

de intoxicación por cianuro, tratado por hiposulfito, y me hará perseverar en una terapéutica que hasta el presente jamás había obtenido éxito, en más de diez casos, de mi experiencia.

Dr. MOURIGAN.—Felicitación. Que en el caso de él el efecto también fué sorprendente. Que hay que dar grandes cantidades y que es interesante el caso del Dr. Pravia, porque en los suicidas es muy difícil conseguir algo, dado las grandes cantidades que toman.

---

Presentado en la Sesión de 26 de Noviembre de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

*Peritonitis biliar sin perforación de la vesícula*

Por el Dr. R. CAPURRO

Antonia R., 57 años, casada, ocho hijos, partos normales, no hay antecedentes patológicos dignos de mención. El 10 de Octubre a la hora 7 a. m., en momentos en que se disponía a tomar el desayuno, fuertes dolores en la región periumbilical y que se irradian a todo el abdomen y que duran media hora. Luego la enferma se encuentra mejor aunque se siente desganada, se levanta y almuerza algunos alimentos; de tarde nuevos cólicos abdominales con los mismos caracteres del primero, la enferma se ve obligada a guardar cama de nuevo. Por la noche se produce otro cólico. El médico que la asiste la hace ingresar al Hospital Pasteur, servicio del Dr. Quintela, a las 9 a. m. del día 11.

Facies, bueno sólo denota cierta ansiedad; vientre, con contractura generalizada, el diafragma no está inmovilizado, no hay timpanismo hepático.

A la palpación, la fosa ilíaca derecha parece espacialmente dolorosa. El examen genital negativo. No hay vómitos, sólo ha tenido algunas náuseas. Temperatura 37°, pulso 80. En el momento del examen la enferma hace una nueva crisis, dolor intensísimo periumbilical que se irradia a todo el abdomen. Esta crisis determina a la enferma a operarse de inmediato. Se interviene con el diagnóstico probable de peritonitis de origen apendicular. Anestesia general (Eter). Incisión mediana supra infraumbilical. Al incidir el peritoneo líquido bilioso, se explora la región ileocecal, apéndice congestivo y turgescente que se reseca sin invaginar el muñón, se pasa a explorar la región umbilical. Estómago normal, hígado parece un poco aumentado de volumen y congestivo; vesícula muy aumentada de volumen;

exploración del pedículo hepático negativo. Cabeza del páncreas aumentada de volumen tumefacta. La vesícula sumamente tensa y no parece presentar solución de continuidad en sus paredes, se punciona bilis verde oscura casi negra, se coloca un tubo de goma de drenaje y una gasa de a metro. Ciérrase en un plano. Suitos operatorios normales; el tubo drena bilis oscura durante diez días al cabo de los cuales empieza a aclararse, al décimo quinto día de la intervención la bilis es completamente normal, se saca el tubo y persiste una fístula biliar que necesita unos quince días más en cerrarse. La enferma ha sido vista en estos últimos días se encuentra perfectamente.

Se trata de un caso de peritonitis biliar sin perforación evidente de las vías biliares. Del examen que se hizo durante la intervención resulta que no se encontró perforación de la vesícula ni de los canales, la exploración de estos últimos, si bien es cierto no se hizo en forma satisfactoria, la incisión baja y el estado de la enferma se opusieron a ello.

Se admite que para que esta peritonitis se produzca, se necesita una obstrucción brusca de las vías biliares principales que determina una brusca hipertensión de la bilis en las vías biliares.

El cáncer del páncreas parece que puede descartarse en este caso. La litiasis es poco probable, no hay antecedentes y además la exploración de la vesícula no se encontraron cálculos.

Se tratará de una pancreatitis X, de una forma de pancreatitis que ha determinado la hipertensión brusca de las vías biliares y como consecuencia inmediata la peritonitis biliar? Me parece que esa hipótesis es la más plausible. ¿Y el apéndice? Macroscópicamente parecía enfermo, no se hizo el examen histológico. ¿Qué relación tiene la apendicitis con la supuesta pancreatitis? ¿Las dos lesiones coinciden seguidas por la misma infección hematógena o existe relación de causa o efecto entre ellas? Me parece inútil extenderme mayormente sobre la patogenia del cuadro clínico que constituye este caso, porque las afirmaciones que se hagan en cualquier sentido no pasarían del dominio de la hipótesis.