

de desenlace próximo, como temperatura muy elevada acompañada de convulsiones; ceguera, depresión cardiovascular y psíquica intensas, y todos los signos propios de la leptomeningitis y encefalitis generalizadas.

En cuanto a la manera de operar estos enfermos, en términos generales, opino que debe obrarse siempre con valentía, con energía, sin miedo y huyendo de toda mezquindad quirúrgica. La trepanación ha de ser amplia, utilizando todos los recursos convenientes, dejando la cavidad operatoria raspada por todos sus huecos, especialmente si la osteítis va acompañada de colesteatoma, tumor muy expuesto a las recidivas. La fresa y la pinza cortante hacen en estos casos un señalado servicio; su acción es mucho más suave que el escoplo, y por lo tanto hay mayores garantías de evitar la repercusión traumática sobre el sitio del absceso exponiéndole a vaciarse en algún ventrículo o difundiendo el pus por las meninges, accidentes gravísimos casi siempre mortales.

Para terminar, sólo resta una consideración a exponer: ¿se reproducirá la enfermedad encefálica en el caso que ha motivado la presente comunicación? Muy difícil de contestar es, esta pregunta, en un sentido absoluto. No desconozco la existencia de casos publicados por diferentes autores (e ignoramos, por otra parte, los fracasos que no se publican) respecto a la terminación fatal de sujetos operados, en un espacio de tiempo más o menos remoto, aun después de haber sido considerados fuera de todo peligro. Diversas estadísticas de abscesos cerebrales y cerebelosos operados (Körner, Ropke, Hammerschlag, Koch, Okada, etc.) citadas por Laurens, dan un promedio de 55 por ciento de muertes, en un total de 482 casos. Repito que nada se puede prever ni evitar respecto al particular. De todas maneras, el caso por mí operado háceme la impresión de que está curado, no quedando actualmente lesiones óseas ni de ninguna otra índole que puedan hacer pensar algún día en la posibilidad de una recidiva, no solamente del proceso auricular originario, sino también de toda complicación en el interior del cráneo.

\*  
\* \* \*

El doctor Alvaro Esquerdo tomó la palabra para felicitar calurosamente al doctor Suñé por la brillantez del éxito conseguido. Añadió que si este enfermo vive, ello es debido a la tenacidad y confianza que el disertante tuvo siempre para alcanzar un resultado favorable mediante la intervención quirúrgica, realizada, por otra parte, con perfecta técnica y seguida de minuciosa vigilancia postoperatoria.

El doctor Suñé contestó agradeciendo profundamente la felicitación del doctor Esquerdo, tanto más cuanto que venía de un profesor y cirujano de alto renombre.

---

Sesión científica del 24 de abril de 1915

## Colecistectomía por cálculos biliares, con presentación de piezas patológicas

(Comunicación presentada por el doctor A. Esquerdo en la sesión extraordinaria del día 24 de abril)

### SEÑORES:

Anuncié la presentación de estas piezas patológicas a la Academia, no para hablar de un caso clínico, sino para dar motivo de discusión, esperando que los señores Académicos, particularmente los que se dedican a medicina interna, nos digan algo sobre litiasis biliar y terapéutica de la misma.

El caso en sí, como hecho quirúrgico, no tiene gran importancia, porque hoy día estos hechos abundan mucho. Es más por lo que estos casos tienen de difícil para el diagnóstico y la indicación de la intervención quirúrgica.

Se trata de una mujer de sesenta y dos años, que nunca había tenido sufrimientos que pudieran llamar la atención sobre el estado de sus vías biliares. Cuando vino al Hospital, fué porque tenía un tumor en el hipocondrio derecho que ella misma apreciaba y que le dolía, espontáneamente y cuando lo tocaba. Hacía tres meses que sentía el dolor y que se había apercibido del tumor. De antes, sólo recordaba que hacía unos catorce años, de cuando en cuando sentía náuseas, para hacer pasar las cuales tomaba agua y alguna vez la vomitaba; pero nunca había vomitado la comida. No recuerda haber tenido nunca vómitos, ni dolores de estómago, ni ictericia. A pesar de que siempre había tenido

que ganarse la vida con trabajos pesados, de que andaba escasa de comida y tenía que comer mal, siempre había disfrutado de buena salud. De tres meses a esta parte, que es cuando sintió dolor y se apercibió del tumor, fué perdiendo el apetito, enflaqueciendo y adquiriendo un tinte anémico.

Al examinarla, encontramos un tumor como una naranja en el hipocondrio derecho, por debajo del borde costal; tumor duro, abollonado y doloroso. Este tumor estaba en relación directa con el borde anterior del hígado, pero se desviaba con facilidad hacia la región renal, hacia el ombligo y hacia el epigastrio. Por el sitio, tanto podía ser un quiste hidatídico del hígado, como un tumor del riñón, como un tumor del ángulo del colon, como un tumor del duodeno, como un tumor de la vejiga biliar, como un tumor del píloro. Por no encontrarlo fijo llenando el vacío y por la falta de datos urinarios eliminé el diagnóstico de tumor renal; por no haber habido melena ni obstrucción cólica eliminé el diagnóstico de tumor del colon; por no haber habido vómitos ni hematemesis eliminé el diagnóstico de tumor pilórico. Quedaba como más probable el diagnóstico de tumor de la vejiga biliar, fuese una colecistitis con cálculos o una neoplasia de aquélla.

Para aclarar el diagnóstico mandé hacer una inspección radiográfica, la cual resultó negativa.

Suponiendo que debía tratarse de un tumor de la vejiga biliar y que podía ser una colecistitis con cálculos, deseando la enferma la operación y viendo que no podía hacerse otra cosa, procedí a practicarla a últimos del mes pasado.

Practiqué la incisión que acostumbro en estos casos, partiendo desde el apéndice xifoides por el borde costal, hasta fuera del músculo recto derecho, dirigiendo por el borde externo de éste hasta el nivel del ombligo. Al incidir el peritoneo me encontré ya con la masa dura, adherida al ángulo del colon, al estómago y al hígado—los tres órganos y el tumor estaban confundidos con una masa plástica dura y abollonada.—Procuré separar el estómago y el colon, lo cual se hacía con mucha dificultad y con peligro de romper dichos órganos. Con mucho trabajo logré separar el ángulo del colon, dejando adheridas a él masas induradas con el aspecto de tejidos inflamados en forma de membranas lardáceas. Forzando el desprendimiento, apareció por debajo una superficie lisa de color grisáceo que me hizo pensar si sería la pared de un quiste hidatídico, pero pronto salí de dudas, pues con los esfuerzos de separación salió una gran cantidad de pus sanioso. Suerte que había aislado bien el campo con compresas de gasa poniendo a cubierto los intestinos y el estómago, y con esto pude evitar que cayese el pus dentro del peritoneo. Exploró la bolsa de donde salía el pus, comenzaron a salir cálculos, hasta el número de 17, algunos de regular tamaño, como puede verse aquí. Sacados los cálculos, quedaba una bolsa enormemente engrosada, anfractuosa y completamente adherida a los órganos vecinos. Con mucho tiento y paciencia logré desprender dicha bolsa de la cara superior del hígado, del píloro, del duodeno que amenazaba romperse al hacer el desprendimiento y del ángulo del colon. Extirpé la bolsa por completo y busqué el conducto colédoco para colocar un tubo de desagüe, el cual fijé a la abertura de dicho conducto con un punto de catgut. Una vez fijado el tubo lo rodeé de mechas de gasa y saqué los extremos de las gasas y del tubo fuera de la herida. Suture la herida por arriba y por abajo, dejando en la parte media el espacio preciso para que saliesen el tubo y las gasas.

Durante la operación no se vió una gota de bilis, ni salió tampoco durante el primer día; pero al día siguiente comenzó a fluir bilis en abundancia por el tubo.

A los ocho días se retiraron las gasas y se acortó el tubo, dejando de fluir bilis. La enferma pudo comer y levantarse antes de los quince días, quedando después un pequeño trayecto en el cual tuvo que mantenerse un tubo que daba salida a una pequeña cantidad de pus.

A las tres semanas, sin saber por qué, salió un poco de excremento por este tubo. Sólo puede explicarse esto por la eliminación de alguna de las membranas lardáceas que tuvieron que dejarse adheridas al ángulo del colon para no producir una perforación durante el acto operatorio. Espero que así que pueda quitarse el tubo se cerrará espontáneamente esta fístula estercorácea.

No tenía nada de particular que yo dudase en el diagnóstico de esta enferma, teniendo en cuenta el examen radiográfico negativo y el hecho de que al mismo tiempo había en la visita dos enfermas con tumores de la misma región y con sintomatología muy distinta. La una con una neoplasia del píloro que podía conducirse hasta la región renal y hasta el ombligo: en éste la hematemesis y los vómitos no dejaban lugar a duda para diagnosticar una neoplasia, que no quise operar por la gran difusión que se encontraba y el estado caquético de la enferma. La autopsia que se practicó después, confirmó el diagnóstico y el concepto clínico. La otra, con un tumor de la misma región, sin vómitos ni hematemesis, traté de operarla creyendo que podría extirpar el píloro en el cual creía existía una neoplasia: al abrir el vientre y examinar el tumor, vi que era imposible extirparlo por la extensión, las fuertes adherencias con la cara cóncava del hígado y la difusión ganglionar; examinando el píloro vi que a pesar de estar dentro de una masa dura era permeable, y ni siquiera decidí practicar la gastroenterostomía. Esta enferma, a pesar de habersele practicado tan sólo una laparotomía exploradora, ha mejorado hasta el punto de que ella se cree curada; pues no tiene dolores ni vómitos y

toma suficiente alimento para haber recobrado fuerzas. No obstante, estoy convencido de que sucumbirá a corta fecha por la neoplasia.

Desde septiembre del año pasado he tenido que intervenir en cinco casos de litiasis biliar, con falta de datos biliares y con datos diagnósticos variables y de poca precisión. Por esta vaguedad he creído conveniente llevar el caso antes referido a la Academia, para insistir en lo difícil que es y ha de ser muchas veces el diagnóstico de los cálculos biliares. Además, estos hechos demuestran, como han demostrado las autopsias muchas veces, que los cálculos biliares pueden pasar inadvertidos; no ocasionando sufrimientos ni dando sintomatología. Esto demuestra que si bien los cálculos biliares pueden constituir enfermedad, no siempre la determinan.

Aunque se sostenga que siempre son debidos a infección de las vías biliares, hemos de admitir que muchas veces la infección debe ser tan remisa que no se da a conocer. Por este motivo, aun admitiendo la doctrina de la infección, no puede negarse que se necesitan condiciones especiales, sea por la manera como se verifica la digestión, sea por la manera como se verifican las metamorfosis en el hígado, para que la infección de las vías biliares determine la condensación de pigmentos o sales. Esto debe constituir la predisposición de la litiasis biliar que no se cura quitando los cálculos.

El primer caso que operé en septiembre pasado fué el de una mujer que ingresó en la sala de San Juan del Hospital de la Santa Cruz, sin antecedentes gástricos ni hepáticos, con un tumor del hipocondrio derecho que se extendía al vacío, tumor doloroso y abollonado, que por el sitio podía tomarse por un tumor renal. La exploración radiográfica fué negativa. Por el sitio que ocupaba, lo mismo podía corresponder al hígado, que a la vejiga biliar, que al riñón. Por la palpación combinada, a pesar de tratar de desviar el tumor, se notaba que el bulto se propagaba a la región renal; descendía poco hacia abajo y se desviaba hacia dentro hasta debajo del músculo recto. No perdía las relaciones de la cara inferior del hígado. Se recogió orina, en la que no se notó nada de anormal; se hizo practicar el examen y tampoco reveló nada. Se procedió a la inspección radiográfica, y el clisé sólo reveló una sombra difusa que correspondía a la totalidad del tumor.

En la duda, y suponiendo que lo mismo podía tratarse de un tumor renal, que de un quiste hidatídico, que de un tumor de la vejiga biliar, procedí a la operación; practicando una incisión vertical por fuera del músculo recto derecho. Al abrir el peritoneo me hallé con una vejiga biliar muy abultada y movable. Explorándola con los dedos encontré que tenía numerosos cálculos. Como era posible llevar la vejiga fuera de la herida, la incendié; saqué gran número de cálculos y volví a suturarla. La vejiga contenía gran cantidad de líquido mucoso amarillo, con poco engrosamiento de las paredes y la mucosa en apariencia sana. Esto me permitió practicar la colecistotomía ideal, sin dejar taponamiento ni desagüe.

Esta mujer curó a los quince días, sin accidente de ninguna clase. El examen posterior demostró que tenía ptosis visceral, con caída y dilatación de estómago y caída de riñones por debajo del borde costal. La movilidad de la vejiga biliar y del riñón derecho explicaban la confusión en la apreciación del sitio del tumor. Lo que no se explica es que tratándose de una mujer delgada, sin proceso plástico y con cálculos biliares como cerezas, la radiografía resultase negativa.

El segundo caso fué también el de una mujer ingresada en el Hospital, Sala de San Juan, n.º 3, pies. Esta mujer, como la anterior, era delgada, de constitución endeble, bastante agotada. Tenía una insuficiencia mitral con degeneración del músculo cardíaco, lo cual se revelaba por una arritmia e hipotensión vascular muy notables. A pesar de la lesión cardíaca, la enferma venía al hospital para que se le curase un tumor que tenía en el vacío derecho del abdomen. Este tumor se apreciaba fácilmente entre el borde costal y cresta iliaca, y se desviaba fácilmente hacia la región lumbar y hasta la cresta iliaca: era doloroso y muy movable. Tenía inapetencia, estaba demacrada, pero no había tenido vómitos ni ictericia.

Se practicó la investigación de la orina, no encontrando nada anómalo.

No obstante, como otras veces he encontrado cálculos en el riñón sin que se hubiese alterado la orina, creí que en este caso podía haber cálculos en el riñón. Se practicó la inspección radiográfica y tampoco reveló nada el clisé.

Teniendo que salir yo fuera de Barcelona por unos días, dije a uno de los ayudantes que practicara una incisión lumbar para explorar el riñón, lo cual se hizo mediante la anestesia local con anestésidermina. Dicha exploración resultó también negativa, pues se encontró el riñón sano y sin ninguna induración.

Cuando yo regresé y me dijeron que no se había encontrado nada en el riñón, volví a explorar a la enferma comprobando la existencia del tumor en el vacío derecho. Entonces adquirí la convicción de que el tumor debía ser de la vejiga biliar y que debía haber cálculos.

Procedí a la operación por delante, practicando anestesia local con anestésidermina. Una incisión vertical por fuera del músculo recto permitió poner al descubierto el tumor y apreciar la existencia de numerosos cálculos en la vejiga biliar. Incindida la vejiga, salió gran cantidad de mocopús y

muchos cálculos, algunos como avellanas y uno como una nuez. Suturé la vejiga y dejé colocado un tubo de desagüe, que hice salir fuera de la cavidad abdominal un poco distante de la herida. Esta enferma curó rápidamente de la operación, pero no de la lesión cardíaca, de la que murió dos meses después.

Envolví los cálculos con una compresa y practiqué una exploración radioscópica, con la cual pudieron verse y precisarse bien los cálculos.

El tercer caso es el de un hombre de unos 56 años de edad, al cual conocía yo desde muchos años por haber tenido que intervenir en otros individuos de su familia, pero que nunca me había consultado como enfermo. Vino a mi consulta en un estado que me impresionó muy desagradablemente. Antes lo había visto siempre grueso, de buen color y de buen humor. Entonces venía demacrado, con un color verde negroso, con los ojos hundidos, la voz apocada y quejándose de una picazón desesperante, tanto que mientras le interrogaba no dejaba de rascarse.

Me contó que hacía tres meses, después de un dolor de estómago tuvo fiebre, vómitos y se inició la ictericia; que había perdido el apetito y que continuamente tenía molestias de estómago, las cuales no había podido hacer desaparecer a pesar de haber consultado a otros compañeros y haberse sometido a régimen y medicación. El color de la piel era casi negro, el de las conjuntivas verdoso, las deposiciones completamente blancas. La lengua estaba cubierta de una densa capa saburral. Tenía 37°5 de temperatura. Daba de vientre sólo con purgantes y repugnaba toda alimentación. Por la exploración del epigastrio e hipocondrios no se encontraba ninguna induración. Esta era dolorosa en el epigastrio. El vientre estaba deprimido. La radiografía había resultado negativa. Creí que si bien podía tener cálculos biliares que determinasen obstrucción, también podía tener una angiolocolitis o un tumor de la ampolla de Vater que determinase obstrucción. Por esto no quise dar diagnóstico fijo ni resolver nada, antes de someter al enfermo a un régimen de reposo y alimentación láctea. El enfermo se sometió a ello de mala gana, alegando que la leche le producía constipación y le repugnaba; le prescribí unas papeletas para que tolerase la leche y no le produjese constipación. Con este régimen y la estancia en cama desapareció la temperatura y desaparecieron las molestias de estómago; pero ni adquirieron color las deposiciones, ni se alivió de la picazón.

Viendo el enfermo que no mejoraba lo suficiente, me instó para que lo operase, y yo, como veía claros los fenómenos de obstrucción biliar, aunque no encontraba el tumor por más que me empeñaba en buscarlo, accedí a ello.

Practiqué la incisión vertical por fuera del músculo recto derecho; busqué la vejiga en el borde del hígado, la que encontré; separé el colon hacia abajo, el hígado hacia arriba y busqué en el fondo; entonces di con una masa retraída que ocupaba el sitio de la vejiga; dislaceré esta masa y vi que salían detritus: persiguiendo estos detritus llegué al fleo del hígado, en donde me pareció encontrar las paredes de un resto de vejiga engrosada, pero que se rompían con facilidad. Por último di en el fondo con un recodo en el cual encontré un cuerpo duro. Podía tocar este cuerpo duro con el estilete, pero no podía meter las pinzas para cogerlo. Incindí sobre este cuerpo y entonces salió un cálculo rugoso como una fresa. Procuré coger los bordes de la incisión con las pinzas, pero no podía tirar de ellos porque se rasgaban muy fácilmente; siguiendo la exploración con los dedos, vi que en el fondo y hacia atrás había otras induraciones. Por expresión llegué a sacar dos cálculos más, de la misma forma y tamaño. Pude completar la exploración con un estilete grueso, viendo que seguía el trayecto hacia arriba y hacia abajo sin hallar ningún obstáculo. Convencido de que no quedaba ningún cuerpo extraño en el fondo, introduje un tubo de goma hacia arriba siguiendo el conducto hepático, lo cual pude hacer con facilidad porque dicho conducto estaba muy dilatado, y fijé dicho tubo con un punto de catgut pasado al través de los bordes de la incisión profunda que correspondía a una dilatación del colédoco.

Rodeé el tubo de mechas de gasa, lo llevé todo fuera de la cavidad abdominal, suturando los bordes de la herida y dejando el desagüe de gasa y tubo, como hago en todos los casos en que puede haber escape de bilis o ha habido supuración en la vejiga, pues de este modo se evita la contaminación del peritoneo.

Este enfermo salió de la Clínica a las tres semanas de operado, habiendo desaparecido por completo la comezón que tanto le molestaba, comiendo de todo, y con las heces y la orina bien coloreadas. Lo he visto cuatro meses después, completamente desconocido por lo mucho que había engordado, por el buen color que tenía y porque parecía rejuvenecido. Decía que no había vuelto a experimentar ninguna molestia.

No deja de llamar la atención que un enfermo que había estado durante tres o cuatro meses con una obstrucción completa de las vías biliares haya podido soportar esta retención sin peligro para el hígado; y que el hígado vuelva a trabajar como si nada hubiese ocurrido. Esto demuestra que en casos de ictericia crónica, cuando no se puede diagnosticar una lesión orgánica del páncreas o del hígado, sobre todo neoplásica, que sean la causa de la retención biliar, no tan sólo no se pierde nada con acudir

a la intervención, sino que debiera acudirse a ella aun a riesgo de no poder resolver el caso y por lo tanto de no poder curar al enfermo.

El quinto caso es el de una mujer que vino a mi visita hace ocho días quejándose de dolores en el hipocondrio derecho, cuyos dolores se irradiaban a lo largo del colon ascendente y transversal. Hacía muchos años que padecía estos dolores de cuando en cuando, acompañados de vómitos alguna vez, pero sin haber tenido nunca ictericia. Al examinarla en el Hospital, encontré el vientre blando y depresible; no pude apreciar ningún bulto por debajo del borde del hígado, pero sí provocar dolor comprimiendo hondamente en la región de la vejiga biliar. Tenía tinte subictérico en las conjuntivas, lengua saburral y poco apetito.

Después de juzgarla y repetir el examen dos veces, pude localizar siempre el dolor en el mismo sitio, habiéndose desaparecido la irradiación del dolor al colon.

Teniendo en cuenta la historia patológica de la enferma y lo que resultaba del examen, creí que debía tener cálculos biliares, por más que me era imposible encontrar la vejiga. En vista de esto y de que ella lo deseaba, decidí operarla. Practiqué la incisión como en los otros casos, poniendo al descubierto la cara inferior del hígado, separando éste del colon, del estómago y del duodeno, órgano que aislé con compresas. Aun después de haber aislado el campo hasta ver bien la entrada del hiato de Winslow, no se veía la vejiga biliar, lo cual me desconcertó un poco, obligándome a un repaso del fondo, hasta que pude percibir por encima del hiato un bultito como una avellana. Lo cogí con los dedos y vi que se trataba de la vejiga y que dentro contenía cálculos. Entonces cogí las paredes con pinzas de Kocher y practiqué una incisión con las tijeras. Salí bilis por la abertura y me lancé a explorar la cavidad con unas pinzas de Pean. Así pude sacar cuatro cálculos, uno como un garbanzo y los otros más pequeños. Las paredes de la vejiga apenas estaban engrosadas y dentro no había pus. Aunque habría podido extirpar la vejiga en este caso, por no haber supuración, por no estar engrosadas las paredes y por ser tan pequeña preferí poner el desagüe, sirviéndome de la misma vejiga para sujetar el tubo. Dada la profundidad en que estaba colocada la vejiga y lo pequeña que era, no se si habría podido asegurar el desagüe, como lo hice no extirpándole. Coloqué tres mechas de gasa alrededor del tubo, saqué los extremos de las mechas y el tubo fuera de la herida y suturé ésta como en los otros casos.

La enferma está en camino de curación, pues no ha tenido complicación ninguna y come ya a los seis días de operada.

Hasta la fecha no he tenido desgracia en las operaciones practicadas sobre las vías biliares, pues sólo he perdido una enferma en la que no pude encontrar la vejiga biliar en la operación ni pudo encontrarse tampoco en la autopsia que se practicó. Tenía el hígado muy atrofiado, seguramente por la inflamación largo tiempo sostenida de las vías biliares, inflamación que consumió la vejiga, haciéndola desaparecer por retracción. He intervenido en bastantes casos de litiasis biliar con colecistitis y cálculos, practicando unas veces la colecistotomía, otras la colecistostomía ideal, otras la colecistomía con desagüe y cinco veces la colecistectomía.

Creo que en estos casos no caben exclusivismos y que el cirujano ha de proceder según lo que encuentre. Cuando la vejiga biliar está muy averiada, no cabe otra cosa que la extirpación si quiere curarse al enfermo. Cuando las lesiones de la vejiga son muy dudosas, cabe la colecistomía ideal. Cuando hay infección marcada de la vejiga, aunque se conserve íntegra debe dejarse desagüe. Lo importante es buscar y extraer todos los cálculos explorando bien el colédoco y el hepático. Siempre que se extirpa la vejiga debe dejarse desagüe en el hepático para asegurar la salida de la bilis al exterior. Si sólo se trata de un proceso inflamatorio que haya producido estrechez del colédoco o acodadura del mismo que dificulte el paso de la bilis hacia el intestino, con el desagüe del conducto hepático es seguro dominar el proceso inflamatorio, y una vez desaparecido éste se restablecerá la circulación de la bilis. Cuando la obstrucción de las vías biliares dependa de neoplasia del páncreas o del duodeno, entonces el alivio sólo puede ser transitorio, tanto que se establezca el desagüe del hepático como que se practique una anastomosis de las vías biliares con el intestino. Por esto el desagüe del conducto hepático ha llegado a considerarse como una necesidad y una solución en la cirugía de las vías biliares.

También en este último caso llevé a examinar por la radioscopia los cálculos extraídos, envolviéndolos con muchas compresas, y se transparentaban tan bien que podían contarse.

Los casos antes expuestos enseñan mucho. Se concede demasiada importancia a la radiografía para el diagnóstico de los cálculos biliares y para el diagnóstico de tumores. Por un interés y un amor propio mal entendido los profesionales exageran el valor de la radiografía, haciendo creer al vulgo que la radiografía puede resolver en último recurso una duda diagnóstica, y el vulgo, tanto médico como no médico, razonando lógicamente, cree que si la radiografía ha de aclarar dudas más vale acudir a ella al principio que perder tiempo en exámenes y consultas. Por esto vemos hoy, con tanta frecuencia, acudir enfermos a la consulta con una radiografía debajo del brazo. Es más, algunas veces se nos manda

la radiografía para que diagnostiquemos y demos la indicación sin ver ni examinar el enfermo. No cabe duda de que esta creencia, difundida sin razón, resulta perjudicial para el crédito de la radiografía.

El valor de la radiografía, cimentado en la mayor o menor penetrabilidad de los cuerpos por los rayos X, es indiscutible; pero muchas veces dicha penetrabilidad depende de gradaciones, y por lo tanto hay que saber qué cuerpos y tejidos son más o menos penetrables. Además, según como se haga la proyección, la distancia del cuerpo que se busca entre éste y la ampolla, entre él y la pantalla, varía la intensidad de la sombra y las dimensiones de la misma. Por esto hay cuerpos que se revelan con precisión, otros que se revelan con vaguedad y otros que aun siendo cuerpos extraños bien delimitados, no se revelan. Además, los mismos tumores y procesos inflamatorios pueden acusar una mayor intensidad de sombras muy relativa que sólo puede apreciar el que las sospecha y a la cual sólo puede darse su valor relativo por lo que esperamos encontrar. Resulta algo abusivo y expuesto que el radiólogo se permita hacer diagnóstico y apreciaciones clínicas sólo por las sombras que nota en el clisé.

En los casos relatados sólo pudo apreciarse un aumento de intensidad en las sombras en el sitio en donde por la exploración clínica se notaba el tumor y por lo tanto sólo podía comprobarse la existencia de lo diagnosticado. No pudo señalarse la existencia de los cálculos porque todos eran de colessterina, substancia fácilmente penetrable. Habiendo poca cantidad de cal en los cálculos y estando rodeados del riñón, del hígado y de masas plásticas, no podían revelarse a la pantalla. Suponiendo que se hubiese tratado de una tuberculosis del riñón, de un quiste hidatídico perirrenal o hepático, de una neoplasia del intestino, de la vejiga biliar o del píloro, la radiografía no habría diferenciado las sombras. Por lo tanto a la radiografía, como a todo hecho de análisis, no puede concedérsele otra importancia que la de complemento para la investigación clínica. El médico que fiando en hechos aislados de investigación quiera hacer apreciaciones para dar pronóstico e indicaciones de tratamiento, está expuesto a garrafales equivocaciones. El examen radiográfico, con todo y ser tan aclaratorio y de valor tan positivo, en muchos casos debe reservarse para completar la investigación clínica.

La investigación clínica no puede ser decisiva en muchos casos por falta de datos o por dificultades de apreciación de las que no puede escaparse el clínico más inteligente, instruido y experimentado. En estos mismos casos, en tres se encontraba el tumor y en el otro no pudo encontrarse, precisamente en el que era evidente la obstrucción biliar; las tres enfermas eran desconocidas en sus antecedentes, y como no daban ninguno respecto a sus funciones gástricas ni hepáticas anteriores, había uno de guiarse por los datos de investigación. Ni habían tenido dolores hepáticos, ni habían tenido vómitos, ni habían tenido ictericia, ni habían tenido perturbaciones digestivas, que son los principales síntomas en que puede apoyarse la suposición de que tuviesen un padecimiento de las vías biliares, de que tuviesen cálculos biliares, de que hubiese cistitis. Había que atenerse sólo a la exploración de momento, y en ésta sólo podía apreciarse el tumor del hipocondrio derecho, tumor relacionado con el hígado, riñón, colon, duodeno y estómago. Dada la movilidad del tumor y la falta de perturbaciones gástricas y de ictericia, aunque se viese la relación del tumor con la cara cóncava del hígado no podía afirmarse que el tumor correspondiese al hígado ni a la vejiga biliar. He extirpado quistes hidatídicos y quistes linfáticos de esta región, que podían tomarse muy bien por tumores de la vejiga. He visto neoplasias del píloro, del riñón, de la cabeza del páncreas y del colon que también podían tomarse por tumores de la vejiga biliar. De consiguiente, no habiendo datos precisos, por más que se aguce el ingenio y se repita la exploración, podrá llegarse a negaciones de localización pero no a una afirmación absoluta. En el caso en que había ictericia, no encontrando tumor, como no se encontraba, sólo podía diagnosticarse la obstrucción de las vías biliares, pero no la causa. Lo mismo podía tratarse de una colangitis que conducía a la cirrosis hipertrófica, que de una neoplasia de la cabeza del páncreas, que de una neoplasia de la ampolla de Vater; aunque faltasen la hipertrofia hepática de la primera con hipertrofia del bazo, el dolor fuerte y persistente de la segunda y las hemorragias intestinales de la tercera.

El médico clínico, en estos casos sólo puede diagnosticar los hechos que aprecia con seguridad y tiene que guiarse por ellos para hacer un pronóstico y tomar una indicación.

En los tres casos en que había el tumor, después de comprobar repetidas veces su existencia, después de ver que no era mutable y de que era el causante de los sufrimientos de las enfermas, no habiendo medicación capaz de hacerlo desaparecer, tenía que indicar la conveniencia de una intervención quirúrgica para completar el diagnóstico y proceder a lo que hubiese lugar. De este modo el cirujano, procediendo con prudencia, sabe que no perjudica al enfermo y que muchas veces puede curarlo. Hay un motivo para intervenir, y se lanza a la intervención no simplemente para averiguar, sino para resolver. Gracias a este criterio se pueden curar muchos enfermos que no se curarían si nos arrebáramos ante el temor de que puede haber una equivocación o de que no podemos llevar la intervención a feliz término.

En el caso de la ictericia, podía darse el caso de que al abrir el vientre me hubiese encontrado con una neoplasia del duodeno, con una neoplasia de la cara cóncava del hígado o con una cirrosis hepática. Teniendo la prudencia de volver a cerrar el vientre, no habría habido más perjuicio para el enfermo que el contratiempo de la operación. Habiendo una neoplasia limitable, podía caer en la tentación de extirparla, en cuyo caso el enfermo tenía el mayor número de probabilidades de sucumbir por la operación. Teniendo en cuenta que la terminación, en caso de neoplasia, es fatal, si por la tentativa de extirpación se muere un enfermo, tiene a su favor el cirujano, para abonar su conducta, el deseo de intentar la curación del mismo.

El DOCTOR CARDENAL: El señor Esquerdo ha comenzado exponiendo unos casos clínicos sumamente interesantes; pero ha entrado luego en una serie de consideraciones que abarcan casi toda la patología del hígado, y como no he tomado notas escritas, no se si olvidaré algunas de las consideraciones que me ha sugerido su peroración. Por este motivo procederé en sentido contrario del orden de su exposición, empezando por sus últimas afirmaciones.

Una de las cuestiones que ha tratado al final de su trabajo se refiere a las anastomosis practicables entre la vejiga biliar y los órganos vecinos del aparato digestivo, de las cuales se ha manifestado muy poco partidario. Yo opino de muy distinta manera; precisamente esta cuestión de la posibilidad de poder practicar más tarde una anastomosis entre la vejiga y el estómago, o la primera porción del duodeno, hace que haya de oponer algunas reservas a la doctrina, por lo demás aceptada por todos los especialistas modernos; de la superioridad de la colecistectomía sobre la colecistostomía, como método corriente operatorio en la litiasis biliar.

De las tres operaciones practicables sobre la vesícula: *colecistostomía*, *colecistectomía* y *colecistendisidisis* (o colecistotomía ideal de Curvoisier), esta última, que el señor Esquerdo parece aceptar todavía, está casi totalmente abandonada por la mayor parte de los prácticos, por insuficiente y abonada a recidivas, y por la facilidad de dejar, con ella, en el interior de las vías biliares, cálculos inadvertidos, que son causa ulterior de nuevos trastornos y hacen inútil la primera intervención. La colecistendisidisis (colecistotomía ideal, con sutura inmediata) puede, pues, y debe, darse como operación casi del todo abandonada hoy día.

La *colecistostomía* ha sido la operación que hemos practicado todos durante una porción de años: por su medio se obtiene un perfecto y duradero drenaje de las vías biliares infectadas y la fácil eliminación de los cálculos que pueden haber quedado rezagados en el cístico o en el colédoco. Pero ocurre a veces, y a mí me ha ocurrido varias, que a pesar de este drenaje la permeabilidad del colédoco no se restablece, la bilis continúa derramándose en su totalidad por la fistula durante un período muy superior a las cuatro o cinco semanas que debe durar generalmente, y entonces constituye un recurso precioso el practicar una anastomosis entre la vejiga y la porción prepilórica del estómago (o primera del duodeno) con lo cual la bilis pasa toda ella a través del estómago sin la menor molestia para el paciente, se recoloran las heces y se restablece por completo la salud, si la causa de la persistencia de la oclusión no es, como se comprende fácilmente, de naturaleza maligna. He tenido varios casos de ese género, y uno de ellos fué el del señor Pladelloréns, que después de haber pasado varios meses con una fistula de la vejiga biliar, practicada por mí para la extracción de un grueso cálculo, y de haber hecho su vida ordinaria, pero llevando en el bolsillo del pantalón una botella a la que iba a parar, por medio de un tubo de goma, toda la bilis que segregaba (de 800 a 1,000 gramos diarios), me pidió que le librara de aquella incomodidad, y lo conseguimos perfectamente por medio de una segunda operación, en la cual anastomosamos la vejiga al estómago y cerramos la fistula cutánea. El paciente se restableció por completo de esa segunda operación, los excrementos recuperaron su coloración normal, y el paciente me aseguró que se encontraba mejor que se había encontrado nunca a pesar de *pasar toda la bilis* que segregaba, a través de su estómago. Como ese caso, he tenido ocasión de observar varios y operarlos con el mismo éxito, lo cual demuestra la utilidad de la colecistogastrostomía y la perfecta tolerancia del estómago para la bilis, demostrada ya por la frecuencia con que en el hombre y en los animales se halla bilis en el estómago normal. Pero esa inocuidad de la anastomosis se refiere, como veis, a la verificada con el estómago o la primera porción del duodeno, *nunca a la anastomosis con el colon*, que ha indicado el señor Esquerdo, pues en el colon la anastomosis da lugar, con la mayor facilidad, a infecciones ascendentes de las vías biliares; que pueden ser muy peligrosas, convirtiéndose en origen de angiocolitis sépticas.

La experiencia adquirida con los casos del tipo que acabo de describir ha hecho que, posteriormente, en enfermos con oclusión antigua o prolongada del duodeno, en los cuales no hemos podido descubrir cálculo ninguno ni conseguido pasar una sonda o candelilla hasta el intestino a lo largo del colédoco obstruido, en vez de practicar, como primera intervención, una colecistostomía, como en los citados, hemos practicado, desde luego, una colecistogastrostomía, es decir, la anastomosis directa ya en la primera operación, de la vejiga con la porción prepilórica del estómago, y en un caso muy

reciente, que sospechamos ser de cáncer de la cabeza del páncreas, aunque considerando también posible de simple pancreatitis crónica, esa operación ha dado un resultado excelente, pues el paciente, a quien hemos visto uno de estos días, se halla en un estado de salud floreciente gracias a su anastomosis, y cuando le operamos parecía desahuciado por su extrema caquexia angiocólica de ya larga duración. El tumor que pudimos entonces apreciar al nivel de la cabeza del páncreas, debía ser, sin duda, de naturaleza inflamatoria y no neoplásica, pues hoy no se percibe por la palpación y el enfermo toma, sólo por precaución, algo de pancreatina en las comidas, por lo que pueda quedar todavía de insuficiencia de la secreción pancreática.

Todos esos hechos y esas consideraciones, de carácter puramente práctico, demuestran, pues, la extraordinaria utilidad y el extenso campo de aplicación de las anastomosis quirúrgicas de las vías biliares, y la limitación cada día mayor de las aplicaciones de la colecistostomía, que casi todos los especialistas van abandonando poco a poco, menos los hermanos Mayo, de Rochester. Estos hermanos Mayo, que practican de 20 a 25 grandes operaciones diarias en sus clínicas de Rochester, y que, por consiguiente, según afirmación de cuantos los conocen, son una verdadera autoridad técnica, como no pueden dejar de serlo con tan inmenso material, no son, en mi concepto, una autoridad tan notable como patólogos, y en sus escritos no se observa el criterio práctico y científico a la vez, que se admira en las obras de cirugía hepática de Kehr, de Poppert, de Körte y otros especialistas alemanes. La literatura francesa no cuenta tampoco con nada comparable a las obras de los citados autores: las obras de Terrier y de Pantaleoni no pueden equipararse con ellas, y de lo poco que ha llegado a mis manos de los citados hermanos Mayo, puede decirse otro tanto.

Los internistas que ha citado el señor Esquerdo no constituyen autoridad en este terreno; porque, como no pueden comprobar *in vivo* sus observaciones clínicas, sus conclusiones no tienen, para nosotros, la autoridad y la aplicación de las deducidas de la práctica de los especialistas cirujanos.

Hasta aquí, pues, lo que puede decirse que queda de las indicaciones de la colecistostomía, es decir, el drenaje *temporal* de las vías biliares bajas, cuando existe gran agobio, por retención, de toda la circulación intrahepática.

Pero la operación reputada hoy día como de mayores indicaciones y más frecuente aplicación en cirugía biliar, es la *colecistectomía*, es decir, la extirpación de la vejiga biliar, con *drenaje consecutivo*, por supuesto, del *conducto hepaticocolédoco*.

La vesícula biliar no debe extirparse tan sólo cuando se halla convertida en un saco de pus y profundamente degenerada, como ha parecido indicar el señor Esquerdo, sino en la mayor parte de los casos de litiasis biliar, como *único medio radical* de curar al enfermo, protegiéndole contra las recidivas; pues es un hecho considerado hoy como adquirido, que la vejiga es el sitio predilecto, y casi *único*, de formación de cálculos, y que, extirpada la vejiga, el mal no puede reproducirse o es por lo menos muy difícil que se reproduzca. En efecto, los cálculos biliares no se forman donde la bilis está en movimiento, sino donde existe retención o estancamiento de bilis, y esa retención no existe de un modo corriente y ordinario más que en la vejiga, que es un verdadero reservorio, donde la bilis normalmente, es decir, sin oclusión patológica ninguna de las vías biliares bajas, permanece durante horas detenida en los intervalos de las comidas. En los canalículos biliares intrahepáticos no se forman nunca cálculos, como no sea por propagación, naturalmente, cuando existen ya en la vejiga y persisten la obturación y la infección de las vías de eliminación de la bilis; pero en un caso corriente de colelitiasis, eliminados los cálculos y extirpada la vejiga, no queda ningún punto de estancamiento para el curso de la bilis, con lo cual el factor o elemento principal para la producción de nuevos cálculos queda suprimido, contando, por supuesto, con que, por el drenaje debidamente prolongado de las vías biliares restantes, se ha conseguido la completa desinfección de dichas vías y de las intrahepáticas. Porque es ya cosa sabida y aceptada por todo el mundo que *la infección* es otro de los factores más necesarios, si no indispensable, de la producción calculosa.

Lo que ocurre o puede ocurrir con más o menos frecuencia después de la extirpación de la vejiga biliar, es que el colédoco puede sufrir una dilatación gradual que simule o substituya la antigua vejiga extirpada: ese hecho se ha observado en el hombre en grado muy remiso y en algunos animales de experimentación; pero no es necesario, pues está demostrado que el hombre puede vivir, sin vejiga biliar, en perfecto estado de salud, como viven muchos animales que, como el caballo, no tienen vejiga biliar. En ese caso de una formación ectásica del colédoco, podrían, es cierto, formarse en ella nuevos cálculos; pero repito que el hecho es rarísimo, y, aun existiendo, exige para su desarrollo un periodo muy largo de tiempo.

El otro punto importante que ha llamado mi atención en la exposición del doctor Esquerdo, ha sido el que hubiera buscado y hallado restos de vejiga biliar, en alguno de sus casos, *en el borde anterior del hiato de Winslow*: la vejiga biliar no puede hallarse nunca en ese punto...

(El doctor Esquerdo interrumpe, diciendo que no ha dicho esto.)

Es posible que yo haya entendido mal; pero me parecía que el señor Esquerdo había hasta llamado la atención sobre el hecho, como cosa curiosa. No es posible, repito, y lo seguro es que el señor Esquerdo, en los casos a que se refiere y en los cuales la vejiga biliar, había desaparecido completamente, como suele desaparecer en los casos de oclusión calculosa duradera del colédoco, halló un cálculo en una porción dilatada del colédoco, que es precisamente lo que se halla exactamente en el borde anterior o porción anterior del marco del agujero de Winslow; apelo al profesor de Anatomía doctor Serés, aquí presente, sobre este particular. La desaparición de la vejiga en los casos de oclusión crónica del colédoco es un hecho sumamente curioso, perfectamente conocido hoy; pero que no lo era, todavía de un modo general la primera vez que yo me encontré con él, hace de esto más de veinte años, en un enfermo del doctor Robert, y entonces lo consideré yo como una anomalía y busqué su explicación en los libros de Anatomía normal, que no me la dieron, pues como hecho congénito es extraordinariamente raro. Hoy ya, repito, es conocido de todo el mundo, y en la dilatación consiguiente del colédoco, por encima de la obturación, claro está que pueden y deben encontrarse cálculos en muchos casos de operación tardía.

Y al hablar de operaciones tardías no es posible dejar de decir algo de las condiciones ordinarias en que actualmente operamos a los calculosos en nuestro país.

Nuestros colegas internistas no han entrado todavía, por lo menos en su mayor parte, en la Cirugía de las vías biliares. En los demás países se operan esos enfermos muy frecuentemente: Kehr, Poppert, los hermanos Mayo, cuentan por miles sus intervenciones; en Francia empiezan a ser muy frecuentes; en nuestro país son muy raras y la mayor parte de los enfermos que nos son remitidos por los internistas se hallan en un estado semicaquético, que aumenta considerablemente los peligros de la operación. Casi siempre acuden al cirujano *por la persistencia de la ictericia*; sin ictericia, raro es el enfermo colecistítico a quien un internista aconseja una intervención quirúrgica, y sin embargo estoy convencido de que muchos, muchísimos enfermos que son tratados inútilmente, durante años, como enfermos del estómago, son colecistíticos.

Es preciso que entre en el criterio de los médicos, que lo que causa las más variadas y frecuentes molestias a esos enfermos, no es precisamente la presencia de los cálculos en sus vías biliares, ni siquiera el atascamiento de uno de esos cálculos en el cístico o en el colédoco, que es lo que erróneamente suele considerarse como causa *única* de los *llamados* cólicos hepáticos. Esos llamados cólicos hepáticos son producidos, las más de las veces, no por el paso o atascamiento de un cálculo en un conducto, sino por ataques o exacerbaciones de colecistitis, por adherencias, acodamientos o estenosis producidos por exudados pericolecistíticos, que son frecuentísimos en esos enfermos portadores de cálculos, y la causa más frecuente de sus padecimientos. Y esos síntomas tan penosos y frecuentes, lo repito, rara, rarísima vez se convierten, en manos de los internistas, en motivo de indicación operatoria.

Sólo la ictericia invencible y persistente, la absoluta acolia de los excrementos, constituye entre nosotros motivo abonado para aconsejar una intervención en las vías biliares, y de aquí que una gran proporción de nuestros operados, proporción mucho mayor que en los demás países, lo sea de enfermos con oclusiones invencibles del colédoco, las más de las veces por procesos crónicos, muchas veces malignos, de la cabeza del páncreas. Convendría, pues, mucho, en bien de la ciencia y de los enfermos de colelitiasis, que los internistas insistieran con mayor convicción, ante sus clientes, en la conveniencia de una intervención en muchos casos de sufrimientos crónicos, atribuidos al estómago y a los intestinos erróneamente y que amargan por muchos años la vida de los pacientes.

Los enfermos del estómago han aprendido ya a buscar ellos mismos ayuda en el cirujano, y así se explica el número extraordinario de operaciones que practicamos actualmente sobre el estómago: yo solo, llevo practicadas en estos últimos años 327 gastroenterostomías; pero no han aprendido todavía a dirigirse a nosotros, por su propia cuenta, los que sufren de las vías biliares, y es preciso que los médicos los dirijan en ese sentido.

Existe una multitud de casos, en los que, producciones de carácter puramente inflamatorio o cicatricial, son origen de acerbos sufrimientos y que pueden curarse por una acertada intervención. Por ese motivo he sostenido ya en otro lugar, y repito aquí, que si la mayor parte de las operaciones de exéresis, como la extirpación del estómago, del ciego, de la laringe, están destinadas a desaparecer con el progreso de la medicina, porque no son más que recursos precarios ante nuestra impotencia para curar los procesos patológicos que las motivan, en cambio existen una porción de operaciones como la gastroenterostomía, la liberación de las vías biliares de masas cicatriciales, etc., etc., que no desaparecerán nunca, porque están destinadas a corregir, más que el proceso patológico en sí, *las consecuencias inevitables* de dichos procesos, y esas persistirán siempre, ya que por mucho que progrese la ciencia podrá llegarse a curar más o menos bien una úlcera del estómago o del duodeno, pero no podrá nunca curarse *sin cicatriz*, y esa cicatriz puede, en el estómago como en el duodeno, en el colédoco o en el ciego, dar lugar a desórdenes, sólo corregibles por una intervención quirúrgica acertada.

## Rectificación del doctor Esquerdo

Manifiesta al doctor Cardenal que no dijo que la vejiga biliar estuviese en el hiato de Winslow o a su entrada, sino que el hiato de Winslow sirve de punto de referencia para buscar los conductos hepático y colédoco cuando no se encuentre la vejiga, como le ocurrió en los casos cuarto y quinto. Buscando el borde anterior del agujero puede hacerse la exploración del colédoco y con el dedo conducido de atrás a delante en forma de gancho pueden hacerse retroceder los cálculos atascados en este conducto.

Dice que no puede opinar, como el doctor Cardenal, que hayan de servir de norma para suponer la existencia de cálculos biliares, los sufrimientos gástricos del individuo, pues además de la úlcera duodenal que puede dar sufrimientos confundibles con los cálculos biliares, hay enfermos con úlceras gástricas, con estenosis pilóricas, con dilataciones gástricas y hasta sin lesión gástrica ninguna, que pueden acusar sufrimientos pertinaces sin tener cálculos biliares. Por lo tanto, no debe aconsejarse la intervención en las vías biliares sino cuando haya fundamentos para diagnosticar la existencia de cálculos y de la colecistitis, como lo son el tumor, el dolor persistente en el sitio de la vejiga biliar y la ictericia crónica. Cree que en los casos de ictericia crónica, aun sospechando la existencia de una neoplasia que determine la obstrucción, debe aconsejarse y practicarse la intervención.

Dice que no son los cálculos el principal motivo para la intervención, sino la obstrucción que determina ictericia, o la cistitis que determina dolor, porque quitando los cálculos no se evita que se formen de nuevo y por lo tanto el individuo ha de cuidarse y estar sometido a tratamiento médico. Tampoco cree que la extirpación de la vejiga resuelva definitivamente el caso, porque se han encontrado cálculos en el colédoco y en el hepático después de haber extirpado la vejiga. No obstante, es partidario de que se extirpe la vejiga siempre que se encuentran lesiones de importancia en ella, tanto en sus paredes como en la mucosa, porque, de no hacerlo, el paciente queda expuesto a la fístula biliar y a la reproducción segura de los cálculos.

Sesión del 27 de mayo

## Dos anomalías y una lesión patológica halladas en el cadáver

DOCTOR F. PROUBASTA

Son tan frecuentes las anomalías anatómicas, que lo raro es, precisamente, no hallarlas por poco que un médico se detenga en el estudio de un cadáver; y a veces son tan frecuentes, las anomalías halladas en un órgano determinado, que lo que se creía regla general pasa a ser la excepción. Así ha ocurrido, por ejemplo, con el arco palmar superficial: la inosculación de las dos arterias es rara, y si se realiza, la unión adopta mil formas, pero escasas veces la de arco.

Habiendo este año dedicado algunas horas al estudio de la arteria hipogástrica, he hallado en el cadáver una lesión patológica y dos anomalías anatómicas que creo valen lo suficiente para molestar algunos minutos vuestra atención.

*Lesión patológica.*—Trátase del cadáver de una joven de 17 años, virgen, en el que, al ir en busca de uno de los uréteres, el hallado tenía, juntamente con la envoltura peritoneal, el tamaño del brazo de un recién nacido. Abierta de un tizeretazo la hoja anterior del ligamento ancho, pronto me di cuenta de que la causa de tan enorme distensión era la presencia de un cálculo del tamaño de un garbanzo, detenido en la parte baja.

El volumen del trozo de uréter descubierto por el peritoneo no dependía exclusivamente de éste, sino que la presencia de una periureteritis concomitante contribuía, en parte, a tal aumento. Esta periureteritis, al llegar al ligamento anchó, no pudiendo limitarla el peritoneo, se extendía, presentándose una gran hiperplasia del tejido conjuntivo con vascularización y, caso extraordinario, se halló un hematoma del tamaño de un huevo de gallina en el interior de dicho ligamento.

La presencia de este hematoma intraligamentoso es fácil de explicar. No creo sea contrario a los principios de la clínica el suponer que una excitación genital cualquiera, menstruación u otra, bastaría para romper uno de tantos vasos de neoformación y provocarlo. Pero la existencia de un