La colecistostomía.

Dr. Juan Velázquez Uriarte.

No obstante los múltiples trabajos médicos, quirúrgicos, experimentales y aun del orden especulativo que se han emprendido acerca de la patología y terapéutica de las afecciones de la vesícula biliaria, no se ha llegado a precisar la oportunidad de la intervención quirúrgica que debiera aplicarse a las afecciones calculosas de este órgano. Tampoco se han podido precisar reglas adecuadas, propias para elegir entre las operaciones que en ella se practican, y esto se hace más patente cuando se tiene que escoger entre la colecistostomía y la colecistectomía en las afecciones calculosas simples o complicadas. Caminamos en esta vía terapéutica a tropezones; posible es, que esto se deba en gran parte a la incertidumbre del diagnóstico, a pesar del conjunto de síntomas que forman el síndromo del cólico hepático. Hay más: sucede que, aun en casos en que se tiene el órgano a la vista, permanece obscuro el diagnóstico y, por lo mismo, difícil la imposición de una correcta terapéutica, máxime cuando se trata de afecciones del canal colédoco.

Cansado sería entrar en este breve escrito, en disquisiciones de orden especulativo que me conducirían muy lejos, fuera del objeto que me propongo: sólo referiré tres historias de las últimas enfermas tratadas por colecistostomía, concernientes a dos casos de calculosis y uno de empiema de la vesícula, con objeto de demostrar en apreciaciones que después haré, las ventajas que tiene una operación sobre la otra en esta clase de padecimientos.

No está a mi alcance precisar el número total de operaciones de esta índole practicadas por mí, años ha, en el Hospital General, por no haber tenido manera de recorrer los libros de esa Institución; así, pues, me concretaré a referir las historias a que antes hice alusión.

La señora R. P. P., de 65 años de edad, natural de México, D. F., viuda, tuvo diez hijos sanos; desde muy joven padece de constipación habitual, por lo que está acostumbrada a abusar de los laxantes y lavados intestinales; desde joven también padece ataques histéricos bajo la forma de risa o llanto, que sobrevienen siempre que tiene alguna emoción intensa o algún dolor físico fuerte. Con frecuencia padece jaquecas de duración variable.

Tiene a menudo coprostasis acompañada de dolores intestinales intensos, que combate con purgantes. Hace unos seis años tuvo grietas anales. A consecuencia de estas afecciones dolorosas, se le ministraron con frecuencia inyecciones de morfina, por lo que la enferma se fué acostumbrando a ellas, y, de tres o cuatro años a la fecha, se le inyecta invariablemente tres veces al día, un centigramo de dicha substancia; subiendo un poco esta dosis cuando tiene alguno de sus dolores. El máximum propinado en un día, ha sido de cinco centigramos.

En el mes de mayo de 1918 se sintió bruscamente enferma de un dolor generalizado a todo el vientre, pero mucho más intenso en el hipocondrio derecho, que no se propagaba a otros sitios y que no cedió a las inyecciones de morfina. Tuvo, además, suspensión absoluta de gases y materias fecales. Tomó

la enferma ese día un purgante de 30 gramos de aceite de ricino y dos horas después la siguiente prescripción:

Aquila alba. . . . . 0.10 cg.
Extracto de belladona. . . . . 0.10 cg.
X píldoras.—Una cada dos horas.

Dr. Orvañanos.

Al día siguiente, la enferma, ayudándose con un lavado intestinal, logró defecar, siendo sus materias excesivamente duras, muy descoloridas, bajo forma de bolas del tamaño de un huevo de paloma y aun un poco más grandes. El dolor disminuyó algo sin desaparecer por completo. Ese día apareció una ictericia generalizada, más manifiesta en las conjuntivas. La orina estuvo escasa, de color rojo muy obscuro, turbia, sin sedimento. La enferma siguió tomando durante tres días las píldoras anteriores; el dolor se atenuó y con ligeras exacerbaciones, subsistió todo ese tiempo; la ictericia desapareció, las evacuaciones se colorearon lentamente, y volvió la enferma a su estado habitual. En todo este período no hubo temperaturas anormales.

En el mes de julio del propio año, se repitieron los mismos fenómenos, pero un poco más intensos: dolor fuerte, ictericia, decoloración de las materias fecales, subido color de la orina, durando la enfermedad unos ocho o nueve días; y sin haber habido tampoco fiebre alguna, desaparecieron estas perturbaciones bajo la misma medicación anterior.

En agosto, repetición del mismo cuadro sintomático, pero más rebelde al tratamiento. Después del purgante de aceite de ricino, la enferma logró defecar, pero el dolor permaneció intensísimo, tanto que hubo necesidad de recurrir a inhalaciones clorofórmicas y compresas frías en el abdomen; estuvo en ese estado unos cinco días, durante los cuales, tomaba diariamente 20 gramos de aceite de ricino, lo que le permitía defecar una vez al día; pero las evacuaciones eran descoloridas, la orina escasa y obscura, y la ictericia duró diez días.

A fines del mes de octubre, nuevo ataque doloroso, más rebelde aún; continuaba la acolia, y era necesario vencer la constipación por medio de purgantes. La ictericia se presentó de nuevo, la orina fué escasa y tan irritante, que era menester que la enferma tomara baños de asiento en los momentos de las micciones. El dolor en el hipocondrio era tan intenso, que repetidas veces hubo necesidad de recurrir a las inhalaciones clorofórmicas.

A principios de noviembre la acolia era absoluta, la orina escasísima y obscura, la ictericia intensa. Se le administró la siguiente prescripción:

Benzoato de sodio. . . . . 2.00 g.
Salicilato de sodio. . . . . 2.00 g.
XII obleas.—Tres en el día.

Dr. Toussaint.

Durante el mes de noviembre, el dolor permaneció con exacerbaciones y alivios; disminuyeron muy lentamente la acolia así como la ictericia, sin des-

aparecer por completo. A más de la medicina anterior, tomó la enferma la siguiente:

Masa azul inglesa . . . . . 0.10 cg.
Extracto de belladona. . . . . 0.10 cg.
X píldoras.—Una cada dos horas.

Dr. Orvañanos.

También, frecuentemente, recurría al aceite de ricino.

En el mes de diciembre hubo un nuevo síntoma: la hipertermia de tipo directo, subcontinua, siendo el máximum de 39° C. El dolor persistió y acusaba la enferma una sensación de bola en el lado derecho. Los demás síntomas persistieron con exacerbaciones y alivios.

Examen físico el 10 de diciembre: tinte ictérico intenso; abdomen globuloso, más abultado del lado derecho. La palpación muestra un tumor renitente, doloroso, en la parte inferior del hipocondio derecho, prolongado hasta la región umbilical, de forma irregular. La percusión señala matitez en la región correspondiente al tumor, timpanismo en el resto del abdomen. El pulso es de 90 por minuto, hipertenso, rítmico, igual, la aretria dura. Temperatura, 38°.5.

Intervención quirúrgica efectuada el 13 de diciembre: anestesia clorofórmica; incisión vertical sobre el tumor de unos 15 centímetros de extensión, comprendiendo piel y tejido celular. Los tejidos estaban enteramente infiltrados. Incisión de los planos musculares hasta el peritoneo. Punción con un trocar grueso: apenas introducido, saltó un líquido muy fétido con gran tensión, viscoso, con grumos mucosos, de color café obscuro y en cantidad como de 500 centímetros cúbicos. Una vez vacía la bolsa, se le fijó a la pared, se le abrió en la misma dirección que las incisiones cutánea y muscular, y se limpió con pelotones de gasa. En ella no se encontró aun explorándola con cuidado, ni cálculos ni nada digno de llamar la atención. Suturas profunda y superficial, dejando ampliamente canalizada la cavidad por medio de un grueso tubo de caucho que desembocaba en un recipiente colocado bajo la cama de la enferma.

1°. *de Dic.*—Temperatura: mañana: 38°. Tarde: 38°.5. Pulso, 90, hipertenso; lengua húmeda y saburral; orina escasa, de color rojor obscuro; tinte ictérico, poco acentuado. No hubo defecaciones. Por el tubo escurrieron unos 500 c. c. de un líquido con los mismos caracteres del día anterior. Se cambiaron las gasas sucias y se le dieron a la enferma dos tazas de te.

Día 15.—Temperatura: 38°.5. Pulso: 90. Cuadro idéntico al del día anterior; acentuado meteorismo. Se le ministraron 25 g. de aceite de ricino.

Día 16.—La enferma tuvo una abundante defecación semilíquida, absolutamente descolorida. Los demás datos clínicos fueron idénticos a los del día anterior. El meteorismo desapareció; la paciente comenzó a tomar cuatro tazas de leche al día.

En los siguientes días, el cuadro fué poco más o menos el mismo, y desapareció la hipertermia poco a poco; el líquido que escurría por la canalización, fué haciéndose menos espeso, con menos grumos y su color fué virando al verde. Se logró que la enferma evacuara diariamente por medio de lavados intestinales, sin recurrir a los laxantes. Las materias fecales eran fétidas,

pastosas, absolutamente descoloridas. La orina persistió de color rojo subido.

El día 20, la enferma no tuvo ya hipertermia, y a partir de ese momento, se notó franco alivio. Aumentó su apetito y empezó a tomar caldo y frutas cocidas. El líquido de la canalización se tornó amarillo y transparente, idéntico a la bilis fisiológica.

El tinte ictérico fué desapareciendo, las materias fecales continuaron descoloridas, la orina conservó su color obscuro y la cavidad vesicular granulaba y se llenaba rápidamente.

El día 26 se quitó definitivamente el tubo, pero se canalizó con gasa la pequeña cavidad que aún quedaba. Ese día abandonó la enferma el Sanatorio.

Durante el mes de enero siguió escurriendo bilis por una pequeñísima fístula; las materias fecales fueron colorándose, y aclarándose la orina considerablemente.

En el mes de febrero, la bilis arrojada al exterior empezó a disminuir y las materias fecales adquirieron un poco más de color. El 20 se cerró por vez primera la fístula, pero tres días después sobrevino un intensísimo dolor que duró una hora al cabo de la cual salió nuevamente bilis.

Este fenómeno se presentó en varias ocasiones hasta el mes de abril en que cerró definitivamente la fístula.

El estado de la enferma es satisfactorio; sólo persisten la rebelde constipación, las tendencias a la coprostasis y desdichadamente, la costumbre adquirida durante su enfermedad a la morfina.

Señora D. P., viuda, de 56 años, natural de Oaxaca, multipara, de 1.30 de altura, 1.10 en la circunferencia de la cintura, vientre en alforja, 87 kilos de peso. Antecedentes patológicos: reumatismo poliarticular, constipación.

Hace veinticinco años que con motivo de un parto, tuvo por primera vez un cólico que del epigastrio irradiaba a los hipocondrios y a la espalda, acompañado sólo de náuseas. Desde entonces sufrió de este mismo dolor cada cuatro, seis u ocho meses; siendo los intervalos más largos con el transcurso del tiempo. Los últimos tres cólicos fueron acompañados de fiebres de 38 y 39 grados. Hacía diez años que se le habían manchado la cara y en general toda la piel.

El 29 de enero de 1918, tuvo un cólico al regresar de la iglesia a su casa para desayunarse, cosa que le sorprendió, porque el cólico aparecía siempre tres o cinco horas después de los alimentos. Estuvo provocándose vómitos, porque esto le menguaba y aun le hacía desaparecer el dolor. Tomó un baño tibio y una taza de aceite de olivo, pero sin encontrar ningún alivio. En la noche, a las siete, adquirió el dolor su máximo y se le aplicaron tres inyecciones de un centigramo de morfina con intervalos de dos o tres horas, lográndose apenas amortiguarlo. La enferma tenía a las 9 p. m. 38°.6; pulso algo frecuente; sudores, vómitos de flemas, meteorizado y doloroso todo el abdomen, pero más la fosa ilíaca derecha. Se le había puesto una lavativa purgante y de sifón, sin obtener la expulsión de gases ni de materias fecales. Se le operó a la media noche en el Hospital Francés. Incisión en la línea media. Explorada la cavidad peritoneal, se encontró exudado seroso peritoneal, vesícula biliaria del

tamaño de una pera gamboa, con pus y cincuenta y ocho cálculos, unos del tamaño de un garbanzo, y otros mayores.

A los diez días abandonó el Hospital, estando la herida algo supurada en varios puntos. En la tarde, con pretexto de quererse sentar para satisfacer alguna necesidad corporal, se manchó el apósito con algo de sangre. A las siete de la noche, se encontraba la enferma con asas intestinales y epiplón entre las vueltas de la venda y sobre la piel de la pared abdominal y del tórax. Se le hizo un aseo con suero y se le suturó la pared como fué posible, pues no había plano músculoaponeurótico, macroscópicamente apreciable en la pared abdominal de esta señora. Después de cinco semanas cicatrizó la herida, pero permaneció la fístula, que duró ocho meses para cerrar completamente. La enferma está curada y ha mejorado notablemente en sus funciones gastrointestinales.

Señora M. N., de 26 años, multípara, de México, sin antecedentes patológicos de interés. Padre y madre padecieron de cálculos hepáticos. Se operó el 9 de abril de 1919.

Hace más o menos cinco años que padece frecuentes indigestiones principalmente cuando toma tamales y cerveza. Después de unos cuantos minutos de ingerirlos siente dolor intenso en el hueco epigástrico, que irradia hacia los hipocondrios, pezones y columna vertebral, acompañado de vómitos que lo amortiguan. En general se le agriaban los alimentos y habitualmente se veía obligada a recurrir al bicarbonato para combatir los agrios.

El 6 de abril de 1919, después del desayuno tuvo el dolor de modo tan intenso que no cedió a los medios habituales ni a los dos centigramos de morfina que se le inyectaron. La enferma acusaba dolor intenso en el hipocondrio derecho, en la región vesicular, irradiado a la fosa ilíaca derecha, vómitos y apirexia. Se le prescribió un baño tibio y un purgante de aceite de olivo que sustituyeron por ricino, que vomitó. Al día siguiente la enferma tenía 38° y su piel estaba ictérica, las materias fecales descoloridas, el dolor intenso en el hipocondrio derecho. Se decidió la operación, que se practicó en el Hospital Francés al día siguiente. Se practicó la incisión vertical externa hasta abrir el vientre; se encontró la vesícula biliaria grande, se fijó a la pared, se puncionó y se extrajo como litro y medio de líquido turbio y espeso. Una vez vacía la vesícula se le practicó un ojal de dos centímetros de longitud; estaba repleta de cálculos grandes y pequeños; se extrajeron y se terminó la operación canalizando la vesícula con tubo de caucho. Esta enferma se alivió pronto, pero después de un mes la fístula permanecía y además, se quejó un día de dolor agudo en la región operada. Se procedió luego a dilatar la fístula y explorarla. Se le extrajeron aún algunos cálculos pequeños y uno grande que estaba enclavado en el canal cístico. Después de esta segunda intervención la fístula desapareció como por encanto, y bastaron ocho días más de atención médica para quedar cerrada. La enferma goza actualmente de completa salud.

En las enfermas cuyas historias acabo de bosquejar, practiqué siempre la colecistostomía según queda indicado, operación que he elegido por varias razones. Cuando se trata de casos como los antes apuntados, a mi ver, bastará tratarlos por medio de esta sencilla operación a fin de proporcionarles

pronto alivio y la probabilidad grande de alejar por mucho tiempo la repetición de los accesos denominados con el nombre de cólico hepático. A este propósito debo recordar que a dos enfermas operadas desde el año de 1910, una en el Hospital General y otra en mi clientela particular, he podido seguirlas hasta la fecha y no han vuelto a sentir las perturbaciones molestísimas que antes de la operación les producía la presencia de los cálculos en la vesícula.

La cirugía conservadora, en lo general, proporciona grandes beneficios a los pacientes, y, juzgo que en las operaciones sobre la vesícula biliaria debe tenerse como guía, siempre que se pueda, la conservación de ella, porque de esta manera se conserva su función fisiológica que, como se sabe, es la de almacenar la bilis para derramarla intermitentemente a medida que se vaya necesitando en el duodeno, después de sufrir algunos cambios químicos, necesarios para la digestión; sirve también de prensa aforadora para mantener la presión intrabiliaria; es decir, que es el órgano regulador de la bilis.

Ahora bien: desde el punto de vista experimental, Eisendrath y otros enseñan que cuando a los perros se les extirpa la vesícula, no pasa mucho tiempo sin que aparezca la dilatación del canal cístico hasta llegar a formar una pequeña bolsa con las apariencias de vesícula. Lo mismo se ha observado en el hombre: en éste, después de haberse extirpado la vesícula, el canal cístico se dilata, persiguiendo por medio de este esfuerzo de la naturaleza el restablecimiento de la función perdida.

Estos hechos experimentales y de observación manifiestan indiscutiblemente que la vesícula biliaria sirve, no sólo para conservar o tener en reserva la bilis, sino que es también la prensa reguladora de la función biliaria, según se dijo antes. Esta consideración hará pensar detenidamente en el momento de tener que decidir una operación en este órgano, a fin de procurar su conservación, a no ser que causas especiales obliguen a extirparlo; *verbi gratia*: las estenosis del canal cístico, la gangrena o temor de gangrena de este órgano, el encarcelamiento calculoso del cístico, el cáncer, etc.

Fuera de estos considerandos que abogan por la conservación de este órgano, es de recordar que la oportunidad operatoria en esta clase de padecimientos es de capital importancia. En pocos casos hemos operado enfermas exentas de complicaciones, siendo lo más frecuente encontrar trastornos inflamatorios peritoneales y supuraciones de la vesícula, lo que nos indicaba que el proceso no era reciente. Probablemente las mismas enfermas son las que retardan su oportuna curación, quizás por temor a la operación; temor infundado que las induce a llevar una vida de dolor y de molestias, a pesar de los esfuerzos de la terapéutica médica, poco útil en estos casos. Hay más, los enfermos de calculosis biliaria están expuestos, como todos los que se combaten un dolor con morfina, a volverse verdaderos morfinómanos; resultando de aquí que cuando se opera a un enfermo ya acostumbrado a este alcaloide se tratará, quizás con buen éxito, el padecimiento calculoso, pero quedará el enfermo expuesto desgraciadamente a quedarse con el terrible vicio del narcótico; transformándose entonces su padecimiento en una enfermedad psíquica, bien difícil de curar por cierto.

Tiene aún más ventajas la colecistostomía; esta operación es de las más

sencillas, de las más simples, y casi es nula su mortalidad, aun en casos de vesículas infectadas, siempre que se proceda debidamente; es decir, con todo el rigor de la técnica y la asepsia. Tiene también la ventaja de que aun en el remotísimo caso de reproducción de cálculos, que hiciera necesaria una nueva intervención, ésta se facilitaría, porque la bolsa queda adherida a la pared del vientre íntimamente, lo cual hace que con absoluta seguridad se penetre a la cavidad vesicular, practicando la incisión junto a la anterior.

De lo expuesto resulta que el tratamiento de la calculosis biliaria en el mayor número de casos será el quirúrgico, y que la colecistostomía será la preferida. Además, habrá que estudiar el momento quirúrgico oportuno para evitar las diversas complicaciones a que quedan expuestos los enfermos cuando son operados fuera de la necesaria oportunidad.

México, a 16 de julio de 1919.

Localización de proyectiles.

Dr. Ulises Valdés.

En esta época en que el Dios de la Guerra extendiendo su poder de los pueblos salvajes a las razas civilizadas, ha levantado el brazo de casi todos los hombres y las naciones, armado con toda clase de elementos de destrucción y de muerte; ahora que casi todas las inteligencias creadoras y las energías productoras, se ocupan en buscar los medios más perfectos, eficaces y refinados de destrucción; cuando los hombres tanto de Asia, como de Europa y América están matándose unos a otros, sin pensar que la muerte, la destrucción y el exterminio, sólo producen la desolación y el retroceso, y desvían y desvirtúan la misión del hombre sobre la tierra, transformándolo de un ser inteligente, civilizado y productor en un ente morboso, destructor y dañino; hoy que todas las energías, todos los inventos, todos los trabajos están orientados hacia la guerra, los médicos y las sociedades médicas dedican, también, gran parte de su tiempo, gran parte de su labor a este infernal arte; pero considerándolo por el único lado humanitario que puede tener: el de contrarrestar los daños causados en unos hombres por los otros; en curar las heridas que mutuamente se producen; en amortiguar los estragos que las epidemias causan en los ejércitos; en llevar el alivio y el consuelo a los enfermos; en una palabra, trabajan en dirección opuesta a los demás, y su trabajo, maldecido por el Dios de la Guerra, lo bendecirá el Dios de la Paz, el verdadero Dios.

Siguiendo esta corriente, ocuparé la atención de ustedes esta noche, con una reminiscencia, mi trabajo leído ante esta docta Academia en diciembre de 1908, titulado: *Compás para la localización de proyectiles*, y con la relación de algunos casos nuevos de aplicación de este procedimiento, que ideado por mí en el año antes dicho, está aplicándose hoy en la guerra europea como el más eficaz y más sencillo de todos los otros conocidos. (1).

---

(1)—*Annals of Surgery.*—Agosto de 1916.—P 151.