

NUESTRA EXPERIENCIA EN LA CIRUGÍA DE LA LITIASIS HEPATO COLEDOCIANA

D. PRAT y J. C. LÓPEZ GUTIÉRREZ

2ª Comunicación

En la primera parte de nuestra comunicación sobre la cirugía biliar, presentada a esta misma Sociedad en la sesión del 6 de diciembre de 1939, llegábamos a la conclusión de un probado entusiasmo, por el drenaje biliar externo en la cirugía biliar, tanto de la vesícula como del hepato - colédoco; entusiasmo justificado por los brillantes y sostenidos resultados que nos ha proporcionado la práctica y la experiencia y que nos ha estimulado a persistir en la práctica del drenaje biliar.

Con respecto a este drenaje, cabe destacar que, después de haberse impuesto, como práctica corriente, los mismos cirujanos de un pasado reciente y especialmente los alemanes realizaron una efectiva campaña contra el drenaje de la vía biliar principal, reacción que fué acompañada por cirujanos de múltiples países, pero, resistida siempre por Quénu, hasta que la generalización del drenaje biliar se impuso nuevamente. Hoy día surge como original, una nueva campaña de supresión del drenaje biliar. Establecido nuestro criterio sobre la eficaz y favorable acción de este drenaje, sobre el funcionamiento biológico del hígado, lo que representa un elemento principal de la cirugía biliar, podemos encarar en particular, la técnica de esta cirugía.

La clásica operación de Kehr, comprende tres tiempos principales: 1º la hepato - coledocotomía, para la exploración de la vía biliar principal, extracción de cálculos y drenaje de la vía

biliar, lo que constituye el "hepaticus drenaje". 2º Una colecistectomía sistemática, que tendrá como fin el suprimir la vesícula enferma y evitar que ella de origen a la formación de nuevos cálculos y 3º, un taponamiento protector por medio de mechas, a fin de aislar la brecha de drenaje y evitar la contaminación del peritoneo abdominal por la bilis séptica.

Esta operación de Kehr, constituyó el perfeccionamiento máximo de técnica quirúrgica, sobre cirugía biliar, a fines del siglo XIX; pero, el mismo Kehr se encargó de perfeccionar su operación. El drenaje del hepático, que primitivamente realizaba con un simple tubo introducido en el canal hepático, fué sustituido, con grandes ventajas, por el tubo en T de Kehr, que es el mismo que se usa actualmente y que presenta dos reales y efectivas ventajas, sobre el anterior: a) que parte de la bilis seguirá hacia el intestino, cumpliendo su importante función fisiológica, mientras que otra parte de la bilis, será drenada al exterior y b) que ese tubo de desagüe biliar, permanecerá en función de drenaje, todo el tiempo que el cirujano lo considere necesario, bastando una simple tracción voluntaria para suprimirlo. Más tarde, Kehr, mejoró más aún su drenaje reduciendo el tubo corto y transversal de la T, a una simple gotera o canaleta, lo que además de realizar un drenaje más activo, no traumatiza el canal biliar, lo que podría traducirse por una estenosis cicatrizal, crítica que insinuaron y formularon algunos cirujanos.

Con estos perfeccionamientos técnicos, la operación de Kehr siguió teniendo éxitos cada vez más precisos y brillantes; quedaba sin embargo, una maniobra operatoria que presentaba serios inconvenientes y que era muy criticada; nos referimos al abultado y perjudicial taponamiento que era necesario establecer para aislar el campo operatorio y que había provocado ya, accidentes de compresión de la vena porta, del duodeno con síndrome de oclusión y la formación de colecciones biliares sépticas con sus penosas y desagradables consecuencias.

La cirugía contemporánea ha resuelto casi todos estos inconvenientes del drenaje de la operación de Kehr, reduciendo a su mínima expresión, la colocación de mechas en el campo operatorio, o resolviendo el problema con la realización sub mucosa del drenaje biliar.

En efecto, hemos realizado corrientemente y con todo éxito

la cirugía biliar, con drenaje del hepático estableciendo la protección de la brecha biliar, solamente con una o dos pequeñas mechas de gasa, ya sea independientes o envueltas en un trozo de goma para evitar adherencias, lo que constituye el drenaje en cigarro. Si bien sabemos, que estas pequeñas compresas pueden dar lugar a adherencias post - operatorias, que provoquen secuelas inconvenientes, estamos convencidos que ellas, quedarán muy reducidas y limitadas, porque, esas mechas son extraídas precozmente, después de formadas las adherencias protectoras y ellas, nos dan hoy día la seguridad de poder realizar con toda tranquilidad y sin peligros, el drenaje del h pato - colédoco, sin temor alguno al coleperitoneo o a la peritonitis.

Quiere decir, pues, que convencidos como estamos de la importancia fundamental del drenaje de la vía biliar principal, en las operaciones practicadas en este sistema, no sólo por la infección del árbol biliar, extra e intra hepático, sino también en los casos de trastornos funcionales de la célula hepática; realizaremos y prodigaremos ese drenaje biliar, tanto más, que los principales inconvenientes técnicos de este drenaje, han sido felizmente solucionados, por la práctica quirúrgica moderna.

El drenaje biliar externo es el que contribuirá más rápida y eficazmente, a que regresen las condiciones patológicas de *espesamiento, infiltración y dilatación del canal biliar; que mejorar  la estenosis de la parte terminal del colédoco*, ya sea por *coledocitis, pancreatitis u odditis* y permitirá drenar la bilis patológica, que viene cargada de *barro biliar, calculines o restos celulares*, que seguramente son los elementos que al quedar retenidos en la vesícula, pueden ser la causa etiológica de la formación de nuevos cálculos biliares. El drenaje de la vía biliar principal, el hepático drenaje, lo realizamos habitualmente con el tubo de Kehr, de un calibre aproximado al de ese canal y desde tiempo ha, que hemos resuelto hacerlo con la rama corta abierta en canaleta.

La medicina experimental ha comprobado, que la obliteración completa de la vía biliar principal ocasiona alteraciones serias y fundamentales en el parénquima hepático y que estas lesiones est n en relación directa con la intensidad de la obliteración ya sea ésta relativa o absoluta y sobre todo, la insuficiencia hepática tiene íntima relación, con la duración de la obliteración, lo que ocasiona grandes dilataciones y éstasis de las vías biliares intra-

y extra hepáticas, que provocan lesiones celulares irreparables. Esta misma cirugía experimental es la que ha demostrado que la desviación brusca de esta estasis biliar, disminuyendo rápidamente su presión, provoca también, lesiones muy serias del parénquima hepático. Es en nombre de esta decompresión brusca que se ha pretendido condenar el drenaje biliar externo, no obstante el ingenioso dispositivo y método de drenaje de Ravdin y Frazier, que estos autores idearon para medir y regular según voluntad, el drenaje biliar operatorio. Y bien, en nuestra práctica quirúrgica, nos ha tocado desobstruir algunos de estos hepato - colédocos obstruidos casi completamente por cálculos y al instalar el drenaje consecutivo de Kehr, han drenado 200, 350 y hasta 500 grs. diarios de bilis y felizmente, nunca tuvimos ocasión de observar los temibles accidentes de la decompresión biliar.

Terminado el tiempo operatorio de la vía biliar principal, nos ocupamos en seguida de la vía biliar accesoria. Como la vesícula y el cístico están ya totalmente liberados de sus adherencias, nos es fácil establecer la indicación operatoria y resolver sobre el porvenir de la vesícula. Este es también el momento oportuno para detener aquí el acto operatorio, si consideramos que las resistencias orgánicas del paciente no resisten un acto quirúrgico completo y entonces, daremos cabida a la prudente cirugía escalonada, en dos o más tiempos, porque siempre valdrá más, curar al enfermo en varias operaciones, que liquidarlo en una sola.

Si hemos decidido continuar el acto operatorio y comprobamos un piocolecisto, con cálculos, paredes vesiculares muy enfermas y patológicas; tratándose de un paciente con buena resistencia, no titubeamos en realizar la colecistectomía que practicamos preferentemente por la vía retrógrada, después de haber puesto bien de manifiesto el triángulo de las vías biliares. Si la vesícula tiene cálculos, pero sus paredes están sólo espesadas, sin mayores alteraciones patológicas o el estado general del paciente es comprometido o deficiente, como para practicar una colecistectomía, nos limitamos habitualmente a una evacuación rápida de los cálculos del colecisto y establecemos un drenaje con sonda de nuestro modelo, que representará un drenaje de seguridad para poder retirar precozmente el drenaje del hepático, quedando la vesícula drenada, para resolver cualquier incidencia que pudiese sobrevenir en la vía biliar principal.

Cuando encontramos una vesícula esclero - atrófica retobada sobre los cálculos, solemos resolver la situación abriendo la vesícula sobre su cara inferior y desde el fondo al cuello, se extraen los cálculos y se destruye la mucosa a bisturí eléctrico, realizando la mucoclasia de Pribram.

En los casos de drenaje del hepato colédoco en los cuales la vesícula y el cístico tienen una contextura casi normal, que autoriza su conservación, podríamos proceder a la sutura de la brecha de la vía biliar principal y realizar el drenaje por colecistostomía; sin embargo en estos mismos casos, preferimos realizar el drenaje del hepato colédoco de Kehr, que será transitorio y que creemos, nos da a nosotros al menos, una seguridad mayor que la sutura, que podría fallar y ocasionarnos un coleperitoneo o una infección peritoneal. Se podría criticar el doble drenaje del hepático y de la vesícula; pero, nuestra experiencia nos deja tranquilos y satisfechos, de acuerdo con los resultados obtenidos en estos casos en que empleamos este doble drenaje.

El drenaje de la vía biliar principal nos garante la derivación directa y completa de este canal, su posible limpieza y tonificación con la coledoclistis con suero glucosado, si la creyésemos necesaria y nos permite la realización de la colangiografía por este mismo tubo de Kehr. Obtenidos estos resultados no habrá inconveniente en retirar el tubo del hepático y a mantener la continuación del drenaje y a prolongarlo, por la sonda vesicular. La presencia de los dos tubos y aun de alguna mecha de protección en la herida operatoria, no han sido obstáculo para que la herida cicatrizara perfectamente, sin inconvenientes y sin eventración.

En los casos en que realizamos la colecistectomía practica-mos siempre que ello es posible, una cuidadosa peritonización de las superficies cruentas del hígado, en particular del lecho hepático y del borde libre del pequeño epiplón, peritonizando el pedículo hepático y el muñón cístico.

Algunos cirujanos han resuelto este problema de la cirugía biliar, realizando la colecistectomía sub - serosa, sin drenaje, o practicando este drenaje transvesicular del hepático (Santy).

Es evidente que en determinados casos, esta técnica puede realizarse; pero a menudo ella es difícil o imposible aunque mucho depende de haberse entrenado el cirujano en esta técnica especial;

nosotros en nuestra práctica pocas veces la hemos empleado y por otra parte, ello es poco aplicable, en colecistitis viejas y muy enfermas.

Nos debemos referir ahora a determinados casos de la cirugía biliar, que nos ha tocado afrontar en nuestra casuística operatoria.

Cálculos olvidados en el colédoco. — Por más cuidados, por más atención que ponga el cirujano en la exploración de la vía biliar principal, uno o más cálculos pueden pasar desapercibidos y ellos se manifestarán luego provocando una obliteración del colédoco o pueden ponerse en evidencia por medio de la colangiografía post operatoria. Es en estos casos, donde se revela la importancia y la oportunidad de la C. O. en oposición a la C. P. O. En estos casos de cálculo de la vía biliar principal, comprobados en el post operatorio, hemos resuelto el problema de distintas maneras.

En un caso de cálculo enclavado en la ampolla de Vater, con drenaje del hepático con tubo de Kehr, seccionamos la rama larga, del tubo de Kehr, junto a la pared abdominal e introduciendo un conductor de Guyon por el orificio del tubo y deslizándolo por la rama inferior de la T, bajo el contralor radioscópico, pudimos cateterizar el colédoco y empujar el cálculo hacia el duodeno, destapando así el canal y evitándole al paciente una operación. Realizamos una maniobra instrumental de desobstrucción coledociana en la que obtuvimos éxito, pero no la aconsejamos ni la recomendamos, porque se trata de una maniobra ciega y hasta peligrosa.

Tratamiento de Pribram. — Otras veces hemos recurrido al tratamiento preconizado por Pribram, inyectando éter en la vía biliar, con el fin de disolver el cálculo y hemos tenido resultados variables; es un tratamiento que hay que repetirlo muchas veces para obtener éxito.

La inyección de suero simple o glucosado, puede contribuir a desenclavar un pequeño cálculo coledociano. Cuando estas maniobras fracasan o se retarda mucho la desobstrucción y sus consecuencias repercuten sobre el estado general del paciente, no hay más remedio que recurrir a la cirugía.

Si el drenaje de Kehr persiste aún, será fácil abordar la vía biliar por la colédoco o hepaticostomía preexistente y proceder a la extracción del cálculo. Cuando el drenaje de Kehr, no existe por no haberse realizado o haberse retirado ya, entonces, sí existe la colecistostomía, las maniobras quirúrgicas para la investigación del hepato colédoco, estarán también facilitadas para la búsqueda de la vía biliar y la extracción del cálculo; si no existiese ningún elemento de orientación como los mencionados y se hubiesen establecido muchas adherencias sobre el pedículo hepático, al fracasar en la investigación directa del hepato colédoco, se puede solucionar el caso, realizando la coledocotomía transduodenal y dilatando o seccionando la ampolla de Vater, se podrán extraer los cálculos enclavados en la terminación del colédoco.

En el caso de conservación de la vesícula con cístico permeable, siempre queda la posibilidad de una solución práctica, que consistiría en realizar una colecisto duodenostomía o una C. gastrostomía.

Síndrome coledociano, producido por la hepatitis. — Es un hecho conocido y consagrado por los clínicos que en la patología biliar suele ser muy difícil o imposible a veces, establecer la etiología precisa de un síndrome biliar, vale decir, que a menudo no podemos diferenciar si un síndrome de ictericia por retención, es producido por un cálculo del colédoco o una simple hepatitis.

Nuestra práctica profesional nos ha permitido llegar a la comprobación de este hecho. Hemos operado casos de colecistitis calculosa con cálculos del colédoco, que fueron tratados por la extirpación de los cálculos de la vía biliar, drenaje del hepático y colecistectomía; pues bien, al año o año y medio, algunos de estos enfermos han presentado un síndrome de ictericia, con dolores a tipo cólico, temperatura a grandes oscilaciones y chuchos de frío. Este cuadro clínico, nos permitió diagnosticar en un caso, una litiasis del colédoco, por regeneración litiasica u olvido de algún cálculo en la vía biliar principal y habiendo reoperado algunos de estos enfermos, no hemos encontrado ningún cálculo en la vía biliar, cosa comprobada no solamente en la exploración manual e instrumental, sino también con la colangiografía post operatoria, después de practicado un nuevo drenaje del hepato colédoco con tubo de Kehr, que curó a estos enfermos.

El diagnóstico que podía discutirse en estos casos era: un cálculo enclavado en la terminación del colédoco, una coledocitis, una odditis o una pancreatitis.

Hemos podido comprobar la naturaleza hepática de estas manifestaciones clínicas, por el examen de la biopsia hepática tomada durante la operación y que reveló una intensa hepatitis.

Anastómosis bilio digestivas. — Cuando no contemos ni con el drenaje biliar, ni con la presencia de la vesícula para resolver una de estas complicaciones operatorias de un cálculo enclavado en el colédoco y poco menos que imposible de abordar quirúrgicamente el cálculo, se ha aconsejado como tratamiento una anastómosis hepático o cístico duodenal. En estos últimos tiempos las anastómosis digestivas se han puesto a la orden del día y es así como se ha aconsejado la anastómosis colédoco duodenal o c. gástrica, o cístico duodenal, para resolver algunos de estos problemas quirúrgicos de la terminación del colédoco. En cálculos enclavados inabordables, en pancreatitis y odditis, algunos cirujanos especializados (Finsterer) han aconsejado estas anastómosis y por eso, las consideran hoy, como el tratamiento de elección, de esas complicaciones de la patología biliar.

Creemos perfectamente factible y realizable una hepato colédoco duodenostomía; pero nos parece menos aceptable y realizable la cístico-duodenostomía, para la cirugía general y corriente.

Nosotros por regla general, no hemos realizado esta cirugía, sino en casos de emergencia muy especiales, en que la sección accidental de la vía biliar o su estenosis, nos han obligado a realizar estas operaciones.

En un caso de la serie que corresponde a este trabajo, después de haber aislado completamente las vías biliares, con toda facilidad y tranquilidad operatoria, porque se trataba de un caso, en el que tuvimos excelente luz, clara visión del campo operatorio y pocas adherencias; realizada la sección del cístico, por una anomalía en que la anastómosis del cístico se hacía anormalmente en la cara posterior del hepático, después de haberlo contorneado; nos dimos cuenta inmediatamente de que habíamos realizado la sección total de toda la vía biliar. La sección se había producido a nivel del confluente, se hizo la separación de ambos canales, se

practicó la colecistectomía retrógrada en una vieja colecistitis calculosa y en seguida se practicó una correcta anastómosis del hepático al duodeno, anastómosis término lateral, abocando el canal biliar con una doble sutura al catgut, sobre el borde superior de la primera porción del duodeno. El resultado fué excelente, pues la enferma hizo un post operatorio ideal habiendo seguido perfectamente bien y a los tres años de su operación no ha tenido el más leve trastorno, ni incomodidad que hiciera sospechar una infección ascendente de la vía biliar, como las que se han descrito en estos casos.

Si hemos de deducir una opinión pronóstica de la hepato duodenostomía, ella no podría ser mejor y en perfecto acuerdo con la evolución de nuestro caso, Sin embargo, seguimos creyendo que la práctica de las anastómosis bilio digestivas, como la colédoco, cístico y colecisto duodenostomía, deben ser operaciones de excepción, *para resolver un caso de emergencia* y no la cirugía de elección como se pretende considerarla hoy día.

En esta cirugía de las anastómosis bilio digestivas, hay que distinguir dos tipos fundamentales de casos: 1º aquellos en que el acto quirúrgico se desarrolla en condiciones normales, con una técnica correcta y precisa y en la que se pueden esperar resultados muy buenos y 2º, los casos en que estas anastómosis se hacen en condiciones deficientes o malas por fístulas biliares con elementos anatómicos en malas condiciones, lo que obliga a realizar esas anastómosis en condiciones deficientes, con la colaboración de tubos de caucho y en las que los resultados operatorios son muy dudosos y con frecuentes fracasos.

Litiasis de las vías biliares intra hepáticas. — En nuestra casuística operatoria nos ha tocado encontrar un caso de litiasis biliar de los canales intra y extra hepáticos, que fué operado en nuestra Clínica. En la operación se encontró un absceso sub - hepático y sólo en la autopsia se puso de manifiesto la panlitiasis de las vías biliares.

La litiasis de las vías biliares intra hepáticas constituye una afección relativamente rara, cuyo diagnóstico clínico no ha sido hecho aún en ningún caso. El empleo de la C. O. es la que podría ponerla de manifiesto durante el acto operatorio. Tanto esta litiasis de los canales biliares intra hepáticos, como la litiasis biliar,

después de colecistectomía, ponen bien en evidencia, de que la litiasis no necesita en ciertos casos de la vesícula para producirse, esto nos lleva cada vez más a admitir que la litiasis biliar después de colecistectomía, ponen bien en evidencia, de que la litiasis no necesita en ciertos casos de la vesícula para producirse, esto nos lleva cada vez más a admitir que la litiasis hiliar puede reconocer como causa etiológica fundamental, una alteración primitiva de la célula hepática y que estas mismas células mortificadas y alteradas, pueden ser el núcleo inicial de los futuros cálculos biliares y que han evolucionado favorecidos por la secreción de una bilis patológica.

Desgraciadamente la terapéutica poco o nada puede hacer en estos casos de litiasis difusa de los canales biliares intra hepáticos y a lo más a que podemos aspirar hoy día, es a tratar quirúrgicamente las complicaciones de esta litiasis, prolongando más o menos tiempo la vida de estos desgraciados enfermos, con estas operaciones paliativas.

Llegamos al final de esta síntesis de la cirugía de la litiasis del hígato colédoco y no podemos menos de considerar que si nos limitamos a tomar solamente en cuenta la fase canalicular y calculosa de la terapéutica, estableceríamos una opinión completamente unilateral e imperfecta, puesto que la patogenia actual de la litiasis biliar, admite una alteración importante y fundamental de la célula hepática; alteración anatómo patológica, que puede ser primitiva o por lo menos concomitante con la litiasis.

Si deseamos una prueba real y efectiva de esta alteración primordial y constante de la célula hepática, no tenemos más que hacer el estudio histológico del hígado, de todos los enfermos que se operan de litiasis biliar y nos convenceremos de que esa *hepatitis*, existe sistemáticamente en todos los casos, y que la gravedad mayor del proceso y su pronóstico dependen fundamentalmente de la importancia de la *hepatitis* y del mayor o menor valor funcional de la célula hepática.

Quiere decir pues, que la preparación pre-operatoria del hígado, es capital, también lo será, que después de la operación, se siga cuidando y tratando de tonificar la célula hepática a fin de mejorar su capacidad funcional, que la operación y en forma especial el *drenaje biliar externo*, contribuirán eficazmente a suprimir y a conjurar esta *hepatitis*; pero, el tratamiento médico después de la operación, será también capital.

La hidratación intensiva del paciente por el suero glucosado, será muy conveniente, al que asociaremos el tratamiento por pequeñas dosis de insulina, cuando existan alteraciones del metabolismo hepático. En el post-operatorio, ante la más ligera amenaza de cloropenia, administramos por vía intra venosa, una asociación de suero glucosado al 10 % (200 a 400 grs.) y cloruro de sodio al 10 % (20 a 40 grs.), dos o tres veces al día. Realizamos además, el suministro intensivo y prolongado del extracto hepático completo y de alta concentración.

En el período de convalecencia y al tiempo ya de la operación, recomendamos, cuidar mucho el régimen dietético, comida sana y simple; seguir el empleo del extracto hepático y emplear el cateterismo duodenal en las pequeñas incidencias de la insuficiencia hepática, prescribiendo colagogos eficaces, como el acculrol o alguno de los que proporciona la farmacopea moderna.

Prolongamos el drenaje biliar, ya sea por el drenaje del hepático o por la colecistostomía, hasta que la bilis salga clara, límpida y de color amarillo oro, completamente libre de infección y de agentes extraños. Tonificamos el hígado y favorecemos sus reservas glucogénicas, con glucosa (Glucolín).

Un tratamiento médico con tal orientación y algo prolongado, será el agente más seguro y eficaz, para reintegrar lo más rápidamente posible, la capacidad funcional normal del hígado.

En resumen, la cirugía hepato biliar, representa una cirugía sumamente delicada y difícil, de una extrema complejidad, que requiere una vasta preparación y una extraordinaria experiencia en el cirujano para cumplir con éxito su misión terapéutica.

No obstante la posesión de las más destacadas y brillantes condiciones técnicas por parte del cirujano, el fracaso puede presentarse; porque las frecuentes incidencias de la litiasis biliar, provocan complicaciones de tal importancia y gravedad en las vías biliares principales, que quedan fuera del alcance limitado de la cirugía y pueden ocasionar la muerte. A fin de evitar estas graves y temibles complicaciones y con el fin de establecer una posible profilaxis a estas tan mal reputadas complicaciones, creemos que debe modificarse fundamentalmente el criterio terapéutico actual.

Ante toda manifestación clínica que represente la seguridad

de la presencia de cálculos en la vesícula, se debe operar lo más pronto posible; conducta simple y lógica, que significará *disminuir el número de cánceres de la vías biliares y aminorar intensivamente o suprimir casi totalmente*, las complicaciones litiásicas de las vías biliares principales, que son las lesiones más habituales y corrientes de estos órganos.

Diagnosticada clínicamente la litiasis biliar vesicular y comprobada con la colecistografía, no se debe titubear más, ni esperar graves complicaciones, dado que no poseemos hoy día, ningún medio médico de eliminar los cálculos, éstos deben ser eliminados quirúrgicamente ya sea, los cálculos solamente o el colecisto con ellos, si la indicación es neta y categórica.

La operación precoz, que recomendamos consistirá en el abordaje simple de la vesícula, evacuación total de sus cálculos y drenaje del colecisto por colecistostomía, cosa que se justifica por el buen estado anatómico de las paredes de la vesícula y que no imponen el sacrificio de este órgano como ocurre en las lesiones viejas y crónicas.

Actuando así, oportunamente y en tiempo; evitaremos las frecuentes y comunes complicaciones litiásicas de las vías biliares principales y entonces la cirugía biliar, quedará extraordinariamente reducida en importancia y gravedad, porque no existiendo cálculos en la vesícula, no existirá litiasis del hepato colédoco. Se habrá realizado de paso, la más inteligente y efectiva profilaxis de la patología biliar, como lo hemos realizado ya, en la apendicitis, con la extirpación precoz de este órgano en la apendicitis aguda.

Desde el año 1930, hasta la fecha, uno de nosotros (Profesor Prat), ha tenido ocasión de tratar 30 casos de litiasis hepato colodociana o con más precisión; 30 operaciones en 29 casos, puesto que un enfermo fué operado dos veces. Hubo una mortalidad de 5 casos, lo que da un porcentaje de mortalidad de 16 %. La cantidad de cálculos varió de un solo cálculo, hasta las cifras más elevadas de 63 y 227 cálculos, que fueron los dos casos que presentaron el mayor número de cálculos.