

9-IV-50: Sólo tiene febrícula vespertina. Cassoni fuertemente positivo. Se suspende el tratamiento sulfamídico.

20-IV-50: La radiografía obtenida permite observar la reexpansión progresiva del pulmón, en el cual queda una cavidad residual; el derrame ha desaparecido casi por completo. Temperatura y pulso normales.

Es dado de alta el día 6 de mayo, restablecido por completo, después de haber quitado el drenaje y cicatrizado por segunda intención la fistula cutánea. Pulmón reexpandido por completo; cavidad residual muy reducida. Se le recomienda nuevo ingreso para intervención quirúrgica del quiste hidatídico del pulmón derecho.

BIBLIOGRAFIA

1. ARCE, M. y F.—Estudios radiológicos en la equinocosis pulmonar. C. española de monografías médicas, 1941.
2. ARTAGAVEYTIA, A.—Rev. Tuberc. Uruguay, 7, 1, 1938.
3. BARNETT.—Brit. J. Surg., 19, 593, 1932.
4. BERNOU, FRUCHARD y GAIN.—Rev. de la Tuberc., 165, 1932.
5. CALVO MELENDEZ, J.—Arch. de Med. Cir. y Espec., 12, 1133, 1931.
6. CARALPS.—Med. Española, 5, 26, 1941.
7. CIGNOZZI, O.—Arch. Ital. Cirug., 57, 84, 1926.
8. CUATRECASAS.—Gaceta Méd. Esp., 1933.
9. DEVÉ, F.—Rev. de Cirug., 1925.
10. DEVÉ, F.—Rev. de Cirug., 1925.
11. EIZAGUIRRE, E.—Actas de la II Asamblea Santo Hospital Civil de Bilbao, 1934.
12. FLORES ESTRADA, M. P.—Prog. de la Clin., 7, 38, 1916.
13. GARCÍA ALONSO, R.—Ser. 10, 86, 1951.
14. GIL CASARES.—Manual de Medicina Interna de Hernando y Marañón, t. II, 2.ª edición, 1925.
15. LENDON, A. A.—Austral. Med. Gaz., 14, 1895.
16. LIGAS, A.—Archiv. Intern. de la Hidatidosis, vol. 5, fasc. 1 y 2, 1941.
17. MORELLI, J. B.—Rev. Méd. Uruguay, 27-33, 1926.
18. PATELLA, V.—Rev. de Med., oct. 1911.
19. PÉREZ FONTANA.—Archiv. Intern. de la Hidatidosis, 6, 1 y 2, 1944.
20. PIULACHS, P. y ALVIRA MALLEN, M.—Medicina Col., 4, 5, 1944.

- 21.—PIAGGIO BLANCO y GARCÍA CAPURRO.—Equinocosis pulmonar. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1939.
22. PRIM, J.—Rev. Cirg. Barcelona, 9, 1936.
23. REMENTERIA.—Medicina, dic. 1943.
24. RIVERA SANS, J.—Com. al II Congreso español de Cirugía. Madrid, 1908.
25. RODRÍGUEZ LÓPEZ-NEYRA y SOLER PLANAS.—La equinocosis en España, 1944.
26. TAPIA, M.—Formas anatomoclínicas, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Tomo II, 1946.
27. UGÓN, A.—Archiv. Intern. de la Hidatidosis, 1, 144, 1936.
28. VALDONI.—Archiv. Ital. di Chir., 55, 495, 1939.

SUMMARY

With reference to a particular case some comments are made concerning the formation of openings into hydatid cysts situated in the lung and the development of hydatid pneumothorax. Treatment should always be surgical.

ZUSAMMENFASSUNG

Auf Grund eines selbst beobachteten Falles bespricht man den Durchbruchmechanismus der Hydatidenzysten in der Lunge und die anschliessende Bildung des Hydatidenpneumothorax. Die Behandlung muss immer chirurgisch sein.

RÉSUMÉ

Au sujet d'un cas personnel on fait des considérations sur le mécanisme de rupture des kystes hydatidiques de poumon et la formation de pneumothorax hydatidique. Le traitement sera toujours chirurgical.

NOTAS CLINICAS

EL TRATAMIENTO DE LAS CAVERNAS INSUFLADAS EN EL NEUMOTORAX EXTRAPLEURAL

E. SANTORO IGLESIAS y J. ALIX ALIX.

Clinica Médica Universitaria del Profesor JIMÉNEZ DÍAZ.
Centro Colapsoterápico de Madrid. Director: J. ALIX ALIX.

En un trabajo anterior, aparecido en julio de 1949 (REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA, tomo XXXIV, núm. 1), expusimos (ALIX) el criterio mantenido en el tratamiento de las cavernas insufladas en el seno del neumotórax intrapleural, consistente en: régimen hipertensivo transitorio (previa toracoscopia para comprobar la no existencia de adherencias y en caso de su existencia con sección *total* de ellas) y aspiraciones broncoscópicas e introducción "in situ" de antibióticos. Posteriormente dicha técnica y sus resultados fueron comunicados en la XI Conferencia de la Unión Internacional contra la Tuberculosis, celebrada en el mes de sep-

tiembre de 1950, en la que se señalaron los brillantes resultados obtenidos con este procedimiento.

El motivo de la presente nota clínica es comunicar el resultado obtenido con normas similares a las seguidas en los casos citados en aquellas dos comunicaciones, pero con la diferencia de que en el caso aquí presentado se trata de una caverna insuflada en el seno de un neumotórax extrapleural.

Relatamos a continuación un resumen de la historia de la enferma y de los procedimientos empleados:

Enferma V. P. G., de veintiún años; historia número 1.610.

A principios de 1950 tuvo un "catarro" que fué acentuándose hasta que en el verano se hizo más intenso, con bastante tos, unos 30 esputos purulentos y fiebre que osciló entre 38-39°. En esta época la vió un especialista que la diagnosticó de "lesión aguda en región infraclavicular derecha, con abundante expectoración positiva". Durante los meses siguientes se puso estreptomycin (15 g.) y PAS (150 g.), mejorando la sintomatología. A finales del mismo año la vieron de nuevo

y la enviaron a un Sanatorio, donde permaneció un año. La iniciaron neumotórax intrapleurales derecho a principios de 1951 y le hicieron sección de adherencias a los tres meses. Persistió la sintomatología y la baciloscopia positiva y en vista de su ineficacia se lo abandonaron en el verano del mismo año. De nuevo la pusieron estreptomycinina (15 g.) y PAS (150 g.).

A finales de 1951 le propusieron hacer toracoplastia e ingresa en el Centro en diciembre del mismo año.

A su ingreso tenía la siguiente sintomatología: poca

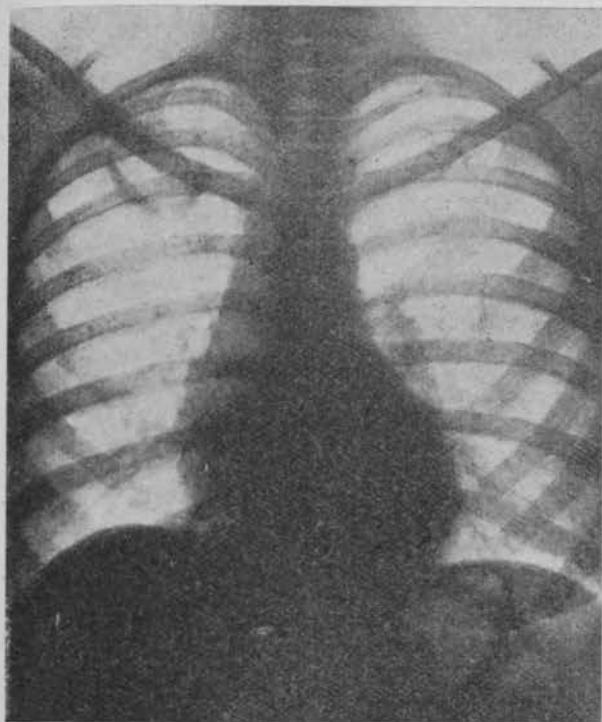


Fig. 1.

tos; algún esputo matinal de aspecto purulento (baciloscopia positiva); afebril y ligera disnea de esfuerzo.

Entre los antecedentes personales destaca una afección padecida a los cinco años, que calificaron de gripal, coincidente con adenopatías en región hiliar (seguramente se trató de la primoinfección).

Entre los antecedentes familiares destaca la afección de tuberculosis pulmonar de la que falleció su padre, coincidiendo con los ganglios de la enferma. Su madre también padeció tuberculosis pulmonar hace algunos años, curada en la actualidad.

No existe nada anormal en el resto del organismo.

De los datos de exploración física destacan los signos auscultatorios cavitarios en la región subclavicular derecha, especialmente en el plano posterior.

Los datos de exploración funcional circulatoria, en reposo y tras la prueba de esfuerzo, son favorables.

Los datos espirométricos son: aire circulante, 550; aire complementario, 1.400; aire de reserva, 1.200; capacidad vital, 3.150; ritmo en aire, 22, y en O_2 , 19; volumen minuto en aire, 12.100, y en O_2 , 8.075; consumo de O_2 en aire, 300, y en O_2 , 300; equivalente respiratorio en aire, 4,0, y en O_2 , 2,6; máxima capacidad respiratoria, 63.000; reservas respiratorias, 50.900; cociente de RR/MM, 0,80.

Diagnóstico: Se trata de una tuberculosis pulmonar ulcerada del lóbulo superior derecho, correspondiente al segmento 2 (fig. 1).

Se decide hacer un neumotórax extrapleurales derecho, puesto que la caverna es de paredes elásticas y además su situación no es muy periférica.

Se hace la intervención el 21-I-52. Preparación con 0,01 grs. de morfina. Anestesia local con solución de novocaína al 1/2 por 100 y al 1 por 100, con y sin adrenalina, para partes blandas y troncos intercostales, respectivamente. Resección de unos 18 cm. de cuarta costilla.

Despegamiento extrapleurales, que por detrás llega hasta séptima costilla, por delante hasta segunda y por la cara mediastínica se llega en la liberación del pulmón hasta dejar al descubierto la vena ácigos mayor. Durante la realización de las maniobras del despegamiento, se produce una pequeña desgarradura de la pleura parietal, lo que motiva la creación de una cámara intrapleurales de reducidas dimensiones; se hace una sutura en bolsa de tabaco a este nivel. Aplicación local de 200.000 unidades de penicilina. Cierre de la pared en seis planos.

En el curso postoperatorio no se produjo ninguna complicación y pasadas ocho horas se hizo la primera evacuación del seroma, inyectando localmente penicilina (por vía general se comenzó inmediatamente después del acto operatorio) e igualmente aire hasta dejar presiones finales de 0 + 2.

En los días sucesivos y con intervalos de cuarenta y ocho horas, se hicieron otras punciones, según es práctica habitual para este tipo de intervenciones en este Centro.

A los ocho días se quitaron los puntos y se hicieron extracciones, tanto de la cámara extrapleurales como de la intrapleurales accidental (fig. 2).

La fiebre, que el primer día fué de 38,2°, se mantenía a los ocho días a la misma altura, persistiendo en igual forma de expectoración, que seguía siendo positiva al bacilo de Koch.

En vista de la persistencia de la cavidad se decide hacer aspiraciones broncoscópicas e inyección intracavitaria, por medio de una sonda dirigida por el interior del broncoscopio, de PAS; esto, unido a fuertes presiones positivas de la cámara extrapleurales (esto último es lo habitual en todos los casos de neumotórax extrapleurales).

Se comenzaron a realizar estas broncoaspiraciones dirigidas el día 30-I-52, realizando en el espacio de dos

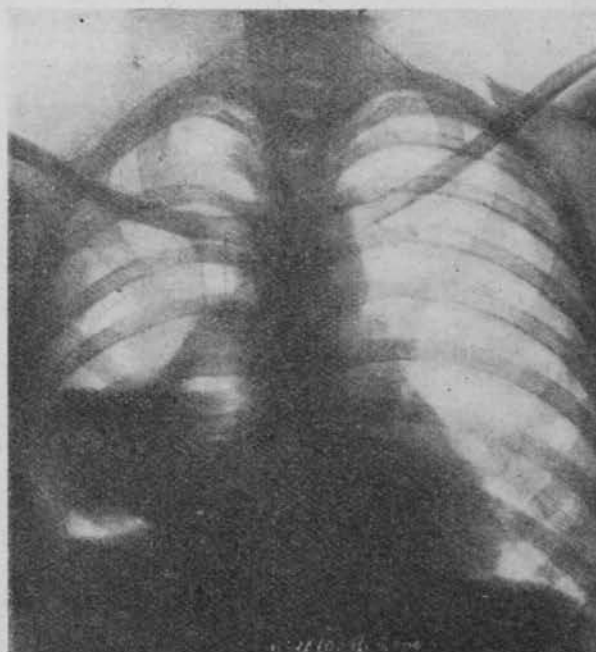


Fig. 2.

meses y medio un total de 20 broncoaspiraciones, espaciadas cada cuatro días. En los días intermedios se hicieron otras 20 punciones de neumotórax hipertensivo.

La imagen broncoscópica del día 30-I-52 fué la que a continuación se describe: "Tráquea normal. Carina ligeramente desplazada hacia la izquierda, de aspecto normal. Bronquio lobar superior derecho continuando casi la dirección del principal, con la embocadura estrechada a causa del edema de la mucosa, que además está enrojecida; por él salen secreciones espesas. El

resto del árbol bronquial derecho es de aspecto normal. Árbol bronquial izquierdo, normal.

En los primeros días de febrero se mantenía la temperatura alrededor de 38°, con abundante expectoración (20 esputos purulentos y positivos al bacilo de Koch). En estos días se le pusieron 20 gramos de es-

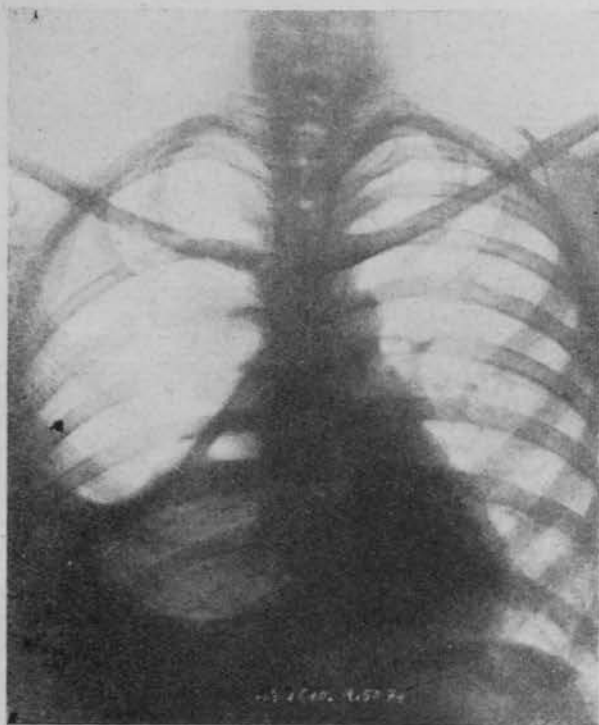


Fig. 3.

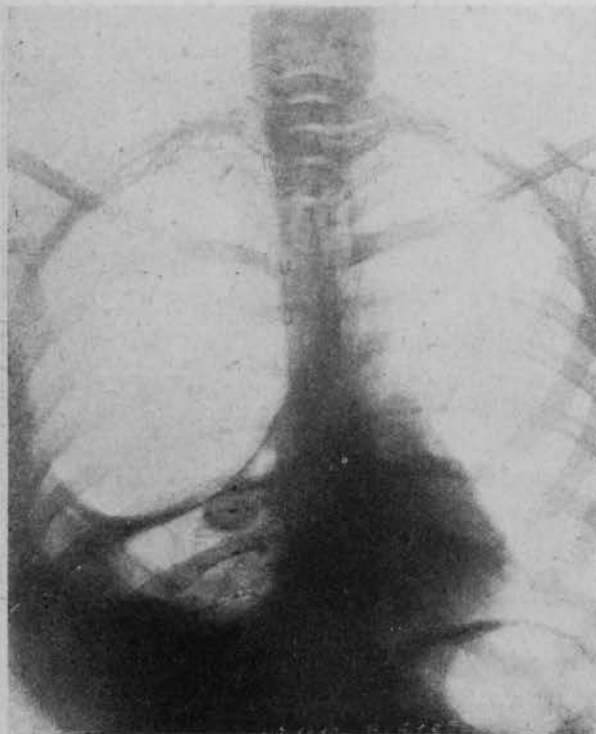


Fig. 4.

treptomicina por vía general. Desde mediados de ese mes la fiebre bajó a 37,5°, persistiendo en igual forma la expectoración. (La imagen radiográfica de esta fecha es la de la figura 3.)

Durante el mes de marzo la sintomatología disminuyó, quedando la enferma apirética y disminuyendo con-

siderablemente la expectoración, que se hizo mucosa. En sucesivas radiografías practicadas durante este mes se fué comprobando la progresiva disminución del tamaño de la cavidad, de las que damos un detalle en la figura 4 y en las *tomografías* de la figura 5 en cuyos planos 6, 7, 8 y 9 se aprecia el resto cavitario.

En el mes de abril se distancian las broncoaspiraciones y las punciones de neumotórax (pero siempre con fuertes presiones positivas). La baciloscopia se hizo negativa (previa homogeneización) el 3-IV-52, siendo la velocidad de sedimentación de esta misma fecha de 14 mm. a la hora. (La *radiografía* correspondiente a esta fecha es la figura 6.)

La enferma continuó apirética, con escasísima tos y unos 6-8 esputos mucosos. A mediados de abril, y en vista de la negatividad de los esputos (previa homogeneización y de las imágenes radiológicas negativas, se

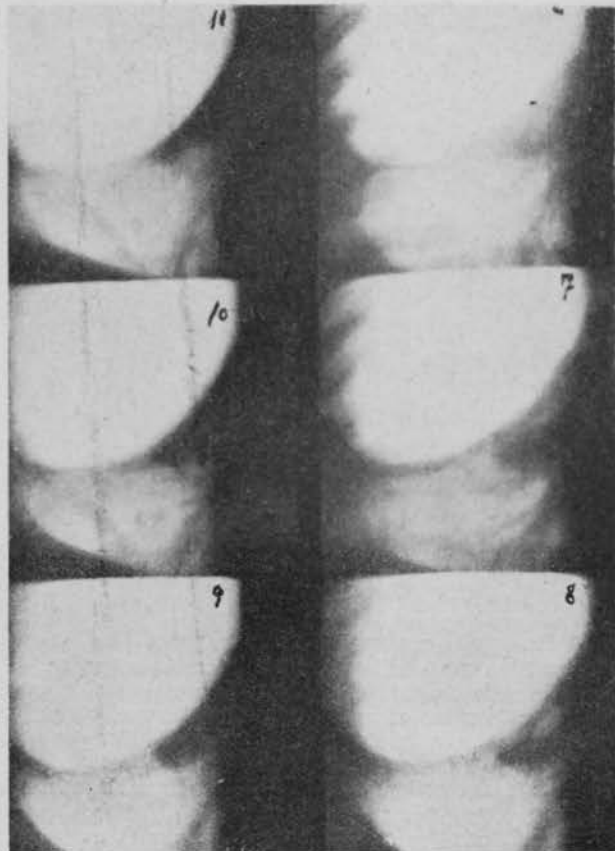


Fig. 5.

hacen nuevas *tomografías* (fig. 7), en las que se comprueba el cierre de la caverna residual (fig. 8).

En vista de la situación reseñada se decide suspender las broncoscopias aspiradoras. La imagen broncoscópica última era menos edematosa y no existían secreciones purulentas. La baciloscopia, por toma directa del bronquio al realizar la broncoscopia del 15-IV-52, fué negativa al bacilo de Koch. La velocidad de sedimentación era de 13 mm. a la hora.

Los datos espirométricos del día 20-IV-52 fueron: aire circulante, 350; aire complementario, 850; aire de reserva, 800; capacidad vital, 2.000; ritmo en aire, 27, y en O₂, 29; volumen minuto en aire, 9.450, y en O₂, 7.700; consumo de O₂ en aire, 300, y en O₂, 225; equivalente respiratorio en aire, 3,1, y en O₂, 3,4; máxima capacidad respiratoria, 42.000; reserva respiratoria, 32.550; cociente de RR/MM, 0,77.

Sale de alta del Centro a finales de abril de 1952, para continuar el neumotórax extrapleurale en régimen sanatorial.

La técnica seguida en las broncoscopias fué la clásica, y por lo tanto no nos paramos

en sus detalles. Las aspiraciones se hicieron por medio de las sondas aspiradoras del broncoscopio, bien la de terminación acodada, o bien recta y dirigiendo la punta de la sonda hacia la embocadura del bronquio lobar superior; una vez colcada en esta posición la sonda, se hacía aspiración con aspirador eléctrico y al agotar las secreciones existentes se introducía el PAS por la misma sonda. Creemos de más utilidad, tanto para los casos de intrapleural como extrapleural, el empleo de la broncoscopia que el de las sondas de Metrás, dirigidas solamente por control radioscópico; puesto que con la aspiración dirigida por broncoscopia las sondas se pueden introducir hasta las ramifica-

verna, en las semanas siguientes a la intervención, a defecto de técnica en el despegamiento extrapleural, puesto que fué realizado en grado

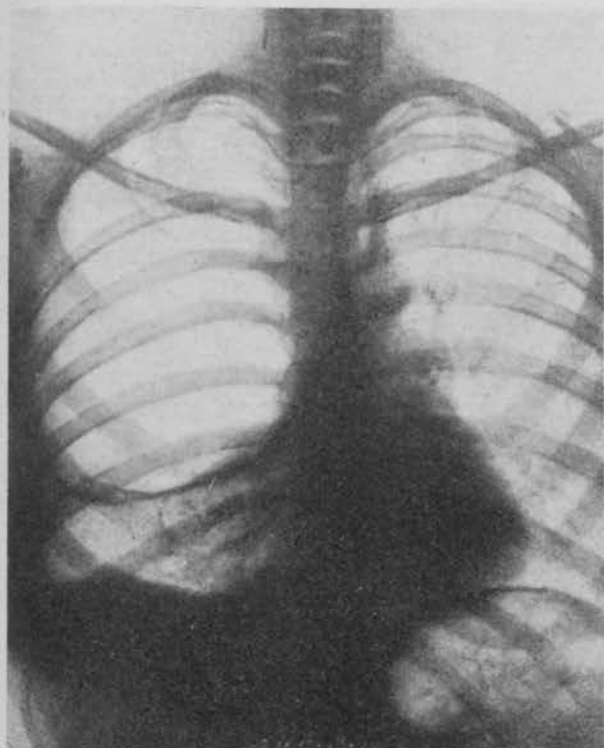


Fig. 6.

ciones más finas, y sobre todo a la embocadura del bronquio afecto, mientras que con el otro sistema es muy problemático el aspirar el bronquio que interesa. Por otro lado, es digno de destacar que a pesar del número de broncoscopias realizadas y de su frecuencia, la enferma las soportó sin molestias importantes, siendo las mayores que tuvo los pequeños golpes de tos que tenía, algunas veces, en el momento de la introducción del PAS, pero que dirigiendo previamente un poco de anestesia por la sonda introducida en el bronquio lobar, no se producían.

Antes de seguir adelante es necesario resaltar una vez más que la técnica seguida en este caso se adapta a la señalada en las comunicaciones antes citadas, con la salvedad de que aquí es en un neumotórax extrapleural y es el primer caso de este tipo en el que realizamos esta técnica.

No se puede achacar la persistencia de la ca-

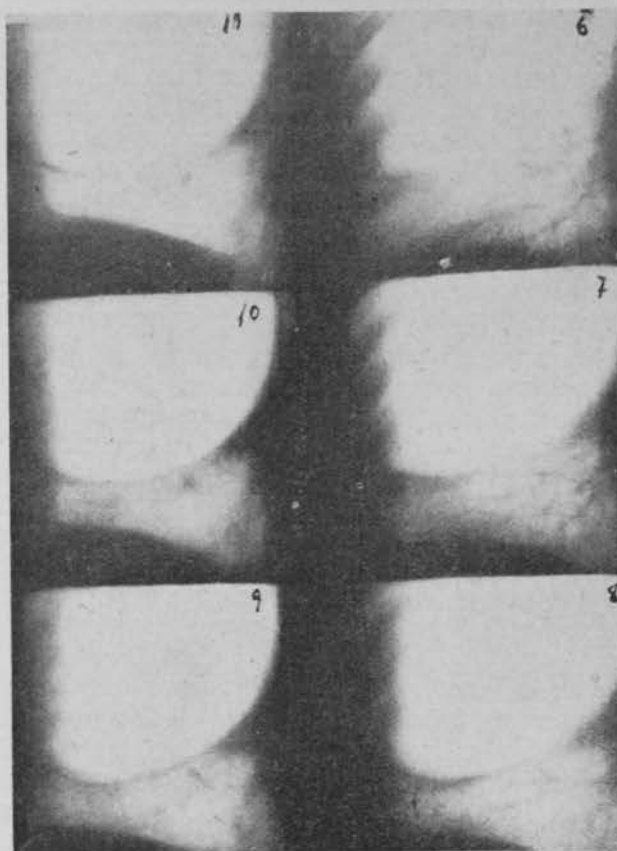


Fig. 7.

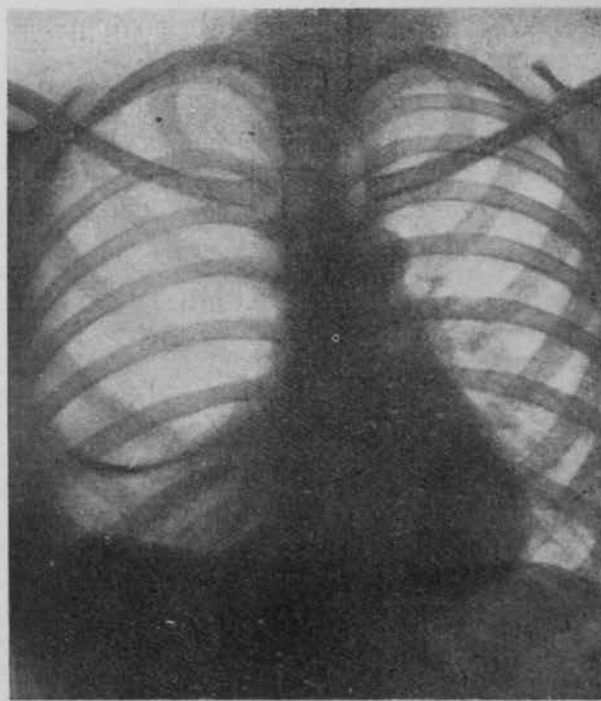


Fig. 8.

suficiente hasta el cayado de la ácigos mayor (colapso que en la actualidad es suficiente) y, por lo tanto, suficiente para cualquier caverna situada en la mitad superior del hemitórax y

aun para cavernas situadas más basalmente, hecho éste comprobado en el gran número de neumotórax extrapleurales operados por esta técnica en el Centro de Colapsoterapia.

Tampoco se puede atribuir su persistencia a la pérdida del aire inyectado, bien por acumularse en la cámara intrapleural accidental que se creó en el acto operatorio o bien por una posible dehiscencia de la sutura del plano costal, puesto que la cámara era mínima y además se extrajo con precocidad el aire en ella existente, y el segundo punto está descartado al no haberse formado enfisema subcutáneo y además las presiones extrapleurales se mantuvieron siempre positivas ya bien pronto.

Sería pueril pensar en la acción estimulante del seroma, puesto que si bien en algunos casos de neumotórax intrapleurales se cita la acción beneficiosa de ciertos líquidos introducidos en la cavidad pleural, sin embargo, en este caso el seroma desapareció pronto (en fecha 8-II la cavidad de neumolisis estaba ya seca) y la caverna permanecía abierta el 26-III-52. A esto se une el que el seroma existente en estas primeras semanas lo fué en muy pequeña cantidad.

Por lo tanto, tenemos que pensar que la persistencia de la caverna fuera debida a una causa intrínseca, y examinando detenidamente la radiografía núm. 1 ya se aprecia la existencia de datos, con anterioridad a la intervención, que nos aclaran este problema y más aún al practicar la broncoscopia postoperatoria. Es una lástima que con anterioridad a la intervención no le fuese practicada una broncoscopia, pero causas de dificultades transitorias impidieron su realización. En esa radiografía núm. 1 ya se aprecia la reacción pericavitaria atelectásica y el signo radiológico de alteración bronquial descrito por OESCHLI.

Como ya se indicaba en la publicación del año 1949, dos son los factores fundamentales que determinan la insuflación de las cavernas: 1) Factor dependiente de los bronquios eferentes; y 2) Factor dependiente de la atelectasia del tejido pericavitario. Ya se señalaba que el más importante es el bronquial, siendo secundario a éste el factor atelectásico. En el caso presente estos dos factores ya existían con anterioridad a la intervención.

Examinado ya el factor bronquial, tres modificaciones se pueden producir por esta causa: a) El simple acodamiento del bronquio. b) Alteraciones inflamatorias en la pared bronquial, bien específicas o por simple edema inflamatorio; y c) Secreciones densificadas o productos de destrucción caseosa de los focos pulmonares.

Por lo que respecta al primer punto, hay que señalar que, así como al seccionar adherencias en el neumotórax intrapleural se puede producir un acodamiento del bronquio al descender el lóbulo superior, muy especialmente el bronquio número 2, dando lugar al acodamiento incompleto y actuando de válvula, en el neumo

extrapleural uno de los factores determinantes de su acción colapsante es el de producir un acodamiento total de los bronquios, no permitiendo la entrada del aire en los territorios por ellos ventilados y dando lugar a una atelectasia de toda esa zona. En este caso, las alteraciones bronquiales no permitían esta acción colapsante del extrapleural y hasta que estas alteraciones desaparecieron no se cerró la caverna.

En cuanto al segundo punto, se confirmó mediante las broncoscopias la existencia de una alteración bronquial, puesto que la embocadura del bronquio lobar superior derecho estaba edematosa y además enrojecida, detalles que nos confirman esta modificación y nos ayudan a comprender el motivo del fracaso del mecanismo anteriormente señalado.

La misma broncoscopia confirma el tercer punto, referente a las secreciones espesas que salían por dicho bronquio y que obstruían la luz bronquial. Estas secreciones al principio eran muy espesas y en gran cantidad (en esa fecha se apreciaba nivel líquido intracavitario) pero en las sucesivas broncoscopias se fué observando su fluidificación, hasta que se hicieron mucosas y en poca cantidad al final del tratamiento.

Se nos podría argumentar que, en vista de los signos radiológicos que ya existían antes de la operación, se debió pensar en alguna intervención que se recomienda en los casos de alteraciones evidentes bronquiales. Pero tenemos que hacer resaltar que en casos similares operados en este Servicio los resultados fueron excelentes, pues si bien tuvimos algún caso en el que la caverna persistió abierta durante los primeros días de su intervención por el neumotórax extrapleural, éstas, sin embargo, se colapsaron pronto sin otra técnica que la habitual de punciones, y en la actualidad, después de doce meses de colapso, están perfectamente. Recientemente se recomendó por BERNARD (Medicina Clínica de febrero de 1952) la exéresis como sustitutivo del extrapleural en los casos de fracasos de éste, incluyendo entre sus indicaciones las cavernas insufladas en el seno del neumotórax extrapleural. También aconseja la exéresis primitiva en aquellos casos en los que se diagnostique anteriormente una alteración bronquial.

Creemos que habiendo realizado el despegamiento en grado suficiente, se debe insistir en todos los procedimientos que nos conduzcan a un feliz término de este grado de colapso, como nos lo confirma este caso. También se cita la posibilidad y facilidad con que se perforan estas cavernas, pero en estos casos es menos posible que en el intrapleural, porque está el muñón pulmonar recubierto por la pleura parietal y adquiere una consistencia semejante a la del cuero. Tenemos que hacer resaltar que estas consideraciones últimamente señaladas las hacemos, no por temor a la gravedad de la

intervención, sino por estimar que, desde otros puntos de vista (que serán objeto y comentario de próximo trabajo), consideramos más eficaz para el futuro del enfermo el tratamiento por colapso que por exéresis en la tuberculosis pulmonar.

Utilizamos localmente el PAS en sustitución de la estreptomycin por tener el convencimiento de que sus resultados en la terapéutica local de los procesos específicos tuberculosos son mejores.

En cuanto a la hipertensión de la cámara de neumotórax, en el caso presente se trata de un método habitual en este tipo de colapso, en contra de lo seguido en los casos de intrapleurales, en los que el colapso habitual es el hipotensivo, y al poner en práctica el tratamiento de las cavernas insufladas que preconizamos, empleamos la hipertensión transitoria.

Antes de terminar es de gran interés hacer resaltar los datos comparativos de los espirogramas pre y postoperatorio. Las modificaciones globales son mínimas y nos demuestran una mejor utilización del oxígeno en la espirometría final, puesto que el equivalente respiratorio, que al principio era 4,0, al final es 3,1. El cociente de Cournand sufrió, como en todos los casos de este tipo de colapso, muy pequeña disminución. Todos estos datos confirman una vez más la poca disminución que el neumotórax extrapleural produce sobre las distintas constantes respiratorias, cosa que no sucede en la toracoplastia, en la que las modificaciones de este tipo son de mucha mayor importancia. Unese a esto el gran colapso obtenido con el extrapleural (radiografía núm. 6), que no sería posible en tal grado con una toracoplastia, con la ventaja de que en el caso presente se evitan los trastornos de índole mecánica, muy especialmente cuando el lado sobre el que se actúa es el derecho.

COMENTARIOS SOBRE UN CASO DE ASCITIS QUILOSA

L. LORENTE y J. PERIANES.

Clínica Médica Universitaria, Facultad de Medicina de Madrid. Prof.: JIMÉNEZ DÍAZ.

Son poco frecuentes los casos de verdadera ascitis quillosa comunicados en la literatura. Su observación es siempre apasionante, porque plantea serias dificultades en la clínica para llegar al conocimiento de su etiología y mecanismo de producción y de esta manera establecer correctamente el diagnóstico. Estos son los motivos que nos han impulsado a comunicar con detalle la historia de la siguiente enferma que hemos tenido ocasión de observar.

S. H., de veinticuatro años, casada, de Toledo, que desde hace tres años viene quejándose de apreciar el vientre algo hinchado. Por esa época, estando completamente bien y sin ninguna molestia, empezó a notar hinchazón de vientre sin dolor ni alteración en el curso de las deposiciones. No le concedió importancia, y al cabo de un año se casó y hace tres meses ha dado a luz un hijo con toda normalidad. No obstante, aprecia que desde el comienzo la hinchazón de vientre va lentamente aumentando y por ello ha venido a consultar. No se queja de ninguna otra molestia. Tiene apetito, le sienta bien lo que toma y nunca ha apreciado fiebre.

Los exámenes de orina no demostraban nada anormal. En sangre tiene 4.440.000 hematies con V. G. de 1 y velocidad de sedimentación de 16 de índice. Leucocitos, 5.600. Fórmula: cayados, 3; segmentados, 67; eosinófilos, 7; linfocitos, 22; monocitos, 1. Radioscopia de tórax, con parénquima normal; senos, costodiafragmáticos libres. Corazón de silueta normal.

La exploración física no permitía descubrir ningún dato anormal, salvo un vientre ligeramente distendido con ascitis libre, cuya línea de matidez llegaba casi hasta el ombligo. No se palpa hígado ni bazo. P. A., 14/8.

Lo mismo la historia que la exploración física y las complementarias daban pocas bases para establecer el diagnóstico etiológico de la ascitis, y por ello consideramos necesario, para mejor orientación, practicar una paracentesis de su ascitis que nos permitiera conocer las características del líquido. Con gran sorpresa de nuestra parte, al efectuar la paracentesis obtuvimos un líquido blanco, de aspecto semejante a la leche, que en reposo daba lugar a la formación de una pequeña capa superior de aspecto amarillento, y cuyo análisis citológico, bacteriológico y químico demostró lo siguiente: no contenía células, pero sí abundantes gotas de grasa neutra; la flora era nula y la siembra practicada fué estéril; la cantidad de lípidos totales era de 3.200 mg. por 100; de colessterina, 125 mg. por 100; colessterina libre, 85 mg., y colessterina ester, 40 mg. por 100.

Ante estos datos, consideramos de interés conocer los datos de grasas en sangre, que arrojaron los siguientes datos: lípidos totales, 1.040 mg. por 100; colessterina total, 192,5; colessterina ester, 142,5, y colessterina libre, 50 mg. por 100.

El primer problema que se plantea cuando obtenemos un líquido lechoso al practicar una paracentesis es el dilucidar si se trata de una verdadera ascitis quillosa. Efectivamente, hay que aceptar, por su importancia clínica, la separación que hace QUINCKE en dos grupos: la verdadera ascitis quillosa, que se debe a la salida o escape del quilo a la cavidad peritoneal, y la que se denomina ascitis adiposa, quilliforme, quiloide o pseudo-quillosa, según el criterio de diferentes autores (BERGEBUR y ROTMANN), que en realidad está producida por la destrucción y degeneración adiposa de las células existentes en el líquido ascítico.

La verdadera ascitis quillosa se caracteriza por su elevado contenido en grasa (más de 1 g. por 100) y por su escaso o nulo contenido en células. Naturalmente, que el contenido en