

De ahí que nos halla parecido imprescindible el método del estudio radiológico lipiodolado en la hidatidosis pulmonar previo a todo acto quirúrgico.

Este tema de la cirugía del tórax al cual han aportado nuestros maestros y compatriotas elementos técnicos insustituibles e invaluable, merece de nosotros que empezamos nuestro oficio, el aporte entusiasta de los conocimientos modernos.

La sistematización bronquial (tema tratado en mi Tesis de Agregación), permite leer en una placa radiográfica, como sobre un plano de una ciudad, y dirigir la intervención orientándonos por los verdaderos caminos donde se sabe de antemano que no habrá tropiezo alguno.

Antes de terminar quiero hacer notar, puesto que es justicia, que si puedo presentar a la Sociedad de Cirugía un caso tan documentado radiográficamente y estudiado con los auxilios que prestan a la Clínica los nuevos métodos de examen, se debe a los medios que las autoridades del organismo de Salud Pública nos facilitan generosamente en la Clínica diaria para la asistencia de los enfermos confiados a su cuidado.

Vólvulo del sigmoide

Por el doctor ABEL CHIFFLET

En la guardia del Prof. del Campo, en el Servicio de Entrada del Hospital Maciel, actuando en calidad de Cirujano Adjunto, observamos tres vólvulos del sigmoide en el último trimestre de 1932, cuyas historias resumidas y consideraciones que le derivan, deseo poner a consideración de esta Sociedad.

Observación I. — M. F., 57 años. Ingresó el 28-9-1932.

Desde hace un mes, crisis dolorosas abdominales, cada tres o cuatro días, con vómitos oscuros. Hace cuarenta y ocho horas, dolores de tipo cólico, vómitos acuosos, biliosos y fecaloideos. Temperatura 39° a 39° ½. Distensión progresiva del vientre.

Examen: enfermo muy grave. 38° ½ axilar. Pulso 140. Vientre uniformemente batoado, tenso, sin defensa, sin reptación. Ciego muy distendido. Macidez declive. Fositas lumbares tensas, salientes. Tacto: hemorroides inflamadas. Douglas tenso; más arriba se palpa un pequeño tumor duro.

Operación. — Dr. del Campo. — Anestesia local. Laparotomía. Enorme asa sigmoide, de un metro de largo y 12 centímetros de diámetro. Color verde. Contenido: pequeña cantidad de líquido hemorrágico y gases. Vólvulo de dos vueltas en el sentido de las agujas de un reloj. Pie del asa edematoso. Vasos trombosados. Bandas de esclerosis en el meso. Meso largo y estrecho; inserción parietal de 8 centímetros a izquierda de la línea media (raíz secundaria). Asas delgadas aglutinadas por exudado fibrinoso. Se unen ambos pies del asa al peritoneo parietal anterior. Tubo en el Dou-

gias. Exteriorización del sigmoide y cierre del peritoneo; apertura del asa exteriorizada.

Post operatorio: Distensión abdominal y vómitos que obligan a abrir la herida por temor a una peritonitis. Asa eviscerada cada vez más necrótica; el límite inferior de necrosis está fuera del vientre; el superior oculto en la profundidad.

2.^a operación (al cuarto día). — Resección del asa eviscerada. Los vasos del meso no sangran. El surco de eliminación superior correspondía al peritoneo; no había pues, intestino necrótico dentro del vientre.

Post operatorio: ano ilíaco funciona bien.

Aplicación del enterótomo de Dupuytren, sin resultado.

3.^a operación (9 Junio 1933). — Dr. del Campo. — Eter, CO₂. Anastomosis latero-lateral del sigmoide. Cierre del ano, que se deja extraperitoneal. Alta, curado, el 16 de Julio de 1933.

Observación II. — M. C. F., 50 años. Ingresa 3 de Abril de 1932. Sin antecedentes intestinales ni genitales. Doce horas antes de ingresar, dolores abdominales tipo cólico y distensión del vientre. Una deposición diarreica.

Examen: Enferma shocada. Temperatura 37° 2/5 axilar. Pulso 120. Dolores de tipo cólico con ruidos intestinales. Vientre enormemente distendido (simétrico). Se dibuja un asa en fosa ilíaca derecha animada de movimientos peristálticos. Otra asa transversal con reptación, por arriba del ombligo. Fosas lumbares tensas y salientes. Tacto rectal: tumefacción dura, poco móvil, ocupando toda la pelvis. Tacto vaginal: se comprueba la misma tumeración. Radioscopia: sombra central, umbilical y pelviana, rodeada de asas cólicas distendidas. El asa más distendida ocupa el hipocondrio derecho y su diámetro es de 25 cms.; dos niveles líquidos, uno en fosa ilíaca derecha y otro en flanco izquierdo, a la altura de la cresta ilíaca. No se vió peristaltismo.

Operación. — Dr. del Campo. — Raquianestesia. Incisión mediana infraumbilical. Asas deigadas chatas. Colon descendente no se dirige a la fosa ilíaca izquierda, sino hacia el centro del vientre, siendo imposible seguirlo. Asa sigmoide en la fosa ilíaca derecha, ocupando hasta el hipocondrio. Tenía la situación del asa distendida que se localizó por radioscopia en el hipocondrio derecho. Torsión de 360° en sentido de las agujas del reloj. Destorsión. Inserción del meso-sigmoide vertical y un poco a izquierda de la línea media. Meso estrecho y largo de 40 centímetros. Vasos normales. Bridas transversales de mesenteritis retráctil. Asa sigmoide de 80 cms. a 1 metro de largo por 25 cms. de diámetro. Color normal. Colon descendente normal. Recto y recto sigmoide con paredes gruesas, distendidas. Sonda por el recto que evacúa el contenido gaseoso y líquido. Fibroma uterino del tamaño de una cabeza de feto a término. Accidente anestésico obliga a cerrar el vientre dejando en su interior el asa destorcida.

Alta a los dos meses.

2.^a operación (13-12-1932). — Dr. del Campo. — Eter y CO₂. Laparatomía. Sigmoide considerablemente distendido como el resto del colon. No hay adherencias. Histerectomía subtotal y salpingectomía bilateral. Alta.

Enero 4. — Estudio radioscópico y radiográfico de colon: Dolico colon cuyo relleno exige 6 litros de líquido.

Marzo. — Episodio de oclusión intestinal, con asa dilatada, grue a. al parecer cólica, que levanta la pared en una saliente asimétrica a derecha y arriba del ombligo. Se ve a la enferma a las 48 horas de iniciado el cuadro, cuando ya retrocedía. Evolucion a bien.

3.^a operación. — Dr. del Campo. — Eter. CO₂. Incisión paramediana derecha. Liberación del asa sigmoide de adherencias a la pared, epiplón e intestino delgado.

Hemostasis y sección del meso-sigmoide. Unión de los dos pies del asa por dos surcos longitudinales. Ligadura temporaria de los dos cabos. Extirpación del asa. Unión de los cabos al peritoneo parietal. Cierre de la pared.

Post operatorio: al sexto día evacuación por el cabo superior.

Cura del ano colocando el enterótomo de Dupuytren. Alta a los 15 días.

Observación III. — R. L. 65 años. Ingresó el 5-XII-1932. Hemorroides y constipación de años atrás. Acentuación de la constipación desde tres años, en que fué operado por litiasis vesical. Hace cuatro días se efectuó un lavaje intestinal, ayudándose con masajes de vientre, describiendo círculos alrededor del ombligo. Evacuación del líquido del lavaje y aparición de dolores en el vientre, sobre todo en fosa ilíaca derecha, pero que provenían de sus fosas lumbares, sobre todo de la izquierda. Dolor sordo y continuo que corre por su vientre con exacerbaciones paroxísticas. En posición sentado o inclinado hacia la izquierda se calma, y al acostarse o inclinarse a la derecha aparecen inmediatamente los dolores.

No ha expulsado materias ni gases desde el comienzo de sus dolores, a pesar de repetidos lavajes. Estado nauseoso desde tres días, sin vómitos.

Examen (hora 14): Estado general, bueno. Pulso 80. Temperatura 37° axilar. Vientre muy distendido, con gran sonoridad, que invade la matidez hepática. Dolor ligero a la presión y decompresión en todo el vientre. Tacto rectal: ampolla no dilatada. Douglas libre. Radioscopia: vientre uniformemente claro, sin niveles líquidos. Diafragmas elevados, pero móviles.

Tonificación. Observación.

Hora 21. — Se nota en el vientre un asa distendida, muy voluminosa, paralizada, sonora, dolorosa a la presión, extendida del reborde costal izquierdo a la fosa ilíaca derecha. Radioscopia: asa cólica muy distendida, con una parte verticalmente ascendente en el flanco izquierdo, la cúspide levantando el diafragma izquierdo, y la parte descendente cruzando el vientre para terminar en la fosa ilíaca derecha. Nivel líquido de 8 centímetros de longitud en la parte declive. En oblicua anterior izquierda el nivel líquido se hace de 15 centímetros. Por debajo de él, otro más pequeño. En oblicua derecha no se ve nivel.

Operación. — Dr. A. Chifflet. — Eter. Incisión mediana infraumbilical. Líquido serohemático en el peritoneo. Detrás del epiplón, vólvulo de 360° en dirección contraria a la marcha de las agujas del reloj. Asas yeyunales bajan a izquierda del meso para alojarse en la pelvis. Inserción mediana del meso-sigmoide, que está infiltrado, con placas equimóticas. Destorsión. Sonda en el recto saliendo abundantes gases con materias líquidas muy féidas. Cierre de la pared en tres planos.

Post operatorio: Excelente. Evacuación a los dos días.

Alta, curado, el 28-XII. Visitado en Agosto 1934 manifiesta hallarse perfectamente bien. Evacuación regular del intestino (hace régimen y vida higiénica).

Estas tres observaciones no han de ser motivo para ocupar la atención de la Sociedad de Cirugía con una monografía sobre un tema tan conocido como el vólvulo del sigmoide. Llenan su cometido enriqueciendo la casuística y sirviendo de justificativo para tres o cuatro sugerencias que derivan del estudio de estos enfermos.

El tacto rectal no dió nada importante en la observación N° 3 y mostro en la observación N° 2 un tumor que era un fibroma. En la observación N° 1 la anotación clínica dice: "Se nota tensión del Douglas y algo más arriba algo duro como correspondiendo a S. ilíaca. No se

puede precisar porque es móvil y escapa. El dedo no toca el tumor por la luz del intestino sino a través de la pared anterior del recto". La intervención mostró que esa tumoración correspondía al punto donde las dos ramas del sigmoide se enroscaban. Es natural que el tacto sólo permitirá tocar un tumor en el Douglas cuando la porción subestructural del sigmoide permite por su meso prolabar en dicho fondo de saco el nódulo constituido por el cruce de los extremos del asa volvulada. Es decir, que se tocará el nódulo del cruce lo mismo que se toca un neo del sigmoide prolabado en el Douglas. Ambos, a través del recto, duros y sobre todo móviles, escapando al dedo cuando trata de caracterizarlos.

El estudio radiológico fué hecho en dos observaciones, utilizando en ambos el examen directo sin valernos de ningún complemento (enema opaco, insuflación gaseosa, ingestión de sustancias opacas). Los resultados obtenidos son interesantes para comentar. En la Obs. N° 2 se comprobó una gran distensión que, por sus abollonaduras, se reconoció de origen cólico, y, en especial, una voluminosa asa cólica que ocupaba el hipocondrio derecho y que llegaba a tener un diámetro de 25 cts. Había, además, dos niveles líquidos: uno en la fosa ilíaca derecha y otro en el flanco izquierdo. A la enorme asa cólica no se le vieron movimientos peristálticos durante el examen radiológico. En la Obs. N° 3 no había en el primer examen más que un vientre uniformemente claro. En el segundo examen se obtienen resultados muy sugestivos. Dice así: Se ve un asa cólica muy distendida con una parte verticalmente ascendente en el flanco izquierdo, con la cúspide levantando el diafragma izquierdo, y la parte descendente cruzando el vientre para terminar en la fosa ilíaca derecha. En la parte declive de esta asa se ve un nivel líquido de 3 cts. de longitud. Al rotar el enfermo en oblicua anterior izquierda, el nivel líquido se hace mucho más extendido, no siendo menor de 15 cts. Por debajo de ese nivel, se ve a unos dos centímetros, otro nivel líquido más pequeño. No se vieron movimientos peristálticos. De estos datos llamamos la atención sobre el hecho de ser en ambos el colon el distendido y estar en él los niveles líquidos. En uno, la parte más alta del colon ocupaba el hipocondrio derecho y en el otro el hipocondrio izquierdo. En ambos casos el colon distendido era el volvulado, pero era un asa grande la visible y el acto operatorio mostró el descendente no distendido en los dos enfermos. En cuanto a la localización de los niveles líquidos, yo no dudo de que en la Obs. N° 3 los dos niveles anotados correspondían a las dos ramas del sigmoide en su punto de enlace. En la Obs. N° 2 es también casi seguro que correspondían al colon volvulado. Vuelvo a recordar que el resultado del estudio radiológico correspondió en ambos casos a exámenes directos sin buscar efectos de contraste por

maniobras especiales. Ahora agregaré que la administración de un enema opaco bajo la pantalla, permite comprobar entre otras particularidades las cuatro siguientes: 1ª) obstáculo bajo, es decir, diagnóstico de oclusión del sigmoide; 2ª) pequeña cantidad de barita tolerada que abona en el mismo sentido; 3ª) disposición en espiral de la barita que se insinúa en los pliegues de los pies del vólvulo; 4ª) pasaje a veces de pequeñas cantidades de barita al asa volvulada que nos recuerda la naturaleza de la oclusión, que no es siempre mecánica, sino a veces paralítica por trastornos circulatorios y nerviosos del meso. Tan interesantes como los signos anotados es la indicación de su búsqueda. Siendo que ese examen de signos muy importantes para hacer el diagnóstico, el problema a discutir debería plantearse así: el balance de las ventajas que aporte por la exactitud del diagnóstico y los peligros de ese método de examen de saldo favorable o contrario a su práctica.

Entre las ventajas del enema opaco no señalaremos las enseñanzas científicas que podamos obtener, ni la obtención de una documentación gráfica, porque por principio rechazamos a esos justificativos para cualquier práctica que pueda significar un peligro para el enfermo. Las verdaderas ventajas del enema opaco están en que permitiendo hacer un diagnóstico exacto, permite siempre hacer la operación lógica, que es la detorsión del vólvulo como mínimo. Más adelante veremos que muchas veces se presentará difícil el diagnóstico con otras afecciones estenosantes del sigmoide y que sólo un estudio profundo permitirá hacer el diagnóstico exacto.

Los peligros del enema opaco no debemos desconocerlos. Comencemos por decir que si lo utilizamos en un enfermo es obligado, en busca del diagnóstico exacto. Si no, no lo haríamos. Es decir, que debemos anotar los peligros en el vólvulo y en todas las afecciones que simulen el vólvulo del sigmoide. En el vólvulo, se produce en la zona de enroscamiento intestinal un territorio de isquemia que va poco a poco a la necrosis. Un enema bajo presión puede provocar allí la ruptura del intestino y el pasaje de la barita y contenido intestinal a la cavidad peritoneal. Conozco, por referencias, un caso con esa terminación. Si la lesión estenosante es por brida, los peligros son los mismos. Los procesos inflamatorios con su manifiesta tendencia a la perforación, deben ser también agravados por el enema opaco. En cuanto al neoplasma sigmoideo, puede la presión de la barita desgarrar el tejido acartonado vecino provocando serias complicaciones.

En resumen: hay peligros evidentes en la práctica del enema opaco y hay enfermos en los que es muy difícil hacer el diagnóstico de causa de la oclusión sin la barita. Siendo que es imperiosa la necesidad de un diagnóstico exacto para condicionar la terapéutica ¿pode-

nos exponernos a los peligros del enema en busca de ese diagnóstico? Creo que debemos hacerlo sin ningún reparo siempre que se cumplan las condiciones:

- 1º) Técnica apropiada.
- 2º) Indicación por un cirujano.

Desarrollaremos estas dos condiciones anotando desde ya que la falta de su cumplimiento ha servido para obtener más de un desastre y en especial para justificar las críticas dirigidas a ese procedimiento.

La técnica apropiada consiste en hacer el enema lentamente y con un depósito apenas más elevado que el nivel del recto. Detener el enema a la primera manifestación dolorosa.

La indicación del enema por un cirujano es fundamental. Por esa razón podría ponerse la práctica de la radioscopia simple sin preparación en manos de cualquier médico y no repetir a todos los vientos una mentida inocuidad del enema opaco en el vientre agudo. Debemos olvidar la idea de que el cirujano es el médico operador y de que las afecciones son quirúrgicas desde el momento que exigen la intervención cruenta. Las afecciones son quirúrgicas porque exigen para el diagnóstico, para la indicación operatoria y para la intervención la asistencia del cirujano. Es éste quien conoce la enfermedad y sus peligros y quien puede decidir la terapéutica a instituir. Una oclusión como una apendicitis exige un cirujano y sólo éste está habilitado para efectuar, cuando sea necesario, los tratamientos médicos. Siendo un cirujano el que asiste al enfermo, es natural que no hará enemas opacos a todos sus enfermos, sino sólo a aquéllos en que la clínica y la radiología simple no le permitan llegar a un diagnóstico. Es decir, que además de una técnica especial, el número de enemas opacos será limitado a los enfermos ocluidos cuyo diagnóstico de causa es difícil. Y vemos que lo es a menudo, siendo siempre necesario.

Formas clínicas del vólvulo agudo. El mecanismo del trastorno al tránsito intestinal varía indiscutiblemente según que se trate de la forma crónica, de la subaguda o de la aguda. Pero, además es innegable que hay variaciones en ese mecanismo, aún en la forma aguda. En esta forma, hay a veces predominancia del obstáculo al tránsito por causa intestinal pura, es decir, por obturación intestinal, y en otras oportunidades la participación vascular y venosa es la que da a la oclusión sus caracteres propios.

1º) Obturación. Este mecanismo es, indudablemente, el que actúa en los vólvulos crónicos y subagudos. Su existencia en la forma aguda está abonada por las observaciones no excepcionales de vólvulos agudos curados espontáneamente muchas horas después de iniciados. Las comprobaciones operatorias y post operatorias conducen a la misma idea. Es así como se observa a veces la indemnidad completa del meso

en enfermos con muchas horas de ocluido y la evolución excelente en enfermos a los que se efectuó la simple destorsión, y aún en aquéllos a quienes erroneamente se le practicó un ano ilíaco derecho. La clínica y los rayos X pueden diagnosticar la forma obturante del vólvulo sigmoideo por los siguientes síntomas:

1º) Evolución larga del síndrome de oclusión con conservación de un buen estado general.

2º) Participación de todo el colon por los efectos de la oclusión, perdiéndose así la individualidad del asa sigmoide enferma en la vaguedad y difusión del síndrome de oclusión.

3º) Como en toda obturación del sigmoide, la dilatación supra-estructural predominando en el ciego da en la fosa ilíaca derecha la sintomatología mayor y aún algunas complicaciones particulares.

4º) El examen del vientre, fuera de los dos hechos anotados anteriormente, puede permitir comprobar la existencia de peristaltismo visible, que indicando lucha contra un obstáculo supone indemnidad del territorio vascular.

5º) El estudio radiológico muestra la presencia de niveles líquidos en el colon y en el ciego y la distensión gaseosa del ángulo esplénico traducida por la clásica imagen en esqueleto de arenque en el hipocordrio izquierdo.

Descrita la forma obturante del vólvulo del sigmoide, nada de raro tiene su confusión con la oclusión valvular recto sigmoidea y aún con la oclusión por neoplasma. No voy a abundar aquí en detalles para el diagnóstico diferencial. Sólo voy a agregar que a las particularidades anotadas se agregan la edad avanzada de estos enfermos, los antecedentes de constipación y muy a menudo de síndromes dolorosos de fosa ilíaca izquierda. En el neo existe aún un tumor prolabado en el Douglas, que contribuye aún a hacer la confusión con la forma obturante del vólvulo sigmoideo. Nótese que en nuestra época, que vamos dejando cada vez más el ano ilíaco hecho a ciegas, no puede perjudicarse al enfermo por esta confusión, máxime si se tiene en cuenta que en casos especiales en que por la gravedad del enfermo sólo es posible pensar en el ano cecal, el accidente de oclusión del tipo obturante del vólvulo se cura y aún puede observarse la destorsión espontánea del vólvulo.

2º) Trastorno vascular y nervioso. El ataque a los elementos del meso es en este tipo muy importante y tiene sobre el intestino dos efectos: en primer término, alteración de la funcionalidad intestinal y, en segundo lugar, fenómenos de mortificación por isquemia.

La alteración de la funcionalidad del sigmoide es importante a señalar porque en nuestros días en que el simpático sigmoideo adquiere personería en la explicación de mucha de su patología, da un

punto de apoyo para estudios sobre la fisiopatología de dicho segmento intestinal. La existencia del trastorno funcional predominante en algunos vólvulos agudos del sigmoide está confirmado por:

1º) La distensión enorme del asa sigmoidea en desproporción con la luz intestinal.

2º) Por la ausencia frecuente de peristaltismo en el asa volvulada.

3º) Por la existencia del síndrome de vólvulo agudo del sigmoide a pesar de tener el enfermo emisión de gases, y de poder con un enema baritado filtrar por el pie del vólvulo entrando en el asa volvulada. Es decir, que no hay obstáculo mecánico que explique el síndrome de oclusión.

Y si para explicar la producción del vólvulo, tiene importancia, entre muchos factores, la participación nerviosa, que no diremos, de ese factor, alterado por el vólvulo, en la influencia sobre la recidiva de ese accidente?

La mortificación del asa volvulada es a veces precoz, a tal punto, que a las pocas horas del comienzo de la enfermedad ya hay trombosis extendidas y placas múltiples de necrosis.

Trastorno funcional y mortificación que pueden ser predominantes como lo prueban los argumentos antedichos, se combinan en grados variables con el tipo obstructivo, dando así las múltiples formas clínicas evolutivas de esta enfermedad.

En la Obs. N° 1 los dolores databan de 48 horas y ya había un estado general muy grave, el asa sigmoide estaba verde-negruzca y había trombosis de los vasos, líquido abdominal y sigmoideo hemorrá-

En la Obs. N° 3 el cuadro oclusivo databa de cuatro días y sin embargo había un estado general muy bueno a pesar de ser un anciano, y el acto operatorio mostró un sigmoide y un meso de aspecto casi normales. Estas dos observaciones corresponden a los dos tipos casi esquemáticos que acabo de describir: en el primer enfermo hubo gran participación del meso; en el segundo, fué de tipo obstructivo.

Tratamiento. Pasemos por alto los problemas de la indicación operatoria, del preoperatorio, de la anestesia y de la incisión a practicar. La operación realizada fué variable por así exigirlo las circunstancias. En la Obs. N° 1 se hizo la destorsión del asa volvulada y se cerró el vientre dejando eviscerado dicho segmento intestinal. En las Obs. N.os 2 y 3 se hizo la destorsión y cierre de la pared. En el primer caso, el estado del intestino impedía dejarlo dentro del vientre y el estado general alarmante del enfermo impedía hacer un tratamiento más prolongado. Consideramos salvadora la conducta observada. En el caso 2º el estado del intestino no impedía su conservación dentro

del vientre y un grave accidente anestésico, poniendo en peligro el estado general, obligó a hacer la operación mínima: destorsión y cierre. El tercer caso no presentaba indicaciones derivadas del estado local. La vejez del enfermo, su antecedente urinario, la larga evolución de su oclusión, me hicieron pensar, tal vez erroneamente, en que el estado general no permitiría una intervención más amplia que la simple destorsión del vólvulo. En resumen: el estado general grave por intoxicación en el primero y por la anestesia en el segundo y probablemente aparente en el tercero llevó a hacer en los tres enfermos la operación mínima: la destorsión. El estado local malo obligó en el primero a dejar eviscerada el asa y el estado local bueno en el segundo y tercero permitió dejarla en el interior del vientre. Los tres enfermos curaron del síndrome de oclusión. No voy a alargar mi comunicación con consideraciones sobre el tratamiento ideal. Dejo este problema, conformándome con enriquecer la casuística con estas tres observaciones exitosas con el tratamiento mínimo.

Sesión del 28 de Noviembre de 1934

Preside el Prof. A. Fossati

Elección de autoridades para el año 1935

●ORDEN DEL DIA

Presentación de enfermo.

Injerto óseo en antroptía tabética.

Por el doctor DIEGO LAMAS

Comunicaciones:

Neoplasma doble de las vías biliares

Por el doctor J SOTO BLANCO

Colaboracion anatómico-patológica del doctor P. LARGHERO IBARZ

Historia clínica. — En Junio 3 de 1934 ingresa al Servicio. O. B. de I., uruguaya, casada, de 56 años, procedente de la ciudad de Melo, porque desde hace un año ha notado la existencia de una tumoración en el hipocondrio derecho, parte externa; tumoración que ha ido aumentando de volumen y se ha hecho ligeramente dolorosa. Desde hace un mes dolores epigástricos, apareciendo una hora después de la comida y acompañándose de vómitos biliosos abundantes. Ha perdido en dos años 61 kilos. En la actualidad se nos presenta con un tinte ictérico marcado, siendo sus deposiciones de color oscuro; no hubo abortos, menopausa a los 46 años.

Examen: Enferma deshidratada, color pajizo y tinte sub-ictérico de las mucosas; períodos de apirexia seguidos de períodos febriles hasta 38°.

Deformación del reborde costal derecho saliente, levantado y proyectando el ombligo hacia la izquierda por una tumoración que ocupa el epigastrio mitad derecha