

Obstrucción Crónica del Canal Colédoco por Litiasis y Fístula Biliar.--Contribución a la Cirugía de las vías biliares

POR EL DR. MANUEL GODOY ALVAREZ

Mientras que en México la cirugía hepática, al menos la relativa a los grandes abscesos tan frecuentes en otros tiempos entre nosotros, se desarrolló casi paralelamente con la similar extranjera, substituyéndose con notoria rapidez el antiguo método de las punciones preconizado por don Miguel Jiménez y con fervor practicado por Carmona y Valle, Velasco y Demetrio Mejía, por el audaz y atrabancado procedimiento de Stromeyer Little, en las postrimerías del pasado siglo hasta llegar a la técnica contemporánea; las intervenciones sobre las vías biliares trabajosamente se han venido con lentitud introduciendo en nuestra práctica y constituyen todavía casos excepcionales.

Es bien sabido que desde que en el año de 1882 el eminente cirujano Langenbuch propuso y llevó a cabo la extirpación de la vesícula biliar calculosa se ha realizado una maravillosa y rápida evolución en la cirugía de las vías biliares, gracias a los concienzudos trabajos llevados a cabo tanto por parte de hábiles cirujanos como de notables internistas entre unos y otros permitiéndome citar los respetables nombres de Kocher, König, Riedel, Czerny Lobker, Korte, Kehr, Naunyn, Ehret, Stolz, Schwartz, Ochsner, Mayo, Robson, Terrier, Langenbuch, Courvoisier.

Esta armónica labor ha tenido por resultado más profundo conocimiento de la patología, mayor finura en la diagnosis y hasta donde es posible un correcto ajuste en la formulación de las indicaciones terapéuticas. Así es que en lo general se ha llegado a un acuerdo sobre las indicaciones operarias más importantes en la patología de las vías biliares.

Entre estas indicaciones hay algunas que se pueden considerar como absolutas y son las siguientes:

1º. La colecistitis aguda infecciosa, la cual reclama la intervención aun en el período agudo.

2º. La colecistitis de repetición, cuando los ataques se vuelven muy frecuentes y aun en los intervalos la vesícula permanece dolorosa (colecistitis crónica ulcerosa).

3º. El empiema crónico de la vesícula.

4º. La obstrucción crónica del canal colédoco por calculosis.

5º. Es claro que la obstrucción del mismo canal por otras causas: tumores del páncreas, estenosis cicatriciales de la papila, etc., determinan una intervención para canalizar la biliar hacia el intestino.

6º. Procesos supurativos en la proximidad de la vesícula (pericolecistitis purulenta) imponen también una indicación operatoria.

En tratándose de indicaciones operatorias relativas, tenemos que consignar desde luego la hidropesía de la vesícula, en la que se puede contemplar si causare pocas molestias; más es de resolverse a operar si se presentan fuertes trastornos producidos por accesos inflamatorios.

Otra de las indicaciones relativas es la que se refiere a la litiasis biliar simple, regular, sin complicaciones, la cual es apreciada diferentemente por médicos internistas y aun por cirujanos. Así es que mientras para algunos de los últimos, la operación debe ser la regla; para otros, los más, es la excepción que solo se determina por la frecuencia de los cólicos que vuelve la vida insoportable o por la posición social del paciente que obligaría a libertarle de un padecimiento que a menudo interrumpiera la norma de sus habituales ocupaciones.

Como se ha visto casi todas estas indicaciones giran al derredor de la litiasis biliar y sin duda son de las más interesantes por ser de las más frecuentes. Pero hay otras que pueden ser independientes de la calculosis y son dadas por las infecciones graves de los canales biliares con participación o no de la vesícula: angiolocolitis y angiolocolicistitis.

Refiriéndome a la primera cabe recordar la enorme gravedad que suelen revestir las infecciones de los canales biliares que en su forma supurativa producen las llamadas hepatitis de focos múltiples de un pronóstico casi desesperado. Pues bien, en la sepsis de este género una oportuna canalización de las vías biliares puede conjurar tan terrible mal.

Como comprobación de este aserto puedo ofrecer un caso elegantemente demostrativo, observado en mi antiguo servicio del Pabellón 14 del Hospital General.

Ingresó al servicio mencionado que era de cirugía de mujeres, una enferma con un síndrome característico de infección biliar aguda. Esta mujer como de 30 años, sana anteriormente, sin antecedentes de cólicos hepáticos, al día siguiente de una copiosa comida indigesta, rociada abundantemente de pulque, comenzó a sentirse seriamente enferma, principiando por un fuerte calosfrío, seguido de calentura y dolor en el hipocondrio derecho.

Como a los diez días del principio del padecimiento ingresó al Hospital, la fiebre que había sido continua persistía con exacerbaciones vesperales de 40.5 y más descendiendo un poco por la mañana con profusa diaforesis. La paciente en decúbito lateral derecho, presentaba un facies demacrado y ansioso, las conjuntivas y la piel estaban intensamente ictéricas; la macicez hepática desdordaba las falsas costillas, había adolorimiento general en la región el cual parecía más marcado en la línea descendente de la extremidad interna de la 9ª costilla, el vientre se hallaba (un poco meteorizado).

Convenientemente estudiado y consultado el caso, quedó establecido el diagnóstico de infección aguda de las vías biliares, de origen intestinal —una angiocolitis— y me resolví a practicar una canalización por medio de una colecistostomía, preparándose la enferma para el caso como para una laparotomía ordinaria, prefiriéndose el purgante de calomel y jalapa.

Incisión supraumbilical paramediana derecha, hígado crecido de color aparentemente normal, de consistencia más firme, ocultando una vesícula no dilatada y de aspecto ordinario. Se colocaron las compresas protectoras abajo, adentro y afuera y cuando se insinuaba la superior bajo el diafragma quizás con la presión ejercida sobre la cara superior del hígado se abrió un absceso cerca de su borde libre, a todo rigor midiendo su foco el volumen de un limón grande, con un pus de consistencia fluida y de color blanco amarillento, enteramente distinto del pus chocolate de los grandes abscesos hepáticos. Considerando aquel pus de una septicidad elevada, temí que en las maniobras subsecuentes para canalizar la vesícula después de abierto aquel foco, pudiera infectarse seriamente el peritoneo; por lo cual me limité a canalizar a la gasa el absceso, dejando *in situ* las compresas protectoras, prescindiendo de pronto de la proyectada colecistostomía.

El resultado de esta intervención fue sencillamente maravilloso; pues pasados dos o tres días se estableció por la brecha hepática una abundante colerragia que se prolongó disminuyendo poco a poco por término de unos doce o trece días, con entera desaparición de la fiebre, de la ictericia y del crecimiento hepático; de modo que en poco más de quince días la enferma fué dada de alta al parecer sana.

¿Qué fue lo que curó a la paciente? No es posible admitir que haya sido la apertura y canalización del pequeño absceso mencionado; pues es verosímil suponer que había focos múltiples en la crecida masa glandular y así es más plausible aceptar la enorme colerragia como factor decisivo.

Este caso operatoriamente sencillo, es con evidencia, de grandísima importancia desde el punto de vista quirúrgico y de la fisiología patológica; pone de manifiesto la eficacia de la depleción biliar, aun por una canalización indirecta, para combatir la angiocolitis infecciosa.

Por de contado que la eficiencia de este drenaje está supeditada a la oportunidad de la intervención.

Paso por alto la muy discutible indicación de la colecistostomía para canalizar el sistema biliar en las cirrosis hipertróficas, particularmente en la de Hanot, que para algunos patólogos sería el resultado de infecciones repetidas de origen intestinal, y sí voy a detenerme en la importante cuestión de las fistulas biliares.

Prescindiendo de las fistulas que rara vez suelen establecerse después de la desbridación de un absceso hepático y que por naturaleza propia son pasajeras; especialmente quiero llamar la atención sobre las que resultar pueden a consecuencia de las intervenciones sobre la vesícula.

Varias veces he sido consultado sobre las lesiones tales y de verdad que no deja de ser comprometido tener que opinar sobre las mismas cuando se ignoran los antecedentes clínicos.

Hace tiempo que vino a mis manos un caso muy interesante, cuya interpretación se puso en claro por el desarrollo de los fenómenos observados después de un esfuerzo operatorio para ocluir una fistula biliar.

Los hechos tuvieron la siguiente secuela.

Un ilustrado campañero me hizo el honor cierta vez de solicitar mis servicios en favor de una enferma, quien la víspera había sido operada para obturar una fistula consecutiva a un supuesto absceso hepático, abierto quirúrgicamente algunas semanas antes.

El compañero a quien he aludido y que en la actualidad con honor ocupa unos sillones de esta respetable Academia, por motivos particulares no había tomado participación alguna en el tratamiento de la paciente. Se trataba de una señorita. Pero estando al tanto de los acontecimientos me informó que desde el día de la oclusión operatoria de la fistula, se había elevado la temperatura hasta cerca de 40°, fiebre precedida de un fuerte calosfrío y la cual apenas había remitido por la mañana siguiente y que en tal situación de la enferma, su operador terminantemente había rehusado continuar la asistencia facultativa; por lo que se requería que me encargase de la misma.

Se trataba de una persona del sexo femenino, como he dicho, soltera, como de 28 años, bien constituida, de regular estatura, un poco enflaquecida y pálida, tinte icterico en la conjuntiva y la piel; facies denotando sufrimiento e intenso malestar; sin antecedentes hereditarios ni personales de mencionarse, excepción hecha del supuesto absceso hepático operado por el vientre, sobre el cual la enferma dió un conmemorativo un poco vago. Es profesora de gimnasia y persona de buenas costumbres, pero de carácter difícil e irritable siempre dispuesta a disgustarse por todo y por nada.

Retirado el vendaje y apósito un poco manchados de sangre, se pone

a descubierto una herida vesical suturada a puntos separados con seda que desciende del borde costal a lo largo del borde externo del músculo recto anterior derecho. Los bordes de dicha herida están hinchados, enrojecidos y entreabiertos en su parte media dejando escapar un líquido escaso, espeso, rojo obscuro, con grumos verdosos. Fueron quitados algunos puntos de sutura superficiales y profundos y canalizada convenientemente la herida.

Los fenómenos generales y locales de sepsis aguda cedieron rápidamente; la fiebre descendió de las cifras altas, convirtiéndose en remitente moderada y luego en intermitente de accesos vespertales y de régimen irregular; la herida por su parte fue cicatrizando quedando solamente una fistula biliar de débito variable, que jamás dejó salir el clásico pus hepático; la ictericia disminuyó sin desaparecer por completo y el hígado quedó desbordando las costillas.

Aquel estado valetudinario de cuando en vez se trastornaba más por accesos febriles dolores y perturbaciones digestivas, según que la fistula dejaba pasar más o menos líquido.

En vista de la observación de los fenómenos que presentó aquella enferma desde que seguramente a sus instancias se intentó cerrar su fistula biliar, formé el concepto de no haberse tratado de un absceso hepático, el cual cuando se abre por el epigastrio no he visto jamás que deje fistula; por otra parte la situación de la herida en dirección de la vesícula biliar hacia para mí muy verosímil la idea de coleliscistitis. Además en la época en que la paciente estuvo a mi cuidado, la ictericia permanente con relativa acolia de las materias fecales, hacía suponer alguna dificultad mecánica al flujo biliar a través de los gruesos canales; por lo cual la fistula se había constituido en válvula de seguridad al menos temporalmente.

Perdí de vista mucho tiempo a la enferma; había pasado una larga temporada tomando las aguas de Tehuacán, con lo que se habría mejorado notablemente en su nutrición general, pero la fistula había permanecido con sus habituales peripecias que se traducían en absesos febriles, etc.

Para intentar curar radicalmente a la mencionada paciente habría sido necesaria una nueva y grande intervención que la enferma jamás aceptó.

Aquel estado de sepsis biliar no podía durar indefinidamente y así fué que como a los dos años de que yo la viera al principio, el hígado desbordando más de cuatro dedos de las costillas al nivel de la axilar anterior, sobrevino en la enferma un estado febril, con temperaturas hiperpiréticas que acabó rápidamente con la enferma.

En parangón con el anterior voy a referir otro caso de fistula biliar sumamente interesante del cual tuve el honor de compartir por igual la responsabilidad con mi ilustrado colega el Sr. Dr. Antonio Sierra, quien tuvo a bien llevarlo a mi Clínica particular, donde fué trabajado para el es-

tablecimiento del diagnóstico y formulación y ejecución de tratamiento en continua y fraternal colaboración con el mencionado facultativo.

La Sra F. de la O. de Y., originaria del Estado de Durango y domiciliada en la ciudad de Zacatecas, de 28 años de edad, pluripara, *sin antecedentes hereditarios* y habiendo padecido solamente una fiebre intestinal a los 18 años, refirió que desde hace como treinta meses y medio, cree que comenzó la serie de sus padecimientos. Al principio y durante un año sólo acusaba un dolor en el epigastrio después de las comidas y en la noche. Después aparecieron calenturas que venían de cuando en vez, precedidas de calosfrío, las cuales se corregían con el uso de los purgantes. A estos síntomas más tarde se añadieron vómitos biliosos en ayunas.

A fines del año de 1924 tuvo un intenso dolor con carácter de cólico hacia el hipocondrio derecho con irradiaciones al derredor del tórax, dolor que se repetía de cuando en cuando acompañado de ictericia y de fiebre irregular. En marzo de 1925 el dolor se volvió constante con ligeras remisiones; la fiebre tomó un tipo intermitente sobre 39°, precedida de calosfrío y seguida de sudores; se marcó la ictericia y sufría de intensa comezón. Por ese tiempo comenzó a notar una tumefacción, bajo el hipocondrio derecho, del volumen de una nuez, indolente y un poco móvil.

En 25 de abril del año pasado fué operada, bajo anestesia general, operación sobre la cual no dió datos; pero después de la intervención se eliminó la fiebre y también desapareció el dolor; más esto solo duró nueve días, pues pasados estos reincidieron dolor y fiebre, según dijo ella por haber comido pollo, teniendo que sujetarse desde entonces a una dieta privada de grasa. La herida operatoria jamás se cerró y siempre salió por la fistula bilis en mayor o menor cantidad y además multitud de concreciones calculosas. La ictericia tampoco había desaparecido por completo; las orinas siempre estaban de color obscuro y las materias fecales en cambio eran descoloridas; la fiebre y el dolor volvían a menudo sea por separaciones al estricto régimen a que estaba sujeta o bien porqué medio se obturaba la fistula. Cansada de sufrir vino a ésta en busca de curación, de donde estaba a punto de regresar; pues un cirujano de prestigio a quien había visto, se había conformado con ponerle un tubo en la fistula, indicarle que comiera lo que gustara y el consejo de que se volviera a su tierra y cuando se le hubiere cerrado su fistula espontáneamente, viniera de nuevo para curarla. Fué entonces cuando el Sr. Dr. Sierra la llevó al Sanatorio para ver qué podíamos hacer en su favor.

La Sra F. de la O. de Y. es una persona de mediana estatura, de compleción delgada, ahora más enflaquecida por motivo de su penoso padecimiento. Marcadamente ictericia, tinte que da a su tez morena el aspecto manchado de hollín, *bistré* que dicen los franceses.

A la inspección del vientre, después de haber quitado el vendaje que sostenía y cubría un apósito manchado de verde y que ha recogido un poco de secreción muco-purulenta, se hace manifiesta una cicatriz que desciende verticalmente un poco abajo del borde costal a lo largo del borde externo del músculo recto anterior en la extensión como de nueve centímetros, la cual cicatriz un poco retraída ofrece hacia la unión de su tercio medio con el inferior un pequeño orificio deprimido, como de tres milímetros de diámetro que forzosamente deja pasar un tubo de goma de calibre correspondiente. Por ese resquicio escurre bilis y con el estilete se comprueba la existencia de un canal dirigido hacia atrás, hacia arriba y un poco hacia afuera y de una longitud como de ocho centímetros.

La palpación no descubre punto doloroso en la área hepática; pero ésta se halla ensanchada, desbordando hacia abajo poco más de dos dedos al nivel de la línea axilar anterior. Ni en el resto del vientre, ni en los demás aparatos se descubre algo anormal. La exploración de los sistemas linfático y óseo denota infarto de los ganglios epitrocleanos y ligeras exostosis claviculares; sin embargo la reacción de Wassermann resulta negativa. El examen clínico de las orinas aparte los pigmentos biliares aumentados, acusa la presencia de pequeña cantidad de albúmina. Se comprueba que las heces ofrecen la decoloración clásicamente comparada con el excremento canino.

Con todos los elementos recogidos, conmemorativos, de exploración directa y de laboratorio, pudimos interpretar los fenómenos morbosos presentados por la enferma. No había duda sobre que se trataba de una litiasis biliar, simple al principio, después complicada, la llamada irregular, caracterizada por los fenómenos febriles intensos y que en aquel tiempo de dolor permanente significó una obstrucción crónica del canal colédoco, que obligó una intervención, la colecistomía, operación que felizmente conjuró la aguda sepsis febril. Más la secuela de los síntomas presentados por la paciente, indicaban claramente que persistía la obstrucción del colédoco, a pesar de la gran cantidad de concreciones calculosas eliminadas por la fístula consecutiva a la operación; de modo que el diagnóstico que establecimos con firmeza, fue el de obstrucción crónica del colédoco por calculosis, aparte de la fístula biliar consecutiva a una colecistostomía.

Mientras resolvíamos lo que debía hacerse con la enferma y como preparación para una posible intervención, se le prescribió la sal de Carlsbad, el reposo en la cama, aplicaciones calientes en forma de curaciones húmedas, y dieta láctea acompañada de frutas, dando algunos días otros alimentos, pollo y huevos para observar cómo los soportaba la paciente y pudiendo comprobar que la ingestión de los últimos provocaba dolor y calentura, a pesar de canalizar la fístula libremente al parecer.

Resueltamente propusimos la operación, recordando el desastroso fin observado en el otro caso de fístula biliar, no sin hacer notar al esposo de la enferma que la operación revestía seriedad.

Aceptado el tratamiento operatorio, el objetivo trazado fué extirpar la vesícula, desobstruir el canal colédoco y canalizar el hepático.

La operación se desarrolló según la técnica siguiente:

Anestesia mixta de cloroformo y éter; desinfección de la región y termocauterización y taponamiento de la fístula a la gasa yodiformada. Incisión sobre la cicatriz, circunscribiendo los bordes de la fístula; disección de la piel y oclusión de la fístula por una pinza de anexos. Prolongación de la incisión siguiendo el borde costal en dirección del epigastrio seccionando el recto derecho y aun invadiendo un poco sobre el izquierdo. Apertura del vientre y colocación de gasas protectoras. La vesícula enormemente retraída está representada por un tubo de paredes rígidas, infundibuliforme, de mayor calibre hacia la íla hepática, conteniendo una gran cantidad de cálculos pequeños y fuertemente adherida al hígado, al epiplón y un poco al colon transversal. La liberación de estas conexiones constituyó uno de los tiempos más difíciles de la técnica, particularmente al esculpir a pequeños cortes de bisturi el depósito biliar de su lecho en la glándula.

Ligada la arteria y el canal císticos, pudo separarse la vesícula y se procedió a satisfacer el segundo objetivo de la operación: desobstruir los grandes canales y canalizar luego el hepático.

El epiplón gastro-hepático o ligamento hepato-duodenal que al estado normal es de consistencia blanda, membranosa, se había engrosado hasta tener en su borde anterior el calibre de un grueso pulgar; su consistencia era firme, fibrosa y esta fibrosis se había prolongado sobre el canal cístico y sobre el polo posterior de la vesícula, formando una cúpula invertida de la cual había sido necesario disecar laboriosamente el saco mencionado. Aquella fibrosis que envolvía los canales era un fuerte indicio de la sepsis crónica de que habían sido el asiento; lo cual habría ameritado su desbridación y canalización; más a mayor abundamiento y produciéndonos la honda satisfacción de ver comprobado plenamente el diagnóstico, a pesar de lo grueso de las paredes del colédoco pudimos sentir claramente la presencia de un cálculo ligeramente móvil, cuyo volumen no era menor de una avellana. Más de un centímetro penetró el bisturi en el borde del ligamento duodeno hepático para ver de llegar al interior del canal, cuya incisión practicada transversalmente entre dos puntos de fijación, fué ampliada lo necesario para extraer el voluminoso cálculo que algo se desmenuzó en las maniobras. Con las cucharillas especiales se hizo la limpia tanto en dirección del intestino como del hepático, hasta que un estilete encorvado pudo pasar libremente para uno y otro lado. Para mayor seguridad de desasolver el colédoco se

Introdujo en su extremidad periférica un tubo de goma, calibre 20 más o menos de la hilera Charrière y por él se inyectaron varias jeringas de suero fisiológico, que apenas refluja en la herida en mínima cantidad. Se introdujo el tubo hasta el canal hepático y quedó fijado en el borde de la incisión.

Procedióse en seguida a peritonizar la foseta de la vesícula, lo que se logró uniendo sus bordes a puntos separados; se unieron también por algunos puntos los bordes de la envoltura fibrosa del cístico, que además quedó cubierta por un colgajo de epiplón. El tubo de canalización del hepático se acompañó de una tira de gasa yodoformada y de otra de gasa aséptica simple, insinuada sobre el ángulo del colón. Entre la gasa y la cara inferior del hígado se colocó una tela impermeable de celulosa, que también protegió la gasa del lado del estómago. Oclusión del resto de la herida por planos, con dos puntos de reforzamiento a la seda.

Enero 8.26. A las 19 horas, seis después de la operación, temperatura en la boca 38°, pulso rítmico de regular tensión a 120.

A las 48 horas, la enferma ha expulsado gases; el pulso es de 90.

Enero 12. Ministración de 25 gramos de aceite de ricino que produjo tres evacuaciones abundantes marcadamente biliosas. La enferma ha tomado leche un poco diluida con una infusión aromática desde el tercer día.

Enero 12. a las 19 horas, temperatura de 37.7; pulso de 150; marcada disnea y tosidas de cuando en vez.

Se considera tal estado bien inquietante por, cierto como determinado por una congestión hipostática y se combate dando a la enferma posición conveniente en la cama y además de la ministración de inyecciones de alcanfor, sulfato de estriquina 0.003 *pro dosi*. A las 22 horas el estado subjetivo de la paciente ha mejorado y ha bajado la cifra del pulso a 130.

Enero 13. Expectoración rosada, algo semejante a jugo de ciruela, en pequeña cantidad; temp. 37.8; pulso de 104 a 108. Desde entonces el pulso no volvió a llegar a cifras elevadas, aunque posteriormente, como se verá hubo días de hiperpirexia.

Desde el día siguiente a la operación se tuvo que cambiar el apósito todos los días; las gasas de drenaje se comenzaron a retirar el 5º día. La canalización por el tubo insertado en el hepático ha sido más o menos abundante, pero siempre ha venido mucho líquido por las gasas que envuelven el tubo. A veces el líquido que venía por éste tenía el color amarillo dorado y el aspecto límpido de la bilis normal, otras ha sido un poco más oscura; enturbiada por grumos de moco y por concreciones pequeñas, las cuales venían a veces también por el líquido que salía del tubo.

La herida se infectó un poco, como era natural, estando en contacto con el líquido biliar seguramente séptico en el presente caso y así hubo de canalizarse pequeños abscesos.

Puede decirse que desde el 5º día el estado general vino mejorando; renació el apetito; la digestión era regular; la paciente hacía cinco alimentos al día a base de leche, féculas, legumbres y frutas cocidas. Sin embargo nos preocupaban dos cosas, que persistía un estado febril remitente entre 37.5 y 39, el cual al principio atribuimos a la sepsis de la pared abdominal; pero que observación posterior demostró que obedecía más bien a las peripeccias de la canalización biliar, al menos por entonces; además, mientras que el día del purgante las deyecciones albinas eran francamente biliosas, después los excrementos volvían a tomar un aspecto descolorido, y eso a pesar de que la paciente estaba bajo la influencia de la sal de Carlsbad y de a medicación salicilada.

Enero 22. Quince días después de la operación se ministra un purgante de calomel y raíz de jalapa, un gramo de cada cosa.

Enero 23. Instituímos una medicación opoterápica.

Enero 24. Herida de buen aspecto; la canalización del hepático es muy efectiva; curación húmeda caliente. En este día se anota la temperatura vespéral de 37.4.

La enferma ha comido con apetito, la ictericia casi por completo ha desaparecido y la presencia de la bilis en el intestino es manifiesta.

Enero 27. No fue posible reponer el tubo en el hepático de donde se había salido; pero aun sale algo de bilis por la herida, excreción que casi cesó por completo en los días siguientes; pero la temperatura ha ido subiendo hasta alcanzar las cifras de 40 y 40.6. Durante estos días se han inyectado sero-bacterinas polivalentes.

Enero 31. Al practicar la curación se encontró en el apósito mayor cantidad de pus que de ordinario y todavía la expresión profunda de la región logró hacer salir otro poco de pus y al fin un grueso cálculo biliar clásicamente poliédrico. La fiebre descendió, pero volvió a oscilar entre 37.5 y 39, y esto canalizando escrupulosamente aquel pequeño foco, más importante por su virulencia que por su volumen.

Febrero 3. Se ministra desde este día una inyección subcutánea de cloruro de emetina, durante tres días sin notar efecto alguno; entonces se cambia la vía subcutánea por la intravenosa y desde la noche de ese día se observa un cambio marcado que se caracteriza por la lisis de la fiebre y por las deyecciones albinas bien impregnadas de bilis.

Como resultado de esta intensa y prolongada labor se logró eliminar la fistula y restablecer el libre flujo biliar al intestino; la fiebre ha desaparecido y la paciente ha vuelto sin inconveniente a su régimen habitual.

Para terminar quiero añadir que si bien de todos los detalles del tratamiento enteramente solidarios somos el Sr. Dr. Sierra y el que habla, ha-

biendo sido primero quien introdujo a la enferma en el Sanatorio y reconociendo en este modesto facultativo personalidad quirúrgica bien definida que ha registrado en su *record* numerosas e importantes intervenciones llevadas a buen término, entre otras una colecistectomía; tuve empeño en que él llevase el cuchillo, tomando especialmente a mi cargo el cateterismo y llmpia del colédoco y hepático. de acuerdo con la técnica que muchas veces ví practicar a mi venerable maestro, el profesor Kott de Berlín, maniobras que a juzgar por lo publicado, es la primera vez que se ejecutan en nuestra naciente cirugía de las vías biliares.

Manuel Godoy Alvarez
