

## COLECISTOSIS

### Nuestra experiencia actual

*Dres. GUILLERMO F. COTTINI, RUBEN SIANO QUIROS,  
CARLOS E. IGARZABAL y LUIS A. TERRADAS*

En octubre de 1967, con los Dres. Ismael D. Suárez y Julio C. Nocito, presentamos a la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, nuestra experiencia sobre este novedoso aspecto de la patología biliar. Hoy, con una casuística mayor y por consiguiente con una experiencia superior, hacemos un alto y efectuamos un análisis para ofrecerlo a vuestra consideración.

No entraremos a considerar los detalles concernientes a los conceptos expuestos por Jutras, del conocimiento de todos, y que motivaron la divulgación de lo que denominara colecistosis hiperplásica. Sólo ratificaremos que la denominación nos parece correcta, pues la ausencia de lesiones inflamatorias de la pared vesicular y, en cambio, las lesiones de tipo degenerativo y proliferativo, sin caracteres neoplásicos benignos o malignos, respondiendo a una etiología común, fue constante en nuestras observaciones, como se deduce del estudio anatomopatológico realizado en todos los casos.

No nos ocuparemos tampoco de la debatida clasificación de las colecistosis. Es este un punto en el que perdura la controversia entre los distintos autores. La escuela cordobesa, que tanto ha contribuido en nuestro país al conocimiento del tema, es la que ha puesto mayor énfasis en proponer una clasificación que no se ajusta a los conceptos de Jutras, ni de Arianoff. En este aspecto consideramos que no estamos aún en condiciones de formular una clasificación definitiva que responda a todas las situaciones posibles. Se trata de un tema que se halla en plena evolución y que, por lo tanto, es preferible aceptar la clasificación de Jutras hasta tanto transcurra el tiempo necesario y se concrete definitivamente el estudio iniciado por numerosas escuelas quirúrgicas.

Es indudable que el conocimiento de la C.H. ha exigido la revisión de la anatomía, embriología y fisiología del reservorio vesicular. Corroboramos lo que la experiencia de nuestros maestros aconsejaba en forma un tanto empírica: la colecistectomía

en pacientes con trastornos de evacuación de la vesícula, que sólo presentaban deformaciones permanentes en el estudio radiográfico. La persistencia de los síntomas exigían la colecistectomía luego de una larga como infructuosa peregrinación terapéutica. Hoy reconocemos en ellas a verdaderas colecistosis sea por tabicamientos o septums, con probables adenomiomas en su base, lugar de predilección para su asiento. Hemos aprendido que los senos de Rokitansky-Aschoff no deben ser considerados patológicos sino en ciertas condiciones y, por último, que en el capítulo de la colecistosis se agrupa un conjunto de afecciones vinculadas por una hiperplasia inespecífica que según sea su localización en las diversas capas del colecisto, determinan una sintomatología distinta: colesterolosis, neuromatosis o adenomiomatosis, según sean las capas mucosa, nerviosa o muscular, asiento de la hiperplasia.

La reproducción experimental de las lesiones de colecistosis, ha permitido ahondar en el problema de la etiopatogenia. Las inyecciones de estrógenos, iniciadas por Tangari en 1940 y por Mosinger en 1949, echaron las bases de la experimentación al provocar lesiones de hiperplasia muscular y mucosa en cobayos, luego de inyecciones diarias repetidas varias semanas. Aguirre y colaboradores han conseguido resultados experimentales convincentes mediante la inyección de diversos fármacos y la confección simultánea de tabiques mediante jaretas en la pared vesicular. Uno de nosotros, siguiendo estas directivas, ha iniciado estas experiencias que oportunamente serán motivo de análisis.

Por lo que antecede podemos afirmar que mucho es lo que se ha avanzado en el conocimiento de la colecistosis, no aceptada aún por todos, pero que cada día gana más adeptos, sobre todo, cuando el análisis de los hechos se realiza sobre la base de la experiencia. En la Reunión Bienal de la Société Internationale de Chirurgie, celebrada este año en Florencia, fue auspicioso que el Prof. Zanini de Nápoles, relator de cáncer de vías biliares, destacara la importancia de la Colecistosis como factor vinculado al mismo, hecho por otra parte ya comprobado por Oschner en un caso en Nueva Orleans.

Nuestra experiencia actual, que comprende el lapso abril 1963 a octubre 1968, se eleva a 81 colecistosis sobre un total de 512 vías biliares operadas, es decir, un 14,8 % promedio similar al hallado por autores nacionales y extranjeros. La edad promedio de los pacientes fue de 44 años, siendo el de menor edad de 19 y el más añoso de 79 años. Sesenta y siete pacientes pertenecía al sexo femenino y 14 al masculino. La sintomatología dolorosa privó sobre las restantes, hecho de fácil explicación por la coincidencia de litiasis observada.

El estudio radiológico, de fundamental importancia para el diagnóstico de la C.H., merece alguna detención. Estimamos que se deben extremar los recaudos para que una colecistografía pueda inducirnos al diagnóstico. La evacuación acelerada de las vesículas colecistósicas exige la revisión de los lapsos convencionales clásicos para el estudio mediante la comida de Boyden. Es por esto que se debe efectuar la colecistografía en forma seriada, pues la evacuación rápida del colecisto puede inducir a error con el de vesícula excluida. Hemos tenido tres observaciones de este tipo. El examen de la placa debe realizarse con el auxilio de lentes o lupas de aumento, pudiéndose así visualizar los senos de Rokitansky-Aschoff; hecho éste que hemos confirmado en cuatro ocasiones. Sobre 81 pacientes la colecistografía se omitió en 10 de ellos, por hallarse contraindicada por el episodio agudo inflamatorio o por la ictericia presente. De las restantes se visualizaron tabiques en 19, deformidades con litiasis en 20, litiasis sin deformidades en 7, comprobándose luego la C.H. por el estudio histológico.

Cuando la C.H. adopta la forma diverticular o cuando el adenomioma es fúndico, puede pasar completamente desapercibido en la colecistografía, constituyendo un hallazgo operatorio. No obstante, la concomitancia de otras lesiones colecistósicas pueden indicar la intervención, como sucedió en una de las últimas observaciones. Reiteramos que se debe practicar el estudio radiográfico de la vesícula e inmediatamente a su extirpación, mediante la simple punción y relleno a tensión. Se pueden así visualizar lesiones que han pasado desapercibidas en el colestograma habitual. Todas nuestras observaciones fueron estudiadas por los anatomopatólogos Dres. Wenceslao Rabow y Adolfo Mosto, a quienes expresamos nuestro reconocimiento por su eficiencia y empeño.

Para finalizar, diremos algunas palabras sobre tratamiento. Debe desterrarse el concepto, un tanto arbitrario, de que en materia de colecistosis, se operan diagnósticos radiológicos. Los pacientes con colecistosis, por regla general, llegaron a nuestra consulta luego de prolongados como ineficaces tratamientos médicos o cuando la litiasis, asociándose a la enfermedad primitiva impuso su sintomatología dolorosa. Tenemos dos observaciones muy ilustrativas al respecto: 10 años después de comprobarse la existencia de tabique sin litiasis, recurren al cirujano cuando en el saco diverticular la litiasis se hizo evidente en la radiografía. Para operar uno de estos pacientes se deben considerar varios parámetros: tiempo de evolución de la enfermedad, carácter de la dolencia, concomitancia con la litiasis, respuesta al tratamiento adecuado y perfectamente vigilado. Sobre 81 pacientes hemos operado 75. La colecistectomía exclusiva se rea-

lizó en 61 de ellos. En el resto, el tratamiento de otra lesión concomitante fue realizada en el mismo acto operatorio o a posteriori.

La evolución de nuestros pacientes ha sido y sigue siendo objeto de celosa vigilancia. Esperamos llegar a la cifra del centenar con un lapso mínimo de 6 meses de operados para tabular los resultados y ofrecerlos a la crítica. Hasta el momento los resultados obtenidos son buenos y nos autoriza a proseguir en esta orientación, esperando que el tiempo, sea el verdadero juez de nuestra actitud.

## Discusión

Dr. TEJERINA.—Lo que traduce la comunicación del distinguido colega es suficientemente claro y concluyente para destacar el rango patológico que ha adquirido la colecistosis. Nosotros tenemos alguna experiencia en este padecimiento vesicular, nuestra experiencia ha sido presentada por colaboradores del Servicio que estuvo a nuestro cargo, en el último Congreso Nacional de Cirugía, realizado en Buenos Aires, allí figuran algunas alteraciones que se calcan de las que se señalan en el trabajo del Dr. Cottini. Se ve que la colecistosis puede asociarse a trastornos vesiculares y de las vías biliares, de tipo variable, de forma que, establecer que exista una colecistosis no supone excluir la participación de algún otro padecimiento que se suma a la colecistosis. No está claro ni bien establecido que la colecistosis haya sido elemento fundamental indispensable para que sobrevengan esas otras alteraciones. Interesa mucho destacar que este trabajo tan importante de Cottini, viene a señalar lo que ya he dicho, me parece, en alguna oportunidad, del rango patológico, de la colecistosis. El paciente que tiene una colecistosis es una persona que sufre por padecimiento vesicular y ha de seguir sufriendo hasta que se dé solución terapéutica cabal al padecimiento. ¿Cuál es la solución? En general la colecistectomía, es recurso definitivo y radical, pero hay casos, en que inclusive hay que actuar sobre las vías biliares. Porque la colecistosis puede coincidir con alteración biliar, por eso es que se habla de litiasis canalicular; de hipertensión biliar; de ictericia y yo diría que se debe hablar de trastornos ampulares a los que es necesario considerar en el curso de la operación, destinada fundamentalmente a corregir lo que se entiende por colecistosis. Creo oportuno también señalar que hace más de cuarenta años en patriarca de la medicina uruguaya, estudió a fondo la colesterosis. Alfredo Navarro dedicó una obra fundamental, a la colesterosis y ahí en el trabajo de Navarro que suma un volumen, se ven comprobaciones anatómicas de patología humana así como también comprobaciones de patología experimental, donde deja bien establecido el mecanismo y la trascendencia patológica de esa alteración de las vías biliares. Terminó mi contribución señalando que está bien que este Congreso de Cirugía abra un parén-

tesis en sus sesiones científicas para recordar la personalidad de un cirujano cumbre, como fue Alfredo Navarro, que tanto se vinculó a la Cirugía nuestra que tanto brillo dio a nuestras reuniones y tanto estimuló a la gente que empezó a hacerse en la cirugía hace más de cuarenta años.

Dr. ARDAO.—Yo deseo expresar también nuestra congratulación al hermoso trabajo orientado al estudio de conjunto que ha emprendido con base anatomopatológica el profesor Cottini. Entiendo que éste es un problema muy importante y que muchas veces los cirujanos lo encuentran como un hallazgo operatorio en el curso de ciertas intervenciones dirigidas a las vías biliares con otro diagnóstico o con un diagnóstico impreciso. Si bien algunas veces se puede llevar la idea de que se trata de una colestasis especialmente, me quiero referir, al problema de la infiltración lipoidea de la mucosa y a los llamados fibroadenomas del fondo vesicular, que aparecen también muchas veces como una curiosidad anatómica en el estudio o en la exploración operatoria o bien por la información del anatomopatólogo. Tuve la suerte de conocer los trabajos casi desde su origen en primer lugar, del maestro Navarro, como lo señalaba recién el profesor Tejerina y los trabajos histológicos del profesor Lasnier que colaboró con el Dr. Navarro y que dedicó muchos años de su vida al estudio de la histopatología de las afecciones de la vesícula biliar. No vamos, por supuesto, a entrar en detalles de procedimientos, de estudio, etc., pero es evidente que el fibroadenoma de la vesícula biliar que muchas veces está en el fondo y otras veces está en otra parte, se nos aparece como un proceso de índole tal vez congénito, cuando se le encuentra en su etapa pura de nódulo sin relación inflamatoria sin que la mucosa que desliza sobre eso presente el más mínimo rasgo de una etiología patológica de infiltración o de degeneración. Aparece como un nódulo muscular recorrido por un proceso, cavernoso de la mucosa que comunica en numerosos puntos con el dédalo de canales y el contenido de la vesícula. En estos casos puros de lesión de fondo, evidentemente parece tratarse de un proceso como de un residuo de tejido no utilizado en la construcción de la vesícula biliar, proceso que por otra parte encuentran los patólogos en el útero, y en otras glándulas del organismo. La coexistencia de la fibroadenosis con la infiltración lipoidea del corion de la mucosa vesicular es a veces un hecho circunstancial. Pero es evidente que hay un proceso de infiltración lipoidea que no se puede todavía determinar si precede a la reabsorción del epitelio de la vesícula o de la vía biliar; porque a veces está también en el cístico y en el colédoco o si es un proceso como pretendía Navarro; según él desde el hígado se drena el exceso de colesterol y lipoide a través de un mecanismo celular orientado por macrófagos, que llevan la grasa excesiva de la célula hepática a través del lecho de la vesícula a la luz vesicular. Esto se haría por un mecanismo muy particular, que no tiene similitud dentro de la vesícula biliar en el transporte de otros elementos de excreción y que no tiene tampoco en otros órganos vesiculares de depósito, un similar en el organismo. De cualquier manera creo que estos procesos son a veces responsables de sintomatologías variables y que muchas veces el cirujano los resuelve por

la colecistectomía. A veces la secreción misma de la vesícula le permite decir que esté frente a una infiltración lipóidea del corion en esa vesícula, como mostraba recién el Dr. Cottini, un poco distendida con grasa suberosa y con cierta tonalidad rojiza. También estoy convencido que muchas veces este proceso es la iniciación de una litiasis vesicular. A veces se pueden encontrar los pólipos de la mucosa allí donde comienza el corion descubierto, desprovisto de epitelio y la infiltración de pigmento biliar formando un microcálculo adherente a la mucosa. Entre ese microcálculo en "badajo de campana" como le llamaba el profesor Navarro a la caída a la luz y la formación de un núcleo de precipitación de sales y de pigmento no hay más que un paso. Es evidente que ésta es una forma de entrar en la litiasis aséptica. Muchas veces la infiltración de lipóide en la vesícula no es la responsable de la sintomatología que está en los órganos adyacentes a la vesícula. El patólogo, el clínico o del cirujano no deben creer frente a esa situación que todo procede de la infiltración lipóidea de la vesícula, porque otras veces es una litiasis de colédoco o una pancreatitis u otra afección de vecindad la que provoca los trastornos.

Dr. COUCEIRO.—Por ser un tema que me es especialmente grato voy a tener el gusto de reafirmar lo que dijo el Dr. Cottini con algunas cifras. No tengo la documentación en este momento, de nuestro grupo de trabajo, pero ellas se avalan en el hecho de que el año pasado, en diciembre, integramos la Mesa Redonda del Congreso de Gastroenterología en Mar del Plata, sobre este tema y llevamos cerca de cincuenta casos de colecistosis hiperplásica de las cuales 26 eran adenomiomatosis. Llegamos a hacer algunas conclusiones importantes. Durante 2 años proseguimos el trabajo. En la actualidad seguimos buscando e investigando, ya no con criterio casuístico o estadístico, porque creemos que los hechos están documentados, vistos y corroborados por distintos grupos y distintas escuelas, como lo ha señalado muy bien el Dr. Cottini. En algunos aspectos las cifras nuestras varían un poco, las estadísticas son bajos números, vale decir en 50 o en 100 no pueden hacer los números reales. En cuanto se refiere a litiasis intramural, primer sorpresa después de un trabajo del Dr. Cottini, que leímos como novedad y después de encontrarnos con una cosa bastante habitual, llegamos a las siguientes conclusiones. En líneas generales la colecistosis interplásica cuando más se busca más se encuentra. El cirujano debe buscarla cada vez más; evidentemente, cuando coincide con la litiasis biliar, no existe el problema porque esos enfermos son tributo de la cirugía. La duda nace cuando el clínico tratante o el radiólogo que hace el estudio no encuentra patología aparentemente orgánica litiasica. Nosotros tenemos enfermas registradas, como un caso que tiene el Dr. Cottini con 8, 10 y 15 años de evolución donde hemos seguido la secuencia radiológica. En esa enferma, con 10 y 15 años de patología biliar o disquinesia biliar donde aparentemente había una radiografía con muy poca deformidad, que hoy consideramos como una colecistosis alitiásica y que después de 8, 10 y 12 años se convertirá en una litiasis verdadera. Eso les habrá pasado a todos ustedes que pudieron seguir en el tiempo algún enfermo litiasico, de manera que presumiblemente muchas que actualmente son vesículas de esa naturaleza se van

transformando en litiasicas dentro de 8 ó 10 años. Creemos que entonces el punto principal donde debemos insistir no es en los cirujanos precisamente ya que los cirujanos en el último quinquenio tenemos el convencimiento real de que existe patología clínica, radiológica o síndrome clínico radiológico del enfermo que justifica la intervención quirúrgica. Hay que acentuar la imagen en los clínicos y en los radiólogos a los efectos que cuando hay sospecha se hagan los estudios seriados como indicó el doctor Cottini, un seriógrama y no una colecistografía común. En primer y segundo lugar darle a aquellas vesículas alitiásicas, la chance del tratamiento bien dirigido. No podemos olvidar otro tipo de patología de tipo psíquico que se presenta mucho en estos enfermos que también necesitan apoyo. Después de 6 mcses a 1 año como máximo, nosotros generalmente lo reducimos a 6 meses, con una medicación bien dirigida, un régimen bien establecido, si ese enfermo persiste con el síntoma, entonces lo llevamos a la cirugía y en general quedamos muy satisfechos.

Dr. CENDAN.—Pensamos referirnos al aspecto práctico del problema. A medida que uno va estudiando los casos de coleeistectomía de todo tipo que se realizan, encuentra con mayor frecuencia, una colecistosis. La relación de causa a efecto de uno y otro proceso resulta difícil de establecer, es un hecho perfectamente conocido, por ejemplo, que las vesículas tabicadas pueden pasar toda la vida sin hacer una litiasis, es también conocido que los enfermos que padecen una colesterosis vesicular clínicamente sospechable evolucionan bien con tratamiento médico. A veces en ocasión de otros procesos abdominales el estudio de estas vesículas muestra que se trata de una colesterosis que ha sido bien tolerada por el paciente. De hecho, cuando uno ha podido seguir enfermos durante muchos años, como ha señalado muy bien el Dr. Couceiro se encuentra con casos en los cuales la litiasis se desarrolla como última etapa de un proceso de larga evolución. Nosotros tenemos casos de 12, 15 años de sufrimientos vesiculares no bien catalogados que terminan en una litiasis en una etapa muy tardía en oposición a otros en los cuales, la sintomatología del comienzo es de corta duración y rápidamente en el curso de 1 año o menos aparece una litiasis que decide al cirujano a la operación.

Creemos que la indicación operatoria en los sufrimientos vesiculares donde no existe una traducción radiológica evidente de mal función debe postergarse. La observación del enfermo durante un período adecuado y al estudio del sufrimiento, permitirán indicar la intervención.

Con ello quiere decir sencillamente que no hay que sacar, en mi criterio, la conclusión de que el diagnóstico del proceso vesicular alitiásico que instala una colecistosis sea una indicación de sanción quirúrgica inmediata.

Dr. BERMUDEZ.—Yo conocía ya los trabajos del Dr. Cottini en el estudio de esta interesante entidad patológica, creemos que además de todo lo que signifique como progreso en el orden científico la individualización y el estudio de esta patología vesicular alitiásica agrupada bajo esta denominación de colecistosis, hay un hecho práctico para el cirujano en el conocimiento de

esta enfermedad. Recuerdo que, no hace muchos años, en nuestro medio y en todos los medios científicos, se decía con frecuencia que la colecistectomía en enfermos que no tenían litiasis era un nuevo motivo de sufrimiento para ellos. Muchos cirujanos pese a que se individualizaba perfectamente el sufrimiento como de origen vesicular y no de órganos vecinos, se negaban a hacer la colecistectomía. Indudablemente que el estudio radiológico no individualizando litiasis ni otros procesos los hacía pesimistas con respecto al resultado. Pero este conocimiento de la colelitosi, sabiendo que sin litiasis y por intermedio de estos procesos patológicos parietales se puede tener un sufrimiento vesicular auténtico y que pueden curar con la colecistectomía nos ha permitido solucionar algunas de estas situaciones. Recuerdo como anécdota, que, una paciente joven, familiar de médico, que había recorrido una gran cantidad de coléctas, inclusive cirujanos que no querían sacarle la vesícula, porque creían que iba a seguir sufriendo, yo mismo estuve en duda, pero ante la insistencia de la enferma, le saqué una vesícula que no tenía cálculos que aparentemente, macroscópicamente en el acto operatorio no aparecía como lesiones y que, sin embargo, tenía una adenomiosis y unas pequeñas infiltraciones parietales, y esta enferma desde hace 8 años, todos los fin de año viene a saludarme, a decirme, vio doctor como yo tenía razón. De modo, creo que esto es una consecuencia práctica e importante para el cirujano, el conocimiento y la convicción de que se puede sufrir sin litiasis con lesiones mínimas vesiculares y que se puede curar al enfermo con colecistectomía sin tener un padecimiento debido a la litiasis.

Dr. BARSABAS RIOS.—Estamos muy reconocidos a este trabajo tan ilustrativo para nosotros y a los comentarios que se han hecho, pero querremos hacer una acotación de orden eminentemente práctico, en el Interior, en este momento, se opera en cantidad de estos enfermos, estamos haciendo en todos los Servicios, del Interior. Lo posible por estar al día, pero, desgraciadamente, en anatomía patológica no podemos estarlo. Estamos dependiendo actualmente exclusivamente de la Posta Central de Anatomía Patológica, no podemos obtener nunca que nos manden microfotografía, fotografías y datos fundamentales que se precisarían para completar una historia clínica postoperatoria. Recuerdo que en tiempo del Dr. Ardao, cuando tenía algo que ver con anatomía patológica, precisamente hace ya casi 20 años cuando se indicaron los Congresos Uruguayos de Cirugía, conseguimos unas espléndidas ilustraciones para alguna cosa que estábamos haciendo y que trajimos acá. Lamentablemente ahora no tenemos forma de conseguirlo, imaginémos el enorme material que se pierde para la investigación, para el conocimiento. Sería bueno que quienes tuvieran influencia con la Facultad o los que tuvieran dentro de su Servicio algo organizado de patología prestaran de alguna manera la colaboración al Interior para podernos completar ese estudio tan indispensable de los medios asistenciales nuestros. Porque imagínense lo que puede agregar esto al acervo de conocimientos, de estadística o de lo que sea, por ejemplo, cuántos casos tendremos de vesículas extirpadas que estarían en esas condiciones y que no podemos registrarlas debidamente por carecer de medios. Como es una cosa



que vamos a carecer por mucho tiempo en el Interior, porque no se puede pretender que una anatomopatólogo se instale en una ciudad del Interior porque desde luego no podría vivir, no hay suficiente clientela privada como para mantener un anatomopatólogo, así que necesariamente esas son de las cosas que tiene que estar organizadas, convendría que estuvieran centralizadas por la vía de la Facultad de Medicina, así que yo les pido, no tanto para eso, para muchas otras cosas, que los Sres. Jefes de Servicios Quirúrgicos influyan de alguna manera ante la Facultad de Medicina para que amplíe las posibilidades de los exámenes anatomopatológicos al Interior. Muchas gracias.

Dr. COTTINI.— En primer lugar quiero agradecer a los distinguidos colegas que han jerarquizado esta exposición con su autorizada opinión.

En primer lugar al Dr. Tejerina que ha dicho que la colecistosis tiene rango patológico, con ello la palabra de Tejerina le dan al tema un espaldarazo porque realmente la opinión de Tejerina no es una opinión científica determinada sino la opinión de una de las escuelas más importantes de nuestro medio y que tiene repercusión en todo el ámbito quirúrgico. Por eso le agradezco al Dr. Tejerina haya expresado esas palabras porque aún estamos luchando en nuestro medio con quienes creen que la colecistosis todavía es una especie de artificio o de, no digo invención, sino un poco de filosofía que se ha hecho con la coleciopatía. Con esos ha dicho muy bien, que muchas veces la colecistitis en sí no es la responsable de las lesiones, que hay que buscar en otros hechos, que nosotros compartimos y por eso dije en el texto que no se debe pensar en que operando una colecistosis es operar un síndrome radiológico porque haciéndolo así es como se va a disminuir lo que se ha progresado en tan poco tiempo. Estoy completamente de acuerdo que se debe actuar sobre la vía biliar y que hay que actuar sobre ellas si se quiere tener la curación y no tener fracasos con tratamientos que han sido incompletos.

Ha tenido unas palabras para el Prof. Alfredo Navarro, yo traigo ahora a mi memoria unas palabras del maestro Osvaldo Dude. Osvaldo Dude ha dicho que es un compromiso de las generaciones jóvenes, honrar a los maestros y que es la mejor forma como se puede pagar una deuda de gratitud contraída hacia ellos, por eso aprovecho este instante porque el tema Colestrosis es un tema que está ligado mucho a la personalidad científica del Prof. Navarro que fue de los primeros que abrió el camino al estudio de la colestrosis. Yo tuve el privilegio de conocerlo y conocer su obra y pasa con la obra de Navarro lo que sucede con los grandes maestros de otras generaciones que cuando se las reveen uno advierte lo que han previsto, aunque le faltó fueron medios para objetivarlo.

Al Prof. Ardao le agradezco las palabras de aliento y de ratificación de los conceptos emitidos. Al Dr. Couceiro conozco sus trabajos, últimamente publicados, conozco también que tiene una mayor experiencia en litiasis intramural, que la litiasis intramural es una coincidencia poder hallarla y como

tantos otros colegas argentinos estamos empeñados en este estudio que realmente para nosotros es nuevo, pero que ya lleva una evolución en el mundo científico de unos 15 años.

Con el Dr. Cendán estamos completamente de acuerdo, la presencia del tabique sólo no autoriza a una intervención quirúrgica. Para que un tabique sea traducido clínicamente necesita de trastornos de evacuación o hiperplasia de las fibras musculares o las excitaciones de las células nerviosas, porque solamente operar el tabique sería lo que dije al principio, operar un síndrome radiológico.

Al Dr. Bermúdez, estamos completamente de acuerdo, poseemos también hechos clínicos en enfermos operados en las mismas condiciones que él ha dicho y que ratifican los conceptos por él expresados. En cuanto a lo que dijo el Sr. Presidente el Dr. B. Ríos es su inquietud muy digna de destacar. También la tenemos nosotros aun en medios mejor dotados. No siempre podemos tener la anatomía patológica con la regularidad que nosotros deseamos. Por eso procedemos en esta forma, inmediatamente de extraída la vesícula, procedemos a la radiografía control, inmediatamente la evacuamos y la llenamos nuevamente a tensión con formol al 10%.

La anatomía patológica de esa vesícula puede ser realizada 4, 5 ó 6 días después, no van a cambiar en lo más mínimo ninguna de las alteraciones histológicas de la colecistosis. Dentro de 4 ó 5 días en ningún país en condiciones modernas puede la anatomía patológica no ser realizada con los modernos medios de transporte. Por otra parte, eso sí, lo que necesita el cirujano para que la colecistosis sea bien estudiada es que el anatomopatólogo se interese y colabore con él.

Haciendo así nosotros vamos a incrementar enormemente el número de colecistosis. En un año nosotros hemos encontrado 34 colecistosis cuando en 4 años solamente habíamos intervenido 41 y buscando e interesando al anatomopatólogo y al clínico que es el eslabón más difícil de esta cadena. El clínico se desprende muy difícilmente de una vesícula no litiásica, no se desprende porque cree mucho en el tratamiento médico de las colecistosis médica, se sucedió y lo sabrá muy bien el Prof. Ardao que ha vivido al lado del Prof. Navarro. Las vesículas colesterósicas no iban al cirujano por muchos años porque la colesterosis no entro en el dominio de la cirugía hasta transcurridas muchas décadas.

Me acuerdo siempre que nuestro maestro el Prof. Julio Diez decía: "las colesterosis son de trámite quirúrgico siempre, por la delgadez del cístico, por la angulación del cístico y estaba previendo lo que sucede en las colecistosis". Agradezco mucho a contribuciones, nada más. Aplausos.