento o acodadura de los canales, lo mejor será siempre la colecistotomía. En caso que la vesícula no sea utilizable, por estar obstruido también el cístico, se hará la coledocotomía, con drenaje quirúrgico de las vías biliares, ya por el tubo en T de Kehr, o bien con un tubo grueso a distancia, de preferencia lo primero.

Si el estado general lo permite, se quitará la acodadura y si la vesícula es inútil, se extirpará.

Caso de estrechamientos infranqueables y quirúrgicamente intratables, la coledocoduodenostomía o la colecistoenterostomía, será lo indicado, según las técnicas ya conocidas y las preferidas en cada caso.

La colecistectomía, se llevará a efecto siempre que la vesícula sea aislable cuando menos, si no, es preferible abstenerse, destruyendo las adherencias que se noten, causen más trastornos y peritonizando se interpondrá un pedazo de epiplón.

Aquí es necesario, agregar que mucho se ha dicho e intentado para evitar la reproducción y la formación de las bridas, se han puesto diversas sustancias lipiodol, aceites de varias clases entre otras cosas, intentado la extirpación de ellas, la peritonización, etc.

(El que esto escribe estudio la acción del lipiodol en cuatro perros, sin ningún resultado efectivo).

Actualmente se sabe que evitando las causas o sean en nuestro caso, la infección en primer lugar, por los medios de que ya hemos

hablado, las maniobras bruscas, el manoseo de las vísceras, que, como dice Desmarest, son otros tantos despulmientos de la serosa, lugar y origen de adherencias, dejar superficies cruentas, por pequeñas que sean, de aquí que sea necesaria la peritonización, así se evitará la producción y reproducción de bridas. De aquí, los principios generales que la cirugía moderna peritoneal, asienta y de que ya hemos hablado en otro lugar, es decir, que hay que tomar en cuenta si se trata de bridas conjuntivo vasculares (flojas) o bien conjuntivo-fibrosas (duras), porque es muy distinta la terapéutica y los resultados obtenidos, según cada una de estas dos clases de bridas.

Para las conjuntivo-vasculares, se ha concluido que su destrucción es fácil, es posible la peritonización, su vitalidad está asegurada por su rica vascularización y los órganos en los cuales se asienta, generalmente están poco lesionados, no obligan a canalizar, mas que con pequeños drenajes de seguridad y los resultados obtenidos, en estos casos, son frecuentemente halagadores.

En cambio, en las conjuntivofibrosas, su destrucción es peligrosa y difícil, su peritonización es difícil también, cubren focos de infección, que seguramente ponen en peligro la integridad de las suturas, existe la necesidad de canalizar por esto último y, finalmente, los órganos que recubren, tienen un ataque lesional grave y los resultados obtenidos en estos casos, son malos y por lo tanto, deben limitarse las intervenciones en la destrucción de adherencias, a lo estrictamente necesario.

Siempre se tendrá en cuenta, el estado de la vesícula funcionalmente hablando, solo se quitará cuando sea vesícula excluida o casi excluida, o cuando sea un foco continuo de infección, o bien sea necesaria su extirpación, por ser el centro de las adherencias y un obstáculo para el tratamiento adecuado a los canales. De ser permeable el cístico, es decir, se trate de una vesícula no excluida, no se quitará, sino hasta el final de la intervención, en que ya se sepa de seguro cómo quedan los canales, siempre y cuando exista otra formal indicación para su ablación.

Los canales deberán ser siempre la preocupación del cirujano y no es hasta que la permeabilidad de ellos, ya sea al tractus digestivo, ya al exterior, esté asegurada, que debe darse por terminada la

intervención.

Cuando es el síntoma dolor el que se impone, como indicación operatoria, naturalmente después de haber intentado el tratamiento médico por largo tiempo, se tratará de extirpar la vesícula origen siempre de los cólicos vesiculares, si no está excluida, pues si lo está, ya hemos dicho que debe quitarse.

La destrucción de las adherencias debe ser reducida al mínimo necesario, procurando siempre la ligadura y la peritonización.

Se procurará cortar las adherencias, para evitar los repetidos tocamientos y despulmientos peritoneales, que serán seguramente sitios de nuevas bridas y se hará en aquellas que acoden, compriman o tiren de los órganos vecinos. Si el despulmimiento ha sido grande, se procurará interponer epiplón.

Un accidente frecuente y de temer, puesto que de allí dependen muchas veces las hemorragias durante la operación y las secundarias, es la destrucción de adherencias que sangran, o bien cuando se hace el desprendimiento de la cara inferior del hígado.

La conducta que debe tenerse en estos casos, es en primer lugar, la ligadura si es posible, si no, el taponamiento con gasas embebidas de suero de caballo, la tromboplastina o cualquiera de los productos que aumentan la coagulación sanguínea.

Si esto no da resultado, el taponamiento a permanencia para quitarlo tres o cuatro días más tarde y que servirá a la vez de canalización.

Nos queda por estudiar cuando se debe o no canalizar.

El ideal es no canalizar, pues es sabido que las canalizaciones son siempre origen de las bridas, por lo que se debe evitar al máximo, la canalización.

En aquellos enfermos bien preparados, en que la técnica ha sido correcta en todos los tiempos, en que los canales y la peritonización nada dejan que desear, se podrá dejar sin canalización; desgraciadamente son los casos menos frecuentes. Sin embargo, debe ser uno de los objetos, que hay que perseguir en estas intervenciones, en que se trata de evitar la reproducción de adherencias y de ahí, nuestro empeño en el tratamiento médico, que debe ser amplio de recursos, prolongado en su aplicación, para que nos acerquemos a este resultado.

En caso de dejar canalización, puede ser de dos clases, la de las vías biliares y la de su cavidad del vientre.

La primera debe ser hecha de preferencia, con el tubo en T de Kehr, rodeado de gasa o bien un tubo simple, en las proximidades de la incisión o sección del canal biliar que la haya sufrido, ya sea el muñon del cístico, ya sea la anastomosis de la vesícula o colédoco con el intestino.

La del vientre, puede ser un tubo rodeado de gasa que, si es puesto simultáneamente al de las vías biliares, se colocará abajo de él.

La canalización deberá hacerse, cuando no se esté en la completa seguridad de la permeabilidad de los canales, cuando la septicidad de estos no asegure una antisépsia completa; cuando hay algún escurrimiento accidental en la cavidad, ya sea de bilis y pus o sangre y no se haya podido contener y, finalmente, cuando las adherencias enquistan supuraciones, por pequeñas que estas sean; siempre en estos casos, se deberá canalizar.

En cuanto al tratamiento del resto de los órganos, que forman encaucijada subhepática, se hará la cirugía adecuada y cuyas indicaciones en estos casos, serán regidas sobre todo por el estado del paciente, generalmente las anastomosis serán el procedimiento de elección, para reestablecer el tránsito gastro intestinal o cólico.

Hemos de agregar un pequeño párrafo, a los cuidados necesarios en la operación misma. Estos quedarán a cargo de un ayudante entendido y consisten en la observación del pulso, la respiración y la tensión arterial, que deben ser hechas, como estudio comparativo, antes de la intervención y en las diversas fases de ésta. Sus indicaciones nos mostraran las modificaciones, la oportunidad y la necesidad de dar por terminada la operación, o si es posible, prolongarla el tiempo necesario, para hacer completo el tratamiento quirúrgico.

El aumento excesivo del pulso, su irregularidad, su tensión disminuida, la respiración superficial, la taquípnea, la cianosis de los labios y de la cara en general, serán otros tantos datos importantes de la necesidad de dar por terminada la operación, lo más pronto posible.

Las indicaciones contrarias, demostrarán la posibilidad de continuar la operación sin gran peligro.

# CUIDADOS POST OPERATORIOS

---

Los dividiremos en dos grupos: los inmediatos y los mediatos.

#### Los Inmediatos.

Lo primero que trataremos es el shock operatorio con suero glucosado, bicarbonatado, por cualquiera de las vías conocidas, subcutánea, intravenoso o en enterocelisis o por varias vías a la vez. Tonicardiacos, especialmente el aceite alcanforado, la cafeína a dosis fuertes y repetidas, el recalentamiento y los sedantes, procurando usar los menos tóxicos.

Un detalle interesantísimo en estos casos, es sentar al paciente desde un principio, la posición debe darse saliendo de la plancha y la razón es la siguiente: en un peritoneo despulido, en el cual ya se han formado adherencias anteriores y en las cuales, ya se han roto otras, la formación de bridas es seguramente un hecho, lo que debemos evitar por cualquier medio. Ahora, si recordamos que comienzan a organizarse en unas cuantas horas, lo cual debe evitarse, si no la formación de ellas es segura que se haga nuevamente entre las superficies cruentas, lo cual se logra sentando al paciente, de esta manera las vísceras por su propio peso se separan de la cara inferior del hígado, alejándose así las superficies despulidas.

La posición debe conservarse por lo menos durante dos o tres días, para así tener la completa seguridad, de que ya han sido cubiertas las superficies cruentas.

#### Los Mediatos.

La curación debe ser cuidadosamente vigilada y en caso de canalización de las vías biliares, se hará su derivación del tubo de canalización, a un recipiente con solución antiséptica.

El apósito debe ser renovado diariamente, y con mayor razón, si se toma en cuenta que hay canalización.

La canalización debe ser retirada, cuando solo es de la cavidad, de los cuatro a los ocho días, según el caso y cuando deriva bilis, el tiempo necesario para que esta salga límpida y con caracteres normales, lo cual prolonga su estancia doce, quince o más días.

El régimen en los primeros días será té, después té con leche y más tarde, según el estado del paciente, nos guiaremos, según las nociones dadas a propósito de la dietética.

La vigilancia estrecha, del estado del aparato respiratorio, del cardio vascular y del renal, nos avisarán del primer asomo de complicaciones.

Sin embargo, siempre debe tratarse como si ya existieran; es el mejor modo de prevenirlas.

Se proseguirá después del shock operatorio, uno o dos días más tarde de la intervención, con la vacunoterapia, así evitaremos dentro de lo posible, las complicaciones infecciosas.

Diariamente en la enterocolitis, se añadirán unas cuantas gotas de creosota en leche, para evitar las complicaciones pulmonares.

Por parte del corazón, el aceite alcanforado y la cafeína, se seguirán aplicando, retirando poco a poco la cantidad y el número de inyecciones. El análisis de la química sanguínea será necesario consultarlo, pues podrá explicar cuadros alarmantes y de relativo fácil tratamiento.

La cantidad de orina siempre se vigilará, así como su aspecto.

El estado de las materias fecales, especialmente su color, nos servirá de índice para conocer si las vías biliares, son o no permeables.

La temperatura se vigilará, cualquiera elevación, nos indicará más que nada, explorar el estado de la canalización, después, el estado de los aparatos en los cuales hemos apuntado, cuáles son las complicaciones frecuentes.

Finalmente, se levantará al sujeto, según se recuperen sus fuerzas que, generalmente, será entre los 8 a los 20 días.

Se insistirá precozmente en el tratamiento médico, por todos los medios ya estudiados, especialmente, la diatermia, el Eter Bezilcinámico, el régimen y el sondeo duodenal intermitente.

CAPITULO IV.

# CASOS CLINICOS

---

Todos estos enfermos son del Dr. Oscar Hernández Cárdenas, el cual me hizo favor de pasármelos, tanto los del servicio de su sala, como los de su clientela particular.

**CASO I.**—Elisa R., de 27 años, casada.

Hace tres meses padece de angiocolitis de repetición. Actualmente presenta dispepsia biliar, crisis dolorosas en el hipocondrio derecho, bastante molestas. Estado general mediano. Subictericia, no tiene elevaciones térmicas.

Dolores en la zona cística, puntos dolorosos en la novena, décima y undécima apofisis espinosas dorsales, puntos dolorosos escapulo apexiano, mamario, frénico. Signo de Murphy, y Abrahams positivos.

Sondeo duodenal, respuesta vesicular retardada, bilis B concentrada, escasa, seguida de dolores.

Colecistografía, vesícula visible con el yodeikon, se llena y vacía con cierta dificultad, acompañado de dolores, es fija en su posición.

Diagnóstico: pericolecistitis plástica, tipo vesicular puro, con vesícula no excluida.

Tratamiento médico aplicado durante 6 meses, bajo las nociones generales dadas a propósito de Dietética. Tratamiento Medicamentoso, Higiénico, Diatermia y Sondeo Duodenal.

No mejorando grandemente la enferma, se le propuso la intervención.

Pruebas preoperatorias, normales.

Cuidados preoperatorios, Hemostyl vacuoterapia, aceite alcanforado y morfina.

Tratamiento quirúrgico, anestesia Balsoformo, laparatomía lateral derecha, se comprobó el diagnóstico. Se hizo la sección con ligadura de las adherencias y no se canalizó.

Entró a la sala de distinción del Hospital Juárez el día 5 de mayo de 1930, salió el día 20 del mismo mes.

Se prosiguió el tratamiento médico con dietética, diatermia y sondeo duodenal precozmente aplicado, pues continuó con algunas molestias.

Tres meses después los trastornos dispepticos desaparecían completamente, con molestias mínimas, la vesícula en buenas condiciones de funcionamiento, se perdía la enferma.

**CASO II.**—Julio M., 23 años, soltero, trabaja en el Departamento de Limpia y Transportes.

Ingresó al Hospital Juárez el 5 de julio de 1930, con diagnóstico de confusión profunda de vientre, estado general bueno.

Sin indicación operatoria, pasó nueve días tiempo en que se presentó un síndrome abdominal agudo, encontrándose un gran plastrón en el hipocondrio derecho.

El 14 de julio de operó de urgencia con anestesia por éter, laparatomía lateral, sobre el plastrón ya mencionado, se encontró peritonitis supurada enquistada, con estallamiento de la vesícula biliar en su fondo. Se canalizó la vesícula y la cavidad de enquistamiento.

Las canalizaciones se retiraron, la del enquistamiento 8 días después, la de la vesícula 18 días después. Se siguió la supuración 28 días, dándose de alta el enfermo 45 días más tarde, con grandes molestias dolorosas en el hipocondrio derecho.

Se le hizo tratamiento médico a base de dietética, diatermia y sondeo duodenal, cediendo rápidamente los dolores.

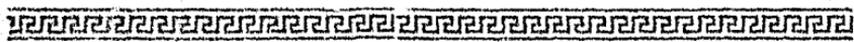
Con la vesícula trabajando regularmente, fué dado definitivamente de alta 4 meses después.

**CASO III.**—María Luisa P., de 52 años, casada.

Con antecedentes de litiasis biliar, hace más de 8 años, estado general mediano con subictericia y sin temperaturas.

Actualmente presenta frecuentes dolores en el hipocondrio derecho dispepsia biliar y constipación tenaz.

Con la prueba de Meltzer Lyon, solo se obtuvo bilis A y C, está por tanto excluida la vesícula. En alguno de los sondeos se encontra-



Titulo así la parte final de este trabajo, porque aquí no es posible, como es costumbre, llegar a unas conclusiones fijas por el poco número de casos que, a pesar de mi buena voluntad, puedo presentar, pero que, sin embargo, obligan a decir algo de ellos.

I.—Para intervenir quirúrgicamente, siempre hay que apoyarse en una formal indicación operatoria (casos I, II, III, IV, V, VI, VII y VIII).

II.—Siempre que no haya una indicación formal operatoria de urgencia, el tratamiento médico precisa con el tiempo, la oportunidad o no de la operación (Casos I, III, V, VI y VIII.)

III.—Cuando hay que operar, y esto no es de inmediata urgencia (Caso II) el tratamiento médico es una de las mejores preparaciones para la intervención (Casos I, III, V, VI y VIII).

IV.—Los casos dudosos, generalmente terminan en operación (Casos I, III, V, VI, VII y VIII).

V.—El tratamiento médico, para que sea efectivo, debe aplicarse largo tiempo y sin descuidar ningún detalle de los descritos en este trabajo, sin embargo, por los casos que presento, no es posible que el tratamiento médico solo, procure completo alivio, probablemente en los casos menos avanzados dé un resultado satisfactorio, pero nosotros no pudimos encontrar un caso semejante.

VI.—La intervención debe ser lo más conservadora posible, fundándose siempre en el estado funcional de la vesícula, pues aun en los casos (Ejemplò clínico II) en que parece perdida, con el tiempo puede recuperar su función (Casos I, VI y VIII).

VII.—La destrucción de adherencias, regida por los conocimientos generales propuestos, frecuentemente es suficiente, para obtener un estado funcional bastante satisfactorio (Casos I, II, VI, VII y VIII.)

VIII.—La canalización no es necesaria cuando se reúnen las condiciones dichas a este propósito en el capítulo III. (Casos I, VI y VIII.)

IX.—Los cuidados preoperatorios deben ser completos; en aquellos en que se olvida o descuida cualquier detalle, son frecuentes las complicaciones (Caso V, en que por todo tratamiento preoperatorio se hizo poner aceite alcanforado y morfina y murió de neumonía, complicación infecciosa, que posiblemente se hubiera evitado si se aplica oportunamente la vacunoterapia.)

X.—Sentar inmediatamente al paciente, es una posición perfectamente tolerada (Casos I, II, III, IV, V, VI, VII y VIII).

XI.—El tratamiento quirúrgico por sí solo, no alivia a los pacientes y no es sino después de algún tiempo de tratamiento médico postoperatorio, que la mejoría es manifiesta (Casos I, II, III, IV, VI y VIII.)

XII.—Con un tratamiento rigurosamente conducido, la gravedad de las operaciones disminuye grandemente (Casos I, II, III, IV, VI, VII y VIII.)

XIII.—Por lo tanto, no es posible sentar un exclusivismo para el tratamiento médico o el tratamiento quirúrgico; siempre deben estar juntos, unidos racionalmente y apegados a los datos de la clínica, para obtener los mejores resultados.

# BIBLIOGRAFIA

---

LA VESICULE BILIAIRE. M. CHIRAY et I. PAVEL. 1927.  
PATHOLOGIE DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES. G. H. ROGER F. VIDAL Tomo XVI. 1928.

TRAITE DE PHYSIOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE. G. H. ROGER Tomo III 1928.

PR. THORKILD ROVSING. PATHOGENIE DES CALCULS BILIAIRES ET INDICATIONS OPERATOIRES. 1925.

RADIOGRAPHIE NEPHROCHOLECISTIQUE. M. DE ABREU. 1930.

THERAPEUTIQUE MEDICALE. P. CARNOT. 1928.

THERAPEUTIQUE CLINIQUE. ALFRED MARTINET. 1926.

DIAGNOSTIC CLINIQUE. A. MARTINET. 1925.

ESTUDIO DE ALGUNOS COLAGOCOS POR EL METODO DE MELTZER LYON. F. RAMOND. 1925.

L'ANESTHESIE REGIONALE. VICTOR PAUCHET". 1927.

TACTIQUE OPERATOIRE DES VOIES BILIAIRES. W. STERN. R. FOUCHE. 1929.

POUR DISMINUER LE RISQUE OPERATOIRE. DUPUY DE FRENELLE. 1924.

LA COLECISTECTOMIA SUBSEROSA. Conferencia sustentada en México en 1930 por F. DESMAREST.

FASCICULES DE CHIRURGIE. VICTOR PAUCHET. V. IX, X, XII.

COLECISTITIS. JUDD AND NICKEL. SURGERY GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. Abril 1930.

---

Título así la parte final de este trabajo, porque aquí no es posible, como es costumbre, llegar a unas conclusiones fijas por el poco número de casos que, a pesar de mi buena voluntad, puedo presentar, pero que, sin embargo, obligan a decir algo de ellos.

I.—Para intervenir quirúrgicamente, siempre hay que apoyarse en una formal indicación operatoria (casos I, II, III, IV, V, VI, VII y VIII).

II.—Siempre que no haya una indicación formal operatoria de urgencia, el tratamiento médico precisa con el tiempo, la oportunidad o no de la operación (Casos I, III, V, VI y VIII.)

III.—Cuando hay que operar, y esto no es de inmediata urgencia (Caso II) el tratamiento médico es una de las mejores preparaciones para la intervención (Casos I, III, V, VI y VIII).

IV.—Los casos dudosos, generalmente terminan en operación (Casos I, III, V, VI, VII y VIII).

V.—El tratamiento médico, para que sea efectivo, debe aplicarse largo tiempo y sin descuidar ningún detalle de los descritos en este trabajo, sin embargo, por los casos que presento, no es posible que el tratamiento médico solo, procure completo alivio, probablemente en los casos menos avanzados dé un resultado satisfactorio, pero nosotros no pudimos encontrar un caso semejante.

VI.—La intervención debe ser lo más conservadora posible, fundándose siempre en el estado funcional de la vesícula, pues aun en los casos (Ejemplo clínico II) en que parece perdida, con el tiempo puede recuperar su función (Casos I, VI y VIII).

VII.—La destrucción de adherencias, regida por los conocimientos generales propuestos, frecuentemente es suficiente, para obtener un estado funcional bastante satisfactorio (Casos I, II, VI, VII y VIII.)

VIII.—La canalización no es necesaria cuando se reúnen las condiciones dichas a este propósito en el capítulo III. (Casos I, VI y VIII.)

IX.—Los cuidados preoperatorios deben ser completos; en aquellos en que se olvida o descuida cualquier detalle, son frecuentes las complicaciones (Caso V, en que por todo tratamiento preoperatorio se hizo poner aceite alcanforado y morfina y murió de neumonía, complicación infecciosa, que posiblemente se hubiera evitado si se aplica oportunamente la vacunoterapia.)

X.—Sentar inmediatamente al paciente, es una posición perfectamente tolerada (Casos I, II, III, IV, V, VI, VII y VIII.)

XI.—El tratamiento quirúrgico por sí solo, no alivia a los pacientes y no es sino después de algún tiempo de tratamiento médico postoperatorio, que la mejoría es manifiesta (Casos I, II, III, IV, VI y VIII.)

XII.—Con un tratamiento rigurosamente conducido, la gravedad de las operaciones disminuye grandemente (Casos I, II, III, IV, VI, VII y VIII.)

XIII.—Por lo tanto, no es posible sentar un exclusivismo para el tratamiento médico o el tratamiento quirúrgico; siempre deben estar juntos, unidos racionalmente y apegados a los datos de la clínica, para obtener los mejores resultados.

# BIBLIOGRAFIA

---

LA VESICULE BILIAIRE. M. CHIRAY et I. PAVEL. 1927.

PATHOLOGIE DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES. G. H. ROGER F. WIDAL Tomo XVI. 1928.

TRAITE DE PHYSIOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE. G. H. ROGER Tomo III 1928.

PR. THORKILD ROVSING. PATHOGENIE DES CALCULS BILIAIRES ET INDICATIONS OPERATOIRES. 1925.

RADIOGRAPHIE NEPHROCHOLECISTIQUE. M. DE ABREU. 1930.

THERAPEUTIQUE MEDICALE. P. CARNOT. 1928.

THERAPEUTIQUE CLINIQUE. ALFRED MARTINET. 1926.

DIAGNOSTIC CLINIQUE. A. MARTINET. 1925.

ESTUDIO DE ALGUNOS COLAGOCOS POR EL METODO DE MELTZER LYON. F. RAMOND. 1925.

L'ANESTHESIE REGIONALE. VICTOR PAUCHET". 1927.

TACTIQUE OPERATOIRE DES VOIES BILIAIRES. W. STERN. R. FOUCHE. 1929.

POUR DISMINUER LE RISQUE OPERATOIRE. DUPUY DE FRENELLE. 1924.

LA COLECISTECTOMIA SUBSEROSA. Conferencia sustentada en México en 1930 por F. DESMAREST.

FASCICULES DE CHIRURGIE. VICTOR PAUCHET. V. IX, X, XII.

COLECISTITIS. JUDD AND NICKEL. SURGERY GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. Abril 1930.