

## TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA

### Un caso de coleditiasis grave, tratado con éxito por la intervención quirúrgica.

En el campo de la terapéutica la coleditiasis es uno de tantos asuntos en los que el cirujano á la luz de los grandes progresos de su ramo, ofrece al médico los recursos de su arte, y éste se resiste á aceptarlos, sosteniendo una verdadera lucha, como si tratara de defender dominios que le son usurpados. Las acaloradas é interminables controversias que, ya en los congresos, ya en los periódicos, y aún en las obras didácticas se vienen sosteniendo acerca de la manera de curar, la apendicitis, los padecimientos del estómago, la oclusión intestinal, la epilepsia, etc., son una prueba de ello.

La coleditiasis, como una de tantas enfermedades que han pasado á ocupar la zona limítrofe entre la medicina y la cirugía, ha sido removida hasta los cimientos en su patología y su clínica, y, saliendo más favorecida en esta prueba, cuenta con más elementos que prometen en un porvenir muy cercano, ser un lazo de unión entre ambas ciencias. En efecto, ya no pasa que el clínico abandone en manos del cirujano un enfermo, con cálculos biliares, en último extremo, y como para no sufrir el reproche de no haber puesto en práctica hasta los recursos dudosos; ha acontecido entre nosotros no ha mucho, y esto lo decimos con satisfacción, que un internista propusiera una intervención exploradora en un caso de esta especie, sin esperar á que las fuerzas del enfermo estuvieran agotadas, ni á que pidiera á gritos que se le quitaran por cualquier medio sus dolencias.

Por desgracia esa manera de proceder no es muy general, y muy fácil es ver el gesto de desagrado en el semblante de algunos compañeros al escuchar la proposición de laparatomía en casos de coleditiasis. Esto reconoce dos causas: la primera es no tener en cuenta las funestas consecuencias que puede tener un caso aparentemente muy ligero; y la segunda suponer que todas las intervenciones quirúrgicas en las vías biliares son graves y de resultados desastrosos.

Respecto del primer punto no hay que culpar á nadie, pues la clínica ofrece hechos en los que parecen encontrar gran fundamento la actitud

expectante y los medios anodinos; tales son: la circunstancia de encontrarse cálculos en la vejiga de la hiel de cadáveres de individuos que no ofrecieron síntomas correlativos durante la vida; el caso de que un enfermo de litiasis biliar arroje cálculos después de cada cólico, pasando á un estado de euforia más ó menos duradero; el alivio que algunos enfermos sienten después del uso de las aguas de Carlsbad y entre nosotros de las de Tehuacán.

Mas hay en esto, cierta confusión que el estudio anatómico cuidadoso, por una parte, y el de los casos en que se ha intervenido, por otra, han permitido desembrollar.

Que existen coleditiasis sin síntomas, nadie lo puede poner en duda, lo mismo que no es dudoso que sería una temeridad ir á buscarlas; no proponen tal cosa los cirujanos. Pero ocurre que al arrojar un enfermo una ó varias piedras después del cólico, queda frecuentemente con otras, y puede suceder que alguna no pase por las vías naturales como las que le precedieron, y que traiga complicaciones inesperadas. Tocante á estos casos, en los que se observa la expulsión de la piedras, la observación ha enseñado que muchas de las que se imponían emigradas por la ámpula de Vater, pasan por una fistula establecida entre el canal colédoco y el duodeno; ¡fortuna es que en ellos la perforación se verifique del lado del duodeno!

En lo que concierne á la acción de las aguas salinas, indudable al exámen clínico, depende del efecto benéfico que tienen ellas, como cualquiera otro laxante sobre un importantísimo factor poco tenido en cuenta antes y perfectamente estudiado hoy: la colecistitis. Para Riegel (1), Kehr (2) y aún los internistas, como Naunin, (3) en la mayor parte de las veces el cólico y accidente cercanos dependen de ella. A los que crean aún en la acción expulsiva de las aguas alcalinas me permito recomendarles las estadísticas y observaciones de los autores citados. Se dice que muchos enfermos que en Tehuacán no expulsan cálculos, arrojan arenillas; pero más de una vez he tenido oportunidad de examinar dichas arenillas, y las

(1) Penzoldt y Stintzing. — Terapéutica especial, tomo IV.

(2) Langenbeck's Archiv.

(3) Mittheilung. a. d. Grenzgebiet. — Klinik du Gallensteinkrankheit.

he encontrado formadas por fosfatos y carbonatos calcáreos: otro tanto señalan los autores con respecto á Carlsbad.

Refiriéndome al otro fundamento de los abstencionistas, básteme decir que entre una colecistostomía por padecimiento exclusivo de la vesícula, y una canalización del canal hepático, hay la misma diferencia que entre la extirpación de un quiste sencillo del ovario, de largo pedículo y la de una inclusión fetal en el abdómen. Precisamente para demostrar que no son fatales todas las intervenciones, me permito referir la observación de una enferma con cálculos hasta el canal colélico, que puede considerarse como curada por los médicos quirúrgicos.

Padeceía hace algunos años de trastornos digestivos, caracterizados por cierta tardanza en dicha función y sensaciones de peso en el epigastrio. Hace tres años, sin motivo aparente, tuvo un primer cólico bastante intenso, que le duró tres días. Después de este primer ataque tuvo otros varios, menos intensos y con la circunstancia de faltar, como en el primero, la ictericia.

Por esa época tuvo una niña, que nació y se desarrolló bien. Ella misma no tuvo accidentes ni consecuencias de su parto.

En el transcurso de los meses siguientes sufrió otros cólicos, y con tal motivo consultó con el Sr. Dr. F. Bulman, quien le recomendó los alcalinos y le anunció la posibilidad de ser necesaria una operación, insistiendo en la conveniencia de examinar cuidadosamente las heces. Algo mejorada algún tiempo, se hizo embarazada de nuevo, y coincidiendo con el parto, tuvo un intensísimo cólico seguido de calentura. La vió de nuevo el Dr. Bulman, y éste señor le observó tinte icterico, y averiguó que no había nunca arrojado piedras.

La niña que tuvo la enferma en este parto, nació completamente icterica. Después de un corto alivio volvió á tener varios ataques intensos con ictericia, y algunos con calentura. Entonces ocurrió á consultar á muchos médicos, de los que la mayor parte insistieron en el uso de los alcalinos, y solo el Dr. Hurtado, después del Dr. Bulman, propuso la operación.

Hace cosa de seis meses me consultó la paciente y encontré el siguiente estado:

Enferma de constitución mediana, bastante desnutrida, con ictericia intensísima y semblante

algo abatido. Se queja de dolor intenso en el hipocondrio derecho y hombro del mismo lado así como en el epigastrio.

Dice tener poco apetito, vómitos y calentura seguida de sudor en las noches. Padece también gran estreñimiento, y las heces que arroja son blanquecinas las más veces. No da antecedentes hereditarios, ni otros patológicos. Examinándola se nota por la inspección una saliente ligera en mitad derecha del epigastrio, pareciendo seguir los movimientos respiratorios. Por la palpación se nota tumefacción dura en ese lugar, siendo sensible á la presión y dando sonido mate por la percusión. La orina color de cerveza. Mi diagnóstico fué: cálculos en la vesícula biliar y en el canal colélico, pericolecistitis, supuración posible en la cavidad de ese órgano. Propuse levantar las fuerzas de la enferma y operar en seguida. Co-a de dos meses después volvió á consultarme, y, sabiendo que el Dr. Bulman era quien más la había atendido, propuse una junta y en ella encontramos que la tumefacción había disminuido un tanto, persistiendo los otros síntomas.

Propuesta por ambos la operación, fué aceptada y practicada hasta hace como mes y medio á causa de los preparativos que se recomendó á la enferma, tales como cambio de habitación, laxantes repetidos, aseo y desinfección de la piel, etc.

Hecha una incisión como de 12 centímetros sobre el borde derecho del músculo recto derecho, se descubrió la región de la vesícula, encontrando á ésta cubierta por el epiplón y fuertemente adherida al ángulo derecho del colon. Desprendido el epiplón, que también estaba unido, se empezó á separar la bolsa que estaba algo pequeña. Al dar en un punto con la tijera salió pus en cantidad, como media cucharada cafetera, que fué recogido con gasa. El origen era un absceso situado entre la vesícula y el colon. Ninguno de ambos órganos estaba perforado. Extirpada toda la pared de este foco, se exploraron las vías biliares, encontrándose cálculos en la vejiga y en el colélico. Con las precauciones requeridas se abrió el fondo de ella, escurriendo escaso líquido gris, fluido. Con pinzas, los dedos, etc. se extrajeron como 10 cálculos pequeños. El canal cístico estaba dilatado y tenía cálculos.—Al hacer presiones para vaciarlo se notó que también se desalojaban los del colélico. Después de presio-

nes repetidas que hicieron salir fragmentos pequeños, se creyó que ya no había más y se suturó la herida de la vesícula con el peritoneo. Puesto un tubo en la vejiga de la hiel, se rodeó con gasa, y se redujo con suturas la herida abdominal curándola después como es usual.

La enferma no tuvo un solo día calentura. Por el tubo se extrajeron aún algunos fragmentos, y después de retirado se pudo lavar ampliamente con suero artificial, notándose la facilidad con que pasaba la solución al intestino. Los hilos fueron retirados á los quince días. La enferma tiene actualmente una fístula próxima á cerrarse, su calibre será de un milímetro; no sale ya bilis por ella. El curso y color de las materias fecales desde tres ó cuatro días después de la operación han sido normales. No tiene ya ictericia, come bien y está enteramente repuesta.

Tal es este caso, el cual creo habla favorablemente en pro de las intervenciones, pues se refiere á una paciente que de no haber sido operada, habría sucumbido indefectiblemente.

Los señores Dres. D. F. Bulman, D. I. Prieto y D. M. Zubieta, que bondadosamente me ayudaron en esta operación, tienen la misma convicción respecto al caso en particular y creo que igualmente respecto á las ideas que tiende á demostrar.

México Febrero 29 de 1902.

M. TOUSSAINT.

## REVISTA EXTRANJERA.

### Doble herida del corazón tratada con éxito por la intervención quirúrgica.

En una de las últimas sesiones celebradas por la Academia de Medicina de París, el Dr. Peyrot leyó una observación, cuyo resumen es el siguiente:

Un hombre de veintiséis años se dió un

balazo en la región del corazón. Tres horas después, la percusión revela sonoridad exagerada en toda la mitad izquierda del tórax de este lado los ruidos respiratorios no se perciben y los del corazón están débiles y apagados; de tiempo en tiempo se oye un ruido de *clapotis* (ruido de molino). Se diagnostica herida penetrante de la pleura izquierda y del corazón y se practica inmediatamente una amplia abertura del lado izquierdo del tórax: la cavidad pleural se halla llena de aire y de sangre; ésta proviene de una herida pericárdica situada cerca de la punta del corazón. Abierto el pericardio, aparece el corazón latiendo con violencia: existe una herida en la cara anterior del ventrículo izquierdo, --á 2 centímetros de la punta--, por cuyo orificio la sangre se escurre solo en el momento de la diastole. Esta herida se sutura fácilmente con un surjete de catgut que la cierra por completo. El orificio de salida del proyectil, colocado en la cara posterior del ventrículo izquierdo, cerca de la base, es también suturado.

Ejecutado esto, se quitaron los coágulos de la cavidad pericárdica, cerrándola y dejando un tubo en su parte inferior. En seguida se limpió la pleura y se reaplicó y suturó el colgajo costal, poniendo un segundo tubo en la cavidad pleural.

Las consecuencias de la operación, que duró 35 minutos, fueron inmejorables: ambos tubos se quitaron á las 48 horas, los hilos al octavo día, dos más tarde el enfermo se levantó y poco tiempo después abandonó el hospital completamente curado.

(La Semaine Médicale).

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.