

*DILATACION CONGENITA DEL HEPATO-COLEDOCO-  
MEGACOLEDOCO*

*Prof. Dr. Carlos Stajano*

Presentamos este caso a la Sociedad, por las múltiples enseñanzas que pueden ser útiles a los que nunca se han enfrentado con esta grave malformación. Además porque de él hemos aprendido instruyéndonos en la bibliografía universal sobre conductas terapéuticas y sus resultados. En tercer término porque hemos intentado un tipo de operación cuyos beneficios hasta el momento han sido evidentes. Omitiremos toda consideración general sobre el proceso en sí. Remitimos al lector a la Bibliografía consultada, y en la que analíticamente podrá encontrar casuística, embriología, patogenia, hipótesis, resultados inmediatos y lejanos, así como el índice de extrema gravedad de los casi 190 casos publicados hasta hoy en el mundo.

Enferma M. R. S., de 25 años de edad, uruguaya.

Únicos antecedentes cedidos por el Dr. J. C. Carlevaro.

El 7 de febrero 1945 es vista por primera vez por el Dr. J. C. Carlevaro. Se queja de dolores paroxísticos localizados al hipocondrio y resto del hemivientre derecho. Es constipada habitual. El carnet de salud del año 1943 es normal, salvo un episodio en el mes de enero tratado por el Dr. Piaggio Bianco y catalogado como estado gastro intestinal severo.

El examen físico en esa fecha, no revela anomalías en el abdomen, y comprueba una gravidez uterina aproximadamente de 2 meses. El examen de orina acusa sólo indicios de albúmina.

A principios de marzo aparecen manchas urticarianas que se atribuyeron a ingestión de pescado.

Puesta a régimen, mejoró de sus dolencias generales, pero no de sus dolores en el hemivientre derecho; pequeños dolores que se alivian en cama y con bolsa de agua caliente. El examen físico no revela nada a ese nivel, lo que hace pensar en un trastorno funcional.

El embarazo sigue su marcha. La orina nunca presentó sustancias anormales.

En agosto 15/1945, al comienzo del 9º mes del embarazo, se comprueba una presentación de nalgas, que confirma radiográficamente el Dr. H. Mezzera.

La versión por maniobras externas fué practicada en el consultorio, con alguna dificultad, pero sin incidencias.

En los primeros días de setiembre aparece un dolor en la columna vertebral dorsal, que se acentúa al respirar; acompañado de náuseas y vómitos alimenticios.

El cuadro clínico evoluciona agravándose, sobre todo en lo que se refiere a los vómitos, que se hacen incoercibles.

Ingresa al sanatorio con un cuadro de acidosis, que cede rápidamente al tratamiento.

El 13 de setiembre de 1945 tiene un parto normal, con niño sano, de 3400 gramos de peso. La placenta y membranas sin particularidades, así como un puerperio normal. El 22 de setiembre es dada de alta.

El 26 de setiembre, es decir, 13 días después del parto, es vista en su domicilio.

A la simple inspección, llama la atención una gran tumefacción que ocupa el hipocondrio derecho, haciendo saliencia debajo del reborde costal.

La palpación muestra su forma, a contorno inferior redondeado. La ausencia de dolor, su tamaño que es el de una cabeza de feto a término, su movilidad con los movimientos respiratorios, su falta de contacto lumbar, sus consistencia líquida, dan una semiología física evidente.

A la percusión es mate, y su macidez continúa a la macidez hepática.

Tiene todos los caracteres clínicos de los grandes quistes hidáticos de la cara inferior del hígado.

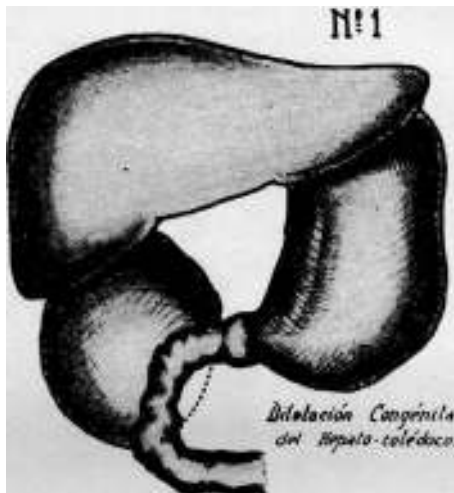
Es entonces vista en consulta con el Prof. Stajano.

Coincidiendo en la evidencia de un gran quiste hidático de la cara inferior del hígado, se consideró prudente distanciar la intervención del puerperio reciente y a la vez con el fin de no perturbar la lactancia. En los días sucesivos se practican exámenes corrientes. Urea y orina normal. Sólo una eosinofilia de 5 % y un Cassoni positivo precoz, pero fugaz.

**El 24 de octubre 1945.** — Al mes y medio del parto, la bolsa quística aumenta evidentemente de tamaño y se hace dolorosa con irradiación a epigastrio y base derecha y posterior del tórax, decidiendo la intervención.

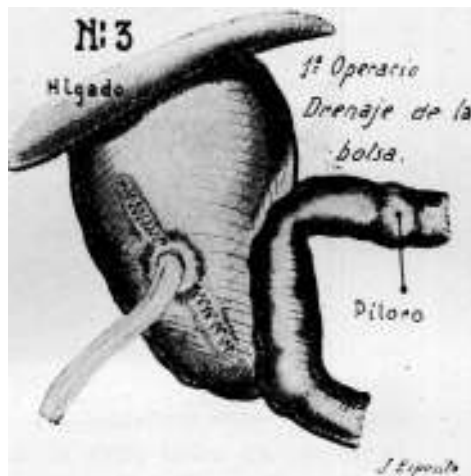
Operación: Anestesia con gases. Ayuda Dr. Suiffet y Quintana. Insición paramediana. Nos sorprende una enorme masa quística que levanta al hígado que es de aspecto sano y de color normal. Aleja al duodeno hacia abajo y ocupa toda la región infrahepática. No es posible su liberación del lado interno dado que levanta en continuidad al peritoneo del pequeño epiplón. (Fig. N° 1).

Abordamos el polo externo incindiendo el peritoneo parietal posterior y hacemos un decolamiento retroduodeno pancreático, levantando la bolsa que está íntimamente solidaria con el duodeno páncreas.



Gran bolsa  
Hepato-coledociana.

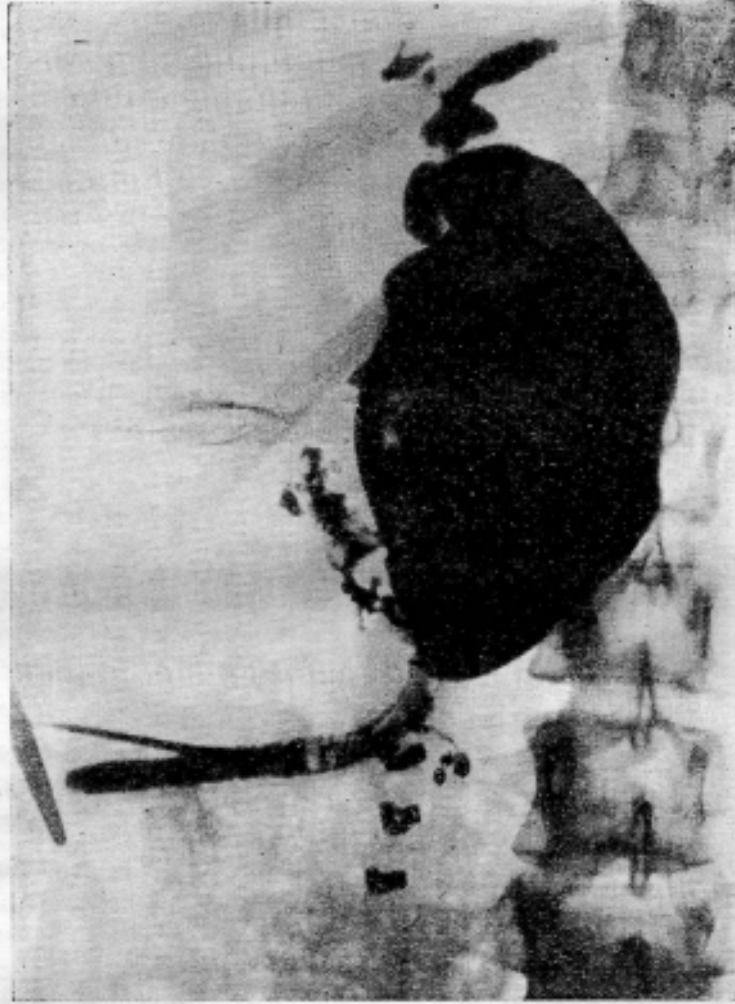
J. Espirito.



J. Espirito.

El polo superior se pierde en el infra hígado y no reconocemos los canales dado que la bolsa se continúa hasta el límite del parénquima hepático. No vemos la vesícula biliar. La sorpresa operatoria es evidente, pues nunca habíamos encontrado nada semejante.

Decidimos puncionar extrayendo bilis negra. Se aspira el contenido extrayendo próximamente 300 grs. de líquido biliar. Abrimos la bolsa y comprobamos una cavidad esférica de aspecto liso sin poderla catete..



Colangiografía. — Poseemos la serie de placas en las cuales se ve el relleno progresivo de la bolsa

rizar en ningún sentido. Extraemos una franja de pared para estudio histológico y cerramos en sutura linear sobre sonda de Petzer drenando al exterior. Se ponen dos puntos en el decolamiento retro-duodenal. No nos habíamos enfrentado nunca con una dilatación del colédoco de tal índole. Post operatorio sin incidencias. El drenaje dió diariamente de 600 a 700 gramos de bilis hasta el 14º día de esta intervención, en que de acuerdo con la información bibliográfica que profusamente recogimos, sacamos la conclusión de que debíamos completar nuestra acción quirúr-

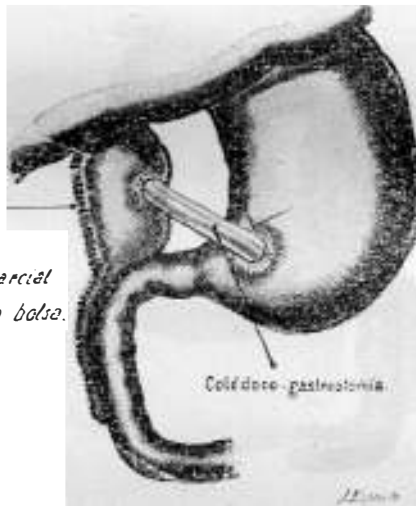
gica, so pena de perder irremisiblemente a la enferma, de una degeneración hepática, de una cirrosis, o de una infección de la gran bolsa.

Se realizaron sucesivas investigaciones radiológicas, mostrando los contornos de la gran cavidad, reducida de lo que era en el acto operatorio, por el drenaje al exterior de su contenido. Fué infructuoso siempre el drenaje o sondeo duodenal. No hay bilis en las materias fecales. Ver Radiografía.

**2ª Intervención.** — A los 14 días (7 de noviembre 1945) se reinterviene con una orientación táctica: 1) reconocer el estado

2ª Intervención

*Sutura al nivel  
de la resección parcial  
de la pared de la bolsa.*



y ubicación de la vesícula biliar que no fué vista en el primer acto operatorio y obrar en consecuencia.

2) Al no realizar la extirpación total de la bolsa, cosa que consideramos imposible por extenderse la dilatación hasta los canales intra-hepáticos, dado que la gran cavidad parecía emanar del infra-hígado, nuestro desiderátum y propósito ante-operatorio era, si nos era permitido, convertir la gran bolsa en un canal más o menos ancho y a la vez hacer un drenaje suplementario a estómago o duodeno. Colédoco-gastrostomía o colédoco-duodenostomía con el fin de evitar la distensión del canal reformado, contemplando así la sutura de un canal con una pared muy pobre en vasos.

3) Ese fué nuestro propósito fundamental y sólo hubiéramos recurrido a la anastomosis de la bolsa coledociana al duodeno,

como se ha realizado en casi todos los casos de la bibliografía, en la imposibilidad de realizar nuestro propósito. En realidad esa operación ha conducido a la muerte, cercana, o tardíamente, en la mayoría de los operados, por angiocolitis ascendente, cirrosis hepática, insuficiencia de hígado y hepatitis, con hemorragias, etc. En nuestro medio conocemos un caso del Dr. A. Ugón, que a los seis meses hizo esa complicación que lo condujo a la muerte.

El abordaje lo hicimos esta vez por mediana supra umbilical y con anestesia general con gases. Reconocemos el campo opera-



*Plegamiento de la pared  
gástrica para evitar  
tracción de la boca de  
colédoco - gastrostomía*

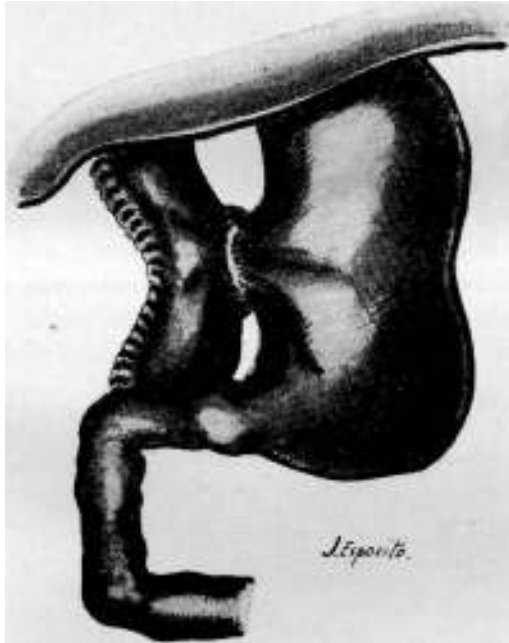
*J. Espavito*

torio y los contornos de la gran bolsa. Buscamos la vesícula que está abocada al gran globo coledociano, con un cístico largo que permite a la vesícula estar en retro-posición y sepultada en un nicho de parénquima hepático. La liberamos de su nicho y la extirpamos como paso previo. Mecha en el lecho de extirpación.

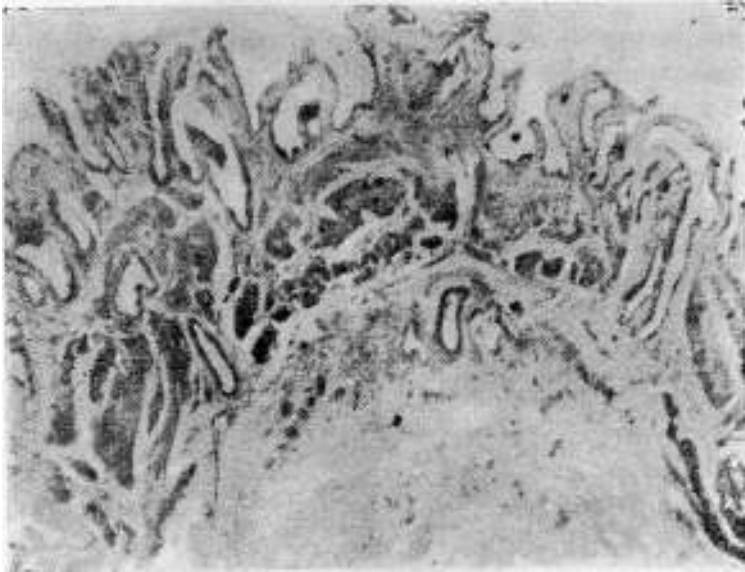
Segundo tiempo. — Abrimos ampliamente la gran bolsa al través del drenaje de la operación anterior. Resecamos buena parte de su pared, calculando la cantidad de paño para rehacer una cavidad en forma de canal en su mayor extensión y convertir una esfera en un tubo, cosa que conseguimos no con poca dificultad. Por otra parte esta conducta era riesgosa, por el motivo del futuro problemático de la sutura, dado que la histología de las paredes ya nos reveló una escasez extraordinaria de vasos

con predominio de un tejido fibroso avascular desprovisto de revestimiento mucoso.

Tercer tiempo. — Realizamos sobre tubo de goma perdido una anastomosis colédoco-gástrica evitando así la hipertensión biliar en el canal neo-formado, convencidos que este complemento operatorio fué fundamental para el éxito obtenido. Cierre. Post-operatorio perfecto y más normal que en la primera operación a pesar de la mayor entidad del acto realizado. A los 7 días vomita



el tubo de goma de la anastomosis. A los 12 días retiramos la mecha del lecho vesicular y se constituye una fístula biliar abundante de 600 a 700 gramos por día. Dehiscencia de la sutura? Tal vez. Decoloración de las materias fecales. Colocamos tubo pequeño de drenaje (sonda Nelaton) y recogemos la bilis que reintegramos por sonda gástrica diariamente. Inyectamos en el trayecto, aceite de oliva, recordando la práctica enseñanza de mi viejo maestro el Prof. Pouey y lentamente disminuye la secreción biliar y la cicatrización se obtiene a los dos meses, — con algunas alternativas de cierre total y drenaje a forma explosiva en tres circunstancias. En el mes de enero — cicatrización total hasta



Microfotografía correspondiente a la vesícula biliar normal



Restos de  
mucosa.

Pared fibrosa  
con algunos  
vasos  
aislados.

Microfotografía de la pared del quiste coledociano



el momento actual. Sin trastornos digestivos, sin dolores, sin el menor signo biliar, con aumento de 8 kilogramos y con alimentación normal y corriente, con las limitaciones prudentes de rigor. Desaparición de la constipación habitual y normalización intestinal. ¿Hasta cuándo se prolongará esta mejoría? ¿Qué resultado lejano obtendremos en este caso? No podemos adelantarlo. Solamente hacemos hincapié en que la conducta observada es la más lógica de las hasta hoy realizadas, puesto que puntualiza y objetiva en su táctica: primero, la dilatación gigantesca y la reduce; segundo, asegura por un drenaje suplementario el drenaje insuficiente del Oddi, seguramente responsable y determinante principal de esta anomalía de desarrollo.

*Estudios complementarios.* — Estudio anatómico macroscópico de la pared de la bolsa. Pared con un recubrimiento externo de tipo seroso y una pared interna de aspecto finamente poroso y teñido en bilis. Tiene un espesor de 25 m/m. Histológicamente es difícil precisar estructuras de capas diferentes. Toda la pared está constituida por tejido fibroso, surcada por escasos vasos aislados, y presentando en su superficie interna, solamente en zonas aisladas un resto de revestimiento epitelial aplastado.

La vesícula biliar macroscópicamente y microscópicamente tiene las características de un órgano normal. (Jefe de Laboratorio de Anatomía Patológica de la Clínica, Dr. Scandroglío).

### Conclusiones

1) Es evidentemente un proceso excepcional. En nuestro medio es el segundo caso observado. El primero es el del Dr. V. Armand Ugón. Son contados los cirujanos que cuentan en su haber algún caso en su larga experiencia de cirugía biliar. James Walton en 1175 casos de cirugía biliar, es el único que presenta cinco casos personales. De la bibliografía argentina sólo encontramos tres casos. (Jauregui - Masciotra y de Bengolea y Velazco Suárez) todos ellos de evolución letal. En la Bibliografía mundial sólo existen 190 casos en total.

2) Es en la mujer infinitamente más frecuente que en el hombre.

3) El estado gravídico ha sido con frecuencia la causa oca-

sional que ha hecho clínico al proceso, más o menos tolerado hasta entonces. 80 % de los casos.

4) La sintomatología ha sido vaga y no característica. En nuestro caso, los dolores epigástricos y en la base del hemitórax derecho sin la menor ictericia y en el post-parto el gran tumor progresivo sin ninguna manifestación canalicular obstructiva, ruidosa u ostensible.

5) En la gran mayoría de los casos se ha hecho diagnóstico como en el nuestro de quiste hidático del hígado.

6) La sorpresa del cirujano ha sido constante siempre, y la táctica quirúrgica ha consistido en el drenaje de la bolsa, que no debe prolongarse jamás, so pena de perder al enfermo, — o en la derivación interna hacia el duodeno, conduciendo frecuentemente a la infección de la bolsa y la muerte.

7) La extirpación total del megacolédoco sólo podría intentarse cuando la dilatación fuese segmentaria no alcanzando a ambos hepáticos.

8) No predecimos sobre el futuro de nuestro caso. Actualmente está en el onceavo mes en óptimas condiciones.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) Les dilatations congenitales du choledoque. Seneque y Tailhefer. — *Journal de Chirurgie*. Año 1929, pág. 154.  
Existen en este trabajo 88 citas bibliográficas con el extracto de los casos publicados hasta esa fecha.
- 2) A propos d'une anomalie des voies biliares. Desgouthes et Ricard. *Lyon Chirurgial*, 1925, pág. 823.
- 3) LEWIS (F. T.) en Keibel and Mall, *Human embriologie*, 2, 411.
- 4) JAUREGUI (P.). — Consideraciones sobre quistes idiopáticos del colédoco. *Rev. Cirugía de Buenos Aires*, 1928, 7, 536.
- 5) MASCOTRA (R. L.) y VARELA CHILESE (R.). — Dilatación congénita del colédoco. *Rec. Méd. Quirúrg. Pat. Fem.* 1938, 4, 903.
- 6) BENGOLEA (A. J.) y VELAZCO SUAREZ (C.). — Dilatación quística idiopática del hepato-colédoco. *Arch. Arg. Enf. Apar. Dig. y Nut.*, 1937, 12
- 8) SWARTLEY (W. B.). — Quiste del colédoco. *Annals of Surgery*. Versión Castellana. Filadelfia (Penn.) EE. UU. Buenos Aires. Volumen 2, año 1943, N° 7, julio, pág. 1034.
- 9) SHALLOW (T. A.), EGER (S. A.), WAGNER (F. B.) — Dilatación quística congénita del colédoco. *Annals of Surgery*. Versión Caste-

llana. Filadelfia (Penn.) EE. UU. Buenos Aires, R. A. Vol. 2. Año 1943, N° 3, marzo, pág. 329-359.

- 10) ARMAND UGON (V.). — Citado en el libro de Patología Biliar del Dr. Prat.

**Dr. Víctor Armand Ugón** — El caso que nosotros tuvimos que tratar fué una enferma parecida en todo a la que acaba de describir el Dr. Stajano, salvo en la historia clínica, puesto que la enferma que nosotros operamos con dilatación congénita de colédoco, había sufrido desde su primera infancia, al punto que el Profesor Morquio que la trataba, la quiso operar de apendicitis. El Dr. Pena no la quería operar porque era una hepática, y después de muchos años el Dr. Pena la operó de apendicitis y la enferma a los diez días de operada, de apendicectomía, tuvo una nueva crisis dolorosa, igual a las anteriores. De esa época, que tendría unos 9 años, siguió sufriendo por crisis, por temporadas, con remisiones, haciendo sub ictericia. En esas condiciones llegó a la edad adulta, a los 30 años; tenía, cuando la vimos, media docena de colecistografías donde nunca se le había visualizado la vesícula biliar, aunque se tocaba en la región hepática, una tumoración renitente. Nosotros la intervini- mos, creyendo que se trataba de una vesícula obstruída. Como el Dr. Stajano quedamos un poco desorientados frente a la lesión un poco inusitada para nosotros, puesto que no conocíamos nada de dilatación congénita del colédoco. En un primer tiempo, hicimos un drenaje de la bolsa quística y extrajimos un pedazo para el examen histológico, que demostró que se trataba de una bolsa exactamente como la que acaba de proyectar el Dr. Stajano, a pared fibrosa. Como la enferma seguía perdiendo bilis, como era lógico, en cantidades grandes de 600 a 800 grs. diarios, resolvimos reintervenirla con el Dr. García Capurro. Hicimos una coledocoduodenostomía. El post operatorio de esta segunda intervención fué muy bueno, y la enferma mejoró notablemente al punto que aumentó 15 Kls. en el término de unos seis meses. Ya no hacíamos muchas ilusiones sobre el porvenir de la enferma, puesto que ella estaba encantada, cuando bruscamente hace un dolor brusco e intenso en la región hepática, un chucho solemne, y sigue en estado de chucho casi permanente dos o tres días, falleciendo al 3er. día de insuficiencia grave hepática.

Ahora, después, pensando y hablando con el Dr. Stajano, sobre el caso que él tenía, a mí se me ocurrió que el peligro grande, como lo han comprobado todos, es la angiocolitis ascendente casi inevitable y que ha producido la muerte en la mayor parte de los enfermos portadores de quiste del colédoco. Yo creo que la mejor solución, por lo menos teóricamente, es anastomosar el quiste con un ansa intestinal excluída. Creo que sería la mejor manera de ponerlo a cubierto de una infección ascendente, teóricamente.

Excluir en "Y" un ansa intestinal para hacer la anastomosis con el quiste coledociano.

Dr. Prat. — Es indudable que el Dr. Stajano ha tenido la suerte extraordinaria de que le haya tocado en la casuística un caso tan raro en la Cirugía universal, como es la dilatación idiopática del colédoco; pero realmente hay que confesar, que constituye un presente griego que se le presenta al cirujano: primero, por la sorpresa diagnóstica y además por la dificultad de salir victorioso en una lesión tan grave y compleja.

El Dr. Stajano sorteó la situación como la mayor parte de los cirujanos, haciendo un drenaje para luego poder llegar al diagnóstico y precisar las características de la lesión. Después actuó muy bien, cumplió con su característica de cirujano experto, al realizar una segunda intervención para salvar la vida de la enferma e indudablemente hay que felicitarlo por el éxito que ha obtenido. Ahora bien, si se analiza la operación realizada, se ve que en esta enferma el cirujano creó un canal de la bolsa biliar que comunicó directamente al estómago y además, esa comunicación, esa coledocogastrostomía se hizo sobre un tubo, un segmento de tubo de caucho, intermediario entre la anastomosis del colédoco y el estómago.

La evolución de la enferma, parece comprobar que eliminó, (porque lo expulsó por vómito) su tubo como pasa frecuentemente con las anastomosis apoyadas en tubo de caucho, instalándose después una fístula; de manera que no sólo eliminó su tubo, sino que los dos segmentos unidos del estómago y del colédoco, se han separado y esto provocado una fístula biliar, que drenó un poco de tiempo hasta que felizmente cicatrizó y cerró perfectamente. Quiere decir que esta pequeña complicación que tuvo la enferma, no tuvo consecuencias haciéndose el cierre de la fístula y es posible o muy probable que la anastomosis esté obliterada porque no se ha hecho investigación funcional posterior para demostrar si esa fistulización persiste o no; de manera que es muy probable, que la enferma siga drenando su bilis por la vía primitiva, por la ampolla de Vater. Esto demuestra lo ya conocido que las anastomosis realizadas sobre tubo de caucho son problemáticas y muy a menudo provocan complicaciones. En el momento actual, indudablemente, quizás conviniera recurrir al tubo de vitalium, que es una garantía mucho mayor, pero que también puede tener sus pequeños inconvenientes. No cuento en mi casuística ningún caso de esta lesión, pero, aunque se ha citado el peligro de la infección ascendente o infección recurrente, posiblemente, ante un caso semejante, me hubiera decidido por una comunicación o fistulización del polo inferior de la bolsa con el duodeno, es decir realizar una quisto-duodenostomía, pero entonces, por sutura directa, que siempre tendrá el riesgo de fallar, puesto que está demostrado tanto en el caso del Dr. Ugond como en el del Dr. Stajano, que no existe casi mucosa o epitelio en estas bolsas; de manera que entonces, no se puede hacer una sutura plano a plano y estas anastomosis resultan bastante deficientes, son defectuosas y suelen tener complicaciones. De manera que, como quiera que sea, es este problema técnico sumamente serio, complejo y delicado y en el caso en que actuó el Dr. Stajano ha salvado a su enferma; hace ocho meses que fué

operada y vive. Es muy posible que esta curación persista, de manera que la Sociedad tiene que agradecerle al colega la primicia de esta observación tan interesante.

**Dr. Stajano.** — Agradezco la participación de los que han intervenido en la discusión. Voy a contestar, primero al Dr. Prat, diciendo que yo tengo la impresión, por la conciencia que tengo del acto operatorio, de que la fístula que se estableció, no se estableció por la comunicación colédoco-gástrica, sino que creo que fué a raíz de la extirpación de la mecha, que era una mecha que circunscribía la sutura coledociana, grande, y tan es así que yo decía al Dr. Suiffet, que abrigaba temores, porque esa sutura fué hecha no en una forma perfectísima, dado que los tejidos muy friables, se rompían, al punto de dudar de que las cosas marchasen bien. Al sacar la mecha, que se desprendió sola, fué que se estableció la gran fístula. De manera que yo tengo la impresión de que la fístula fué de la parte inferior de la sutura de la gran bolsa, y que la sutura colédoco-gástrica, seguramente, no falló, puesto que no solamente se hizo sobre el tubo el trayecto intermediario, sino que hice la unión muy firme, reforzada además por un plano resistente colédoco gástrico. Suture estómago a las partes firmes de colédoco alto, al punto que las bocas quedaron en contacto protegiendo el tubo intermediario, alrededor de la sutura.

Posiblemente la sutura no fué la que falló puesto que cuando vomitó el tubo, no tuvo el menor trastorno. En cambio a los 14 días más o menos, cuando retiré la mecha retrocoledociana se estableció, la colerragia, cuyo origen creo fué la parte baja de la bolsa. Fui muy pesimista en la evolución de ese caso, pues creí que iba a hacer un caso de expoliación biliar. Premeditadamente me resistí a hacer la anastomosis colédoco duodenal, porque todas las observaciones de colédocoduodenostomía demostraron ser siempre funestas en todos los casos.

Coincidimos con el Dr. Ugon en la vaguedad e imprecisión de la sintomatología. No existen antecedentes de significación. A posteriori se relacionan a su verdadera causa. Vagos dolores, ningún rastro de ictericia en su vida, en mi caso, y esa crisis de acidosis que hizo en el curso de su embarazo, con dolores que ya no pudieron ser interpretados. Ya estaba condicionándose la dilatación de la bolsa y eran síntomas reflejos por distensión, que se intensificaron en el post-parto. En cuanto a lo que sugiere el Dr. Ugon para casos sucesivos, no comprendo la anastomosis que aconseja.

**Dr. Ugón.** — Hacer una anastomosis en "Y", excluyendo un ansa intestinal. Se anastomosa con el quiste coledociano para que este conducto sirva para el tránsito de bilis, y que no pase ni materia intestinal ni de sustancia digestiva.

**Dr. Ugón.** — La experiencia demuestra que la infección ascendente es así menos frecuente.

**Dr. Stajano.** — Yo, vuelvo a repetirlo, en un caso similar no haría la práctica que aconseja el Dr. Ugón. No me atrevería porque no me es

simpática la propuesta del colega amigo, a quien agradezco su valiosa contribución al tema tratado para esofagoplastia.

**Dr. Ugón.** — Es interesante ver que en el ansa excluida no sale absolutamente nada del contenido intestinal; es un ansa intestinal excluida del tamaño de 0,20 cm. a pesar de que se inyecten sustancias, como leche, etc., que pasan perfectamente, porque se hace peristaltismo de un ansa.

**Dr. Prat.** Respecto a lo que se acaba de comentar en esta discusión quisiera aclarar que conviene diferenciar fundamentalmente una anastomosis en una dilatación idiopática, de una coledocoduodenostomía en un colédoco normal. La cirugía alemana tiene hoy día una inclinación categórica y precisa de acuerdo con la iniciativa y práctica de Sasse, hacia la derivación interna biliar de la coledocoduodenostomía en la cirugía especial y corriente de la coledocolitiasis; contra la cirugía francesa que siempre ha preferido el drenaje de Terrier por el insalvable inconveniente del reflujo biliar retrógrada, es decir, del pasaje ascendente del contenido duodenal a la vía biliar original y que la complicación de la angiocolitis biliar. Por mi parte, contra la opinión de que la colédocoduodenostomía da resultados malos, debo decir, que el caso de resultado más brillante que tengo en mi práctica de anastomosis de colédoco y duodeno, es precisamente en una enferma en que por haber seccionado la vía biliar principal, hice la anastomosis del colédoco en el duodeno, y como adelanté ya, fué un resultado brillante, con post operatorio excelente y que en 12 ó 13 días curó perfectamente, sin haber sufrido después ninguna molestia, a pesar de más de 10 años de evolución. Persiste aun la lucha escolástica entre la cirugía germana y la francesa, en que los germanos preconizan la anastomosis colédoco duodenal en la coledocolitiasis (Kehr), y los franceses, persisten con el drenaje de Kehr. En el período de guerra se ha discutido y debatido intensamente esta cuestión en la Academia de Cirugía de París, pero los mismos franceses persisten divididos; unos, los menos aceptan la colédoco duodenostomía, pero con indicaciones precisas; los más, la critican y no la aceptan. Por eso dije que convendría diferenciar la terapéutica de la dilatación congénita del colédoco que no tiene mucosa y las paredes están alteradas, y las anastomosis pueden fallar; en la cirugía del colédoco normal con el duodeno o con el estómago por coledocolitiasis es otra cosa muy distinta.

**Dr. Stajano.** — A propósito de eso yo voy a traer a la Sociedad, un caso de colédoco duodenostomía, que hubo de suprimir, después de tres meses de operado por un compañero. Hice el restablecimiento de la vía biliar principal normal deshaciendo la coledocoduodenostomía, que se fué esclerosando, progresivamente. Voy a hablar de eso en otro momento. No tengo más que decir y solo agradecer. Mi interés era solo comunicar un caso de una anomalía excepcional, y el conflicto técnico frente a un caso que a uno lo toma de improviso, y la conducta adoptada después de angustiosa reflexión.