

## ILEOS BILIAR SIMULANDO UN CUADRO DE APENDICITIS AGUDA

*Dres, Joaquín Sarroca y Aníbal Mojoli ( Paysandá )*

### Relatorio del Dr. D. Prat

Considerando de interés la presente observación que nos ocupa, por la forma poco común como se presentó haciendo pensar evidentemente en un cuadro apendicular agudo con peritonitis; por el tamaño excesivamente considerable del cálculo y por la ausencia completa de antecedentes hepáticos anteriores que hiciera pensar en la posibilidad de alguna litiasis o una complicación de la misma, presentamos la siguiente observación.

El día 27 de Setiembre de 1944, a las doce y treinta horas, es llamado de urgencia uno de nosotros para atender a la Sra. A. P. de P. de 53 años de edad, quien accidentalmente se hallaba en ésta desde hacía pocos días. Casada, argentina, con cinco hijos y dos abortos provocados. Dice haber sido siempre muy sana, no hallándose nada importante en sus antecedentes familiares y personales, padeciendo únicamente de algunos trastornos propios a la menopausia, siendo sus menstruaciones irregulares, pasando hasta tres meses en amenorrea, irregularidades que de un año a esta parte venía sufriendo, con llamaradas de calor y sofocación, etc. Dice que jamás tuvo trastornos digestivos de ninguna especie pudiendo siempre comer de todo sin que ninguna clase de comida le hiciera daño y por el contrario era una gran comilona, gustándole justamente las comidas gordas, condimentadas y fritas, haciendo perfectamente la digestión. Lo único que nos manifestó es haber tenido dos meses atrás una "fuerte indigestión", habiendo tenido dolores en el vientre superior, sin localización precisa, con arcadas y náuseas, pero en que ni siquiera guardó cama, pasándole todo en pocos días y sin haber comprobado temperatura. En dicha oportunidad no consultó médico, y las pocas veces que tuvo que hacerlo era porque decía que tenía un poco de presión aconsejándosele que disminuyera de peso y se cuidara en las comidas. Dice también no haber tenido nunca ictericia, sus deposiciones eran normales y no tuvo trastornos urinarios.

En cuanto a los antecedentes de la enfermedad actual, dice que dos días después de una copiosa comida a base de pastas, sintió un fuerte dolor a nivel del ombligo. *Dolor que fué intensificándose*, con caracteres de tipo cólico al comienzo para hacerse continuo luego, con fuertes arcadas y vómitos intensos, no pudiendo tomar ninguna clase de alimentos. Como sus molestias no pasaban al día siguiente resuelve tomar por su cuenta un purgante, creyendo que se trataba de una simple indisposición. El purgante no lo toleró y lo devolvió. En vista de que sus molestias se acentuaban, que tenía temperatura y su estado general decae rápidamente, recién consulta médico a las 48 horas de iniciado su cuadro. Al examen nos encontramos con una enferma obesa, con facies de sufrimiento, respiración angustiosa. Temperatura axilar 38° y rectal 39° y medio, pulso 130 al minuto. Presión arterial 17 Máx., 8 Mín. (Recklinghausen). Pulmones: nada de particular. Corazón: taquicardia, con tonos bien golpeados y regulares. Vientre: obeso. Contractura y dolor intenso en la fosa ilíaca derecha, menos marcado en el hipogastrio y fosa ilíaca izquierda donde se puede deprimir sin mayor dolor. Dolor intenso a la decompresión. puede deprimir fácilmente y sin dolor a nivel del vientre.

O. T. o g : dolor en el Douglas pero no hay abombamiento del mismo, no dando otros datos de interés al tacto.

Ante el cuadro agudo de vientre tipo inflamatorio, mandamos practicar de urgencia un análisis de sangre dándonos lo siguiente: leucocitosis 17.500 por 1 mm. cb.

Fórmula leucocitaria: polimorfos neutrófilos 88 %, monocitos 6 %, linfocitos 6 %. Total: 100.

Con el resultado evidente de un proceso inflamatorio agudo, con dolor neto en la fosa ilíaca derecha, dolor a la decompresión, disociación de la temperatura axilar y rectal, pulso rápido de 130 al minuto, sin ningún pasado hepático, con ausencia de síntomas físicos en el vientre superior, pensamos en una apendicitis aguda con peritonitis por lo que hacemos ingresar al Sanatorio a la enferma para su intervención de urgencia.

Examen radiológico: antes de ir a la intervención le practicamos un examen bajo pantalla y en posición de pie. Pulmones y corazón nada particular. El examen del abdomen no acusa la presencia de niveles líquidos, cámara gástrica aumentada empujando más de lo normal al diafragma izquierdo. Sombras difusas y opacas en el bajo vientre provocadas por las asas intestinales y posiblemente por líquido. No damos comida baritada y vamos a la intervención.

Anestesia general éter y CO<sub>2</sub>. Incisión de Mac-Burney amplia. Al abrir el peritoneo fluye líquido seroso abundante. Exteriorización difícil del ciego por meso corto y adherencias antiguas, pero el ciego no se encuentra infiltrado ni edematoso. Se aumenta la incisión, palpándose un apéndice retrocecal, subseroso y ascendente que en nada explica el cuadro ruidoso que presenta la enferma, pensando por consiguiente en una diverticulitis exteriorizamos el ileon hasta unos 50 cm. no hallando tampoco nada patológico y siendo el asa de aspecto completamente normal. Se procede a explorar el vientre a través de la incisión y se llega a palpar en el flanco izquierdo y cerca del ombligo,

una masa dura que escapa al tratar de prenderlo con los dedos, desapareciendo finalmente, pudiendo localizarlo finalmente en el hipocondrio derecho y exteriorizarlo. Se trata de un voluminoso cálculo en la luz del delgado que lo obstruye totalmente y a punto de esfacelar su pared. El asa delgada por encima se halla muy distendida. La exteriorización de la porción estrangulada alcanza difícilmente la brecha operatoria lo que nos explica que el sitio de la oclusión sea alta en el yeyuno, no estando a una distancia mayor de unos 25 cms. del duodeno. Incisión longitudinal del asa sobre el cálculo,

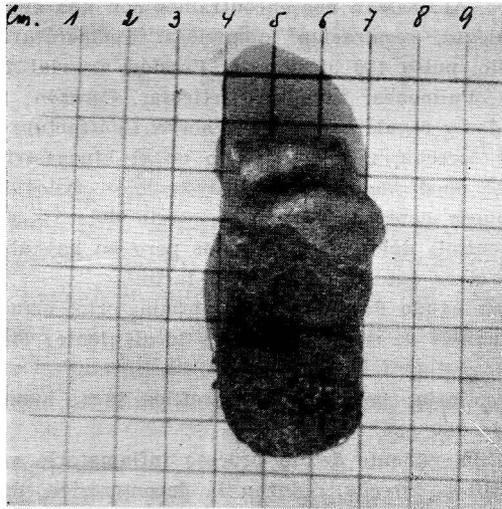


FIG. 1. — Cálculo extraído de la enferma A. P. de P. que tenía forma de tapón de champagne, pesaba 30 Grs., con 6 ½ cents. de largo y 3 ½ de ancho.

extracción del mismo, aspiración del contenido intestinal. Sutura transversal en dos planos de la incisión intestinal. Sulfamidas en el vientre. Se deja un tubo de drenaje de seguridad. Cierre de la pared por planos. Duración de la operación 45 minutos.

Terminada la intervención la enferma presenta un excelente pulso de 100 al minuto, bien golpeado, no hallándose chocada. Despierta del sueño anestésico tres horas después. Ocho horas después casi en forma brusca, decae el pulso, claudicando el corazón pese a los tónicos cardíacos y cuidados post-operatorios falleciendo la enferma en un colapso agudo una hora más tarde, es decir nueve después de la operación, sin que nada hiciera posible prever y evitar este inesperado desenlace.

El cálculo extraído es muy voluminoso, pesa 30 grs., teniendo 6,5 cms. de largo por 3,5 cms. de ancho, pudiéndose comparar su forma a la de un "tapón de champagne". Presenta un cuerpo más oscuro con capas de coles-terina reciente y precipitación de bilis negruzca; de forma ovoidea y de superficie rugosa, con un cuello más estrecho de superficie lisa y de color mate

y una cabeza más ensanchada pero plana con facetas y también lisa, de color mate y de consistencia más dura.

En cuanto al mecanismo posible de producción de este caso, se trataría de una litiasis crónica de piedra única u otra más (por su faceta); silenciosa sin ninguna manifestación hepática ni vesicular con adherencia de la vesícula al duodeno, perforación lenta de éste por compresión prolongada y continua, provocando una fístula vésico duodenal que es obliterada por el cálculo, de ahí el aspecto diferente del cuerpo que ocupaba el interior de la vesícula hallándose ésta teñida de bilis oscura y capas de neoformación por precipitación de la colesiterina; el cuello que ocupaba el orificio de la fístula y la cabeza de aspecto mate y liso en la luz del intestino bañada por el jugo duodenal. Al producirse la crisis dolorosa con que se inició este cuadro, por contracción de la vesícula se produce un verdadero "parto" dentro de la luz intestinal de este voluminoso cálculo, emigrado forzado a través de la fístula, para venir a atascarse finalmente a unos pocos centímetros del yeyuno provocando el cuadro agudo de íleo, con toda esa sintomatología confusa que simuló más bien un cuadro agudo apendicular como lo hemos interpretado y que recién después de la abertura del vientre y frente a un apéndice retrocecal no inflamado, ante la ausencia de una diverticulitis o de una ileitis y después de una búsqueda minuciosa de la causa de este cuadro agudo de vientre que explicara el síndrome, nos hallamos finalmente frente a la verdadera etiología del caso que nos ocupa, es decir un íleo biliar.

La interesante comunicación que nos han enviado los doctores Sarroca y Mojoli, de Paysandú merece consideraciones particulares. Por lo pronto, se destaca el hecho de que en un corto lapso de tiempo, nos han enviado estos colegas dos importantes observaciones de íleo biliar: el primero a localización duodenal y el segundo un íleo yeyunal alto. Como el íleo biliar constituye una rara complicación de la litiasis en nuestro país, tenemos que estarle gratos a los colegas sanduceros, que en poco tiempo nos han enviado dos comunicaciones sobre este tema.

El diagnóstico exacto no fué establecido porque se trataba de una paciente con un cuadro agudo de vientre que no tenía antecedentes hepato biliares, que el dolor más pronunciado en el abdomen, era a nivel de la fosa ilíaca derecha, con un vientre superior sin reacción y con una leucocitosis de 17.500 g. b., conjunto semiológico que despistó a los Drs. Sarroca y Mojoli del verdadero diagnóstico y los inclinó a la apendicitis aguda. Indudablemente, en algunos casos el diagnóstico clínico del íleo biliar, suele ser bien difícil, cuando no hay antecedentes hepáticos o de litiasis y

éste es precisamente el caso, puesto que la colecistitis calculosa de esta paciente era de un cálculo gigantesco, que muy a menudo evoluciona en forma completamente latente.

Hubo posibilidad de haber planteado el diagnóstico de íleo, por el examen radioscópico realizado a la paciente en el preoperatorio, examen muy oportuno e indicado en un cuadro agudo de vientre, pero que no orientó a los colegas de Paysandú en el diagnóstico, porque a pesar de existir una obstrucción intestinal, no se revelaron los niveles líquidos tan significativos en estos casos, pero que seguramente no se comprobaron, porque la obstrucción bien alta y el estómago y el intestino pudieron haberse vaciado con los vómitos.

Los comunicantes han cumplido con los preceptos clínicos de un correcto examen, en un vientre agudo, puesto que realizaron el examen radiológico; pero es una lástima que no hayan practicado una radiografía en posición de pie, puesto que era ésta la única disciplina clínica que hubiera podido establecerles el diagnóstico preciso o despertar sus sospechas hacia las vías biliares, sobre todo en un caso con tan pocos antecedentes y de difícil diagnóstico.

Una radiografía podría habernos dado una imagen del cálculo sobre todo en un cálculo seguramente viejo ya y que podía visualizarse por sus sales de calcio. He hecho radiografiar este cálculo y hemos comprobado que da una sombra intensa y tiene sales de calcio en uno de sus polos.

He aquí la placa realizada en el Instituto de Radiología del Hospital Maciel al que agradecemos su gentil colaboración. Además, la radiografía en posición de pie podría habernos dado una imagen gaseosa de la vesícula, puesto que seguramente existe en esta paciente una fístula cístico duodenal amplia, dado el gran volumen del cálculo y que posiblemente podría permitir el amplio pasaje de los gases intestinales a la vesícula, tanto más que el yeyuno estaba completamente obliterado por el cálculo y no dejaba circular los gases.

Esta *imagen gaseosa* de la vesícula, si existía en la enferma, podía haber pasado inadvertida, pero si ella hubiese sido observada hubiera despertado sospechas en el clínico, por ese *neumo vesicular* y por su situación y relacionándolo con el cuadro de la gran indigestión que tuvo previamente la enferma quizás hubiera

podido orientar el diagnóstico exacto. Está claro que no vamos a insinuar ni la sombra de una crítica, por qué esa radiografía no fué hecha, porque aun realizada quizás si hubiera permitido establecer el diagnóstico y además, porque, clínicos y cirujanos muy competentes y entrenados, podían no haber recurrido a la *radiografía* en un caso semejante. Los Drs. Sarroca y Mojoli, realizaron la radioscopia en el caso de vientre agudo y con ello cumplieron con su deber profesional y no pensaron que la radiografía podría obtener nuevos e interesantes datos semiológicos para el diagnóstico. Para el futuro, nuestra sugestión puede tener una aplicación semiológica oportuna en casos semejantes.

El Relator hace algunas consideraciones diagnósticas al presentar unas proyecciones de radiografías de íleo biliar.

En la operación recién pudo establecerse el verdadero diagnóstico: un íleo biliar de un cálculo gigantesco, que obliteró el yeyuno en su parte alta y que dada la forma del cálculo, ha permitido establecer que su pasaje al intestino, se hizo a través de una fístula cístico duodenal, que es la vía más común, generalmente en más del 95 %, de los casos de íleo biliar y que por las deformaciones particulares del cálculo, se puede afirmar como lo establecen los comunicantes que éste estuvo algún tiempo obstruyendo la fístula cístico duodenal, antes de pasar totalmente al intestino. En efecto el cálculo es grande, gigantesco, cilíndrico, con un extremo en forma de cuello, limitado por un rodete y que nos indica que es la extremidad que primero pasó al duodeno y estuvo sometido durante más tiempo a la acción del líquido intestinal Este cálculo tiene 6 cms. 5 de largo por 3,5 de ancho y pesa 30 grs., seco, lo que quiere decir que infiltrado de líquido y bilis, pesaba bastante más. Acompañó este cálculo de otro, también voluminoso, que pesa 30 grs. presentado a esta misma Sociedad por el Dr. Loubejac.

En lo que respecta al tratamiento se hizo lo que es de práctica en estos casos, es decir una intervención con éter y CO<sup>2</sup> realizando una incisión de Mac Burney, puesto que se creía operar una apendicitis.

Reconocido el cálculo biliar, se practicó una enterotomía longitudinal sobre el cálculo, extracción de éste, aspiración del contenido intestinal y sutura transversal de la brecha; operación realizada por la incisión de Mac Burney en la fosa ilíaca derecha,

que permitió efectuarla cómodamente y comprobar además, que la pared intestinal estaba alterada en la parte que correspondía al cálculo y muy dilatado el intestino por encima de él.

La enferma realiza un post operatorio regular y normal, hasta que a las 8 horas después de la intervención hace un colapso cardíaco y fallece. Este es el final corriente de casi la mitad de los enfermos operados de íleo biliar, lo que significa el funesto pronóstico de esta complicación litiásica que da del 50 al 55 % de mortalidad.

Esta temible y elevada mortalidad se explica por la toxemia que provoca el líquido intestinal en retención o estancamiento por la obstrucción que realiza el cálculo y que al recuperar su libre circulación, una gran parte de ese líquido séptico y tóxico, se absorbe por las erosiones que provocó el cálculo en la mucosa, con las terribles consecuencias toxémicas de una muerte rápida.

Parece ser que la enterotomía no es la causante única de esta mortalidad, porque hay casos en que frente al íleo biliar, no se practicó la enterotomía haciéndose deslizar el cálculo obstructor hasta el intestino grueso y a pesar de la limitación del acto operatorio se produjo el mismo fatal desenlace toxémico.

¿No tenemos algún recurso terapéutico para combatir esta toxemia post operatoria? Sí, la cirugía cuenta con varios. Sabemos que después de cualquier operación abdominal, el íleo paralítico persiste durante dos a tres días, más aún, si la intervención es algo séptica como la enterostomía. Si un paciente ha pasado varios días en oclusión completa y debe por la razón mencionada, pasar dos o tres días más, sin drenar su intestino, se explica que en los casos de íleo con toxemia avanzada, correrá un gran riesgo de muerte. Es por eso, que algunos cirujanos, ante los malos resultados del íleo biliar preconizaban el ano del delgado, después de la extracción del cálculo. Ahora bien, el ano es repudiado por el enfermo y aceptado muy a contra gusto por el cirujano, por eso, en el íleo biliar y en la oclusión en general, la operación complementaria de drenaje de elección fué la enterostomía a la Witzel. Esta enterostomía temporaria que cierra espon-táneamente, una vez retirada la sonda, consituyó un buen perfeccionamiento técnico y terapéutico que se tradujo por un mejoramiento en los resultados.

Consideramos que los Dres. Sarroca y Mojoli pudieran haber

planteado la enterostomía de Witzel en su caso, aunque por lo elevado de la obstrucción en el yeyuno, creemos que no estaba mayormente indicada; pero que en cambio, hubiera convenido mucho, realizar el sondeo intestinal aspirador, tan pronto como se hubiera podido practicar en la enferma.

Hoy día la cirugía tiene un recurso terapéutico extraordinario en el sondeo intestinal previo y post operatorio, que constituye el elemento de progreso más grande obtenido en estos últimos tiempos en el tratamiento del íleo; ya sea como terapéutica en el tratamiento del íleo paralítico o como elemento de eficaz colaboración, en el íleo orgánico o mecánico.

Somos, por lo tanto entusiastas propagandistas de la práctica previa del sondeo intestinal aspirador en el íleo biliar, cuando el diagnóstico se ha podido establecer y con la expresa constancia de realizar ese sondeo, sólo para mejorar y poner al paciente en las mejores condiciones para operarlo, sin el grave riesgo de la toxemia.

Se le ha criticado al sondeo intestinal que puede ser contraproducente, porque al evacuar y descomprimir el intestino, puede originar una mejoría tal, que el cirujano puede considerar al paciente curado y la persistencia del cálculo puede producir la perforación del intestino. Sin embargo, Hinckez que es el autor de estas críticas, afirma también, que el sondeo pre operatorio, coloca a los pacientes de íleo biliar en inmejorables condiciones para la operación permitiendo la extracción del cálculo por enterotomía y cierre, prescindiendo de la enterostomía.

Quiere decir que frente a la extrema gravedad y terrible pronóstico del íleo biliar, el cirujano cuenta en su haber con un notable recurso terapéutico que es el sondeo intestinal aspiratorio en el pre y post operatorio, lo que constituye una colaboración terapéutica de capital importancia, para salvar la vida del enfermo. Otras veces el cirujano podrá realizar la derivación intestinal por medio de la enterostomía a la Witzel, pero en los casos de obstrucción alta la maniobra inmediata del sondeo intestinal es la más indicada y más conveniente.

Acabamos de comentar los dos recursos terapéuticos con que cuenta hoy día el cirujano para completar el tratamiento del íleo: el sondeo intestinal de Wangensteen y la enterostomía a lo Witzel

que han modificado favorablemente el temible pronóstico del íleo biliar, pero que en el caso comunicado los hechos parece que no eran favorables para una colaboración terapéutica de esta índole.

Propongo que se les agradezca a los Drs. Sarroca y Mojoli la interesante comunicación remitida y que ella sea publicada en nuestros Boletines.

**Prof. Soto Blanco.** — La Mesa se complace en dejar constancia de los comentarios que ha hecho el Prof. Prat a la comunicación de los Drs. Sarroca y Mojoli de Paysandú. Desde luego que tanto para los colegas como para nosotros es uno de esos trabajos que quedan, sobre todo, por las últimas conclusiones a que llega el relator sobre la derivación a efectuar del contenido intestinal.

El pronóstico del íleus biliar seguirá siendo tan malo, aún en estos momentos, como lo fué en un principio; pero desde que se hace el drenaje del segmento superior, antes del acto operatorio, con sonda del tipo largo que puede ser llevada hasta el obstáculo, ese pronóstico se hará más benigno.

En la última enferma que tuve ocasión de operar de íleus biliar y a la cual le coloqué una sonda del tipo de Miller-Abbot, la cantidad de líquido que dió en 24 horas fué extraordinaria; pasó cinco litros y solo se operó al segundo día porque aun no tenía diagnóstico de su enfermedad.

Quiero dejar constancia de que el patólogo que denominó a esta enfermedad íleus biliar, no ha hecho otra cosa que demostrar en el acierto del mismo. He encontrado en estos enfermos el íleus más marcado que se puede observar. Es una de las cosas que me hace pensar, puesto que veo estos íleus que no son solo del tubo digestivo, sino que hay ciertos órganos que se paralizan completamente como la vejiga y otros órganos del organismo, casi se podría decir que no era solo una oclusión intestinal, sino una lesión generalizada oclusiva.

La dilatación del estómago es extraordinaria. Constipación completa, ausencia de gases a pesar de tener una distensión de todo el colon y ese gran balonamiento de esos enfermos es notable. Si el cálculo biliar es más chico, puede progresar solo por sus medios y la evolución del enfermo está reglada por el drenado que se hace del cabo superior de su intestino.

**Dr. De Chiara.** — El caso presentado por los Dres. Sarroca y Mojoli y relatado por el Profesor Prat me da motivo para hacer algunas consideraciones que creo de interés destacar. Ellas se refieren a tres problemas: a) diagnóstico; b) tratamiento; c) probable causa de la muerte de la enferma.

En lo referente al diagnóstico tengo la impresión que, tal como se presentó el caso comentado, era difícil hacer un diagnóstico pre-operatorio de íleus biliar, dificultad que es lo corriente, dado lo variable de los síntomas y de los aspectos clínicos con que puede presentarse. Creo, que efecti-

vamente el diagnóstico radiológico puede ayudar mucho para aclarar la causa de la oclusión, mostrándonos a veces la imagen del cálculo y otras una verdadera neumatosis biliar. En los casos que he visto este recurso sólo fué útil en una ocasión; por otra parte la persistencia de la fístula colecisto-intestinal, una vez constituido el ileus biliar, no es obligatoria, excluidos los casos de pasaje a través de la papila de Vater; el pasaje del cálculo de la vía biliar al intestino puede hacerse por una parietalización progresiva del cálculo, de modo que cuando éste está en la luz del intestino, el trayecto está casi obturado y la comunicación cerrada. Nosotros no hemos visto esta comunicación ni la hemos podido poner de manifiesto radiológicamente, a pesar de hallar cálculos de gran tamaño en el intestino, que hacían prever que no podían haber migrado a través de la papila de Vater.

En lo referente al tratamiento, considero que la maniobra de hacer la enterotomía sobre el sitio de impactación del cálculo, donde existe una verdadera lesión de infarto intestinal, es mala y debe evitarse. En el caso comentado los comunicantes destacan el pésimo estado del intestino a ese nivel lo que hace suponer que la sutura intestinal correspondiente fué hecha en un terreno muy poco propicio para el éxito de la intervención.

Mi maestro el Prof. Dr. Nario, ha propuesto un recurso para resolver estas situaciones, que he visto emplear con todo resultado y que creo de utilidad destaca aquí. Hay que tratar de movilizar el cálculo para evitar a toda costa la enterotomía "in situ"; intentar una movilización por maniobras sobre él, es agregar a las lesiones intestinales ya existentes, las provocadas por el traumatismo manual; llevar el cálculo hacia la parte proximal del intestino y hacer allí la enterotomía, obliga a hacer ésta también en un terreno precario y no es de desear. Resulta lógico pues, movilizar el cálculo hacia la parte distal a zonas de intestino sano y para esto el Profesor Nario hace una infiltración de novocaína al 1 %, a unos 10-15 cm. del borde intestinal, en el mesenterio frente a la zona de impactación calcúlosa, lo que permite vencer el estado espasmódico sobreagregado y hacer que el cálculo recobre su libertad y pueda con relativa facilidad hacerse progresar hacia un sector intestinal más distal y realizar allí la enterotomía, extracción del cálculo y sutura consiguientes en un terreno propicio.

Otro aspecto del Tratamiento es el empleo de la Enterostomía de derivación por encima del lugar de la oclusión; es un recurso útil en muchos casos; en el caso particular comentado esta derivación pudo hacerse, por tratarse de una oclusión alta, de las primeras asas yeyunales, por medio de un simple intubación por sonda gastroduodenal.

El tercer problema que quería considerar es el de la causa de la muerte de la enferma. Evidentemente se trataba de un caso gravísimo, por tratarse de un ileus biliar y de un ileus biliar alto. La historia presentada habla de un postoperatorio con gran hipotermia y muerte a las 8 horas en colapso progresivo; aunque faltan otros elementos de juicio, creo que ese cuadro puede responder con bastante semejanza a lo que la Escuela Norteamericana ha designado con el nombre de muerte hepática.

Por otra parte considero, que dado el estado grave de la enferma, el

estado del intestino donde hubo de realizarse la enterotomía y sutura, difícilmente hubiera escapado a las contingencias de una peritonitis postoperatoria, de no haber sucumbido como lo hizo, con ese cuadro de hipertermia y colapso que insisto puede sospecharse como un caso de muerte hepática.

**Dr. Etchegorry.** — Cuando se habla de ileo biliar hay dos factores a tener en cuenta: el factor oclusión u obstrucción intestinal y el factor de la causa de la obstrucción.

La gravedad del factor obstructivo en un ileo biliar depende como en cualquier otro, del sitio en que se ha producido el ileo. Hablar de oclusión biliar sin especificación de lugar, me parece un poquito vago. No es lo mismo una obstrucción en las primeras ansas yeyunales que en el final ileón. Ahora bien sabemos que los cálculos se localizan habitualmente en dos sitios: en las primeras ansas yeyunales o en la extremidad del ileon. En la primera circunstancia, la oclusión, por se, es sumamente grave. Experimentalmente está demostrado que la alteración del estado general es mayor a medida que el obstáculo se acerca al entrecruzamiento duodeno-pancreático-hepático. Así pues, con o sin insuficiencia hepática previa, un cálculo a ese nivel será siempre de pronóstico muy serio. Este hecho es un fuerte argumento contra los que sostienen que la absorción de los líquidos intestinales es la principal causa de la muerte, en los obstruidos, argumento que se refuerza si se tiene en cuenta que hay enfermos con obstrucciones bajas e insuficiencia de la válvula ileo-cecal que toleran su enfermedad durante 4 ó 5 días, mientras que aquellos cuyo obstáculo está en la primer ansa rara vez duran más de 24 horas.

De ahí mi poco entusiasmo por la enterostomía de descarga.

Por lo tanto yo rogaría que siempre que se hablara de ileus biliar se especificara bien el lugar donde estaba detenido el cálculo.

Respecto a la causa de la muerte de la enferma los datos que suministra la historia hacen más bien creer que murió de choc post operatorio; un enfermo que tarda tres horas en despertarse de la anestesia y que en ningún momento marcha bien, cabe perfectamente dentro de dicho cuadro.

Comparto el criterio de que la enterostomía sobre el cálculo es una maniobra mala; seré en cambio más prudente en la crítica del acto operatorio en general, nada fácil cuando no se tiene un diagnóstico exacto.

En cuanto al procedimiento a seguir en general creo depende del tamaño del cálculo y del lugar en que se encuentre. Sé que Nario es enemigo de hacer correr el cálculo y pasarlo al ciego. Yo en cambio, lo he hecho sin ningún inconveniente. Ahora, llevarlo contra corriente, me parece tan malo como abrir el ansa in situ.