

49. ROUHIER.—Cit. WILMOTH.  
 50. LECENE.—Cit. WILMOTH.  
 51. CHEVALIER.—Cit. ESTELLA.  
 52. HENSCHENS.—Cit. BLOCH en Die normale und gestörte Knochenbruchheilung, 1940.  
 53. HENSCHENS.—Schweiz. Med. Wschr., 8, 9-10-11, 1937.

### SUMMARY

In fibrous peritonitis the inflammatory nature of the encapsulant membrane is denied. This membrane is the result of colloidal precipitation of lymphatic exudate which is produced by the obstacle to circulation of lymph caused by inflammatory infiltrations in the root of the mesentery. If the inflammatory infiltration also extends to the visceral peritoneum, the encapsulant membrane will suffer changes in its structure similar to inflammatory processes, but it is not essential to the inflammation.

### ZUSAMMENFASSUNG

Bei der fibrösen Peritonitis wird der einkapselnden Membran der entzündliche Charakter abgesprochen. Diese Membran ist das Er-

gebnis von Kolloidpräzipitationen des lymphatischen Exudates, das infolge der erschwerten Lymphzirkulation entsteht, wenn an der Mesenterialwurzel entzündliche Infiltrationen auftreten. Wenn letztere sich auch auf das viscerale Peritoneum ausdehnen, so erfährt die einkapselnde Membran Veränderungen in der Struktur, wodurch sie den entzündlichen Prozessen ähnlich wird, aber dieser Vorgang ist nicht charakteristisch für sie.

### RÉSUMÉ

Dans la péritonite fibreuse on nie le caractère inflammatoire de la membrane-capsule. Cette membrane est le résultat de précipitations colloïdales de l'exudat lymphatique qui se produit à cause de l'obstacle à la circulation de la lymphe provoqué par des infiltrations inflammatoires à la racine du mésentère. Si l'infiltration inflammatoire s'étend aussi dans le péritoine viscéral, la membrane-capsule subira des modifications dans sa structure qui feront qu'elle se ressemble aux processus inflammatoires, mais ce n'est pas essentiel à la même.

## NOTAS CLINICAS

### SINDROME AGUDO DE VIENTRE Y HEMORRAGIA PERITONEAL

R. DELOR

Gijón.

Nos vamos a referir a los procesos agudos de vientre que tienen como característica común la presencia de sangre en el peritoneo.

Son múltiples las causas que pueden dar lugar a tal síndrome: pancreatitis hemorrágica, rotura espontánea o traumática de un bazo patológico, embarazo ectópico, hemorragias tumorales, desgarros vasculares por aneurisma, etc.

Podemos decir que el síndrome hemorrágico presenta grandes analogías, cualquiera que sea el motivo que lo produzca. Nos contentaremos, por el momento, con referirnos a uno de ellos, y hemos elegido para tal fin el más corriente y, desde luego, el que mayor importancia práctica tiene. Ya comprenderéis que estamos aludiendo a la hemorragia peritoneal, que con tanta frecuencia complica el embarazo extrauterino.

Esta clase de embarazo se manifiesta generalmente con síntomas abdominales, por cuyo

motivo es el médico general, o a lo sumo el especialista en enfermedades de vientre, el que las más de las veces tiene ocasión de observar estos casos. Un ginecólogo, ante una enferma con un cuadro agudo de vientre, podrá incurrir en todos los errores que se quiera, pero seguramente no se le pasará por alto nada que se relacione con la especialidad que practica. Otro es el caso del internista: solicita su atención por las variadas causas a que puede deberse un síndrome abdominal agudo, nada tiene de particular que le pase desapercibido lo referente a las complicaciones del embarazo ectópico. Por eso es necesario tener la atención muy despierta y pensar siempre en esta eventualidad al observar una enferma con un estado agudo de vientre en edad apropiada para estar embarazada. El diagnóstico de esta enfermedad, como de otras muchas, es en ocasiones simplemente cosa de pensar en ella. Resulta casi superfluo el decir que la descripción que vamos a intentar esbozar no será en modo alguno de índole ginecológica, para lo cual nosotros, modestos internistas, carecemos de competencia. Nuestro objeto es referirnos al embarazo extrauterino, en tanto éste dé lugar a un síndrome agudo de vientre,

que es, en el sentir de los mismos especialistas en ginecología, en la mayoría de los casos. Queda, por consiguiente, perfectamente justificado el que una cuestión esencialmente ginecológica sea tratada desde el punto de vista que puede hacerlo el médico general. No por eso desdeñaremos ante un cuadro sospechoso de gestación ectópica la colaboración del ginecólogo. Antes al contrario, la solicitaremos siempre que podamos, ya que puede ser decisiva. El hecho de que los accidentes ocurran por lo general dentro de las ocho primeras semanas, explica las dificultades que existen muchas veces para el diagnóstico del simple estado de embarazo, pues aun los métodos biológicos, tan útiles en el caso de gestación eutópica, son de interpretación delicada y no tan seguros en la ectópica.

La hemorragia interna en el embarazo extrauterino, que es el síntoma más sobresaliente y característico en este tipo de gestación, puede ser aguda y profusa desde un principio o, por el contrario, llevar una marcha más lenta. Es en estos casos de evolución solapada donde debemos recurrir a todos los medios de exploración para tratar de perfilar un diagnóstico. Desgraciadamente, pese a todos nuestros esfuerzos, no siempre se consigue hacerlo, y muchas veces es solamente la llamada hemorragia cataclísmica la que con su terrible realidad viene a deshacer nuestras dudas. Lo ideal sería que estas enfermas presuntas de embarazo extrauterino, fuesen trasladadas, guardando para ello toda clase de precauciones, a un centro quirúrgico, pues en esa forma se facilitaría mucho su observación y al mismo tiempo se tendría todo dispuesto para, en caso necesario, intervenir rápidamente. Creemos que de este modo se pueden evitar muchas catástrofes.

Ya es sabido que esta forma de embarazo recae a menudo en mujeres que llevan varios años de vida marital y han permanecido durante ese tiempo estériles, o también en otras que si bien han tenido uno o más partos, transcurrieron después varios años sin caer de nuevo embarazadas. Suelen acusar muchas veces en sus antecedentes infecciones genitales de diverso origen (gonococia, tuberculosis, etc.), abortos provocados, etc.

Todo el mundo está de acuerdo en conceder mucha importancia a los datos recogidos por una cuidadosa anamnesis, anotando sus menores detalles para interpretarlos debidamente. Particularmente son las irregularidades menstruales (retrasos o adelantos en el período, amenorrea, etc.) las que se aconseja fijar bien en el interrogatorio, habiéndose hasta de establecer una especie de "Blutungsdiagramm", que reflejaría todas las peculiaridades que la regla presenta. Con todo, no deben supervalorarse los datos así recogidos, para evitar sorpresas desagradables.

Afortunadamente, la mayoría de las veces la hemorragia interna que sobreviene en la ges-

tación ectópica sigue un curso subagudo y ofrece un cuadro sintomatológico, que vamos a intentar describir.

Comenzaremos por el dolor, que suele ser también el síntoma inicial. Es muchas veces de comienzo brusco, aunque hay excepciones. Esta forma de iniciarse el dolor es común a otros procesos de vientre: apendicitis gangrenosa, torsión de quiste ovárico, etc., por lo que no siempre se puede utilizar como carácter diferencial. Su intensidad es muy variable (en materia de dolores entra siempre en juego el factor individual, por lo que resulta difícil aquilatar este extremo). Hay enfermas a quienes el dolor causa gran molestia, y otras, en cambio, lo soportan bastante bien. A veces es tan violento, que determina pérdida de conocimiento. Lo refieren comúnmente a epigastrio (confusión con apendicitis en primer ataque) o a parte baja de vientre. Son frecuentes las irradiaciones a lomos y a parte anterior o posterior de los hombros. El dolor es unas veces continuo y otras intermitente, como por ráfagas. A la palpación hay, en ocasiones, sensibilidad dolorosa en todo el vientre, pero en general las zonas de mayor dolor son las que corresponden a hipogastrio y fosas ilíacas hacia el pliegue de la ingle. No es corriente la defensa muscular generalizada, pero se encuentra resistencia en las partes de máximo dolor. La zona de mayor resistencia coincide por lo general con el sitio donde radica el embarazo. Sobre estas partes bajas acusan muchas veces las enfermas sensación de latido doloroso. En la apendicitis corriente, el dolor se localiza por palpación en plena fosa ilíaca derecha, y la defensa muscular está también localizada a ese nivel. No es tampoco frecuente en la apendicitis que el dolor tenga ese carácter pulsátil. A veces se logra localizar por palpación abdominal el hematocele, pero esto solamente, como se comprende, cuando la sangre derramada es de alguna consideración y transcurre cierto tiempo. Si la hemorragia es pequeña, la sangre se va al Douglas. Puede apreciarse el hematocele en una o en ambas fosas ilíacas (en el primer caso del lado donde asienta el embarazo) y hasta en región suprapúbica. Quede aquí también consignada la posibilidad de que el hematocele se rompa en cavidad de peritoneo. Los vómitos, cuando se presentan, no ofrecen ninguna particularidad que valga la pena comentar. Pueden ser únicamente índice de embarazo.

Se señala también, formando parte de este síndrome, la disuria y el tenesmo rectal. Ambos síntomas se presentan, como es bien sabido, con gran frecuencia en la apendicitis, sobre todo en las de tipo pelviano, y traducen aquí como allí un estado de irritación peritoneal de partes bajas.

Se creyó hasta hace poco que el aumento del número de glóbulos blancos no se presentaba en la hemorragia peritoneal, hasta el punto que se había querido sacar partido de su ausencia



para diferenciar el hemoperitoneo de otras afecciones peritoneales. Está hoy fuera de toda duda su existencia en estos casos. Para algunos, el incremento de leucocitos sería siempre moderado, sin pasar de 10.000 a 12.000, con predominio de mononucleares, al revés que en la apendicitis, donde además domina la polinucleosis. En dos de nuestros casos el número de glóbulos blancos fué de 15.900 y 14.400, y en otros dos se contaron 7.200 y 7.000 leucocitos, respectivamente, y todas las veces que se hizo fórmula hubo neutrofilia con o sin desviación a la izquierda. También apreciamos que, en general, la polinucleosis y la desviación a la izquierda (si existe) aumentan a compás de la evolución del proceso. Llegamos, pues, a la conclusión que, tanto el recuento de glóbulos blancos, como el hemograma, si hemos de guiarnos por lo observado, no nos orientaron gran cosa. En cambio, el estudio de la serie roja nos ha sido de gran utilidad. Acostumbramos a mandar practicar siempre ante un supuesto embarazo ectópico juntamente con el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria, tan utilizados en toda clase de afecciones agudas de vientre, un recuento de glóbulos rojos y una determinación de hemoglobina y valor globular. Estos análisis se repetirán con la mayor frecuencia posible: diariamente o cada dos, tres o más días. Tales determinaciones escalonadas nos permitirán muchas veces comprobar indirectamente si se presenta o no hemorragia interna, y hasta formarnos una idea aproximada de su curso y cuantía. En varias ocasiones este estudio sistemático de la imagen sanguínea nos aclaró algún diagnóstico hasta entonces incierto. Citaremos, por vía de ejemplo, entre otros casos observados, el siguiente:

A. M., de treinta y ocho años, presenta un cuadro agudo de vientre, al parecer no muy bien definido. La enferma había sido vista por varios compañeros, y las opiniones no fueron acordes. Se trataba de una enferma pálida, con trastornos vagos de vientre. Se le hizo tomando por guía principal su palidez un análisis de sangre, que acusó, entre otras cosas, 2.300.000 hematíes. A la semana de este primer análisis, el número de glóbulos rojos había descendido a 1.920.000. Con estos antecedentes que se nos dan tenemos ocasión de observar personalmente a la enferma. Se trataba, efectivamente, de una mujer muy pálida. Tinte subictérico manifiesto, sobre todo en conjuntivas. Pulso rápido. Vientre de paredes flácidas, que se deja explorar muy bien. En fosa iliaca izquierda, limitando con el pliegue inguinal, se nota un empastamiento doloroso. La historia de la enferma, donde figuraban, además de las molestias de vientre apuntadas, algunas irregularidades menstruales, la palidez que presentaba, lo que se tocaba al palpar y el resultado del examen de la sangre con una caída bastante considerable de eritrocitos del primero al segundo análisis, que ningún otro motivo justificaba, orientaron nuestro diagnóstico, que formulamos así: Hematocele por hemorragia interna debida a embarazo extrauterino. El Dr. FOURNIER (don MARCIAL), que en unión del Dr. GARRIGA, operó a la enferma, me envió una nota, que no reproduzco en gracia a la brevedad, donde confirmaba el diagnóstico de hemoperitoneo y rotura de trompa izquierda en su porción ístmica por embarazo ectópico.

Un indicio a favor de hemorragia interna, en tales casos, puede constituirlo, descartando otras posibles causas de error, el hallazgo de un número bajo de glóbulos rojos y la policromasia en gota espesa (casos nuestros). Claro está que estos datos que arrojan los análisis hematológicos no habrán de tomarse aisladamente para su valoración, sino en función de todos los demás síntomas que las enfermas presentan.

A veces la reacción regenerativa de la médula ósea puede ser tan intensa (policromasia, presencia de megalocitos, normoblastos, etc.), que induzca a primera vista a pensar en anemia hiperocrómica del tipo pernicioso. Hemos visto cometer este error en una ocasión, por lo que queremos llamar la atención aquí sobre tal detalle, pero en general basta considerar el cuadro clínico en su totalidad para atribuir estas anemias a su verdadero origen.

Las metrorragias, de presentarse en esta variedad de embarazo, son casi siempre escasas, y en modo alguno pueden justificar estados anémicos tan acentuados. Sucede lo contrario en el aborto corriente, en el cual, si se llega a producir una anemia, habrá que tener en cuenta la metrorragia como posible causa.

La velocidad de sedimentación no varía gran cosa entre el embarazo normal y el ectópico, y sólo aparece más aumentada en casos de infección.

La fiebre, cuando se presenta, es discreta, sobre todo en los primeros momentos. Nuestros casos evolucionaron en un principio sin fiebre. Cuando apareció fué tardíamente y moderada. Este es un dato que está en contra de proceso apendicular, pero sólo hasta cierto punto. Si la temperatura rebasa los 39 grados, habrá que atribuírla verosímilmente a infección del hematocele.

Estos son los síntomas principales que, ordinariamente, nos permiten llegar a un diagnóstico. Sin embargo, existen otros no tan importantes, de algunos de los cuales vamos a dar somera cuenta. Tenemos, entre ellos, la ictericia. No es frecuente. Se presentó solamente en uno de nuestros casos, del que ya hablamos, y no pudimos, por circunstancias especiales, estudiarlo debidamente. El simple embarazo puede motivarla. En general se debe a la formación de bilirrubina o hematina a costa de la sangre extravasada. La prueba del piramidón, hoy apenas utilizada en el diagnóstico del hemoperitoneo, está fundamentada en la hematinemia que existiría en estos casos como producto de absorción de la hematina procedente de la sangre derramada en el peritoneo. La coexistencia de ictericia, dolor y estado lipotímico, pudiera en ocasiones inducir a error, confundiendo estos estados con la litiasis biliar. Una minuciosa exploración permitirá, en la mayoría de las ocasiones, aclarar tal duda diagnóstica. En el caso por nosotros relatado no hubo, en este sentido, duda de ninguna clase. La urobililuria que aparece a veces, habrá que

relacionarla en parte con la formación de bilirrubina en el foco hemorrágico.

Otro de los síntomas, que viene señalado en todos sitios como propio del hemoperitoneo, es la presencia a nivel del ombligo de una coloración rojo-azulada, que aquí, como en otros casos (pancreatitis hemorrágica, etc.), indicaría hemorragia peritoneal. Aparte de su inconstancia, se presenta también en otros procesos: incarceration de hernia umbilical, adherencias de epiplón, etc., ajenos por completo al cuadro sindrómico a que nos estamos refiriendo, y que nada tienen que ver tampoco con las hemorragias peritoneales (faltó en todas las observaciones nuestras).

Renunciamos a seguir relatando otros síntomas que se dan como propios de estos estados, por creer que carecen de importancia diagnóstica.

Pese a todo lo que llevamos dicho, el diagnóstico de esta variedad de embarazo resulta, en muchas ocasiones, peliagudo. Esto lo saben muy bien todos los que se han tropezado con casos de éstos, y hemos oído comentarios, en este mismo sentido, a muy experimentados especialistas. Con frecuencia, según ya advertimos, la clave del diagnóstico nos la da, tales son a veces las dificultades, la llamada inundación peritoneal, a la que dedicaremos algunas palabras. Esta hemorragia puede presentarse como episodio agudo en el curso de un embarazo ectópico de evolución tranquila. Tenemos recogidas 4 observaciones de esta índole. Dos enfermas fueron operadas por el Dr. FOURNIER (don MARCIAL), una de ellas en colaboración con el Dr. GARRIGA (caso referido); otra fué operada por don PEDRO MIÑOR, y la otra por el mismo Dr. GARRIGA (don SALVADOR). En otras ocasiones la hemorragia es aguda ya desde el primer momento, y su comienzo va acompañado generalmente de dolor. Este puede ser tan agudo que, como ya se indicó, la paciente pierde el conocimiento (observación personal que referiremos en seguida). Puede haber o no vómitos. Lo que más llama la atención es la palidez que, en general, estará en relación con la cantidad de sangre extravasada. En los casos dudosos hay que buscarla en las mucosas (labios, lengua, etcétera). Particularmente las orejas suelen aparecer muy decoloradas. A la palidez acompañan todos los demás síntomas propios de hemorragia interna (mareo, vértigos, zumbido de oídos, sudor, estupor, hipotensión, etc.), que pueden culminar en el colapso, que a veces es mortal. El pulso suele ser frecuente y pequeño, si bien esto no debe tomarse al pie de la letra, pues en ocasiones no ocurre así. Los datos que suministra la exploración del vientre no difieren de los ya descritos a propósito de la hemorragia de evolución subaguda, por lo cual no vamos a insistir en ellos. Únicamente falta el hematocrito, que no tuvo tiempo de formarse. Se percibe muchas veces matidez de flancos, que cam-

bia en los decúbitos. Cuando la hemorragia no es grave, hay que esperar algunos minutos para poder observar el cambio. En la confirmación de ese signo conviene actuar con suma prudencia en casos particularmente graves. Muchos de los síntomas que estamos refiriendo se presentan también en hemorragias extraperitoneales, como las que acompañan, por ejemplo, a las úlceras gastrointestinales, pero entonces la diferenciación no ofrece dificultades. Vamos a mostrar un ejemplo que vale por la mejor descripción.

Se trata de una mujer que el domingo 16 de abril de 1939 sintió, sobre las diez de la mañana, dolores de vientre, a los que no dió importancia. Al día siguiente, también por la mañana y a la misma hora, estando trabajando en su huerta de Tremañes (arrabal de Gijón), siente dolor muy intenso en todo el vientre, perdiendo el conocimiento. La trasladan a la cama, y después que se recupera, la administran aceite de ricino, que le hace efecto por la tarde. Las deposiciones no fueron negras. Esa misma tarde, a las seis, la visita el Dr. PRIETO (don CARLOS), que encuentra a la enferma sin fiebre, con pulso malo y muy pálida. Piensa en hemorragia interna, y manda que le pongan suero. La veo en consulta a las once de la noche del mismo día. Nos encontramos con una enferma bien constituida, con intensa palidez, verdadera palidez mortal. Pulso a 120. Al explorarle el vientre acusa dolor en ambos lados, pero sin localización precisa. Sin embargo, aparece algo más intenso sobre el ombligo y quizá también sobre ingle izquierda. No hay defensa muscular en ningún sitio. Creemos percibir matidez en los flancos, pero no nos atrevemos, dado el estado de la enferma, a movilizarla y comprobar si hay líquido libre en el peritoneo. El pasado genital de esta mujer no ofrece, según nos cuenta, anormalidad alguna. Solía presentarse el período regularmente entre veinticinco o veintiséis días. El último lo había tenido el día 25 del mes anterior al accidente, y había sido, como siempre, normal. No hubo, pues, amenorrea. Pensamos, no obstante, en hemorragia interna por probable embarazo extrauterino. Aconsejamos la intervención inmediata. La enferma fué operada por el Doctor don CÉSAR ALONSO a las dos horas de haberla visto nosotros. Encontró, según nos comunicó verbalmente, el vientre lleno de coágulos y rotura de la trompa izquierda en su tercio externo, con desgarro vascular.

En nuestro archivo aparece registrado un caso de intensísima hemorragia peritoneal, que puso en grave peligro la vida de la enferma, que no pudo ser operada durante el período cataclísmico por estar alejada de todo auxilio quirúrgico. Cuando se recompuso, fué intervenida por los Dres. don PEDRO MIÑOR y don JULIÁN CLAVERÍA (la operación se llevó a efecto a los cuarenta días del accidente), encontrando un hematocrito que correspondía a trompa izquierda. Citamos este ejemplo para poner de manifiesto la posibilidad, no muy remota, de que las cosas remitan espontáneamente, pero en modo alguno para sentar un criterio abstencionista, pues ante un diagnóstico seguro de embarazo extrauterino el único tratamiento racional es la intervención quirúrgica.

Nos hemos referido ocasionalmente a ciertos caracteres diferenciales entre este proceso que estamos estudiando y otros estados agudos de vientre de fácil confusión con aquél. Esto nos



dispensa de consagrar aquí un espacio al conocido capítulo del diagnóstico diferencial, pues esto supondría tanto como pasar revista y barajar una gran parte de las enfermedades agudas de vientre, selva intrincada de la patología abdominal. Creemos que un mejor conocimiento de cada uno de estos cuadros constituye la mejor base para diferenciarlos entre sí. Nos daremos por satisfechos si con esta aportación contribuimos a ese fin.

### COINCIDENCIA DE COLECISTITIS AGUDA Y PANCREATITIS (\*)

J. PABLOS ABRIL

Médico ex interno del Servicio de Valdecilla. Jefe del Servicio de la Cruz Roja (Cáceres).

En la mayor parte de autores que en libros, revistas o monografías hablan de la pancreatitis aguda, vemos cómo en los antecedentes se detienen a considerar la frecuencia con que existieron cuadros vesiculares o litiásicos en sus enfermos. Hasta hay autor que considera a la necrosis aguda pancreática como "segunda enfermedad" que aparece en individuos que han tenido una afección primitiva, que en la mayor parte de los enfermos es una litiasis biliar.

Hay una gran divergencia en cuanto al valor de constancia de este antecedente en las estadísticas. Autores hay, como KEHR, que sólo la encuentra en un 30 por 100; BARON, análogamente, en un 33 por 100 (21 casos), concediéndola poca importancia. SCHMIEFEN y SEBENING, en una revisión de la literatura de 1.278 casos, la encuentran en un 69,8 por 100, BERNHARDT (77 casos) 87,7 por 100 y, finalmente, KIRSCHNER, LINDER, KEMMER y otros el 100 por 100 de los pacientes. También entre nosotros PIULACHS, de 22 casos observados, encontró antecedentes litiásicos en un 59 por 100.

Los antecedentes litiásicos a que hacen referencia los autores son unas veces silenciosos (cálculos descubiertos en la operación o necropsia, que no dieron síntomas) o cuadros más o menos claros, que demostraron después la presencia de cálculos en vesícula, colédoco o ampolla y hasta lesiones de tipo inflamatorio o disquinético.

La pancreatitis aguda, según BEUHARD, aparece con mayor frecuencia en el primer año de litiasis biliar, aunque se la ve aparecer ya cuan-

do la enfermedad está bien arraigada y lleva muchos años.

Nosotros hemos observado un caso de coincidencia, de colecistitis subaguda supurada y pancreatitis aguda (forma edematosa). Caso interesante por la superposición de ambos cuadros, comprobado en la operación y seguido de curación.

A continuación exponemos brevemente el historial clínico de la enferma, y después haremos unos comentarios relacionados con el mismo.

#### HISTORIA CLINICA (NUM. 871)

A. C. S. Mujer de cuarenta y tres años. (Miajadas.) Ningún antecedente patológico, salvo las enfermedades propias de la infancia.

Hace nueve años que padece de cólicos hepáticos, 2-3 veces al año, quedando después bien; son casi siempre de madrugada, con dolor e irradiaciones típicas (epigastrio a región vesicular y espalda derecha), duran unas horas, a veces pasan solos y otras necesita una

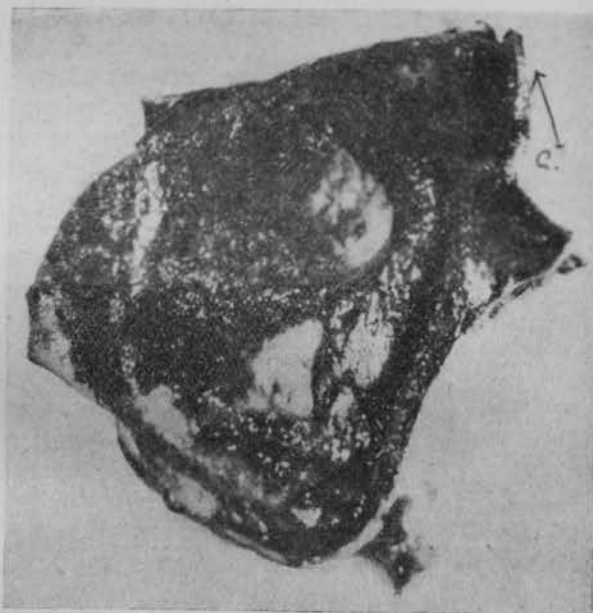


Fig. 1.—Vesícula biliar abierta, mostrando su estructura y los dos cálculos que tenía dentro.

inyección de pantopón. No tiene fiebre, nunca ictericia, orina encendida; habitualmente estreñida. Durante el cólico, muchos vómitos acuoso-biliares. No ha expulsado cálculos.

Hace cinco-seis años, paludismo.

Ultimamente la enfermedad se va haciendo más molesta. No es gran comedora. Sin antecedentes alcohólicos ni lúeticos.

**Exploración.**—Mujer sumamente obesa. Pulso y tensiones en límites normales. Ligero dolor en C. I. por fuera de recto derecho, más acentuado al sentar e inclinarse hacia adelante la enferma.

**Análisis.**—Bilirrubina en sangre: 9 mg. por 1.000. Orina: Glucosa, —. Albúmina, —. Acetona, —. Urobilina, +. Pigmentos biliares, +.

**Rayos X.**—Estómago y duodeno, normales. No se puede hacer colecistografía por falta de placas.

**Tratamiento.**—Se advierte a la enferma la conveniencia de operar, pero prefiere antes hacer un tratamiento médico. Se la prescribe régimen adecuado por

(\*) Comunicación presentada al I Congreso de Internos de la Casa de Salud Valdecilla (agosto 1946).