

## ILEO BILIAR DUODENAL

*Drs. Joaquín L. Sarroca y Aníbal Mojoli*

Relator: Dr. D. Prat

Los Drs. Sarroca y Mojoli, han enviado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay la interesante comunicación que relatamos integralmente tal cual la han remitido sus autores.

Tratándose de un accidente sumamente raro y por la forma como vino a producirse este caso, creemos interesante la publicación de esta observación, que tuvimos la oportunidad de tratar con resultado favorable.

C. B. de B., de 65 años de edad, consulta el día 30 de Junio de 1938, a uno de nosotros, por un cuadro doloroso, tipo cólico a nivel del epigastrio abarcando hasta el hipocondrio derecho, y vómitos abundantes. Estas molestias las venía padeciendo ya cerca de un mes atrás, al comienzo leves, pero fueron acentuándose día a día, siendo sumamente intensas cuando la vemos, no habiendo tenido ninguna mejoría durante todo ese tiempo.

Cuando la examinamos por primera vez, nos hallamos frente a una enferma anciana con fascies de sufrimiento y agotada por los continuos y abundantes vómitos que venía teniendo de un mes atrás. Estos vómitos eran francamente biliosos, y hasta según nos manifestó la enferma, podía reconocer en algunos de ellos restos de alimentos de días anteriores, y que toda ingestión de alimentos o líquidos últimamente, se hacían imposible porque al cabo de cierto tiempo aparecían fuertes dolores, de tipo cólico y sus vómitos correspondientes, por lo que trataba en lo posible la enferma, de no tomar nada para evitar estos dolores. En ningún momento hizo temperatura. La sometemos desde el principio a reposo, dieta, hielo y calmantes, para observar el cuadro confuso que presentaba. A pesar de todo esto, la enferma no mejora y al contrario, la intensidad del dolor y los vómitos aumentan, por lo que se resuelve hacerla ingresar en el Sanatorio.

En cuanto a sus antecedentes, hallamos que esta enferma fué operada por el Dr. Alberto Roldán en el año 1925 de colecistitis litiásica, practicándosele una "Colecistectomía". Después de esta operación y según la enferma, siguió muy bien sin sentir mayormente nada, aunque ya a fines de 1932, empezó a tener trastornos digestivos con crisis dolorosas, tipo cólico

e ictericia, que pasaban al poco tiempo; cuando a comienzos del año 1933, hace de nuevo un cuadro doloroso intenso con ictericia y fiebre que persiste, siendo operada nuevamente en Febrero de 1933 por el Dr. Roldán por su cuadro de "Ictericia con cólicos hepáticos a repetición e infección biliar". Extraemos del libro de operaciones lo siguiente: "Coledocotomía. Extracción de un grueso cálculo del tamaño de una nuez. El colédoco está muy dilatado, al punto que tiene casi el calibre de un asa de intestino delgado. Drenaje del colédoco".

Con todos estos antecedentes y frente al cuadro que se nos presentaba, ya que la enferma no hacía fiebre ni ictericia y en cambio sí, dolores y vómitos biliosos abundantes, en un síndrome de obstrucción duodenal por posibles bridas post-operatorias, confirmándonos este diagnóstico, el examen radiológico que nos mostraba evidente una detención completa de la comida (papa a nivel del duodeno, con un estómago grande que sobrepasaba su fondo, cuatro traveses de dedo la línea bi-iliaca, con contracciones espaciadas y acusando a la presión un dolor neto a nivel del duodeno, por debajo del bulbo. Examen radiológicos repetidos horas más tarde, nos demostraba que la comida baritada no franqueaba el duodeno y no existía rastros de comida (papa en el intestino.

Ante la persistencia y siempre creciente intensidad de su cuadro de oclusión duodenal, que fuertes dosis de morfina no la calmaban y ante la desnutrición rápida de la enferma, se le propone la intervención quirúrgica, con el diagnóstico de "oclusión duodenal por posibles bridas".

Operación: 7 Julio 1938. Anestesia local novocaína, previo Somnyl Laparatomía para-mediana derecha, con extirpación de la cicatriz anterior. Gran adherencia a la pared, formando un "masacote"; el epiplón, colon transverso, estómago y delgado, que hace difícil llegar hasta la trascavidad. Estómago dilatado. Duodeno también dilatado, comprobándose a nivel de su 2ª porción con la 3ª, dentro de la luz del duodeno, una masa tumoral, dura, con lobulaciones, del tamaño de un huevo de paloma. Incisión de la pared anterior del duodeno por debajo de la ampolla de Vater y sobre la tumefacción, comprobándose la presencia de tres cálculos, uno grande y dos más pequeños, enclavados dentro del duodeno que es difícil movilizarlos, haciéndose posible su extracción a pedazos y con cureta. Cierre en dos planos con hilo de lino de la brecha duodenal. Tubo y mecha de drenaje. Cierre de la pared en dos planos.

Evolución: a los dos días de la operación drena abundante jugo duodenal, haciéndose una fístula que cierra ésta espontáneamente a los 15 días; siendo dada de alta completamente curada de su operación el 5 de Agosto de 1938. Debemos hacer constar además, que durante su post-operatorio, la enferma fué disminuyendo rápidamente su visión y al poco tiempo queda completamente ciega por catarata doble, siguiendo así hasta la fecha.

Por todo lo expuesto vemos que nos hemos hallado frente a un cuadro de "Ileus biliar duodenal", en una enferma en que primeramente se le practicó una Colectomía por litiasis y en

Una 2ª operación; una Coledocotomía por litiasis enclavada en el colédoco.

El problema que se plantea, es cómo éstas piedras llegaron a detenerse en la luz duodenal, y no hayan emigrado hasta ser expulsadas al exterior, o detenidas en la válvula ileo-cecal.

La hipótesis de que los cálculos, voluminosos como fueron hallados, se hayan enclavado a través de una fístula colédocoduodenal, después de la coledocotomía, debemos descartarla por cuanto no existía ninguna unión anormal del colédoco con el duodeno y éste a pesar de estar dilatado (tamaño casi aproximado a un dedo), desembocaba normalmente en el duodeno en su ampolla de Vater.

Lo más probable y es lo que pensamos, que el colédoco formó estas piedras que en su comienzo debieron ser chicas para ser posible su paso por el esfínter de Oddi y debido posiblemente a una dificultad en el tránsito normal dentro del duodeno, provocado por la compresión extrínseca del "masacote" o alguna brida que estrangulaba parcialmente al duodeno, hizo posible el enclavamiento de estas tres pequeñas piedras que con el tiempo, obrarían como núcleos precipitantes de nuevos estratos de colesiterina a expensas de la bilis circulante en el duodeno, hasta adquirir un tamaño suficiente como para producir un verdadero cuadro de ileus duodenal como en el presente caso.

#### CARTA COMPLEMENTARIA DEL Dr. SARROCA ACLARANDO ALGUNOS PUNTOS DE SU COMUNICACIÓN

En mi poder su atenta carta del 8 del corriente que encantado paso a contestar y dar al mismo tiempo las respuestas correspondientes a las preguntas que se formularon en la reunión de la Sociedad de Cirugía cuando se presentó nuestro trabajo sobre Ileus Biliar.

1º La incisión que practiqué en el duodeno fué longitudinal.

2º De las tres piedras extraídas de la luz duodenal, dos salieron fragmentadas y cada una tenían el tamaño de una almendra; la tercera, que era la más voluminosa, salió íntegra y presentaba el tamaño y forma de un carozo de durazno.

3º Los cálculos estaban en el interior del duodeno, bastó la incisión sobre su pared duodenal anterior y sobre la tumoración para fluir inmediatamente abundante líquido intestinal, pudiéndose distinguir perfectamente una vez terminado el líquido y secado convenientemente, la ampolla de Vater, y por los labios de la brecha la mucosa duodenal que no podía hacer pensar de estar en el colédoco sino en la luz intestinal. La incisión longi-

tudinal que practiqué fué relativamente pequeña con relación a la tumoración, por temor de una vez producida alguna fístula sea ésta muy extensa y fallciera la enferma por desnutrición, es por eso más bien que recurrí a la pinza para despedazarla y extraerla con cureta a las dos primeras y una vez más libre la tercera fué fácil su *extracción íntegra* con un clamp. Esta aclaración creo muy interesante para explicar en la forma que recurrí con la pinza y la cureta, al hablar en mi trabajo de ellas sin dar mayores explicaciones y haciendo pensar que las tres piedras fueron totalmente extraídas a *curetage* y a pedazos; puesto que el enclavamiento estaba más bien supeditado al volumen considerable que presentaban las tres juntas provocando el cuadro de Ileus, y que una vez extraídas las dos primeras, la tercera fué fácil su *extracción íntegra* porque quedó libre en la luz dilatada del duodeno.

4º Durante toda la operación nos mantuvimos en el segmento supra-mesocólico de la región duodenal.

5º En cuanto a la hipótesis sustentada en nuestro trabajo sobre la formación de esas tres voluminosas piedras, creemos que puede ser aceptada, por las siguientes razones: a) el tamaño considerable de los cálculos que no pudieron haber franqueado a través del esfínter de Odi; b) suponiendo que franquearon estos cálculos por la vía natural forzosamente la enferma hubiera tenido crisis muy intensas con ictericia por obstrucción, y que no los tuvo desde su segunda operación en Febrero de 1933; c) la no existencia de una fístula colédoco-duodenal; d) las piedras se hallaban inmediatamente por debajo de la ampolla de Vater, lo cual hacen pensar que pueda aceptarse nuestra hipótesis ya que la bilis coledociana no tendría mayor tiempo en mezclarse con el jugo duodenal y pueda precipitar los nuevos estratos de colessterina sobre los primitivos cálculos emigrados del colédoco hasta adquirir en el transcurso de cinco años tamaños considerables como para poder provocar un Ileus Duodenal.

Quedando únicamente sin contestar sobre el nuevo estudio radiológico en la enferma por razones ajenas a mi voluntad, y quedando dispuesto a aclarar cualquier punto de nuestro trabajo que se solicitare, termino ésta con los afectuosos saludos de tu amigo de siempre.

J. L. Sarroca

#### COMENTARIO DEL RELATOR Prof. D. PRAT

Los comentarios que sugiere a vuestro miembro relator, esté interesante y raro caso de íleo biliar, son los siguientes.

Se trata de una complicación rara de la litiasis biliar, puesto que en 1927, los casos de íleo biliar documentados en la literatura universal, sólo contaban 427 casos. En 1934 oscilaban alrededor de 500 casos. En 80.000 pacientes de la clientela Moynihan, sólo comprobó 4 casos de íleo biliar, lo que representa un caso de esta complicación calcúlosa por cada 20.000 enfermos.

Ceballos, en la Argentina, en su comunicación a la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires en 1927, reúne 17 casos de íleo biliar. Ivanissevich en 1933, hace el relatorio de un caso de Trotta y comunica otro caso propio. Del Río

y Ottolenghi, en comunicación a esta misma Sociedad en 1934, reúnen 21 casos. Calcagno, relator de este trabajo de Del Río y Ottolenghi, resume así la casuística argentina en íleo biliar: "Casos publicados con historias clínicas o resúmenes útiles de la misma, suman 25. Casos citados sin historia, 15; lo que hace un total de 40 casos de íleo biliar".

En mi obra "Íleo" de 1934, sólo pude mencionar 3 casos ocurridos en nuestro país, bien documentados de los Drs. Bottaro, Stajano, Velarde Pérez Fontana y Herrera Ramos. Se han publicado ulteriormente dos casos más, uno de los Drs. . C. del Campo y Otero y otro del Dr. Loubejac. Sería muy conveniente que los cirujanos del Uruguay presentaran a la Soc. de C. del Uruguay, sus casos de íleo biliar.

El caso de íleo biliar de los Drs. Sarroca y Mojoli, de acuerdo con la regla de mayor frecuencia, se ha producido en la mujer, que como sabemos, la litiasis biliar, es cuatro veces más común en ésta que en el hombre. Igualmente comprobamos la edad avanzada de 65 años de la paciente, de acuerdo con el otro hecho estadístico de la afección, que generalmente aparece entre los 50 y los 70 años. Lo que es raro, en el caso presentado por los colegas de Paysandú, es la localización del íleo, vale decir, la obstrucción por los cálculos, que se produjo a nivel del duodeno, cuando lo común y corriente de la obstrucción calculosa, es que ella se produzca en la terminación del íleon y algo menos frecuentemente en su parte media y yeyuno. Courvoisier comprobó que la detención del cálculo, se produjo 8 veces en el *duodeno* y *yeyuno* para 33 casos en el íleon. Según los datos de Wagner encontró: en el *duodeno* 5 casos, en el yeyuno 17 casos, en el íleon 80 casos. Como se ve, la localización del íleon biliar en el duodeno es la más rara y es precisamente la encontrada por los Drs. Sarroca y Mojoli. Es por esta misma razón que el diagnóstico de oclusión era más difícil y complejo. La enferma había sido operada en 1925 de colecistitis litíásica, practicándosele una colecistectomía y en 1933, se reopera de litiasis del colédoco y en la intervención se le extrae un cálculo del tamaño de una nuez del colédoco y se le practicó el drenaje del hepático; es lógico pues que los colegas que asistían a la enferma, pensarán en un íleo por bridas. Se recurrió a la radiografía repetida que evidenció la retención de la comida opaca al nivel del duodeno y la comprobación de un estómago muy grande, que sobrepasaba cuatro traveses de dedo la línea bi-iliaca. Esto hizo sospechar lógicamente, la existencia de una brida duodenal post operatoria, que estrangulaba el intestino, en su parte alta, cosa que se confirmaba también, por los frecuentes y repetidos *vómitos biliosos*. Era difícil progresar más en el diagnóstico.

Algunos clínicos, han aconsejado en tales casos, realizar el cateterismo duodenal, que al no retirar bilis y jugo pancreático, nos indicará la existencia de una *retención completa* y además este sondeo nos permitirá evacuar el estómago y la parte superior del intestino, por encima de la oclusión, lo que mejorará el estado general del paciente y facilitará las maniobras operatorias.

Se operó a la enferma con el diagnóstico de oclusión duodenal por brida, que era el diagnóstico más lógico y aceptable, sobre todo por tratarse de

una paciente que había sido operada ya, dos veces; en una de ellas se había realizado la colecistectomía y en la otra, extracción de un grueso cálculo coledociano, lo que propendía a despistar al clínico, para pensar en el diagnóstico de íleo biliar.

Se empleó la anestesia local y crepuscular que nos parece la más indicada y que fué suficiente para realizar totalmente el acto operatorio.

Los cirujanos abordaron la lesión por una celiotomía superior, transrectal derecha, la misma incisión de la operación anterior, para lo cual, resecaron la antigua cicatriz. Encontraron un conglomerado de asas intestinales y de epiplón adherido a la pared que liberaron y pudieron localizar una *tumefacción* libre, en la unión de la 2ª y 3ª porciones duodenales, del tamaño de un huevo de paloma. Abordaron esta tumefacción por una incisión de la pared anterior del duodeno, no sabemos si esa incisión fué *longitudinal o transversal*, permitiéndoles esta brecha, extraer 3 cálculos, uno grande y dos más pequeños, que estaban enclavados en la 2ª porción duodenal. Los cálculos fueron extraídos *a pedazos y con cureta*, tal era el enclavamiento que presentaban.

Como vemos, la obstrucción biliar estaba localizada en el duodeno, *cosa muy rara en el íleo biliar*, y además, existían tres cálculos, otra cosa, poco frecuente también, pero no tan rara como la anterior.

No conocemos el volumen de los cálculos, porque los comunicantes, se limitan a decir que un cálculo era grande y los otros dos, más pequeños.

La brecha duodenal, fué saturada con dos planos de sutura al hilo de lino y se dejó mecha y tubo de drenaje en el foco. A los dos días se origina una fistula duodenal que drenó abundantemente y que se cerró a los 15 días, sin haber recurrido a la aspiración directa de la fistula, ni al empleo de la sonda de Miller Abbott.

Siempre nos ha parecido *inconveniente dejar una mecha en la vecindad de una sutura intestinal* y es muy posible que ella sea la causa de la fistulización duodenal; pero, es muy posible también que esa fistula haya contribuido a salvar a la paciente, pues ante una dificultad de drenaje intestinal, actuó como enterostomía de derivación: la enterostomía de Witzel, que algunos cirujanos y entre ellos nosotros, recomiendan practicar en la oclusión intestinal en general y en el íleo biliar, en particular.

El problema que queda por resolver y que plantean nuestros colegas de Paysandú, es el trayecto realizado, por los cálculos para llegar al duodeno o en otros términos: ¿de dónde provienen los cálculos que provocaron íleo biliar?

Las vías posibles de los cálculos para llegar al duodeno en este caso podían ser: 1º) por la vía natural, pasando los cálculos a través del esfínter de Oddi; 2º) por una fistula colédoco-duodenal y 3º) por una fistula cístico-duodenal.

Como a la enferma se le había practicado la colecistectomía, hay que descartar la fistula colecisto-duodenal y casi podría excluirse también, la cístico-duodenal, si la extirpación de la vesícula se hizo con su correspondiente canal cístico.

Los Drs. Sarroca y Mojoli creen que los cálculos llegaron por la vía biliar principal, atravesaron el Oddi, cuando esos cálculos eran aun de un volumen relativamente pequeño, se acantonaron en el duodeno y ahí aumentaron de volumen, por la adición de capas sucesivas de colessterina.

Nos parece poco aceptable esta hipótesis, porque un cálculo era grande y de difícil pasaje a través del Oddi. Además creemos que la bilis ya diluída en el duodeno, es poco probable que pueda precipitar en éste, la colessterina,; eso ocurre en cavidades con bilis de éstasis, pero no, donde circulan líquidos como en el duodeno.

Creemos que la explicación más posible y lógica, sea, que los cálculos pasaron a través de una fistula colédoco duodenal; en su favor está la gran dilatación del colédoco, pero en su contra, el hecho de que los cirujanos no comprobaron ningún trayecto fistuloso en el duodeno, aunque esta investigación constituye una exploración difícil, en las circunstancias como en las que se encontraron nuestros colegas de Paysandú. Para tener seguridad con respecto al resultado de esta exploración, tendría que haberse hecho la colangiografía operatoria, pero como se comprende, eso es una práctica casi de excepción, cuando uno no se ha preparado para ese examen durante el acto operatorio.

De acuerdo con las características de la operación y la exploración realizada y la falta de un buen examen, sobre la forma y constitución de los cálculos, el mecanismo de pasaje de estos cálculos al duodeno persistirá como una incógnita difícil de resolver y a lo sumo podremos establecer posibilidades.

Lo principal y capital de esta paciente, es que los Drs. Sarroca y Mojoli, lograron salvarla y curarla de una complicación tan rara y grave como es el íleo biliar duodenal. La Sociedad de Cirugía tiene que agradecerles el envío de tan interesante observación que debe ser publicada en nuestros Boletines y felicitarlos por el éxito obtenido.

*Doctor Etchegorry.* — Aceptando la invitación del Dr. Prat he de manifestar que estos dos últimos años he operado dos oclusiones de origen biliar, una que llamaré intrínseca y la otra extrínseca. La primera, la intrínseca, se refiere más al caso concreto del Dr. Prat. Se trataba de una enferma de mucha edad que presentaba una arritmia absoluta. Esta enferma había comido orejones.

Presentaba un cuadro de oclusión de íleon que atribuí a un orejón; sin embargo como en la placa apareciera un punto negro dejé un punto de interrogación respecto a que pudiera tratarse de un íleo biliar.

Se intervino a esta señora con anestesia local, se le hizo una pequeña incisión del Mac Burney y se pudo comprobar que se trataba de un cuerpo extraño duro que no era un orejón, y siguiendo una práctica que hago en las oclusiones por orejones que consiste en tratar de hacer pasar el cuerpo extraño más allá del obstáculo, con paciencia obtuve el resultado deseado, cayendo el cuerpo extraño dentro del ciego.

El médico de guardia no quedó muy convencido de la naturaleza de

aquél, pero a los cuatro días apareció con la piedra que el enfermo había expulsado, confirmando así que se trataba de un fleo biliar.

El otro enfermo se operó con una estenosis duodenal de origen biliar. En realidad no era así. Era una colecistitis que hacía una oclusión absoluta del duodeno. En lugar de abordar la causa en un primer tiempo hice una gastro-enterostomía.

Repuntado el enfermo volvió a operarlo de su lesión biliar a los cinco o seis meses, siendo dado de alta en el día de hoy. Ese enfermo tenía un cálculo del cístico que apretaba el duodeno.

*Profesor Del Campo.* — Yo creo que el Dr. Prat manifestó que después de su obra no se había presentado ningún caso sobre fleus biliar. Debo recordar que en el boletín del año pasado existe un caso del Dr. Loubéjac etiquetado "Ileus Biliar" y que queda un caso presentado a la Sociedad de Cirugía por mí, junto con el Dr. Otero con el nombre de "Neumatosis de la vía biliar".

Ese caso que fué presentado aquí en la comunicación sobre neumatosis de la vía biliar tenía como importante el poder hablar sobre la posibilidad de diagnosticar el ileus biliar por la radiología. El apoyo que da la radiología es enormemente grande.

Hay que recordar que clínicamente el ileus biliar es difícil de diagnosticar. En primer lugar el ileus biliar presenta una marcha que no siempre es típica. Hay a veces una marcha con remisiones que se extienden en períodos de días y semanas y que puede dar un error en la interpretación y en la condición del enfermo.

El examen radiológico certifica en primer lugar que se trata de una oclusión del delgado, y en el caso, por ejemplo, del Dr. Loubéjac está perfectamente bien que se trataba de una oclusión completa del delgado, con distensión del delgado por arriba y vacuidad completa del colon.

Yo no tengo casos en que se ha visualizado el cálculo como el caso del doctor Etchegorry.

En esos casos en que el examen radiológico se puede hacer con relativa tranquilidad porque se está en un período de remisión y en los que se ha aplicado la aspiración gastro-entérica, se puede aprovechar para hacer un pequeño examen radiológico contrastado y obtener imágenes radiográficas en las que la comida opaca que se le da al sujeto se presenta como una imagen cóncava. Por último hay la última constatación que es la más interesante de todas, ya que puede definir de entrada que se trata: es la asociación de un ileus del delgado con la comprobación de gas dentro de las vías biliares.

Es este último el que había comprobado el Dr. Otero, es decir, una neumatosis de la vía biliar. Esto debe hacer diagnosticar inmediatamente "Ileus biliar".

Ahora el Dr. Etchegorry citaba otro caso de oclusión duodenal completa provocado por una lesión vesicular.

Yo tuve ocasión de tratar un caso, el cual por la manera de presentarse el enfermo fué sumamente interesante, a pesar de que no quedemos muy bien después de hacer el relato de la historia.

Se trataba de un enfermo que ve un distinguido colega de aquí, el cual lo envía para un examen radiológico por algunos trastornos gástricos consistentes sobre todo en vómitos. El radiólogo comprobó un estómago grande, pero llega a la conclusión de que no hay lesión pilórica y evidentemente no había ni lesión gástrica ni pilórica. A ese enfermo en el curso de un examen siguiente, le comprueban en una placa, una sombra calcificada sub-hepática.

Se palpa ese enfermo y se encuentra correspondiente a esa sombra una tumoración sub-hepática que se podía dudar entre un quiste hidático calcificado o una vesícula calcificada.

La última hipótesis era la más probable por el sitio que ocupaba y por la forma.

Ese enfermo es operado con diagnóstico de vesícula calcificada y considerando que los trastornos gástricos que presentaba eran debidos a una lesión vesicular.

Se extirpó la vesícula, se encontró una gran cantidad de adherencias alrededor; se drenó, se puso una pequeña mecha y se retiró tranquilo de la mesa de operaciones. A los cuatro días el enfermo tiene un vómito abundante igual a los que padecía antes de la operación.

Esto vuelve a repetirse varias veces.

Se hace una exploración radiológica completa y se encuentra con que tiene una obstrucción duodenal.

Nos encontramos así con un examen radiológico donde no hay lesión pilórica, pero en el que hay un enorme estómago que tenía que ser explicado por algo y no simplemente por una lesión de vecindad.

Poco tiempo después ese enfermo fué llevado a la sala de operaciones y se le dió razón a la solución que le dió el Dr. Etchegorry. Se hizo una gastro-enterostomía a raíz de la cual el enfermo curó.

En los episodios de oclusión duodenal completa que se repitieron varias veces, ese enfermo fué tratado por el sondaje-aspirador con la sonda de Milles Abbot, con resultado excelente.

*Doctor Nario.* — Voy a referirme con el nombre genérico de ileus biliar donde se incluyen muy a menudo una serie de cosas que responden a mecanismos diferentes.

Creo que debería pedirse ampliación de informes a los Drs. Sarroca y Mojoli, y se debe hacer por varias razones.

Existen allí cálculos que parecen estar enclavados.

El hecho de que haya curado la fístula en la práctica no tiene mucha importancia, pero tampoco se tienen pruebas de que se haya tratado de una fístula duodenal.

Por otra parte, en estas intervenciones un poco trabajosas y en la que existen esos masacotes sobre los cuales han insistido y que no estoy de acuerdo en designarlos con ese nombre, no se sabe dónde termina una víscera y cuando empieza otra. Es cierto que los señores médicos que operaron este caso dicen que el colédoco tenía el tamaño de un dedo grueso. La hipótesis enunciada por el Dr. Chifflet es muy interesante y por la que se dice que

los cálculos sean colédoco, pero es raro que no se acompañen de algún fenómeno de ictericia que en la historia no aparece.

Mirando bien de cerca las cosas con un poco de desprejuiciamiento también fuera uno de esos casos en que este ileus biliar correspondiera un mecanismo o una acción también doble.

No se establece bien la vía de abordaje supra o inframeso-colónica. Esto está muy de acuerdo con lo que dicen los relatores y el Dr. Etchegorry que hace notar que existe un ileus que está en relación con una litiasis, pero que no es provocada con la detención de un cálculo en las vías digestivas, sino provocado por un fenómeno de periviseritis, dando lugar a una simple oclusión por bridas en el curso de un enfermo biliar operado.

*Quiere decir, en consecuencia, que podría suceder que hubiera en este caso un proceso peri-duodenal de aspecto y tipo obstructivo y al mismo tiempo obstrucción calcúlosa en el interior y complementación de la oclusión por la presencia de un cálculo del tamaño de una paloma.* Para que esta hipótesis fuera valedera sería indispensable pedirles un examen completo de ese duodeno; si existe o no una estenosis duodenal y si es un duodeno que ha intervenido por mucho de este proceso de oclusión.

Conviene establecer dentro del ileus biliar dos cosas: el ileus biliar puro obstructivo provocado por un cuerpo extraño en su interior, en el cual el mecanismo es completamente diferente, y por lo tanto distinta la evolución y la marcha también, y el ileus biliar de tipo mixto en el cual existen bridas y al mismo tiempo cálculos y ver si esos casos son frecuentes o no.

Por mi parte no doy juicio sobre el asunto, pero este caso ha sido para mí de una gran instrucción en el sentido de que en adelante trataré de ser más parco cuando pronuncie la palabra ileus biliar y mucho menos simplista en el concepto.

*Doctor Loubejac.* — Como recordó muy bien el Dr. Del Campo, en el mes de abril del año pasado tuve el honor de presentar a la Sociedad un caso de ileus biliar puro que me había pasado un colega con el diagnóstico de apendicitis aguda y que llegó a la operación con el diagnóstico de oclusión a las 48 horas de iniciado el cuadro.

Pocos instantes antes de proceder al acto quirúrgico sorprendí en la enferma dolores de tipo cólico evidentes, lo que había dificultado el interrogatorio; la enferma era una obesa con una hemiplegia con afasia. Le hice una radiografía del abdomen y comprobé gran distensión de ansas delgadas, con ausencia absoluta de gas en el colon, lo que me hizo llegar al diagnóstico de ileus mecánico de intestino delgado, e intervine sin tener dato preciso alguno de antecedentes de litiasis biliar de la enferma. Encontré un cálculo en los últimos centímetros del íleon, que extraje por enterostomía, y la enferma marchó muy bien. Con ese motivo hice un estudio de la bibliografía nacional y comprobé que hasta la publicación del libro del Prof. Prat sobre *Ileus*, no había nada publicado en nuestro país, fuera de la comunicación posterior del Prof. Del Campo a nuestra Sociedad sobre Neumatosis

espontánea de las Vías Biliares, una de cuyas observaciones se debía a una obstrucción por un cálculo biliar. En la bibliografía encontré citados tres casos del Dr. García Lagos presentados al Congreso Nacional del Centenario, pero sin detalles de la historia clínica.

Hasta ese momento —abril de 1941— no había ninguna otra comunicación sobre el tema.

En lo que respecta a la comunicación cuyo relato ha hecho el Dr. Prat, comparto las dudas que emiten los Drs. Chifflet y Nario.

Evidentemente, no es común que la obstrucción de un cuerpo extraño en cualquier porción del tubo digestivo dé una estrechez tal que obligue a sacar ese cuerpo extraño con cureta.

