

su distinción resulta escabrosa; pero en todos ellos es el dato de la percusión el que inicia en buen sentido el diagnóstico último.

Para concluir, resumiré en breves frases lo sobresaliente de este escrito. El área mate que la percusión recoge en el hipocondrio derecho, sólo dice que hay abajo un cuerpo sólido, da un dato físico, no anatomo-patológico, su traducción es ya una inferencia; la técnica basada en números, para medirla incierta, y a lo insegura, olvidadiza; el procedimiento que aprovecha referencias anatómicas, que a su vez hay que buscarlas en un examen separado, resulta complicado y por añadidura no parte de puntos fijos; hay que idear y adoptar en consecuencia otro camino para el objeto, más sencillito, corto y elemental, más práctico, como el que propongo; no olvidar que el área de macidez llamada hepática no es igual a hígado, la equivalencia necesita prueba; por último, la clínica del hipocondrio derecho y sus aledaños es de las más difíciles y abstrusas, la percusión que retrata en superficie el sitio y acomodo, los límites y contorno, la forma y tamaño de algo material insólito, es un punto de partida, una buena directriz, un apoyo firme que contribuye a sostener el diagnóstico íntegro.

Síndromes de Cólico Vesicular y Anaclohidria *

Por el Dr. JOSE TOMAS ROJAS

El antiguo cólico hepático por muchos años fué considerado como expresión única de la litiasis biliar; cuando el síndrome doloroso sub-hepático se manifestaba claramente no se dudaba de que era producido por la migración de un cálculo a través de los canales biliares; la existencia del cólico afirmaba categóricamente la presencia de los coleditos; además, casi no se conocían otras manifestaciones de la litiasis biliar, por lo que se admitía la existencia de muchas litiasis absolutamente latentes, sin manifestación alguna durante la vida del enfermo y que constituían verdaderos hallazgos de autopsia; casi no se conocían las colecistitis no litiásicas. Poco a poco, los avances de la Medicina vinieron a demostrar que la litiasis frecuentemente se exteriorizaba por síntomas vesiculares que no eran el cólico hepático y

* Leído en la sesión del 23 de febrero de 1933.

por una enorme y rica sintomatología que aparentemente no pertenecía a la vesícula, sino que se hacía ostensible por cuadros al parecer gástricos, duodenales, cólicos o de naturaleza general; de tal manera que hoy podemos reconocer litiasis con manifestaciones muy variadas y disímolas, que a primera vista no hacen pensar en el sufrimiento del órgano biliar. No insisto acerca de este punto porque de sobra son conocidas la urticaria, las jaquecas, la disnea asmatiforme, los síndromes gastro-duodenales, cólicos, etc., de etiología vesicular. Al mismo tiempo se vino en cuenta, por las operaciones hechas en sujetos que padecían de cólicos hepáticos y en los cuales se encontraba vacía la vesícula, que dicho síndrome podía aparecer en vesículas no habitadas, en colecistitis no litiasicas, las que han tomado en nuestro tiempo una importancia tan grande, que actualmente se las considera como más frecuentes que las primeramente conocidas, es decir, que las litiasicas, y se piensa que al lado de las úlceras duodenales, apendicitis, colitis, etc., forman entre los padecimientos más frecuentes del aparato digestivo. No solamente se describió el cólico hepático en las colecistitis sin coleditos, sino que se señalaron en las pericolecistitis, en las perivisceritis sub-hepáticas y, según ciertos autores, aun en las hepatitis y cirrosis.

Hace algunos años, más de 10 seguramente, pude observar algunos enfermos que me eran remitidos con el diagnóstico de cólicos vesiculares por litiasis biliar, pero en los cuales fueron normales los resultados de la colecistografía y de la prueba de Meltzer Lyon. La exploración sistemática de dichos enfermos me dió a conocer que con frecuencia existía, en ellos, anaclorhidria, por lo que, sin pretender curar el síndrome doloroso, pero teniendo en cuenta las indicaciones formales de su quimismo, les prescribí la dieta respectiva y la opoterapia gástrica. Con sorpresa de mi parte, pude observar que con los medios anteriormente descritos y sin ninguna otra terapéutica, desaparecían las crisis dolorosas que habían sido diagnosticadas como cólicos vesiculares. Llamada mi atención en ese sentido logré reunir una serie de varias decenas de enfermos con manifestaciones dolorosas en todo semejantes al cólico hepático o vesicular, con anaclorhidria y con resultados negativos al Meltzer Lyon y a la colecistografía; y en los cuales los síndromes dolorosos cedían rápidamente a la opoterapia gástrica; en todos los casos se trataba de enfermos, con frecuencia mujeres, que no sufrían aparentemente del estómago o que tenían muy

discretas molestias gástricas, y que, de cuando en cuando, padecían de dolores intensos en el hipocondrio derecho o en el epigastrio, de principio y terminación más o menos bruscos y con irradiaciones al hombro y a la espalda correspondiente; en ocasiones había sub-ictericia, ligero crecimiento doloroso del hígado o vómitos biliosos.

Dados los seguros, rápidos y magníficos resultados que siempre he obtenido en dichos enfermos, en las condiciones antes expresadas, me sentí autorizado para describir, en la primera edición de mi Manual de Patología Digestiva, la forma de cólico vesicular de la anaclorhidria, al lado de las variedades anemiantes, gástricas, intestinales, etc., ya conocidas.

Me ha parecido útil recordar todo lo anterior a propósito del caso de un profesor rural, el Sr. F. M., de 42 años de edad, sin antecedentes hereditarios o personales de importancia, y el cual, durante un período de ocho meses tuvo 10 ó 12 síndromes intensamente dolorosos, sub-hepáticos, con las irradiaciones clásicas, acompañadas de vómitos biliosos y de temperatura alrededor de 38 a 39 grados; la duración de tales estados dolorosos ha sido de 6 horas a un día, y han principiado y terminado de manera relativamente rápida. En cuatro ocasiones los cólicos fueron seguidos de ictericia franca, acompañados de decoloración parcial de las materias fecales y de hiperpigmentación urinaria; los fenómenos icteréicos no han sido muy prolongados, siempre de menos de una semana de duración. La historia anterior de cuadros fuertemente dolorosos (en dos de ellos hubo necesidad de inyectar sedol), con irradiaciones al hombro y espalda derechos, acompañados de vómitos biliosos y de temperatura, y seguidos de ictericia franca, me llevó al diagnóstico de cólicos vesiculares por litiasis vesicular infectada. Sin embargo, los resultados de la colecistografía y del Meltzer Lyon fueron normales y, en cambio, la sonda gástrica demostró la existencia de anaclorhidria absoluta. A pesar de lo cual le dije al enfermo que no retiraba mi diagnóstico de litiasis y que debía operarse; mas como las condiciones y labores del enfermo le impedían proceder desde luego al acto quirúrgico, le prescribí la dieta de las dispepsias hipo-ácidas, el jugo gástrico de puerco bajo la forma de dispeptina Hepp, y tres copitas al día de Solución Lannoise, antigua de Schow. Hace mas dos semanas que el enfermo volvió a mi consulta, después de seis meses de seguir el tratamiento que se le ordenó, y sin haber vuelto a presentar ninguna manifestación dolo-

rosa, febril o icterica, al grado de que el paciente se cree completamente curado.

Para las consideraciones a que se preste el presente caso debe advertirse que durante los meses en que sufrió del síndrome doloroso "cólico vesicular" le fué impuesta por su médico de Oaxaca la dieta respectiva, retirándole huevos, grasas, etc., se le aplicaron inyecciones de eilotropina y se le administró peptocho! y algunas otras especialidades semejantes a base de sulfato de magnesia y peptonas, además de otros productos de opoterapia biliar. Todo ello sin el menor éxito favorable, pues en los dos últimos meses los cólicos habían sido más frecuentes.

Ahora bien, teniendo en cuenta lo que para mí es un hecho cierto y evidente de que el síndrome doloroso vesicular es producido por afecciones vesiculares, calculosas o no, por padecimientos peritoneales sub-hepáticos, por enfermedades del hígado y por la anaclorhidria, me pregunto si esta última, en el caso del Profesor F. S., pudo originar el síndrome vesicular doloroso, febril e icterígeno, ya que fué nula la acción de la terapéutica vesicular y brillante el resultado de la opoterapia gástrica. El problema lo planteo, pero no lo puedo resolver, porque la colecistografía negativa no me autoriza a desechar la presencia de cálculos, y actualmente el enfermo se niega por completo a una laparotomía exploradora; tal vez el porvenir nos lo resuelva. No me atrevo a etiquetar el presente caso como de etiología gástrica por la fiebre y la ictericia, pues siempre había encontrado que la anaclorhidria producía el dolor y cuando mucho sub-ictericia, pero nunca había anotado elevación térmica e ictericia franca. De todas maneras, aun suponiendo la existencia de colelitos en nuestro enfermo, se debe admitir, por lo menos, que la anaclorhidria desempeñaba un papel de importancia en el desencadenamiento del cuadro patológico de nuestro enfermo, ya que su atención médica, con la opoterapia específica, coincidió con la desaparición de los cólicos vesiculares.

●