Actualidades

OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA EN LOS ICTÉRICOS

(Parte quirúrgica)

Dr. CARLOS VELASCO SUAREZ

La oportunidad de la intervención quirúrgica en las ictericias ha sido motivo de apasionados debates en el transcurso de estos últimos 25 años.

La circunstancia de habernos dedicado al estudio de los pacientes hepatobiliares desde el año 1924 hasta la fecha, nos permitirá hacer un estudio retrospectivo de nuestra conducta durante todo este tiempo y fijar nuestra posición actual a este respecto.

Considero que ha de interesar a todos y particularmente a los médicos jóvenes de hoy, conocer cuál ha sido nuestra posición hace 25 años y cómo ha sido mantenida o modificada a medida que pasaba el tiempo y nuevos adelantos se agregaban al caudal de conocimientos y recursos para llegar al diagnóstico y tratamiento de las afecciones hepatobiliares.

Siempre nos impresionó, en nuestra vida de interno del hospital Rivadavia, el estudio y la observación de los graves cuadros que presentaban en el post-operatorio inmediato algunas operadas por afecciones biliares, principalmente en ictericias y que se catalogaban como *insuficiencias hepáticas graves*. Las formas de la gran insuficiencia hepática, ya sea hemorrágica o nerviosa, eran de tal naturaleza, que una vez manifestados sus primeros síntomas, la evolución fatal es irremisible. Siempre recordaré el cuadro que presentaban estos pacientes, cuando al cuarto o quinto día del post-operatorio se iniciaban los primeros signos de la fragilidad vascular. Las hemorragias se acentuaban y generalizaban a todo el organismo en forma tan intensa que nada podía hacerse para remediarlas.

En la sala 5 acostumbramos llamar a estos cuadros por lo graves e irreversibles, «el drama hepático». Y así eran, verdaderos dramas sin solución.

Se explica entonces el temor que teníamos, clínicos y cirujanos, a la intervención quirúrgica en los síndromes ictericos. El temor estaba más justificado aún por las dificultades del diagnóstico, ya que una intervención demasiado precoz corría el riesgo de recaer en pacientes con vías biliares libres y con graves lesiones hepatocelulares. Las cifras de mortalidad en aquél entonces eran muy elevadas.

Esta era la situación en el año 1924, cuando nos encargamos del estudio de los pacientes hepatobiliares por medio del sondeo duodenal.

La posibilidad de hacer eliminar pequeños cálculos fué entrevista por MELTZER, y LYON aplicó el drenaje médico con la finalidad de romper los círculos viciosos.

A fines de 1924 tuvimos un primer éxito que nos impresionó vivamente. Una enferma, muy obesa, que padecía un síndrome de obstrucción coledociana por litiasis, ingresa en la sala XV, presentando un grave cuadro obstructivo con infección de vías biliares y un síndrome purpúrico generalizado. Operarla significaba correr los graves riesgos de la gran insuficiencia hemorrágica, ya presente en su síndrome purpúrico. Dejarla, era también resignarse a la evolución inevitable de la gran insuficiencia hepática, ya presente. Con gran escepticismo iniciamos el drenaje médico. Los primeros sondeos negativos, parecían confir-

mar el pesimismo, pero a los pocos días comienza la sonda a recoger bilis que aumenta paulatinamente. Concomitantemente con la reanudación del flujo colédoco-duodenal, comienza a desaparecer el síndrome purpúrico y a atenuarse la ictericia, obteniéndose cada vez mayor cantidad de bilis, que presentaba todos los elementos que permitían asegurar la existencia de una litiasis biliar con grave infección canalicular. Esta enferma se aclaró totalmente y fué operada por el doctor BENGOLEA, quien extrajo del colédoco un enorme cálculo. Se efectuó una colecistectomía y coledocostomía con tubo de KEHR. El post-operatorio fué magnífico, curando la enferma sin ninguna secuela, habiendo seguido el post-operatorio de esta observación hasta el año 1928, en que la vi por última vez (24 años).

Este éxito, fué seguido de muchos más, y es así que el 29 de septiembre de 1928, presentábamos con el doctor BENGOLEA una comunicación a la Sociedad de Gastroenterología sobre «La intervención quirúrgica en la litiasis biliar complicada de ictericia». En este trabajo analizábamos detalladamente el resultado del drenaje médico en 35 enfermas que presentaban síndromes ictericos.

Estas observaciones y los resultados favorables obtenidos con ellas cambiaron el sombrío panorama que ofrecían a médicos y cirujanos los síndromes ictericos. Se demostró que era posible *blanquear* a los ictericos en una alta proporción y que la intervención quirúrgica se podía diferir para un momento más propicio con todas las ventajas que ello reportaba.

El drenaje médico no sólo importaba un recurso para el diagnóstico sino que resultó un medio terapéutico de extraordinario valor. Han sido numerosas las presentaciones que hicimos con el doctor BENGOLEA con referencia a estos temas, y año tras año, nuestras estadísticas nos revelaban un progresivo mejoramiento en los resultados y en el mejoramiento del post-operatorio inmediato.

En octubre de 1932, presentamos con el doctor BENGOLEA, un largo y completo estudio sobre complicaciones inmediatas y alejadas de la cirugía biliar (Congreso Argentino de Cirugía). Esta contribución al tema oficial se basaba en 351 observaciones quirúrgicas.

Debemos reconocer, que todavía en tal época nuestras estadísticas revelaban la presencia de observaciones de muerte post-operatoria por insuficiencia hepática de forma nerviosa y hemorrágica, hepatonefritis, muertes hepáticas y caquexias acólicas.

Con todo, el mejoramiento experimentado con los resultados fué extraordinario, comparándolos con los de una época muy reciente, anterior al drenaje médico de Lyon. Los porcentajes de mortalidad post-operatoria inmediata, en nuestras manos cayeron verticalmente.

Los años transcurridos, a partir de 1932, vieron aparecer extraordinarios recursos que nos han permitido modificar, aun más favorablemente, estos resultados. Basta enumerarlos para reconocer su importancia: 1.º La anestesia raquídea con percaina y el mejoramiento progresivo de los recursos anestésicos con la aparición de la especialización con técnicos eficaces y muy bien preparados.

2.º El mejor conocimiento de las alteraciones del medio interno y la manera de evitarlas y combatirlas.

3.º El tratamiento del «shock».

4.º La transfusión de sangre y plasma.

5.º Los antibióticos.

6.º La vitamina K.

Juntamente con todos estos progresos, el estudio del medio interno, de las alteraciones del equilibrio proteico, variaciones de la bilirrubinemia, colesterol, fosfolípidos, el tiempo de protrombina, las reacciones de floculación, aña-

dido al estudio completo, con una exploración eficiente del flujo biliar, nos permiten en la actualidad una seguridad muy superior a la de aquellas épocas en el diagnóstico y en el pronóstico.

Los resultados de estos adelantos se encuentran a la vista. El diagnóstico es más precoz y más exacto. Las intervenciones se pueden efectuar en el mejor momento y con el máximo de seguridad.

Considero que serán muy instructivas, las breves referencias que haré a continuación sobre algunos casos de intervenciones quirúrgicas en plena ictericas. He seleccionado observaciones correspondientes a distintas épocas, algunas de hace 25 años, otras recientes de este año 1949.

OBSERVACIÓN 1.^a Ficha 555, sala XV, Hospital Rivadavia. Edad, 37 años. Hace un año, ictericia febril que dura veinte días. Unico antecedente, veinte días antes de ingresar (agosto 13 de 1925): escalofríos, vómitos, malestar general, fiebre 39° a 40°. Coluria, ictericia progresiva y prurito. Epistaxis, gingivorragias.

Ingresa con ictericia amarilloverdosa, ascitis moderada, hepatomegalia, bazo palpable.

Evolución: Fiebre, ictericia progresiva. Sondeos duodenales positivos, pero escasa bilis.

Operación (septiembre 8 de 1925): A los cuarenta días de ictericia. Doctores R. FINOCHIETTO - VELASCO SUÁREZ. Anestesia local, éter. Incisión paramediana derecha. Ascitis, cianosis hepatoesplénica. Se evacua la ascitis. Colostomía vesicular con sonda de PEZZER. Cierre en un plano con hilos metálicos.

Post-operatorio: Grave desde el primer día. Estupor, adinamia. Coma. Fallece el 19 de septiembre, a las 18.

Necropsia: Coágulos sanguíneos en la zona operatoria. Sin líquido en cavidad peritoneal. Hígado pequeño, duro, cirrótico. Bazo grande, duro. Nefritis parenquimatosa. Páncreas totalmente esclerosado, transformado en una masa esclerolipomatosa. Vías biliares totalmente estenosadas en la zona pancreática.

* * *

OBSERVACIÓN 2.^a Ficha 1359, sala XV. Edad, 62 años. Ingresa el 20 de febrero de 1927.

Desde hacía un año trastornos dispépticos y dolores en hipocondrio derecho. Desde un mes antes de ingresar ictericia progresiva. Es estudiada en una sala de Clínica Médica. Sondeos duodenales negativos. Al parecer, obstrucción total de vías biliares. Se decide la exploración quirúrgica el 10 de marzo de 1927, a los cuarenta y ocho días de ictericia.

Operación (marzo 10, de 1927): Doctores BENGOLEA - VELASCO SUÁREZ. Anestesia local. Incisión transrectal. Vesícula, hepático y colédoco muy distendidos, bilis blanca. Tumoración de consistencia muy dura en cabeza del páncreas. Colecistostomía con sonda de PEZZER.

Post-operatorio: Coma hepático sobreagudo. La enferma fallece con dicho cuadro a las pocas horas de la intervención.

Necropsia: Hígado cirrótico. Gran dilatación de vías biliares. Tumoración pancreática de tipo fibroescleroso que comprime, obstruyendo totalmente al colédoco terminal.

Estudio histológico: Pancreatitis crónica hiperplásica. Estenosis fibrosa del colédoco.

Estas dos observaciones muy similares, estudiadas en la época heroica di-

ríamos de esta cirugía, prueban muy bien los riesgos que corrían los pacientes ictéricos, aún con la más benigna de las intervenciones: la simple colostomía efectuada con anestesia local.

Entre los años 1924 y 1935, perfeccionamos la aplicación del drenaje médico de las vías biliares como tratamiento previo para preparar a los síndromes de obstrucción coledociana. La mejora que obtuvimos en los resultados operatorios fué muy grande, pero ello no obstante, todavía se presentaban casos de grave insuficiencia hepática. En un trabajo que presentamos con el doctor BENGOLEA al V Congreso Nacional de Medicina, realizado en Rosario en 1925, comentamos los resultados operatorios obtenidos en 128 síndromes ictéricos determinados por distintas causas (69 litiasis de colédoco, 18 cánceres de vías biliares, 41 varias). Pues bien, en estos grupos se observaron 19 casos de muerte en el post-operatorio inmediato, con signos de gran insuficiencia hepática.

En este trabajo analizábamos el factor anestesia y logramos establecer con él que la acción del agente utilizado era de fundamental importancia. En efecto, la anestesia general con éter, que era la utilizada hasta entonces con preferencia, determinaba una liquidación casi total de la reserva glucogénica hepática. En cambio, la anestesia raquídea con percaína era la mejor tolerada.

Desde esa fecha se utilizó en la sala XV, podríamos decir sistemáticamente, la anestesia raquídea con percaína. A este progreso técnico se agregan casi sucesivamente los otros ya mencionados: el tratamiento de las alteraciones del medio interno, el «shock», la utilización «larga mano», de las transfusiones de sangre y plasma; la aparición de la vitamina K, los antibióticos.

En los diez años transcurridos entre 1935 y 1944, nos permitieron no sólo utilizar nuevos y poderosos recursos sino que, además de ello, aprendimos a conocer mejor el metabolismo intermedio en los pacientes hepáticos y el fundamental papel que desempeña en la evolución de estos cuadros la aplicación de un régimen nutritivo bien establecido, supliendo y reparando las «carencias» tan frecuentes en estos enfermos.

En esta rápida revisión de conceptos y resultados no puedo dejar de leer con más detención lo que expresé en el XVI Congreso Argentino de Cirugía, en el relato que tuve el honor de presentar y en donde resumía nuestra experiencia de 20 años en cirugía biliar.

Decía entonces:

«La frecuencia con que los síndromes ictéricos llegan a la intervención quirúrgica nos la dan las cifras de nuestra estadística. Sobre 610 casos, fueron sometidos a operaciones 467, es decir, el 70 por ciento. En relación con el grupo de los anictéricos, la proporción es aproximadamente del 50 por ciento, y sobre el total de operados la proporción es algo superior al 30 por ciento.

«Al considerar el tratamiento preoperatorio de los síndromes coledocianos hemos dado algunas cifras acerca de los resultados de la acción del drenaje médico de las vías biliares en su evolución. Dijimos que en las obstrucciones neoplásicas, dicha acción era nula, de manera que esos pacientes debían ser llevados a la mesa de operaciones en plena ictericia; en cambio, en las litiasis coledocianas y en las ictericias de las colecistitis alitiásicas y litiásicas, se obtenía la aclaración total en una elevada proporción de casos. La cantidad de síndromes coledocianos intervenidos en plena ictericia ha disminuído en forma vertical, desde que iniciamos en nuestra sala el tratamiento con el drenaje médico.

»Sobre el total de 467 enfermos, 64 fueron operados en plena ictericia. En las restantes observaciones, o se obtuvo la aclaración total o se llegó a una aclaración parcial.

»Las obstrucciones completas fueron determinadas en 35 pacientes por la compresión neoplásica; en 14 por estenosis de origen quirúrgico; en 2, por

cirrosis y pancreatitis estenosantes; en 3 por litiasis coledocianas y panlitiasis y en otras 2 por estenosis de origen ganglionar y congénitas. En las 11 restantes, la intervención fué realizada por complicaciones agudas, angiocolitis supuradas, quistes hidatídicos abiertos en las vías biliares., etc.

»En las colédocolitiasis las cifras de la aclaración total representan el 88 por ciento del total de observaciones; la aclaración parcial, el 10 por ciento.

»En las otras formas de síndromes ictericos concomitantes con colecistitis calculosas y alitiásicas, la aclaración completa se obtuvo en la totalidad de los enfermos tratados.

»Hacemos esta salvedad, para dejar perfectamente establecido que la proporción de enfermos operados en pleno síndrome icterico es cada vez más reducida, quedando relegada casi exclusivamente a ciertas obstrucciones irreductibles, de origen neoplásico o quirúrgico y a las complicaciones de evolución aguda».

Estos resultados, logrados por la acción del drenaje médico de las vías biliares, constituyen una de las más grandes conquistas conseguidas en el tratamiento de las afecciones hepatobiliares.

La disminución de la mortalidad en las operaciones por colédocolitiasis descendió notablemente en nuestras estadísticas a medida que los enfermos eran llevados en mejores condiciones a la intervención. En estos últimos cinco años los resultados son aún mejorados después de la aparición de la vitamina K y de la utilización en mayor escala de las transfusiones de sangre y de los métodos modernos de anestesia. Es así que las cifras de mortalidad que hace veinte años oscilaban en nuestra sala alrededor del 25 por ciento, fueron descendiendo después de la aplicación del drenaje médico a 18 y menos del 15 por ciento.

«En la actualidad la mortalidad no llega al 5 por ciento. En los síndromes de obstrucción determinados por otras causas, la mortalidad se mantiene elevada; en cambio, en las estenosis de origen quirúrgico, a pesar de intervenir en plena ictericia, la mortalidad ha descendido en forma pareja como en la colédocolitiasis. Otro tanto podemos decir de las hidatidosis abiertas en las vías biliares y de las ictericias que complican a las colecistitis calculosas crónicas y a las pancreatitis crónicas esclerosas.

»Como puede deducirse de las cifras que acabamos de mencionar, las intervenciones quirúrgicas en los síndromes coledocianos han perdido en la actualidad esa gravedad que hacía ascender la mortalidad a cifras superiores al 40 por ciento de los casos. Esas épocas han pasado en forma definitiva, pero no vaya a creerse que se puede prescindir de la aclaración de los síndromes coledocianos y que podremos volver otra vez a la conducta preconizada por algunos cirujanos, de la «intervención precoz» en todos los síndromes ictericos, como la mejor manera de prevenir las complicaciones dependientes de la insuficiencia hepática. Un optimismo exagerado en las propiedades de la vitamina K podría hacer creer a muchos que ahora es posible intervenir a estos enfermos en plena ictericia, y que en esa forma podría ganarse tiempo y ahorrarse a los enfermos tratamientos largos y molestos. No compartimos esa manera de pensar, que ya ha sido insinuada, y al contrario, consideramos que es un deber prevenir a aquellos que, sin mayor experiencia en cirugía hepatobiliar, quieran nuevamente hacer «tabla rasa» y tratar a todos los ictericos en la misma forma.

»Creemos sinceramente que la conducta aconsejada por nosotros y descrita detalladamente en los capítulos dedicados al preoperatorio, es la que más cuadra en estos casos». *La acción terapéutica precoz con el drenaje médico y todos los elementos de valor en la actualidad, y la vigilante expectación del*

cirujano, pronto a actuar, pero eligiendo cuidadosamente el momento en que su intervención será más beneficiosa para el porvenir de su enfermo.

»Dos extremos debe evitar el cirujano que tenga a su cuidado enfermos de esta clase: *Ni demasiado temprano, ni demasiado tarde.*

»*Demasiado temprano, corre el riesgo de operar infinidad de síndromes ictericos, que son de exclusiva pertenencia del internista y del tratamiento médico.* »Hay pocas situaciones tan humillantes para el clínico y el cirujano como la comprobación operatoria de una vía biliar completamente permeable, y un fallecimiento subsiguiente en coma hepático», dice LÓPEZ GARCÍA, en la introducción de su libro «El síndrome coledociano». Tales situaciones se evitan procediendo con cautela y operando a los enfermos que realmente necesitan de la cirugía.

»*Demasiado tarde*, implica dos riesgos, el de la infección y el de la insuficiencia hepática. Figuran en nuestra estadística 6 casos de colédocolitiasis llegadas a nuestros manos en estas condiciones, transformados sus hígados en verdaderas esponjas purulentas, tal era la extensión de la hepatitis supurada.

»En tales casos, no hay poder humano capaz de llevarlos a la curación y son ellos los que mantienen todavía los porcentajes de mortalidad global. Se trata generalmente de pacientes que han sido abandonados a la evolución natural de su enfermedad, a quienes durante largos períodos se les ha privado de los más esenciales alimentos, observando un régimen de carencias sobre el cual no nos cansaremos nunca de insistir. Tales regímenes son los que facilitan la aparición de la angiocolitis y de la hepatitis, vencida toda resistencia orgánica, especialmente de la glándula hepática. Es a este respecto ilustrativa una colangiografía obtenida por nosotros en una de estas enfermas: la destrucción de los conductos biliares intrahepáticos por la supuración daba lugar a que el Abrodil se derramase fuera de los mismos e infiltrara el parénquima.

»Es quizá una de las causas del éxito de la acción del drenaje médico y de la alimentación duodenal, tal como la hemos practicado desde 1924, la introducción de grandes cantidades de estos esenciales elementos: agua, glucosa, proteínas, grasas y fosfolípidos en forma de *agua, leche, miel y yemas de huevo.* Subrayamos estos últimos elementos porque mucho antes de que se conocieran los trabajos de MORAWITZ y de BEST acerca de la acción de las lecitinas, acostumbramos dar a nuestros ictericos dichos alimentos, tanto en el régimen habitual como mediante la alimentación duodenoyeyunal. «Ello nos ha costado el tener que vencer la arraigada creencia, no sólo en los profanos sino en muchos médicos, de que *la leche, los huevos y las grasas son venenos hepáticos.*»

Hasta aquí lo que expresábamos en el año 1944 en el XVI Congreso Argentino de Cirugía. La Medicina ha continuado en estos cinco años con el mismo ritmo progresista. Hoy disponemos en gran escala de dos nuevos y poderosos antibióticos: *la penicilina y la estreptomycinina*, cuya poderosa acción es bien conocida y no es posible negar que han obligado a la revisión de muchos conceptos de nuestra medicina actual. En poco tiempo la utilización de estos nuevos medicamentos nos ha permitido actuar con una seguridad que antes no teníamos.

Es así que en nuestra presentación al VII Congreso Nacional de Medicina, como relator oficial del tema «Resultados alejados de la colecistectomía por litiasis biliar», podíamos comentar nuestra estadística hasta esa fecha, basándonos, en lo que respecta a los síndromes ictericos, en 572 observaciones quirúrgicas.

Resumiendo los resultados, daré solamente las cifras de la mortalidad operatoria en la colédocolitiasis, que descendió en el período 1942-1946 del 8,33 al 3,90 por ciento.

En síntesis, han transcurrido tres años más, habiendo acumulado desde en-

tonces mayor experiencia. No puedo, desgraciadamente, traerles cifras estadísticas depuradas, pero sí puedo afirmar que la mortalidad ha descendido aún más y que las perspectivas son cada vez más prometedoras en esta cirugía. Hoy podemos realizar largas y cruentas intervenciones con un margen de seguridad muy superior al de hace pocos años, habiendo verificado esto en los casos de plásticas por lesiones quirúrgicas de las vías biliares, que son justamente las que debemos intervenir a veces, en plena ictericia o profundamente infectados y con su célula hepática ya afectada.

Como una prueba documental de lo que es capaz la cirugía voy a referirme muy brevemente a tres observaciones recientes, en las que fué necesaria la intervención quirúrgica en plena ictericia.

La primera, corresponde a un paciente de más de 70 años de edad, a quien tuve oportunidad de estudiar a petición del doctor A. J. BENGOLEA. Se trataba de un viejo litiasico, colecistectomizado, diabético y con cataratas seniles. Inicia un cuadro de obstrucción coledociana con ictericia que se acentúa y que sufre remisiones. Le efectué el examen por medio del sondeo duodenal que ilustró acerca de un flujo anormal con curva típica de obstrucción de la porción terminal y examen del sedimento con signos de angiocoledocitis litiasica. Este paciente complica su cuadro obstructivo con graves signos de infección biliar. El doctor BENGOLEA resuelve la intervención quirúrgica que se realiza en esas condiciones, extrayendo un gran cálculo coledociano. Efectúa una coledocostomía con tubo de KEHR. Evolución post-operatoria excelente.

El segundo caso, es también un hombre de 68 años, con una antigua historia de litiasis biliar. Hacía más de veintidós días se inició un síndrome icterico con grave cuadro infeccioso, tipo intermitente. La ictericia se agrava en la semana anterior a su ingreso y la fiebre se hace continua, acompañándose de grave resentimiento general. Por supuesto que era tratado con todo el arsenal terapéutico actual, inclusive penicilina y estreptomycin. Se lo interna con indicación quirúrgica de urgencia, pensándose en una perforación vesicular o coledociana. El enfermo se encontraba gravísimo, con signos de volemia elevada y grave repercusión. Solicito al doctor LÓPEZ GARCÍA un estudio funcional que realizó el día 7 de julio de este año.

El resultado no pudo ser más pesimista, pues indicaba una grave alteración hepatorenal y síndrome obstructivo acentuado. Diuresis 250, somnolencia, hipotensión. Se decide preparar lo más rápidamente al paciente con transfusiones de sangre y plasma para modificar algo la hipoproteinemia que presentaba, además de intensificar la medicación de rigor. La fiebre desciende, la diuresis mejora algo y se decide la operación, que se realiza el 8 de julio. Anestesia con gases. Se encuentra una vesícula con su mucosa gangrenada y perforada hacia el lecho hepático. Colédoco con cálculos y barro biliar verdoso, espeso y un magma purulento. Ectomía y coledocostomía con tubo KEHR. Hígado francamente cirrótico, duro, granuloso y retraído. El post-operatorio fué de franca mejoría en los primeros días, pero era evidente el cuadro de insuficiencia hepatorenal. La herida operatoria no cicatrizó y se desarrolló una ascitis que complicó el cuadro abdominal. Al mismo tiempo pequeñas hemorragias esofágicas hacían pensar en varices de este sector. Azoemia entre 2 y 2,40 g.

A los veinticinco días es necesario corregir con anestesia local la eventración resultante de la falta de coaptación de los bordes de la herida y a los 30 días hemorragia fulminante mortal con una azoemia de 3 g.

La tercera observación pertenece a la sala que dirige en el Hospital Rivadavia mi gran amigo el doctor CARLOS PINEDO. Ficha 10.298, de 29 años de edad. Diez años de antecedentes litiasicos. Ultimo ataque, diez días antes de su

ingreso ictericia, coluria, acolia. Ingresa el 11 de agosto de 1949, afebril. Mx., 11 $\frac{1}{2}$; Mn. 7 $\frac{1}{2}$.

La ictericia se acentúa progresivamente. Sondeos duodenales negativos (cinco veces).

El estudio funcional efectuado por el Dr. LÓPEZ GARCÍA revela: Bilirrubina-éter soluble, + +; colesterol total, 5,5; fosfatasa, 27; HANGER, +; oro III, + +; timol, + + + +; prótidos totales, 80; serina, 37,5; globulina, 46; euglobulina, 13; urobilina, 0,5. protrombina, 53 por ciento; leucocitos, 20.800; granulocitos, 85 por ciento.

El 23 de agosto comienza cuadro febril que se acentúa, llegando el 26 a 40,8°. Ictericia acentuadísima. Mx., 8; Mn., 5. Dolor acentuado en zona vesicular y pancreáticoledociana. Decidimos con el doctor PINEDO la intervención de urgencia.

Operación (agosto 26 de 1949: Dr. VELAZCO SUÁREZ). Percaina 3 mg. raquídea en primer espacio. Anestesia local de peritoneo y anexos. Vesícula con graves lesiones tipo flemonoso. Cálculos, bilis espesa y pus. Colédoco dilatado y cálculos múltiples en toda su extensión. Coledocostomía con tubo de Kehr. Colectectomía.

Post-operatorio: Franca mejoría de todo el cuadro. Desaparece la ictericia y los fenómenos infecciosos. En el día de hoy se retiró el tubo de Kehr después de la colangiografía seriada que nos muestra la ausencia de cálculos residuales y el buen funcionamiento del flujo colédocoduodenal.

No hay duda que estos tres graves cuadros pudieron operarse por los recursos con que podemos actuar hoy. La curación obtenida en el primer y en el tercer caso lo atestiguan. El segundo murió al mes de la operación y después de un largo cuadro de hepatonefritis en un cirrótico con ascitis, azoemia y grave infección. Es posible que este último, si se hubiera intervenido antes, hubiera tenido más probabilidades de curación.

En conclusión: Considero que la recapitulación que hemos realizado nos indica claramente la conducta a seguir a este respecto.