BIBLIOTECA ECONÓMICA DE MEDICINA Y CIRUJÍA

LECCIONES CLÍNICAS

SOBRE LAS

ENFERMEDADES DEL HÍGADO

SEGUIDAS DE LAS

LECCIONES SOBRE LOS DESORDENES FUNCIONALES DEL HIGADO

POR EL

DR. CÁRLOS MURCHISON

Miembro de la Real Sociedad de Lóndres y del Colegio de Medicina
Presidente de la Sociedad patológica de Lóndres, Médico y Profesor de Clínica médica
en el Hospital de Santo Tomás, ex-Médico militar en Bengala, etc.

VERSION ESPAÑOLA DE

M. CARRERAS SANCHIS

Doctor en Medicina y Cirujía, Miembro de varias Corporaciones científicas
nacionales y extranjeras

MADRID
IMPRENTA DE ENRIQUE TEODORO
Amparo, 102, y Ronda de Valencia, 8

1882

TRABAJOS DEL TRADUCTOR

— TRADUCCIONES —

Elementos de Patología quirúrgica, por Nélaton. — Segunda edicion española, extensamente anotada, bajo la direccion del Dr. Creus.—Madrid, 1876-78.—Seis tomos de más de 800 páginas cada uno. (En colaboracion con el Dr. Serret Comin.)

El Onanismo. — Ensayo sobre las enfermedades que puede provocar la masturbacion, por J. L. Tissot. — Madrid, 1876. — Un tomo de 200 páginas. — (Agotado.)

Resúmen de Materia médica y de Terapéutica, por C. Binz.—Madrid, 1878. — Un tomo de 320 páginas. — (Agotado.)

Los grandes procesos morbosos (Lecciones de Patología general), por J.-J. Picot. — Madrid, 1878-79. — Dos tomos con más de 2.000 páginas de lectura.

Patología celular basada en el estudio fisiológico y patológico de los órganos y tejidos, por Virchow. — Tercera edicion española. — Valencia, 1879. — Un tomo de más de 500 páginas.

Tratado clínico de las enfermedades de la médula espinal, por E. Leyden. — Madrid, 1880. — Dos tomos de 700 páginas cada uno.

Enfermedades de las vías digestivas, por Damaschino. — Madrid, 1880. — Un tomo de más de 600 páginas.

Guía elemental del Médico práctico, por Federico Buchholtz. — Madrid, 1881. — Un tomo de 420 páginas.

Lecciones orales sobre las Frenopatías, por Guislain. — Madrid, 1881. — Dos tomos de 500 páginas. — (En colaboracion con el Dr. Torres Fabregat.)

Tratado de las enfermedades del oido, por Urbantschitsch. — Madrid, 1881. — Un tomo cerca de 500 páginas. (En colaboracion con el Dr. Vicente.)

Elementos de Terapéutica dosimétrica, por Paquet. — Madrid, 1881. — Un tomo de 200 páginas.

Elementos de Fisiología humana, por Wundt. — Madrid, 1881-82. — Un tomo de más de 700 páginas.

Elementos de Medicina legal y toxicología, por Hofmann. — Madrid, 1882. — Un tomo de cerca de 700 páginas.

Manual práctico de Ginecología, por Sinéty. — Madrid, 1882. — Un tomo de más de 500 páginas. — (En colaboracion con los Sres. Torres y Armengot.)

Manual de Medicina operatoria, por Chrétien. — Madrid, 1882. — Un tomo de 600 páginas.

Los microbios en la produccion de las enfermedades, conferencia del Dr. Chamberland. (Publicada en el *Diario Médico.)*

— ORIGINALES —

¿Cuál es el mejor camino que debe seguirse en Medicina para llegar al conocimiento de la verdad? — Tésis de Doctorado (30 de Junio de 1876).

Memoria de los trabajos llevados á cabo por la Sociedad Española de Terapéutica y Farmacología durante el curso de 1879-80, leida en la inauguracion del curso de 1880-81 (24 de Octubre de 1880).

Memoria de los trabajos de la Sociedad de Medicina Dosimétrica durante el curso de 1879-80, leida en la inauguracion del curso de 1880-81 (5 de Octubre de 1880).

Revistas médicas semanales publicadas en *La Europa* (1881).

Anuario médico, para 1883. — *(En preparacion.)*

Varios escritos publicados en *El Siglo Médico, El Genio Médico-Quirúrgico, El Anfiteatro Anatómico Español, Revista de Medicina y Cirujía prácticas, Anales de Obstetricia, Diario Médico, El Porvenir de las Ciencias, La Crónica Científica* y *El Alumno Médico,* de Madrid; el *Boletin del Instituto Médico Valenciano, La Crónica Médica* y *El Vigía Médico-Farmacéutico,* de Valencia, y en varios periódicos políticos de Madrid y provincias.

LECCIONES CLÍNICAS

SOBRE LAS

ENFERMEDADES DEL HÍGADO

LECCION PRIMERA

AUMENTO DE VOLÚMEN DEL HÍGADO

Observaciones preliminares. — Dimensiones normales y límites del hígado. — Circunstancias que pueden hacer creer en un aumento de volúmen que no existe, y medios para reconocer estos falsos aumentos de volúmen del hígado: 1.°, deformidades congénitas; 2.°, influencia de la juventud; 3.°, raquitismo; 4.°, costumbre de apretar mucho los vestidos; 5.°, ciertas afecciones del pecho; 6.°, tumor entre el hígado y el diafragma; 7.°, condiciones anormales de las vísceras abdominales; 8.°, condiciones anormales de las paredes abdominales; 9.°, observaciones en apoyo.

SEÑORES:

En las lecciones didácticas sobre los distintos puntos de la medicina, es costumbre describir detalladamente los numerosos síntomas que caracterizan á los diversos estados patológicos.

Sin embargo, no se necesita mucha experiencia para reconocer que existen síntomas y signos comunes á una multitud de enfermedades, y que á menudo es difícil determinar á cuál de sus numerosos orígenes deben referirse ciertos síntomas. A pesar de esto, en la práctica no debeis contentaros nunca con tratar tal ó cual síntoma sin hacer todos vuestros esfuerzos para llegar á un conocimiento preciso del estado local ó general á que se refiere.

En todos los casos de enfermedad que presente algun síntoma predominante, debeis formular ante todo las siguientes cuestiones:

1.ª Cuáles son las diferentes causas que pueden dar lugar á este síntoma.

2.ª Cuál es la causa más probable en el caso de que se trata.

Miéntras no hayais respondido á estas preguntas de un modo satisfac-

torio, no podreis establecer el pronóstico con alguna certeza, ni adoptar un método racional de tratamiento.

Estas observaciones generales tienen una aplicacion indudable en las afecciones del hígado. En efecto; pocas enfermedades habrá más difíciles de reconocer, y en pocas son tan frecuentes como en las que van á ocuparnos los errores de diagnóstico; por otra parte, diariamente se atribuyen á desórdenes hepáticos ciertos síntomas dependientes de enfermedades del estómago, de los intestinos, de los riñones, y áun del corazon, de los pulmones ó del cerebro.

En estas lecciones procuraré daros á conocer los principales signos y síntomas á que dan lugar las afecciones del hígado, los diferentes estados morbosos de que cada una de ellas puede proceder, las reglas que generalmente deben guiaros para establecer el diagnóstico de cada caso, y las conclusiones á que se llega en cuanto al pronóstico y al tratamiento.

Comenzaremos, pues, por discutir las diferentes causas que producen el aumento de volúmen del hígado, y en las siguientes lecciones nos ocuparemos de las causas de la atrofia del hígado, de la ictericia, de la hepatalgia, de la ascítis, etc.

AUMENTO DE VOLÚMEN DEL HÍGADO

Antes de proceder al exámen de las diversas causas que producen el aumento real del volúmen del hígado, conviene tener un exacto conocimiento de sus dimensiones normales y de sus límites, sin olvidar ciertas condiciones que durante la vida pueden simular un aumento de volúmen.

Situacion normal y dimensiones del hígado. — El hígado se halla situado en el hipocondrio derecho; la convexidad del lóbulo derecho corresponde á la concavidad del pulmon del mismo lado, del cual se halla separado por el diafragma, y la cara inferior se halla en relacion con el estómago y el intestino grueso, el riñon derecho y la cápsula supra-renal. La cara superior, convexa, está proyectada hácia el lado derecho del pecho; una gran parte de esta superficie se halla en relacion inmediata con las costillas; pero la posesion más elevada (en el sentido vertical) está separada de la pared torácica por la delgada hoja que constituye el borde inferior del pulmon derecho.

De lo dicho se deduce que la percusion del hígado durante la vida da dos zonas diferentes de macidez: una que ocupa la region en que el órgano se halla en contacto con las paredes torácicas, y en la cual la macidez es completa; la otra corresponde á la parte superior del hígado y comprende el espacio en que dicho órgano se encuentra cubierto por una delgada lámina de tejido pulmonar, y en cuyo punto la percusion da un ruido que sirve de transicion entre la macidez hepática y la resonancia pulmonar.

Generalmente se considera que esta última zona corresponde al verdadero límite superior del hígado.

El límite superior de la macidez hepática ofrece la particularidad, digna de tenerse en cuenta, de que no es horizontal, sino arqueado. Comenzando por detras, casi al nivel de la décima y undécima vértebra dorsal, se remonta ligeramente hácia la axila y el pezon, y desciende despues hácia la línea media anterior.

Para determinar el borde superior de la macidez hepática, no debemos fiarnos más que de la percusion. En los casos ordinarios basta observar este límite superior en lo que se llama la *línea mamaria derecha*, es decir, una línea que desciende perpendicularmente al pezon. En un adulto robusto el *verdadero* borde superior del hígado se halla situado al nivel del quinto espacio intercostal; en casos raros se encuentra al nivel de la cuarta costilla ó del quinto espacio intercostal. En este punto el hígado se halla cubierto por el pulmon en la extension de una pulgada próximamente. Pero en todos los casos en que se sospeche alguna afeccion hepática, debe determinarse el borde superior de la macidez en todo su curso. Al nivel de la *línea media anterior*, corresponde generalmente á la base del cartilago xifoides, ó bien se eleva un poco por encima. En el lado izquierdo de la línea media es difícil y áun imposible distinguir el límite superior de la macidez hepática del límite inferior del corazon, pues ambos se yuxtaponen; pero una línea que vaya desde el borde superior de la macidez hepática, en la línea media, á la punta del corazon, corresponderá ordinariamente á la línea de demarcacion. En la *línea axilar derecha*, es decir, una línea que caiga perpendicularmente desde el centro de la axila, el límite superior de la macidez hepática corresponde al sétimo espacio intercostal, y más rara vez á la sétima costilla. Al nivel de la *línea dorsal derecha*, que cae perpendicularmente desde el ángulo inferior del omoplato (estando caido el brazo), corresponde al noveno espacio intercostal ó á la novena costilla.

El límite inferior de la macidez hepática puede determinarse por la percusion, y tambien, si existe una enfermedad, por la palpacion. En el estado fisiológico no puede percibirse claramente el borde inferior del hígado, excepto en el epigastrio aun cuando el órgano está enfermo, no se percibe este borde inferior tan bien como el superior, porque la distension del estómago ó de los intestinos, ó la presencia de líquido en el peritoneo, hacen difícil semejante investigacion. Dicho exámen es más cómodo cuando el estómago y los intestinos están vacíos. El hígado puede distinguirse entónces de los intestinos por la mayor resistencia que ofrece á la presion. En la línea mamaria derecha, el borde inferior corresponde ordinariamente, en el estado fisiológico, al borde del arco costal, ó bien se encuentra á media pulgada por encima ó por debajo. En la línea axilar derecha corresponde al décimo espacio intercostal, y en la línea dorsal

derecha á la duodécima costilla, aunque á esta altura es difícil distinguirla de la macidez del riñon. En el epigastrio, el borde inferior de los lóbulos derecho é izquierdo desciende generalmente á la mitad del espacio que media entre el cartílago xifoides y el ombligo.

La extension ordinaria de la macidez hepática, en un adulto de mediana estatura, es de cuatro pulgadas en la línea mamaria derecha, cuatro pulgadas y media ó cinco en la línea axilar derecha, cuatro en la línea dorsal derecha, y tres ó cuatro en la línea media anterior.

Pero no debemos olvidar que, en un mismo individuo, el hígado se halla constantemente sujeto á ligeras variaciones en su situacion, compatibles con el estado fisiológico. Durante el acto de la inspiracion, todo el órgano se deprime ligeramente una media pulgada, y su cara superior se aplana un poco; durante la espiracion, el órgano sube. Ademas, en la bipedestacion el borde inferior se extiende un poco más abajo que en el decúbito dorsal. Si en esta última posicion corresponde en la línea mamaria al borde inferior del arco costal, en la primera puede estar un cuarto ó media pulgada más abajo. Estas variaciones son, por lo demas, de escasa importancia, y apénas pueden complicar el diagnóstico.

Pero algunas veces pueden surgir dificultades para el diagnóstico respecto á los límites del hígado; en efecto, estos límites pueden ser algo mayores, sin que exista realmente aumento de volúmen del hígado. A menudo se ve despues de la muerte que un hígado que se sospechaba era muy voluminoso es más pequeño que en estado normal.

Así, no se perderá de vista, en los casos en que se sospeche un aumento de volúmen, que el hígado puede parecer muy voluminoso sin serlo.

CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDEN HACER CREER, DURANTE LA VIDA, EN UN AUMENTO DE VOLÚMEN DEL HÍGADO

Entre estas condiciones, las principales son las siguientes:

I. *Deformidades congénitas*, etc. — En algunos casos raros, á consecuencia de una deformidad congénita, el hígado es más cuadrado y globular que en estado normal, y se encuentra aplicado en una mayor extension contra las paredes abdominales y torácicas. En otras circunstancias el lóbulo izquierdo es relativamente voluminoso, como sucede en el feto. Finalmente, en ocasiones el hígado se introduce en el lado derecho del pecho á través de una abertura practicada en el diafragma, y que puede ser congénita ó accidental. Hace poco he visto un caso de este género en el cual existía una abertura diafragmática que contaba alguna fecha: la mayor parte del lóbulo derecho del hígado se había alojado en la pleura derecha, y por consiguiente la macidez hepática se remontaba á la altura de la tercera costilla (Se encontrarán detalles de este caso en las *Pathological Society's Transactions*, tomo XVII, pág. 164.)

El diagnóstico de tales condiciones durante la vida debe ser siempre difícil, y se fundará principalmente en las siguientes circunstancias:

1.ª La falta de síntomas que indiquen una enfermedad del hígado.

2.ª La falta de otras circunstancias que puedan dar lugar á un falso aumento de volúmen.

3.ª El hecho de una extension de la macidez hepática que persista desde la juventud (excepto en los casos de hernia diafragmática resultante de accidentes).

II. *Influencia de la juventud.* — El hígado es relativamente más voluminoso en la infancia y la adolescencia que en la edad adulta. El órgano no se desarrolla proporcionalmente al resto del cuerpo. En el adulto, el peso medio del hígado es 1/40 del peso total del cuerpo, miéntras que ántes de la pubertad puede ser de 1/30 y áun de 1/20. Las dimensiones varían tambien, de suerte que el límite superior de la macidez hepática se halla á menudo á más altura en el niño que en el adulto, y que el límite inferior desciende por debajo del arco costal en la línea mamaria derecha.

De aquí se deduce que una extension de la macidez hepática, que parecería anormal en el adulto, puede ser perfectamente normal en el niño. Ya he tenido ocasion de haceros observar en el hospital esta particularidad que presenta el hígado en las primeras edades.

III. *Raquitismo.* — Produciendo la torsion lateral de la columna vertebral y la deformidad conocida con el nombre de *pecho de palomo*, el raquitismo puede determinar un aumento aparente del volúmen del hígado, debido á que el órgano se deprime y alarga en sentido vertical á consecuencia de la compresion lateral. El aparente aumento de volúmen puede parecer despues más verosímil por la retraccion desproporcionada de las costillas inmediatamente por encima del hígado, lo cual hace que la region hepática ofrezca un aspecto abombado.

De lo dicho resulta que, cuando encontreis una torsion lateral del ráquis y el *pecho de palomo*, no debeis apresuraros á diagnosticar un aumento de volúmen del hígado.

IV. La *costumbre de apretar demasiado los vestidos* ó de emplear corsés, fajas, cinturones, etc., puede causar dislocaciones y deformidades del hígado que simulen un aumento de volúmen y ofrezcan dificultades para el diagnóstico.

Esta práctica puede obrar sobre el hígado de tres modos, segun el grado, sitio y duracion de la compresion.

a) El hígado puede dislocarse hácia arriba ó hácia abajo, segun que la presion obre por debajo ó por encima del órgano. El punto preciso en que se ejerce la presion varía segun las circunstancias; pero ordinariamente se ejerce hácia abajo y puede ser muy marcado, hasta el punto de que el borde inferior del hígado llega al íleon, y el órgano llena completamente el lado derecho y anterior del abdómen.

b) A consecuencia de una compresion lateral, el hígado puede alargarse en direccion vertical; de suerte que una gran porcion de este órgano se aplica contra las paredes abdominales y torácicas. Este es un resultado muy frecuente de la constriccion habitual. Cuanto más estrecha sea la parte inferior del pecho, mayor será la parte del hígado aplicada contra las paredes torácicas y abdominales.

c) Si la constriccion se ejerce con un cinturon estrecho, puede determinar fisuras profundas en la sustancia hepática, á consecuencia de las cuales algunas porciones del hígado se encuentran más ó ménos separadas de la masa del órgano y se perciben bajo la forma de tumores movibles, aislados de la macidez hepática por porciones de intestino que ofrecen la resonancia timpánica.

Los aumentos aparentes de volúmen del hígado á consecuencia de la constriccion exagerada son mucho más comunes de lo que generalmente se cree, y en las salas de diseccion se encuentran frecuentes ejemplos de esta deformidas, los cuales explican muchos casos de tumores movibles abdominales, causa de ansiedad para el enfermo y para el médico. Estas deformidades adquiridas del hígado, aunque son más comunes en las mujeres, se observan algunas veces en el hombre. Podría presentaros un hombre cuyo hígado ofrece un surco profundo, determinado por la presion de las costillas, y que probablemente puede atribuirse á la costumbre de llevar un cinturon muy apretado. Os recordaré de paso la observacion de un hombre de 23 años, que estaba hace poco en nuestras enfermerías, y que ofrecía un tumor consistente, movible, al nivel del epigastrio: era indudablemente una porcion de hígado desprendido bajo la influencia de la misma causa.

Se pueden reconocer los aumentos aparentes de volúmen del hígado, procedentes de una constriccion exagerada, por los siguientes caractéres:

1.° Signos evidentes de constriccion observados en las paredes torácicas y abdominales;

2.° A veces la presencia de un surco trasversal, que se percibe distintamente en la sustancia del hígado, palpando el órgano á través de las paredes abdominales;

3.° La falta de síntomas de una afeccion hepática ó enfermedad grave del pecho ó del abdómen;

4.° En los casos de tumores movibles, consecutivos á la constriccion, su situacion y la falta de tumor hidatídico ó de enfermedad de la vesícula biliar, facilitarán el diagnóstico.

V. *Ciertas enfermedades del pecho* pueden causar una fuerte depresion del hígado en la cavidad abdominal y hacer creer que el órgano ha aumentado de volúmen. Esta observacion se aplica principalmente á los casos de derrame abundante en la pleura derecha ó de pneumo-tórax. Bajo la influencia de tales enfermedades, la convexidad normal del diafragma

puede estar invertida, y entónces el borde inferior del hígado llega á descender en ocasiones hasta el nivel del ombligo. Una depresion ménos considerable puede resultar de la presencia de tumores intra-torácicos, de derrames en la pleura izquierda ó en el pericardio, ó de una dilatacion cardiaca; en el enfisema pulmonar y la pulmonía aguda (1), el hígado puede bajar una pulgada y aún más. La dilatacion del corazon produce una gran depresion del hígado con más frecuencia de lo que generalmente se cree; así, no es raro, bajo esta influencia, encontrar que la cara superior convexa del hígado ha descendido por debajo de las costillas. De cualquier modo, en todos los casos de depresion del órgano hepático á consecuencia de una afeccion torácica, el descenso de su borde inferior es debido probablemente á muchas causas combinadas; porque cuando existe una afeccion torácica capaz de deprimir el diafragma, hay tambien, por lo general, congestion y ligero aumento del volúmen del hígado.

El aumento aparente del volúmen del hígado, determinado por las causas que acabo de indicar, se reconoce por los datos siguientes:

1.° Habrá habido pleuresía, ó pericardítis, ó bronquítis con enfisema, ó pulmonía, ó afeccion orgánica del centro circulatorio, ó tísis acompañada de pneumo-tórax. Conviene recordar al mismo tiempo que algunas veces puede sobrevenir un derrame considerable en la pleura de una manera latente.

2.° Hay una disnea mucho más intensa de lo que corresponde al grado de aumento de volúmen del hígado, áun admitiendo que éste sea real.

3.° Existen los signos físicos de las diversas afecciones torácicas ántes mencionadas. En los casos de enfisema y de pneumo-tórax no es difícil limitar el borde superior del hígado y asegurarse de que la extension de la macidez hepática no ha aumentado; de suerte que la percusion revelará desde luégo la naturaleza del caso.

Los signos de la dilatacion cardiaca son por lo general bastante claros; pero en la pleuresía suele ser difícil saber dónde concluye la macidez propia del derrame y dónde comienza la macidez hepática, sin contar con que aquí, como en algunos casos de aumento real de volúmen, puede haber arqueamiento de las costillas y casi desaparicion de los espacios intercostales. (Observaciones I y II.)

En tales circunstancias, existen algunos caractéres de gran valor para el diagnóstico; á saber:

---

(1) Véase un caso de pulmonía aguda derecha, referido por el Dr. Stokes en su obra *Diseases of the heart and aorta*, pág 453. «El aumento de volúmen del pulmon era tal, que el diafragma y el hígado estaban empujados hácia abajo en la cavidad abdominal.» El Dr. Bright habla de la dislocacion del hígado hácia abajo por la induracion pulmonar como cosa frecuente (*Abdominal tumours*, Sydenh. Society's ed., página 255); pero Stokes considera este fenómeno como excepcional, y así se desprende tambien de mis observaciones. Sin embargo, en la pulmonía extensa el hígado se halla ordinariamente más ó ménos congestionado, y por consiguiente, aumentado de volúmen.

a) El arqueamiento lateral del pecho es más uniforme en la pleuresía, y no limitado de una manera clara á la parte inferior como en las enfermedades del hígado. Sin embargo, el empiema puede estar circunscrito de tal modo que el arqueamiento se limite á la parte inferior del pecho. (Véase Obs. I.)

b) En el derrame pleurítico, el nivel superior de la macidez es horizontal, en vez de ser arqueado como cuando el hígado aumenta de volúmen.

c) En el derrame pleurítico, el nivel superior de la macidez podrá variar segun la posicion del enfermo; en el aumento de volúmen del hígado es siempre el mismo, cualquiera que sea la posicion.

d) En el derrame pleurítico, el borde inferior del hígado no se eleva ni se deprime con la espiracion ó la inspiracion, cosa que sucede en el aumento de volúmen del hígado, á ménos que existan fuertes adherencias á la pared abdominal.

e) El ensanchamiento de los últimos cartílagos costales indicará un aumento de volúmen del hígado más bien que un derrame pleurítico. (Véase, sin embargo, la Observacion II.)

f) Cuando existe un derrame pleurítico bastante abundante para determinar la depresion del diafragma hácia el abdómen, se puede algunas veces observar tambien una depresion entre el borde inferior de las costillas y la cara superior del hígado, cosa que no sucede en la hipertrofia de este órgano.

El derrame en el pericardio se reconocerá por el trazado de la macidez que dará la percusion. El lóbulo izquierdo del hígado es el que suele cambiar de lugar en tales casos.

Cuando se trate de formular un diagnóstico, no debemos olvidar que la inflamacion de la pleura ó de la base del pulmon derecho puede coexistir con un aumento real del volúmen del hígado. Esto no es raro en los casos de tumores hidatídicos ó de abscesos del hígado, y semejante complicacion precede generalmente al momento en que estas colecciones se abren paso al través del diafragma.

Del mismo modo, despues que un tumor hidatídico del hígado se ha abierto en la pleura, un empiema considerable puede coexistir con un gran aumento de volúmen del hígado. Muy pronto tendreis ocasion de conocer detalladamente algunos casos en los cuales ha podido observarse este fenómeno.

VI. *Un tumor ó una coleccion de fluido situado entre la cara superior del hígado y el diafragma, ó en el espesor de este último,* puede asimismo causar una marcada depresion del hígado y un aumento aparente del volúmen de este órgano; el borde superior de la macidez puede entónces aparecer arqueado, siendo imposible distinguir en tal caso, durante la vida, un aumento real de volúmen. El Dr. Bright ha referido un caso de este gé-

nero, en el cual un absceso situado entre el diafragma y el hígado produjo un aumento aparente de volúmen del hígado (1); yo mismo he visto una coleccion enquistada del hígado peritoneal, situada entre el hígado y el diafragma, que simulaba un aumento de volúmen del hígado, cuando en realidad dicho órgano se hallaba atrofiado. Sin embargo, tales casos son raros. La observacion V nos ofrece un interesante ejemplo de esta dificultad de diagnóstico.

VII. *Diversas condiciones anormales de las vísceras del abdómen* pueden empujar el hígado hácia arriba, de suerte que, empujado hácia la cavidad torácica, dicho órgano parece aumentado de volúmen. Esto ocurre con bastante frecuencia en los casos de ascítis, de tumor del ovario ó del útero, de aneurisma de la aorta abdominal (2), etc.; no debeis, pues, apresuraros á creer en un aumento de volúmen del hígado, so pretexto de que dicho órgano se halle á más altura que en el estado normal.

El diagnóstico diferencial será más difícil, sin embargo, si se trata de tumores del epiploon ó del riñon derecho, que se encuentren en relacion inmediata con el hígado y que ofrezcan el aspecto de los tumores de este último órgano. La dificultad será todavía mayor si dichos tumores comprimen el conducto colédoco de modo que produzcan la ictericia. El diagnóstico de un tumor del epiploon en tales circunstancias debe depender principalmente de la falta completa de uniformidad en el aumento aparente de volúmen del hígado, siendo normales las dimensiones de este órgano en cualquiera otra direccion. Ademas, en los casos de tumores, ora del epiploon, ora del riñon derecho, si el enfermo está acostado en decúbito dorsal, se puede ordinariamente introducir el dedo entre las costillas y la parte superior del tumor; hay á menudo poca sonoridad á la percusion entre el tumor y el hígado: el borde inferior del tumor no sigue los movimientos de espiracion y de inspiracion; finalmente, ayudarán á resolver el diagnóstico la direccion en que se ha desarrollado el tumor y los conmemorativos del caso.

Con todo, existen ciertas dificultades de diagnóstico que no debemos perder de vista. (Véase Obs. VIII.) Un tumor epiplóico adherido al hígado, puede descender con él durante la inspiracion. Tambien se puede observar que los riñones, sobre todo el derecho, cuando están sanos descienden generalmente al hacer una profunda inspiracion; pero esto ocurre muy rara vez cuando se trata de un tumor renal bastante voluminoso para que pueda confundirse con el hígado aumentado de volúmen. Por otro lado, un hígado aumentado de volúmen puede tener impedidos sus movimientos durante la inspiracion y la espiracion por adherencias peritoneales. El híga-

---

(1) *Clinical Memoirs on abdominal tumours*. Sydenh. Soc. Ed., pág. 257.
(2) Stokes, *op. cit.*, pág. 617.

do puede asimismo estar comprimido en el lado derecho por el cólon ó el estómago, distendidos, de modo que simule un riñon aumentado de volúmen; ó bien el cólon trasverso puede pasar por delante de un hígado aumentado de volúmen, de modo que le de el aspecto de dos tumores sólidos distintos.

La acumulacion de materias en el cólon trasverso, constituye tambien una condicion que á menudo es difícil distinguir de un hígado grasoso. La práctica nos da contínuamente casos de este género, y conviene recordar que, segun los antecedentes que dan los enfermos, estas acumulaciones no se hallan siempre necesariamente relacionadas con el extreñimiento.

Una particularidad que en tales casos puede hacernos creer todavía más en una afeccion hepática, es la existencia de masas endurecidas que dan al tumor el aspecto de nudosidades, como en el cáncer, y la aparicion de ciertos síntomas, como la ictericia, el vómito y el hipo.

Para distinguir estos casos del verdadero aumento de volúmen del hígado, el médico debe fundarse principalmente:

1.° En la aparicion de dolores espasmódicos, tales como los que resultan de la obstruccion intestinal;

2.° En la desaparicion del tumor y la mejoría de los síntomas bajo la influencia de las cataplasmas, de lociones, purgantes, lavativas y de la belladona.

VIII. Por último, *ciertas condiciones anormales de las paredes abdominales* pueden simular un aumento de volúmen del hígado.

La contraccion enérgica de los músculos rectos, debida ora á la inflamacion del peritoneo ó de los músculos subyacentes, ora á la simple aplicacion de la mano en los casos en que la irritabilidad muscular es excesiva, puede hacer creer en un aumento de volúmen del hígado ó en un tumor, y la dificultad aumenta todavía más por la circunstancia de que el haz superior del músculo recto es á veces más fuerte en un lado (generalmente el derecho) que en el otro.

Se distinguirá por:

1.° La situacion, el volúmen y la forma del tumor aparente, que corresponde á una de las divisiones del músculo recto;

2.° La percusion, que da ordinariamente un sonido más claro y más timpánico que si se tratara de un tumor sólido;

3.° Si se hace sentar al enfermo en la cama, el tumor se contrae y se torna más voluminoso;

4.° Acostado el enfermo en decúbito dorsal, con los hombros elevados y los muslos doblados sobre el abdómen, si se le distrae hablándole ó haciéndole hablar, el tumor puede desaparecer, y desaparece en realidad, cuando se somete al enfermo á la influencia del cloroformo.

El diagnóstico puede todavía ser más comprometido en presencia de un tumor inflamatorio de las paredes abdominales que tenga su asiento al

nivel del hígado. Estos casos se han confundido con abscesos del hígado. Yo he observado algunos notables hechos de este género, en los cuales el diagnóstico fué dudoso por espacio de algunos dias. Los siguientes caractéres bastan generalmente para distinguir estos casos de una afeccion hepática:

1.° El límite de la inflamacion y de la macidez á la percusion es mal definido, y no corresponde al límite de un hígado que ha aumentado de volúmen;

2.° La piel y tejidos subyacentes presentan una dureza y un grosor más considerables;

3.° Los síntomas constitucionales son relativamente leves; rara vez se observan escalofríos y sudores copiosos, y no existen indicios de un desórden grave del hígado;

4.° El borde inferior de la parte engrosada no sube ni baja con la respiracion; pero este carácter puede aplicarse lo mismo á los abscesos hepáticos adherentes.

Las siguientes observaciones bastarán para demostraros prácticamente las condiciones en las cuales puede creerse en un aumento de volúmen que no existe.

Las observaciones I y II constituyen ejemplos de empiema circunscrito que formaba una elevacion por debajo de las costillas y producía una marcada depresion del hígado.

OBSERVACION I. — *Empiema circunscrito del hígado derecho, que empujaba el hígado hácia abajo y simulaba una afeccion hepática. — Paracentésis por debajo de las costillas é introduccion de un tubo de desagüe. — Curacion.*

Carlota T., de ocho años, fué admitida en el Hospital de Santo Tomás el 22 de Mayo de 1872. Había estado siempre delicada; su enfermedad actual comenzó hace seis semanas por escalofríos seguidos de fiebre, pérdida del apetito y enflaquecimiento. Estaba siempre acostada sobre el lado derecho. Hé aquí cuál era su estado actual el día 1.° de Junio: el hígado parece enormemente engrosado; la parte superior del abdómen forma un arco muy marcado, sobre todo en el lado derecho, y el borde inferior del hígado desciende hasta el ombligo. Las venas abdominales son más salientes que de costumbre y parecen muy desarrolladas. No hay ascítis; las paredes abdominales se mueven durante la respiracion. Percutiendo el lado derecho del pecho, se observa macidez desde el hígado hasta el borde superior del pezon; por encima se percibe cierta sonoridad y se oye el murmullo vesicular; pero por debajo del pezon se observa claramente un arqueamiento circunscrito de las costillas y de los espacios intercostales, y

cierta fluctuacion entre las costillas y algo más abajo, en el hipocondrio derecho. Por detras, la macidez, la falta de murmullo respiratorio y el arqueamiento de los espacios intercostales, se extienden á los dos tercios inferiores del lado derecho del pecho. El límite superior de la macidez es claramente arqueado y no ha subido desde la entrada de la enferma; pero el arqueamiento lateral es mucho más pronunciado. Cincuenta respiraciones; dolor vivo y angustia al menor movimiento. Pulso á 150; la punta del corazon late entre la quinta y sexta costillas, á media pulgada por fuera del pezon izquierdo. La temperatura, desde la entrada de la enferma, se elevó de 37°,5 á 39°,3; no hubo escalofríos; durante las tres últimas noches, traspiracion copiosa. Se hace una puncion exploradora y se introduce despues un trócar grueso en el tumor *por debajo* y por delante de las costillas derechas: se sacan 53 onzas de pus, primero ténue, pero despues espeso y opaco. Se agranda la abertura y se fija un tubo de desagüe. Inmediatamente fué más fácil la respiracion; durante la operacion se observó que *el borde inferior del hígado subió cuando ménos dos pulgadas, pero que no había modificacion al nivel del límite superior de la macidez en el lado derecho del pecho.*

Al dia siguiente, la niña se encontraba mejor; pulso 114, respiracion 30, temperatura 36°,5.

Junio 22. — La mejoría continuó durante una semana despues de la operacion; pero durante los últimos 13 días la temperatura varió desde 36°,9 á 39°,4, y el pulso entre 120 y 150; por espacio de algunos días el pus evacuado por el tubo era fétido, aunque se limpió el foco todos los dias con el líquido de Condy (con base de permanganato de potasa). La enferma come y duerme bien, y no ha tenido escalofríos. Bajo la influencia del cloroformo se práctica una contra-abertura por detras, entre la novena y décima costillas, y se pasa un tubo de desagüe agujereado á través de ambas aberturas. Durante la operacion se sacan próximamente seis onzas de un pus muy fétido, y cerca de medio litro, tambien muy fétido, en los dos días siguientes. Se limpia todos los dias la cavidad con una disolucion de ácido fénico (1/100).

La cantidad de pus evacuado disminuye gradualmente, en términos que á mediados del mes de Agosto no pasa más que una serosidad amarillenta. En esta fecha podía ya sacarse el tubo, pero se mantuvo colocado, durante mi ausencia, hasta el 28 de Setiembre. Pocos dias despues se cicatrizaron ambas aberturas.

A los pocos días de haberse practicado la contra-abertura mejoró el estado general de la enferma, y cuando salió del hospital, el 1.° de Noviembre, estaba alegre y robusta. La mensuracion no revelaba ninguna diferencia entre ambos lados del pecho, que apénas podía observarse por una inspeccion detenida; en cambio existía una ligera depresion por debajo del pezon derecho. La macidez hepática comenzaba en el borde superior

de la sexta costilla, á una pulgada y media por debajo del pezon, y se extendía tres pulgadas por abajo, pero sin pasar del reborde costal. La percusion daba un sonido claro por detras del lado derecho, y el murmullo vesicular se oía en toda su extension habitual.

OBSERVACION II. — *Empiema circunscrito, que formaba eminencia en el epigastrio y deprimía el hígado. Paracentésis en el epigastrio. Curacion.*

El 23 de Diciembre de 1875 fuí llamado para ver á un panadero de 40 años, á quien se suponía atacado de alguna afeccion grave del hígado, tumor canceroso ó hidatídico. Despues de haberle interrogado detenidamente, obtuve los siguientes datos: durante seis ú ocho meses se había quejado de distension flatulenta del estómago; pero, á parte de esto, no ofreció ningun otro síntoma y continuó ocupándose de sus asuntos hasta principios de Noviembre, en que, á consecuencia de un enfriamiento, sintió vivos dolores en los riñones y malestar general. Al cabo de tres dias mandó llamar á un médico, que encontró macidez por detras del pulmon izquierdo y una tos seca. Siete ú ocho dias despues, durante la visita del profesor, el enfermo expectoró repentinamente por primera vez cierta cantidad de materia amarilla. La expectoracion continuó por espacio de una semana, poco más ó ménos, y cesó de repente.

El 14 de Diciembre se observó una tumefaccion en el epigastrio, acompañada de dolor violento, y al mismo tiempo la macidez por detras del pulmon izquierdo desapareció.

Al hacer mi primera visita, el borde inferior del hígado descendía á una pulgada próximamente por debajo del ombligo, siendo su situacion la misma durante la inspiracion; existía en el epigastrio una fluctuacion circunscrita, que se extendía en un diámetro de cinco pulgadas; sensibilidad á la presion, pero ménos que ántes. Los cartílagos costales del lado derecho estaban invertidos. En la base del pulmon izquierdo, respiracion débil y algunos chasquidos. Veinticuatro respiraciones, pulso á 120, temperatura 37°,7; no hubo escalofrios ni sudores copiosos. El enfermo ha perdido el apetito y el sueño. Se hace una puncion exploradora, y sale una cucharada ordinaria de un pus fétido y espeso.

Al dia siguiente se practica una ancha abertura, y se sacan cerca de dos pintas de pus; se fija á la herida un tubo de goma, con el cual se lava el foco purulento, primero con tres onzas de una disolucion de cloruro de zinc (dos gramos próximamente por onza), y despues con una disolucion débil de ácido fénico. El tubo se introdujo en la cavidad, á una profundidad de 8 á 10 pulgadas, en línea recta hácia atrás.

Despues de la puncion el enfermo se encontró mejor, comió y durmió bien, y el 7 de Enero el flujo por la herida se había reducido á 1/4 de onza por dia. El 6 de Febrero pudo levantarse y pasear por la enfermería; con-

tinuaba comiendo y durmiendo bien. El 17 de Febrero no salía más que una corta cantidad de líquido claro, y se sacó el tubo.

En la observacion III el hígado parecía aumentado de volúmen á consecuencia de la dislocacion producida por un absceso del psoas.

OBSERVACION III. — *Cáries vertebral. Absceso del psoas. Dislocacion del hígado simulando un aumento de volúmen del órgano. Perihepatitis sifilítica.*

Catalina F..., de 27 años, fué admitida en el hospital de Santo Tomás el dia 28 de Mayo de 1875, padeciendo un infarto supuesto del hígado. El padre, la madre, y probablemente un hermano, habían muerto tísicos. Se había casado tres años ántes, sin llegar á estar embarazada. Seis meses ántes de su admision tuvo una angina con ulceracion, acompañada de tumefaccion de los ganglios cervicales, que se incindieron. Hácia la misma época comenzó á sentir un dolor sordo en el dorso. Cuando la enferma sentía este dolor se veía obligada á suspender todas sus tareas y á estar sentada, casi inmóvil, por espacio de algunos minutos. Persistió dicho síntoma durante las seis semanas que precedieron á la admision de la enferma en el hospital, hasta que sintió un violento dolor por debajo del lado derecho del pecho, que aumentaba durante la inspiracion, y acompañado de disnea, tos, expectoracion de pus mezclado con sangre, vómitos, extreñimiento, y durante la primera semana, escalofrios todas las noches. Al cabo de tres semanas cesó la tos, pero persistió el dolor. Diez dias ántes de su entrada observó por primera vez en el hipocondrio derecho una tumefaccion que se extendía hasta el ombligo y que iba acompañada de un dolor creciente.

Al entrar en el hospital, la enferma está pálida, delgada y ansiosa. Dolor vivo en el lado derecho del abdómen: se siente claramente la tumefaccion por debajo de los lados y hasta el ombligo, donde se contornea bruscamente para remontarse hasta la parte izquierda del apéndice xifoides. En el lado derecho se extiende hasta la extremidad libre de la duodécima costilla. Todo este espacio está tenso y sensible. El límite superior de la macidez hepática se extiende hasta el borde superior de la cuarta costilla, lo cual hace ocho pulgadas y media en la línea mamaria derecha. Arqueamiento notable de las últimas costillas en el lado derecho, y casi desaparicion de los espacios intercostales por delante. Por detrás, lo que parece ser la macidez hepática pasa dos pulgadas del nivel habitual, pero por encima se oye el murmullo respiratorio sin estertores.

En la region lumbar derecha, por debajo de la última costilla, tumefaccion manifiesta, elástica, y que contiene probablemente líquido. Sensi-

bilidad marcada cuando se comprime sobre las tres ó cuatro últimas vértebras dorsales. Lengua seca, roja y reluciente; falta de apetito, sed viva; vómitos de vez en cuando; extreñimiento. La temperatura varía de 37°,2 á 39°,4; sudores nocturnos, escalofrio la noche última. Pulso á 132. Los ganglios inguinales del lado derecho están tumefactos y sensibles. Albúmina en la orina (1/9).

Se le administra la quinina, ácidos minerales, ópio y purgantes. Su situacion empeora. El 9 de Junio, el absceso forma eminencia por debajo del ligamento de Poupart derecho; dolor al orinar; la temperatura varía de 37°,5 á 40°,3. Junio 22: no hay albúmina en la orina. El 29 de Junio se sacan con el aspirador ocho onzas y media de pus amarillo y espeso del tumor situado en la region lumbar derecha; la tumefaccion de la ingle desaparece al mismo tiempo. El resultado de la operacion ha sido calmar el dolor y rebajar la temperatura. Pero al cabo de algunos dias reaparece el tumor inguinal, acompañado de un dolor intenso; el 5 de Julio, dolor vivo y sensibilidad en la region del bazo, y distension general del abdómen. El 6 de Julio se incinde el tumor de la ingle y sale una pinta de pus; los dias siguientes, flujo abundante de pus por el mismo punto. El dolor y la fiebre han disminuido bastante; pero la enferma se debilita más y más; los vómitos son incesantes, se forman aftas en la boca, y la paciente muere el 22 de Julio.

Autopsia. — El hígado ocupa toda la parte superior del abdómen por delante; pero no pesa más que 58 onzas (1.650 gramos) y no se halla aumentado de volúmen; está simplemente empujado hácia delante por un grueso absceso debido á una cáries de las apófisis trasversas y del cuerpo de la décima, undécima y duodécima vértebras dorsales y de la extremidad espinal de las tres últimas costillas derechas. El absceso comunica por debajo con la abertura practicada en la ingle, y por arriba, por un trayecto fistuloso, con una cavidad circunscrita de la pleura que contiene seis onzas de pus. La superficie del hígado presenta algunas placas oscuras (sifilíticas). El bazo pesa ocho onzas. Los riñones parecen sanos.

En la observacion IV, un notable aumento del hígado estuvo disimulado por un aneurisma aórtico, cuya rotura dió lugar á una voluminosa coleccion sanguínea que empujó el hígado hácia bajo y adelante. Este caso ofreció algunas otras particularidades dignas de mérito. El curso de la enfermedad y el resultado de la autopsia demostraron bastante bien cuál debió ser la sucesion de los fenómenos.

1.° Se forma un aneurisma en la parte inferior torácica y superior abdominal de la aorta, sin revelarse por ningun síntoma.

2.° El 1.° de Enero este aneurisma se rompe, produce un síncope, y la sangre, penetrando por detrás de la pleura derecha, determina una pleuro-pneumonía.

3.° La presion del aneurisma produce una erosion de los cuerpos de las vértebras, y así se explican los dolores dorsales persistentes.

4.° En el mes de Agosto el aneurisma se abre paso hácia bajo, y la sangre, empujando hácia delante el hígado y el peritoneo, forma eminencia en el epigastrio, produce una peritonítis crónica y dificulta la circulacion porta. Pero durante la vida, la falta de los signos físicos ordinarios del aneurisma hace difícil el diagnóstico. Un empiema, un absceso del hígado, ó un absceso debido á una cáries vertebral, podían excluirse por la falta de fiebre. Y lo mismo el quiste hidatídico por la rapidez del desarrollo, unida á la falta de fiebre, la cual no hubiera dejado de presentarse en un tumor hidatídico invadido por la inflamacion. La peritonítis, que se prolonga por espacio de algunas semanas y provoca un aumento considerable de líquido en el peritoneo, depende las más veces de un cáncer, en el cual hacían creer ademas los vómitos constantes, los abscesos de dolores abdominales intensos, la presencia de un tumor voluminoso en el abdómen y el enflaqueamiento; miéntras que la coleccion aislada de líquido en el epigastrio podia explicarse por el enquistamiento, encima del hígado, de una porcion de líquido peritoneal. Los únicos síntomas que indicaban un aneurisma eran el síncope que precedió al ataque de pleuro-pneumonía y el dolor dorsal persistente.

Observacion IV. — *Aneurisma difuso de la aorta torácica y abdominal, que terminó por una peritonítis crónica con derrame abundante.*

Jaime D..., de 42 años, cochero, fué admitido en el Hospital de Middlesex el 13 de Setiembre de 1869 con una peritonítis. Sus padres habían sido robustos, viviendo ambos más de 70 años; todos sus hijos, en número de doce, vivían. Si exceptuamos las enfermedades habituales de la infancia, el paciente había gozado siempre una excelente salud. Había estado empleado anteriormente en un comercio de hielo, acostumbrándose entónces á beber mucha cerveza y otros líquidos espirituosos. Pero despues se hizo cochero, siendo entónces más sobrio. El dia 1.° de Enero de 1869, estando limpiando el caballo, sintió repentinamente un gran malestar; pudo acostarse sobre la paja, pero perdió acto contínuo el conocimiento, y, segun lo que dijo su amo (un cirujano), quedó en un estado de síncope profundo durante una media hora. Inmediatamente despues de este accidente tuvo una pleuro-pneumonía que le obligó á estar en cama por espacio de nueve semanas. A principios de Marzo se halló dispuesto á continuar su trabajo, y así lo hizo diariamente por espacio de unos cinco meses. Sin embargo, durante este tiempo se quejó de un dolor intenso y contínuo en la espalda y en el hombro derecho; su apetito era bueno, pero no como ántes: no había dolor en el abdómen ni malestar.

A principios de Agosto, sin haber hecho ningun esfuerzo violento, sin

que existiera en realidad ninguna causa manifiesta, el enfermo sintió repentinamente vómitos, dolor intenso y distension del abdómen, acompañado de extreñimiento. Estos síntomas duraron 15 dias, pasados los cuales desaparecieron gradualmente, y el enfermo recobró su apetito. El 4 de Setiembre reapareció el malestar acompañado de dolor de estómago, pero ménos intenso que la primera vez. El enfermo sentía, sin embargo, un vivo dolor en el hombro derecho y se hallaba muy alterado; el abdómen comenzó á engrosar. Dos ó tres dias despues volvió á sentirse mejor, y durante dos dias pudo salir un poco; pero el 10 se sintió muy mal, y desde entónces padeció violentos dolores y vomitó todo lo que tragaba. Durante nueve dias tuvo una ligera relajacion intestinal, y poco tiempo ántes de su admision arrojó por el ano una considerable cantidad de sangre medio coagulada, que su mujer comparó á los coágulos que se expulsan despues del parto.

El estado del enfermo al entrar en el hospital era como sigue: «Muy delgado. Experimenta todavía dolores constantes en la espalda; pero en este momento se queja sobre todo de dolor y tumefaccion en el estómago, y de que no puede retener nada en él. El abdómen se halla considerablemente distendido, resistente y sensible; mide 32 pulgadas al nivel del ombligo; este aumento de volúmen es debido en parte al derrame peritoneal, pero principalmente á un tumor que ocupa el centro y la region superior del abdómen, y en conexion aparente con el hígado. La macidez hepática es de seis pulgadas y media en la línea mamaria derecha; en la línea media se extiende á tres pulgadas por debajo del ombligo, y mide 10 pulgadas. Esta masa, en sus cuatro pulgadas inferiores, es lisa y resistente; su borde es bien limitado, y no sube ni baja durante la respiracion. Pero por encima de esta region, en el epigastrio, existe una fluctuacion distinta, con un arqueamiento circunscrito en una extension de cinco á seis pulgadas de diámetro. En este punto el líquido se halla indudablemente enquistado, y es distinto del que hay en el peritoneo. El temblor producido golpeando ligeramente las demas partes del abdómen no se propaga á él, y el arqueamiento epigástrico no varía segun la posicion del enfermo. Las paredes abdominales apénas se mueven durante la respiracion. El enfermo está casi siempre acostado sobre el lado derecho, y dice que su dolor aumenta cuando se vuelve del lado izquierdo: tiene ademas algunas veces paroxismos de dolor abdominal intenso, independiente de la posicion. No hay desarrollo exagerado de las venas abdominales, ni infarto manifiesto del hígado; tampoco existe ictericia; lengua blanca y húmeda; dice que vomita todo lo que come; tres deposiciones diarias. Pulso á 108, regular y débil; la punta del corazon late sobre la línea de la tetilla; no existe pulsacion anormal, ni ruido de soplo en el pecho ó en el abdómen. Tos de vez en cuando; 36 respiraciones; no se percibe murmullo respiratorio más que en el lado izquierdo del pecho; macidez mar-

cada en toda la extension del pulmon derecho con ligero soplo tubario; por delante, la resonancia de la voz, y todavía más las vibraciones torácicas, son exageradas; faltan por detras. La piel está cubierta de un sudor viscoso; la temperatura es de 36°,5; ligero edema en los piés y en los maleolos. La orina contiene 1/20 (en volúmen) de albúmina y muchos uratos.»

Se prescribe al enfermo hielo, agua de cal y leche, aguardiente, un grano (64 milígramos) de ópio tres veces al dia, y cataplasmas en el abdómen. Se sustituyen despues á las píldoras de ópio las inyecciones subcutáneas de morfina.

Bajo la influencia de este tratamiento se detiene primero la diarrea, y el 20 de Setiembre cesaron tambien los vómitos; el estado general del enfermo mejoró al parecer. Sin embargo, el abdómen continuó creciendo lentamente, pero de una manera incesante. El 29 de Setiembre las paredes abdominales estaban tensas, relucientes, y su circunferencia al nivel del ombligo medía 33 pulgadas 5/8. El 2 de Octubre la piel y las conjuntivas estaban ligeramente ictéricas, y había tambien pigmento biliar en la orina. El 8 de Octubre la circunferencia en el ombligo medía 35 pulgadas, y el enfermo se quejaba mucho de dolor paroxístico y de tension en el abdómen, al mismo tiempo que su debilidad aumentaba. El pulso estaba ordinariamente á 96 y la temperatura á 36°,4. El 12 de Octubre los dolores abdominales aumentaron considerablemente y fueron acompañados de vómitos. El enfermo fué empeorando y murió en la madrugada del dia 23.

Al hacer la *autopsia*, se encontraron en la cavidad peritoneal algunos litros de serosidad turbia, alcalina, de una densidad de 1,020 y conteniendo algunos copos de linfa y corpúsculos de pus. Los intestinos y las demas vísceras abdominales, lo mismo que la hoja peritoneal que tapiza las paredes abdominales, estaban cubiertos de una delgada capa de linfa reciente que se podía separar con facilidad. No existía ningun signo de tuberculósis ni de cáncer. El hígado descendía hácia abajo por debajo del ombligo; su tejido era denso, pero parecía normal. Entre el hígado y el diafragma se encontraba un enorme quiste, completamente distinto del peritoneo y que contenía un líquido sanguíneo. Al abrir el pecho se encontró el pulmon izquierdo fuertemente adherido en todas sus partes, deprimido, denso y carnificado. Hácia detras, por debajo de la pleura engrosada, y extendiéndose por arriba hasta el nivel de la tercera costilla y por fuera hasta el ángulo de las costillas, existía otra coleccion de líquido sanguíneo. Examinando ulteriormente esta sangre, lo mismo que la que se encontraba por encima del hígado, se vió que ambas colecciones tenían una membrana de cubierta comun, que no era más que un grueso aneurisma de la parte inferior de la aorta torácica, que comenzaba inmediatamente por encima del diafragma para terminar en el orígen de la arteria

mesentérica superior. Este aneurisma consistía en un ancho saco redondeado, formado por una dilatacion de toda la aorta en dos ó tres pulgadas de su conducto. El tronco celiaco se separaba cerca de la extremidad inferior del saco. Este se había abierto en el lado derecho, y la sangre había infiltrado sus túnicas en una pequeña extension; pero tambien se había roto por completo detras del peritoneo, y la sangre, al salir, se había abierto paso en diversas direcciones.

La mayor coleccion era la que se veía en el epigastrio por encima del hígado, pero se había extendido igualmente hácia arriba hasta por detras de la pleura izquierda. Contenía algunas tazas de sangre y sus paredes se hallaban formadas en parte por la expansion de las túnicas arteriales, cubiertas por una capa de fibrina de cerca de una pulgada de espesor en algunos puntos, y en parte por el diafragma, el hígado, las vértebras, las costillas y la pleura. Los cuerpos de las últimas vértebras dorsales habían sufrido una erosion y estaban rugosos, lo mismo que las costillas del lado derecho en su orígen. El hígado en su totalidad estaba empujado hácia adelante, de suerte que su cara superior se hallaba en relacion con la pared abdominal anterior. De este modo el órgano parecía aumentado de volúmen, pero no pesaba más de 54 onzas (próximamente 1.550 gramos). El corazon no había aumentado de volúmen y sus válvulas estaban sanas; ateroma extenso de la aorta. Pulmon izquierdo, voluminoso y sano. El riñon derecho había estado comprimido por el aneurisma y se hallaba alterado en su forma; la sustancia cortical era opaca y blanca en el punto de contacto. La mucosa del estómago estaba muy inyectada y sembrada de erosiones hemorrágicas.

En la observacion V se creyó que el enfermo padecía un tumor del hígado; pero este se hallaba probablemente simulado por una coleccion líquida situada entre el hígado y el diafragma. Si el tumor hubiera nacido en el hígado, no hubiera podido ser más que un absceso ó un quiste hidatídico. El primero podía excluirse por la falta de síntomas generales y la trasparencia del tumor, aparte de la rareza de un enorme absceso aislado, en un niño que nunca había salido de este país; en cuanto al quiste hidatídico no era probable, á causa de la rapidez del desarrollo del tumor y la falta de todo indicio de equinococos en su contenido; por lo demas, despues de haberle vaciado se podía sentir una base indurada cupuliforme. Las relaciones anatómicas excluian la idea de quiste renal, del mismo modo que la falta de fiebre hacía excluir un absceso crónico de las paredes abdominales: esto se podía confirmar por el efecto que producía sobre el tumor la tos, la respiracion, la presion, la posicion, la forma de las costillas, el cambio de lugar del corazon, y por la direccion que tomaba la sonda despues de haber salido del saco. El diagnóstico que podía estar más de acuerdo con todas las circunstancias del caso, era el de un derra-

me inflamatorio, circunscrito entre el hígado y el diafragma; podía suceder tambien que la ascítis que siguió á la varicela fuera de naturaleza tuberculosa, y que la lesion dorsal diera lugar á un proceso inflamatorio nuevo, pero localizado.

Con motivo de este caso, creemos de algun interés las siguientes observaciones de los Sres. Wilks y Moxon: «Hemos visto algunos casos de abscesos voluminosos situados entre el hígado y el diafragma, ó entre el hígado y el estómago; el tejido hepático se encontraba simplemente comprimido, pero no interesado, por el absceso que existía por fuera del órgano. Algunos fueron resultado de un traumatismo, pero en otros no se pudo encontrar la causa (1).»

OBSERVACION V. — *Derrame peritoneal circunscrito entre el hígado y el diafragma, que empujaba el hígado.*

Juan J., de 10 años, fué admitido en mi clínica del Hospital de Middlesex el 29 de Junio de 1869. Su padre y su madre están sanos; un hermano y una hermana han muerto de escarlatina; los otros cuatro hermanos (dos de cada sexo) no han padecido ninguna enfermedad. En la infancia tuvo el sarampion y la escarlatina, y á principios de 1867 padeció lo que se llama un ataque de varicela, seguido de ascítis temporal. Desde entónces quedó enfermizo. En Mayo de 1868 sufrió un golpe en la espalda: al parecer no sintió gran molestia por aquella época, pero en Setiembre del mismo año comenzó á quejarse de dolor en la region hepática, que aumentaba durante las inspiraciones algo fuertes: el Dr. Schulhof, que le vió en aquella época, observó un ligero arqueamiento de las últimas costillas derechas, y notó que este muchacho se acostaba siempre sobre el lado derecho. A últimos de Diciembre sufrió un nuevo ataque (aunque ligero), y á mediados de Febrero, cuando le volvió á ver el Dr. Schulhof, existía un tumor fluctuante, indolente, del grosor de un huevo de gallina, situado por debajo de las costillas derechas, y que se podía hacer remontar detras de las costillas cuando el niño estaba acostado en decúbito supino. Desde entónces el tumor aumentó gradualmente, pero sin causar dolor.

A su entrada en el hospital se observó en el hipocondrio derecho un tumor globuloso, que comenzaba inmediatamente por debajo de las costillas, sin cubrirlas, y se extendían hasta tres pulgadas por debajo del nivel del ombligo. Medía en el sentido vertical seis pulgadas en su convexidad, otras seis y media trasversalmente, y 14 pulgadas en la circunferencia de su base. Los cartílagos de las últimas costillas derechas estaban ligeramente empujados, y el tórax tenía en este punto un cuarto de pulgada más en

(1) Wilks y Moxon, *Lect. on Pathol. Anat.*, segunda edicion, pág. 446.

dicho lado que el izquierdo. No era doloroso; la fluctuacion era manifiesta en toda su extension y no había induracion en su base; existía ademas un aspecto azulado y traslúcido, y se veía claramente á través de él la luz del sol ó de una bujía. Cuando el enfermo tosía recibía una sacudida, y cuando estaba acostado en decúbito supino y se cubría el tumor con una capa de yeso de París para tomar un molde, una porcion del tumor desaparecía detras de las costillas. El tumor tenía, al parecer, más volúmen cuando el enfermo estaba sentado. Se oía claramente el murmullo vesicular en la base del pulmon derecho, que descendía á su nivel normal lo mismo por delante que por detras. No se podía sentir el borde inferior del hígado á través del tumor, que descendía ligeramente cuando el enfermo hacía una inspiracion profunda. La percusion daba un sonido timpánico entre el tumor y el riñon derecho; no había sensibilidad ni curvadura anormal en el ráquis; la punta del corazon latía entre la cuarta y quinta costillas, inmediatamente por debajo de la tetilla izquierda.

El estado general del muchacho era bueno: estaba algo delgado y pálido, pero no tenía fiebre; comía y bebía bien, y no ofrecía ningun signo de afeccion pulmonar, cardiaca ó renal, ni tampoco ictericia.

El dia 14 de Abril se hizo la puncion del tumor con un trócar, saliendo 15 onzas de un pus bastante claro, de una densidad igual á 1.028, y en el cual se formaron por el reposo dos capas de igual volúmen próximamente: la superior, clara y de color de paja; la inferior opaca y amarilla; el microscopio demostró la presencia de corpúsculos de pus y de cuerpos granulosos compuestos, pero no había indicios de equinococos ni de colesterina. El exámen químico de la materia dió el siguiente resultado:

Total de materias sólidas.	9,7 por 100
Materias orgánicas.	8,64 —
Cenizas.	0,86 —
Cloruro de sódio.	0,6 —

El resto de las cenizas consistía en sulfato de sosa y fosfato de cal.

La operacion no fué seguida de ningun desórden general, pero en ménos de dos dias la bolsa se llenó otra vez, en términos que el 29 de Abril el tumor era tan voluminoso como ántes de haberle vaciado. Se punció nó de nuevo, y salieron 15 onzas de líquido semejante al obtenido por la primera operacion, pero con ménos depósito y un peso específico de 1.022. El 7 de Mayo una tercera puncion dió salida á nueve onzas de un líquido más viscoso que los anteriores, que contenía corpúsculos granulosos compuestos, reunidos en copos, pero sin corpúsculos de pus aparente: su densidad era de 1.020. En la cuarta puncion se sacaron siete onzas de un líquido todavía más viscoso, densidad 1.019, y que se coagulaba absolutamente por la ebullicion. Siempre que se vaciaba el tumor se podía sentir muy bien en su base una induracion cupuliforme. Despues de la cuarta

puncion el tumor se llenó de nuevo poco á poco, y el 24 de Mayo, estando el enfermo acostado, se abrió espontáneamente por debajo del punto en que había practicado la puncion, y en el cual estaba algun tiempo ántes adelgazada y oscura. Esta abertura espontánea continuó dando paso á un líquido viscoso, claro, que contenia copos blancos, hasta el momento en que el enfermo salió del hospital el 29 de Junio. Una sonda introducida por esta abertura y dirigida hácia abajo y afuera, detras de la pared abdominal, penetraba á pulgada y media, y por arriba, detras de las costillas y encima del hígado, á tres pulgadas. Durante su permanencia en el hospital el enfermo recobró su gordura, fuerzas y buen aspecto.

El 5 de Octubre se presentó en la consulta. Su estado general continuaba siendo bueno. Nos trajo una gran cantidad de depósitos calcáreos (que no daban efervescencia con el ácido nítrico), los cuales se habían abierto paso por la abertura poco despues de haber salido el enfermo del hospital. La abertura no se había cerrado aún; pero la sonda no podia pasar más de dos ó tres líneas en cualquiera direccion.

Por lo demas, se cerró poco tiempo despues, y en 1873 se presentó el enfermo en el Hospital de Santo Tomás en buen estado de salud y sin haber vuelto á sentir ninguna molestia por parte del tumor.

OBSERVACION VI. — *Aumento aparente del volúmen del hígado, debido á adherencias peritoneales.*

Isabel N..., de 40 años, fué admitida en el Hospital de Middlesex el 13 de Julio de 1868, padeciendo una hidropesía de orígen cardiaco, acompañada de otros signos de una afeccion de la válvula mitral.

Presentaba una ascítis moderada y un hígado al parecer muy voluminoso, semejante á un tumor sólido que llenara la parte superior del abdómen y se prolongara á una pulgada por debajo del ombligo, duro, liso y ligeramente sensible. La macidez hepática se extendía al parecer hácia arriba hasta su nivel habitual, pero la presencia de líquido en las pleuras hizo algo dudosa la comprobacion de este síntoma. Tambien se podía sentir, aunque con dificultad, un tumor duro por debajo de las costillas izquierdas. La hidropesía y la disnea aumentaron gradualmente, y la enferma murió el 12 de Agosto.

Al hacer la *autopsia* se encontró el hígado ligeramente aumentado de volúmen; pero su cara superior estaba fija por fuertes adherencias al diafragma y á las paredes abdominales hasta por debajo del ombligo. Su cápsula estaba engrosada, y su tejido era denso y fibroso; pesaba 61 onzas (próximamente 1,800 gramos). El bazo había aumentado igualmente de volúmen: pesaba nueve onzas y tenía su cápsula muy engrosada.

En el siguiente caso, un tumor imaginario simuló un aumento de volúmen del hígado.

OBSERVACION VII.—*Tumor imaginario del abdómen simulando un quiste hidatídico del hígado.*

El 17 de Febrero de 1869 fué llevada á mi consulta la señorita Ester D..., de 11 años de edad (buen aspecto exterior), para que le reconociera un tumor que se creía ser un quiste hidatídico del hígado. Dos años ántes, durante la convalecencia de una fiebre lenta, se presentó de repente un tumor en el epigastrio que continuó aumentando durante un año, y despues permaneció estacionario. La jóven enferma había tenido algunos síntomas dispépsicos, pero ningun dolor, y su estado general era excelente. Al reconocerla encontré un tumor prominente, redondeado, que se extendía desde la extremidad inferior del esternon hasta por debajo del ombligo, un poco estrangulado en cada lado probablemente por la contraccion de los músculos rectos. La percusion daba cierta macidez igual en todas partes; la superficie era lisa y elástica, pero no fluctuante; no existía hiperestesia, excepto en un punto del cartílago xifoides, en el cual la presion más ligera determinaba un vivo dolor. El volúmen del tumor variaba muy poco, segun que se llamara ó no la atencion de la enferma.

El 20 de Febrero se sometió á la enferma al cloroformo; el grosor desapareció, y no se encontró tumor ni aumento de volúmen del hígado. Cuando se disipó el efecto del cloroformo reapareció el tumor; pero, gracias al uso del hierro y de la belladona, disminuyó gradualmente, y algunos años despues la paciente estaba curada.

La observacion VIII demuestra que se puede confundir un grueso quiste del ovario (1) con un tumor quístico del hígado. El hecho de una lesion traumática anterior era bastante compatible con un quiste hidatídico del hígado, porque en muchos casos de esta última afeccion los pacientes hacen remontar su enfermedad á un traumatismo, cuando acaso no ha hecho éste más que llamarles la atencion sobre una afeccion ya existente. No había habido sangre ni pus en la orina, ni ningun otro síntoma de trastorno urinario, como se observa en buen número de quistes renales. Desgraciadamente, el líquido que se sacó del tumor durante la vida no fué examinado bajo el punto de vista de la urea; pero no se encontró esta sustancia en el líquido despues de la muerte. Por lo demas,

---

(1) Otros casos análogos han sido referidos por los Sres. César Hawkins (*Med. Chir. Trans.*, t. XVIII, pág. 175; Stanley (*Ibid.*, t. XXVII, pág. 1); sir Henry Thompson (*Pathol. Transanct.*, t. XIII, pág. 128), y Dr. H. Cooper Rose (*Med. Chir. Transact.*, t. LI, pág. 167.)

aunque Stanley haya referido dos casos de quiste renal en los cuales el líquido contenía urea (1), podrían citarse otros muchos en que no se encontró dicho cuerpo (2). Finalmente, aunque despues de la muerte el cólon ascendente y las asas del intestino delgado se encontraron por delante del quiste, no se les pudo descubrir ántes de la paracentésis, cuando el quiste estaba tenso. No se recurrió á la operacion más que como paliativo, sin que figurara ésta para nada en el resultado fatal. La inflamacion de la cavidad quística y los depósitos secundarios en los pulmones, habían ya comenzado anteriormente.

OBSERVACION VIII. — *Enorme tumor quístico, que comunicaba con la pélvis del riñon derecho, contaba ocho años de fecha y simulaba un tumor hidatídico del hígado.*

José O..., de 16 años, fué admitido en mi clínica del Hospital de Middlesex el 19 de Diciembre 1867. Ocho años ántes había sido arrojado violentamente contra una pared, sufriendo contusiones en la espalda y en el lado derecho. Durante una semana, á consecuencia de esto, vomitó todo lo que comía, y estuvo dos meses sin poder salir de casa, pero no se observó hematuria ni ningun síntoma urinario.

Volvió á la escuela por espacio de un mes, al cabo del cual sintió vivos dolores en la espalda y en el lado derecho, que hicieron necesaria la aplicacion de sanguijuelas. Guardó cama por espacio de cinco meses, y durante este espacio de tiempo tuvo frecuentes vómitos y nueve accesos de convulsiones; los movimientos estaban limitados al lado izquierdo del cuerpo. Poco tiempo despues, observó su madre que el lado derecho había engrosado; y como quiera que el tumor aumentaba, llevó al enfermo al *London's Hospital*, donde estuvo cuatro meses, mejorando considerablemente su estado general. Continuó gozando buena salud y podía ir y venir; pero el grosor aumentaba progresivamente. Una semana ántes de su admision, habiéndose mojado completamente en un coche, fué acometido de dolor intenso en la espalda, tos y síntomas febriles.

Al entrar en el hospital, el enfermo está anémico y delgado; se queja de tos, disnea, dolor vivo y sensibilidad en la parte inferior de la columna vertebral. El pulso está á 108, respiraciones 48 y torácicas; estertores de bronquítis en toda la extension de ambos pulmones, con macidez y ruido de roce en la base del izquierdo. Lengua limpia; mal apetito; temperatura 38°,5. No hay anasarca; la orina no contiene albúmina.

---

(1) *Méd. Chir. Trans.*, 1844, t. XXUII, pág. 1.

(2) Tampoco le había en el caso del Dr. Cooper Rose, ni en los referidos por el doctor Spencer Wells en la discusion sostenida acerca de este punto en la Sociedad Médico-Quirúrgica de Lóndres el 12 de Mayo de 1868.

Lo que este niño presentaba de notable era el enorme volúmen del abdómen, que medía 33 pulgadas al nivel del ombligo, siendo el arqueamiento más marcado en el vacío derecho. Este aumento de volúmen no iba acompañado, por decirlo así, de dolor; era debido indudablemente á una coleccion quística de un fluido claro en el lado derecho, que se extendía desde el hígado á la pélvis, y por delante hasta la línea blanca; pero claramente separado de la cavidad peritoneal, pues el resto del abdómen daba á la percusion un sonido timpánico, cualquiera que fuera la posicion del enfermo. La macidez hepática se remontaba por arriba hasta la tetilla, y por atras hasta el ángulo inferior del omoplato.

Desde la entrada del enfermo el tumor aumentó de volúmen, y la disnea llegó á ser tal que el 23 de Diciembre fué preciso puncionar el quiste, lo cual hizo el Sr. Hulke, á igual distancia de las costillas y de la cresta iliaca; se sacaron 170 onzas de líquido. La puncion que salió primero era trasparente, pero algo parduzca; su densidad 1.010; contenía muchos cloruros, y próximamente una sexta parte de albúmina. Las dos últimas tazas contenían mucho pus, formando por el reposo un depósito cremoso que ocupaba próximamente la mitad del volúmen total. En ninguna porcion del líquido se encontraron equinococos ni hidátides.

La operacion produjo inmediatamente un gran alivio por lo que se refiere á la disnea; desde entónces el enfermo no tuvo escalofrios, ni sudores copiosos, ni dolor en el tumor, ni albuminuria: con todo, la postracion aumentó de dia en dia. La lengua se puso seca; la temperatura varió entre 37°,7 y 39°,5; mucha agitacion, insomnio, y á menudo delirio; los signos de pleuresía en la base del pulmon izquierdo observados ántes de la operacion, se extendieron. El enfermo se debilitó gradualmente y sucumbió el 2 de Enero de 1868.

Autopsia. — No existen síntomas de peritonítis reciente, pero en el lado derecho del abdómen, detras de los intestinos, se encontraba un quiste de paredes fibrosas y gruesas, y del volúmen de una cabeza de adulto, poco más ó ménos. Este quiste se hallaba sólidamente fijo, por adherencias fibrosas, á la cara inferior del hígado, á las costillas falsas y á la pared abdominal. Se extendía por debajo hasta el reborde de la pélvis, y hácia la izquierda hasta un poco más allá de la línea media. El riñon derecho estaba dilatado á expensas de su cara externa y posterior, y la sustancia renal enrarecida y destruida. La bolsa contenía cinco onzas de un pus fluido; su pared interna presentaba un aspecto fibroso, pero ningun indicio de tejido de hidátides; el quiste comunicaba con la pélvis del riñon por tres aberturas oblícuas y valvulares, pero bastante anchas para admitir un cateter de mediano calibre (1).

---

(1) Es notable que, á pesar de estas aberturas, la orina, hasta el dia de la muerte,

El uréter era algo pequeño, pero libre en todo su trayecto. Atravesaba en cierta distancia la pared del quiste, inmediatamente por debajo de su membrana de cubierta, y llegaba despues á la vejiga completamente normal. La parte superior del riñon derecho se hallaba convertida en un tejido fibroso, semejante al tejido cicatricial, íntimamente incorporado al quiste. El riñon izquierdo tenía un volúmen doble que de ordinario. El hígado estaba grasoso; el bazo muy voluminoso y reblandecido. Pleuresía reciente en el lóbulo inferior del pulmon izquierdo, que contenía una placa de hepatizacion roja, y en el lóbulo inferior del pulmon derecho se observaban algunas pequeñas placas de pulmonía lobular, con centros amarillos. No había pus en las articulaciones, ni tampoco indicios de fractura antigua de las costillas ó de afeccion del cuerpo de las vértebras.

---

no contuviera pus ni indicios de albúmina, como sucedió en el caso referido por César Hawkins, que ya he citado.

LECCION SEGUNDA

AUMENTO DE VOLÚMEN DEL HÍGADO

(CONTINUACION)

Aumento real de volúmen del hígado: *a*, sin dolor; *b*, con dolor: 1.°, hígado lardáceo ó amiloides; 2.°, hígado grasoso; 3.°, hipertrofia simple.

SEÑORES:

Conociendo los diversos estados que pueden simular durante la vida una hipermegalia del hígado, nos encontramos en circunstancias á propósito para examinar los casos en que la extension de la macidez hepática es debida á un aumento real de volúmen del órgano.

Debemos advertir ante todo que el aumento de volúmen es carácter comun á un sin número de diferentes afecciones del hígado; de suerte que una clasificacion á grandes rasgos facilitará el diagnóstico.

El Dr. Bright, cuyas investigaciones sobre las enfermedades del abdómen tienen sin duda tanto valor como sus conocidísimos trabajos acerca de las enfermedades renales, dividía los aumentos de volúmen del hígado en dos categorías, segun que su forma era *lisa* ó *irregular* (1). Pero esta clasificacion es susceptible, en mi concepto, de una objecion; en efecto, en ciertas enfermedades (el hígado amiloideo, por ejemplo), un aumento de volúmen, que por lo general es liso é irregular, puede tomar el aspecto de lóbulos ó de nudosidades; del mismo modo, en otros casos (tales como el cáncer), un hígado generalmente noduloso puede llegar á ser liso.

Paréceme preferible, bajo muchos puntos de vista, la clasificacion de los hígados aumentados de volúmen en *dolorosos* y *no dolorosos*. El hígado aumentado de volúmen sin dolor se halla ademas caracterizado por la

---

(1) *Abdominal tumours*, Sydenham. Soc. ed., pág. 242.

falta de ictericia y de ascítis y por una marcha crónica; pero el dolor va generalmente acompañado de ictericia y de ascítis, y su curso es más rápido.

Entre los hígados aumentados de volúmen no dolorosos, tenemos el hígado amiloides, el hígado grasoso, el tumor hidatídico y la hipertrofia simple.

Entre los casos en que el dolor constituye un síntoma predominante tenemos la congestion, el catarro de las vías biliares, la obstruccion del conducto colédoco y la retencion biliar, la hepatítis intersticial, el absceso piohémico, los abscesos de los países cálidos y el cáncer.

Ademas de las afecciones que acabo de citar, existen otros casos de aumento de volúmen del hígado, como el tubérculo, el sarcoma de fibras fusiformes, etc., etc.; pero los caractéres clínicos y anatómicos de estos últimos no son tan bien conocidos. Por otra parte, me propongo daros á conocer en una leccion algunas de estas formas raras de aumento de volúmen del hígado.

Comenzaremos, pues, por estudiar los caractéres distintivos de las formas mejor conocidas.

I. — Hígado lardáceo ó amiloides

No existe ninguna afeccion, si exceptuamos el cáncer, que ocasione un aumento de volúmen del hígado tan considerable como lo que se llama la degeneracion lardácea ó amiloidea. He visto un hígado de adulto que padecía esta enfermedad que pesaba más de 180 onzas (próximamente 5.500 gramos) en vez de 50 á 60 (1.500 á 1.800 gramos); el hígado del cual voy á presentaros un fragmento, pesaba 1/7 en vez de 1/25 del peso total del cuerpo del niño á quien perteneció.

El aumento del hígado debido á un depósito lardáceo ó amiloide, puede reconocerse durante la vida por los siguientes caractéres:

1.° El aumento de volúmen es á menudo considerable, en términos que el hígado llena por completo una gran porcion de la cavidad abdominal.

2.° Es uniforme en todas direcciones, de suerte que la forma del hígado no se halla esencialmente alterada. El campo de la macidez hepática ha aumentado en las líneas media, dorsal y axilar, lo mismo que en la línea mamaria derecha. El aumento es mayor por delante que por detrás, pues por delante hay más espacio para el desarrollo; se verifica hácia arriba lo mismo que hácia abajo, aunque sobre todo en esta última direccion, llegando en ocasiones el borde inferior del órgano hasta el ombligo y áun la ingle derecha; pero en ninguna parte el desarrollo exagerado del órgano altera su contorno normal.

El abdómen está aumentado de volúmen y se observa á menudo un

arqueamiento manifiesto por debajo del arco costal derecho, lo mismo que en el epigastrio; pero rara vez se ve (acaso nunca) un arqueamiento de las costillas mismas, porque el hígado cirroso se amolda á los órganos subyacentes y ofrece poca tendencia á dislocar las costillas por presion excéntrica.

3.° Por la palpacion, la porcion del hígado que se extiende por debajo del reborde de las costillas es muy densa, dura y resistente. No hay elasticidad, ni mucho ménos sensacion de fluctuacion.

4.° La cara externa es lisa y el borde inferior algo más redondeado que en estado normal, regular y sin desigualdades. Sin embargo, bajo este punto de vista existen algunas raras excepciones que, si no se conociera su posibilidad, podrían dar lugar á un error de diagnóstico.

En ocasiones el depósito lardáceo va acompañado de cirrósis ó de lo que se llaman cicatrices sifilíticas, y en tal caso la superficie del órgano puede presentar nudosidades y áun estar dividida en lóbulos irregulares, separados por cisuras profundas, lo cual puede hacernos suponer la existencia de un cáncer. En los casos de aumento excesivo de volúmen del hígado, este órgano puede presentar un desarrollo exagerado de sus lóbulos normales, correspondiendo las cisuras profundas á la insercion de los ligamentos.

Hace años tuve ocasion de observar un caso de este género en la clínica del Dr. Greenhow, en el hospital Middlesex, cuyos detalles expondré más adelante.

El profesor Frerichs, de Berlin, ha referido tambien casos en los cuales un hígado cirroso ofrecía una forma más ó ménos lobulada.

5.° El depósito amiloideo tiene poca tendencia á obstruir la circulacion de la vena porta, y por consiguiente la ascítis y el desarrollo de las venas subcutáneas de las paredes abdominales no son fenómenos comunes en su historia clínica.

Cuando se presentan tales signos de obstruccion de la circulacion porta, son debidos generalmente á la presion ejercida sobre el tronco de la vena porta por las glándulas linfáticas de la cisura del hígado, invadidas por el depósito amiloideo. En ocasiones se verifica tambien un derrame de líquido en el peritoneo, resultante de una anemia general, una afeccion concomitante del riñon ó una peritonítis secundaria.

6.° La ictericia es tambien un síntoma raro en el hígado cirroso, y cuando se observa es debida principalmente á la presion ejercida por las glándulas linfáticas infartadas sobre las vías biliares, ó á la coexistencia del catarro de estos conductos.

7.° El dolor y la sensibilidad no son nunca síntomas predominantes. El hígado puede sufrir impunemente ciertas manipulaciones; el enfermo sólo acusa una sensacion de peso ó de constriccion en el hipocondrio derecho, ó de malestar, por la presion á que se hallan sometidos el estómago

y los intestinos. Pero algunas veces, sobre todo cuando existen antecedentes sifilíticos, existen dolores agudos á consecuencia de una perihepatítis intercurrente.

En el enfermo á quien podeis observar en este momento, al mismo tiempo que había parálisis del nervio derecho del quinto par, á consecuencia de una afeccion sifilítica (1), el hígado y el bazo, que están considerablemente aumentados por formacion lardácea, han sido durante algun tiempo muy sensibles, lo cual se debía á la inflamacion de su cubierta peritoneal.

En otro caso que he visto hace algunos años (Observacion X), el aumento de volúmen comenzó en la íngle con dolores vivos en el lado derecho, que hicieron necesaria la aplicacion de buen número de sanguijuelas; pero dicho hígado no volvió á estar doloroso.

Frerichs ha referido asimismo un caso en el cual el hígado se hizo amiloideo á consecuencia de una fiebre intermitente, pertinaz, siendo el primer síntoma los dolores lancinantes en el estómago.

Finalmente, la sensibilidad excesiva en el hígado lardáceo, debido á la coexistencia de una perihepatítis, pudo confirmarse en la observacion XI por la autopsia.

8.° El desarrollo del tumor es lento é imperceptible; dura algunas veces muchos años.

9.° Constitucionalmente, los síntomas son, sobre todo, los de la anemia; no hay fiebre, pero la cara está pálida y triste, el enfermo acusa una debilidad general, y la proporcion de glóbulos blancos en la sangre ha aumentado notablemente.

Otros caractéres bastante importantes para el diagnóstico pueden buscarse en el bazo, los riñones, el estómago ó los intestinos, que son asiento de un depósito morboso semejante al que ha producido el tumor del hígado.

10. El bazo está generalmente engrosado, algunas veces en proporciones considerables, lo mismo que el hígado. El aumento de volúmen del bazo es tambien uniforme, duro, liso é indolente.

11. Por lo general, la enfermedad que nos ocupa produce un aumento de volúmen del hígado ántes de que haya manifestado su existencia en los riñones. Wetzlar no encontró albúmina en la orina de ninguno de sus 18 enfermos atacados de degeneracion ceruminosa sifilítica del hígado (2). Cuando la enfermedad lardácea interesa los riñones presenta sus caractéres especiales, y si coexiste con un aumento de volúmen del hígado, es probable que éste dependa de un depósito ceruminoso.

---

(1) Caso observado en *Saint-Thomas Hospital,* en Noviembre de 1875.
(2) *Glasgow medical Journal,* Mayo 1869.

Dichos caractéres son:

a) Cantidad de orina aumentada. A menudo el enfermo arroja 1,5 litro á dos litros de orina en las 24 horas, miéntras dure la enfermedad, y sólo á su terminacion disminuye la orina (1).

b) La orina presenta un color claro de limon, una densidad de 1.014 próximamente, y contiene una cantidad considerable de albúmina. En el primer período de la enfermedad, sin embargo, puede no haber albuminuria. (Obs. XI.)

c) Los cilindros urinarios faltan á menudo. Cuando existen, se ve que son elementos epiteliales ó hialinos, más bien esto último, y la mayor parte de ellos, por su volúmen, proceden, al parecer, de tubos no desprovistos de su epitelio. Estos cilindros hialinos no me han dado con el iodo y el ácido sulfúrico la reaccion llamada amiloide. Pero en algunos casos excepcionales esta reaccion puede obtenerse en ciertos elementos celulares de procedencia renal.

d) Durante la mayor parte de la enfermedad, cuando la cantidad de orina está aumentada, no hay disminucion absoluta en la cantidad de urea, y por consiguiente, la tendencia á la uremia es menor que en otras formas de enfermedad renal. Aun cuando la afeccion se halla en un período avanzado, los síntomas urémicos son relativamente raros, y la muerte resulta, por lo general, de una diarrea que aniquila al enfermo.

e) Segun Warburton Begbie, la orina contiene uroxantina en más ó ménos cantidad, y cuando se trata por un ácido ó se le expone al aire, se desarrolla un índigo azul ó índigo rojo (2).

La secrecion persistente de una gran cantidad de orina que contenga albúmina por algun sugeto que no ha padecido de anasarca, confirmará la presuncion de una degeneracion lardácea de los riñones. En el riñon contraido ó gotoso puede tambien no haber hidropesía y estar aumentada la cantidad de orina; pero en tal caso el peso específico de la orina disminuye notablemente (á veces no pasa de 1.005 á 1.010), y la albúmina falta por completo ó sólo hay ligeros indicios de ella.

12. Cuando el estómago y los intestinos han llegado á tomar parte en la enfermedad ceruminosa, bastan ligeras causas para provocar vómitos y una diarrea pertinaz. Esta diarrea va acompañada en ocasiones de tenesmo y puede creerse que el enfermo padece disentería. Pero el exámen cadavérico no revela ningun indicio de inflamacion intestinal.

13. En los casos avanzados el aliento y la piel exhalan á menudo un olor desagradable, característico, que Begbie ha comparado al del índigo enmohecido.

---

(1) El Dr. Grainger Stewart es el que principalmente ha dado á conocer los caractéres de la orina en la degeneracion cirrosa de los riñones (*Edinb. Med. Journ.*, 1864). Mis observaciones se hallan de acuerdo con las suyas en todos los puntos esenciales.

(2) Reynold's, *System of med.*, t. III, pág. 966.

14. Aquí, como en otras muchas enfermedades, las circunstancias en que se presenta generalmente la afeccion tienen una considerable importancia para el diagnóstico. Existen ciertas condiciones que favorecen en gran manera el desarrollo de la degeneracion amiloidea, y entre estas condiciones citaremos:

a) Una *supuracion de larga duracion*, como la que se observa notablemente en los casos de afecciones óseas ó articulares, la disentería, las cavernas tuberculosas, etc., y á consecuencia de las operaciones quirúrgicas cuando la herida no se cicatriza rápidamente. En algunos casos de *ocena sifilítico* he encontrado el hígado y otros órganos padeciendo la enfermedad que nos ocupa. (Obs. XII.)

b) La *sífilis constitucional.*— Muchos sujetos atacados por la afeccion cirrosa han tenido sífilis constitucional, que parece obra como causa predisponente, aparte de su accion especial como causa de afecciones óseas ó de flujos rebeldes, é independientemente tambien de la influencia que ha podido ejercer el abuso del mercurio, al cual atribuyen los Sres. Graves y G. Budd la produccion de la afeccion lardácea.

c) La *tuberculizacion* de los pulmones y de los demas órganos debe ser considerada como una causa predisponente de degeneracion amiloidea, aunque en tales circunstancias se encuentra más á menudo un hígado grasoso que un hígado amiloideo. Entre 52 casos de indivíduos que murieron tuberculosos, y cuya autopsia detenida tuve ocasion de practicar, 20 tenían el hígado grasoso, 6 amiloideo, y en 3 había al mismo tiempo una cáries ósea. Entre los 52 casos había 14 que presentaban una degeneracion cirrosa, ora de los riñones, ora del hígado ó del bazo, ó sea 1 entre 3 5/7. En cuanto al sexo, había relativamente más de doble casos de degeneracion lardácea en los hombres tuberculosos que en las mujeres. Así, de los 33 hombres había 11 atacados de afeccion ceruminosa, ó sea 1 por cada 3; miéntras que de las 19 mujeres tuberculosas sólo 3 padecían al mismo tiempo la degeneracion amiloidea, ó sea 1 entre 6 1/3.

Podría añadirse que la afeccion ceruminosa, de una manera general y cualquiera que sea su orígen, es mucho más frecuente en el hombre que en la mujer; de los 67 casos reunidos por Frerichs, 53 se referían á hombres.

d) Gran número de *enfermedades crónicas* que comprometen la nutricion general predisponen al parecer á la degeneracion lardácea; en efecto, se ha observado á consecuencia de las fiebres intermitentes rebeldes (1), del cáncer, etc.

Tratamiento — Las siguientes reglas comprenden los medios que la experiencia ha reconocido como más útiles en el tratamiento de la afeccion ceruminosa del hígado.

En muchos casos, por desgracia, cuando la enfermedad se halla en un

(1) Véase la leccion IV.

período avanzado, y cuando los riñones y los intestinos han tomado parte en la degeneracion, todo tratamiento es poco eficaz, y el enfermo muere á consecuencia del trastorno que produce en su organismo la sustraccion de grandes cantidades de albúmina por la orina, ó las diarreas abundantes, como en la Observacion XIII. Pero, por otra parte, en más de un caso los progresos de la enfermedad se detienen al parecer bajo la influencia de un tratamiento apropiado, y en ocasiones, como en la Observacion X, se llega á creer con algun fundamento que el depósito lardáceo ha desaparecido en gran parte.

De cualquier modo, el peligro es proporcional á la extension que ha tomado la enfermedad en los riñones y los intestinos.

I. *Profiláxis.* — La profiláxis de las enfermedades en general no ha fijado todavía la atencion de los prácticos tan seriamente como lo merece. En efecto; estudiando las causas de los diferentes procesos morbosos, encuentra el práctico ciertas indicaciones de las cuales no se hace caso.

Recordando las causas que, segun hemos visto, producen la degeneracion cirrosa del hígado, se nos presentarán desde luégo los medios para prevenirla. Ante todo, es oportunísimo y necesario detener lo más pronto posible las supuraciones abundantes de cualquier parte del cuerpo, y en particular las que proceden de un hueso enfermo, aunque para ello sea preciso la intervencion quirúrgica. Cabe dudar si la cirujía que se llama conservadora, sustituyendo en ciertos casos á una amputacion una supuracion prolongada, no ha sacrificado la vida del enfermo queriendo conservar un miembro. La muerte del paciente suele atribuirse entónces á una mala constitucion, pero puede tambien ser debida á una enfermedad interna producida por la supuracion.

En los casos en que la afeccion hepática se presenta en el curso de una tísis, el tratamiento debe dirigirse contra la enfermedad primitiva, empleando todos los medios posibles para detener la fusion purulenta de los pulmones, la diarrea y los sudores copiosos.

Del mismo modo se deben combatir por un tratamiento apropiado los síntomas de sífilis constitucional, y tomar medidas para prevenir la caquexia general, que engendran tan fácilmente las enfermedades que minan el organismo, como la fiebre intermitente y la disentería.

Finalmente, debemos añadir que, en los casos en que el organismo está aniquilándose por una abundante supuracion, se han propuesto alcalinos como medio de impedir el depósito lardáceo; en efecto, la química ha demostrado que los materiales de la lesion amiloidea contienen fibrina desalcalinizada, y se pretende que, siendo eliminada gran cantidad de álcali con el pus, se puede prevenir el depósito restituyendo este álcali á la economía (1).

---

(1) Dickinson, *Med. Chir. Transact.*, t. L, pág. 55.

II. Cuando la degeneracion lardácea existe ya, se combatirá por los medios siguientes:

1.° El régimen alimenticio debe ser tan nutritivo como lo consientan las fuerzas digestivas del enfermo. El uso moderado de los estimulantes alcohólicos, es generalmente útil. Considerando el estado anémico del hígado, el alcohol es probablemente ménos perjudicial que en otras formas de aumento de volúmen del hígado. Si la enfermedad no se halla muy avanzada y lo consienten los recursos pecuniarios del paciente, se le trasladará á un clima suave é igual.

2.° *Alcalinos.* — Mi propia experiencia no me permite consignar los diagnósticos respecto al efecto de los alcalinos sobre la degeneracion lardácea; pero el Dr. Dickinson me ha asegurado que en los casos de supuracion ósea las sales de potasa compensaban las pérdidas experimentadas y prevenían la degeneracion, y que su uso llegó á producir la mejoría de algunos sugetos atacados de esta enfermedad hepática en un grado avanzado, y que eran albuminúricos.

Este tratamiento merece ciertamente ser ensayado, y podeis prescribir una mixtura que contenga licor de potasa con fosfato y citrato de potasa, y tartrato de hierro.

3.° *Tónicos.* — La mayor parte de los enfermos de degeneracion lardácea obtienen buenos resultados con el uso de los tónicos, y en particular los diversos preparados de hierro, como el percloruro y el ioduro. Yo he visto más de una mejoría muy marcada por el empleo prolongado del ácido nítrico asociado á ciertos amargos vegetales, como la genciana y la quina. El uso externo del ácido nitro-clorhídrico, de la manera que os indicaré más adelante (leccion V), merece ser ensayado igualmente. El aceite de hígado de bacalao ofrece una dudosa utilidad; Frerichs pretende haber visto casos en los cuales la enfermedad amiloidea del hígado se desarrolló bajo la influencia del uso prolongado de este medicamento.

4.° El iodo y sus preparaciones ofrecen una utilidad indiscutible en el tratamiento de la degeneracion cirrosa, particularmente cuando hay antecedentes sifilíticos. Bajo este punto de vista, no conozco ningun preparado superior á la tintura de iodo de la Farmacopea británica, que puede darse á la dósis de 10 á 15 gotas, diluida, tres á cuatro veces por dia. Recordad la mejoría marcada, no sólo en los síntomas generales, sino tambien en el volúmen del hígado que se observó bajo su influencia en el caso de H. D. (Obs. X.)

Cuando existen antecedentes sifilíticos, será tambien conveniente el empleo de pequeñas dósis de bicloruro de mercurio asociado á los baños y al agua de Aix-la-Chapelle (1).

---

(1) Wetzlar, *loc. cit.*

5.° Budd (1) ha observado casos en que las sales amoniacales, como el carbonato y clorhidrato, produjeron una marcada mejoría, acompañada de la disminucion de volúmen del hígado. En un caso en que se administró el cloruro de amonio á la dósis de 5 á 10 gramos (32 á 65 centígramos), se llegó á hacer desaparecer completamente un aumento de volúmen del hígado que contaba nueve meses de fecha, é iba acompañado de enflaquecimiento, palidez y fiebre héctica; el mercurio, el iodo, el ácido nitro-clorhídrico y algunos otros medicamentos, habían sido ensayados sin éxito. Warburton Begbié ha observado tambien una gran disminucion del infarto cirroso del hígado por el cloruro de amonio á la dósis de 15 á 30 granos (1 á 2 gramos), tres veces al día (2).

6.° En todos los casos de hígado lardáceo vigilareis con el mayor cuidado las complicaciones que pueden sobrevenir, y las combatireis desde luégo. Las que se presentan más á menudo son la diarrea, los vómitos, la albuminuria, la hidropesía y la uremia. La diarrea se combatirá por los astringentes minerales y vegetales asociados al ópio, por el nitrato de hierro y los revulsivos al abdómen. Aun en los casos en que se hallen interesados los riñones, el ópio es ménos nocivo que en otras formas de afeccion renal. Pero no es raro que la diarrea resista á todo tratamiento, y sea causa de la muerte del enfermo.

Los vómitos persistentes constituyen tambien una complicacion seria, y á menudo no mejoran por el tratamiento; el hielo, el bismuto, el ácido cianhídrico y los revulsivos al epigastrio, son los medios en que más se puede confiar.

La albuminuria no necesita otro tratamiento que el de la afeccion hepática misma.

La hidropesía se combatirá por los diaforéticos y los diuréticos, el acetato de amoniaco, los baños calientes, el bitartrato ó el acetato de potasa y la digital. A estos medicamentos convendrá asociar las sales de hierro, como el percloruro, con el licor de acetato de amoniaco, ó el acetato de hierro con el acetato de potasa. Los purgantes drásticos deben siempre administrarse con precaucion en esta forma de hidropesía para no producir una diarrea incoercible.

Finalmente, en los casos raros en que sobreviene la uremia hácia el fin de la enfermedad, los medicamentos indicados son los diaforéticos, los baños de vapor, los diuréticos, y, en caso necesario, un ligero purgante.

En apoyo de las observaciones que he consignado, voy á presentaros un trozo de hígado de un enfermo que murió hace algunos años en el Hos-

---

(1) *Diseases of Liver*, tercera edicion, pág. 335.
(2) Reynold's, *System of Medicine*, t. III, pág. 968.

pital de Middlesex. Hé aquí la observacion, seguida de los detalles de la autopsia:

OBSERVACION IX. — *Cáries de la cadera.—Hígado lardáceo que pesaba casi la sétima parte del peso de todo el cuerpo.—Bazo cirroso.—Riñones grasosos.*

H. L..., de siete años, fué admitido en el Hospital Middlesex (Clínica del Dr. Shaw) el día 30 de Noviembre de 1858, padeciendo una afeccion de la cadera izquierda, que contaba nueve meses de fecha próximamente. Estaba delgado, ofrecía un aspecto escrofuloso, la cabeza y las articulaciones eran voluminosas, comparándolas con el resto del cuerpo. Le dolía mucho la cadera izquierda, y el dolor aumentaba con los movimientos, de modo que andaba con gran dificultad. Poco tiempo despues de su entrada se abrieron algunos abscesos en las inmediaciones de la cadera, y los trayectos fistulosos continuaron dando pus hasta el día de la muerte, que ocurrió el 27 de Enero de 1861. Durante la vida había una gran tumefaccion del abdómen, debida indudablemente al aumento de volúmen del hígado, cuyo borde inferior descendía más abajo que el ombligo, y cuya superficie era dura, lisa é indolente. La macidez del bazo era tambien más extensa; mucha albúmina en la orina; no hay hidropesía; algunas veces diarrea; lengua muy limpia, roja y reluciente.

Autopsia.— Cuerpo extraordinariamente delgado; articulaciones gruesas con relacion á los miembros. Peso total del cuerpo, 14 kilógramos 90 gramos; y su longitud, 1 metro próximamente. El abdómen está tumefacto y duro, sobre todo en el hipocondrio derecho. Tumefaccion considerable alrededor de la cadera izquierda, con numerosos trayectos fistulosos que iban hasta el hueso. El muslo izquierdo está doblado é inmóvil. La cabeza del fémur falta por completo, y la extremidad del hueso está cariada. La cavidad cotiloidea está tambien enferma, porque se halla denudada y atacada de cáries; está al descubierto en un punto, de suerte que existe una abertura en la cavidad pelviana.

La cabeza es notablemente ancha: su circunferencia de 21 pulgadas y media. El cerebro pesa 55 onzas y media (próximamente 1.550 gramos), su tejido es normal; cada uno de los ventrículos contiene 10 á 12 gramos de serosidad, y en la base hay próximamente 60 gramos de líquido. Las membranas son normales.

El corazon y los pulmones no ofrecen nada de particular.

El hígado es enorme y muy denso; pesa 1.950 gramos, ó sea 1/7 del peso total del cuerpo, en vez de 1/25 que debía ser la cifra normal en esta edad. Desciende hasta el ombligo y se amolda perfectamente á los órganos inmediatos. Su tejido es muy duro, de suerte que el órgano conserva su forma convexa colocándole en una mesa. La cara externa es perfecta-

mente lisa y libre de toda adherencia, pero ofrece las huellas de los órganos adyacentes. Haciendo un corte, ofrece su tejido un color sonrosado-grisáceo y cierta trasparencia; presenta una trama de estrías amarillentas, opacas, formadas por elementos fibrosos, que corresponden, al parecer, á los contornos de los lobulillos engrosados, que contenían en sus mallas la materia sólida traslúcida. Este tejido da claramente, con el iodo y el ácido sulfúrico, la reaccion llamada amiloidea. Al microscopio, las células hepáticas parecen sobrepuestas como escamas, pero no se pueden aislar. Los núcleos son distintos, pero las paredes de las células tienen sus contornos apénas apreciables en muchos puntos; los núcleos parecen sembrados en una masa homogénea traslúcida; en algunos puntos no pueden distinguirse dichos núcleos. Hácia la circunferencia de los lobulillos las células son más marcadas y contienen en ciertos puntos una gran cantidad de aceite.

El hígado pesa cerca de 12 onzas, y presenta al corte una superficie lisa, reluciente, que toma un color característico bajo la influencia del iodo y del ácido sulfúrico.

Los riñones están engrosados; el derecho pesa 5 onzas, y el izquerdo 5 y cuarto; no son completamente densos, sino, por el contrario, muy flácidos. Su cápsula no está adherida, y su superficie es perfectamente igual, de color amarillo pálido, con una red de venas inyectadas. La sustancia cortical está hipertrofiada, amarilla clara, opaca y blanda. El epitelio renal ofrece en todas partes finas moléculas y glóbulos oleosos, y en varios puntos los tubos uriníferos parecen untados con aceite. El iodo y el ácido sulfúrico producen un color marcado en las arteriolas y los corpúsculos de Malpigio.

Las glándulas mesentéricas y las de Peyero, ligeramente engrosadas; la aplicacion del iodo sobre la mucosa intestinal produce numerosos puntos de color rojo-oscuro, que corresponden á las vellosidades.

La coexistencia en este caso de los riñones grasosos con la degeneracion cirrosa del hígado y del bazo, es digna de mencion. Con todo, debemos advertir que, áun en los riñones, los pequeños vasos daban la reaccion amiloidea.

Muchos de vosotros habeis tenido ocasion de examinar al enfermo cuya historia voy á referir.

OBSERVACION X.—*Sífilis constitucional seguida de síntomas de degeneracion cirrosa del hígado, del bazo* y *de los riñones.*

H. D..., de 28 años, fué admitido el 27 de Diciembre de 1866 en el hospital Middlesex. En los primeros años de su juventud gozó, al parecer, salud perfecta. Hace seis años contrajo la sífilis y tuvo bubones, que fueron

abiertos, y cuyas cicatrices todavía se ven en la ingle. Las heridas curaron rápidamente, no supurando apénas más que 15 días. No recuerda haber tenido ulceraciones en la garganta ni dolores en los huesos. En 1858 fué á incorporarse á un regimiento de caballería en la India. Aparte de uno ó dos ligeros ataques de diarrea, su salud continuó siendo satisfactoria hasta Noviembre de 1864, en cuya época sintió dolores en el hipocondrio derecho, que le obligaron á guardar cama durante unas seis semanas. El dolor aumentaba cuando hacía una fuerte inspiracion. Se le aplicaron sanguijuelas y vejigatorios.

Al cabo de seis semanas volvió á sus ocupaciones; pero, en vista de que el hígado iba engrosando y de que el enfermo perdía fuerzas, se le dió de baja en el servicio y volvió á Inglaterra en Junio de 1865. Desde entónces pudo ganar la vida como jornalero; pero todos los inviernos tenía tos, y en ocasiones una expectoracion ligeramente estriada de sangre. Ocho semanas ántes de su admision perdió el apetito y las fuerzas, y fué enviado como febriscitante al *London Fever Hospital*, donde se le administró mercurio y ioduro de potasio para reducir el volúmen del hígado al salir del *Fever Hospital* vino aquí.

No recuerda haber padecido en la India ninguna fiebre, ni hidropesía en las extremidades, ni en otros puntos del cuerpo.

El enfermo, á su entrada, está delgado y anémico; tiene un color pajizo, sin que haya por eso ictericia en la conjuntiva. En la espalda se ven numerosas cicatrices pequeñas y manchas cobrizas. Pero lo que había de más notable era el aumento de volúmen del hígado, cuyo borde superior llegaba al cuarto espacio intercostal, en tanto que el inferior descendía hasta por debajo del ombligo. El aumento de volúmen parecía uniforme. Hé aquí cuáles eran las dimensiones del órgano: en la línea media, ocho pulgadas $^1/_4$; en la mamaria derecha, 9 $^3/_4$; en la axilar, 6 $^1/_2$; en la dorsal, 5 $^1/_2$. El límite superior de la macidez hepátiva era arqueado: estaba, en efecto, al nivel de la línea axilar, una pulgada más abajo que en la línea mamaria; en la línea dorsal se elevaba hasta el octavo espacio intercostal, y desde allí se incurvaba hácia la columna. No hay arqueamiento de las costillas; la porcion del hígado que pasa del reborde costal es dura y resistente, en manera alguna sensible y perfectamente lisa. La única desigualdad apreciable era un surco trasversal situado á 3 $^1/_2$ pulgadas por encima del ombligo, y debido, al parecer, á la constriccion ejercida por alguna parte del vestido. El borde inferior del hígado se deprimia considerablemente cuando el enfermo hacía una larga inspiracion, de suerte que la superficie del órgano estaba probablemente libre de adherencias, ó habia muy pocas. Las dimensiones del bazo habían aumentado igualmente: dicho órgano no formaba eminencia por debajo del reborde costal, pero su macidez era de cinco pulgadas y media verticalmente, y 6 $^1/_2$ trasversalmente, en vez de dos y cuatro pulgadas, que son las cifras

normales. No había signos de ascítis ni de anasarca. Mal apetito; lengua sucia; durante las últimas semanas que precedieron á su admision, tendencia á los vómitos y á la diarrea; tenía tres ó cuatro deposiciones cada dia. No había dolor en el abdómen, excepto algunas crísis pasajeras, que parecían debidas á la flatulencia. De lo que más se queja el enfermo, es de debilidad en los miembros.

Se examinaron con cuidado la sangre y la orina: la sangre contenía más glóbulos blancos que en estado normal; muchos glóbulos rojos tienen un contorno irregular. Examinando la cantidad de orina evacuada diariamente, se ve que era siempre mayor que la normal; la cantidad media era de tres á cuatro tazas, y algunas veces más de cuatro; densidad 1.010 á 1.015. La orina contenía siempre mucha albúmina; pero era perfectamente clara, de color de ámbar y sin depósito apreciable. El exámen microscópico bajo el punto de vista de los cilindros urinarios, dió en varias ocasiones un resultado negativo; con todo, en una ocasion se encontraron pequeños cilindros hialinos.

Durante los cinco días que siguieron á la entrada del enfermo, se observó un ligero desórden febril. El pulso varió entre 110 y 120; la temperatura se elevó hasta 39°,2. Se percibían los estertores bronquiales húmedos y secos por detrás de ambos pulmones; el enfermo tuvo tambien insomnios, pero sin escalofrios ni traspiracion. Despues de esto, el pulso y la temperatura volvieron al estado normal y el sueño fué bueno; pero se percibía generalmente un estertor crepitante fino en la base de los pulmones. No había ningun signo de enfermedad del corazon.

Hasta el 13 de Marzo de 1867, el tratamiento consistió en ácidos minerales, tónicos amargos y régimen sustancioso. Se prescribió primero el ácido sulfúrico y pequeñas dósis de láudano para cohibir la diarrea. El 9 de Enero se sustituyó el ácido nítrico al ácido sulfúrico, y se administraron pequeñas dósis de láudano en una infusion de genciana compuesta. El 8 de Febrero se suprime el ópio, y en vez de la infusion de genciana compuesta se dan 64 milígramos de quinina. La diarrea, que había cesado por completo, reaparece de nuevo, pero se reprime con el láudano el día 13 de Febrero. Bajo la influencia de este tratamiento el enfermo mejora prontamente y de una manera considerable. Tenía buen apetito y había recobrado sus fuerzas.

Al entrar pesaba 70 kilogramos, pero el 13 de Marzo había aumentado 7,250 gramos.

3 de Abril 1867. — El 13 de Marzo se suspende el ácido nítrico y se dan en su lugar 15 gotas de tintura de iodo compuesta. Despues de esto el enfermo continuó encontrándose mejor. Pesaba ya nueve kilógramos más que á su entrada. No tenía diarrea, y la cantidad de orina había vuelto á su cifra normal. Con todo, no se notaba cambio apreciable en el volúmen del hígado.

29 de Abril. — El enfermo sale del hospital considerablemente mejorado bajo el punto de vista de sus fuerzas y de su aspecto. No hay diarrea; orina en cantidad normal, pero conteniendo un 1/20 de albúmina. Volúmen del hígado considerablemente disminuido, como lo indican las siguientes dimensiones: en la línea media, seis pulgadas; en la línea mamaria derecha, siete y cuarto pulgadas; en la línea axilar, seis y cuarto. La macidez del bazo en el sentido vertical, no es más que de cuatro y media pulgadas.

En este caso el hecho de un aumento de volúmen del hígado, que comenzó en los trópicos por un dolor agudo, podía muy bien hacer creer en un absceso; pero contra esta idea de absceso estaba la duracion del aumento de volúmen, su carácter uniforme, su gran densidad, la falta de fluctuacion y la circunstancia de que el enfermo había podido trabajar durante un año ántes de su admision en el *Fever Hospital*. Por otro lado, los caractéres físicos de la tumefaccion hepática, el aumento de volúmen del bazo, la excrecion de una gran cantidad de orina muy albuminosa, sin que hubiera hidropesía, la tendencia á la diarrea, el estado de la sangre y los antecedentes sifilíticos, todo indicaba que la degeneracion cirrosa era la causa del aumento de volúmen.

En cuanto al dolor, diremos que Frerichs ha referido un caso de afeccion lardácea del hígado, en el cual «el primer síntoma fueron los dolores lancinantes persistentes en el lado: bien pronto disminuyeron sus fuerzas, hasta tal punto que se vió obligado á abandonar sus quehaceres. Casi al mismo tiempo observó una tumefaccion en el hipocondrio derecho y en el epigastrio.» La causa del dolor era sin duda alguna un ataque intercurrente de peri-hepatítis, como se vió despues de la muerte en la observacion XI.

OBSERVACION XI. — *Sífilis constitucional seguida de degeneracion amiloidea del hígado, del bazo y de los riñones. — Falta de albuminuria. — Peri-hepatítis.*

Tomas S..., de 23 años, jardinero, fué admitido el 4 de Marzo de 1868 en el Hospital Middlesex. Había contraido la sífilis al principio de 1866, y desde el 2 de Agosto hasta el 2 de Diciembre de 1867 estuvo en mi clínica padeciendo una ulceracion de la garganta, rupia, periostítis en algunos huesos y fiebre. El hígado no estaba entónces aumentado de volúmen.

Vino de nuevo á mi clínica con una diarrea intensa, que duró próximamente 15 días. Estaba en este momento muy delgado, tenía periostítis en el hueso frontal, en ambas clavículas, en las tibias, en los huesos del antebrazo, etc. Lengua seca y parduzca; no hay apetito, sed viva; algunas

veces vómitos; diarrea acuosa y abundante, materias fétidas. Hígado muy grueso, que mide ocho pulgadas en la línea mamaria derecha; aumento de volúmen uniforme; superficie lisa y dura, y durante dos dias, pero no ántes, sumamente sensible. No hay ictericia, ni ascítis, ni aumento aparente de volúmen del bazo, ni albuminuria, ni anasarca.

La diarrea se combatió con una mixtura que contenía ácido tánico y algunas gotas de láudano, pero reaparecía de vez en cuando. La lengua se tornó seca, roja y llena de fisuras; se formaron abscesos en la mandíbula y en la cadera: en la noche del 15 de Marzo tuvo un violento ataque convulsivo, del cual curó; pero en la mañana del 31 tuvo un segundo ataque y quedó sin conocimiento hasta la muerte, ocho dias despues. La orina no contenía albúmina: la eliminada el dia ántes de la muerte era abundante y tenía una densidad de 1.007.

Autopsia. — El hígado está considerablemente aumentado de volúmen; se extiende por debajo hasta el ombligo; toda su superficie está cubierta de una delgada capa de linfa reciente, que se puede quitar con facilidad. La superficie es lisa, amoldada sobre los órganos adyacentes; su tejido es muy denso, y presenta los caractéres típicos y la reaccion de la lesion amiloidea; pesa 131 onzas (más de 3.500 gramos). En la vesícula biliar se encuentra una onza próximamente de un moco gelatinoso, de color ambarino. El bazo pesa 12 onzas y media; es duro y cirroso; al corte parece lleno de granos de sémola. Los riñones están sanos á primera vista, pero los corpúsculos de Malpigio dan claramente la reaccion amiloide. La mucosa intestinal, desde el yeyuno hasta el fin del ileon, da igualmente la reaccion amiloidea en los pequeños vasos de las vellosidades y en otras partes. Los huesos del cráneo están considerablemente engrosados, el diploe lleno de una materia ósea densa; el frontal presenta un punto reblandecido, y la superficie ósea correspondiente es rugosa y erosionada. Las arterias cerebrales tienen sus túnicas engrosadas, pero no se tiñen por el iodo. Una onza próximamente de líquido en los ventrículos laterales. La base del pulmon está carnificada á consecuencia de la compresion del hígado.

OBSERVACION XII. — *Enfermedad de los huesos de la nariz. — Ozena y epistaxis. — Aumento considerable del volúmen del hígado. — Albuminuria.*

Felipe A..., de 41 años, jornalero, fué admitido el día 14 de Febrero de 1871 en el hospital de Middlesex. Asegura haber gozado buena salud hasta hace 16 meses, en cuya época empezó á tener un flujo fétido por la nariz, acompañado de frecuentes epistaxis y de una tos molesta. La canti-

dad de sangre así perdida era á menudo considerable, y se formaban en la nariz izquierda gruesos coágulos, que el enfermo sacaba. Fué enflaqueciendo y debilitándose, lo cual le obligó á abandonar sus ocupaciones, permaneciendo nueve meses en otro hospital.

Nunca ha tenido sudores nocturnos, ni diarrea, ni hidropesía, pero durante dos años se vió obligado á levantarse dos veces por la noche para orinar.

A su entrada el enfermo está delgado, débil y anémico; pero no ofrece indicios de ictericia ni de hidropesía. Las fosas nasales ofrecen un flujo fétido, y la izquierda está estrechada por la proyeccion de una porcion del hueso nasal izquierdo, completamente corroido y algo desprendido. Numerosas manchas cobrizas bastante pequeñas en el abdómen y en las piernas. El abdómen está grueso y prominente: su circunferencia es de 31 pulgadas al nivel del ombligo. Esta tumefaccion es completamente debida á un aumento uniforme del volúmen del hígado; se podía sentir el borde redondeado de éste dos pulgadas por debajo del ombligo, y su macidez se extendía desde el pezon á 10 pulgadas y media por debajo. La superficie del hígado es lisa, dura é indolente. La macidez del bazo ocupa una extension doble de la normal, pero no se puede sentir el borde inferior del órgano formando eminencia más allá de las costillas. La orina fué examinada casi todos los dias; su cantidad se elevaba algunas veces hasta cerca de tres litros; su densidad variaba de 1,010 á 1,050; contenía ordinariamente albúmina, hasta $^1/_{12}$ de su volúmen, pero ningun cilindro urinario. Submacidez y espiracion prolongada en la fosa infraclavicular derecha. Pulso de 80 á 100; corazon empujado hácia arriba, pero normal por lo demas. Lengua roja y algo desprovista de epitelio; buen apetito; deposiciones regulares. El número de los corpúsculos blancos de la sangre está considerablemente aumentado. Durante la permanencia del paciente en el hospital, la temperatura era por la tarde 1° más que por la mañana; llegó en una ocasion hasta 39°,2. El enfermo se quejaba á menudo de cefalalgia frontal y dolores en los miembros; durante muchos días tuvo una ligera diarrea. El 11 de Abril fué acometido de repente por un edema de la glótis, por cierto algo alarmante.

El tratamiento consistió en ácidos minerales y nitrato de hierro, miéntras que las fosas nasales se lavaron con una disolucion de licor de Condy ó de ácido sulfuroso. Cuando la cefalalgia frontal fué muy violenta, se le hizo tomar el ioduro de potasio. El edema de la glótis cedió rápidamente á las sanguijuelas y las cataplasmas calientes en el cuello, el glicerolado de tanino aplicado á la entrada de la glótis y el nitrato de hierro al interior. Cuando el enfermo salió del hospital, el 24 de Mayo, estaba mucho mejor. El hígado era más pequeño, pero la macidez hepática en el centro del lóbulo derecho medía todavía nueve y cuarto pulgadas; la albuminuria había desaparecido durante algun tiempo; la proporcion de los glóbu-

los blancos de la sangre había disminuido; la temperatura vespertina era normal y el flujo nasal menor.

OBSERVACION XIII. — *Necrósis sifilítica del maxilar inferior.* — *Albuminuria.* — *Diarrea.* — *Pleuresía y pericardítis.* — *Hígado y riñones amiloideos.*

Juan R..., de 38 años, entró en mi clínica de Middlesex el 17 de Diciembre de 1867. Seis ó siete años ántes había contraido la sífilis, y al poco tiempo se vió obligado á guardar cama durante tres meses con una afeccion dolorosa de las articulaciones. Un año ántes había sido admitido en el mismo hospital, con una albuminuria acompañada de ligero edema de las piernas; en este momento se había exfoliado el borde alveolar del lado derecho de la mandíbula inferior. Diez semanas ántes de su entrada tuvo tos, disnea y dolor en el lado derecho del pecho.

Al entrar en el hospital ofrece el enfermo un aspecto anémico, clorótico, con ligero anasarca general. La orina contenía una gran cantidad de albúmina, próximamente la mitad de su volúmen, pero no cilindros urinarios; era muy abundante, y tenía una densidad de 1.015. Macidez absoluta en toda la superficie del pulmon derecho, con todos los signos de un derrame pleurítico. Macidez cardiaca, igualmente aumentada, pero imposible de limitar de la del pulmon derecho; los ruidos del corazon son débiles, pero no se puede encontrar en ellos nada de anormal. Pulso á 96, lengua limpia y roja, aliento muy fétido, poco apetito y vómitos frecuentes. La macidez hepática se extiende de un modo uniforme á dos pulgadas por debajo de su límite normal. Por encima no puede aislarse bien de la del pulmon derecho. La porcion del hígado que forma eminencia por debajo de las costillas, era lisa y nada sensible. El bazo no parecía aumentar de volúmen. El enfermo se quejaba con insistencia de no poder dormir.

El *tratamiento* no consiguió mejorar apénas el estado del enfermo. El 2 de Enero siguiente diarrea copiosa, con deposiciones acuosas y muy fétidas. Tal estado continuó hasta el 7 de Enero, en que murió el enfermo, más bien por la inanicion que por el coma.

Al hacer la *autopsia* se encontró un engrosamiento considerable con adherencias sólidas de la pleura derecha, por delante; por detrás, el pulmon derecho se hallaba separado de la pared torácica por unas 30 onzas de líquido turbio; el pulmon derecho está muy denso, á consecuencia de la trasformacion fibroide. El pericardio contenía unas 12 onzas de serosidad turbia, y la superficie del corazon se hallaba cubierta por una capa espesa y rugosa de linfa bastante adherente. El hígado, el bazo y el pulmon derecho, se hallaban sólidamente fijos al diafragma por adheren-

cias. El hígado pesaba 66 onzas, y presentaba á simple vista el aspecto y la reaccion química del depósito amiloideo. El bazo ofrece su volúmen normal y está algo blando. Los riñones tienen próximamente el grosor ordinario; sus superficies son algo granulosas; la capa cortical es muy densa y pálida, y los vasos derechos y los corpúsculos de Malpigio dan de una manera característica la reaccion llamada amiloide. La mucosa del intestino delgado está muy inyectada, pero no presenta la reaccion amiloidea.

En el siguienta caso, observado hace algunos años en Middlesex, el diagnóstico fué difícil por la forma irregular, nodulada, que afectaba el aumento de volúmen del hígado. El caso pertenece al Dr. Greenhow, y se publicó en las *Pathological Transactions*, t. XVI, pág. 147.

OBSERVACION XIV. — *Hígado amilodeo, grueso y nodulado, simulando un cáncer.*

El enfermo era un panadero, de 33 años de edad, que murió el 12 de Octubre de 1864.

No se pudo asignar á la enfermedad una causa cierta, pero se encontró en la ingle derecha una cicatriz de naturaleza sospechosa. Se le pudo observar cuatro meses ántes de su muerte, y, aunque el hígado estaba tan grueso como al fallecer, no había dado nunca lugar á dolor ni molestia, en términos que el enfermo ignoraba que tuviera un tumor en el abdómen hasta que fué reconocido en el hospital.

El tumor se extendía desde el lado derecho hasta el izquierdo, de modo que ocupaba los dos hipocondrios. Macidez absoluta á la percusion, desde la cuarta costilla derecha hasta una pulgada por debajo del nivel del ombligo. El tumor no era nada sensible y su superficie era perfectamente lisa. Una prominencia glandular unida al epigastrio, simulaba sin embargo, hasta cierto punto, un tumor hidatídico profundamente situado, miéntras que el borde lobulado y la ascítis hicieron suponer más tarde la existencia de un cáncer. Con todo, la falta de dolor y los fenómenos habituales de la caquexia cancerosa alejaban la idea del cáncer, y, por otra parte, la densidad del tumor epigástrico, el aumento de volúmen del bazo y los caractéres de la orina, indicaban la enfermedad amiloidea más bien que un tumor hidatídico.

Unos 15 días ántes de la entrada del enfermo comenzó á hincharse su pié, y la anasarca se extendió gradualmente hasta los muslos y el escroto. Dos meses ántes de la muerte comenzó á formarse líquido en el peritoneo; pero la hidropesía no llegó nunca al brazo ni á la parte superior del cuerpo. La orina era bastante abundante y contenía mucha albúmina, pero pocos

ó ningun cilindro urinario. Nunca hubo ictericia. Al final el enfermo enflaqueció considerablemente, y por último murió aniquilado.

El hígado pesaba 184 onzas y media (unos cinco kilógramos y medio) y se hallaba en un estado avanzado de degeneracion amiloidea, que daba con el iodo una reaccion muy característica. Los riñones, el bazo y las glándulas linfáticas de la cisura porta, estaban tambien considerablemente aumentados de volúmen y habían sufrido una trasformacion semejante. Los dos lóbulos del hígado se hallaban asimismo aumentados de volúmen, pero se prolongaban hácia arriba y atras, de modo que dejaban una cisura de cinco pulgadas de profundidad en el borde posterior, correspondiente á la insercion del ligamento suspensorio. El borde anterior estaba muy engrosado y ofrecía dos profundas cisuras que correspondían á las eminencias del ligamento suspensorio y á la vesícula biliar, que le imprimían un aspecto lobulado. En la cara superior, correspondiente al epigastrio, había una eminencia semiglobulosa, de tres pulgadas de diámetro. La cara inferior ofrecía depresiones profundas, correspondientes al riñon derecho y al bazo. La superficie del hígado era lisa, pero la cápsula estaba muy engrosada y adherida por arriba al diafragma. El estómago, los intestinos y el corazon, en estado normal.

II. — Degeneracion grasosa del hígado

La segunda forma de aumento de volúmen del hígado sin dolor, es la que produce la acumulacion de materia oleosa en este órgano, ó el hígado grasoso *(foie gras)*. Presenta los caractéres clínicos siguientes:

1.° El volúmen puede estar considerablemente aumentado, pero rara vez alcanza las proporciones que ofrece á menudo el hígado amiloideo. No es frecuente que el borde anterior ó inferior pase, ni siquiera llegue al ombligo. Algunas veces, sin embargo, la macidez hepática aumenta en direccion vertical de una manera extraordinaria con el crecimiento de volúmen, porque el órgano es tan blando y tan flácido que se incurva y se encoge sobre sí mismo, de modo que el borde anterior está deprimido, y una porcion más considerable del órgano se encuentra de este modo aplicada contra la pared abdominal.

2.° Lo mismo que en la degeneracion amiloidea, el aumento de volúmen es bastante uniforme en todas direcciones; no hay abolladuras; de suerte que la forma natural del hígado se altera muy poco. No existe expansion ni arqueamiento de las últimas costillas.

3.° El hígado grasoso es ménos resistente á la presion; es pastoso y de consistencia más blanda que en la enfermedad amiloidea. Cuando las pare-

des abdominales son delgadas, esta consistencia blanda y pastosa del hígado grasoso puede apreciarse muy pronto; pero semejante carácter físico se hace difícil de determinar cuando las paredes son gruesas.

4.° La cara externa es lisa, y el borde inferior igual y redondeado, á ménos que á la degeneracion grasosa vaya á unirse alguna otra afeccion más importante, como la cirrósis.

5.° No hay ascítis ni desarrollo exagerado de las venas superficiales del abdómen. Una gran acumulacion de grasa en el hígado dificulta la circulacion lo bastante para producir la anemia del órgano, pero no en un grado suficiente para causar la ascítis.

6.° Aun en los casos más intensos, el hígado continúa produciendo bílis; esta secrecion no se halla suspendida ni impedida. La ictericia no es, pues, un síntoma del hígado grasoso sin complicacion.

7.° Lo propio diremos del dolor. El hígado grasoso suele ser indolente desde el principio hasta el fin. Se puede manejar impunemente el órgano como se quiera; sin embargo, en los casos más intensos el enfermo puede acusar una sensacion de peso y de tension en el abdómen, que aumenta cuando se vuelve hácia el lado izquierdo.

8.° A consecuencia de la falta de síntomas, hay pocas ocasiones para seguir el desarrollo de la degeneracion grasosa del hígado; pero generalmente es lento é imperceptible.

9.° Los síntomas constitucionales del hígado grasoso son poco numerosos y nada característicos; los que hemos indicado se deben en su mayor parte á la coexistencia de la degeneracion grasosa de otros órganos, y especialmente del corazon. Una debilidad general, una anemia pronunciada, la falta de tonicidad en los sistemas nervioso y vascular, figuran entre los síntomas más salientes. El enfermo padece languidez, se cansa muy pronto, soporta mal las pérdidas orgánicas y las invasiones de enfermedades agudas. El Dr. Addison ha descrito un estado particular de la piel, que cree patognomónico de la degeneracion grasosa del hígado. «A simple vista, dice, la piel presenta un aspecto exangüe, es casi semitrasparente y análoga á la cera. Cuando tal estado coincide con la palidez, la piel toma el aspecto del marfil; pero cuando se combina con otro color un poco más oscuro, la piel se parece á un modelo ordinario de cera. Por el tacto se ve que la piel está lisa, laxa, y á menudo flácida; en algunos casos muy marcados, todas las asperezas normales de la piel han desaparecido, y se torna tan lisa y suave que, al tocarla, se experimenta una sensacion especial (1).»

Los caractéres que acabamos de exponer se observan sobre todo en las mujeres, y aunque no son constantes, no es ménos cierto que en la

---

(1) *Guy's Hospital Reports*, First Ser., 1836, t. I, pág. 479.

mayor parte de los casos de hígado grasoso el aspecto parece más bien anémico, las partes blandas están más ó ménos pastosas, y en ocasiones la misma piel parece untada con aceite por la hipersecrecion de los folículos sebáceos.

Los enfermos que tienen el hígado grasoso se quejan con frecuencia de síntomas dispépsicos, como flatulencia, hipocondría, irregularidad de los intestinos, extreñimiento habitual, si bien existe en otros casos una diarrea profusa por el menor motivo.

10. El bazo rara vez se halla aumentado de volúmen. La circulacion porta no se halla obstruida lo bastante para producir un aumento de volúmen de dicho órgano por éxtasis sanguíneo; ademas, el hígado no suele ofrecer, como en la degeneracion amiloidea, un depósito semejante al que ha invadido el hígado.

Existen, sin embargo, otros órganos que son aptos para sufrir la degeneracion grasosa, lo mismo que el hígado, y en tal caso cada órgano presenta sus caractéres propios, cuya comprobacion ilustrará al práctico sobre la naturaleza del aumento de volúmen del hígado.

Así:

11. Cuando hay una degeneracion grasosa del corazon, ademas de los signos ya enumerados se observará á menudo:

a) Una impulsion cardiaca muy débil y áun inapreciable;

b) Los ruidos del corazon son muy ligeros, algunas veces apénas se les oye; el primer ruido en particular es corto y débil;

c) El pulso radial es muy lento, ó rápido, débil é irregular;

d) Ataques de vértigo, de síncope ó de pseudo-apoplegía;

e) Disnea ó dolor esternal á la menor fatiga, y sensacion de debilidad en la region epigástrica.

12. Cuando haya una degeneracion grasosa de los riñones, ademas de los síntomas ya enumerados se observa que:

a) La orina es segregada en menor cantidad que la normal, más bien turbia que clara, contiene mucha albúmina y deposita muchos cilindros oleosos;

b) Hay una tendencia á la anasarca generalizada;

c) La palidez es marcadísima, la cara casi cadavérica.

13. Como en la degeneracion amiloidea del hígado, ayudará eficazmente al diagnóstico el exámen de las circunstancias en que ha sobrevenido el aumento de volúmen del hígado.

Una multitud de condiciones diferentes pueden determinar la degeneracion grasosa del hígado, pero casi todas pueden resumirse en las siguientes:

a) *Aumento de grasa,* ó acumulacion de grasa debajo de la piel por todo el cuerpo en individuos que por lo general comen bien y llevan una vida indolente. En tales condiciones el corazon es invadido fácilmente

por la degeneracion grasosa, y pueden esperarse con facilidad los síntomas de esta enfermedad que ya hemos enumerado. Dichos individuos se hallan muy expuestos á morir de una rotura del corazon. En las *Pathological Transactions* encontrareis algunos casos (1) en los cuales los enfermos sucumbieron á consecuencia de una rotura del corazon, encontrándose, no sólo este órgano lleno de grasa, sino tambien el hígado aumentado de volúmen por el depósito grasoso, y un acúmulo considerable de grasa en todo el cuerpo.

b) *Alcoholismo.* — Las personas que abusan de los espirituosos, sobre todo si hacen poco ejercicio, se hallan predispuestas á padecer la degenereacion grasosa del hígado. Entre 13 sujetos muertos de *delirium tremens*, encontró Frerichs seis casos de hígado muy grasoso. En dos casos de muerte por *delirium tremens*, cuya autopsia hice en el hospital Middlesex hace algunos años, ví un considerable infarto grasoso del hígado. En uno de estos casos el órgano hepático pesaba 83 onzas y en el otro 96. En tales circunstancias, los riñones participan á menudo de la degeneracion grasosa. La cantidad de grasa que algunos de estos enfermos acumulan á pesar de la pequeña cantidad de alimentos sólidos que consumen, es notable. En tales condiciones, á la larga, la degeneracion grasosa del hígado puede estar complicada con cirrósis.

c) *Tísis.* — La gran frecuencia del infarto grasoso del hígado en las personas que padecen la tísis pulmonar, ha sido indicada ya por nosotros al hablar de la degeneracion amiloide del hígado. El hígado grasoso es más comun, entre los tísicos, en las mujeres que en los hombres. En esta enfermedad es verdaderamente notable que, miéntras la grasa desaparece con rapidez de casi todos los tejidos del organismo, se acumula en gran cantidad en el hígado.

d) Ademas de la tísis, otras enfermedades consuntivas, como el *cáncer* (2), la *úlcera simple del estómago* (3), la *disentería crónica*, etc. (4), van acompañadas á menudo de infarto grasoso del hígado.

Resulta, pues, de lo que precede que la degeneracion grasosa se observa en el hígado en condiciones opuestas: una caracterizada por el aumento de los materiales capaces de ser trasformados en materia grasa, y en la cual la grasa se suele acumular en todos los tejidos del organismo; otra en la cual hay una reabsorcion rápida de todos los tejidos, con el en-

---

(1) Véase sobre todo el caso del Dr. Quain, t. III, pág. 262, y el del Dr. Pollock, t. XV, pág. 84.

(2) Véase un caso de cáncer de la laringe, por Ch. Heath, *Pathol. Transact.*, tomo XIII, pág. 28, y otro de ulceracion cancerosa externa de la ingle, por Budd, *Diseases of Liver*, pág. 299.

(3) Caso referido por el Dr. Robinson, *Pathol. Transact.*, t. IV, pág. 133, y por sir Thompson, *ibid.*, t. VI, pág. 186.

(4) Caso citado por el Dr. Bright, en el *Hospital Reports*, t. I, pág. 117.

flaquecimiento, que es su consecuencia. Su modo de produccion en el primer caso es bastante sencillo; en cuanto al segundo, la sangre se encuentra cargada de las sustancias grasosas procedentes de lo tejidos mismos del enfermo, y esta materia oleosa es separada de la sangre en su paso á través del hígado. La menor absorcion del oxígeno en los tísicos impide la trasformacion especial que la materia oleosa debe sufrir, y esto explica por qué es más frecuente la degeneracion grasosa del hígado en las afecciones pulmonares que en otras enfermedades consuntivas; la mayor frecuencia de la degeneracion grasosa en la mujer se explica porque ésta tiene generalmente mayor cantidad de grasa que reabsorber.

Tratamiento.—El infarto grasoso del hígado no causa, por lo general, un desórden en las funciones bastante serio para que sea preciso tratarle como tal. Los medios terapéuticos deben dirigirse contra aquellas condiciones que han dado lugar probablemente al infarto en cuestion.

1.ª Cuando la afeccion interesa á individuos que comen mucho, y cuya vida es indolente, la grasa desaparecerá generalmente del hígado, lo mismo que del resto del cuerpo, haciéndoles adoptar un género de vida opuesto al primero. Se les aconsejará que se levanten temprano, que hagan mucho ejercicio al aire libre, que coman sobre todo carne magra, pescados, pan, legumbres verdes, vino del Rhin ó simplemente agua; en cambio se evitará la manteca, la grasa, el aceite, las bebidas fermentadas, los vinos fuertes y todas las sustancias ricas en almidon y azúcar. Bajo la influencia de semejante régimen, no sólo desaparecerá la grasa, sino que la nutricion de los músculos mejorará, y aumentarán las fuerzas del enfermo. Sin embargo, en los casos en que pueda sospecharse la existencia de una degeneracion grasosa del tejido muscular del corazon, el cambio de régimen que acabo de preconizar no debe ser muy repentino, y hay que vigilar sus efectos; del mismo modo debeis ser muy parcos en la manera como se suprime la racion acostumbrada de los estimulantes alcohólicos;

2.ª Cuando la degeneracion grasosa del corazon resulta del alcoholismo, la simple supresion de la causa nociva bastará generalmente para producir la disminucion de volúmen del hígado;

3.ª Los alcalinos, los carbonatos alcalinos y las sales ácidas vegetales combinadas con algun amargo vegetal, como la genciana, suelen ser eficaces para producir los desórdenes digestivos debidos á la degeneracion grasosa; si hay extreñimiento, se podrá recurrir tambien á una pequeña dósis de ruibarbo compuesto, ó á las píldoras de coloquíntida de la Farmacopea, combinadas con las píldoras de genciana y extracto de beleño, ó bien se hará tomar en las comidas una píldora que contenga extracto acuoso de áloes y nuez vómica. Generalmente será útil mezclar con las comidas una regular cantidad de sal comun. Por último, si las circunstancias lo permiten, se aconsejarán las aguas minerales de Carlsbad, Marienbad, Kissingen, Ems ó Vichy;

4.ª Estas preparaciones prestan á menudo grandes servicios cuando hay una anemia profunda, y las que mejor convienen son el hierro reducido, el citrato de hierro y de quinina, el citrato de hierro amoniacal y la mixtura de hierro compuesta. A menudo se asocian con ventaja á los alcalinos. Las aguas minerales ferruginosas de Cambridge, Moffat, Spa, Pyrmont y Schwalbach tienen las mismas ventajas.

5.ª Finalmente, cuando la enfermedad sobreviene en el curso de la tísis, rara vez reclama un tratamiento especial. Pero su presencia es una contraindicacion del aceite de hígado de bacalao, lo mismo que de todos los medicamentos oleaginosos.

El siguiente caso me ha servido muchas veces para enseñar en la clínica los caractéres clínicos del hígado grasoso. La falta de albuminuria ó de aumento de volúmen del bazo, alejaba la idea de infarto por depósito amiloideo.

OBSERVACION XV. — *Tísis aguda. Hígado grasoso.*

Cárlos C..., de 57 años, fué admitido en mi clínica del hospital Middlesex el día 11 de Junio de 1867; había gozado siempre buena salud, hasta unos dos meses ántes de su entrada. Comenzó entónces á toser frecuentemente, enflaqueciendo al mismo tiempo, teniendo traspiraciones nocturnas y más tarde diarrea. A su admision, estaba delgado y abatido; tos frecuente con expectoracion purulenta; macidez marcada en una extension de algunas pulgadas por debajo de la clavícula derecha; gruesos estertores húmedos en toda la superficie de ambos pulmones; diarrea; macidez hepática que medía siete pulgadas en la línea mamaria derecha, y pasaba, por debajo, más de tres pulgadas del borde de las costillas; el aumento de volúmen era uniforme; su cara estaba lisa, pero mucho más blanda y resistente que la del hígado amiloideo; no presentaba dolor ni sensibilidad. No había ictericia, ni albuminuria, ni aumento de volúmen del bazo.

El paciente empeoró en pocos días, y falleció el 16 de Junio.

Al hacer la *autopsia* se encontraron los dos pulmones completamente infiltrados de tubérculos amarillos; pequeñas cavernas en los vértices; en el vértice derecho, el tejido pulmonar ha desaparecido por completo. Numerosas ulceraciones pequeñas sin depósito tuberculoso en el intestino grueso. Riñones y bazo normales. Hígado muy grueso, de 78 onzas de peso, compacto, amarillo-claro, opaco y sumamente friable; células hepáticas llenas de aceite.

III. — HIPERTROFIA SIMPLE

Por *hipertrofia simple* se entiende un crecimiento del hígado debido á un aumento de volúmen de los lóbulos, y de volúmen y número de las células hepáticas sin alteracion de tejido. El crecimiento del hígado es uniforme y rara vez considerable.

Por lo general, no va acompañada de ningun síntoma saliente.

Es un estado relativamente raro que, sin embargo, merece ser objeto de estudio. Se ha observado sobre todo: 1.°, en la leucemia; y 2.°, en casos excepcionales de diabetes sacarina (1).

Por consiguiente, si se encuentra el hígado grasoso en una de estas enfermedades sin que exista trastorno manifiesto de sus funciones, se puede suponer una hipertrofia simple. Se ha dicho que el aumento de volúmen del hígado que sobreviene por la permanencia prolongada en los países cálidos puede ser de esta índole; pero en la mayor parte de los casos es debido á la hiperemia ó á la degeneracion amiloidea (Véase leccion 4.ª).

---

(1) Frerichs, traduccion de Duménil y Pellagot, segunda edicion, pág. 553. Segun Budd, en la diabetes el hígado es á menudo ménos voluminoso que en estado normal, y los lóbulos se deprimen á consecuencia de la disminucion del aceite normalmente contenido en este órgano *(op. cit.*, tercera edicion, pág. 310). En los numerosos casos de muerte por la diabetes, no se ha encontrado nada anormal en el hígado.

LECCION TERCERA

AUMENTO DE VOLÚMEN DEL HÍGADO

(CONTINUACION)

IV. — TUMOR HIDATÍDICO

La cuarta forma de aumento de volúmen del hígado sin dolor, es debida á la presencia de un tumor hidatídico. Aunque esta enfermedad es ménos frecuente en Inglaterra que en otros países (1), he tenido ocasion varias veces de enseñaros sus caractéres clínicos, que son los siguientes:

1.° El aumento de volúmen puede ser muy considerable, de modo que llene la mayor parte de la cavidad abdominal ó llegue por arriba hasta la clavícula. En un período ménos avanzado los hidátides pueden constituir un tumor globuloso, en una porcion del hígado, del grosor de una naranja, y que puede por su situacion y su volúmen pasar completamente desapercibido.

2.° Contrariamente á los aumentos de volúmen de que ya hemos hablado, el que nos ocupa no es uniforme en todas las direcciones, sino que

---

(1) Entre 2.100 autopsias llevadas á cabo en el hospital Middlesex desde el 19 de de Abril de 1853 al 25 de Agosto de 1863, sólo se encontraron hidátides 13 veces, ó sea una vez por cada 161 casos, y entre estos 13 sólo en 6 fueron los hidátides la causa de la muerte (1 por 300). Pero en Islandia 1/6 de la poblacion padece de hidátides, y, segun Hjaltelin, se encuentran en la quinta parte de los cadáveres de adultos *(British med. Journ.,* 14 de Agosto de 1869). En los hospitales de Australia, los hidátides causan la muerte en 1 caso por cada 139 defunciones (Mac Gillivray, *Australian med. Journ.,* Marzo, 1867). Por otra parte, los hidátides son mucho más raros en Escocia que en Inglaterra. El Dr. Scott Orr ha consultado las estadísticas de la enfermería real de Glasgow, desde los períodos más remotos, sin encontrar más que tres casos de hidátides en la mama y dos en el hígado *(Glasgow med. Journ.,* Enero 1876). El Dr. Gairdner asegura igualmente que, entre muchos millares de autopsias que ha practicado ó visto practicar durante sus servicios en la enfermería real de Edimburgo, no ha visto más que de hidátides en la parte superior del pulmon derecho. El enfermo procedía, segun noticias, de Newcastle *(Clinical Medicine,* pág. 431). ¿Podrá ser debida esta inmunidad á la no importancia de los carneros extranjeros en Escocia?

generalmente sigue una; de suerte que la forma normal del hígado está muy alterada. (V. Observaciones XVI y XVII.) Si el tumor se desarrolla por arriba, el contorno arqueado que suele afectar el límite superior de la macidez hepática se encontrará exagerado; si se desarrolla hácia abajo, se verá que el límite inferior de la macidez hepática es normal en ciertos puntos, miéntras que en otros se encontrará un tumor desigual, saliente. No es raro ver que toma una direccion lateral y causa un arqueamiento más ó ménos pronunciado de las costillas; en tal caso se puede tomar la enfermedad por un empiema, que se distinguirá por los caractéres ya enumerados.

El tumor se desarrolla por lo general en el lóbulo derecho del hígado.

3.° El tumor hidatídico no es denso ni pastoso, sino elástico y áun fluctuante. Si está profundamente situado con una capa gruesa de tejido hepático que le separe de la cara externa, el tumor será solamente elástico; pero si está próximo á la superficie habrá una fluctuacion clara acompañada de movimiento del fluido por la palpacion. En ocasiones se observa el signo conocido con el nombre de vibracion hidatídica. Es una sensacion particular de temblor que se siente cuando, colocando de plano tres dedos de la mano izquierda sobre el tumor, se golpea bruscamente sobre el dorso del dedo medio izquierdo con la punta del dedo medio derecho. Este signo no es debido, como generalmente se cree, á las vesículas secundarias contenidas en el quiste principal, pues se observa tambien en los hidátides estériles (1), y en cambio no es especial de los tumores hidatídicos. Se obtiene siempre que se hace la maniobra que acabamos de indicar en cualquier quiste voluminoso, de paredes delgadas y tensas, y cuyo contenido sea acuoso. Pero como los únicos tumores del hígado que corresponden á estos caractéres son los quistes hidatídicos, se deduce de aquí que la comprobacion de dicho signo es de gran valor para el diagnóstico de tales tumores.

Por desgracia falta por completo en una gran parte, quizá en la mayoría, de los casos.

4.° La superficie del tumor está completamente desprovista de desigualdades. En casos raros, cuando hay muchos quistes distintos que formen eminencia en la superficie del hígado, dicho órgano ofrece al parecer, á través de las paredes abdominales, un aspecto algo lobulado que suele dificultar el diagnóstico. No debemos perder de vista la posibilidad de esta causa de error.

5.° La ascítis, el edema de las extremidades inferiores, el desarrollo de las venas superficiales del abdómen y los hemorroides, no son caractéres distintivos del tumor hidatídico del hígado. Cuando sobrevienen en

(1) Véase tambien Trousseau, *Clinique médicale*, tercera edicion, t. III.

casos raros deben considerarse en cierto modo como accidentales y debidos á la compresion ejercida por el tumor sobre el tronco de la vena porta, ó de la vena cava inferior, ó de las venas iliacas. Conviene guardarse mucho de tomar por una ascítis un enorme quiste hidatídico que forme eminencia por debajo del ombligo y llene la parte anterior de la cavidad abdominal.

Se reconoce este último por la manera cómo se verifica el desarrollo del tumor de abajo á arriba, y porque las porciones del abdómen, que dan un sonido timpánico, no son las mismas en las diferentes posiciones que adopte el enfermo. Así, cuando se halla en decúbito dorsal puede haber macidez á la percusion y signos inequívocos de derrame en la parte más elevada del abdómen, miéntras que en ambos vacíos la percusion da un sonido timpánico. (Véase Obs. XXXVIII.) Si el tumor hidatídico del hígado coexiste con la ascítis, y si no ha habido ocasion de examinar al enfermo ántes de la aparicion del quiste, el diagnóstico será muy difícil, si no imposible.

6.° El aumento de volúmen del bazo no es una consecuencia ordinaria del tumor hidatídico del hígado, pero puede sobrevenir en circunstancias semejantes á las que producen la ascítis. En casos muy raros, el bazo puede estar aumentado de volúmen por la presencia de tumores hidatídicos secundarios.

7.° La ictericia es tambien un síntoma excepcional, y, por decirlo así, accidental del tumor hidatídico del hígado. Cuando existe es debida á la presion ejercida por el tumor sobre el conducto colédeco, cuyo calibre se encuentra de este modo estrechado ú obliterado; al catarro de las vías biliares, ó á la invasion de los conductos biliares por el tumor, cuyo contenido obstruye estos conductos.

Podría presentaros aquí una pieza anatómica correspondiente á un sugeto que estuvo en mi clínica, y en el cual la ictericia era debida á la última de estas causas (Obs. XXXIV); por lo demas, habeis tenido ocasion de estudiar los síntomas en casos semejantes, que terminaron en el hospital por la muerte. (Obs. XXXI á XXXIII.)

8.° El aumento de volúmen del hígado por un tumor hidatídico rara vez dificulta las funciones renales; por consiguiente, no debemos encontrar esas alteraciones de la orina tan comunes en el hígado amiloideo y bastante frecuentes en el hígado grasoso. Sin embargo, en casos raros los riñones pueden tambien padecer hidátides, ó bien la presion ejercida sobre el uréter por un voluminoso tumor hidatídico del hígado puede producir una pielítis. En tales circunstancias la orina puede contener gran cantidad de pus, como sucedió en un enfermo que estaba en mi clínica en este hospital, hace algunos años, y cuya historia referiré más adelante. (Observacion XLII.)

La orina contiene á veces albúmina, probablemente por la pre-

sion sobre la vena renal, pues desaparece cuando se ha vaciado el quiste.

9.° El desarrollo de un tumor hidatídico es lento é imperceptible, y cuando el tumor es voluminoso, ha existido generalmente algunos años ántes de que el enfermo reclame los auxilios facultativos. El Dr. Budd expone el caso de una señora que murió á los 73 años, y en la cual se encontraron dos tumores hidatídicos del hígado que existían — segun podía creerse — desde la edad de ocho años (1).

10. El carácter latente del tumor hidatídico del hígado, es uno de sus principales rasgos distintivos. A menudo alcanza un gran volúmen sin causar dolor ni malestar, y otras veces sin que el paciente tenga conocimiento de su presencia (2); á ménos que la bolsa se inflame por su cara interna ó externa, se pueden ejercer manipulaciones sobre el tumor sin provocar la sensibilidad.

Los primeros indicios locales de su presencia son los que resultan de la presion que ejerce sobre los órganos adyacentes: una sensacion de peso ó de distension, tracciones dolorosas ó dificultad de la respiracion. Entóntónces, pero no hasta este momento, puede ser asiento de crísis accidentales de dolor agudo y de sensibilidad, á consecuencia de la inflamacion del peritoneo que le cubre. Pero en ocasiones, un tumor relativamente pequeño causa dolor al desarrollarse en una direccion en que tiene poco espacio para su crecimiento ó comprimiendo algun nervio. (Obs. XXI.)

11. Del mismo modo, los síntomas constitucionales pueden faltar por completo. Aun cuando haya adquirido un considerable volúmen, á menudo el tumor no dificulta las funciones del hígado. No hay fiebre ni trastorno de la salud general, y los principales síntomas son los debidos á la presion ejercida sobre los órganos inmediatos y á la dificultad que encuentran sus funciones. Hace algunos años se presentó una mujer quejándose de tos, respiracion corta y temiendo estar enferma de consuncion. Examinando el pecho encontré un enorme tumor hidatídico del hígado, que comprimía el pulmon derecho y producía un gran arqueamiento de las costillas, al mismo tiempo que un tumor prominente en el abdómen. La enferma no había experimentado más que tos y disnea, y no cabía dudar de la existencia de un tumor. (Obs. XLII.)

Tampoco es raro ver enfermos que sucumben de una inflamacion aguda, determinada por la rotura de un grueso tumor hidatídico del hígado, á pesar de que se creían en completo estado de salud hasta sobrevenir esta complicacion inflamatoria.

12. Las afecciones que más fácilmente se confunden con los quistes hidatídicos del hígado son los abscesos, la distension de la vesícula biliar,

---

(1) *Diseases of Liver*, tercera edicion, pág. 433.

(2) Entre 17 hidátides del hígado que existen en el Instituto patológico de Berlin, 13 no habían determinado síntomas. Heller, en Ziemssen's, *Handb. der spec. Path.*, t. III.

un derrame en la pleura derecha, un aneurisma, un cáncer, un quiste del riñon, un tumor imaginario y un quiste del ovario.

a) La falta de síntomas, lo mismo constitucionales que locales, y el desarrollo lento del tumor hidatídico, se distinguen claramente de los abscesos, que, considerando tan sólo sus caractéres físicos, ofrecen un aumento de volúmen parecido. Existe, sin embargo, una causa de error que no debe perderse de vista, aunque en semejantes circunstancias un diagnóstico correcto no modificaría sensiblemente el pronóstico ni el tratamiento. El tumor hidatídico del hígado se inflama y supura algunas veces, y entónces pueden observarse todos los fenómenos á la vez locales y constitucionales del absceso. En semejante situacion, el diagnóstico debe fundarse enteramente en los antecedentes del sujeto; así, padecía un tumor indolente que precedió mucho tiempo á los síntomas del absceso; no se ha hallado en las condiciones en que generalmente se desarrollan los abscesos tropicales, ni ha padecido nunca disentería.

b) La distension de la vesícula biliar puede ofrecer una gran semejanza con un tumor hidatídico pediculado, y puede igualmente no provocar dolor. Se reconoce por su forma, su posicion, su desarrollo, ordinariamente precedido de crísis de cólicos hepáticos, y porque en la gran mayoría de los casos hay ictericia, á consecuencia de la obstruccion del conducto colédoco. No debemos olvidar, sin embargo, que cuando un tumor hidatídico se abre paso en las vías biliares, el paso del contenido del quiste á estos conductos puede dar lugar á todos los fenómenos de los cólicos biliares, incluso la ictericia. Sir Thomas Watson ha referido un notable caso de este género (1), y yo mismo he observado algunos, cuyos detalles os daré á conocer más adelante.

c) Un derrame considerable en la pleura derecha, con arqueamiento de las costillas y casi desaparicion de los espacios intercostales, puede muy bien simular un voluminoso tumor hidatídico; pero, sin embargo, es más fácil tomar un quiste hidatídico del hígado por un derrame pleurítico que confundir este último con un quiste. Se distingue el quiste hidatídico, principalmente, por su marcha insidiosa y por la falta de síntomas constitucionales. El carácter físico que se puede considerar como más distintivo, es el límite superior de la macidez: en los casos de derrame pleurítico, es horizontal; en el tumor hidatídico es arqueado, variando la convexidad en su posicion segun el punto que ocupa el tumor en los diferentes casos, pero siendo siempre fijo en el mismo individuo. No debemos olvidar, sin embargo, la posibilidad de que coexista un derrame pleurítico con el tumor hidatídico (Véase Obs. XXXIX y XL); en tales circunstancias, el

---

(1) *Lectures on the Pract.*, etc., quinta edicion, 1871, t. II, pág. 632. Véase tambien Trousseau, *Clinique médicale*, tercera edicion, t. III, págs. 219 y 261.

diagnóstico puede ser muy difícil. Ademas, una pleuresía enquistada puede simular un quiste hidatídico, produciendo un arqueamiento circunscrito de las últimas costillas, aunque Trousseau (1) pretende lo contrario.

d) Un aneurisma de la aorta abdominal ó de la arteria hepática puede presentar un tumor liso, globuloso, muy análogo al quiste hidatídico. Sus principales caractéres distintivos son la pulsacion, el ruido de soplo y los dolores neurálgicos agudos, debidos á la compresion de las ramas del plexo solar ó hepático. Un aneurisma de la arteria hepática se distingue ademas por la ictericia que determina la presion que ejerce sobre los conductos biliares.

e) Se distingue el cáncer del hígado, principalmente, por su superficie irregular, su dureza, su sensibilidad, y por la falta de elasticidad ó de fluctuacion. El diagnóstico puede algunas veces ser difícil por varias circunstancias: en primer lugar, muchos tumores hidatídicos que se desarrollan en la superficie del hígado pueden comunicar á esta víscera un aspecto desigual (Obs. XLV); en segundo, los nódulos, ó una infiltracion extensa del cáncer medular, pueden presentar cierto grado de elasticidad parecida á la fluctuacion; finalmente, un quiste voluminoso puede desarrollarse en el hígado al propio tiempo que el cáncer. En tales circunstancias, el diagnóstico del tumor quístico debe fundarse en su desarrollo más lento y en la falta de caquexia constitucional.

f) *Quiste renal.* — Ya he tenido ocasion de mencionar las dificultades para distinguir un quiste renal algo voluminoso de un hígado grasoso. Se distinguirá un quiste renal de uno hidatídico del hígado por los síntomas siguientes:

1.° Su sitio de orígen y la direccion de su desarrollo;

2.° La presencia del cólon por delante del quiste;

3.° La poca influencia — dado caso que pueda comprobarse — que ejerce sobre su posicion una inspiracion profunda.

Los caractéres del líquido obtenido por una puncion exploradora no facilitarán mucho el diagnóstico. No habrá indudablemente equinococos, ni fragmentos de membrana hidática, pero podeis no encontrarlos tampoco en el líquido sacado de un quiste hidatídico. Por otra parte, el fluido puede ofrecer una densidad de 1.010 y no contener urea, pero sí cierta cantidad de cloruros con pus y albúmina, caractéres que son completamente compatibles con el fluido sacado de un quiste hidatídico. (Obs. VIII.)

g) *Un tumor imaginario circunscrito* al epigastrio ó al hipocondrio derecho, puede confundirse con un quiste hidatídico. No hace mucho tiempo que, en mi visita particular, ví un caso en el cual se había cometido semejante equivocacion. (Obs. VII.) Se distinguirá por la falta de fluc-

---

(1) *Op. cit.*, t. III, pág. 259.

tuacion ó de vibracion, y porque el tumor desaparece cuando se somete al enfermo á la influencia del cloroformo.

h) *Quiste del ovario.* — Rara vez es difícil distinguir un quiste del ovario de un quiste del hígado. Los principales caractéres de este último son:

1° Su desarrollo de arriba á abajo;

2.° Se puede pasar la mano entre su borde inferior y el reborde de la pélvis;

3.° Su borde inferior se deprime durante una inspiracion profunda;

4.° El aumento de volúmen suele ser más considerable por encima que por debajo del nivel del ombligo;

5.° El exámen del hígado obtenido por una puncion exploradora, disipará todas las dudas del diagnóstico.

Podrá haber, sin embargo, algunas dificultades cuando os encontreis por primera vez en presencia de un quiste hidatídico que ha adquirido gran desarrollo; no hace mucho que un periódico médico refería un caso (1) en el cual, al consignar la operacion, vió el cirujano que se trataba de un quiste del hígado.

Si hubiera algunas dudas respecto á la naturaleza del caso, se podrían casi siempre disipar por una puncion exploradora. El líquido que se saca de un quiste hidatídico, aún cuando no contenga equinococos ni fragmentos de membrana hidatídica estriada, indicará su naturaleza con una certeza absoluta. Si la bolsa no está inflamada, el líquido es trasparente cuando se le hace salir, y ligeramente opalino cuando se mira en masa; es alcalino; su densidad 1.009 próximamente (1.007 á 1.011); no contiene albúmina ni urea pero da con el nitrato de plata un abundante precipitado blanco, que se debe á la gran cantidad de cloruro de sodio que contiene. Tales caractéres no se aplican á ningun otro líquido del organismo normal ó patológico (2).

Por lo demas, aunque se trate de un aneurisma ó de un cáncer, no serán de temer los malos resultados de la puncion exploradora.

Modos de terminacion de los tumores hidatídicos del hígado. — Un tumor acompañado de tan pocos trastornos que, áun cuando ofrezca un gran volúmen, el enfermo puede ignorar su existencia, no debe apénas necesitar la intervencion médica. Sin embargo, en la práctica es impor-

---

(1) *Brit. Med. Journ.*, 5 de Diciembre de 1874. En este caso, la lentitud del desarrollo, la falta de irregularidad en la superficie y la fluctuacion marcada, no eran, en mi concepto, argumentos contra la existencia de un tumor hidatídico, como se pretendió.

(2) El contraste entre el líquido de los quistes hidatídicos descritos en la observacion XLIV, y el líquido peritoneal, en medio del cual flotan, es digno de observacion. Segun Naunyn, el líquido hidatídico ofrece una densidad de 1.010 á 1.013, y contiene poca albúmina; pero yo he visto lo contrario, á ménos que la bolsa esté inflamada ó que el líquido esté mezclado con sangre.

tante conocer los modos de terminacion natural de los tumores hidatídicos del hígado.

Los principales son los siguientes:

Curacion espontánea. — Ante todo, no podemos dudar que algunos de estos tumores curan espontáneamente. El parásito puede morir á consecuencia de la calcificacion de las paredes del quiste, lo cual hace suspender su desarrollo; por la entrada ó la bílis, ó por la accion de cualquiera otra causa capaz de provocar su inflamacion, ó bien cuando las vesículas secundarias adquieren un desarrollo que no guarda proporcion con el fluido en que flotan, la vesícula madre se contrae lentamente sobre ellas, y en el lugar de los hidátides no se encuentra más que una materia semejante al *mastic*, pero se descubre su naturaleza real por los restos de membranas de hidátides ó de ganchos de equinococos que contienen. Desgraciadamente, este resultado favorable no se observa las más vecês más que un tumores de pequeño volúmen, que pasan desapercibidos durante la vida. La observacion XLVIII constituye una notable excepcion á la regla general. Watson *(op. cit.*, t. II, pág. 635) diagnosticó un quiste hidatídico en un jóven que murió 22 años despues, y en cuyo hígado se encontró despues una bolsa hidatídica contraida. Cuando el tumor es bastante voluminoso para dar lugar á síntomas y prestarse al diagnóstico, semejante terminacion es tan excepcional que en manera alguna puede confiarse en ella. El tumor continúa, pues, aumentando de volúmen; su desarrollo es lento y puede durar algunos años; pero como crece seguramente, un dia llegará á romperse, y tendrá un resultado tan peligroso, aunque ménos repentino. Un quiste que ha terminado, al parecer, por una curacion espontánea, puede tambien, segun ha demostrado el Dr. Church, determinar una inflamacion mortal (1).

El tumor hidatídico puede romper en direcciones muy diversas, y el peligro variará por consiguiente.

1.° *Rotura en la pleura ó el tejido pulmonar.* — Esta direccion es la más frecuente, siendo casi siempre invadidos el pulmon ó la pleura. Cuando el contenido del tumor se vacia á través de una abertura del diafragma en la pleura, resulta una pleuresía aguda y casi invariablemente mortal (2). Despues de la muerte se encuentra la cavidad de la pleura llena de pus, que contiene numerosas vesículas hidáticas. (Obs. XXXIX.) Trousseau ha citado casos en los cuales un empiema así desarrollado se abrió despues en un bronquio. Una pleuresía mortal puede igualmente resultar

---

(1) *Treatment of hydatid tumours of Liver.* Véase tambien la observacion XLI.

(2) Véanse las observaciones XXXIX y XL; Frerichs, segunda edicion francesa, pág. 585; Ogle, *Pathol. Transact.*, t. XI, pág. 299; Bristowe, *Pathol. Transact.*, t. III, pág. 341; H. Davies, *Pathol. Transact.*, t. I, pág. 278; Davaine, *Traité des entozoaires*, pág. 437; en el pulmon izquierdo, P. W. Latham, *Lancet*, 16 de Agosto de 1873.

de un tumor hidatídico del hígado, sin que haya perforacion del diafragma (1).

Si se forman adherencias entre el diafragma y la base del pulmon derecho ántes de la rotura de la bolsa hidática, el contenido de esta última puede salir con la bílis por los bronquios, y el enfermo suele curar (2); pero áun entónces, en la mayor parte de los casos, sobreviene una inflamacion ó una gangrena mortal del pulmon (3), ó bien el enfermo muere asfixiado á consecuencia de la obstruccion de los bronquios por las vesículas hidatídicas, ó de la inanicion debida á la supuracion copiosa que dan una ó muchas cavidades pulmonares (4). Tambien se verá por la observacion XLI que un antiguo quiste hidatídico puede inflamarse, establecer una comunicacion con los tubos bronquiales y dar lugar á todos los fenómenos de la gangrena pulmonar.

2.° *En el pericardio.* — Por fortuna es raro que el quiste tome esta direccion al romperse; en los casos en que así ha sucedido sobrevino la muerte, ora por suspension repentina de los movimientos del corazon, ora, en el espacio de algunas horas, por pericardítis aguda (5).

3.° *En el peritoneo.* — El tumor se abre, y de aquí resulta muy pronto una peritonítis violenta, casi siempre mortal. La rotura del saco reconoce por causa una violencia exterior, un golpe, una caida, un esfuerzo. En el museo del Hospital de Santa María, de Lóndres, se ve una vesícula calcificada de hidátide, procedente del cadáver de un hombre que cayó muerto despues de haber recibido un golpe en el epigastrio al reñir con otro individuo. El golpe hizo romper el quiste, cuyo contenido cayó en el peritoneo, y el hombre murió de resultas del choque. Hace muchos años refirió el Sr. Andral un caso de hidátides del hígado que terminó fatalmente por rotura espontánea en el peritoneo (6). El Dr. César Hawkins (7) ha referido igualmente tres observaciones de rotura mortal á consecuencia de una caida. Frerichs habla igualmente de otros tres semejantes: en dos de ellos la rotura fué causada por una caida, y en el tercero por un esfuerzo. En uno de estos casos, la muerte sobrevino en el espacio de un cuarto de hora

---

(1) Véase Murchison, *Edinb. med. Journ.*, Diciembre 1865, obs. XI, y un caso del Dr. Pollock, *Pathol. Transact.*, t. V, pág. 301.

(2) Para estos ejemplos, véase Bright, *Abdomin. tum.* (Soc. Syd. ed.), pág. 49; Todd, *Med. Times and Gaz.*, 5 de Enero de 1854; *Pathol. Transact.*, t. IV, pág. 44; t. V, pág. 303; t. VIII, pág. 92; t. IX, pág. 28; Davaine. *op. cit.*, pág. 449.

(3) Véanse los casos de Peacock, *Pathol. Transact.*, t. II, pág. 72; de Pollock, *Ibid.*, t. XVI, pág. 155.

(4) Frerichs, *op. cit.*, pág. 611; Peacock, *Pathol. Transact.*, t. XV, pág. 247; Cayley, *Ibid.*, t. XXVII, pág. 171; Davaine, *op. cit.*, pág. 443.

(5) En la obra de Davaine (pág. 408) se encontrarán dos casos de rotura en el pericardio; el tercero ha sido referido por Wunderlich (*Med. Times and Gaz.*, 12 de Diciembre de 1859, pág. 488).

(6) *Clinique médicale*, enfermedades del abdómen, obs. XLIV.

(7) *Med.-chir. Trans.*, t. XVIII, pág. 124.

despues de la rotura. Davaine ha reunido ocho casos en los cuales la muerte siguió algunos días á la rotura de un quiste hidático del hígado en el peritoneo. En muchos de estos casos la rotura fué producida por una caida ó por un esfuerzo, y en otro sobrevino miéntras el paciente luchaba con un compañero (1). La rotura en el peritoneo fué probablemente la causa de la muerte en la observacion XLII. Por otro lado, Bright refiere un caso en que un grueso tumor hidatídico — ó que se consideró como tal — se rompió en el abdómen sin ir seguido de terminacion funesta (2). Ogle habla tambien de un enfermo que curó despues de haber presentado los síntomas de una peritonítis consecutiva á la rotura de un quiste hidatídico en el epiploon (3). Finalmente, los Sres. Fagge y Durham han visto que, si se introducen agujas en un hidátide del hígado, el líquido contenido en el quiste parece se desliza por el peritoneo sin producir accidentes funestos (4). La diferencia de estos resultados se debe quizá á la presencia ó á la falta de *scolex* y de vesículas secundarias en el líquido que sale, pues la entrada del líquido hidatídico simple en una cavidad serosa no tiene, segun Malgaigne, ningun peligro (5). Pero como es muy raro que un hidátide sea estéril, y como no hay ningun medio para determinar durante la vida si es así ó no, su rotura en el peritoneo debe considerarse siempre como temible.

4.° *A través de las paredes abdominales ó los espacios intercostales inferiores.* — No es una terminacion comun, por más que se hayan citado algunos ejemplos. El contenido del quiste puede ser evacuado por una abertura en el ombligo, ó en cualquier otra parte de las paredes abdominales, ó en uno de los espacios intercostales inferiores, y el paciente suele curar. Sin embargo, en tales casos el quiste es todavía susceptible de supurar y el enfermo sucumbe de inanicion, de una peritonítis á consecuencia de vasta supuracion, ó del esfacelo de las paredes abdominales; otras veces tiene lugar en el interior del saco una hemorragia mortal, como en el caso referido por el Dr. Bright. Entre 12 casos en los cuales sobrevino una abertura espontánea y de los que yo he recogido notas, cinco cuando ménos tuvieron una terminacion fatal, y en otro quedó una fístula que daba salida á la bílis. Del mismo modo fueron mortales cuatro casos de los 11 observados por Finsen en Islandia (6).

---

(1) Davaine, *op. cit.*, pág. 493.
(2) *Abdom. Tum.*, Syd. Soc. ed., pág. 47.
(3) *Pathol. Transact.*, t. XI, pág. 295.
(4) *Med.-chir. Transact.*, 1871, t. LIV.
(5) *Traité de médecine opératoire*, sexta edicion, pág. 521.
(6) Budd, *op. cit.*, pág. 437; Frerichs, *op. cit.*, pág. 586; Hawkins, *Med.-chir. Trans.*, t. XVIII, págs. 153, 158; Bright, *op. cit.*, pág. 50; Griffiths, *London med. Gaz.*, 1844, t. XXXIV, pág. 585; Davaine, *op. cit.*, pág. 384, obs. V; Ogier Ward, *Pathol. Transact.*, t. III, pág. 100; Ransom, *Brit. med. Journ.*, 1873, t. II, pág. 376.

5.° *En el estómago ó el intestino.*— Es la direccion más favorable en que puede romperse el tumor, aunque en ocasiones se declara una peritonítis mortal alrededor de la abertura, ó bien se forman abscesos secundarios del hígado, lo cual, por desgracia, no es raro (1). El tumor se abre ó desaparece, y, segun que se abre en el estómago ó en el intestino, los hidátides son vomitados ó evacuados por el ano (2); á veces salen por ambas vías á la vez. La abertura suele ser pequeña, de suerte que los hidátides salen de una manera lenta.

Davaine ha reunido once casos en los cuales el tumor hidatídico se abrió en el estómago: de ellos seis terminaron por la muerte; y otros quince, en los cuales pudo creerse que se había abierto en el intestino (sólo uno seguido de muerte). En uno de los casos de Davaine, el tumor se abrió á través de las paredes abdominales al mismo tiempo que en el estómago. En un caso de voluminoso tumor hidatídico del hígado que se presentó en el hospital Middlesex, en 1859, en la clínica de mi amigo el Dr. A.-P. Stewart, el tumor se vació con un trócar, lo cual no impidió que se abriera ulteriormente en el intestino, eliminando tambien por el ano numerosas vesículas; la curacion se verificó perfectamente. En la *Gazette des Hôpitaux*, 1850, se encuentra un notable caso, en el cual tres quistes hidatídicos del hígado se abrieron espontáneamente: el primero, en 1833, en los bronquios; el segundo, en 1845, en el estómago, y el tercero, en 1848, en el intestino. Russell habla igualmente de un hombre de 36 años que tuvo dos gruesos tumores hidatídicos del hígado; de ellos uno se abrió en la pleura derecha, y el otro en el estómago y los tubos bronquiales del pulmon izquierdo (3).

6.° *En las vías urinarias.*— Aunque los tumores hidatídicos del hígado, del abdómen y de la pelvis se abren á veces en las vías urinarias, segun lo prueba la presencia de equinococos y de restos de membrana hidatídica en la orina (4), nunca he visto casos en los cuales se presentara este fenómeno cuando el quiste adventicio se encontraba en el hígado. En 1868 existía, al parecer, un hecho análogo en uno de los hospitales de Lóndres (5), pero no pudo demostrarse que el quiste estuviera realmente en el hígado, ni que fuera un hidátide.

7.° *En las vías biliares.*— No es raro que se establezca una comunicacion entre el tumor hidático del hígado y uno de los conductos biliares. En muchos casos en que así ha sucedido, he encontrado los quistes secun-

---

(1) Véase un caso expuesto por Owen Rees, *Med. Times and Gaz.*, 20 de Junio de 1857.

(2) Para estos ejemplos, véase Frerichs, *op. cit.*, pág. 586; Budd, *op. cit.*, pág. 452; Bright, *op. cit.*, pág. 49; Davaine, *op. cit.*, pág. 496.

(3) *Med. Times and Gaz.*, 1873, t. I, pág. 439.

(4) Para multitud de casos, véase *Med. Times and Gaz.*, 1855, t. I, pág. 159.

(5) *Brit. med. Journ.*, 7 de Noviembre de 1868.

darios rotos y vacíos, y más ó ménos teñidos de bílis. La penetracion de bílis parece fatal para el parásito, segun lo demostró hace tiempo el doctor Cruveilher, y en muchos casos de este modo comienza la curacion espontánea, miéntras que en otros la bílis provoca en el quiste una inflamacion intensa, á veces mortal. (Obs. XXXII.) No sólo la bílis entra en el quiste, sino que en ocasiones el contenido del quiste penetra en las vías biliares y en la vesícula del mismo nombre, obstruye los conductos, y causa una ictericia persistente, á menudo fatal. Con frecuencia el paso de los quistes secundarios á las vías biliares ha dado lugar á todos los síntomas que determina la presencia de un quiste.

Todos vosotros habeis tenido ocasion de ver casos de este género (Observaciones XXXI á XXXIV); encontrareis algunos otros en la obra de Davaine (1).

En una de las observaciones que conoceis, la ictericia desapareció por completo, aunque las deposiciones continuaron siendo incoloras, porque la bílis era eliminada al exterior á través de una abertura de las paredes abdominales. (Obs. XXXII.) El Sr. Hawkins ha referido un caso (2) en el cual el conducto colédoco quedó obstruido por los hidátides sin que hubiera ictericia, porque la bílis era eliminada por un bronquio á través de una abertura fistulosa. Pero á menudo se ve que las vías biliares se dilatan lo bastante para permitir la evacuacion del contenido quístico á través de ellas en el intestino. Con todo, semejante fenómeno es muy raro, y en la mayor parte de los casos de este género sobrevino la muerte.

El Dr. Hillier ha referido un caso semejante, en el cual el contenido de un tumor hidatídico se vació en el intestino por las vías biliares, pero el enfermo sucumbió á consecuencia de una hemorragia de las paredes del quiste; la sangre (procedente, al parecer, de las ramas de la arteria hepática) se había abierto paso en el estómago y los intestinos por el conducto colédoco (3). Leudet habla de un hidátide del hígado abierto en el conducto biliar; el enfermo murió cuatro semanas despues de la aparicion de la ictericia, y se encontraron las ramas del conducto hepático en el hígado distendidas por el pus (4). Al Dr. Wilks se deben dos casos en los cuales un quiste hidatídico se abrió en un conducto hepático; pero la muerte reconoció por causa una peritonítis ó una *inflamacion alrededor del hígado y de sus conductos*. En una de estas observaciones, las vesículas de hidátides fueron vomitadas y evacuadas por los intestinos ántes de que se de-

---

(1) *Op. cit.*, pág. 462. En ocasiones, un tumor hidatídico parece se ha desarrollado en el conducto biliar, aunque Davaine niega la posibilidad de este fenómeno. El doctor Dickinson ha referido el caso de un hidátide desarrollado en el conducto hepático derecho, en el cual una porcion del quiste produjo la obstruccion del conducto colédoco al mismo tiempo que el espesamiento de la bílis. *(Pathol. Transact.*, t. XIII, pág. 104.)

(2) *Med. Chir. Transact.*, t. XIII, pág. 148.

(3) *Pathol. Transact.*, t. VII, pág. 222.

(4) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*. París, 1874, pág. 412.

clarara su inflamacion (1). Frerichs habla de un caso en el cual casi todo el contenido de un hidátide fué evacuado por las vías biliares; pero el conducto colédoco concluyó por obstruirse, y resultó una rotura mortal de la vesícula biliar (2).

La observacion XXXIV es un ejemplo de curacion del contenido de un grueso quiste hidatídico á través de las vías biliares en el intestino; pero aunque la curacion pareció ser completa, algunos meses más tarde el paso de cierto resto del contenido del tumor á través de las vías biliares provocó violentos dolores y vómitos, que, por los esfuerzos musculares de que fueron acompañados, rompieron algunas antiguas adherencias; el resultado fué una peritonítis mortal.

En el caso de Sir Thomas Watson, ya mencionado, el enfermo tuvo durante 8 á 10 años, con intervalos que variaron de 10 á 14 meses, una serie de crísis exactamente análogas á las que produce por lo general el paso de una concrecion calculosa á través de las vías biliares. En Mayo de 1847, en una de estas crísis, miéntras estaba saliendo un cálculo, descubrió dos ó tres pequeños hidátides en las deposiciones. En Julio ofreció los mismos síntomas durante cuatro ó cinco días, y entónces vomitó un hidátide más grueso que un huevo de paloma. Esta crísis fué seguida de síntomas pulmonares, y en Agosto comenzó á expectorar hidátides con cierta cantidad de bílis. Los hidátides dejaron de verse á fines de Noviembre, y la bílis en la segunda semana de Febrero de 1848. Despues de esto curó, y 20 años más tarde gozaba completa salud (3). En un caso referido por Trousseau la abertura del quiste en las vías biliares provocó cólicos hepáticos que duraron tres semanas; más de tres años despues tuvo una segunda crísis de cólico hepático, seguida de la rotura del quiste en la pleura y la muerte (4). Recientemente ha observado un caso análogo el Dr. G. Johnson, pero el enfermo murió de peritonítis aguda (5). El único caso de curacion en circunstancias semejantes que yo conozco es una observacion referida por Davaine, en la cual pudo creerse que un hidátide del hígado se había abierto en la vesícula biliar; el enfermo curó despues de una crísis violenta de cólico hepático y de ictericia, acompañada del paso por el ano de vesículas de hidátides y de cálculos hepáticos (6).

8.° *En la vena porta.* — Un quiste hidatídico del hígado puede abrirse accidentalmente en la vena porta ó en una de sus ramas. En un caso en que así sucedió, encontró el Sr. Leudet numerosos abscesos secundarios en el hígado (7).

---

(1) *Pathol. Transact.*, t. XI, pág. 128.
(2) *Op. cit.*, pág. 581 (hecho observado por Charcot).
(3) *Op. cit.*, quinta edicion, 1871, t. II, pág. 631.
(4) *Op. cit.*, t. III, pág. 261.
(5) *Med. Times and Gaz.*, 1.° de Enero de 1876, pág. 2.
(6) *Op. cit.*, pág. 477.
(7) *Op. cit.*, pág. 16.

9.° *En la vena cava inferior.* — En casos excepcionales un hidátide del hígado puede abrirse en la vena cava inferior, y su contenido, al llegar al corazon derecho, se introduce en la arteria pulmonar y produce una muerte repentina. Frerichs menciona tres casos de este género (1).

Aparte de la rotura, un tumor hidatídico del hígado produce la muerte de diversos modos:

1.° *Por marasmo é inanicion.* — Así terminó el enfermo objeto de la observacion XXXVIII, en el cual un hidátide del hígado adquirió tal desarrollo que todo el abdómen llegó á estar enormemente distendido y la respiracion era muy difícil. Este caso fué tambien notable por la circunstancia de que había macidez y fluctuacion en casi toda la parte anterior del abdómen distendido, miéntras que el epigastrio y los dos vacíos daban á la percusion un sonido timpánico.

2.° *Por compresion de órganos importantes y obstáculo á sus funciones.* — Un tumor hidatídico del hígado puede comprimir la vena cava, de modo que determine anasarca y várices de las extremidades inferiores (2) ó la vena porta, y entónces produce la ascítis y llega á reclamar la paracentésis (3).

La presion ejercida por el tumor hidatídico puede extenderse por arriba, hasta el nivel de la segunda costilla ó de la clavícula, y dificultar notablemente la respiracion y la accion del centro circulatorio; del mismo modo, la compresion del estómago y del intestino se opone á las funciones de asimilacion, y da lugar á diversos síntomas dispépsicos, enflaquecimiento y caquexia.

3.° *Por supuracion ó gangrena del quiste, ó supuracion exterior al quiste, con ó sin puohemia, y depósitos purulentos secundarios.* — Las observaciones XXXII, XXXIII, XXXV y XXXVI dan ejemplos de esta terminacion, y podíamos citar muchos casos idénticos (4). Bristowe ha publicado una observacion en la cual los abscesos secundarios parecieron debidos á la obstruccion de uno de los conductos biliares (5), y varias veces se ha encontrado pus en las venas, cerca de un hidátide en supuracion.

4.° *Por la formacion de tumores hidatídicos secundarios* (6). — Los tu-

---

(1) Frerichs, *op. cit.*, pág. 586. — Dos de estos casos han sido expuestos con más detalles por Davaine, *op. cit.*, pág. 405.

(2) Un caso de este género ha sido observado por el Dr. Habershon, en *Guy's Hospital Reports*, tercera serie, t. VI, pág. 182.

(3) Véanse los casos de Barker, *Pathol. Transact.*, t. VII, pág. 225; de Budd, *Diseases of Liver*, pág. 451, y de Hawkins, en *Med. Chir. Transact.*, t. XVIII, página 149.

(4) Para más ejemplos, consúltese Bright, *op. cit.*, pág. 37; Budd, *op. cit.*, pág. 444, y Frerichs, *op. cit.*, pág. 611.

(5) *Pathol. Transact.*, t. IX, pág. 290.

(6) Véanse los casos observados por Bright, *op. cit.*, págs. 13, 23 y 30; Jones, *Pathol. Transact.*, t. V, pág. 298; Peacock, *ibid.*, t. XV, pág. 247; Gibb, *ibid.*, tomo XVI, pág. 157.

mores hidatídicos secundarios pueden formarse en el hígado ó en el mesenterio (1) por desarrollo exógeno, como ocurre las más veces en los hidátides que atacan á los animales inferiores. Algunas veces se han visto en el hígado del hombre vesículas secundarias en la superficie externa de la vesícula que podríamos llamar madre (2); cuando son gruesas y numerosas pueden oponerse á la nutricion del enfermo y producir su muerte por inanicion, por peritonítis, ó por anemia resultante de la compresion de los uréteres, como en la observacion XLIII.

No es raro que se formen en el pulmon y provoquen en dicho punto un proceso inflamatorio mortal. Las observaciones XXVII á XXIX son ejemplos de hidátides secundarios del peritoneo y del mesenterio; la observacion XXIX fué notable por la ablacion, coronada de éxito, de los quistes secundarios, practicada por el Dr. Spencer Wells. La observacion XXIV es un caso de tumor hidatídico secundario que comprimió la médula y determinó una paraplegia (3). El Dr. Barker refiere las particularidades de un caso, en el cual la muerte pudo atribuirse á la formacion de un hidátide secundario en el cerebro (4). El Dr. Wilks refiere el interesante caso de una jóven de 19 años que murió repentinamente, á pesar de haber gozado siempre una salud perfecta: se encontró un hidátide en el hígado y otro en la punta del ventrículo izquierdo del corazon; este último se abrió y dejó un hidátide libre en la cavidad del ventrículo izquierdo (5).

El *tratamiento* de los tumores hidatídicos del hígado comprende los siguientes puntos de vista:

1.° Su *profilaxia* se funda en el conocimiento de la causa. Los tumores hidatídicos tienen su orígen en el hombre, en los huevos de una ténia, que penetran de fuera del organismo. Esta ténia, el equinococo, cuya longitud no pasa de un cuarto de pulgada, habita en el intestino del perro y del lobo, y no ofrece, por más que generalmente se crea otra cosa, ninguna relacion con el cerdo.

No tiene más que cuatro segmentos, en el último de los cuales están contenidos los huevos, que son evacuados con las heces del perro y pasan

---

(1) Este hecho, del que ya me ocupé en la primera edicion de la presente obra, ha sido dudado por algunos; pero podría citar en apoyo de mi observacion la autoridad del Dr. Cobbold.

(2) Wilks y Moxon, *Lect. on Pathol. anat.*, segunda edicion, pág. 460.

(3) Otro caso de hidátide de la columna vertebral comprimiendo la médula ha sido referido por el Dr. Ogle, *Pathol. Transact.*, t. XI, pág. 299.

(4) *Pathol. Transact.*, t. X, pág. 6.

(5) *Pathol. Transact.*, t. XI, pág. 71, y t. XV, pág. 247. Otros casos de tumores hidatídicos del corazon sin participacion del centro circulatorio han sido expuestos por Habershon, *Pathol. Transact.*, t. VI, pág. 108; Budd, *ibid.*, t. X, pág. 80; Peacock, *ibid.*, t. XXIV, pág. 37, y Davaine, *op. cit.*, pág. 396. En el caso de Budd se rompió un tumor hidatídico de la punta del corazon, encontrándose hidátides desprendidos en el ventrículo derecho y en la arteria pulmonar.

despues al hombre por el intermedio de los alimentos ó de las bebidas. Al llegar al intestino se desarrollan en estado de embriones, que penetran en el hígado y en otras partes (de un modo que todavía no ha podido explicarse satisfactoriamente), y se desarrollan en dichos puntos bajo la forma de tumores hidatídicos.

Pero los huevos del equinococo producen hidátides en otros animales que en el hombre, y especialmente el carnero.

Segun ha dicho gráficamente el Dr. Thudichum (1), los hidátides encuentran su tumba en el hombre, ó cuando ménos no pueden continuar su peligrosa existencia; pero los equinococos del carnero quedan de nuevo en libertad por las manipulaciones propias de la carnecería, y son ingeridos de nuevo por los perros, en los cuales vuelven á desarrollarse en estado de ténia. De lo dicho resulta que el hombre no contribuye á la multiplicacion y propagacion de los equinococos, pero su disposicion constante á la enfermedad hace que esté comprendido en el ciclo de infeccion que existe entre el perro y el carnero.

Se deduce, pues, que para la profiláxis de los tumores hidatídicos en el hombre es necesario:

a) Impedir que los perros coman restos de carnero y otros animales infectados por los hidátides. Es preciso separar á los perros de todas las carnecerías y mataderos, y someter por completo á la ebullicion toda la carne que deban comer.

b) Destruir en lo posible las ténias engendradas en el perro; para esto se le purgará con regularidad, enterrando ó incinerando sus excreciones.

Estas medidas pueden considerarse de importancia nacional en ciertos países como la Islandia, en que el perro del pastor, durante las largas noches de invierno, duerme en la misma habitacion que su amo, y en cuyo punto los hidátides causan, al parecer, la séptima parte de la mortalidad humana. No por eso dejan de merecer la atencion en nuestro país.

2.° *Tratamiento médico.* — Preciso es decir que poco ó nada podemos esperar de los medicamentos para modificar el volúmen ó la constitucion orgánica de un tumor hidatídico. Entre los numerosos remedios que se han propuesto, el cloruro de sodio y el ioduro de potasio son los que al parecer han dado mejores resultados como parasiticidas; pero no se halla demostrado en manera alguna que uno ú otro de estos agentes goce realmente de tal propiedad. No se comprende cómo el cloruro de sodio puede oponerse al desarrollo de un hidátide sabiendo qué cantidad de dicha sal contiene el líquido del quiste, lo cual prueba que es compatible con el estado fisiológico del parásito, si no le es necesario. En cuanto al ioduro,

---

(1) Informe sobre las enfermedades parasitarias de los cuadrúpedos que sirven para la alimentacion. *Report of Med. Off. of Privy Council.* Lóndres, 1865.

no sólo no se ha demostrado que pueda matar el parásito (1), sino que es evidente que no llega á él. Frerichs no ha podido encontrar indicios de iodo en el líquido del quiste hidatídico de una mujer que tomó ioduro de potasio por espacio de algunas semanas.

El mismo fenómeno pudo asimismo notarse en las observaciones XVI, XVII, XVIII y XIX. El Dr. Mac Gillivray ha ensayado el kamala, preconizado hace algunos años por el Dr. Hjaltelin, de Islandia (2), viendo que no ejerce ninguna influencia sobre la enfermedad (3). Cuando por una operacion se ha privado al enfermo de su parásito, pueden tener cierta utilidad el ioduro de potasio y el cloruro de sodio.

3.° *Evacuacion del líquido del quiste con un trócar fino y la cánula, y oclusion de la abertura.* — Como hemos visto, los medicamentos tienen muy poca ó ninguna influencia; mas por fortuna existe un medio que puede producir una curacion permanente: es la puncion del quiste y la evacuacion del líquido que contiene. Hace algunos años (en 1822) practicó dicha operacion el Sr. Benjamin Brodie en los tumores hidáticos del hígado; los enfermos curaron muy bien (4). Desde entónces el Dr. Bright (5) y otros muchos autores han publicado igualmente observaciones seguidas de éxito. En estos últimos años la operacion se ha hecho ya bastante usual; pero dudo que algunos prácticos prefieran dejar al enfermo la probabilidad muy hipotética de una curacion espontánea. Algunos reservan la operacion para los casos en que el tumor adquiere un volúmen á que rara vez suele llegar.

Los temores son ciertamente legítimos, porque en varios casos la operacion ha sido seguida de síntomas peligrosos y áun de la muerte.

Los dos principales peligros de la operacion son:

1.° Una peritonítis aguda, consecutiva al paso de una parte del líquido al peritoneo.

2.° La supuracion de la cavidad, producida por la entrada del aire y

---

(1) Hé aquí la indicacion de los casos en los cuales se obtuvo con el ioduro de potasio la curacion de un quiste hidatídico. *Med. Times and Gaz.*, 7 de Abril de 1860, pág. 344, y 19 de Octubre de 1872, pág. 437; *The Lancet*, 16 de Octubre de 1858; *Brit. Med. Journ.*, 1871, t. I, pág. 499. En uno de estos casos, por lo ménos, la desaparicion del tumor parece debida á su rotura. Los otros pueden compararse al caso citado por el Dr. P. Mac Gillivray, en el cual un tumor hidatídico que se había acordado puncionar desapareció espontáneamente algunos días despues de la entrada del enfermo en el hospital (*Australian Med. Journ.*, Agosto 1865). Como dice el mencionado autor, «si el enfermo en cuestion hubiera tomado ioduro de potasio, cloruro de sodio, ó cualquier otro medicamento de los que se consideran como específicos, no hay duda que se hubiera atribuido la curacion al agente terapéutico.» Lo cierto es que en varios casos se ha administrado el ioduro de potasio sin producir la más ligera modificacion en el tumor.

(2) *Edinburgh med. Journal*, Agosto 1867.

(3) *Austral. med. Journ.*, Julio 1872.

(4) *Med. Chir. Transact.*, t. XVIII, pág. 119.

(5) *Op. cit.*, pág. 42.

por la abertura de la vesícula, que determina una exudacion de productos inflamatorios de los vasos en el quiste inmediato.

Estos peligros se han presentado sobre todo en los casos en que se practicó la abertura con un bisturí ó un trócar grueso, bien porque se querían extirpar las vesículas secundarias lo mismo que el líquido, bien porque se creía en la existencia de un absceso.

Se pueden prevenir en gran manera los accidentes en cuestion empleando un trócar muy fino, y en los casos de quiste grueso, sacando tan sólo una porcion del líquido. Segun he dicho, es evidente que se ha exagerado el peligro de la penetracion en el peritoneo de una pequeña cantidad de líquido hidatídico, sin *scolex* ó vesículas secundarias. La experiencia ha demostrado tambien que basta extraer una porcion de líquido, la mitad ó los dos tercios, para matar el hidátide padre, y la que puede llamarse su prole. Cuando se vacia por completo un quiste voluminoso, sobreviene una sufusion de los vasos de la porcion del hígado que constituye la pared externa, y hay un gran peligro de inflamacion ulterior.

La administracion del cloroformo ántes de la operacion no puede apénas aconsejarse, porque el dolor es sólo momentáneo, y los vómitos que generalmente ocasiona el cloroformo impiden que sea perfecto el reposo necesario durante 48 horas que siguen á la puncion; pero si el enfermo es jóven ó nervioso, quizá convenga producir la anestesia local por proyecciones de éter pulverizado.

Para practicar la puncion se debe elegir el punto en que el líquido hidatídico parece aproximarse más á la superficie externa. La inyeccion, despues de la evacuacion del líquido, de algunas sustancias como el alcohol, el iodo, el aceite de romero macho ó la bílis, es inútil y quizá perjudicial, pues puede provocar una violenta inflamacion. Conviene impedir la entrada del aire, y para esto es bueno, áun cuando se trate de quistes pequeños, sacar la cánula ántes de haber extraido todo el líquido, ó cuando éste no sale ya á chorro: se pasará un alambre á través de la cánula para tener la seguridad de que la supension del flujo no es debida en manera alguna á la obturacion del orificio por una vesícula de hidátide. Budd aconsejaba (*Med. Tim.*, 19 de Mayo de 1863) sacar el líquido empleando una bomba-jeringa adaptada á la cánula; recientemente, se ha aplicado al mismo objeto el aspirador de Dieulafoy (1). Pero en algunos casos (Obs. XVI) en que he visto emplear, ora el aparato de Budd, ora el aspirador, el enfermo sintió un vivo dolor á consecuencia de la succion producida por la jeringa; otras veces ha salido sangre con el líquido: estas circunstancias me hacen preferir el método ordinario ántes indicado. Despues de haber sacado la cánula, se cubrirá el orificio con una compresa empapada en colo-

(1) Dieulafoy, *Manual de Patología interna*, vertido al castellano por D. Rafael Ulecia y Cardona. Madrid, 1882.

dion, y se aplicará por encima una compresa y un vendaje; se ordenará al enfermo que permanezca en decúbito dorsal durante dos días, sin ejecutar ningun movimiento. Se podrá dar un poco ópio, sobre todo si existe dolor, al cabo de algunas horas.

La ventaja que tiene el emplear un trócar fino, es que no hay que esperar que se presenten adherencias entre el tumor y la pared abdominal, ni esforzarse en provocarlas por medios que no siempre se hallan exentos de peligro ántes de la puncion, ó dejar colocada la cánula durante 24 horas, como lo hacía Jobert de Lamballe. Las paredes son tan elásticas que la pequeña abertura se cierra tan pronto como se ha sacado el instrumento y el líquido no puede salir de su interior. Con todo, si no hay adherencias debe tomarse la precaucion de comprimir contra el quiste, miéntras se saca la cánula, el punto puncionado de la pared abdominal. Si se descuida esta precaucion, puede ocurrir que la pared abdominal vaya hácia delante durante la extraccion de la cánula, pudiendo caer en el peritoneo un poco de líquido hidático que quizá contenga *scolex*.

A menudo el enfermo experimenta un alivio inmediato bajo el punto de vista de la tension y de los síntomas que ántes padecía, y al cabo de tres ó cuatro días se halla en disposicion de levantarse y áun de pasear un poco. No es raro que sobrevenga una ligera urticaria que cause alguna molestia durante los primeros días; las más veces la temperatura se eleva un poco; en otros casos la operacion va seguida de gran molestia en el tumor, con violentos dolores y síntomas constitucionales.

Pero, siguiendo las reglas indicadas, estos síntomas no tardan en desaparecer y el enfermo cura perfectamente. Con todo, á veces 8 ó 10 días despues de la operacion el tumor vuelve á engrosar. Este aumento de volúmen no es debido á una nueva acumulacion de fluido hidatídico, sino á productos inflamatorios que se han formado entre el tumor y el tejido hepático inmediato, y que son reabsorbidos lentamente. En tales circunstancias no conviene apresurarse á intentar una nueva paracentésis. Puede quedar, durante algunos meses y áun años, cierta plenitud en el tumor; se ha creido ver en esto una prueba de que la operacion no había sido feliz. Mas como al operar no tenemos la pretension de extirpar la vesícula madre y las vesículas secundarias, sino solamente la de destruir el hidátide, prevenir los peligros que podrían resultar de su vitalidad prolongada y favorecer ese proceso lento de atrofia que algunas veces se observa, áun cuando no se practique la operacion, la sensacion de plenitud que acabo de indicar no es la que podría esperarse. Si por la operacion podemos prevenir los peligros que lleva consigo un tumor hidatídico, nada más necesario.

En ocasiones, sin embargo, el crecimiento secundario del quiste no se resuelve, y es necesaria una nueva puncion. El líquido obtenido en la segunda operacion tiene una densidad más elevada que el líquido hidatí-

dico normal; no es claro ni exento de albúmina, y contiene siempre más ó ménos pus.

Si la proporcion del pus es pequeña y el líquido no es fétido, y si no existen graves síntomas constitucionales, podrá esperarse que la operacion vaya seguida de éxito; de otro modo se obrará como si se tratara de un absceso, practicando una abertura ancha y permanente.

La seguridad y la eficacia de la operacion que os he aconsejado, pueden considerarse como demostradas. Habeis tenido numerosas ocasiones de formar opinion acerca del particular por los numerosos casos que habeis visto estos últimos años, ora en mi clínica, ora en las de otros profesores.

Ademas de las observaciones XVI á XXVI, debo llamar particularmente vuestra atencion acerca de otras dos recogidas en la clínica del Dr. Greenhow, y que podeis leer detalladamente en el tomo XVIII de las *Pathological transactions*, pág. 127. En una de ellas la cantidad de líquido sacado fué de 110 onzas, y en el otro de 148; cinco años despues de la operacion, en el primer caso, el paciente se vió privado de todos los signos ó síntomas del tumor.

Estos casos, y otros muchos semejantes que podría citar, constituyen la mejor respuesta á la objecion de que la operacion, al matar el parásito, suele provocar cierto grado de inflamacion entre él y la cavidad del hígado en que está alojado; pero generalmente, al cabo de poco tiempo, esta inflamacion cede de una manera espontánea, y sólo en casos excepcionales es necesaria una segunda operacion para la evacuacion del pus. Yo he reunido, bajo la forma de cuadros, las particularidades de 103 casos en los cuales se practicó la operacion que nos ocupa. (Véanse las páginas siguientes.) En 80 de estos casos la operacion tuvo buenos resultados; en 16 fué seguida de supuracion, siendo necesario hacer una ancha abertura en la bolsa; pero todos ellos curaron perfectamente, y en algunos me pareció dudosa la necesidad de la segunda operacion. En siete de los casos del cuadro III, la operacion fué seguida de terminacion fatal; pero en cuatro ó cinco, la muerte pudo atribuirse á causas independientes de la operacion. En uno de los restantes reconoció por causa un colapso repentino que sobrevino 20 minutos despues de la operacion, y que probablemente sería debido á cualquiera manipulacion operatoria. Sólo salieron cuatro gramos de líquido; no cayó ni una gota en el peritoneo, ni sobrevinieron signos de peritonítis. En otro caso el enfermo falleció á consecuencia de una peritonítis, en las 24 horas que siguieron á la operacion, acompañada de un estado de postracion y enflaquecimiento extremo: cabe dudar si en tales condiciones fué oportuna la intervencion operatoria. En la apreciacion de los resultados de la operacion no deben tenerse en cuenta más que los casos en que se empleó como medio curativo, y hay que excluir aquellos en que fué paliativa y en los cuales la muerte podía considerarse como inevitable.

He excluido, pues, de los cuadros los casos de este género, y otros en los cuales la operacion se practicó con un trócar grueso, ó en los que se empleó un cáustico para determinar adherencias ántes de la puncion, ó en los que se inyectó, despues de haber sacado el líquido, alguna sustancia irritante, lo mismo que aquellos en los cuales la bolsa supuró y fué invadida por las bílis ántes de la operacion, siendo preciso adoptar otro procedimiento. La operacion preconizada aquí no es aplicable más que á los casos en que el líquido conserva su aspecto trasparente normal, y no deben figurar en cuenta los resultados de procedimientos operatorios tan diferentes.

CUADRO I. — CASOS DE HIDÁTIDES DEL HÍGADO EN LOS CUALES LA PUNCION CON UN TRÓCAR FINO Y OCLUSION DEL ORIFICIO FUÉ SEGUIDA DE CURACION

NÚMEROS	AUTORES	SEXO	EDAD	VOLÚMEN DEL TUMOR	CANTIDAD de líquido ácido (en onzas)	OBSERVACIONES
1	Murchison.	Varon. . .	28	Moderado.	5 y 20	Obs. XVI.
2	Id.	Hembra. .	31	Id.	12	— XVII.
3	Id.	Hembra. .	6	Id.	14	— XVIII.
4	Id.	Hembra. .	31	Grueso	20	— XIX.
5	Id.	Hembra. .	25	Id.	40	— XX.
6	Id.	Hembra. .	60	Pequeño.	6	— XXI.
7	Id.	Varon. . .	8	Id.	6	— XXII.
8	Id.	Varon. . .	25	Moderado.	8	— XXIII.
9	Id.	Varon. . .	36	Grueso	16	— XXIV.
10	Id.	Varon. . .	34	Hidat. mult. . . .	4, 7 y 1 1/2	— XXVI. Se puncionaron tres quistes distintos.
11	Sir B. Brodie.	Varon. . .	12	Grueso.	30	*Med. chir. Trans.*, t. XXVIII, pág. 118.
12	Id.	Hembra. .	20	Id.	60	*Ibid.*, pág. 119.
13	Id.	Varon. . .	14	Id.	60	*Ibid.*, pág. 121.
14	Key.	Hembra. .	Jóven.	Id.	80	Bright, *On add. tum.*, pág. 42.
15	Boinet.	Hembra. .	19	Moderado.	20	*Traitement des kystes hydat. du foie.* París, 1859, pág. 13.
16	Id.	Hembra. .	31	Pequeño.	4	*Ibid.*, pág. 14.
17	Id.	Varon. . .	20	Moderado.	20 y 15	*Ibid.*, pág. 18. Se hicieron dos punciones con algunos meses de intervalo.
18	Demarquay	Varon. . .	45	Id.	20	*Ibid.*, pág. 30.
19	Frerichs.	Varon. . .	46	Muy grueso	120	*Op. cit.*, pág. 613.
20	Langenbeck.	?	?	?	?	*Ibid.*, pág. 614.
21	Id.	?	?	?	?	*Ibid.*, pág. 614.
22	Récamier	Hembra. .	Jóven.	Moderado.	?	*Revue médicale*, 1825, t. I, pág. 28.

23	Rober.	Varon. . .	?	?	?	*Gaz. des Hôp.*, 1857, pág. 147.
24	Id.	Hembra. .	?	?	?	*Ibid.*, pág. 147.
25	Cruveilhier.	?	?	?	?	*Ibid.*, pág. 147.
26	Richard.	Hembra. .	42	Grueso.	40	*Bullet. de Thérap.*, 1855, pág. 414. Inyeccion de 8 gramos próximamente de alcohol.
27	Greenhow.	Varon. . .	25	Muy grueso	21 y 110	*Pathol. Transact.*, t. XVIII, pág. 127. Cinco años despues, el enfermo gozaba todavía buena salud.
28	Id.	Hembra. .	30	Id.	148	*Ibid.*, t. XXV, pág. 130. Muerte seis años despues por reaparicion de la enfermedad (otro quiste).
29	Duffin.	Varon. . .	27	Moderado.	28	*Transact. Clin. Soc.*, t. VI, pág. 23.
30	Id.	Hembra. .	26	Id.	21	*Ibid.*, pág. 24.
31	Id.	Hembra. .	39	Id.	28	*Ibid.*, pág. 27.
32	Id.	Varon. . .	61	Grueso	72	*Ibid.*, pág. 29. Líquido en parte purulento.
33	Id.	Varon. . .	50	Id.	64	*Ibid.*
34	Church	Hembra. .	23	Muy grueso	120 y 114	*Treatment of hyd. tumours of Liver*, 1868, pág. 15.
35	S. H. Ward.	Hembra. .	36	Grueso	37	*Some affections of Liver*, 1872, pág. 59. Al cabo de un año apareció otro tumor que, finalmente, se abrió en el estómago.
36	Brinton.	Hembra. .	19	Id.	30	*Lancet*, 1862, t. II, pág. 639.
37	J. Hutchinson. . . .	Hembra. .	30	Id.	30	*Ibid.*, pág. 389.
38	Id.	Hembra. .	33	Grueso	40	*Brit. med. Journ.*, 20 de Febrero de 1864.
39	Id.	Hembra. .	36	Id.	60	*Ibid.*
40	W. Budd	Varon. . .	35	Moderado.	23	*Ibid.*, 1859, pág. 275.
41	Fearn.	Varon. . .	30	Muy grueso	85 y 40	*Ibid.*, 7 de Noviembre de 1868. Segunda puncion cuatro meses despues de la primera. Líquido como el suero de la leche.
42	Heaton.	Hembra. .	23	Grueso	40	*Ibid.*, 3 de Abril de 1869.
43	Id.	Hembra. .	20	Pequeño.	10	*Ibid.*, 1874, t. II, pág. 557. Empleo del aspirador; sangre al final de la operacion.
44	Sympson.	Varon. . .	29	Moderado.	16	*Ibid.*, 30 de Abril de 1870.
45	Southey y Savory. . .	Varon. . .	24	Muy grueso	53	*Ibid.*, 6 de Agosto de 1870.
46	Ransom.	Hembra. .	20	Moderado.	4 1/2	*Ibid.*, 28 de Setiembre de 1872. Durante algunos días, filtracion probable en el peritoneo.

CUADRO I. — CONTINUACION.

NÚMEROS	AUTORES	SEXO	EDAD	VOLÚMEN DEL TUMOR	CANTIDAD de líquido ácido (en onzas)	OBSERVACIONES
47	Ransom.	Hembra. .	21	Grueso.	13 1/2	*Ibid.*
48	Id.	Hembra. .	25	Muy grueso	33 y 72	*Ibid.* Segunda puncion cerca de seis meses despues de la primera. Bílis y albúmina en el líquido de la primera puncion.
49	Savory.	?	?	?	?	Church., *op. cit.*, 1868, pág. 20.
50	Id.	?	?	?	?	*Ibid.*
51	Philipson	Varon. . .	14	Moderado.	23	*Brit. med. Journ.*, 1874, t. II, pág. 557.
52	Bradbury.	Hembra. .	23	Id.	16	*Ibid.*, pág. 558.
53	Id.	Hembra. .	32	Id.	16	*Ibid.*, pág. 559.
54	G. Budd.	Varon. . .	25 (?)	Muy grueso	156	*Med. Times and Gaz.*, 19 de Mayo de 1860.
55	Holthouse.	Varon. . .	56	Id.	100	*Ibid.*, 6 de Enero de 1855.
56	Sibson.	Hembra. .	33	Dos tumores. . . .	50 y ?	*The Lancet*, 18 de Julio de 1868. Dos tumores puncionados sucesivamente con seis semanas de intervalo.
57	Anstie.	Hembra. .	6	Pequeño.	7	*Ibid.*, 13 de Agosto de 1870.
58	Whittel	Varon. . .	18	Id.	10	*Ibid.*, 15 de Octubre de 1870.
59	G. Hett.	Hembra. .	7	Moderado.	14	*Ibid.*, 18 de Febrero de 1871. Quiste hepático dudoso; puncion por debajo del ombligo.
60	Scott Orr	Varon. . .	20	Grueso.	46 y 35	*Glasgow med. Journ.*, Enero 1876.
61	Mac Gillivray. . . .	Varon. . .	56	Id.	30 y 20	*Austral. med. Journ.*, Agosto 1865, obs. III. Segunda puncion dos semanas despues de la primera.
62	Id.	Varon. . .	27	?	?	*Ibid.*, obs. VII.
63	Id.	Varon. . .	45	Muy grueso	180 y 100	*Ibid.*, obs. XV. La segunda puncion, seis semanas despues de la primera, dió un líquido teñido de bílis.
64	Id.	Hembra. .	23	Id.	114	*Ibid.*, Marzo 1867, obs. XXIV.

65	Id.	Varon.. .	5	Tres quistes. . . .	20, 20, 10	*Ibid.*, obs. XXVII Tres quistes distintos fueron puncionados; ninguno se volvió á llenar.
66	Id.	Varon.. .	6	Pequeño.	2	*Ibid.*, obs. XXXVI.
67	Id.	Hembra..	11	Moderado.	18	*Ibid.*, obs. XXXVII.
68	Id.	Varon.. .	17	Grueso..	70	*Ibid.*, obs. XXXVIII.
69	Id.	Varon.. .	51	?	?	*Ibid.*, Julio de 1872, obs. XL. Quiste puncionado dos veces.
70	Id.	Varon.. .	8	?	?	*Ibid.*, XLI.
71	Id.	Hembra..	28	?	?	*Ibid.*, obs. XLVII.
72	Id.	Hembra..	30	?	?	*Ibid.*, obs. LVI.
73	Id.	Hembra..	44	?	?	*Ibid.*, obs. LVIII.
74	Id.	Varon.. .	59	?	?	*Ibid.*, obs. LIX.
75	Id.	Varon.. .	49	?	?	*Ibid.*, obs. LX.
76	Id.	Varon.. .	42	?	?	*Ibid.*, obs. LXVII.
77	Id.	Varon.. .	3	?	?	*Ibid.*, obs. LXX. Puncionado dos veces.
78	Id.	Hembra..	13	?	?	*Ibid.*, obs. LXXIII.
79	Bradbury	Varon.. .	16	Grueso	22	*Brit. med. Journ.*, 18 de Noviembre de 1876.
80	Id.	Varon.. .	36	Id.	40 y 30	*Ibid.* Puncionado dos veces.

CUADRO II. — CASOS DE HIDÁTIDES DEL HÍGADO EN LOS CUALES LA PUNCION CON UN TRÓCAR CAPILAR Y LA OCLUSION DEL ORIFICIO FUERON SEGUIDAS DE LA SUPURACION DEL QUISTE, DE UNA SEGUNDA ABERTURA LIBRE Y PERMANENTE, Y POR ÚLTIMO, DE CURACION

1	Garrod	Hembra..	19	Pequeño.	4	*The Lancet*, 1.º de Setiembre de 1860.
2	Owen Rees	Varon.. .	31	Grueso	38	*Guy's Hosp. Reports*, serie II, t. VI, pág. 17.
3	Boinet.	Hembra..	8	Id.	40	*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 1864, pág. 86.
4	Demarquay	Varon.. .	50	Muy grueso	160	*Gaz. des Hôp.*, 19 de Febrero de 1859.
5	Babington y Cock . .	Varon.. .	36	Grueso..	10 y 80	*Guy's Hosp. Rep.*, serie III, t. VI, pág. 179. Al operar no se quiso sacar todo el líquido á la vez, sino por punciones repetidas.

CUADRO II. — CONTINUACION.

NÚMEROS	AUTORES	SEXO	EDAD	VOLÚMEN DEL TUMOR	CANTIDAD de líquido ácido (en onzas)	OBSERVACIONES
6	T. Sympson.	Hembra..	39	Grueso	60 y 30	*Brit. med. Journ.*, 30 de Abril de 1870. Segunda operacion cinco semanas despues de la primera, y probablemente inútil. A la segunda operacion el líquido era en parte purulento, y se fijó un tubo en la abertura.
7	Bradbury..	Varon.. .	35	Id.	24 y 80	*Ibid.*, 1874, t. II, pág. 494. Segunda operacion seis semanas despues de la primera; albuminuria ántes de la primera puncion.
8	C. Brook	Hembra..	23	Moderado.	6 y 12	*The Lancet*, 1868, t. I, pág. 262. La segunda operacion era probablemente inútil.
9	Duffin.	Varon.. .	32	Quiste múltiple.. .	11	*Transactions Clinic. Soc.*, t. VI, pág. 31.
10	Mac Gillivray. . . .	Hembra..	8	Moderado.	20 y 20	*Australiam med. Journ.*, Agosto 1865, obs. XIV. Dudo que el quiste que supuró fuera el que se puncionó la primera vez. En el primer caso, el quiste estaba cerca de la superficie; en el segundo, la materia estaba á tres pulgadas de aquélla.
11	Id.	Hembra..	?	Id.	10	*Ibid.*, Marzo 1867, obs. XIX.
12	Id.	Hembra..	12	Id.	30	*Ibid.*, obs. XXXIII.
13	Id.	Varon.. .	13	?	?	*Ibid.*, Julio 1872, obs. XXXIX.
14	Id.	Varon.. .	61	?	?	*Ibid.*, obs. XLIII.
15	Id.	Varon.. .	49	?	?	*Ibid.*, obs. LI. El quiste se puncionó tres veces con el trócar capilar.
16	Murchison.	Hembra..	32	Grueso..	60	Obs. XXV.

CUADRO III. — CASOS DE HIDÁTIDES DEL HÍGADO EN LAS CUALES LA OPERACION DE LA PUNCION CON UN TRÓCAR CAPILAR Y LA OCLUSION DEL ORIFICIO FUERON SEGUIDAS DE MUERTE

NUMEROS	AUTORES	SEXO	EDAD	CANTIDAD de líquido ácido (en onzas)	OBSERVACIONES
1	Moissenet.	Varon.. .	42	12	*Archives de Médecine,* Febrero 1859, pág. 144. La enferma se hallaba en una gran postracion ántes de operarla, y murió de peritonítis 18 días despues.
2	Martineau.	Varon.. .	31	Algunos gramos.	*London med. Record.*, 23 de Junio de 1875. Colapso repentino y muerte á los 20 minutos de la operacion. Tres días ántes dolor violento en el epigastrio y en el hipocondrio derecho. No había signos de peritonítis al hacer la autopsia.
3	Scott Orr	Hembra..	18	38 2 quistes.	*Glascow med. Journ.*, Enero 1876. El enfermo tenia una cirrósis, y desde dos meses ántes de la operacion una ictericia intensa; poco despues de la operacion, dolor violento en el tumor. A los 11 días fiebre, que persistió hasta la muerte, 26 días despues de la puncion. Despues de la muerte se encontraron dos quistes: uno que contenía medio litro de pus, y el segundo, en el lóbulo izquierdo, contenia un litro de líquido turbio verdoso.
4	Bradbury	Varon.. .	29	1 cada vez.	*Brit. med. Journ.*, 1874, t. II, pág. 525. Punciones repetidas con un trócar capilar. No sale más de una onza cada vez. Había tres gruesos quistes, y la muerte fué ocasionada por la rotura de uno de ellos en el pulmon.
5	Wiltshire	Varon.. .	26	Gran cantidad.	*The Lancet,* 1.° de Setiembre de 1860. Otros tres quistes en el hígado; cada uno contenía medio litro de líquido, ademas del que se puncionó. La muerte pareció debida á la presion del hígado sobre los órganos inmediatos.
6	Murchison.	Hembra..	21	60	Obs. XXVII. Había hidátides múltiples en el hígado y el peritoneo; la muerte fué producida por la supuracion de un quiste distinto del que se había preconizado.
7	Id.	Varon.. .	45	28	Obs. XXVIII. Había hidátides múltiples en el hígado y en el peritoneo, ascítis, etc., y la muerte fué independiente de la operacion.

Despues de haber examinado atentamente la cuestion, los peligros de la enfermedad abandonada á sí misma, la inutilidad de los medicamentos y el resultado feliz que produce una simple puncion, se llega á una conclusion práctica; á saber: que en todos los casos en que un tumor hidatídico es bastante voluminoso para que pueda reconocerse durante la vida y va aumentando de volúmen, se le puede puncionar. Si el tumor ha disminuido al parecer, puede ser conveniente diferir la operacion; pero en manera alguna se esperará á que se formen adherencias, ni se intentará producirlas. Un tumor hidatídico no ofrece, como los abscesos, tendencia á formar adherencias en su cara externa. Esperando á que se desarrollen normalmente las adherencias, el tumor concluye por adquirir un considerable volúmen y por invadir algunas de las cavidades adyacentes; se aumentan las probabilidades de que se inflame y se convierta en absceso; sus paredes son igualmente ménos elásticas que en un período ménos avanzado, y la abertura que deja la puncion no se cerrará tan pronto; de suerte que hay mayor peligro de que el líquido penetre en el peritoneo cuando se saca la cánula si no hay adherencias. Miéntras las paredes son todavía elásticas, se puede confiar que la abertura hecha por un trócar fino se cerrará tan pronto como se saque el instrumento, y por consiguiente no son necesarias las adherencias.

4.° *Evacuacion del contenido del quiste por una ancha abertura permanente.* — En la observacion XXXII habeis tenido ocasion de estudiar los peligros á que puede estar sujeta una persona que padece un grueso quiste del hígado en supuracion, ó quizá gangrenoso, que comunique por una ancha abertura con el aire exterior, y ya os he advertido que cerca de la mitad de los casos en que se formó espontáneamente una abertura tuvieron una terminacion fatal.

Los principales peligros son:

a) La inanicion resultante de una supuracion prolongada;
b) Puohemia é inflamacion secundarias;
c) Hemorragias procedentes del quiste;
d) Peritonítis.

Entre 89 casos cuyas particularidades he podido reunir, en los cuales sobrevino espontáneamente una abertura de este género (23 casos y 9 muertos de mi práctica), ó bien se practicó con los cáusticos, un trócar grueso ó la incision, 28 fueron seguidos de muerte, lo cual dió una mortalidad de 31,46 por 100. Muchos de los que concluyeron por curar hicieron sufrir al enfermo los peligros de una larga enfermedad.

Sin embargo, cuando los síntomas ó una puncion exploradora demuestran que la bolsa quística está en supuracion, que su contenido es fétido y que existen síntomas generales de retencion purulenta, lo único que puede y debe hacerse es una ancha abertura permanente, y para practicarla se necesita, en lo posible, no esperar á que el enfermo se halle

aniquilado por la inanicion y la caquexia que producen la fiebre y la retencion del pus. Se practicará la abertura con un trócar grueso, y se fijará despues una cánula de plata ó un tubo de goma, hasta que el hidátide se vacie por completo. La cavidad se lavará primero con una disolucion de cloruro de sodio (próximamente al 1 por 30), y despues, todos los días con una disolucion acuosa de ácido fénico (2 por 100). En los casos en que la supuracion consecutiva á la operacion no se agote, ó cuando no se puede conseguir que el pus deje de ser fétido, será útil practicar una contra-abertura y se introducirá un tubo de desagüe de la manera indicada por Boinet (1) y conforme se practica ordinariamente en el empiema. Antes de proceder á la operacion será conveniente ver si existen adherencias, y si es necesario se las provocará haciendo una incision en el tumor, ó por la aplicacion de potasa cáustica ó por la acupuntura múltiple con 30 ó 40 agujas, segun el método preconizado por Trousseau, ó bien se hará una abertura por medio de aplicaciones sucesivas de potasa cáustica, como lo hacía Recamier en los casos de abscesos (2).

5.° *Acupuntura.* — Réstanos examinar un tercer método operatorio. En una comunicacion hecha á la Sociedad Real Médico-Quirúrgica de Lóndres, el 8 de Noviembre de 1870, los Dres. Hilton Fagge y Durham han referido ocho casos de hidátides del hígado tratados por la electrolísis, todos los cuales dieron resultado satisfactorio (3). La operacion consiste en pasar por el quiste dos agujas electrolíticas, á una ó dos pulgadas de distancia y puestas en comunicacion con el polo negativo de una batería galvánica de 10 elementos. Una esponja húmeda formaba la terminacion del polo positivo, y se colocó sobre la piel del enfermo, á una pequeña distancia del punto de penetracion de las agujas, cambiando su posicion de vez en cuando durante la operacion. Se hizo pasar la corriente por espacio de 10 á 20 minutos. En algunos de estos casos la operacion fué seguida de signos de derrame pleurítico ó peritoneal; de suerte que podía suponerse que la electrolísis obraba como una especie de puncion subcutánea con derrame de líquido quístico en una cavidad serosa. Semejante opinion pudo confirmarse por el hecho de que en un caso la introduccion de agujas en el tumor sin corriente eléctrica dió tambien, al parecer, buenos resultados.

Conviene advertir que en todos esos casos la operacion estuvo exenta de accidentes: en algunos de ellos se declaró una ligera fiebre y la bolsa pudo llenarse de nuevo temporalmente, pero no se estableció supuracion aguda. ¿Este procedimiento es superior, bajo semejante punto de vista, á

---

(1) *Gaz. méd. de Paris,* 1860, núm. 45.
(2) Frerichs, *op. cit.,* pág. 400.
(3) Algunos años ántes, esta operacion se practicó con éxito en Islandia.

la puncion con un trócar fino? Esto es lo que debemos examinar; pero de cualquier modo, merece ciertamente nuevos ensayos.

NOTA. — El tratamiento de los quistes hidatídicos preconizado en esta leccion, ha sido recomendado por mí en una Memoria publicada en el *Edinburgh Medical Journal*, y combatido por el Dr. John Harley, de Lóndres, y el Dr. Finsen, de Copenhague.

El Dr. Harley, que preconiza el tratamiento de los tumores hidatídicos del hígado por una abertura ancha y permanente, da un cuadro (1) de «34 casos que fueron tratados por una sola puncion, con evacuacion de una porcion ó de la totalidad del líquido y oclusion inmediata de la herida», y añade que hubo 11 *curaciones radicales*, 13 casos que mejoraron á consecuencia de la operacion; pero que, ora porque el tumor no desapareció por completo, ora porque el resultado no parece bastante cierto, no pueden considerarse como curaciones radicales, y 10 muertes.

Como el quiste generador y los quistes secundarios no pueden nunca extirparse *por completo* por la operacion de la puncion simple, difícilmente se comprende cómo el Dr. Harley puede admitir una curacion radical para uno de sus 34 casos. En mi concepto, la existencia de 10 casos de muerte en el cuadro desacredita de una manera ilegítima esta operacion, por lo cual creo necesario mencionarlos con detalles.

OBSERVACION IV. — En este caso el tumor llenaba todo el abdómen, y se recurrió á la paracéntesis (con un trócar grueso) para evitar una asfixia inminente y no como medio curativo. Ademas, el enfermo, ántes de la operacion, se hallaba en un marcadísimo estado de marasmo y postracion; la causa inmediata del tumor fué la presencia de tubérculos miliares en los pulmones y el empiema. Véase Greenhow, *Lancet* 1862, t. II, página 476, y Murchison, *Edinb. Med. Journ.*, Diciembre de 1865; véase igualmente la observacion XXXVIII de esta obra.

OBSERVACION VIII. — No es cierto que este caso haya ido seguido de muerte. El Dr. Harley cita el caso tomándolo del Sr. César Hawkins, y Mr. Hawkins de la *Practice of Medicine* del Dr. Thomas. El Sr. Hawkins, dice: «No se menciona el resultado, de suerte que es probable creer que la terminacion fuera funesta»; pero el Dr. Thomas nada dice que legitime semejante conclusion. (*Med.-chir. Transact.*, t. XVIII, pág. 121.)

OBSERVACION IX. — No se recurrió á la operacion más que como paliativo. Se sacaron ocho pintas de líquido de un quiste, pero se encontró otro, despues de la muerte, que contenía 12 pintas entre el hígado y el diafragma. El Dr. Abercrombie añade: «Los dos quistes se habían deteriorado de tal modo que, aunque se alivió por la operacion, no tardaron

---

(1) *Med.-chir. Transact.*, t. LXIX, pág. 1.866.

en abandonarle las fuerzas.» (Abercrombie, *Diseases of stomach*, pág. 356.)

Observacion X. — En este caso es evidente que se practicó una abertura, pero no se dice si se cerró ó no. Lo más importante es que el quiste había supurado ántes de la operacion. (Hawkins in *Med.-chir. Transact.*, tomo XVIII, pág. 157.)

Observacion XI. — Segun el texto original de esta Observacion, en *Edinb. Essays and Observ.*, tomo II, pág. 229, es claro que el niño estaba casi moribundo en el momento de la operacion, y que, ademas del hidátide del hígado, había ascítis, anasarca y ortopnea. Parece tambien probable que se puncionó el peritoneo, y no el hidátide.

Observacion XIII. — En este caso había un mal estado general, y el hidátide había supurado ántes de la operacion. Ademas, la enferma estaba en cinta y tuvo un aborto, á consecuencia del cual murió (Bright, *On Abdom. tum.*, Syd. Soc. éd., pág. 41.)

Observacion XV. — En este caso había dos tumores hidatídicos. De uno de ellos se sacaron tres pintas de líquido: la enferma se creía curada cuando sucumbió á consecuencia de la rotura del otro quiste, á través del diafragma, en los pulmones. (Davaine, *Traité des entozoaires*, pág. 447.)

Observacion XVI. — El enfermo se encontraba, al hacer la operacion, en un estado de postracion extrema. Tuvo un síncope que duró cinco minutos y murió al cabo de 18 horas. Despues de la muerte, se encontraron indicios de una peritonítis reciente. El resultado fatal fué, sin duda alguna, determinado por la operacion; pero es probable que si se hubiera dejado una ancha abertura libre, se hubiera impedido esta terminacion. (Cuadro III, núm. 1, de esta obra, y *Archives génér. de médecine*, serie 5.ª, tomo XIII, pág. 145.)

Observacion XIX. — La puncion fué simplemente exploradora ántes de la aplicacion de la potasa cáustica, que se hizo á los siete días. La muerte fué determinada por un tétanos 25 días despues, y Récamier dice que «ningun accidente siguió á la puncion». (Davaine, *op. cit.*, página 590.)

Observacion XXXII. — En este caso, segun el Dr. Harley, no se intentó extraer el contenido de la bolsa despues de la primera puncion, y el líquido hidatídico, infiltrándose en el peritoneo, produjo una peritonítis y la extension de la enfermedad. El autor no dice que se diagnosticó ántes de la operacion la presencia en el peritoneo de una cantidad de líquido considerable y que iba aumentando. Ademas, la potasa cáustica se aplicó sobre la piel ántes de la puncion del quiste. (Rogers, en *Brit. Med. Journ.*, 1882, tomo I, pág. 71.)

Parece sorprendente que con datos estadísticos procedentes de las mismas fuentes que los del Dr. Harley se haya llegado á una conclusion tan diferente; por mi parte, estoy satisfecho de ver que los Sres. Durham

y Hilton Fagge, despues de haber comparado nuestros cuadros con las observaciones originales, han confirmado por completo, en todos sus detalles esenciales, la exactitud de lo que demuestran mis cuadros (1).

El Dr. Finsen ha preconizado igualmente la operacion de Récamier; es decir, que aconseja establecer adherencias por medio de los cáusticos y practicar despues una ancha abertura. No he tenido el gusto de leer todo lo que se ha escrito acerca de este particular; pero mi amigo el doctor Hjaltelin, de Islandia, me dice que el Dr. Finsen no puede explicarse mis éxitos con la puncion simple más que suponiendo que he ocultado los casos funestos.

Lo único que puedo responder á esto es que todos los casos en que puedo aceptar la responsabilidad de la operacion se encuentran reproducidos en esta leccion, y que ellos hablarán por sí mismos. En cuanto á juzgar si el Dr. Finsen es bastante competente para llamar la puncion simple de los tumores hidatídicos una *operacion inútil y peligrosa*, debo dejar al Dr. Hjaltelin, médico-jefe en Reykjavick (Islandia), el cuidado de decirlo (2).

Por otra parte, el éxito de la operacion ha sido admitido generalmente por los que han tenido más motivos de seguir sus efectos. Este es el tratamiento comunmente empleado en Islandia, en que la enfermedad es tan comun. El siguiente pasaje de una de las Memorias del Dr. Hjaltelin, merece ser citado: «Me resolví á ensayar el método de Récamier en algunos casos que me parecieron más favorables, pero tengo el sentimiento de decir que sucumbieron cerca de la tercera parte de los operados... Despues de haber renunciado por completo al método de Récamier, y de haber vuelto á mi antiguo método de puncionar los quistes, he tenido noticia del artículo del Dr. Murchisson sobre los *Tumores hidatídicos del hígado, su diagnóstico y su tratamiento*, 1865. Como la experiencia de este médico se encontraba completamente de acuerdo con la mia, mi confianza en el tratamiento por la puncion ha aumentado, y desde entónces le he empleado con el mejor éxito en gran número de casos.» El Sr. Savory, cirujano del Hospital de San Bartolomé, escribe lo siguiente: «Esta operacion ofrece ménos probabilidades de ir seguida de funestas consecuencias que cuando se practica con un trócar grueso... Segun lo que he visto hasta la fecha, estoy tan convencido de la superioridad del trócar fino, que le emplearé tambien, prefiriéndole al grueso, en los casos en que el quiste se llene de nuevo (3).» El Sr. Durham, cirujano en Guy's Hospital, en la discusion suscitada con motivo de su Memoria — escrita en colaboracion con

---

(1) *Med.-chir. Transact*, 1871, t. LIV, pág. 41.

(2) Véanse las Memorias de Hjaltelin, en *Brith. med. Journ.*, 14 de Agosto de 1869, y *Edinb., med. Journ.*, Febrero 1870.

(3) *The Lancet*, t. I, pág. 524.

el Dr. Hilton Fagge — respecto al tratamiento de los hidátides por la electrolísis, ha asegurado que en ocho casos empleó la puncion simple con un éxito completo (1). El Dr. Dufin, de King's College Hospital, ha referido siete casos de hidátides del hígado tratados por la puncion simple; todos curaron, aunque en dos de ellos sobrevino una supuracion de la bolsa (2).

La puncion con un trócar fino ha sido igualmente apoyada por el Dr. W. S. Church en su *Essai de gradue d'Oxford*, publicado en 1868. Finalmente, en Australia, en que la enfermedad es muy frecuente, la operacion de la puncion con un trócar fino es el tratamiento generalmente empleado. El Dr. Mac Gillivray, entre otros, ha demostrado su superioridad sobre la que consiste en hacer una abertura ancha y permanente. Ha empleado el tratamiento en cuestion en 28 enfermos de hidátides del hígado, de los cuales 24 se restablecieron muy pronto, aunque en seis de ellos la bolsa supuró (véanse los cuadros I y II); cuatro de estos enfermos murieron; pero en tres de ellos la operacion sólo se practicó como paliativa, porque los pacientes sufrían ya otras afecciones, de las cuales murieron (enfermedad del corazon é hidropesía, afeccion pulmonar é hidropesía y difteria). En el cuarto, el líquido sacado en la primera puncion era una materia parduzca y oleosa, la bolsa supuró, se practicó una ancha abertura y el enfermo falleció de gangrena del hígado (3).

Las siguientes observaciones podrán servir para grabar mejor en vuestro ánimo los síntomas y peligros de los tumores hidatídicos del hígado y su tratamiento apropiado. En los 11 primeros casos (Obs. XVI á XXVI) se puncionó el quiste con un trócar fino, y despues de la evacuacion parcial del contenido, se hizo la oclusion de la abertura.

OBSERVACION XVI. — *Tumor hidatídico del hígado. — Paracentésis. — Curacion.*

Habeis tenido ocasion de estudiar los caractéres clínicos del tumor hidatídico que os he descrito en un hombre de 28 años llamado Juan N..., que fué admitido en mi clínica del hospital de Middlesex el 3 de Diciembre de 1866. Este hombre fué soldado y pasó 14 meses en Crimea, en 1855 y 1856. Su salud anterior había sido siempre buena. En Setiembre de 1864 tuvo una angina y ligeros dolores en el lado derecho, y el señor Churton, de Erith, descubrió entónces que había un tumor en el epigastrio, casi tan voluminoso como cuando vosotros le habeis visto. No volvió

(1) Véase tambien *Med. chir. Transact.*, t. LIV. pág. 40.
(2) *Transact. Clinic. Soc.*, 1873, t. VI, pág. 23.
(3) *Austral. med. Journ.*, Agosto 1865, Marzo 1867 y Julio 1872.

á padecer de su tumor hasta Febrero de 1866, en que observó de vez en cuando dolores lancinantes: por este motivo entró en mi clínica, por primera vez, el 31 de Marzo, permaneciendo en ella hasta el 18 de Abril siguiente. Aparte de estos dolores, que eran pasajeros y no iban acompañados de sensibilidad, la salud general era buena; no había la más ligera fiebre.

El 7 de Abril se intentó vaciar el quiste con un trócar fino, y la cánula unida á una bomba aspirante. La puncion se practicó en el lado izquierdo de la línea media, en el punto en que el tumor era más prominente. La accion de la bomba determinó un vivo dolor en la espalda, el enfermo llegó á perder el conocimiento, y se abandonó la operacion despues de haber sacado tan sólo cuatro ó cinco onzas de líquido, cantidad indudablemente mucho más pequeña que la contenida en el tumor. Si exceptuamos una invasion de urticaria, la operacion no fué seguida de ningun síntoma funesto.

El enfermo volvió á entrar en el hospital el 3 de Diciembre, en parte á causa del retorno del dolor que anteriormente había sufrido, pero sobre todo para que se le extirpara lo que parecía ser un segundo quiste. Hé aquí la nota que se redactó en el momento de su admision: «El enfermo ofrece el aspecto de una persona sana, y sólo se queja de un tumor en el epigastrio, que se extiende á ambos hipocondrios y en relacion evidente con el hígado. Llena el espacio comprendido entre el esternon y el ombligo, y causa un ligero arqueamiento de las costillas en ambos lados, pero sobre todo en el derecho. Su borde inferior se halla á una pulgada próximamente por encima del ombligo, mide unas seis pulgadas en direccion trasversal, y cinco, poco más ó ménos, de arriba á abajo. La macidez hepática es de seis pulgadas en la línea media, y cinco pulgadas en la línea mamaria derecha; en las líneas axilar y dorsal, es normal. Estas medidas corresponden exactamente á las anotadas cuando el enfermo salió del hospital en el mes de Abril último. El borde superior de la macidez hepática no es más arqueado que en estado normal. El tumor es globuloso, perfectamente liso y nada sensible. Es muy elástico: en él se percibe una fluctuacion y se nota de una manera marcada la vibracion hidatídica: no parece que hay adherencia, pues el tumor sigue los movimientos de la respiracion. Ninguna ictericia, ni ascítis, ni aumento de volúmen del bazo, ni albúmina en la orina. Lengua limpia; intestinos regulares; no hay vómitos ni dolor despues de las comidas; pulso á 72.»

El 7 de Diciembre introdujo el Sr. Moore un trócar fino en la parte más prominente del tumor, á la derecha de la línea media, y sacó por la cánula, sin necesidad de jeringa, 20 onzas de líquido. Este líquido era opalino, incoloro, de reaccion alcalina, de 1.009 de densidad; no contenía albúmina, pero daba con el nitrato de plata un abundante precipitado blanco; con el microscopio se descubrieron numerosos ganchos y algunos equi-

nococos enteros. Aunque el enfermo estuvo tomando durante muchos días, ántes de cada operacion, grandes dósis de ioduro de potasio, nunca se encontraron indicios de dicha sustancia en el líquido.

Despues de la operacion no se observó el menor movimiento febril, ni ningun síntoma desfavorable. El 12 de Diciembre el enfermo pudo levantarse, y el 18 salió del hospital, encontrándose muy bien al parecer; el tumor no ofrecía ninguna tendencia á engrosar, y la macidez hepática en la línea media no era más que de tres y media pulgadas.

El 18 de Marzo de 1867 volví á ver á Juan N..., el cual me dijo que cuatro días despues de haber salido del hospital padeció el tífus — probablemente contraído en el hospital — cuya enfermedad puso su vida en peligro. Al principio de dicha afeccion el tumor adquirió algun volúmen, pero al llegar la convalecencia desapareció por completo nuevamente, en términos que no se podía encontrar el menor indicio de él: la macidez hepática vertical en la línea media no era más que de tres pulgadas.

El 9 de Marzo de 1868 el enfermo se presentó en el hospital, donde fué examinado por los Dres. E. Thompson, Greenhow, Moore y por muchos estudiantes, sin que pudiera descubrirse ningun indicio de tumor.

OBSERVACION XVII. — *Tumor hidático del hígado.—Rotura inminente.— Paracentésis. — Curacion.*

El 3 de Agosto de 1868, Ana S..., mujer muy nerviosa, de 31 años de edad, me consultó por un tumor situado en la region del hígado. Era cocinera en casa de un médico. En el verano de 1863 padeció durante tres semanas un dolor en el estómago; pero, salvo esto, no había nunca experimentado ningun síntoma de afeccion abdominal hasta nueve semanas, poco más ó ménos, ántes de venir á buscarme. En dicha época sintió repentinamente, en la region del hígado, un dolor agudo, que duró unas dos horas. Durante algunos días vomitó todo lo que tomaba: experimentaba un dolor intenso en el lado derecho cuando tosía ó cuando daba alguna vuelta en la cama. Estuvo en cama una semana, y á los 20 días no se hallaba aún en disposicion de dedicarse nuevamente á sus ocupaciones habituales.

Entónces se observó por primera vez que el hígado estaba grueso y prominente; pero la enferma no pudo decir con seguridad si este aumento de volúmen existía ó no ántes de aparecer el dolor.

Examinando á la enferma, se encontró un ligero arqueamiento en el hipocondrio derecho, por debajo de las costillas; este arqueamiento parecía continuarse por arriba con el hígado, extendiéndose á media pulgada por debajo del ombligo, y trasversalmente de una pulgada á la izquierda de la línea media hasta tres pulgadas á la otra. La macidez hepática ver-

tical partía de dos pulgadas por debajo del pezon y descendía hasta siete pulgadas: cuatro y media pulgadas de este espacio macizo se encontraban por debajo del borde costal. El tumor era lento, pero elástico y casi fluctuante; ligera sensibilidad cuando se practicaba la presion á bastante profundidad. No tenía al parecer adherencias á la pared abdominal. Por detrás la macidez hepática no se extendía á gran altura, y el borde superior no estaba anormalmente arqueado. Ruidos respiratorios normales en el lado derecho. La enferma ofrecía un color algo pálido; pero no había ictericia manifiesta: lengua limpia y buen apetito; intestinos regulares; no había ascítis, ni anasarca, ni albúmina, ni pigmentacion biliar en la orina; pulso á 84.

El 7 de Agosto, la enferma sintió de nuevo dolor en su tumor; tuvo al mismo tiempo, durante dos ó tres días, evacuaciones por arriba y por abajo. Durante los días que siguieron á esta crísis, el tumor fué sensible y se pudo percibir en su superficie un frote rudo, coincidiendo con los movimientos respiratorios.

El 19 de Agosto, Ana S... entró en mi clínica del hospital de Middlesex, y fué sometida al ioduro de potasio, á la dósis de 32 centígramos, tres veces al día.

El 24, el tumor estaba todavía tenso y sensible.

En la noche de 2 de Setiembre la enferma experimentó en el lado derecho un vivo dolor que aumentaba por la presion, por los movimientos ó una larga inspiracion, y acompañado de muchas náuseas, pero sin vómitos ni escalofríos. Pulso á 96. Bajo la influencia del ópio, de las cataplasmas y del reposo, estos síntomas cedieron gradualmente, pero el tumor continuó siendo sensible, el ruido de frote persistió durante muchos días, y el pulso no bajó de 96.

El 9 de Setiembre la enferma tuvo otra crísis de dolor, pero más intensa: el pulso subió á 116 y reapareció el roce.

El 14 el dolor era menor, pero se observó que el tumor se extendía todavía más á la derecha y era ménos redondeado.

El 17 de Setiembre, nueva crísis de dolor: en realidad, desde el 24 de Agosto el tumor no ha dejado nunca de ser sensible y la enferma se ha ido debilitando de día en día, no bajando el pulso, por lo general, de 108 latidos.

Aunque no era evidente que existieran adherencias sólidas, se resolvió puncionar el tumor. Desde el principio se había diagnosticado un hidátide, y lo cierto es que la enferma entró en el hospital decidida á que se la operara. Todos los que la examinaron creyeron que el tumor contenía líquido; las demas afecciones que hubieran podido presentar los signos observados, eran una distension de la vesícula biliar y un absceso del hígado. Con todo, el tumor no ofrecía la situacion, ni tenía en último término la forma de una vesícula biliar distendida: no había habido nunca

ictericia. El dolor persistente y la sensibilidad que se habían observado durante muchas semanas, indicaban más bien un absceso; pero no había habido escalofríos ni traspiraciones, y ademas el tumor no había aumentado mucho desde que se observó por primera vez. Admitiendo que se trataba de un quiste, era de suponer que la rotura no se hallaba muy próxima.

Con todo, el Sr. Hulke puncionó el tumor con un trócar fino, cuya cánula apénas tenía el calibre del catéter número 1, y se sacaron próximamente 12 onzas de un líquido claro, trasparente, de 1.009 de densidad. No se pudieron descubrir en él equinococos, pero se vió que contenía una gran cantidad de cloruro de sodio y poca albúmina: tampoco había indicios de iodo, aunque la enferma estuvo sometida contínuamente al ioduro de potasio durante muchas semanas.

Se sacó la cánula, comprimiendo las paredes abdominales contra el tumor; se cubrió el punto en que se había hecho la puncion con una capa de colodion, y se aplicó un vendaje compresivo. Se ordenó á la enferma que permaneciera 48 horas en decúbito supino, sin moverse. Inmediatamente despues de la operacion se administraron 20 gotas de láudano (siete por espacio de dos días) y se la hizo tomar una preparacion opiácea cada cuatro ó seis horas.

Buen sueño la noche despues de la operacion; el día siguiente no orinó la enferma, por lo cual se la sondó.

El 22 de Setiembre el abdómen estaba distendido, timpánico, piel caliente y seca (temperatura 38°,5), pulso á 120, sed viva. Sin embargo, había en el tumor ménos dolor y sensibilidad que ántes de la operacion. La enferma no ha hecho ninguna deposicion hace muchos días. Una lavativa con trementina y confeccion de ruda, hizo que expulsara gran cantidad de flatuosidades, y la enferma comenzó á sentirse mejor.

El 26 de Setiembre, pulso á 96, lengua limpia y húmeda; vuelve á presentarse el apetito. Por primera vez, desde hace muchas semanas, la enferma puede sufrir las manipulaciones en el tumor, cuyas dimensiones son bastante reducidas.

El 27, pulso á 84; se separa el colodion de la herida, de la cual no sale una gota de líquido.

El 30, la enferma podía levantarse. La convalecencia se retrasó por una crísis de neuralgia facial y otros ligeros achaques; pero el 22 de Noviembre la enferma pudo salir del hospital. Las dimensiones del tumor habían ido disminuyendo gradualmente; de suerte que la macidez, desde el borde superior del hígado al borde inferior del tumor, no era más que de cinco pulgadas y 3/4. El tumor era blando, no había tension y podía manejarse sin determinar dolor. Lengua limpia y húmeda; apetito y digestion buenas. Pulso á 100.

Junio 1867. Despues de haber trascurrido unos tres años desde la fecha

de la operacion vemos á la enferma, y nos dice que durante este tiempo ha podido dedicarse á su oficio de cocinera, aunque hallándose sujeta á la flatulencia y otros síntomas de dispepsia y de histerismo. No se percibe en el epigastrio más que cierta plenitud.

A principios de 1868 la enferma me escribió que se sentía muy bien, y que estaba á punto de casarse. En otoño del mismo año tuvo un niño, que murió inmediatamente despues del nacimiento. Despues de esto, vino á mi clínica en Enero de 1868: se quejaba de dispepsia, flatulencia y algunos síntomas histéricos. Sentía aún en el sitio del tumor una masa dura, gruesa, del tamaño de una naranja, completamente indolente, y que parecía extraño á los síntomas experimentados por la enferma.

En Julio de 1873 la enferma me escribió para decirme que se hallaba próximamente en el mismo estado y que el tumor no había aumentado de volúmen.

La observacion XVIII es notable á causa de la poca edad del sujeto. Trousseau ha referido un caso en que el enfermo sólo tenía seis años (1), y añade que Davaine, en su notable obra acerca de los entozoarios, no ha podido encontrar más que 14 casos concernientes á sujetos menores de 15 años; pero en uno de estos casos, tomado de Cruveilhier, el enfermo era un niño que sólo tenía 12 años, y el quiste se había ya abierto en el cólon descendente.

(Véase tambien la observacion XXII y los cuadros 1 y 2.)

OBSERVACION XVIII. — *Tumor hidático del hígado. — Puncion con un trócar fino. — Curacion.*

Isabel C..., de seis años de edad, fué admitida en mi clínica del hospital Middlesex el 3 de Diciembre de 1867. Si exceptuamos la coqueluche que tuvo á la edad de tres años, esta enferma ha gozado siempre una excelente salud; pero su madre había observado, hacía mucho tiempo, que al nivel de la cintura estaba más gruesa de lo que realmente corresponde á esta edad. Hace tres meses, la Srta. Garret, doctora en medicina, diagnosticó un hidátide del hígado. La madre dice que despues el tumor ha ido aumentando, pero el único malestar que la enferma ha experimentado consiste en que de vez en cuando se siente indispuesta, tose por las mañanas y le duele en la region hepática. Al entrar en el hospital la enferma parece sana, robusta, y no ofrece ningun síntoma anormal, excepto una tumefaccion en el epigastrio, que se extiende verticalmente desde el borde

(1) *Clinique médicale*, t. III.

inferior del esternon al ombligo, y lateralmente á 2 1/2 pulgadas en cada lado de la línea media. El tumor era globuloso, uniforme, sin dolor á la palpacion, con una fluctuacion distinta y la vibracion hidatídica. Era completamente movible sobre las partes subyacentes, y no parecía estar adherido á las paredes abdominales, pues descendía durante la inspiracion. Aunque el tumor estaba indudablemente relacionado con el hígado, el área de la macidez hepática no estaba aumentada por todas partes, porque en la línea derecha mamaria no medía más de dos pulgadas y media. La circunferencia del abdómen daba las siguientes cifras:

	3 de Diciembre	20 de Diciembre	16 de Enero	24 de Enero	9 de Marzo
En el ombligo	24,3	23,3	24,5	22,75	22,5
En el cartílago xifoides.	24,5	25,5	23,5	23,75	23,5
En el centro de la línea que separa dichos puntos.	15,75	24,66	25,25	24	22,5

La lengua está limpia, el apetito es bueno y las funciones intestinales regular; ni ascítis, ni ictericia. Pulso á 96. Se hacen tomar á la niña, en una pocion, unos 13 centígramos de ioduro de potasio, tres veces al día.

El 10 de Diciembre el Sr. Hulke punciona el tumor con un trócar fino y salen 14 onzas de un líquido incoloro, ligeramente opalino, de una densidad de 1.010, que contiene una gran cantidad de cloruros, pero ni equinococos, ni ganchos, ni albúmina, ni indicios de iodo. Dos horas despues de la operacion la enfermita se hallaba sentada en su cama, riendo y hablando como si nada la hubiera sucedido, Sin embargo, la noche siguiente tuvo vómitos (quizá debidos al cloroformo que se le había administrado): durante dos días, el pulso subió á 140 y la temperatura á 38°,3; pero no había sensibilidad en el abdómen, ni respiracion torácica.

El 13 de Diciembre la temperatura y el pulso volvieron á ser normales, y la niña no experimentó nada de particular hasta el 20 de Diciembre. Desde este día hasta el 14 de Enero el volúmen del tumor aumentó de nuevo lentamente, de modo que llegó á plantearse la cuestion de si convendría practicar la paracentésis por segunda vez. Sin embargo, se renunció á ella, porque el tumor comenzó á disminuir espontáneamente, como puede verse en el cuadro que ántes hemos consignado.

El 9 de Marzo no se podía distinguir ninguna eminencia, ni siquiera se percibía el menor tumor.

OBSERVACION XIX.— *Tumor hidático del lóbulo izquierdo del hígado.— Paracentésis.— Curacion.*

Emma N..., de 31 años, entró en el hospital de Middlesex el 4 de Diciembre de 1868. Esta mujer es casada y madre de cinco hijos, de los cuales el último, que nació hace 16 meses, solo vivió tres días. A consecuencia de esto tuvo cierta languidez, postracion y mal humor. En tal estado le llamó la atencion una sensacion de calor en el hipocondrio izquierdo, donde observó una tumefaccion. Esta parte no debía, sin embargo, haber aumentado materialmente de volúmen, pues era la primera vez que se observaba la tumefaccion, lo cual no había impedido, por lo demas, que la enferma se dedicara á sus ocupaciones habituales.

Al entrar en el hospital se observa un tumor que llena el epigastrio, se extiende á 2 $^1/_2$ pulgadas por debajo del ombligo, mide 7 $^1/_2$ pulgadas verticalmente, y 10 en direccion trasversal, siendo abombado por delante, tenso, liso, fluctuante, con vibracion hidática distinta y ligera sensibilidad. El tumor, desarrollado hácia abajo, venía indudablemente del hígado, que por la parte superior no se extendía mucho hácia arriba. No parecía estar adherido á la pared abdominal. La enferma estaba anémica; pero su salud general era bastante buena.

El 6 de Diciembre se le prescribieron 30 centígramos de ioduro de potasio, tres veces por día.

El 10 de Diciembre se practicó la paracentésis con un trócar fino; se sacó una taza de líquido trasparente, de 1.009 de densidad, con muchos cloruros, pero sin indicios de albúmina ni de iodo: las últimas onzas de líquido ofrecían una densidad de 1.012, y contenían sangre y pigmento biliar.

No hubo ningun accidente consecutivo á la operacion; el pulso no pasó de 80, y la piel estaba seca.

El 18 de Diciembre la enferma se levantaba, y el 28 salía del hospital.

19 de Julio de 1872. — He vuelto á ver á la enferma. Ha tenido dos niños desde que se la hizo la operacion, y en la actualidad está criando el segundo, que tiene hoy 12 meses. En el epigastrio se puede sentir un tumor pequeño, duro, no elástico, indolente, que no causa la menor molestia.

OBSERVACION XX. — *Hidátide del lóbulo izquierdo del hígado. — Paracentésis. — Curacion.*

La Sra. R., de 25 años de edad, me consultó el 29 de Diciembre de 1871. Se trataba de un tumor liso é indolente, situado en el hipocondrio,

procedente, al parecer, del lóbulo izquierdo del hígado, y que llegaba por debajo al ombligo. Había observado por primera vez este tumor hace dos años, y despues siguió aumentando de volúmen. La circunferencia al nivel del punto más saliente del tumor mide 29 1/4 pulgadas; en el lado derecho, 14 pulgadas; en el izquierdo, 15 1/4. Lo que más molesta á la enferma, es un dolor constante en la espalda y una dispepsia atónica.

Mejoría bajo la influencia del ácido nitroclorhídrico y de la estricnina.

El 5 de Marzo de 1872 la enferma se encontraba mejor, más gruesa y más fuerte, pero el tumor había crecido. Lado izquierdo, 16 pulgadas; lado derecho, 14.

El 24 de Marzo paracentésis con un trócar fino; salen 40 onzas de un líquido trasparente que contenía muchos cloruros, pero ninguna albúmina. Densidad, 1,010.

El 25 no hay dolor; pulso á 74, temperatura 89°,9.

El 27 pulso á 96, temperatura 39°,1.

El 31 la enferma se levanta, va y viene, pero el tumor parece de nuevo algo más voluminoso; pulso á 84, temperatura 38°,6.

El 7 de Abril el tumor disminuye. La enferma ha podido subir las escaleras por primera vez desde hace muchos años. Ménos dolores en la espalda que los que ha tenido en otro tiempo. Pulso á 90, temperatura 38°,3.

El 7 de Mayo gran mejoría. La enferma vuelve á estar gruesa. La mensuracion da la misma cifra en ambos lados, es decir, 14 1/2 pulgadas.

Julio de 1875. — La enferma goza excelente salud y no presenta el menor signo de tumor.

OBSERVACION XXI. — *Hidátide del lóbulo derecho del hígado. — Dolor neurálgico. — Paracentésis. — Curacion.*

El día 30 de Octubre de 1873 ví en consulta, con el Dr. R. Phillips (de Leicester), á una señora llamada M..., de 60 años, la cual ofrecía en el hipocondrio derecho un tumor voluminoso, liso y debido sin duda al hígado. La macidez hepática, por delante, se remontaba hasta el pezon; medía ocho pulgadas en la línea mamaria derecha, pero no subía demasiado por detras. El borde inferior del lóbulo derecho descendía hasta el nivel del ombligo. Las últimas costillas y los cartílagos formaban por delante un arco característico. La circunferencia al nivel del punto más saliente medía, desde la espina dorsal á la línea media, 17 pulgadas, y 15 1/4 desde el lado izquierdo al punto correspondiente. En la parte más prominente del tumor, entre las costillas, lo mismo que por debajo de éstas, se observa cierta elasticidad y áun una fluctuacion oscura; no había sensibilidad. Se había observado el tumor por primera vez 10 meses ántes, y desde en-

tónces no había aumentado sensiblemente de volúmen. Pero desde entónces la enferma había estado siempre sujeta á dolores neurálgicos intensos, y experimentaba una sensacion de constriccion en la region hepática.

Cuatro meses despues de haber observado la existencia del tumor, tuvo una pleuresía en el lado derecho con derrame, que se reabsorbió. Los demas síntomas se limitaron á algunas náuseas y pérdida de apetito.

Yo creí que estaba indicado hacer la puncion con un trócar fino entre las costillas, y, en efecto, algunos días despues el Sr. Phillips sacó del tumor seis onzas de líquido por medio del aspirador. El líquido era ligeramente opalino, su densidad 1.010: no se enturbiaba por la ebullicion, pero sí se tornaba algo opaco por la adicion de ácido nítrico; depósito blanco abundante por el nitrato argéntico; numerosos equinococos. La sensacion de constriccion y los dolores neurálgicos fueron aliviándose poco á poco, y el borde inferior del hígado llegó á remontarse casi al borde de las costillas.

No hubo despues de la operacion ningun síntoma digno de mencionarse, y en Julio de 1875 la enferma se encontraba bien, sin presentar ningun signo del tumor.

Octubre 1876. Sigue gozando de buena salud: no hay dolor ni tumefaccion.

OBSERVACION XXII. — *Tumor hidático que formaba eminencia en la cara superior del hígado y le empujaba hácia abajo. — Paracentésis. — Restablecimiento.*

Alberto D..., de 8 años de edad, muchacho pálido y enfermizo, fué llevado al hospital de Santo Tomás, el día 1.° de Enero de 1874, con un tumor situado en la parte superior del abdómen, y que se había observado por primera vez dos ó tres años ántes. Dicha produccion había crecido de una manera lenta, sin determinar dolor ni molestia alguna. La tumefaccion se extendía desde las costillas hasta 1 1/2 pulgadas por debajo del ombligo. Su superficie ofrecía un surco trasversal, á 3 1/2 pulgadas por encima del ombligo. Por debajo de este surco su consistencia era dura, y lo que se sentía á través de la pared abdominal parecía ser el hígado, miéntras que entre el surco y las costillas se observaba una prominencia globulosa, lisa, sin dolor, fluctuante y que daba claramente á la percusion la vibracion hidática. La macidez en la pared torácica derecha se elevaba casi hasta el límite de la macidez hepática, pero su borde superior era mucho más arqueado. La macidez hepática en la línea mamaria derecha, comprendiendo el hígado, se extendía unas seis pulgadas y media; la circunferencia del abdómen, en la parte más prominente del tumor, era de 25 pulgadas; desde el cartílago xifoides al ombligo, siete pulgadas; y desde el ombligo al púbis, cuatro pulgadas y media. Pulso á 84. La punta del

corazon había subido algo, pues latía entre la tercera y la cuarta costilla. La lengua está limpia, el apetito es bueno, los intestinos funcionan regularmente; no hay ictericia, ni dolor, ni ascítis, ni edema de las piernas.

Prescripcion: citrato de hierro y de quinina, á la dósis de 20 centígramos, tres veces al día.

8 de Enero. A las diez de la mañana de este día se practica la paracentésis con un trócar fino, y se sacan seis onzas de un líquido que contiene cloruros en abundancia, pero ninguna albúmina; su densidad es de 1.011. No hay dolor ni malestar despues de la operacion.

Con todo, por la tarde se eleva la temperatura hasta 39°,3, y las tres noches siguientes fué de 39°,5, 38°,77 y 38°,6.

En la mañana del 9 era de 38°,44, pero los días siguientes llegó á ser normal.

Durante la noche del 9 la enferma estuvo algo agitada.

El día 12 la fiebre había desaparecido.

Cuando salió del hospital, el día 22, la circunferencia en la parte más prominente del tumor no era más que 24 y media pulgadas; la tumefaccion no era tan saliente ni tan tensa; pero en el lado derecho del quiste que se había puncionado pareció que se presentaba otro, en el cual no se pudo, sin embargo, observar la fluctuacion.

No nos ocupamos de esta última produccion accidental.

OBSERVACION XXIII. — *Hidátide del hígado comenzando á supurar.— Paracentésis. — Curacion.*

El día 11 de Marzo de 1876 ví, en consulta con el Dr. Barker, de Hornsey, á M. P..., de 25 años, el cual padecía un tumor con todos los caractéres de un hidátide, prominente por debajo del lóbulo derecho del hígado. Formaba una eminencia distinta, que medía siete y media pulgadas en ambas direcciones, vertical y trasversal. Se había observado su existencia por Navidad, época en la cual comenzó á ser ligeramente doloroso. Desde entónces comenzó á crecer de una manera manifiesta, pero no en gran escala.

Hice la puncion con un trócar y salieron ocho onzas de un líquido muy fluido, turbio, densidad 1.010, que contenía poca albúmina y depositaba una mezcla cremosa formada de pus, aceite, colesterina, ganchos y restos de membrana hidática.

Durante los tres ó cuatro días que siguieron á la operacion, sintió el enfermo vivos dolores y ganas de vomitar; pero todo esto cedió al ópio y á las pociones efervescentes.

Al fin de la segunda semana, el tumor era mucho más pequeño; pero á mediados de Abril comenzó á engrosar de nuevo, en términos que el día

25 del citado mes medía seis pulgadas verticalmente, y siete y media en direccion trasversal. Estado general, bueno.

8 Junio. El enfermo ha recobrado los colores y las carnes; el tumor ha disminuido sin duda; mide cuatro pulgadas y media verticalmente, y cinco y media en sentido trasversal.

3 Octubre. El enfermo se ha vuelto robusto y su salud general nada deja que desear. Su tumor — que continúa disminuyendo y que se siente mucho más duro — no le molesta en manera alguna.

Observacion XXIV. — *Hidátide del hígado. — Paracentésis. — Restablecimiento.*

D. B..., de 36 años de edad, jefe de una de las estaciones de ferrocarriles, entró en el hospital de Santo Tomás el 1.º de Junio de 1876.

Entre sus antecedentes encontramos una fiebre terciana contraida en el Cambridgeshire á los 18 años de edad. Por lo demas, su salud anterior ha sido buena.

A los 28 años comenzó á quejarse de una sensacion de peso, y algunas veces de ligeros dolores en la region hepática. Hace seis meses estos síntomas llamaron en gran manera su atencion, y tres semanas despues se observó por primera vez una tumefaccion que creció lentamente. Hace seis semanas crísis de dolor agudo en el tumor, que duró 24 horas, dejó debilitado al enfermo y le obligó á guardar cama durante 15 días. En este tiempo llegó á enflaquecer 19 libras, pero las volvió á recuperar ántes de su entrada en el hospital.

En el momento de su admision se observa una prominencia distinta entre los cartílagos costales y el ombligo, más en el lado derecho que en el izquierdo, debida indudablemente á un tumor del hígado, liso, redondeado, indolente, tenso, pero elástico; ni *thrill*, ni vibracion; su borde inferior llega al ombligo. El volúmen del hígado no ha aumentado en su totalidad; el borde superior no se remonta á gran altura; la macidez mide siete pulgadas en la línea mamaria derecha y nueve pulgadas en la línea media. La circunferencia del abdómen es de 36 1/4 pulgadas por encima del tumor. El enfermo parece bien constituido; no hay fiebre ni traspiracion; come y duerme bien. La principal molestia que causa el tumor consiste en una ligera disnea despues de hacer ejercicio, y una sensacion de constriccion despues de las comidas ó cuando el enfermo se baja.

5 Junio. Se practica la paracentésis con un trócar fino, saliendo 16 onzas de un líquido claro, cuya densidad es de 1.009 y rico en cloruros, sin indicios de albúmina, ni áun tratado por el ácido nítrico.

17 Junio. El enfermo se ha levantado á los dos días sin experimentar el menor accidente. La temperatura se elevó el 7 de Junio por la tarde

á 38°; pero, salvo esta excepcion, ha sido normal. No ha habido dolor ni urticaria. El quiste no se ha llenado de nuevo á juzgar por los síntomas. El borde inferior se halla á dos pulgadas y media por encima del ombligo; la circunferencia mide en su parte más saliente 35 pulgadas, como al día siguiente de la puncion.

16 Julio. El enfermo ha venido al hospital con objeto de que le veamos. Ha tenido flatulencia y experimentado cierta molestia en la region ocupada por su tumor; pero éste no ha aumentado de volúmen; la circunferencia es siempre de 35 pulgadas, pero el enfermo se ha hecho más fuerte.

El 20 de Octubre se le examina de nuevo. No se puede percibir el tumor, y, salvo una ligera dispepsia flatulenta, la salud general es buena. Durante estos tres últimos meses B... se ha dedicado á sus ocupaciones.

En la observacion XXV la operacion de la puncion simple fué seguida de supuracion de la bolsa quística y mucha fiebre, siendo necesario practicar una ancha abertura. Debemos advertir, sin embargo, que ántes de la operacion el enfermo tuvo síntomas de congestion del hígado, y que la causa inmediata de la inflamacion de la bolsa fué un enfriamiento.

Este caso demuestra al mismo tiempo los buenos efectos de un tratamiento antiséptico cuando se trata de un absceso considerable lleno de pus fétido.

OBSERVACION XXV. — *Hidátide del hígado. — Paracentésis.— Ancha abertura. — Restablecimiento.*

Ana B..., de 32 años de edad, fué admitida en el hospital de Middlesex el 30 de Noviembre de 1869.

En Noviembre de 1866 comenzó á experimentar de vez en cuando un dolor poco intenso en el lado derecho. En Noviembre de 1868 notó por primera vez un aumento de volúmen en el lado derecho, que desde entónces ha ido progresando. Un mes ántes de su admision había perdido el apetito, comenzaba á tener náuseas, y á veces vómitos biliosos, y estaba ligeramente ictérica (congestion hepática).

Al entrar en el hospital se encuentra el hígado considerablemente aumentado de volúmen, pues se extiende por delante desde el borde superior de la cuarta costilla hasta dos pulgadas por debajo del ombligo, y mide 12 pulgadas en la línea mamaria derecha, y 11 en la línea media. Por detras, el borde superior de la macidez hepática no pasa del límite normal. La circunferencia en el punto más prominente del tumor, á una pulgada por debajo de la extremidad inferior del esternon, es de 16 1/4 pulgadas en el lado derecho, y de 15 1/4 en el izquierdo. La superficie del tumor por debajo de las costillas es lisa, elástica, indolente, excepto cerca

de las costillas, en que ofrece alguna sensibilidad; es indudablemente fluctuante, pero no hay vibracion. Ictericia ligera; la orina contiene pigmento biliar, pero poca albúmina; deposiciones biliosas.

El 9 de Diciembre la ictericia y los síntomas dispépsicos han desaparecido casi por completo, pero la orina contiene siempre bílis. Se punciona el quiste con un trócar fino, y salen 60 onzas de un líquido alcalino, trasparente, que contiene muchos cloruros, pero nada de albúmina; densidad 1.009, sin equinococos. Aquel mismo día, por la tarde, escalofrío; pulso á 102; temperatura 38°,88, pero ningun dolor.

Al cabo de 24 horas cedieron los síntomas febriles, y la enferma se sintió mejor que ántes de la operacion; pero la orina contenía siempre bílis.

El 16 de Diciembre se levanta.

22 de Diciembre. — Durante la noche del día 20, la enferma sintió dolor de cabeza; pero ayer estuvo levantada todo el día y hasta bajó á las oficinas para recoger el alta. Cree que entónces sufrió algun enfriamiento. La noche del 21 comenzó á sufrir alguna alteracion, y hoy 22 su pulso está á 120 y la temperatura á 39°,88. No tiene temblor, pero ha sentido escalofríos esta mañana; tampoco siente dolor en el abdómen. La noche última no ha dormido; ha tenido una traspiracion abundante y hace grandes esfuerzos para vomitar.

El 23 de Diciembre sentía un ligero dolor en la region del tumor al hacer una profunda inspiracion; pulso á 118, temperatura 38°,55. Por la tarde tuvo un temblor violento seguido de traspiracion.

24 de Diciembre. — La ictericia ha aumentado. La orina contiene indicios de albúmina y muchos uratos; pulso á 110, temperatura 40°,22.

1.° de Enero. — La enferma sigue mal. El pulso ha variado de 106 á 120, y la temperatura de 38°,44 á 40°,55. Los temblores no han vuelto á presentarse, pero hay traspiraciones abundantes por la noche. La orina contiene siempre albúmina (1/20). Los esfuerzos para vomitar reaparecen de vez en cuando; la ictericia continúa. Durante muchos días tos frecuente, y en la actualidad grandes estertores húmedos en los dos tercios inferiores de ambos pulmones, por detras, y estertores sibilantes por delante. Es indudable que el tumor va creciendo de nuevo. La enferma duerme poco.

10 de Enero. — Esta mañana muy temprano la enferma ha tenido un segundo temblor bastante ligero, seguido de traspiracion; pero de cualquier modo se encuentra algo mejor. Desde hace algunos días la temperatura ha bajado, y en la actualidad es normal. Ictericia ménos pronunciada. La orina contiene todavía albúmina. La congestion pulmonar es todavía muy marcada.

26. — Gran mejoría del estado general; temperatura 36°,66; rara vez pasa de 37°,77. Ménos tos, respiracion más libre; pocos estertores en los pulmones y escasa cantidad de albúmina en la orina.

Durante los días 26 y 27 experimenta un ligero dolor en el tumor, que continúa engrosando.

2 de Febrero. — El dolor persiste. La fiebre ha aumentado. La temperatura varía entre 36°,66 y 38°,77. La congestion pulmonar ha aumentado; la circunferencia á igual distancia del ombligo y del esternon, es ahora de 37 pulgadas. No hay albúmina en la orina. Se saca del tumor con un trócar fino una taza próximamente de pus fétido.

Al día siguiente se aplicó al punto en que se había practicado la puncion un trozo de pasta de Viena del tamaño de una peseta.

El 6 de Febrero se incinde la escara producida por el cáustico, se introduce un trócar grueso y salen 90 onzas de pus fétido, conteniendo numerosos fragmentos de membrana hidática. Se lava la cavidad con una disolucion de cloruro de zinc (1 gramo por 50) hasta que el líquido sale casi claro. Se cubre la herida con una compresa empapada en agua fenicada, aplicando por encima cierta cantidad de estopa cardada.

8 de Febrero. — Mejoría rápida. El dolor se ha aliviado mucho. Temperatura normal. Desde el 4 de Febrero la orina continúa conteniendo albúmina (1/10 á 1/20). La circunferencia al nivel de la abertura, es de 37 pulgadas.

Al cabo de pocos días se cerró la abertura, é inmediatamente fueron empeorando; la congestion pulmonar aumentó y la disnea llegó á ser intensa.

El 17 de Febrero se sacaron 60 onzas de pus (no fétido) con numerosos hidátides, y se fijó en la abertura un tubo de desagüe perforado, lavando de nuevo la cavidad con una disolucion de cloruro de zinc. El tubo dió salida á una gran cantidad de pus sin fetidez. Los síntomas fueron disminuyendo lentamente.

El 18 del mismo mes desapareció la albúmina de la orina, y lo propio ocurrió el 21 con el pigmento biliar.

El 2 de Marzo reaparecieron dichas sustancias por espacio de varios días, durante los cuales el líquido fué algunas veces fétido, cuyo carácter desapareció lavando de nuevo la cavidad con la disolucion de cloruro de zinc. La enferma padecía todavía mucha tos, tenía disnea, traspiraciones por la noche.

Desde el 8 al 15 de Mayo, frecuentes náuseas.

Desde el 14 al 17, miéntras el médico se preparaba á lavar la cavidad, se vieron salir gruesas membranas de hidátides (la vesícula madre), y desde entónces la mejoría progresó rápidamente.

El 24 de Marzo el flujo había cesado por completo.

El 1.° de Abril se levantó la enferma.

El 6 de Mayo se quitó el tubo de desagüe.

El 6 de Junio la enferma salía del hospital con su herida casi cicatrizada. La orina no contenía albúmina; los pulmones estaban sanos; había

recobrado las fuerzas y las carnes de día en día. Se sentía el borde inferior del hígado á dos pulgadas por encima del ombligo; la macidez hepática era de cinco pulgadas en la línea mamaria derecha; la circunferencia al nivel de la herida era de 29 pulgadas.

En la primavera de 1875, Ana no ofrecía un solo signo de su antigua enfermedad; había engrosado mucho y abusaba en gran escala de los espirituosos.

En el siguiente caso había numerosos quistes hidatídicos en el hígado. Se puncionaron tres con éxito; pero podía suponerse fundadamente que había uno más considerable, situado á mayor profundidad.

Es de sentir que el enfermo abandonara el hospital ántes de que pudiera practicarse una puncion exploradora.

OBSERVACION XXVI. — *Tumores hidáticos múltiples del hígado. — Ictericia y diarrea. — Paracentésis de tres quistes.*

Enrique A..., de 34 años de edad, jornalero, entró en el hospital de Middlesex en 16 de Febrero de 1869. Cinco años ántes sufrió en el lado derecho una gran presion por la rueda de un vagon, pero no experimentó gran trastorno y gozó de buena salud hasta cierto día del mes de Agosto de 1868, en que, descargando un carro, cayó al suelo y estuvo sin conocimiento durante tres minutos, despues de lo cual estuvo en cama por espacio de tres semanas con vómitos, diarrea, deposiciones de color de castaña, pero sin icteria, cefalalgia ni aturdimiento. Despues de esto emprendió de nuevo su trabajo, pero quedó molestado por cierta dispepsia flatulenta, dolor en el estómago despues de las comidas, y á veces dolores agudos en la region del hígado.

Un mes ántes de su entrada tuvo diarrea intensa, acompañada de ictericia, pero sin vómitos. Hácia la misma época observó por primera vez una tumefaccion en el lado derecho y una sensacion de peso, que aumentaba mucho siempre que se acostaba en decúbito lateral izquierdo. La ictericia había aumentado considerablemente hasta el momento de su admision, y en cinco semanas había adelgazado siete libras.

A su entrada en el hospital el enfermo parecía bien nutrido, y salvo una ictericia bastante intensa, parecía estar sano. El volúmen del hígado se halla considerablemente aumentado; su macidez en la línea mamaria derecha se extiende una media pulgada por encima del pezon, á cuatro pulgadas por debajo de las costillas, y mide 10 pulgadas y media. Se observa, correspondiendo á la vesícula biliar, una eminencia redondeada, del volúmen de una naranja próximamente y fluctuante. Tambien se encuentra fluctuacion en el lado derecho de este reborde inferior de las costillas,

hallándose separados los dos espacios fluctuantes, uno de otro, por una depresion en la cual no se siente la fluctuacion. Puede sentirse el borde inferior del hígado por debajo del sitio de la fluctuacion: es duro y cortante. Por detrás la macidez hepática no se remonta mucho, pero se percibe claramente la fluctuacion entre la décima y la undécima costilla. Las venas de las paredes abdominales se hallan anormalmente desarrolladas y la macidez del bazo ha aumentado. No hay ascítis; diarrea persistente; cinco deposiciones el día de su entrada; sin bílis. Distension flatulenta del abdómen. Buen apetito; densidad de la orina 1.024: ningnna albúmina, pero gran cantidad de pigmentos biliares; pulso á 80, regular; corazon empujado hácia arriba, no hay ruido de soplo. Tos ligera, el movimiento produce disnea; sin embargo, los signos físicos suministrados por los pulmones son normales.

25 de Febrero.—Pulso á 72. La diarrea se ha cohibido. Despues de haber dirigido un chorro de éter sobre la parte, se introduce un trócar fino en el espacio fluctuante anterior y se sacan cuatro onzas próximamente de líquido hidatídico claro, de una densidad de 1.011, que no contiene albúmina, pero sí cloruros en abundancia. No se puede hacer penetrar un hilo á través de la cánula más que á una profundidad de dos pulgadas, y aunque se había sacado líquido, la tension del tumor no disminuyó.

5 de Marzo.—El pulso ha oscilado entre 56 y 72, y la temperatura ha sido normal; pero la diarrea ha reaparecido. Se hace una puncion en el espacio fluctuante, al lado derecho del primero, y se sacan siete onzas de un líquido claro, de densidad 1.009, que no contenía albúmina, pero sí muchos cloruros.

19 de Marzo.—El pulso ha oscilado entre 56 y 72; la temperatura ha sido normal. La diarrea y la ictericia persisten, y las deposiciones no contienen bílis. Se puede sentir en la ingle derecha un tumor redondeado, elástico, del volúmen de un huevo de avestruz, que el enfermo observó por primera vez hace quince días.

Desde el 10 de Marzo experimenta el paciente una sensacion de plenitud cada vez más marcada en el sitio ocupado por el quiste que primero se puncionó; pero no hay sensibilidad ni fluctuacion. Tampoco existe albúmina en la orina.

2 de Abril. — Ligera fluctuacion, pero poca ó ninguna sensibilidad en el sitio del primer tumor.

7 de Mayo. — Se practica una puncion en el espacio fluctuante comprendido entre la décima y undécima costilla por detras; pero no se puede sacar más de onza y media de líquido claro, conteniendo ganchos y equinococos.

8 de Junio. — El paciente sale del hospital; se siente mucho mejor, experimenta ménos molestia en aquel lado; pero tiene todavía ictericia, y está enfermo de diarrea y flatulencia.

En los tres casos siguientes había numerosos quistes en el hígado y en el peritoneo. Por su volúmen y otros caractéres, los del peritoneo parecían haberse desarrollado despues que los del hígado.

En la observacion XXVII se puncionó con un trócar fino un grueso quiste del hígado, y se hizo una ancha abertura en un segundo quiste que supuraba.

OBSERVACION XXVII. — *Tumores hidatídicos múltiples del hígado y del peritoneo. — Paracentésis de un quiste. — Supuracion de un segundo quiste. — Ancha abertura, muerte.*

María H..., de 21 años de edad, fué admitida en el hospital de Santo Tomás el 25 de Setiembre de 1873. Su padre y su madre habían muerto de consuncion. Hace cuatro años notó en el hipocondrio derecho una tumefaccion que continuó creciendo. Un año más tarde observó un segundo tumor en la region inguinal derecha, y otro á la derecha del ombligo. Por espacio de tres años tuvo hinchadas las venas de la pierna derecha, y desde hace un año siente disnea al menor ejercicio. Recientemente sintió un dolor lancinante en el hipocondrio derecho y fué enflaqueciendo.

Al entrar en el hospital está muy debilitada; la duele mucho en el lado derecho. El volúmen del abdómen ha aumentado considerablemente; la circunferencia en el ombligo es de 40 pulgadas, y dos pulgadas por encima de este punto es de 38 1/2; desde el cartílago xifoides al ombligo hay ocho pulgadas, y desde el ombligo al púbis 6 1/2. En el hipocondrio y en el epigastrio se observa un ancho tumor liso, tenso, fluctuante y no sensible. Se siente un segundo tumor, próximamente del volúmen de una naranja y movible, en la region inguinal derecha; un tercero, algo más pequeño, á la derecha del ombligo, y otros dos en la region iliaca izquierda. Todos estos tumores son lisos, redondeados, elásticos y distintos unos de otros. No hay ascítis. Las venas de las paredes abdominales y torácicas, están desarrolladas. Por delante del lado derecho del pecho hay macidez á la percusion, continúa por debajo con la del tumor citado, y que se extiende por arriba hasta el segundo espacio intercostal.

Resonancia por detras de los pulmones. Disnea considerable. La punta del corazon late en el quinto espacio intercostal, dos pulgadas y media por fuera y al nivel de la tetilla. Buen apetito; funciones intestinales regulares.

20 de Octubre. — Se hace la puncion en la parte más prominente del grueso tumor, tres pulgadas por debajo del cartílago xifoides y media pulgada á la derecha de la línea media, y se sacan con el aspirador tres pintas de un líquido claro, alcalino, densidad 1.010, conteniendo cloruros

en abundancia, pero sin albúmina ni equinococos. Despues de la operacion la circunferencia en el ombligo era de 39 pulgadas, y dos pulgadas más arriba, 37 y media; siete pulgadas entre el cartílago xifoides y el ombligo.

22 de Octubre. — Dolor bastante menor; la respiracion es más libre que ántes de la operacion. Buen apetito. Temperatura 38°,1, ayer por la tarde, y hoy 38°,43.

13 de Noviembre. — Durante estas tres últimas semanas, la enferma ha tenido mucha fiebre: su temperatura ha oscilado entre 37°,2 y 40°; con frecuencia ha tenido escalofríos, pero ningun temblor ni traspiracion.

El 24 de Octubre vomitó una vez y tuvo una ligera ictericia, que desapareció al cabo de pocos días.

El 3 de Noviembre la enferma se siente mucho mejor que ántes de la operacion. La circunferencia, dos pulgadas por encima del ombligo, es de 38 3/4 pulgadas. Poco despues reapareció el dolor en el tumor más grueso, que se desarrolló rápidamente hasta el 13, en términos que la circunferencia mide 44 pulgadas; hay un ligero edema de las piernas, pero ninguna albúmina. Se introduce el aspirador en el mismo punto que la primera vez, y se sacan dos tazas de un líquido opaco y amarillento. Habiéndose obstruido la cánula, no se pudo obtener más líquido; el Sr. Mac Cormac hizo entónces una ancha abertura en el quiste y salieron de este modo nueve pintas más de líquido, pero sin que se vaciara la cavidad. Se fijó en la abertura un tubo de desagüe perforado. La percusion dió entónces un sonido claro en una extension de cuatro pulgadas por debajo de la clavícula derecha.

La enferma no se encontró mejor. La temperatura no pasó de 37°,77; pero el pulso se mantuvo á 140, pequeño y débil hasta la muerte, que sobrevino el 15 de Noviembre, 48 horas despues de la operacion.

Autopsia. — El peritoneo no contenía líquido ni se había inflamado en parte alguna. El hígado estaba considerablemente empujado hácia abajo y á la izquierda, y en gran parte oculto por un quiste voluminoso fijo en su parte superior, y que se introducía en el tórax.

La puncion había penetrado en el quiste, cuyas paredes estaban deprimidas, delgadas y fibrosas. Contenía una voluminosa vesícula hidatídica, gruesa, gelatinosa, pero no vesículas secundarias. No presentaba más signo de inflamacion que algunos pequeños copos de linfa adheridos á su superficie interna (por fuera del hidátide). Detras de este quiste existía otro casi tan grande y con paredes mucho más gruesas, en el cual había penetrado igualmente la puncion. Este quiste se hallaba tambien fijo al hígado y se encontraba en contacto con la pared posterior del abdómen.

Contenía una voluminosa vesícula hidática, pero pocas vesículas secundarias; su cara interna estaba muy inflamada, en parte tomentosa y cubierta de gruesos copos de linfa amarillenta. Se encontró ademas, fijo á

la cara inferior del lóbulo izquierdo del hígado, un tercer quiste del volúmen de una cereza, con paredes gruesas, y lleno de materia caseosa y de vesículas hidáticas desecadas. No hay ningun quiste en el inferior del hígado. Numerosos quistes fijos al peritoneo. Inmediatamente por debajo del hígado y delante del riñon derecho, se encontraban dos quistes, uno de ellos del grosor de una nuez de cacao, y conteniendo un líquido claro y vesículas secundarias; el otro era algo más pequeño. Seis ó siete quistes del volúmen de un huevo de gallina ó más pequeños, estaban fijos al epiploon mayor, y dos se elevaban del fondo del útero y del ligamento ancho; uno de ellos contenía materias caseosas y vesículas contraidas. La parte inferior de ambos pulmones, sobre todo del pulmon derecho, estaba flácida. Los demas órganos sanos.

En la observacion XXVIII pudo dudarse si la enfermedad había comenzado por el hígado, y sólo al cabo de muchos años había sido invadido el pulmon de una manera secundaria. Se puncionó el quiste más grueso tan sólo con el objeto de disminuir la distension del abdómen y obtener algun alivio. Pero el quiste era ya ántes de la muerte mucho más pequeño que ántes de la operacion, y la autopsia demostró que su volúmen era debido á la presencia de quistes secundarios en su interior.

Observacion XXVIII. — *Tumores hidáticos múltiples del hígado y del peritoneo. — Ascítis. — Puncion de ambos quistes y paracentésis del abdómen.*

Cárlos M..., profesor de idiomas, de 45 años de edad, entró en mi clínica del hospital Middlesex el 30 de Marzo de 1871. Este hombre había sido gimnasta, se hallaba dotado de una fuerza muscular considerable y no había padecido nunca nada hasta 1857. En aquella época observó una mañana, al levantarse, un tumor en el lóbulo izquierdo del hígado.

Este tumor ofrecía casi el volúmen de media naranja y era del todo indolente; en realidad, no hubiera notado su existencia si no hubiera sido visible. No aumentó de volúmen en los dos primeros años. En 1859 comenzó á sentir algunos trastornos en su salud: sentía un dolor por debajo del omoplato izquierdo, á veces disnea y pinchazos en la region ocupada por el tumor. En 1860 estos síntomas disminuyeron, y el enfermo se encontró bien hasta 1863, cuando una mañana, al enjugarse la espalda con una toalla, sintió en la region epigástrica un dolor sordo que aumentó y persistió durante tres semanas, y volvió á reaparecer de vez en cuando durante tres años. En 1867 comenzó á padecer del aparato urinario: miccion frecuente, orina muy coloreada, sedimentos rojizos. A principio de 1869 notó por primera vez en la region umbilical un tumor semejante al primero, pero que no producía ningun dolor. Durante dos años fué muy sus-

ceptible al frío, y en Enero de 1870 perdió el apetito, tosía y experimentaba en el lado izquierdo del pecho un dolor intenso que aumentaba durante la inspiracion.

El enfermo había habitado durante 24 años en Rusia y en otras partes de Europa, alimentándose segun las costumbres de los diferentes países por donde viajó.

A su entrada en el hospital el enfermo nos presenta un hábito exterior algo demacrado, aunque el desarrollo de los músculos es considerable. Sólo se queja del volúmen exagerado de su vientre, que ofrece un aspecto nodulado, desigual. Se observaba desde luégo una ancha prominencia que ocupa el espacio comprendido entre el esternon y el ombligo, pero más en el lado izquierdo de la línea media que en el derecho. Parecía proceder del lóbulo izquierdo del hígado, y ser tan grueso como una cabeza de niño. Estaba fijo y se observaba una fluctuacion manifiesta, pero sin vibracion. Una masa redondeada más pequeña, formaba eminencia inmediatamente por debajo del ombligo; se podía mover á voluntad y llevarle á la derecha ó á la izquierda de la línea media. Se descubrió un tercero, más grueso que una naranja, situado en el borde del lóbulo derecho, y separado del primero por una depresion marcada. El cuarto, que parecía más grueso que el puño, se encontraba en la region iliaca izquierda, pero situado á más profundidad que los otros. Dos pulgadas y media por debajo, y á la derecha del ombligo, había un quinto, del grosor de un huevo de gallina, perfectamente movible y que no se revelaba en la superficie del abdómen por ninguna eminencia. El sexto, movible tambien y del grosor de una nuez, parecía existir en la pared abdominal, en la parte más prominente del primero, á la izquierda de la línea media. Se distinguían ademas vagamente otros tumores de la misma índole en diferentes partes del abdómen. Todos estos tumores eran redondeados, flexibles y elásticos, y en manera alguna sensibles á la palpacion. No existía ascítis ni ictericia.

En el punto más saliente del tumor, á dos pulgadas por debajo del esternon, la circunferencia mide 36 pulgadas y media, y una pulgada por debajo del ombligo, es de 36 pulgadas. Seis pulgadas y media desde la extremidad inferior del esternon al ombligo, y siete pulgadas y media desde el ombligo al púbis. El principal inconveniente que hacía experimentar al enfermo el estado de su abdómen, era el peso. La macidez hepática no se remontaba mucho en el tórax, ni hácia delante ni hácia atras. Lengua limpia, buen apetito; algunas veces acidez, pero ningun otro trastorno digestivo; intestinos regulares; pulso á 60; pulmones y corazon sanos: sin embargo, el murmullo respiratorio es débil en la base de ambos pulmones; no hay albuminuria.

El 3 de Abril se introdujo un trócar fino en el pequeño quiste superficial (el 6.° en la numeracion que ántes hemos expuesto), y se sacaron

seis gramos, poco más ó ménos, de un líquido claro, alcalino, que contenía muchos cloruros, pero ninguna albúmina; no había ningun signo de equinococos.

La puncion no fué seguida de dolor ni de sensibilidad, y en el espacio de una semana el pequeño tumor casi había desaparecido.

El enfermo no quiso consentir ninguna otra intervencion quirúrgica, y salió del hospital en el mismo estado que había entrado.

El 6 de Marzo de 1872 fué admitido en mi clínica del hospital de Santo Tomás. Su estado había empeorado notablemente. La circunferencia era de 40 pulgadas en el ombligo, y de 40 y media á la mitad de la distancia que separa el ombligo del esternon.

Este aumento era debido en parte á una ligera ascítis; pero sobre todo al aumento de volúmen de los tumores. El de la region iliaca izquierda parece más grueso que una nuez de coco; la distancia entre la extremidad inferior del esternon y el ombligo es de ocho pulgadas y media, y la macidez hepática en la línea mamaria derecha se eleva hasta la tetilla y mide nueve pulgadas y media. El hígado, en ciertos puntos, es muy duro, miéntras que en otros es elástico y fluctuante. Las venas de las paredes abdominales están muy desarrolladas, y hay un edema considerable de ambas piernas por debajo de las rodillas. No hay ictericia; el abdómen no es sensible en ninguna parte; el enfermo se queja sobre todo de constriccion del abdómen y de dolor en el hombro derecho. Pulso á 84. La orina contenía una pequeña cantidad de pigmento biliar, pero sin albúmina.

El abdómen continúa aumentando de volúmen, de suerte que el 27 de Marzo mide 43 pulgadas en el ombligo y la respiracion comienza á ser difícil. Se hace este día una puncion con un trócar fino en el grueso quiste situado entre el ombligo y el esternon, y se sacan 28 onzas de un líquido alcalino, densidad 1.009, que contenía muchos cloruros, pero ninguna albúmina; al microscopio no hay indicios de equinococos, pero se observó que había interrupciones constantes en la salida del líquido por la cánula. La circunferencia en el ombligo, inmediatamente despues de la puncion, no mide más que 40 pulgadas y media.

En 29 de Marzo la temperatura se eleva á 39°,66, y durante una semana oscila entre 38°,36 y 38°,88; pero no hay náuseas ni sensibilidad en el abdómen.

Con todo, la ascítis y el desarrollo de las venas abdominales aumentan con rapidez, lo mismo que el edema de las piernas.

El 1.° de Abril la circunferencia es de 44 pulgadas.

El día 10 dicha circunferencia llega á 46 pulgadas. Ortopnea; el enfermo no puede dormir más que sentado en un sillon; de vez en cuando accesos de sofocacion y disnea. En tales condiciones nos decidimos á practicar la paracentésis del abdómen, sacando del peritoneo 140 onzas de serosidad alcalina, abundante en albúmina y de 1.016 en densidad. La

operacion fué seguida de un gran alivio, y lo que hubo de notable es que no volvió á formarse líquido en el peritoneo.

Al día siguiente de la operacion la circunferencia en el ombligo no era más que de 41 pulgadas.

El 29 de Abril no era más que de 37 y media pulgadas. En esta misma fecha la circunferencia en el punto más saliente del tumor epigástrico no daba más que 33 pulgadas, es decir, dos pulgadas y media ménos que al entrar el enfermo; la distancia entre el ombligo y el esternon no es más que siete pulgadas y media, una pulgada ménos que ántes. El edema ha desaparecido casi por completo de las piernas; el enfermo se levanta y puede andar un poco. Antes y despues de la paracentésis el enfermo había tomado diuréticos (píldoras azules, escila y digital).

El 16 de Mayo parecía encontrarse mejor que otras veces; se levantó un poco por la tarde; pero apénas volvió á acostarse su respiracion se hizo difícil, y al cabo de 20 minutos había muerto. Conservó su conocimiento hasta el fin y no se quejó de ningun dolor agudo.

Autopsia. — El peritoneo contiene ménos de una pinta de líquido amarillo claro. En ninguna parte se ven indicios de peritonítis reciente. Dos enormes quistes del hígado; uno, por delante, procede de la cara inferior del lóbulo izquierdo y contiene una enorme cantidad de vesículas hidatídicas con un poco de pus claro; este era el quiste que se había punciona-do. El otro se hallaba por detras del lóbulo derecho, y contenía cuatro ó cinco pintas de líquido muy diluido, opaco, en el cual había una corta cantidad de pigmento biliar y algunas vesículas hidatídicas. Se encontraron en el hígado numerosos quistes más pequeños, y procedentes del epiploon y de otras partes del peritoneo; su número llegaba á algunos cientos. Había uno del grosor del puño en el bazo, y otro todavía más grueso en la region iliaca izquierda; un tercero, del grosor de una naranja y completamente globuloso, estaba fijo por un pedículo estrecho precisamente por detras del ombligo; y, finalmente, otros dos igualmente del tamaño de naranjas, con paredes opacas, blancas y gruesas, se encontraban aislados en la cavidad peritoneal, en el vacío derecho. (Véase tambien obs. XLIV.) Corazon pequeño y flácido; no contiene hidátides; no existe trombósis de la arteria pulmonar. La parte inferior de ambos pulmones está encogida, probablemente á consecuencia de la compresion; el pulmon izquierdo está completamente adherido á la pared torácica.

No se encontró ninguna lesion patológica que pudiera explicar la muerte repentina del enfermo.

La observacion XXIX es notable por la excision que practicó el doctor Spencer Wells de un número inmenso de quistes que tenían su asiento en el peritoneo.

OBSERVACION XXIX. — *Tumores hidáticos múltiples del hígado y del peritoneo, destruidos en parte con éxito por la operacion*

Isabel C..., de 29 años de edad, fué admitida en mi clínica del hospital de Middlesex el 12 de Diciembre de 1870. Había estado algun tiempo ántes en el hospital Samaritano, en la clínica del Dr. Spencer Wells, cuyo ilustrado compañero tuvo la bondad de enviarla á una de mis salas.

Al entrar la enferma está pálida, débil, delgada, pero su fisonomía no indica ningun sufrimiento ni caquexia. Sólo se queja de su tumor en el abdómen, que mide 33 1/2 pulgadas en el ombligo. El abdómen es casi en todas partes flexible y elástico, y no se puede sentir nada que se parezca á un tumor sólido. La tumefaccion no es debida á un acúmulo de gases, porque hay casi en todas partes macidez á la percusion; tampoco existía ascítis, porque cuando la enferma está acostada en decúbito supino se observa una resonancia timpánica en el lado izquierdo. Examinando con cuidado el abdómen se ve que la tumefaccion no es uniforme, que presenta una multitud de pequeñas prominencias, correspondientes á tumores movibles, redondeados, de un volúmen que varía entre el de una cereza y una naranja, que se pueden sentir en gran número, y algunos de los cuales son visibles á través de las paredes abdominales. Se podían sentir muchos que formaban eminencia por debajo de las costillas derechas, pero era imposible determinar si estaban fijos al hígado ó no. Todos eran redondeados y muy elásticos, y en uno de los más gruesos, situado á la derecha del ombligo, la percusion indicaba una vibracion distinta. La macidez hepática llegaba al borde superior de la cuarta costilla; pero no se podía aislar el límite inferior de la macidez hepática de la debida á la masa nodular que llenaba el abdómen. Este último no era sensible en manera alguna á la presion, y la única molestia que aquejaba la enferma era la distension del abdómen, que aumentaba despues de las comidas. El apetito es bueno: no hay ningun signo de afeccion renal ó torácica; sin embargo, existe disnea, debida á la presion ejercida desde abajo por el diafragma; se puede sentir la punta del corazon, que late á la altura del tercer espacio intercostal.

Hé aquí los antecedentes de esta enferma: su padre, su madre y tres hermanos, viven en la actualidad y gozan completa salud: no hay antecedentes de tísis ni de cáncer en la familia. Salvo las afecciones ordinarias de la infancia, la enferma que nos ocupa gozó buena salud hasta los 19 años. Se casó á los 18 años. Doce meses despues tuvo un hijo. Al cabo de tres meses se levantó una noche sintiendo dolor violento por debajo de las costillas del lado derecho, vómitos, debilidad, y observó por primera vez en el mismo punto un grueso tumor del tamaño de un huevo de gallina. A los pocos días el dolor y los vómitos cesaron, pero desde entónces

la enferma no volvió á encontrarse tan bien como ántes. No tenía ninguna afeccion definida, pero se sentía débil y lánguida. La tumefaccion por debajo de las costillas derechas continuó sin aumentar considerablemente de volúmen, y al cabo de tres ó cuatro años notó en la region iliaca izquierda un tumor semejante, sin dolor al principio, pero que fué aumentando gradualmente de volúmen. Despues de esto tuvo, con diferentes intervalos, crísis de dolor abdominal, no limitado al punto ocupado por los tumores aparentes, sino general. Las crísis duraban muchos días, y en todo este tiempo la enferma daba gritos y hacía grandes esfuerzos para vomitar. Nueve meses ántes de su entrada en el hospital la enferma advirtió por primera vez numerosos abultamientos en el abdómen, y hácia la misma época comenzó á enflaquecer.

Desde el principio de su enfermedad ha estado cuatro veces embarazada; de sus cinco hijos, cuatro estaban vivos y sanos, y el quinto había muerto de eclampsia á la edad de un mes. En el intervalo de sus embarazos, las reglas se presentaron con regularidad; pero dos años ántes de su admision, padecía un prolapso de la matriz cuando andaba.

Examinando á la paciente se llegó á diagnosticar que la tumefaccion del abdómen era debida á tumores hidatídicos múltiples del hígado y del peritoneo, y que probablemente el hígado había sido el primero enfermo.

Se propuso comprobar este diagnóstico puncionando uno de los gruesos tumores con un trócar fino; pero la paciente no quiso consentirlo, y salió del hospital el 19 de Diciembre.

El 31 de Diciembre entró de nuevo en el hospital Samaritano, en la clínica del Sr. Spencer Wells, quien el 12 de Enero de 1876 puncionó el quiste más grueso, y sacó una onza del líquido hidático claro, que contenía muchos cloruros, pero ninguna albúmina. No encontrando ningun quiste grueso cuya puncion pudiera ejercer influencia sobre el volúmen del vientre, el Sr. Spencer Wells practicó en las paredes abdominales una pequeña incision, á beneficio de la cual pudieron salir tres á cuatro libras de quistes hidáticos (1) del epiploon y del mesenterio; quedaban todavía otros tantos esparcidos en las paredes abdominales, el epiploon, el mesenterio y las túnicas del intestino. Durante la operacion no se examinó el estado del hígado y del bazo.

No hubo ningun accidente consecutivo; al cabo de 10 días la herida estaba curada, y ántes de un mes la enferma salió del hospital considerablemente mejorada de esa sensacion tan violenta de distension abdominal.

Por espacio de nueve meses la enferma permaneció en tal estado, muy aliviada; pero poco á poco el volúmen del bazo comenzó á aumentar, y á

(1) Actualmente en el Museo del hospital de Santo Tomás.

mediados de Octubre el Sr. Wade, de Greenwick, que fué llamado para verla, la encontró sumida en una gran postracion; su abdómen había engrosado considerablemente y se sentían en él nudosidades distintas. Tuvo despues evacuaciones persistentes por arriba y por abajo, y, finalmente, murió casi sin fuerzas.

No pudo hacerse la autopsia.

En la observacion XXX un hidátide del hígado fué evacuado á beneficio de una ancha abertura permanente. La enferma concluyó por restablecerse; pero es probable que, despues de la operacion, se vaciara un quiste del hígado á traves del pulmon derecho. Es imposible decir si este quiste era el mismo que se puncionó, aunque parece se halla en contra de dicha hipótesis el hecho de que la bílis fué expectorada y que no se observó nunca en el líquido que salió por la abertura exterior.

OBSERVACION XXX. — *Tumor hidático del hígado. — Evacuacion por una ancha abertura. — Rotura ulterior del hidátide á través del diafragma en el pulmon.*

Isabel N..., cocinera, fué admitida en el hospital de Santo Tomás el 25 de Julio de 1874. Su padre murió á los 71 años y su madre á los 75. Dos hermanas y un hermano han muerto de consuncion: los otros tres hermanos (dos varones y una hembra) viven hoy y se encuentran perfectamente. Aunque no es muy robusta, la paciente no ha estado nunca enferma desde su infancia hasta hace dos meses, época en la cual comenzó á sentir un vivo dolor y una sensacion de traccion desde los hombros hasta el epigastrio y el hipocondrio derecho, acompañada de vómitos pasajeros, y, al cabo de algunos días, de una ligera ictericia. La ictericia y los vómitos desaparecieron bien pronto, pero persistió el dolor. Pocos días despues del principio de la afeccion notó por primera vez, por debajo de las costillas del lado derecho, un grosor ya considerable, que fué aumentando hasta el momento de entrar la enferma en el hospital.

A su entrada se queja todavía del dolor ántes mencionado. Se encuentra, partiendo del lóbulo derecho del hígado y dirigiéndose hácia abajo, un tumor casi del grosor de una nuez de coco, globuloso, liso, muy elástico é indolente. No hay ictericia ni ascítis. Pulso á 108, temperatura á 38°.

Durante los meses de Agosto y de Setiembre, en que estuve ausente de Lóndres, se tomaron pocas notas acerca del estado de la enferma.

El 15 de Agosto se vió que el tumor era muy sensible.

El 21, habiendo reaparecido la ictericia, se puncionó el tumor con un trócar grueso y se vació el contenido; era un líquido claro con cierto nú-

mero de vesículas hidatídicas y de equinococos. Se fijó una cánula en la abertura, lavando la cavidad de vez en cuando y aplicando sobre la parte un saquito de hielo.

El 5 de Setiembre se observa en la enferma una gran debilidad; anemia profunda, pulso sin fuerza.

Desde el 28 de Agosto no hay ictericia.

El 24 de Setiembre la enferma se queja todavía de un gran dolor en el lado derecho; hay fiebre; temperatura 38°,33; tos frecuente y expectoracion de un moco de color amarillo, á consecuencia de su mezcla con la bílis. Macidez en la mitad inferior del pulmon derecho, por detras con murmullo respiratorio débil, disminucion de la resonancia bucal y estertores crepitantes distintos. Por delante, igualmente macidez hasta el nivel del pezon de la mama.

El dolor y la fiebre desaparecieron al cabo de una semana; pero el 6 de Octubre la enferma expectoraba todavía bílis, y la macidez, lo mismo que los demas síntomas, persistían en la base del pulmon derecho.

La abertura exterior estaba ya cerrada y no salía bílis por ella. No se encontraron en los esputos indicios de equinococos, ni membrana hidatídica; pero en cambio hubo bílis hasta el 12 de Octubre.

La debilidad de la enferma persistió todavía mucho tiempo, en términos que no pudo levantarse hasta el 21 de Noviembre.

El 18 de Diciembre volvieron á aparecer las reglas, despues de haber estado interrumpidas durante seis meses, y á fin de año la enferma se hallaba en disposicion de salir del hospital.

En los cuatro casos siguientes un hidátide del hígado se abrió en las vías biliares, que quedaron obstruidas por las vesículas hidáticas, en términos que resultó una gran ictericia.

En la observacion XXXI el hígado contenía tres quistes, de los cuales dos comunicaban entre sí y habían supurado ántes de que se viera al enfermo. No se recurrió á la paracentésis más que como paliativo. La observacion fué tambien interesante por la circunstancia de que un hermano del enfermo había tenido tambien un hidátide del hígado.

Observacion XXXI. — *Tumores hidatídicos supurados del hígado, abiertos uno en el pulmon y otro en las vías biliares. — Ictericia. — Alivio temporal debido á la paracentésis.*

Cárlos W..., de 24 años, fué admitido en el hospital Middlesex el 19 de Mayo de 1869. Buena salud anterior hasta hace 12 meses, época en la cual, despues de haberse mojado en un día de tormenta, estuvo en cama durante dos meses á consecuencia de una inflamacion del pecho. Cuando

se restableció de esta enfermedad tuvo durante una semana vómitos y cefalalgia, y desde entónces se ha quejado siempre de debilidad general y de laxitud.

Ocho meses ántes de su admision comenzó á aquejar vómitos por la mañana, tendencia al sopor y sensacion de constriccion en el epigastrio despues de las comidas; pero, á pesar de la persistencia de estos síntomas, no dejó de trabajar hasta tres semanas ántes de entrar en el hospital, cuando los síntomas habían empeorado, cuando el sujeto había enflaquecido, sentía comezon en la piel y había observado por primera vez la presencia en el hipocondrio derecho de un grosor que continuó creciendo hasta el momento de su entrada. Diez días ántes de su admision sobrevino la ictericia y las deposiciones tomaron un color gris jaspeado.

A su entrada la ictericia es muy intensa; el enfermo se halla sumido en una marcada postracion; sus facciones amarillentas expresan la ansiedad. El hígado parece enormemente aumentado de volúmen, de modo que produce un arqueamiento manifiesto de la parte superior del abdómen.

Se encontraron las siguientes medidas, estando el enfermo en decúbito dorsal: circunferencia en el ombligo, 36 pulgadas; á la mitad de la distancia que separa el ombligo del esternon, 38 $^1/_4$ pulgadas; en la extremidad inferior del esternon, 37 $^1/_2$ pulgadas; entre la extremidad inferior del esternon y el ombligo, 7 $^1/_4$ pulgadas, desde el ombligo al púbis, seis. La macidez hepática en la línea mamaria derecha comenzaba una pulgada por encima de la tetilla y se extendía hasta media pulgada por debajo del ombligo, midiendo tambien 12 $^1/_4$ pulgadas. El borde inferior del hígado es redondeado; su superficie lisa é indolente, y se percibe con claridad en el lado derecho de la línea media la fluctuacion y la vibracion hidática. En el borde inferior del lóbulo izquierdo se observa un tumor circunscrito, fluctuante, del volúmen de una naranja, y distinto al parecer del quiste del lóbulo derecho. Por detras de este último se siente todavía otra eminencia del hígado, redondeada, pero sin fluctuacion apreciable. La macidez hepática se elevaba hasta el nivel de la quinta vértebra dorsal. Las venas subcutáneas de las regiones axilar y lumbar derechas, estaban desarrolladas y había poca ascítis. La lengua está limpia y el apetito es bastante bueno; pero el enfermo no se atreve á comer mucho, pues teme provocar dolores ó aumentar la distension; tres ó cuatro deposiciones claras durante el día sin bílis; la orina contiene mucho pigmento biliar, pero no albúmina. Pulso á 80; corazon empujado hácia arriba, pues su punta late entre la tercera y la cuarta costillas.

Disnea considerable; crepitacion ligera en la base del pulmon derecho.

27 de Mayo.—La diarrea ha persistido; la disnea y la sensacion de constriccion abdominal han aumentado. Se hace una puncion exploradora en el quiste del lóbulo derecho, y salen siete onzas de un líquido vis-

coso, amarillento, y que contiene corpúsculos de pus, restos de membrana hidática, ganchos y cristales hemáticos en forma de rombo.

29 de Mayo.—Pulso á 84, temperatura 36°,77. Se introduce un trócar pequeño en el quiste del lóbulo izquierdo, pero sólo salen algunas gotas de materia amarillenta, cuya consistencia puede compararse á la de la crema, y que contiene glóbulos grasosos, núcleos, cierta cantidad de ganchos y pequeños cristales en forma de rombo.

3 de Junio.—Se punciona de nuevo el quiste del lóbulo derecho con un trócar grueso bajo la influencia de un chorro de éter. Se sacan 80 onzas de un pus amarillento que contiene numerosos hidátides encogidos y fragmentos de vesículas: las últimas onzas de líquido estaban fuertemente teñidas de sangre. A causa de la hemorragia se sacó la cánula y se practicó la oclusion de la herida con el colodion, á pesar de que la cavidad no se había vaciado por completo.

9 de Junio.—El pulso llega á 96, la temperatura á 36°,77. La última operacion ha ido seguida de un gran alivio; pero como el quiste se llenaba de nuevo al parecer, se acordó abrirle extensamente. Despues de haber introducido por segunda vez una gruesa cánula salió mucha sangre, en parte coagulada, al mismo tiempo que membranas hidatídicas, y despues de haber sacado cuatro onzas, poco más ó ménos, de líquido, se volvió á cerrar la abertura.

18 de Junio.—Accediendo á sus ruegos, el enfermo obtiene el alta: está profundamente ictérico y aún no ha curado de su diarrea.

Desde la última operacion la temperatura no ha pasado de la normal. La circunferencia mide 38 pulgadas en la parte más prominente del tumor.

28 de Junio.—El tumor ha continuado engrosando, y hoy viene la mujer del enfermo á decirnos que su marido ha tenido de repente una diarrea copiosa, expulsando con las deposiciones *pedazos de piel y gelatina*, al mismo tiempo que el tumor lateral ha disminuido casi instantáneamente.

3 de Julio.—El enfermo enflaquece, y se debilita más y más; no tiene apetito; está muy alterado, pero no ofrece signos de ictericia. La circunferencia en el punto más prominente del tumor no es más que 34 $^1/_2$ pulgadas. El lóbulo derecho del hígado es casi plano, de suerte que el quiste del lóbulo izquierdo parece todavía más saliente.

Autopsia.—Circunferencia del abdómen en la parte más prominente del tumor: 33 1/2 pulgadas. Paredes abdominales y cólon trasverso, sólidamente adheridos al lóbulo derecho del hígado; un poco de linfa reciente en el resto del hígado y las asas intestinales adyacentes. Una pinta de líquido en el peritoneo; la membrana mucosa del cólon ascendente, está intacta. El duodeno contiene bílis y algunos pequeños quistes hidáticos, y se puede hacer penetrar un poco de bílis oscura á través del orificio dilatado del conducto colédoco. El conducto se halla considerable-

mente dilatado, de suerte que se puede pasar con facilidad una sonda del núm. 8 al grueso quiste del lóbulo izquierdo á traves del orificio duodenal. Este quiste tiene el volúmen de una cabeza de niño y contiene mucho pus pardo-rojizo con numerosas vesículas hidatídicas, cuyo volúmen varía y llega hasta el de una naranja pequeña, algunos arrugados y otros llenos de líquido. El hidátide principal está deprimido y roto; se ha separado de la pared quística, tapizada de copos de linfa. Esta extensa bolsa comunicaba con otra casi tan ancha, situada tambien en el lóbulo derecho del hígado, pero á más altura, por una abertura circular bien distinta, bastante ancha para admitir la extremidad del dedo. Este quiste tenía un contenido análogo al del primero y se adhería sólidamente al diafragma, que á su vez estaba adherido á la base del pulmon derecho. El diafragma estaba perforado en dicho punto, y en la porcion yuxtapuesta del pulmon se encontraba una cavidad del volúmen de un albaricoque, formada en la sustancia pulmonar y atravesada por trozos de tejido pulmonar en vías de disgregacion. No había líquido ni hidátides en la pleura derecha. Ambos quistes ocupaban la mayor parte del lóbulo derecho del hígado. El volúmen del lóbulo izquierdo había aumentado mucho igualmente. De su borde anterior se veía partir un tercer quiste del tamaño del puño, cuyas paredes gruesas se hallaban incrustadas de materias calcáreas, y que estaba lleno por una materia pulposa de color amarillo claro, conteniendo innumerables restos de equinococos y cristales sanguíneos. Los demas órganos estaban normales.

En Junio de 1870, Tomas W..., de 27 años de edad, hermano del enfermo anterior, me consultó para un tumor del epigastrio, fluctuante, elástico, del grosor de una nuez de coco, y que producía un arqueamiento en ambos lados.

Había observado este grosor por primera vez cuatro meses ántes. No iba acompañado de dolor ni de síntomas constitucionales. Este enfermo había vivido algun tiempo en compañía de su hermano, hace dos años y medio.

No quiso que se le operara.

En el siguiente caso, que todos vosotros habeis seguido con interés, nos fué posible diagnosticar durante la vida que se había establecido una comunicacion entre el tumor y el conducto colédoco. El hecho de que el tumor había supurado y de que el contenido era fétido, contraindicaba la operacion ordinaria y nos obligó á sustituirla por una ancha abertura permanente.

OBSERVACION XXXII.— *Tumor hidático del hígado, abierto en el conducto colédoco.— Ictericia y supuracion del quiste.— Puncion con un trócar grueso y abertura permanente. — Pulmonía. — Muerte.*

El 4 de Febrero de 1868 fuí llamado por el Dr. Ayling, de Great Portland street, para ver á la Sra. C..., de 30 años de edad, que tenía el hígado muy grueso y estaba ictérica. Su madre me aseguró que desde la edad de 14 años la enferma tenía una tumefaccion en el hipogastrio y en el hipocondrio izquierdo; pero que, aparte de algun malestar despues de las comidas y de otros síntomas de indigestion, había gozado buena salud hasta que sobrevino la enfermedad actual. Se casó á los 19 años (hacía ya 11), y durante este tiempo sus reglas habían sido regulares, sin tener ningun embarazo ni abortos. Diez y ocho meses ántes de mi visita sintió repentinamente en la espalda y en la parte superior del abdómen un vivo dolor que la hacía encorvarse. Este dolor cedió á las cataplasmas calientes, etc., pero no tardó en ir seguido de fiebre, y cuatro días despues de ictericia, que se hizo pronto intensa; la orina era de color de cerveza oscura y faltaba por completo la bílis en las deposiciones. La fiebre continuó; la tumefaccion del epigastrio y del hipocondrio izquierdo iba en aumento. La enferma se hallaba en una postracion tal que, al hacerla la primera visita, parecía iba á exhalar el último suspiro; pero no tenía vómitos, ni escalofríos, ni traspiraciones nocturnas.

Encontré á la paciente considerablemente enflaquecida, y con una ictericia intensa en las conjuntivas y en toda la superficie del cuerpo.

Había un tumor, fácil de distinguir en el epigastrio, que se extendía al parecer á ambos hipocondrios. Formaba en la parte anterior una eminencia de una y media pulgadas, y proyectaba hácia delante la extremidad inferior del esternon y de las últimas costillas en ambos lados, pero sobre todo en el izquierdo. Cuando la enferma está acostada en decúbito supino, el borde inferior del tumor se halla á una pulgada por encima del ombligo. El tumor está indudablemente relacionado con el hígado, cuya macidez es de nueve pulgadas en la línea media, de seis pulgadas en la línea mamaria izquierda, y de cinco pulgadas en la derecha. Por detras y lateralmente, la macidez hepática no se eleva á más altura que en estado normal en el lado derecho; pero en el izquierdo, por detras, sube dos pulgadas más que en el derecho, y en la línea axilar izquierda la macidez es de nueve pulgadas. El tumor, tal como se presenta en el epigastrio, es redondeado, liso y ligeramente sensible. Se siente una ligera fluctuacion y un estremecimiento *(thrill)*, como procedente de un líquido: puede percibirse en el epigastrio cuando se percute la parte maciza por detras del lado izquierdo del pecho.

La lengua está muy roja y limpia; las papilas de la punta son más fuertes que en estado normal; su centro, liso y surcado por profundas fisuras. Deposiciones arcillosas, sin indicios de pigmento biliar. Pulso á 108; la punta del corazon, empujada por el tumor, late entre la cuarta y quinta costillas; 28 respiraciones algo difíciles; temperatura 39°,2; orina 1.027, conteniendo á la vez pigmento y ácidos biliares (por el reactivo de Harley), pero no albúmina.

El hecho de que el tumor contenía líquido, y de que había existido probablemente algunos años sin provocar síntomas, indicaba un hidátide. El dolor agudo, seguido de ictericia, con deposiciones desprovistas de bílis, indicaba igualmente que este quiste tenía una comunicacion con el conducto biliar principal y le había obstruido; por otra parte, el crecimiento del tumor, la fiebre y la gran postracion, se explicaban por la inflamacion de la bolsa, consecutiva á la penetracion de la bílis.

Tal fué el diagnóstico.

Al día siguiente hice entrar á la enferma en mi clínica del hospital Middlesex, y como su estado era cada vez más crítico, se acordó practicar la puncion del tumor, único tratamiento que ofrecía, al parecer, probabilidades de éxito.

El 7 de Febrero, el Sr. Hulke introdujo un trócar fino en el lado izquierdo del epigastrio, y se sacaron seis onzas de un líquido muy fétido, fuertemente coloreado por la bílis y que contenía muchos corpúsculos de pus y cristales de colesterina, pero ningun indicio de equinococos. Despues de obtener la seguridad de la naturaleza del líquido, se sacó la cánula pequeña y se sustituyó por un trócar grueso. Algunas vesículas de hidátides salieron por esta abertura más ancha, pero sólo fluyeron unas ocho onzas de líquido, á pesar de que la sonda se introdujo á una profundidad de seis á ocho pulgadas. Entónces se dedujo que el contenido del quiste debía consistir principalmente en vesículas hidatídicas. Se inyectó en la cavidad una disolucion de ácido fénico (al 2 por 100) y se fijó un tubo en la abertura.

Durante los 10 primeros días que siguieron á la operacion se inyectó tres veces al día, con una sonda, la disolucion de ácido fénico, y siempre se vieron salir vesículas de hidátides (con ganchos y equinococos en algunas de ellas), á la vez que un líquido fétido, purulento, que contenía gran cantidad de bílis verde. En este espacio de tiempo el abdómen volvía casi á sus dimensiones normales, y la ictericia desaparecía casi por completo de la piel y de la orina; pero las deposiciones eran tan poco coloreadas como ántes.

Despues de la operacion se administraron á la enferma dósis repetidas de morfina.

Durante cuatro días el pulso llegó á 108, poco más ó ménos; la temperatura era la normal, y no hubo que observar ningun síntoma peligroso,

si exceptuamos el desarrollo en la lengua y en los lados de la boca de numerosas ulceraciones aftosas, de base indurada, que determinaban atroces dolores siempre que comía ó bebía; pero el dolor y las ulceraciones no tardaron en desaparecer bajo la influencia de las lociones con el *agua ozonizada* de Condy.

La noche del 11 de Febrero, escalofríos repetidos; el pulso sube á 140; la respiracion se acelera; la lengua está seca; vómitos de vez en cuando; la postracion aumenta con rapidez.

El 18 por la mañana la enferma comienza á delirar, y sucumbe aquel mismo día á las seis de la tarde.

Al hacer la *autopsia* no se encuentra líquido en el peritoneo, ni indicios de peritonítis reciente; pero había sólidas adherencias entre el tumor y el diafragma, y por delante con las paredes abdominales. El lóbulo izquierdo del hígado había desaparecido, y su sitio se hallaba ocupado por un enorme quiste hidatídico. Este quiste contenía próximamente dos pintas de un líquido espeso, verde, muy fétido, con grandes trozos de hidátides y la vesícula madre. Se abría exteriormente por la abertura practicada en la pared abdominal, miéntras que al interior comunicaba con el conducto colédoco por una abertura bastante ancha para recibir un catéter de grueso calibre. Incindiendo el duodeno se encontró el orificio del conducto colédoco bastante dilatado para permitir el paso del cañon de una pluma de ganso, pero obstruido por una gruesa vesícula hidatídica, empujada en parte hácia el duodeno (1). La porcion del conducto comprendida entre el duodeno y la abertura interna del quiste se hallaba distendida por vesículas hidáticas. Los conductos hepáticos estaban asimismo dilatados y el hígado muy grasoso, ictérico, con una prolongacion estrangulada en la parte inferior del lóbulo derecho. No había indicios de pigmento biliar en el contenido del intestino. Bazo adherido al tumor; pero, á parte de esto, normal; riñones tambien sanos. Pulmonía reciente, que había llegado al estado de hepatizacion gris en la parte posterior del lóbulo inferior de ambos pulmones y del lóbulo superior del pulmon derecho.

El siguiente caso es, bajo ciertos puntos de vista, casi análogo al primero. La invasion de la diarrea era debida probablemente á la evacuacion parcial del contenido del quiste, á traves del conducto colédoco, en el intestino.

---

(1) Esta preparacion se halla en el Museo del hospital Middlesex. En el Museo del de San Bartolomé existe un modelo (XIX, 12) de tumor hidatídico del lóbulo derecho del hígado, que se abre en el conducto colédoco obturado por dos hidátides, de los cuales uno ha penetrado en el duodeno á traves del orificio del conducto.

OBSERVACION XXXIII. — *Tumor hidático del hígado que se abría en el conducto colédoco. — Ictericia debida á la obstruccion del contenido por una vesícula de hidátide. — Puohemia.*

Juana R..., portera, fué admitida en el hospital de Santo Tomás el 13 de Noviembre de 1874.

Nada de particular encontramos en sus antecedentes de familia. Es casada, habiendo tenido cinco hijos, de los cuales murieron dos, y los tres restantes están sanos. Tuvo hace dos años la fiebre tifoidea, pero quedó completamente restablecida, sin experimentar ningun síntoma hasta hace ocho meses. Entónces comenzó á quejarse de un dolor en el hipocondrio derecho, que sobrevenía de vez en cuando, y que comparaba á una mordedura; al cabo de tres meses dicho dolor se extendió á los hombros. Esto no impidió que la enferma continuara dedicándose á sus habituales tareas; pero experimentaba un gran malestar é iba enflaqueciendo por momentos.

Un mes ántes de su entrada el dolor se hizo mucho más fuerte, y á los 15 días sintió de repente un dolor lancinante muy agudo en el hipocondrio derecho, acompañado de escalofríos y de vómitos, y seguido dos días despues de ictericia, con orina característica y deyecciones blanquecinas. Había guardado cama desde el principio de este ataque agudo hasta el momento de su admision.

A primeros de Octubre notó por primera vez, en la region lumbar derecha, un tumor que era entónces relativamente pequeño y que parecía movible; aumentó de volúmen con alguna rapidez, sobre todo durante las tres últimas semanas.

Estado de la enferma al entrar en el hospital. — Está muy delgada y sumida en una gran postracion, pero no acusa vivos sufrimientos; ictericia marcada de las conjuntivas y de la piel; no hay hidropesía. Lengua limpia, pero seca en el centro cerca de la raíz; poco apetito; extreñimiento; una lavativa provoca la expulsion de algunas materias fecales blanquecinas. La macidez hepática es muy extensa: comienza á media pulgada por debajo del pezon y sigue hácia abajo en una extension de 9 1/2 pulgadas, ó sea á dos pulgadas por debajo del ombligo. La porcion del hígado que linda con las costillas inferiores, produce un arqueamiento marcado de las paredes abdominales; su superficie es dura, lisa y poco sensible. El lóbulo izquierdo del hígado no está engrosado; el tumor se dirige bruscamente, por arriba, hácia el cartílago xifoides. No hay induracion de la piel alrededor del ombligo, ni ascítis, ni desarrollo de las paredes abdominales; la macidez del bazo ocupa los límites normales; no existe ningun signo que demuestre que hay una asa intestinal por delante del tumor, miéntras que la percusion

da un sonido timpánico distinto por detras de ella. Los órganos torácicos están sanos; 20 respiraciones; pulso que varía entre 92 y 128, y la temperatura entre 36°,1 y 37°,77; la orina, cuya densidad es de 1.017, contiene mucho pigmento biliar y uratos, 1/8 de albúmina, algunos corpúsculos sanguíneos y laminillas de epitelio, pero no leucina ni tirosina.

La paciente tiene algunas veces delirio, y en otros momentos sus ideas son tan confusas que es imposible obtener datos precisos acerca de la enfermedad.

El 17 de Noviembre la enferma padeció una crísis de diarrea que duró tres días, durante los cuales tuvo en la cama numerosas deposiciones negras, líquidas, muy fétidas, que desgraciadamente no se examinaron con cuidado.

A los tres días, ó sea el 20, cesa la diarrea, las materias vuelven á ser sólidas y poco coloreadas.

El 21 de Noviembre la enferma parecía encontrarse algo mejor, y sus ideas se fueron aclarando.

Pero despues aumentó su postracion y cayó gradualmente en un estado de estupor, con lengua seca y fuliginosidades alrededor de la boca, cuyo estado persistió hasta la muerte, ocurrida el 25 Noviembre.

Autopsia. — El lóbulo derecho ha sufrido un alargamiento considerable: ocupa una extension de nueve pulgadas por debajo de la extremidad inferior del esternon. Un quiste hidático de dos pulgadas de diámetro partía de su borde anterior y presentaba el aspecto de la vesícula biliar. El otro quiste, más grueso que el puño, se hallaba hundido en la sustancia del lóbulo derecho, formando una ligera eminencia en su cara anterior y superior. Este quiste contenía un líquido que ofrecía el aspecto del pus, coloreado por la bílis, y otros quistes más pequeños; la cavidad que ocupaba comunicaba con los conductos biliares. Una masa considerable de membrana hidática obturaba la terminacion del conducto colédoco, y formaba eminencia, en parte, en el duodeno. Los conductos colédoco, cístico y hepático se hallaban considerablemente dilatados, y en el interior del hígado los conductos biliares estaban tambien dilatados, de modo que presentaban cavidades análogas á las cavidades quísticas y llenas de un líquido opaco de color de naranja. La vesícula biliar contenía tres cálculos y algunos pequeños quistes hidatídicos. Riñones congestionados y manchados de bílis; pero, por lo demas, no ofrecían nada de particular. Estómago, bazo, corazon y cerebro, en estado normal. El lóbulo inferior del pulmon derecho estaba adherido al diafragma, muy congestionado, y contenía algunos infartos sólidos, uno hemorrágico, los demas rojo-oscuros, con una ó dos gotas de pus espeso en su interior. Lóbulo inferior del pulmon izquierdo congestionado, pero sin infarto.

El siguiente caso, observacion XXXIV, es notable, tanto por el hecho de que el enfermo se restableció despues de la evacuacion de un quiste voluminoso del hígado á traves de las vías biliares en el intestino, cuanto por la manera extraordinaria como llegó á sobrevenir la muerte.

OBSERVACION XXXIV. — *Tumor hidático del hígado abierto en el conducto colédoco. — Ictericia. — Evacuacion de numerosas membranas de hidátides por el ano. — Restablecimiento. — Crísis de cólico hepático á consecuencia del paso por las vías biliares de los quistes que quedaron en el hígado.—Rotura de adherencias antiguas del hígado en los esfuerzos para vomitar. — Peritonítis. — Muerte.*

El 29 de Octubre de 1861 fuí consultado por el Sr. M. G. W..., abogado, de 53 años de edad.

Se quejaba, desde algunas semanas ántes, de flatulencia y de una sensacion de constriccion y opresion despues de las comidas, y tres días ántes había sentido dolores vivos en el abdómen que ofrecían la apariencia de cólicos. Tenía el color algo pajizo; deposiciones pálidas, pero conteniendo bílis; no había bílis en la orina, que se derramaba en pequeña cantidad: era oscura, muy densa (1.027) y depositaba mucho ácido úrico. La macidez hepática vertical en la línea mamaria derecha se extendía á una pulgada próximamente por debajo del borde de las costillas; ligera sensibilidad á la presion en toda la superficie del hipocondrio derecho.

Pulso á 64. Las digestiones han sido siempre buenas, excepto cierta vez, hará unos siete años, en que sobrevino una crísis de dolores abdominales, parecida á la que recientemente ha sufrido. La medicacion que yo le aconsejé, lo mismo que la prescrita por el Dr. Thomas Watson, llamado en consulta, no produjo ninguna mejoría.

El 24 de Noviembre el enfermo fué acometido de grandes vómitos, seguidos de una agravacion de los síntomas dispépsicos y un aumento de la sensibilidad en el hipocondrio derecho.

El 6 de Diciembre el Sr. G... se encuentra mucho peor; la sensibilidad en el lado derecho ha aumentado de un modo considerable; el enfermo experimenta tambien en este punto un dolor constante, que llega á ser muy agudo cuando tose ó cuando hace una inspiracion profunda; lengua espesa y húmeda; extreñimiento; distension timpánica muy pronunciada del abdómen; el color es cada vez más amarillo, pero no siente malestar. Pulso á 88; 30 respiraciones torácicas. Se aplican 15 sanguijuelas sobre el sitio del dolor.

El día 8 de Diciembre otras 12 sanguijuelas.

El día 10 otras ocho con cataplasmas en los intervalos, manteniendo libre el vientre con el aceite de ricino y las lavativas de trementina.

El 12 de Diciembre el dolor ha calmado un poco; pero existe todavía una viva sensibilidad y un punto doloroso en el lado derecho durante la tos ó la inspiracion. El color es muy pajizo, pero las conjuntivas no están amarillas; y las deposiciones, aunque pálidas, contienen bílis. La macidez hepática vertical es de cinco pulgadas en la línea mamaria derecha. No se siente nada que parezca claramente un tumor, ni existe arqueamiento de las costillas; ruidos respiratorios normales en la base del pulmon derecho. Pulso á 88.

Los días 16 y 17 de Diciembre el enfermo ha expulsado por primera vez algunos hidátides en una deposicion biliosa.

El 18 la situacion ha empeorado: ictericia muy pronunciada de los tegumentos; orina cargada de pigmento biliar; no hay indicios de bílis ni de membranas hidatídicas en las materias. Dolor incesante en el lado derecho, con paroxismos de vez en cuando, semejantes á cólicos. Labios apergaminados; lengua cargada; sudores copiosos por la noche y postracion considerable. Pulso á 100. El tratamiento consiste en cataplasmas aplicadas contínuamente sobre el lado, y en la administracion de píldoras azules y de opio.

El 19 el paciente se siente mucho mejor; ha expulsado por el ano una gran cantidad de vesículas hidáticas de dimensiones muy variables, desde el volúmen de una cabeza de alfiler hasta el de una naranja. La piel y la orina están todavía ictéricas, y no hay bílis en las deposiciones.

El 20 las materias están teñidas de bílis y contienen numerosas vesículas hidatídicas.

El 21 no existe apénas ictericia. Las materias contienen siempre hidátides y cierta cantidad de bílis. Por debajo, y á la izquierda de la tetilla derecha, sonido timpánico á la percusion en un espacio del tamaño de un duro; por encima y por debajo de este punto se encuentra la macidez hepática. Pulso á 88; dolor bastante menor; lengua limpia.

El enfermo continúa expulsando algunas vesículas hidáticas en cada deposicion hasta el 31 de Diciembre, y el sonido timpánico ántes observado persistió algunos dias más. Existen todavía de vez en cuando crísis de dolor agudo, pero pasajero, en el abdómen.

El 6 de Enero de 1862 podía considerarse al sujeto en plena convalecencia. Pulso á 72. No se distingue el sonido timpánico ántes indicado, y el límite superior de la macidez hepática ha disminuido una pulgada.

A fines de Enero, el Sr. M. W... se hallaba en estado de levantarse.

El 19 de Febrero partió para Ventnor, con objeto de cambiar de aires. Estaba de vuelta en Lóndres á los pocos días, es decir, el 11 de Marzo.

Durante su permanencia en Ventnor tuvo una crísis de cólico que duró una hora y media, sumamente violenta. Pocos días despues de su llegada á Lóndres, otra crísis parecida, pero ménos intensa. Ninguno de estos ataques fué acompañado de vómitos. El enfermo veía aumentar sus fuerzas

de día en día, y al volver á la ciudad, se sintió capaz de dedicarse á sus ocupaciones ordinarias.

El 2 de Abril fué á Essex para evacuar algunos asuntos. Corrió por el país, andando muchas millas (1) por día, sin sentir nada de particular, y volvió á Lóndres el 6 de Abril.

El 8 de Abril, dedicándose á sus ocupaciones habituales, anduvo algunas millas á pié. Poco despues de comer, á eso de las siete de la tarde, sintió repentinamente en el abdómen un violento dolor, que volvió á presentarse luégo con mayor intensidad, acompañado de vómitos. El epigastrio estaba poco sensible, pero no había ictericia. El pulso á 84. Se prescribieron dósis repetidas de opio y de éter clórico, y la aplicacion continua de cataplasmas sobre el abdómen.

Al día siguiente los paroxismos de dolor han cesado, pero el epigastrio es más sensible, lo mismo que el hipocondrio derecho; dolor intenso, provocado por la tos ó el movimiento. Los vómitos no han cesado por completo; el color es algo sucio, pero las deposiciones contienen una pequeña cantidad de bílis. Pulso á 80. Se mandan aplicar 10 sanguijuelas al costado, y se continúan las cataplasmas y los opiados. El enfermo, creyéndose algo mejor, no consiente que le apliquen las sanguijuelas. Por la tarde tuvo dos violentos accesos de temblor, despues de los cuales se sintió bien y libre de todo dolor, por lo cual juzgó inútil mandarme á llamar.

El 10 de Abril por la mañana se encontró tan bien, que almorzó sin novedad; pero se hallaba en un estado de postracion extrema: indudablemente la enfermedad declinaba. El pulso llegaba á 120 en el codo y era imperceptible en la muñeca. El malestar había cesado, pero las facciones tomaron mal aspecto: la piel estaba fría y cubierta de un sudor viscoso. Perdió poco á poco el conocimiento y murió á las ocho de la noche.

Autopsia. — No se examinó más que el abdómen. Al abrir esta cavidad, los intestinos parecían hallarse en estado normal, pero distendidos por gases. No hay exudacion en la cavidad general del peritoneo; la vascularizacion no se halla aumentada. El intestino grueso contiene cierta cantidad de materia pulposa, de color de crema y sin ningun indicio de bílis. El intestino delgado contiene bílis.

El lóbulo izquierdo del hígado estaba sano y sin adherencias. La superficie superior é inferior del lóbulo derecho, se hallaba sólidamente adherida á las partes adyacentes. Cerca del borde derecho del hígado, algunos de los trozos que le unen á las costillas parece haberse roto, y se ve en este punto una placa de linfa reciente, del tamaño de una pulgada cuadrada, alrededor de la cual había aumentado ligeramente la vascularizacion. En la sustancia del lóbulo derecho se encontraba una cavidad depri-

(1) La milla inglesa vale 1.600 metros.

mida, de forma irregular, del volúmen de una naranja gruesa; las paredes de esta cavidad se hallaban formadas en parte por las costillas y las adherencias inmediatas; su superficie interna estaba constituida por tejido hepático indurado, que presentaba un aspecto especial, y no se hallaba tapizado por una membrana hidática. La cavidad estaba casi vacía, pero contenía cuatro ó cinco vesículas hidáticas encogidas del tamaño de un franco. Un conducto biliar, considerablemente dilatado, hacía comunicar esta cavidad con el conducto colédoco. Todo el conducto, desde la cavidad hasta su embocadura duodenal, era bastante ancho para admitir la punta del dedo pequeño (1). Más hácia atras, en el lóbulo derecho del hígado y completamente distinta de la que acabo de describir, se encontraba otra cavidad del volúmen de una ciruela, tapizada por una antigua membrana hidatídica, cribiforme, endurecida y de color amarillo opaco. El contenido de esta cavidad había salido durante la rotura del hígado.

(Este tumor puede haber sido la causa de los síntomas que el enfermo experimentó siete años ántes de su muerte.)

La observacion XXXV, lo mismo que la que lleva el número XXV, demuestra los buenos efectos del tratamiento antiséptico despues de haber abierto extensamente un quiste hidático supurado.

OBSERVACION XXXV.—*Hidátide supurado del hígado.—Ancha incision.—Restablecimiento.*

La señorita M..., de 24 años de edad, me consultó el 24 de Noviembre de 1869. Asegura haber observado hace dos años un arqueamiento de las últimas costillas derechas, que sobrevino sin dolor y no había aumentado mucho desde que se observó por primera vez. La circunferencia del lado derecho del pecho, por debajo de la mama, era de 15 1/2 pulgadas, y de 13 1/2 en el lado izquierdo. La macidez hepática en la línea mamaria derecha se extendía hácia abajo á ocho pulgadas por debajo del pezon; no se elevaba mucho por detras, y su borde superior era arqueado. Los espacios intercostales comprendidos en el arqueamiento habían desaparecido, pero no se podía percibir nada semejante á la fluctuacion. Tampoco había sensibilidad á la presion. Salud general, buena.

No volví á ver á la enferma hasta el 4 de Febrero de 1873. Entónces me dijo que durante dos meses había padecido frecuentes accesos de dolor intenso, que atravesaban el tumor de parte á parte: este sufrimiento la arrancaba gritos y la impedía dormir. Dichas crísis sobrevenían más pronto

(1) La preparacion existe en el Museo del hospital Middlesex.

cuando estaba acostada. Experimentaba igualmente un ligero malestar en el estómago despues de las comidas y se la veía enflaquecer. El tumor había aumentado principalmente hácia arriba. Por debajo de la mama, la circunferencia del lado derecho era de 16 pulgadas, y de 14 1/2 en el izquierdo. La macidez hepática se elevaba por delante á 1 1/2 pulgadas por encima del pezon, y desde allí se extendía 9 1/2 pulgadas por abajo, hasta 3 pulgadas por debajo de las costillas. Igualmente, por detras, la macidez hepática pasaba una á dos pulgadas de su límite normal; el aire no entraba sino de una manera imperfecta en el lóbulo inferior del pulmon derecho. No hay fluctuacion. Pulso á 108; temperatura algo elevada. Emití la opinion de que se trataba de un tumor hidático del hígado y que estaba indicada una puncion exploradora.

El Sr. W. Jenner, que vió á la enferma, en consulta conmigo, el 22 de Febrero, fué completamente de mi opinion.

El 24 de Febrero se puncionó el tumor entre la sexta y la séptima costilla, por delante; salieron próximamente 12 gramos de pus y se cerró la abertura.

El 26 de Febrero el Dr. Morgan practicó en el mismo punto una ancha abertura que dió salida á cuatro tazas de pus, que contenía numerosas y gruesas vesículas hidatídicas. Se lavó la cavidad con una disolucion de cloruro de zinc (1,30 gramos por onza) y se dejó en la abertura un tubo de goma por medio del cual se pudo inyectar todos los días una ligera disolucion de ácido fénico, cubriendo la herida con estopa cardada. El dolor de que se quejaba la enferma desapareció de repente.

Continuó saliendo mucho pus é hidátides hasta el 17 de Marzo, en que se vió salir lo que parecía ser la vesícula madre.

Despues de esto, el flujo disminuyó rápidamente y la enferma recobró sus carnes.

El 28 de Marzo se quitó el tubo y bien pronto se cerró la abertura.

El 8 de Abril la enferma gozaba perfecta salud.

En el caso que lleva el número XXXVI, el tumor hidatídico, no sólo supuró, sino que produjo la puohemia, con depósitos purulentos secundarios en el hígado.

Observacion XXXVI. — *Tumor hidático del hígado. — Piohemia con depósitos purulentos secundarios en el hígado.*

Tomás B..., de 35 años de edad, fué admitido en el hospital de febricitantes de Lóndres el 20 de Enero de 1866. Había residido 20 años en la Tasmania y los cuatro últimos en Inglaterra. Su salud anterior había sido siempre buena.

La enfermedad actual comenzó cinco semanas ántes de su admision por un dolor intenso en el lado derecho, seguido tres semanas despues de ictericia y de diarrea. Sólo cuando sintió este dolor observó por primera vez en el lado derecho una tumefaccion que no ha aumentado al parecer. El enfermo estaba delgado é ictérico; su hígado era más grueso, llegando á ocho pulgadas la macidez vertical en la línea mamaria derecha. La porcion del hígado que formaba eminencia por debajo de las costillas derechas era lisa, indolente, elástica y casi fluctuante, pero no se observaba nada parecido á la vibracion hidática. Ascítis moderada. Pulso á 96; lengua húmeda y roja; no hay apetito; seis á siete deposiciones líquidas por día, conteniendo poca ó ninguna bílis. Sudores copiosos por la noche.

Tres ó cuatro días ántes de su admision sobrevinieron accesos irregulares de temblor; la diarrea continuó; el enflaquecimiento y la traspiracion aumentaron; la lengua se hizo seca y oscura.

El 22 de Febrero falleció el enfermo.

En dos ocasiones (el 31 de Enero y el 7 de Febrero) se hizo una puncion exploradora en el tumor. La primera vez no se sacó nada, porque el trócar era demasiado corto; la segunda vez se sacaron seis onzas de un líquido bilioso, purulento, que desgraciadamente no pudo ser sometido al exámen microscópico.

Ninguna de estas operaciones produjo el menor accidente.

Al hacer la *autopsia* se encontró un quiste hidático del grosor de una cabeza de niño, y lleno de pus y de hidátides secundarios, que se proyectaba desde la cara inferior del hígado, y comprendía la vena porta y los conductos biliares.

El hígado estaba sembrado de numerosos abscesos pequeños, y su cara externa cubierta de linfa reciente. Difícilmente se encontraron indicios de las punciones; con todo, había á su alrededor una pequeña inflamacion.

En el siguiente caso la supuracion de un hidátide parecía haber producido la puohemia, con abscesos gangrenosos secundarios en el hígado. Los caractéres anatómicos del hígado concordaban con los descritos por el Sr. Rokitanski con el nombre de *gangrena del hígado* (1). Sin embargo, esta enfermedad es tan rara que ha sido negada por algunos autores. El mismo Rokitanski no ha visto más que un ejemplo, y por cierto asociado á la gangrena pulmonar. Budd refiere un segundo caso, y cita otro de Andral (2). Dada la rareza de estos casos, el olor notablemente fétido observado durante la vida presenta un gran interés clínico.

---

(1) *Pathol. anat.*, Syd. Soc. éd., t. II, pág. 136.
(2) Budd, *op. cit.*, tercera edicion, pág. 129.

OBSERVACION XXXVII. — *Hidátide supurado. — Puohemia con abscesos gangrenosos secundarios en el hígado.*

Un hombre de 27 años de edad fué admitido en mi clínica del hospital de febricitantes de Lóndres el 23 de Febrero de 1867.

Se hallaba en un estado tal de postracion, que apénas pudo darnos algunas nociones acerca de su estado, y lo único que pudo saberse es que había servido en las Indias occidentales durante siete años, poco más ó ménos, pero que su salud había sido buena hasta un mes ántes de su admision; en este momento sintió dolor en el epigastrio y en el hipocondrio derecho, con náuseas y vómitos, y hácia la misma época notó por primera vez, debajo de las costillas derechas, un tumor sobre el cual le era imposible abrocharse el chaleco. ¡Tal era el dolor que sentía!

A su entrada en el hospital, el abdómen está tenso y sensible en toda su superficie; se percibe distintamente en el hígado un ruido de frote; este órgano parece muy grueso y se extiende hasta la cresta del hueso íleon, y por arriba hasta el borde inferior de la tercera costilla. Lengua seca y oscura; vómitos frecuentes, pero ninguna ictericia; funciones intestinales regulares. Macidez del bazo más extensa. Pulso á 132 y débil; ruidos del corazon normales; respiracion acelerada y torácica; macidez á la percusion por detras del pulmon derecho, y estertores húmedos en la mayor parte de ambos pulmones. Piel caliente, cara pálida.

Al día siguiente por la mañana ha aumentado la postracion, y ademas se observa una ligera ictericia conjuntival y un olor fétido *sui generis*, que parece procedente de todo el cuerpo, y no del aliento en particular. Este hecho fué anotado en la libreta de observaciones ántes de la muerte del enfermo, que sobrevino aquel mismo día.

Al hacer la *autopsia* se observaron los signos manifiestos de una peritonítis reciente, sobre todo en las partes inmediatas al hígado. En la cara inferior del lóbulo derecho del hígado, y penetrando muy poco en su sustancia, se veía un quiste hidático más grueso que una nuez de coco. La pared del hidátide era opaca, resistente y cribiforme, por la presencia de numerosas y anchas aberturas, y su cavidad estaba llena de un líquido parduzco, purulento, de un olor muy fétido. Todo el hígado se hallaba sembrado de numerosas masas reblandecidas, del volúmen de una nuez al de una naranja pequeña, en las cuales el tejido hepático estaba reblandecido y consistía en una materia esponjosa, correspondiente al estroma fibroso y á los vasos, saturada de un líquido pulposo, verdoso y muy fétido. Enclavado en la sustancia del hígado, cerca del borde anterior del lóbulo derecho, se encontraba un quiste hidático del grosor de una castaña, y que contenía un líquido claro y equinococos. Los pulmones se

hallaban congestionados, pero no estaban en parte alguna inflamados ó gangrenosos.

En el caso siguiente, el tumor era tan voluminoso que llenaba casi la cavidad abdominal: había penetrado por él la bílis. La naturaleza real de la enfermedad no pudo reconocerse durante la vida de la paciente, y sólo se recurrió á la paracentésis como paliativo para aliviar la suma angustia de la enferma, y sin ninguna esperanza de curacion.

OBSERVACION XXXVIII. — *Quiste hidático enorme del hígado que pasaba á traves del agujero de Winslow y llenaba casi toda la cavidad abdominal.— Paracentésis. — Pleuresía. — Tubérculos pulmonares. — Muerte por inanicion.*

Isabel C..., de 15 años de edad, fué admitida el 26 de Agosto de 1862 en el hospital de Middlesex, en la clínica del Dr. Greenhow. Había estado siempre buena hasta los tres años, pero en esta época sufrió una grave caida sobre el lado derecho, y desde entónces no ha vuelto á recobrar por completo la salud perdida. Hace 9 ó 10 años observó un tumor en el lado derecho del abdómen. Tres años ántes de su admision en Middlesex estuvo en un hospital, del cual salió porque no se dejó operar.

El tumor fué aumentando gradualmente de volúmen sin determinar dolor, pero durante este tiempo la enferma estaba enfermiza y débil. Cuatro meses ántes de su entrada en este hospital fué acometida de escarlatina, y durante la convalecencia, ó durante los últimos días que precedieron á su admision, el tumor fué creciendo con rapidez y llegó á ir acompañado de cierto dolor en el abdómen.

A su entrada, la cara y las extremidades están considerablemente demacradas, tiene la mirada triste, ansiosa, y las conjuntivas están ligeramente amarillas. El abdómen está muy grueso y ofrece una fluctuacion manifiesta; pero lo más notable es que la percusion da una resonancia en ambos vacíos, en el epigastrio y en ambos hipocondrios. La enferma se quejaba de crísis de disnea y de dolor intenso en el abdómen. Pulso á 100 y débil; no hay ruido anormal en el corazon; respiracion difícil y torácica; buen apetito; funciones intestinales regulares; orinas raras y cargadas de bílis.

El 3 de Setiembre el dolor abdominal y la disnea llegaron á tal grado que se practicó la paracentésis del abdómen como paliativo, y se sacaron 248 onzas de un líquido sucio, oscuro, que desgraciadamente no se examinó al microscopio ni con los reactivos químicos.

La operacion produjo, como efecto inmediato, un gran alivio en el dolor y la disnea, pero al cabo de tres días se vió que el tumor aumentaba de nuevo rápidamente.

El 26 de Setiembre sus dimensiones eran más considerables que ántes de la operacion, aunque la disnea no era del todo alarmante.

Al día siguiente, la enferma sucumbió de inanicion.

Autopsia. — Incindiendo las paredes abdominales, salen unos siete litros de una serosidad de color amarillo paja. La mayor parte de la cavidad abdominal, áun hasta el púbis, estaba cubierta de una membrana gelatinosa, perfectamente adherida, que formaba parte de un enorme quiste hidatídico, el cual comprimía el estómago y el intestino contra la cara inferior del diafragma y del hígado, donde se encontraban reunidos. Flotando en este gran quiste abdominal se encontraba un quiste secundario, que contenía próximamente una taza de líquido y restos aparentes de otro quiste. Tambien se hallaron en la cavidad del quiste algunos otros de menor volúmen. Se vió ademas que este gran quiste primitivo se continuaba con otro del grosor de una cabeza de niño, el cual procedía de la cara inferior del hígado, donde estaba implantado. Por consiguiente, las dos cavidades no constituían más que un solo quiste, que ofrecía una parte angosta en forma de reloj de arena: el conducto de comunicacion era bastante ancho para que cupieran tres dedos, y parecía corresponder al agujero de Winslow. La vesícula biliar estaba comprimida, vacía y atrofiada. Fijo al borde anterior del lóbulo izquierdo del hígado por un delgado pedúnculo fibroso, se encontraba otro tumor del volúmen de un huevo de ganso, que contenía un quiste hidático retraido, lleno de una materia semejante á la cola, en la cual se encontraban numerosos ganchos de equinococos.

Se encontró un tercer tumor fijo á la cara superior del lóbulo derecho del hígado, y sólidamente adherido á la cara inferior del diafragma, el cual estaba empujado hácia la cavidad de la pleura derecha. Este tumor se hallaba tapizado por un quiste que contenía próximamente una taza de serosidad amarillo-pajiza, y cuya cara interna estaba sembrada de equinococos. La pleura derecha contenía próximamente una taza de líquido semi-purulento, y las caras opuestas de la pleura, en la base del pulmon derecho, se hallaban cubiertas por un depósito reciente de linfa semi-organizada.

Ambas cavidades pleuríticas tenían una capacidad muy disminuida por la elevacion del diafragma, y los dos pulmones contenían numerosos tubérculos miliares esparcidos. El corazon es pequeño, pero, por lo demas, normal. El bazo está pálido y flácido. Los riñones gruesos y congestionados.

En los tres casos de hidátide del hígado que van á ocuparnos, la muerte sobrevino por la abertura del quiste en la pleura ó el pulmon.

El primer caso que se presentó cuando yo era director de las autopsias en el hospital Middlesex, demuestra la falta de todo síntoma, con un

voluminoso tumor hidático del hígado, ántes de su rotura en la pleura, y tambien las dificultades del diagnóstico á que puede dar lugar la coexistencia de un empiema con el aumento de volúmen del hígado por el hidátide.

OBSERVACION XXXIX. — *Tumor hidatídico del hígado, que se abrió en la pleura derecha. — Empiema. — Muerte.*

Luisa R..., de 17 años, entró el 23 de Marzo de 1861 en el hospital Middlesex, en la clínica del Dr. E. Thompson.

Era criada de servicio y sólo había dejado su trabajo hacía 15 días, pues hasta entónces gozó buena salud y no aquejó ningun dolor ni malestar. En dicha época sintió repentinamente un dolor agudo en la parte superior del abdómen y en ambos lados del pecho; este dolor aumentaba durante la inspiracion, é iba acompañado de tos, de disnea, de síntomas febriles y de una gran postracion.

A su entrada, el pulso llega á 112, es pequeño y débil. Tos ligera. Macidez y falta de murmullo respiratorio en todo el lado derecho del tórax, excepto en el espacio infra-clavicular. Macidez igualmente y respiracion débil en la base del pulmon izquierdo. La macidez hepática en la línea mamaria derecha, se extendía unas cuatro pulgadas por debajo del reborde de las costillas. No hay ascítis ni ictericia, pero la orina contiene albúmina. Fiebre héctica con gran postracion.

La muerte sobreviene el día 8 de Abril, precisamente un mes despues de la aparicion del primer síntoma de la enfermedad.

Autopsia. — Corazon normal. El pulmon izquierdo está en todas partes sólidamente adherido; su lóbulo inferior se halla hiperemiado, y un trozo de su tejido, cerca de la base, se hunde en el agua; al hacer un corte no era granuloso, sino duro y resistente. La cavidad pleurítica derecha estaba llena de pus, en el cual flotaban innumerables vesículas hidatídicas desde el volúmen de una cabeza de alfiler hasta el de una naranja. El pulmon derecho está completamente deprimido y carnificado, excepto en el vértice, que contiene un poco de aire.

El hígado estaba muy deprimido, su borde inferior pasaba de la mitad del espacio comprendido entre el ombligo y el púbis. Desde el borde posterior del lóbulo derecho partía un quiste tan grueso como una cabeza de niño y sólidamente fijo al diafragma. El hígado no se hallaba adherido en ningun otro punto de su superficie. En la parte superior del quiste se veía una rotura, producida á traves del diafragma, de una pulgada y media de diámetro, por la cual comunicaba el quiste con la pleura derecha. El interior del quiste se hallaba tapizado por una membrana hidática, y lleno de pus y de vesículas, gran número de las cuales fueron examinadas, sin que se encontraran ganchos ni equinococos.

No había tumor hidatídico, ni en el hígado ni en ningun otro órgano. La pélvis y los cálices del riñon derecho y la parte superior del uréter derecho estaban dilatados, probablemente por la presion ejercida hácia abajo por el hígado desviado; sustancia del riñon derecho muy atrofiada; riñon izquierdo normal.

OBSERVACION XL. — *Tumor hidático del hígado, rotura en la pleura derecha. — Empiema. — Pericardítis.*

Jorge K..., jardinero, de 54 años de edad, de buenas costumbres, fué admitido el 25 de Abril de 1854 en la clínica del Dr. Hawkins, en el hospital Middlesex. Había gozado siempre buena salud, cuando, cuatro meses ántes de su entrada, fué acometido repentinamente de dolor en todo el abdómen, pero sobre todo en el hipocondrio derecho, y que se extendía desde allí al hombro del mismo lado. Hácia la misma época tomó su piel un color ligeramente ictérico. El dolor y la ictericia persistieron, y en el momento en que se le pudo examinar el enfermo se había vuelto muy débil y delgado, y se quejaba de una tos incesante. El hígado es muy grueso y se extiende hasta el ombligo. Arqueamiento considerable del lado derecho del pecho, en el cual la percusion daba en todas partes una macidez, y donde no se oía el murmullo respiratorio, excepto por detras y arriba, cerca de la columna.

El enfermo se debilitó más y más, y murió el 10 de Mayo.

Autopsia. — La cavidad pleurítica derecha estaba llena de un líquido amarillento, turbio, semi-purulento, que contenía masas de materia gelatinosa, que se reconocieron como vesículas hidatídicas. El pulmon derecho se hallaba comprimido y aplastado contra la columna vertebral, y en su base sólidamente fijo al diafragma por adherencias; no crepitaba en manera alguna, se hundía en el agua y estaba por completo carnificado. El hígado, enormemente grueso, se extendía hasta el ombligo y pesaba nueve onzas. Estaba muy adherido al diafragma. En la parte posterior del lóbulo derecho se encontraba una cavidad del grosor de un huevo de cisne, tapizada por un quiste hidatídico, y que contenía en su interior algunos quistes semejantes. La pared superior de esta cavidad se hallaba constituida por el diafragma, en el cual había una ancha abertura por la cual esta cavidad comunicaba con la pleura derecha. El hígado estaba muy congestionado. El pericardio estaba pegado al corazon por adherencias recientes. El pulmon izquierdo, el bazo y los riñones, estaban sanos.

OBSERVACION XLI. — *Antiguo hidátide del hígado comunicando con la base del pulmon derecho. — Pulmonía lobular y gangrena del pulmon.*

Roberto J..., de 72 años, fué enviado al hospital de los febricitantes

de Lóndres, presentando un caso de fiebre. Este individuo asegura que tuvo mucha tos durante dos meses, y ademas que guardó cama algunos días. Su aliento exhalaba un olor indudablemente gangrenoso; los esputos eran verdosos, sucios, moco-purulentos y muy fétidos. Estertores bronquiales secos en la superficie del pecho y en la base del pulmon derecho; ligera macidez con aumento de la resonancia bucal y gruesos estertores húmedos, pero nada semejante á la respiracion cavernosa. Pulso á 96; 36 respiraciones. No había ningun cambio en los signos físicos suministrados por el pecho, pero la lengua estaba seca y oscura; despues sobrevino diarrea y el paciente fué aniquilándose y debilitándose gradualmente hasta su muerte, el 11 de Setiembre.

Al hacer la *autopsia* se encontró una pulmonía lobular del lóbulo inferior del pulmon derecho, y completamente en la base una porcion del grosor de una naranja atacada de gangrena. En dicho punto, el pulmon se adhería sólidamente al diafragma y éste al hígado; el tejido deprimido del pulmon gangrenoso comunicaba por muchas aberturas con una cavidad situada en la parte superior del lóbulo derecho del hígado, y que tenía tres pulgadas de diámetro. Dicha cavidad contenía mucha sustancia calcárea y cierta cantidad de materia pultácea, grisácea, muy fétida. Un exámen atento permitió observar la falta de ganchos de equinococos. El resto del hígado y de los intestinos se hallaban en estado normal.

La falta de ganchos pudo hacernos desechar la idea de que el tumor del hígado tenía por orígen un hidátide. Pero aunque los ganchos resisten durante un período indefinido á los cambios que sobrevienen en el interior del cuerpo, no pueden resistir á la putrefaccion que sigue á la exposicion al aire libre, y esta última condicion debió existir en tal caso durante muchas semanas ántes de la muerte. Un absceso antiguo es la única lesion que pudo producir los síntomas ántes descritos; pero el sujeto no había presentado nunca los síntomas de un absceso del hígado.

En los dos casos siguientes, lo mismo que en la observacion XXXIX, el tumor comprimió, al parecer, los uréteres.

OBSERVACION XLII. — *Hidátide del hígado. — Pielitis. — Pus en la orina. Muerte repentina.*

Elena C..., de 21 años de edad, se presentó en Abril de 1861 á mi consulta del hospital Middlesex.

Nos contó que desde 18 meses ántes iba debilitándose y enflaqueciendo mucho, y que últimamente había sido acometida por una disnea muy molesta, aunque no tosía. Su padre había muerto de consuncion. Nuestra enferma había tenido leucorrea é irregularidad en la funcion catamenial.

Haciendo el exámen del pecho se encontró un arqueamiento del lado derecho, que comenzaba en el borde superior de la quinta costilla; tenía su máximum en las costillas falsas y disminuía despues gradualmente. La macidez hepática en la línea mamaria derecha se extendía á tres pulgadas por debajo del reborde de las costillas, y su longitud total era de seis pulgadas y media. El arqueamiento por debajo de las costillas ocupaba todo el hipocondrio derecho y el epigastrio, y se extendía hasta el hipocondrio izquierdo; ligera sensibilidad, consistencia elástica, casi fluctuante; la percusion dió al dedo la sensacion de vibracion hidática. Estos caractéres eran más marcados todavía en el epigastrio. Las venas superficiales alrededor del epigastrio y de los hipocondrios, estaban muy desarrolladas. Los movimientos respiratorios se hallaban casi exclusivamente limitados al lado izquierdo del pecho. A la derecha no se oye el murmullo respiratorio por debajo de la cuarta costilla, hácia delante, ni por debajo del ángulo inferior del omoplato, hácia atras. Por debajo de estos puntos el murmullo respiratorio es rudo y la espiracion prolongada. En el lado izquierdo macidez y falta de murmullo respiratorio hasta media pulgada por dentro del ángulo inferior del omoplato. La enferma no puede decirnos cuánto tiempo hace que padece el tumor; en realidad, ignoraba la existencia del mismo hasta que se llamó su atencion.

Tenía bastante mal color, pero nunca había padecido ictericia ni vómitos; sus funciones intestinales se verificaban regularmente; no había apetito.

Ademas del tumor del lado derecho se podía sentir en la region lumbar izquierda una tumefaccion dolorosa; al parecer, el lóbulo izquierdo desviado del hígado; pus abundante en la orina.

La enferma permaneció en observacion durante cerca de 12 meses. Las dimensiones del tumor no cambiaron mucho, pero en suma crecieron ligeramente. De vez en cuando la enferma se quejaba de un dolor intenso en el tumor de la region lumbar izquierda. En estos momentos la orina era clara ó casi clara, y el alivio del dolor iba siempre seguido de una sensacion de mordedura y de la reaparicion de pus en gran cantidad. La orina fué examinada con frecuencia al microscopio, pero no se descubrió pus ni cilindros ó indicios de equinococos.

El tratamiento, que consistió en administrar tónicos y ioduro de potasio, y en aplicaciones exteriores de tintura de iodo, no produjo ningun alivio, por lo cual la enferma entró en el hospital el 14 de Enero de 1862, á fin de que se le puncionara el tumor del hipocondrio derecho. Despues de haber permanecido seis semanas en el hospital, no quiso dejarse operar y salió del establecimiento en el mismo estado.

No volví á ver á la enferma; pero sé que el 6 de Setiembre de 1863 fué admitida en el hospital clínico de la facultad de Medicina, en la clínica del Sr. Hare, á quien debo algunos detalles recogidos durante el tiempo que la enferma estuvo bajo su direccion.

A últimos de 1862 sintió en el tumor del hipocondrio derecho un dolor intermitente, que cesó al cabo de algunos días. Se la trató en el hospital de mujeres de Soho-Square. Las dimensiones del tumor, observadas en el hospital clínico, demostraron que había aumentado de un modo considerable. Aunque el ángulo costal derecho era todavía mayor que el izquierdo, había un arqueamiento de las costillas de ambos lados hasta el pezon, y la macidez se extendía hasta la tercera costilla en el lado derecho y hasta el tercer espacio intercostal en el izquierdo. La macidez hepática vertical tenía 11 ¼ pulgadas en la línea mamaria derecha, 9 ½ en la línea media y 9 ¾ en la línea mamaria izquierda. Se sentía en el epigastrio una fluctuacion distinta en un espacio que medía 4 ½ pulgadas trasversalmente, y 2 ½ en direccion vertical; pero no había estremecimiento hidático, ni edema de las piernas. La enferma tiene mal color; su orina no contiene pigmento biliar, pero está todavía cargada de pus. Padecía ademas crísis dolorosas en la region del riñon izquierdo, cuyas crísis se aliviaban despues de sobrevenir una sensacion de desgarro y una evacuacion de pus en la orina. A su entrada, la sensibilidad y el dolor eran muy vivos en la region del tumor, cerca del ombligo. Este dolor se presentaba de vez en cuando, pero se aliviaba siempre por las sanguijuelas, las cataplasmas y la morfina. La enferma tuvo tambien una crísis de dolor y de adormecimiento en la íngle izquierda y la rodilla, acompañada de tumefaccion de los ganglios linfáticos de la íngle y de un ligero edema de la parte superior del muslo.

El 26 de Enero de 1862 no sentía ya dolor, pero había enflaquecido y perdido las fuerzas.

Despues de haber salido del hospital el 9 de Febrero, la enferma guardó cama y falleció de muerte repentina é inesperada. Una hora ántes de morir se encontraba bastante bien: es muy probable que la muerte fuera ocasionada por la rotura de un quiste hidatídico.

OBSERVACION XLIII. — *Tumores hidáticos del hígado y del peritoneo, que comprimían los uréteres y produjeron la degeneracion de los riñones.*

María Ana W..., de 45 años de edad, fué admitida el 15 de Diciembre de 1864 en el hospital Middlesex, en la clínica del Dr. E. Thompson, y murió el 5 de Enero de 1865.

Durante un año ántes de su muerte había sufrido dolores de cabeza y experimentado una alteracion de las facultades mentales; siete semanas ántes perdió un día el conocimiento, á lo cual siguió una hemiplegia en el lado derecho, evacuaciones involuntarias y escaras. No hubo síntomas que pudieran referirse al hígado.

Las arterias de la base del cerebro estaban ateromatosas, y había un

núcleo apoplético con una placa de reblandecimiento blanco en el cuerpo estriado izquierdo. El hígado, el bazo y el diafragma estaban reunidos por tirillas fibrosas. Entre las adherencias que unían el hígado y el bazo se encontraba un quiste del grosor de una nuez, lleno de una materia blanda, análoga á la cola, y tapizado de fragmentos de membrana hidática gelatinosa. En el lóbulo derecho del hígado se encontraba otro quiste del volúmen de una nuez pequeña de coco, en parte enclavado en su sustancia y en parte adherido sólidamente al diafragma por su parte superior. La pared exterior estaba calcificada parcialmente, y su cavidad llena de fragmentos de quistes secundarios gelatinosos, y de materia blanda, parecida á la cola. Las células hepáticas no se hallaban alteradas. En los repliegues mesentéricos del intestino delgado se encontraban tres quistes, en parte calcificados, del volúmen de una avellana al de una nuez, y que contenían una materia coloidea y vesículas secundarias. La mayor parte de la pélvis está ocupada por otro grueso quiste, situado detras y por encima del útero, y empujado de modo que se presentaba en la vulva. Este quiste contenía un líquido claro é innumerables pequeños quistes de volúmen muy diferente, desde el de un guisante á una nuez, todos gelatinosos y llenos de un líquido claro; otro quiste ménos grueso se hallaba en el lado derecho de la pélvis. Los uréteres estaban comprimidos por dichos quistes y los cálices renales algo dilatados. Los riñones eran pequeños y granulosos, y se distinguía en ellos fácilmente la sustancia cortical de las pirámides. Todos los quistes del abdómen contenían ganchos de equinococos.

En el siguiente caso se formaron quistes hidáticos secundarios en el epiploon y la cavidad peritoneal.

OBSERVACION XLIV. — *Quistes hidáticos del hígado y del peritoneo. — Ascítis y anasarca de las extremidades imferiores. — Albuminuria. — Muerte.*

Catalina C..., portera, de 45 años de edad, fué admitida en el hospital Middlesex el 10 de Enero de 1865, y permaneció allí hasta que murió el 21 de Junio. Salvo un ataque de reumatismo, había gozado buena salud hasta un mes ántes de su entrada en el hospital. En esta época sintió un violento dolor en el abdómen y los riñones, y al mismo tiempo el vientre y las piernas comenzaron á hincharse. En el hospital tuvo ascítis y una anasarca considerable de las extremidades inferiores; la orina contenía albúmina. Se la administraron diuréticos y purgantes, y se hicieron punciones en las piernas.

Al hacer la *autopsia* se encontraron las piernas muy edematosas, y el

abdómen fuertemente distendido. Los dos pulmones ofrecían un edema muy pronunciado, y el pulmon derecho estaba sólidamente adherido y carnificado en su base.

La cavidad peritoneal contenía más de cuatro y medio litros de serosidad clara, en la cual flotaban seis quistes hidáticos casi trasparentes, con paredes gelatinosas, y de los cuales el más grueso ofrecía próximamente el volúmen de un huevo de gallina, y el más pequeño casi el de una nuez. El líquido en el cual flotaban los quistes tenía una densidad de 1.010 y no contenía albúmina; el de la cavidad peritoneal ofrecía una densidad de 1.020 y era muy rico en albúmina.

El lóbulo izquierdo del hígado estaba en parte atrofiado, y entre él y el bazo, sólidamente fijo por adherencias á estos dos órganos, lo mismo que al estómago, se encontraba otro quiste del grosor de la cabeza de un feto, que contenía una corta cantidad de líquido claro é innumerables quistes más pequeños, de volúmen variado, comprimidos unos contra otros. En el epiploon mayor había tres ó cuatro quistes semejantes, gruesos como castañas, y fijo cerca del riñon derecho se encontraba otro quiste del tamaño de una naranja. Se vieron equinococos en los quistes más gruesos. El volúmen de ambos riñones estaba muy aumentado; dichos órganos se habían casi convertido en grasa.

La observacion XLV demuestra que un hidátide del hígado puede hacernos creer en la existencia de un cáncer.

OBSERVACION XLV. — *Tumor hidático del hígado simulando un cáncer.— Evacuacion de hidátides por el ano y restablecimiento temporal.*

El 1.º de Noviembre de 1871 ví, en consulta con el Dr. Mackintosh, de Brompton road, á M. C..., de 33 años, comerciante, pero que ántes había sido maestro de escuela.

Se cree que su enfermedad comenzó tres ó cuatro meses ántes por un ataque de pleuresía en el lado derecho, con derrame. Desde entónces ha enflaquecido, y dos semanas ántes de que yo le viera el vientre había comenzado á hincharse. Nunca ha padecido sífilis, no ha tenido hábitos alcohólicos, ni existen antecedentes de cáncer en la familia. En los 4/5 inferiores del pulmon derecho, macidez que se continúa con la del hígado; falta del murmullo respiratorio y de las vibraciones bucales. El corazon está desviado hácia el lado izquierdo; pero no existe arqueamiento en el lado derecho y la mensuracion en ambos lados no da ninguna diferencia.

Ascítis moderada. El borde inferior del lóbulo derecho del hígado, tres ó cuatro pulgadas por debajo de las costillas, presenta nudosidades distintas y sensibilidad á la presion. Algunas veces vómitos, pero sin ictericia.

Cuatro días despues comenzaron á hincharse los piés, y el edema aumentó rápidamente.

El 8 de Noviembre, cuando ví á este individuo por segunda vez, su temperatura llegaba á 38°,3 y había sido atacado de pericardítis.

No volví á ver al enfermo, porque despues de mi segunda visita fué trasportado á Brighton, donde, segun me escribió el Dr. Mackintosh, evacuó por el ano una gran cantidad de quistes hidáticos; la hidropesía desapareció y la mejoría hizo tales progresos que se encontró en estado de volver á sus ocupaciones en Lóndres. Sin embargo, murió un año despues asistido por otro médico.

OBSERVACION XLVI. — *Tumor hidático del hígado. — Tumores hidáticos secundarios en el conducto vertebral. — Paraplegia.*

La preparacion que se refiere á este caso se halla en el Museo del hospital de Middlesex, y las particularidades que vamos á mencionar están tomadas del catálogo del mismo:

«Vértebras y médula espinal de la region dorsal. El conducto y la dura-madre están abiertos. La pleura se halla separada de las costillas y de los cuerpos de las vértebras por dos quistes hidáticos, uno en cada lado. Los hidátides han sido abiertos al aserrar las láminas vertebrales; pero sus paredes persisten, y la médula espinal es en este punto bastante más pequeña que en otros.

El sujeto era una mujer de 40 años, que fué admitida en el hospital padeciendo una paraplegia con retencion de orina. Murió con una ancha escara en el sacro y se encontró la vejiga inflamada. Había tambien un voluminoso quiste hidático del hígado.»

En el siguiente caso hubo, al parecer, un principio de curacion espontánea del tumor: la observacion es interesante á causa de la manera cómo se verificó probablemente la curacion de un tumor hidático cuando se ha sacado el contenido con un pequeño trócar y la cánula.

OBSERVACION XLVII. — *Hidátide voluminoso del hígado lleno de hidátides secundarios, pero que no contenía líquido.*

Este hígado procede de un sujeto de 36 años de edad, que fué admitido en el hospital de febricitantes el 2 de Diciembre de 1866 con una viruela hemorrágica, de la cual murió el 5 de Diciembre. Estaba demasiado grave para que el profesor de guardia le preguntara los antecedentes.

Despues de la muerte se encontró en la parte posterior del lóbulo de-

recho del hígado un tumor hidático del grosor de una cabeza de niño. Uno de los puntos más importantes de este caso, es que el quiste encerraba otras vesículas y que no contenía líquido. Las vesículas secundarias estaban deprimidas, pero ofrecían aún su aspecto natural gelatinoso. No eran opacos ni mezclados con materia coloide. Sin embargo, el quiste externo presentaba en muchos puntos un aspecto ateromatoso calcificado.

OBSERVACION XLVIII.—*Hidátide voluminoso del hígado que curó espontáneamente por calcificacion del quiste, y descubierto á los 55 años.*

El 10 de Febrero de 1873 ví, en compañía del Dr. W. Steer Riding, á M. W..., de 56 años, el cual presentaba un notable tumor en conexion con el hígado. Este órgano no se remontaba á gran altura, ni por delante ni por detras; pero el borde inferior del lóbulo derecho descendía á dos pulgadas por debajo del ombligo y se sentía que la porcion del órgano que se encontraba por debajo de las costillas era dura como un hueso, y lisa é indolente. El enfermo no había experimentado síntoma alguno producido por este tumor, y había llevado una vida activa hasta el momento en que un desórden pulmonar algo serio permitió al Dr. Riding descubrir este tumor, cuya existencia ignoraba el mismo enfermo. Recordó, sin embargo, que siendo niño (unos 45 años ántes) fué llevado á Lóndres para que le vieran el Sr. Astley Cooper y otro cirujano; se decía entónces que su hígado era cuatro veces más grueso que en estado normal, y que contenía probablemente líquido, por lo cual se hallaba indicada una operacion. Finalmente no se hizo nada, y el tumor fué disminuyendo gradualmente á medida que el sujeto avanzaba en edad.

LECCION CUARTA

AUMENTO DE VOLÚMEN DEL HÍGADO

(CONTINUACION)

Congestion. — Hepatítis intersticial. — Inflamacion de las vías biliares. — Obstruccion del conducto colédoco.

SEÑORES:

En las lecciones anteriores he llamado vuestra atencion acerca de los caractéres distintivos de cuatro formas de aumento de volúmen del hígado generalmente no acompañadas de dolor.

Réstanos examinar aquellas en las cuales el elemento dolor es el síntoma más saliente. En este grupo se hallan comprendidas siete enfermedades:

1.ª La congestion del hígado;
2.ª La hepatítis intersticial;
3.ª La inflamacion de las vías biliares;
4.ª La obstruccion del conducto colédoco y la retencion biliar;
5.ª Los abscesos puohémicos;
6.ª Los abscesos de los trópicos;
7.ª El cáncer.

Se puede decir de una manera general que la ictericia, que es un síntoma bastante raro en las formas de aumento de volúmen del hígado no acompañadas de dolor, se presenta con mayor ó menor intensidad en las formas de que vamos á ocuparnos: el absceso de los trópicos figura entre estos últimos, por más que en él falte el dolor las más veces. La ascítis es igualmente un síntoma comun.

Entre las formas de hipermegalia hepática acompañadas de dolor, figura en primer lugar la congestion del hígado.

V. — Congestion del hígado

Bajo el punto de vista de la patogenia y del tratamiento de este estado morboso, importa recordar que la cantidad de sangre que se encuentra en el hígado varía considerablemente en diferentes momentos, sin salir del estado fisiológico, y sin que estas variaciones normales ejerzan una influencia sensible sobre el volúmen del órgano. Así, la alimentacion puede influir sobre la cantidad de sangre y el volúmen del hígado, que se encuentran, en efecto, aumentados despues de las comidas, sobre todo si ha habido ingestion copiosa de alimentos, ó si ha habido en la alimentacion exceso de materias grasas, azucaradas ó alcohólicas.

Cuando hablamos de la congestion morbosa del hígado, comprendemos un estado más graduado. Generalmente se emplea de una manera vaga el término *congestion del hígado,* y se aplica á ciertos casos de *indigestion,* que probablemente nada tienen que ver con el hígado. La verdadera congestion del hígado se distingue por los caractéres siguientes:

Síntomas. — 1.° El aumento de volúmen del órgano es uniforme, no mayor en un sentido que en otro, y rara vez considerable. El hígado puede sobresalir una pulgada y áun algo más por debajo del reborde costal, en la línea mamaria derecha. En la congestion venosa por obstáculo mecánico á la circulacion, el aumento de volúmen suele ser más pronunciado que en la congestion activa, en la cual el infarto comienza por las arterias. Otra particularidad de este aumento de volúmen consiste en que rara vez es permanente, y que al cabo de algun tiempo desaparece por lo general. Pero cuando la causa de la congestion es más permanente, como una obstruccion mecánica de la circulacion cardíaca por aumento de volúmen, es reemplazado, al cabo de cierto tiempo, por un estado opuesto; la presion ejercida por las venas hepáticas contínuamente, produce la atrofia de las porciones centrales de los lóbulos, y da lugar á una especie de hígado granuloso, diferente de la verdadera cirrósis en que la atrofia comienza en la circunferencia de los lóbulos.

2.° La superficie de la porcion del hígado que pasa de las costillas es lisa.

3.° El enfermo acusa una sensacion de constriccion ó de distension dolorosa en la region hepática, y la presion por debajo del reborde costal determina una sensibilidad más ó ménos marcada, pero rara vez muy aguda. El dolor y la sensacion de malestar pueden extenderse hasta el hombro derecho á consecuencia de las conexiones que existen entre el nervio sub-clavio y el frénico, y aumentan casi siempre despues de las comidas ó por el decúbito sobre el lado izquierdo. En este último caso se observa una sensacion de traccion ó de peso en la region hepática, lo

cual hace que, por lo general, el enfermo duerma sobre la espalda ó sobre el lado derecho.

4.° La ictericia sobreviene las más veces al cabo de dos ó tres días; pero rara vez es intensa, siendo raro que la bílis desaparezca de las deposiciones. Cuando hay una ictericia pronunciada con deposiciones no teñidas por la bílis, es probable que sea debida á un catarro de las vías biliares, coincidiendo con la congestion hepática.

5.° Ordinariamente hay náuseas, pérdida del apetito, cefalalgia, lengua cargada, sabor amargo en la boca, flatulencia y otros síntomas de mala digestion; á menudo vómitos, diarrea, ó ambas cosas á la vez. La misma causa que determina una congestion del hígado, puede producir un estado análogo del estómago y de los intestinos; una ligera irritacion basta entónces para producir una inflamacion catarral de la mucosa de estos órganos, cuyos síntomas más salientes son los vómitos y la diarrea. Es frecuente que con estos trastornos digestivos coincida la anemia, una languidez y una debilidad general, enflaquecimiento, depresion de ánimo, tendencia al sopor é hipocondría.

6.° No es raro encontrar más ó ménos disnea áun en los casos en que la enfermedad primitiva no interesa el pecho, y algunos enfermos están extenuados por una tos seca y frecuente.

La disnea puede ofrecer bastante intensidad para dar lugar á serias sospechas de afeccion cardiaca ó pulmonar; pero una buena derivacion alivia por completo al enfermo.

7.° No es raro que existan signos de obstruccion de la circulacion porta. En los casos agudos puede haber tension en el hipocondrio izquierdo y extension de la macidez esplénica, miéntras que en otros puede sobrevenir hemorroides ó ascítis.

8.° La orina suele ser en pequeña cantidad y fuertemente coloreada; contiene ademas más ó ménos pigmento biliar; deposita á menudo un sedimento abundante de uratos ó de ácido úrico. La albuminuria temporal no es rara.

9.° Como en las demas formas de aumento de volúmen del hígado, las circunstancias en que sobreviene el crecimiento ayudan eficazmente al diagnóstico de la naturaleza real del caso.

La congestion hepática puede ser mecánica, activa ó pasiva; hé aquí las principales condiciones en que sobreviene:

ETIOLOGÍA. — A. — *Congestion mecánica.* — Entre las causas más frecuentes de la congestion hepática en este país, debemos mencionar la obstruccion mecánica de la circulacion en el pecho, particularmente cuando es debida á una afeccion valvular del corazon.

En algunos casos de enfermedad cardiaca valvular, llega un momen-

to en que los principales síntomas son los de la congestion hepática, y contra ellos debe dirigirse sobre todo el tratamiento.

B. *Congestion activa.* — Muchas causas contribuyen á producirla:

a) Los *ingesta* irritantes bajo la forma de alcohol, de licores fermentados, de condimentos ó una alimentacion defectuosa, ora por su calidad demasiado sustanciosa ó su cantidad excesiva, pueden producir la congestion del hígado. El aumento temporal del aflujo sanguíneo en el hígado que sigue siempre á las comidas, puede llegar á cierto grado morboso y ser permanente si los *ingesta* tienen por lo general un carácter irritante. La congestion del hígado bajo la influencia de estas causas, sobrevendrá más pronto en las personas débiles que llevan una vida indolente y sedentaria, que en las dotadas de una robusta constitucion y que no hacen ejercicios al aire libre.

b) Nadie ignora que una *temperatura elevada* es una causa de congestion del hígado, si bien parece que no produce tal resultado más que cuando va acompañada de la accion de los *ingesta* irritantes. A esta asociacion de causas debe atribuirse la frecuencia de la congestion activa del hígado en los europeos que habitan los países cálidos.

c) Un *enfriamiento* repentino ó prolongado puede determinar la congestion del hígado, sobre todo en los climas cálidos, áun en las personas más sanas, áun despues de un ejercicio violento.

d) *Malaria y venenos de la sangre.* — Los individuos que han tenido fiebres intermitentes, ó que habitan países en los cuales son endémicas dichas fiebres, están muy dispuestos á padecer una congestion hepática que puede persistir algun tiempo despues de haber desaparecido los síntomas febriles. Los militares vuelven á menudo de la India con un infarto del hígado debido á esta causa. Pero cuando un aumento de volúmen considerable y permanente sucede á la fiebre intermitente ó remitente, es debido más bien á un depósito lardáceo ó á una hepatítis intersticial, que á un simple congestion (1).

Hay otros venenos de la sangre, ademas de la malaria, que son capaces de producir la congestion del hígado, entre ellos la fiebre amarilla de los trópicos y la fiebre endémica en nuestro país (2).

e) La congestion activa del hígado puede ser tambien de orígen traumático y resultar de contusiones, heridas, etc.

---

(1) Véase pág. 36 y obs. X, y tambien Morehead, *Researches on diseases in India,* 1860, pág. 428, y Sir Ranald Martin, en *The Lancet,* 1865, t. II, pág. 615.

(2) Entre los venenos de la sangre capaces de producir un infarto congestivo del hígado, debemos prestar una atencion especial á la sífilis. No es raro encontrar el hígado y el bazo aumentados de volúmen en los niños enfermos de sífilis hereditaria, y lo que prueba que no se trata de un infarto amiloideo es la rapidez con que desaparece, á veces por completo, bajo la influencia del tratamiento específico, y áun sin tratamiento. (Véase *British. med. Journal,* 1877, t. I, pág. 170.) Tambien se ve el mismo infarto en los adultos, en la sífilis secundaria, algunas veces acompañado de ictericia catarral.

C. *Pasiva.* — La congestion pasiva del hígado puede resultar de las siguientes causas:

a) Supresion de flujos á los cuales está habituado el organismo, como las reglas ó los flujos hemorroidales. Con frecuencia he visto, despues de la curacion de las hemorroides, una congestion y una cirrósis del hígado.

b) Extreñimiento habitual.

c) Lentitud del sistema de la vena porta por la parálisis de los nervios simpáticos ó por otra causa.

d) Ejercicio muscular insuficiente.

Tratamiento. — En el tratamiento de la congestion hepática, debemos tener en cuenta las reglas siguientes:

1.ª Comenzar en todos los casos, si es posible, por separar la causa; lo que ántes hemos dicho indica desde luégo los medios que deben adoptarse con tal objeto.

2.ª En la mayor parte de los casos algo intensos, será ventajoso recurrir á las depleciones locales bajo la forma de sanguijuelas ó de ventosas en la region hepática, ó lo que es mejor, á la aplicacion de algunas sanguijuelas alrededor del ano. Si se cree que la deplecion es inoportuna, se aplicarán sinapismos á la region hepática. Cuando se han quitado las sanguijuelas ó los sinapismos, se colocan en su lugar cataplasmas de harina de linaza ó de salvado. Tambien son útiles en ocasiones los baños tibios.

3.ª En cuanto al régimen, deben tenerse en cuenta las siguientes reglas. Se recomendará al enfermo que no tome en una vez más que pequeñas cantidades de leche, de te de buey ó de alimentos harinosos, prohibiendo rigurosamente el alcohol, el vino, los líquidos fermentados, ciertos condimentos, la grasa y todos los alimentos sustanciosos indigestos. Con las actuales costumbres de la práctica médica se perjudica en gran manera á los individuos que padecen una enfermedad cardiaca y congestion hepática aconsejándoles grandes dósis de aguardiente.

4.ª En la mayor parte de los casos los purgantes ofrecen una gran utilidad, á ménos que exista una diarrea espontánea, que no deberá cohibirse con demasiada rapidez y por completo. En efecto; los purgantes son el mejor medio de hacer cesar esas ganas frecuentes de defecar, pero sin resultado, de que se queja el enfermo. En cuanto á la eleccion entre los purgantes, los mejores son los salinos, porque aumentan la exhalacion acuosa de la mucosa intestinal; los sulfatos de magnesia, de potasa y de sosa, las sales de Sedlitz ó de Carlsbad, las aguas de Püllna ó de Friedrichshal, y las de Loeches y Rubinat en España. Dichas sales deben tomarse con un poco de agua tibia por la mañana en ayunas. Se puede ayudar su efecto con una corta dósis de calomelanos, las píldoras azules y el podofilino, que dan abundantes depósitos biliosos (1).

---

(1) El aumento de la excrecion biliar en éstos bajo la influencia de los calomelanos,

5.ª Cuando la congestion reconozca como causa la irritacion producida por los ingesta, será conveniente prescribir desde el principio un emético que limpiará el estómago y el duodeno. La presion á que se halla sometido el hígado durante el acto del vómito, puede ayudar igualmente á desembarazarle de la sangre que tiene en exceso.

6.ª Cuando persistan los síntomas de congestion-infarto y sensibilidad del hígado con ictericia, y especialmente en los casos en que exista un desórden gástrico pronunciado, será preferible recurrir á los alcalinos y á las sales con ácidos vegetales. Se administrarán dos ó tres veces al día, poco tiempo ántes de las comidas. Las aguas minerales alcalinas, tales como las de Vichy, Vals y Ems, ó las sales efervescentes artificiales de Vichy, podrán alternar con las preparaciones alcalinas de la farmacopea.

7.ª Se ha empleado mucho, tanto en nuestro país como en la India, el cloruro de amonio para combatir la congestion hepática (1). A la dósis de 1,30 gramos dos ó tres veces al día, ocasiona una abundante diaforésis, disminuye la congestion del sistema de la vena porta y alivia los dolores que proceden del hígado. Se cree tambien que estimula la absorcion, principalmente en el hígado, y contribuye de este modo á la absorcion de los abscesos hepáticos. Se puede dar combinado con los ácidos ó los álcalis.

8.ª El Dr. Maclean ha recomendado la ipecacuana (2) como uno de los mejores y de los más seguros remedios en la hiperemia aguda del hígado, que en los climas tropicales precede tantas veces á la inflamacion supurativa. Dicho autor cree que es un depurativo de la sangre; la ipecacuana aumenta las secreciones hepática y cutánea, por lo cual no puede dudarse de su eficacia en los casos que aquí nos ocupan. Un hecho importante debemos consignar, y es que desde que la ipecacuana se ha generalizado en el tratamiento de la disentería, son mucho ménos frecuentes en la India los abscesos del hígado. Lo mismo que en la disentería, debe darse á altas dósis (1,30 á 2 gramos) cada seis ó 12 horas, segun la intensidad del caso. Un centígramo y medio de emético y un gramo de nitrato de potasa administrado cada media hora, hasta conseguir el alivio del mal, obran al parecer del mismo modo.

---

no es debida al aumento de la secrecion biliar en el hígado, sino probablemente á que el mercurio obra sobre la parte superior del intestino delgado de modo que hace que se desembarace de la bílis, en vez de dejar que se reabsorba. (Véase leccion IX.) Si los calomelanos obraran estimulando la secrecion del hígado, serían perjudiciales en los casos de congestion del hígado. Esta leccion será discutida nuevamente en la leccion XVI.

(1) Aunque esta sustancia ha sido empleada despues en diversos trastornos hepáticos, debemos consignar que el Dr. William Stewart, médico militar, fué el primero que dió á conocer su valor en el tratamiento de la congestion hepática.

(2) Reynold's, *System. of Med.*, t. II, pág. 337.

9.ª Cuando se han disipado los síntomas más alarmantes, y queda sobre todo la anemia, la debilidad y la dispepsia, con ligero aumento de la macidez hepática, con ó sin hipocondría, es preciso modificar el tratamiento. Entónces convendrán los ácidos minerales y los tónicos vegetales, entre ellos el ruibarbo, la nuez vómica ó la genciana. La quinina y el hierro se hallan principalmente indicados en los enfermos que han tenido fiebres intermitentes; pero se darán con precaucion á los gotosos y á los sujetos que acostumbran á comer y beber bien. El régimen debe ser siempre tónico, aunque teniendo cuidado de evitar todo elemento de irritacion. Se proscribirán los licores fermentados, permitiendo tan sólo el vino en pequeñas cantidades y mezclado con agua. Los vinos del Rhin, Burdeos y el Jerez seco, son los mejores. Al propio tiempo, debe aconsejarse un ejercicio regular al aire libre; si existe una gran debilidad, la equitacion dará las mismas ventajas que el ejercicio sin fatigar al enfermo. Conviene vigilar atentamente el estado de los intestinos, y bajo este punto de vista será conveniente prescribir las aguas minerales en las cuales el hierro está asociado á un elemento purgante, como las de Harrogate, Cheltenham, Leamington, Hombourg y Kissingen.

10. En el estado crónico de que ántes he hablado convendrán los baños nitro-clorhídricos, tal como los preconiza el Sr. Ranald Martin (1). Se prepara el baño con dos onzas de ácido nítrico por nueve litros de agua (ó sea un 1 por 100), y se calienta á 35° y 36°. Se meten las dos piernas en el baño, se moja alternativamente la parte interna de las piernas y de los muslos, y el lado derecho en la region del hígado, y se envuelve el abdómen con franela mojada en el mismo baño. Esta práctica debe durar una media hora, por mañana y tarde (2). En los casos rebeldes, será ventajoso emplear el cinturon hidropático ó aconsejar las unturas con el linimento biioduro de mercurio.

Como ejemplo de congestion del hígado resultante de un obstáculo mecánico á la circulacion en el pecho, mencionaré el siguiente caso:

OBSERVACION XLIX. — *Estrechez mitral. — Hidropesía y congestion del hígado. — Muerte.*

Emma F..., de 13 años de edad, fué admitida el 24 de Octubre de 1865

(1) *The Lancet*, 9 de Diciembre de 1855, pág. 641.

(2) El baño, preparado conforme hemos indicado, puede servir durante algunos días añadiendo diariamente unos 4 gramos de ácido clorhídrico y 2 gramos de ácido nítrico con medio litro de agua para compensar las pérdidas. Se calienta en un puchero la cuarta parte del líquido, de modo que la totalidad de la masa quede á una temperatura de 35°,5 á 36°,6. Es preciso emplear tinas de barro barnizado ó de madera, y mantener las esponjas y los paños en agua fría para impedir que el ácido las queme.

en el hospital Middlesex, padeciendo una tos intensa, una gran disnea y anasarca considerable de las extremidades inferiores.

La macidez cardiaca ocupa el doble de su superficie normal, y se oye un ruido de soplo prolongado en el vértice izquierdo. Había todos los signos de una bronquitis generalizada, y ademas las conjuntivas y la piel estaban ligeramente ictéricas. La macidez hepática era muy extensa: medía más de cinco pulgadas en la línea mamaria derecha y descendía casi hasta el ombligo. La macidez del bazo pasaba tambien de sus límites normales. Sensibilidad viva por debajo de las costillas derechas. Lengua cargada. Náuseas frecuentes, y algunas veces vómitos; relajacion de los intestinos; cuatro ó cinco evacuaciones por día: materias fecales pálidas, á pesar de la presencia de bílis. La orina contenía un poco de pigmento biliar, pero ninguna albúmina. Cinco ó seis años ántes este enfermo había tenido una escarlatina, seguida de reumatismo articular y de hidropesía. Despues experimentó disnea y palpitaciones, que aumentaban por los movimientos.

Unos días ántes de su entrada comenzó á quejarse de tos, dolor de cabeza y vómitos, y á observar una hinchazon de los maléolos que fué aumentando progresivamente.

Como tratamiento se administraron los purgantes y los diuréticos, en particular el bitartrato de potasa y la tintura de digital, y se aplicaron sanguijuelas, sinapismos y cataplasmas de harina de linaza sobre el hipocondrio. En un principio hubo una mejoría manifiesta de todos los síntomas; pero al cabo de unos 15 días despues de su entrada, se agravaron los signos de obstruccion de la circulacion; la disnea y la hidropesía fueron en aumento, los labios y la cara se tornaron lívidos, la ictericia se acentuó todavía más y más, los vómitos se hicieron más frecuentes, las materias contenían ménos bílis. El pulso era muy rápido.

El 10 de Noviembre apénas se podían sentir los latidos: la enferma sucumbió aquel mismo día, á las once de la noche.

Al hacer la *autopsia*, se encontró el corazon muy hipertrofiado: pesaba cerca de 400 gramos; válvula mitral muy gruesa y sus bordes adheridos, de tal suerte que el orificio se hallaba contraido y que su circunferencia no medía 15 líneas. Los dos pulmones, muy congestionados, presentaban los caractéres anatómicos ordinarios de la bronquítis, pero no eran impermeables. Medio litro, poco más ó ménos, de serosidad clara en el peritoneo. El hígado, muy grueso dada la edad de la enferma, pesa cerca de cuatro libras; superficie externa del órgano, lisa; al hacer un corte, se ven las venas hepáticas infartadas de sangre negra, que contrasta con el tinte amarillo-pálido del tejido conjuntivo ambiente. El exámen microscópico demuestra que la cantidad de aceite existente en las células hepáticas no ha aumentado. Las pirámides de los riñones están muy congestionadas, pero, por lo demas, el tejido renal no ofrece nada de particular. La mu-

cosa de la mitad pilórica del estómago presentaba los caractéres ordinarios de la inflamacion catarral.

Como ejemplo de congestion del hígado procedente de otras causas, puedo referiros el siguiente caso:

OBSERVACION L. — *Indigestion por excesos habituales de la alimentacion.— Residencia en los países tropicales. — Exposicion al frío. — Congestion del hígado.*

M. C..., de 30 años de edad, muy habituado á los excesos gastronómicos, me consultó en Junio de 1867, á su regreso de la India.

Durante muchos años tuvo extreñimiento, flatulencia, y una sensacion de peso y de opresion en la region hepática. Unas seis semanas ántes de que yo le viera sintió un dolor en el hígado, seguido de vómitos y de ictericia, despues de haber dormido debajo de un árbol, expuesto al aire de la noche, en la India. Se le aplicaron sanguijuelas en la region hepática y se le envió inmediatamente á su casa.

Le encontré todavía algo ictérico; el hígado estaba engrosado y medía cinco pulgadas en la línea mamaria derecha; está poco sensible. No hay vómitos; extreñimiento; sabor amargo en la boca y náuseas; deposiciones poco coloreadas pero que contienen bílis; orina en pequeña cantidad, oscura, con pigmento biliar y muchos uratos; se torna muy oscura por la adicion de ácido nítrico despues de haberla calentado. Se le administraron los purgantes salinos, y de vez en cuando las píldoras de coloquíntida compuesta (40 centígramos), podofilino (dos centígramos) y extracto de beleño (13 centígramos); se le mandó ademas que tomara, tres veces al día, una mezcla efervescente de citrato de potasa; un baño tibio tres veces por semana; régimen sencillo, con exclusion absoluta del alcohol bajo cualquier forma. Al cabo de diez días el enfermo estaba mucho mejor, la ictericia había casi desaparecido y la macidez hepática disminuido de extension. El tratamiento precedente se sustituyó por una mixtura de ácido nítrico y la infusion de genciana compuesta, y dos ó tres semanas despues el enfermo había recobrado su salud habitual.

VI. — HEPATÍTIS INTERSTICIAL

Esta forma de aumento de volúmen del hígado, es una consecuencia ordinaria de la hiperemia crónica. Hé aquí sus caractéres clínicos.

1.° El aumento de volúmen es uniforme en todas las direcciones, y quizá mayor que en la congestion simple. El hígado puede llegar por ar-

riba hasta el pezon ó la tetilla, y por debajo hasta el ombligo y áun más; pero su borde inferior está á menudo oculto por el meteorismo ó la ascítis.

2.° Su superficie es lisa ó ligeramente desigual, densa y resistente, y más ó ménos sensible. En ocasiones, la sensibilidad toma un carácter agudo á consecuencia de los ataques intercurrentes de peri-hepatítis.

3.° Los síntomas son al principio los de una hiperemia activa, que ya os he descrito; de suerte que á veces puede ser difícil decir si hay simple congestion ó si existe ademas hepatítis intersticial.

4.° Pero cuando la enfermedad es más pronunciada, sus caractéres salientes son un color pajizo ó ligeramente ictérico, manchas venosas en los carrillos, náuseas y vómitos, sobre todo por la mañana al levantarse; repugnancia por los alimentos sólidos, sobre todo al principio del día; diarrea alternando con extreñimiento; hemorroides; orinas raras, oscuras y cargadas de uratos, en algunos casos cierta albuminuria, abatimiento, sensacion de desfallecimiento y un gran deseo por los estimulantes. En ocasiones hay ligera fiebre.

5.° En un período todavía más avanzado, habrá diversos síntomas de obstruccion del sistema de la vena porta, que os describiré detalladamente cuando estudiemos en otra leccion la cirrósis, al hablar de las diminuciones de volúmen. La forma de grosor del hígado que voy á exponeros muy pronto, es la enfermedad conocida con el nombre de cirrósis, aunque cuando los síntomas de dicha afeccion son muy pronunciados, el hígado está ordinariamente contraido. Contrariamente á la opinion expresada por Todd (1), muchos observadores, como Saunders, Bright (2), Budd y Frerichs (3), creen que en la cirrósis la contraccion del hígado va algunas veces precedida de un período de aumento de volúmen; pero, á juzgar por la opinion de otros autores, el aumento de volúmen es excepcional.

Gée ha referido dos casos de hígado cirrótico en los cuales el órgano pesaba una vez 100 onzas y otra 104 (4). Habershon ha observado un caso de induracion inflamatoria del hígado, en el cual el órgano se hizo muy grueso (5); y Duckworth ha descrito una cirrósis hipertrófica (6). Mi experiencia me hace creer que, en gran número de casos de cirrósis, el hígado está todavía muy aumentado de volúmen (á menudo por la presencia en el órgano de una cantidad considerable de grasa) despues de haberse presentado la ascítis y demas síntomas de obstruccion del sistema de la vena porta, y me obliga á admitir igualmente que los enfermos mueren á me-

---

(1) *Clinic. lect. on urinary diseases and dropsies*, 1857, pág. 113.
(2) *Guy's Hosp. Rep.*, primera serie, t. I, pág. 612.
(3) *Op. cit.*, segunda edicion francesa.
(4) *Saint-Barthol. Hosp. Rep.*, 1869, t. V, pág. 108.
(5) *Lettsomian lectures*, 1872, pág. 56.
(6) *Saint-Barthol. Hosp. Rep.*, t. X.

nudo en tal estado con ictericia, hemorragias y síntomas de intoxicacion de la sangre (el pronóstico no es mejor que si el hígado estuviera contraido).

En apoyo de mi opinion, puedo citar las observaciones que ha hecho el Dr. Leudet (de Rouen), que dice: «Se ha llegado á reconocer, por la anatomía patológica, que el aumento de volúmen del hígado no es siempre indicio de una lesion reciente del hígado, de un proceso agudo todavía curable (1).» Por esta razon os he hablado ahora de la enfermedad á que me refiero, aunque volveré á ocuparme de ella con más extension en una de las próximas lecciones.

Sería interesante averiguar si en los casos en que el enfermo vive bastante tiempo, el aumento de volúmen concluye siempre por ir seguido de una retraccion cirrótica marcada. El Sr. Ollivier admite que la hipertrofia cirrótica es una afeccion distinta de la retraccion cirrótica. No puede dudarse, sin embargo, que se presenta en las mismas condiciones y da lugar á iguales síntomas. Parece, pues, probable que las mismas causas pueden producir, ora el aumento, ora la diminucion de volúmen del hígado.

6.° Hé aquí cuáles pueden ser las causas de la hepatítis intersticial.

a) En la mayor parte de los casos que presentan los caractéres clínicos que ántes he descrito, reconocereis que el enfermo tenía costumbre de abusar de las bebidas alcohólicas. Debeis tener en cuenta este punto para evitar equivocaciones. Algunos enfermos os dirán, y lo creerán realmente, que han llevado una vida regular y sobria porque no han bebido á la vez una cantidad suficiente de alcohol para oscurecer su inteligencia. Pero la costumbre de beber con frecuencia pequeñas cantidades de líquidos espirituosos, principalmente una copa de aguardiente, porque se cree que esto dispone mejor al trabajo, mantiene el hígado en un estado de congestion permanente y produce casi con seguridad la cirrósis. Ademas, no debe juzgarse de la tolerancia del alcohol en un individuo por lo que se ha observado en otro: algunas personas toman impunemente dósis de sustancias alcohólicas que producirían á otras una grave enfermedad.

b) La congestion del hígado que resulta de una obstruccion venosa, puede tambien dar lugar á una hepatítis intersticial que presente la mayor parte de los caractéres que ya he expuesto (Obs. LV), pero que se distingue de la verdadera hipertrofia cirrótica por la presencia de una afeccion cardiaca ó pulmonar crónica, y los signos de obstruccion del sistema circulatorio. En algunos casos he visto el hígado por esta causa, no sólo aumentado de volúmen, sino con nudosidades.

c) La hepatítis intersticial que produce un aumento de volúmen del

---

(1) *Clinique médicale*, etc., 1874, pág. 541.

hígado, puede tener tambien un orígen sifilítico, aunque es más frecuente ver que entónces se retraiga el hígado desde luégo. Se reconocerán estos casos por los antecedentes sifilíticos del sujeto y porque hay una disposicion á la perihepatítis grave, acompañada de dolor y sensibilidad intensa. El hígado ofrece tambien una mayor tendencia á ser desigual ó nodulado á causa de las depresiones cicatriciales que se forman en su superficie, ó de la eminencia que producen los gomas hipertrofiados y reblandecidos. En este último caso la enfermedad puede confundirse con un absceso (1) ó un hidátide; en verdad, segun lo que hemos visto en el caso LVII y en otro referido por el Dr. Moxon (2) (en que un goma sifilítico del hígado se reblandeció y se trasformó en un líquido puriforme, que se abrió paso á un conducto biliar), parece probable que un tumor de este género puede vaciarse en el estomago ó los intestinos. En otros casos puede haber dificultad en distinguir la enfermedad que nos ocupa del hígado amiloideo con perihepatítis.

d) Finalmente, un enfriamiento, aparte de las costumbres de la alimentacion y bebidas de los enfermos, basta algunas veces, aunque pocas, para producir la hepatítis intersticial con aumento de volúmen del hígado como resultado final.

El Dr. Wilson Fox me ha comunicado detalles de un caso de este género en que había una elevacion ligera, pero persistente, de la temperatura; yo mismo he visto uno ó dos casos semejantes, en los cuales, sin embargo, el diagnóstico no pudo comprobarse, como en la observacion del Dr. Fox, por la autopsia.

Es probable que en tales circunstancias cualquier discrasia constitucional predisponga á la accion especial del enfriamiento. (Véase *Apéndice*, Observacion CLXXVI.)

El tratamiento de la hepatítis intersticial en su primer período, será el mismo que en la congestion; en cuanto al que conviene en el período avanzado, hablaré de él cuando trate de la atrofia cirrótica. Los casos de orígen sifilítico reclaman naturalmente una medicacion específica, sobre todo el mercurio y el ioduro de potasio.

Los cuatro casos siguientes son ejemplos de hígado engrosado y cirrótico de orígen alcohólico; los tres primeros demuestran los buenos efectos del tratamiento, y el cuarto las lesiones encontradas despues de la muerte.

---

(1) Wilks, *Brit. Med Journ.*, 1876, t. I, pág. 239.
(2) *Pathol. Transact.*, t. XXIII, pág. 153.

OBSERVACION LI. — *Hígado engrosado y cirrótico por causa alcohólica (y telúrica (?).— Ascítis considerable.— Paracentésis.— Restablecimiento.*

El 5 de Enero de 1873 ví, en consulta con el Dr. A. Simpson, de Highgate, á M. L..., de 35 años de edad, labrador, recien venido de la India, donde había nacido y vivido siempre. M. L... había tenido buen apetito, abusaba de los espirituosos; pero, salvo algunos accesos de fiebre intermitente, gozó buena salud hasta el mes de Junio de 1872. Entónces comenzó á experimentar en la region hepática un intenso dolor seguido de ascítis y de hinchazon de las piernas. La circunferencia del abdómen en el ombligo es de 37 $^1/_2$ pulgadas el 5 de Enero. Tiene mucho líquido en el peritoneo y ofrece un considerable edema de las piernas. El hígado está engrosado y forma una eminencia de cerca de cuatro pulgadas por debajo de las costillas del lado derecho; es muy duro y presenta nudosidades distintas; la orina ha contenido albúmina, si bien hoy no existe este cuerpo; extreñimiento, color pálido con manchas venosas.

Recordando que el enfermo había podido sufrir las consecuencias de la caquexia palúdica, se le prescribió el hierro, la quinina y la estricnina, con un laxante todas las mañanas, compuesto de sulfato de magnesia y de ioduro de potasio. Sin embargo, la hidropesía aumentaba.

El 13 de Enero la circunferencia del abdómen medía 38 $\frac{3}{4}$ pulgadas; el pene y el escroto están muy edematosos.

El 26 de Enero la circunferencia mide 41 pulgadas; la respiracion es difícil. Se sustituye la quinina y el hierro con una mixtura de digital, de bitartrato de potasa y de enebro, y se continúan los purgantes. Tambien se prescriben fomentos en el vientre con una fuerte infusion de digital.

El 22 de Febrero se reemplaza la mixtura precedente por otra compuesta de percloruro de mercurio y de digital.

Este tratamiento produce una mejoría ligera y temporal; pero el 3 de Marzo la circunferencia llega á 42 $\frac{1}{2}$ pulgadas; hay signos de derrame en el cuarto inferior de ambas pleuras; ortopnea; 30 onzas de orina solamente. Se prescriben píldoras de podofilino, y una mixtura de digital, de escila y de enebro.

El 5 de Marzo se sacan por la paracentésis unos nueve litros de líquido; alivio inmediato.

La ascítis volvió á formarse muy pronto, y el día 8 de Marzo la circunferencia era todavía de 38 pulgadas; pero despues de esto la hinchazon del vientre disminuyó lentamente.

El 31 de Marzo la circunferencia no medía más que 32 pulgadas; no había líquido en las pleuras. El hígado descendía aún hasta el ombligo, y era duro y nodulado. Se continuaron los purgantes y se sustituyó la mix-

tura diurética por una píldora que contenía ocho milígramos de ioduro mercurioso verde, para tomar tres veces al día. Se friccionó la region del hígado con una pomada de ioduro rojo de mercurio.

Se continuó durante dos meses el uso del ioduro verde, elevándose gradualmente la dósis á 32 milígramos. Bajo la influencia de este tratamiento, la mejoría hizo rápidos progresos.

El 29 de Abril el enfermo se hallaba en disposicion de recorrer unas cuatro millas en carruaje para venir á verme.

El 30 de Mayo la circunferencia era de 32 pulgadas, pero no había ascítis ni edema de las piernas, y el hígado era algo más pequeño. Se prescribió entónces el ácido nitro-clorhídrico y la quina, coincidiendo con los purgantes, y partió para Devonshire. Desde entónces no ha vuelto á presentarse la hidropesía y el alivio ha progresado rápidamente.

En Noviembre, el enfermo pesaba más que había pesado en toda su vida.

El 17 de Marzo de 1874 el hígado apénas pasaba de sus dimensiones normales.

En Octubre de 1874 volvió á Tirhoot, en la India, donde permaneció hasta el mes de Abril siguiente.

La última vez que le ví, el 11 de Junio de 1875, se encontraba perfectamente bien; no tenía hidropesía y su hígado ofrecía un volúmen casi normal.

OBSERVACION LII. —*Hígado grueso y cirrótico.— Ascítis.— Buenos efectos del tratamiento.*

El 29 de Marzo de 1873 fuí consultado por el Sr. M..., de 40 años, perteneciente á la marina real, que padecía un aumento de volúmen del hígado y una ascítis. Era un hombre pequeño, enfermizo, que había navegado mucho por el mar de Indias, abusando en gran escala del aguardiente y otros espirituosos.

Un año ántes, poco más ó ménos, estando en China, comenzó á experimentar dolores en el hígado, ansiedad en el corazon por la mañana y diarrea. A últimos de Noviembre de 1872 comenzó á engrosar el abdómen, en términos que al salir de la China, en Febrero, su circunferencia medía 38 pulgadas, y las piernas estaban igualmente hinchadas. Cuando le ví, su circunferencia estaba reducida á 32 pulgadas, pero la ascítis era todavía considerable; la macidez hepática mide en la línea mamaria derecha ocho pulgadas, de ellas cuatro por debajo de las costillas; el bazo es duro y poco sensible, tambien muy grueso; el corazon está sano, pero sin albuminuria. Cara pálida, con manchas venosas.

Se le recomienda se abstenga de los estimulantes; sal de Karlsbad

todas las mañanas; píldora azul, escila y digital dos veces al día, y mixtura de hierro y de éter nitroso.

El 9 de Abril se disponen fricciones todas las noches en la region hepática con una pomada de ioduro rojo de mercurio. Bajo la influencia de este tratamiento, el enfermo mejoró lentamente.

El 15 de Abril no había líquido en el peritoneo; circunferencia del abdómen, 29 pulgadas; el hígado ocupa 7 $^1/_2$ pulgadas en la línea mamaria derecha.

Al llegar el verano, fué á Homburgo á tomar las aguas durante cinco semanas.

El 20 de Agosto el hígado no tenía más que 6 $^1/_2$ pulgadas en la línea mamaria derecha, y el enfermo podía andar muchas millas á pié sin tener edema de las piernas.

Desde dicha época se sintió muy bien hasta Octubre de 1874: entónces reapareció el malestar en la region hepática, con pérdida del apetito y diarrea. En vista de estos síntomas fué á ver á un médico, el cual le prescribió astringentes, opio y vino de quina, y al cabo de 15 días volvió á engrosar el abdómen.

El 14 de Diciembre existe una ascítis considerable con desarrollo de las venas abdominales; la circunferencia del abdómen mide 34 $^1/_2$ pulgadas; piernas edematosas, extreñimiento, á veces esfuerzos para vomitar. El hígado mide seis pulgadas. Se suprimió en absoluto el vino de Porto y se prescribieron las sales de Karlsbad por las mañanas, y una mixtura de hierro, de bitartrato de potasa y de digital.

Desde luégo aumentó la ascítis, y el 7 de Enero la circunferencia medía casi 37 pulgadas. Se sustituyó la medicacion ya expuesta por una mixtura con percloruro de hierro y digital.

Bajo la influencia de este tratamiento, algo modificado de vez en cuando, sobrevino de nuevo una gran mejoría, siendo la orina muy abundante, y el 6 de Mayo la circunferencia no era más que 27 pulgadas; no había ascítis; el hígado medía en la línea mamaria derecha seis pulgadas, de ellas dos por debajo de las costillas.

Pasó en Homburgo una nueva temporada, que duró cinco semanas, y al volver, el 14 de Julio de 1875, el enfermo gozaba, al parecer, buena salud, sin ningun signo de hidropesía; pero el hígado medía aún seis pulgadas en la línea mamaria derecha y estaba duro.

9 de Enero de 1877.—El capitan M... continúa gozando excelente salud, y ha pedido se le destine al Pacífico. Ha recobrado su buen aspecto. La circunferencia en el ombligo es de 30 pulgadas; el hígado es más pequeño; la macidez hepática en la línea mamaria derecha es de 5 $^1/_2$ pulgadas.

OBSERVACION LIII. — *Hígado grueso y cirrótico. — Ascítis y albuminuria.— Corazon débil. — Buenos efectos del tratamiento.*

El 15 de Abril de 1873 fuí consultado por el Sr. J. V..., de 56 años, que padecía una enfermedad del hígado y una hidropesía. Era un hombre muy corpulento, que vivía bien, y abusaba del vino y demas bebidas espirituosas. Siete años ántes tuvo un ataque de congestion de hígado y perdió alguna sangre por el ano. Durante cuatro ó cinco años había tenido de vez en cuando cierta hinchazon en las piernas, y un mes ántes de que yo le viese el vientre se hinchó, despues de lo cual la hinchazon de las piernas aumentó con rapidez. Seis meses ántes de que el abdómen comenzara á engrosar, el enfermo tuvo dispepsia y su estado general decayó visiblemente. El hígado estaba muy grueso (ocho pulgadas en la línea mamaria derecha) duro y desigual; ascítis muy pronunciada; circunferencia, 48 pulgadas; tumefaccion enorme del pene y del escroto; edema considerable de las piernas, con numerosas y extensas úlceras; la orina contiene $^1/_7$ de albúmina y cilindros hialinos; los ruidos del corazon son débiles, pero no hay ruido de soplo.

Como estimulantes se emplean los vinos de Rhin y de Burdeos, aconsejándose al mismo tiempo los purgantes con jalapa por las mañanas, y una mixtura de bitartrato de potasa, de escila y de digital.

Bajo la influencia de este tratamiento modificado de vez en cuando, y asociado en ocasiones con un poco de hierro, no tardó en presentarse una gran mejoría; la orina fué muy abundante y libre de albúmina; la ascítis y la hidropesía de las piernas desaparecieron, y el volúmen del hígado disminuyó.

El 3 de Junio, la circunferencia del abdómen no era más que de 40 ½ pulgadas.

El 29 de Julio llega á 39 ½ pulgadas. El enfermo goza despues buena salud durante algunos meses, siguiendo su vida ordinaria, aunque haciendo algunos excesos. De vez en cuando se observa la aparicion de la albuminuria, y una ó dos veces verdadera diabetes sacarina, elevándose hasta 1.040 la densidad de la orina; pero generalmente este líquido no contenía azúcar ni albúmina, y su densidad no llegaba á 1.020.

En Julio de 1874 tuvo tambien ascítis, y la circunferencia del abdómen se remontó hasta 44 pulgadas, para disminuir de nuevo bajo la influencia del mismo tratamiento.

El 18 de Octubre, la circunferencia no era más que de 40 pulgadas.

En Enero de 1876 tuvo tambien ascítis, aunque temporal, ocasionada probablemente por alguna trasgresion del régimen.

En Agosto de 1876 nueva reaparicion de la ascítis y de la hidropesía de las piernas, pero con más intensidad.

Bajo la influencia del elaterio y de los diuréticos estos fenómenos desaparecieron por completo, y á mediados de Octubre se hallaba en estado de ir y venir á Lóndres, con un buen apetito, y libre de su hidropesía y de la albuminuria; pero el hígado continúa grueso y duro, y llegaba casi hasta el ombligo.

OBSERVACION LIV. — *Hígado grueso, cirrótico, liso, que simulaba una degeneracion amiloidea. — Ascítis. — Diarrea persistente. — Muerte.*

Isabel R..., de 40 años de edad, fué admitida en el hospital de Santo Tomás en 11 de Setiembre de 1875.

Nada de notable en sus antecedentes de familia. Es casada y ha tenido cinco niños, cuya edad varía hoy entre 5 y 16 años; tres abortos, el primero un año despues del matrimonio (feto de tres meses), y el último cuatro meses ántes de su entrada. Ictiósis generalizada, pero ningun antecedente sifilítico. Vómitos frecuentes áun fuera de los embarazos.

Nueve meses ántes de su entrada, los vómitos se hicieron más frecuentes; le dolía mucho en el estómago y en la espalda; tuvo una diarrea persistente y tos, perdió el apetito, enflaqueció, y su abdómen comenzó á hincharse.

Permaneció en el hospital hasta el 25 de Octubre, y durante dicho tiempo su estado fué el siguiente: enflaquecimiento, manchas venosas en los carrillos, color ictérico de las conjuntivas, abdómen que medía 39 pulgadas en el ombligo; hígado muy grueso, que medía 9 pulgadas en la línea mamaria derecha; su borde inferior, duro, cortante y desigual, desciende más que el ombligo; su superficie es lisa; ligera ascítis, vómitos frecuentes y diarrea incesante. No existe ningun signo de afeccion cardiaca, pero sí ligera macidez y soplo tubario en el vértice del pulmon derecho; temperatura á 38°,3 por las noches; epistáxis muy abundantes de vez en cuando. No hay albuminuria. Al salir del hospital se encontraba mejor; no había ascítis ni diarrea.

Al cabo de un mes, el abdómen comenzó á engrosar.

A últimos de Enero de 1876 reapareció la diarrea.

El 29 de Febrero la enferma entró de nuevo en el hospital. Hé aquí cuál era su estado: se encuentra muy débil y muy delgada; la circunferencia en el ombligo es de 37 ½ pulgadas; el hígado es muy grueso: mide nueve y media pulgadas en la línea mamaria derecha y se extiende desde el pezon hasta por debajo del ombligo; su superficie es dura y poco sensible, igual, pero se siente en el epigastrio una masa que forma eminencia; el hígado está grueso, la ascítis es moderada, la diarrea constante (8 ó 10

deposiciones acuosas, sin dolor, todos los días); no hay vómitos; lengua anormalmente roja y limpia; falta de apetito; color pálido, anémico; no hay ictericia pronunciada, pero la orina contiene pigmento biliar y 1/8 de albúmina; epistáxis casi constante y gran fetidez del aliento. Pulso á 120, corazon sano.

Se somete á la enferma á la dieta láctea y se la hace tomar una mixtura con bismuto y opio, y más tarde el pernitrato de hierro; con todo, iba empeorando progresivamente.

El 2 de Marzo vomita medio litro, poco más ó ménos, de sangre negruzca; la ascítis ha disminuido un poco, pero las epistáxis y la diarrea persisten.

El 15 de Marzo la enferma muere de inanicion.

Autopsia. —Tres litros de líquido ascítico en el peritoneo. El hígado, muy grueso, pesa 74 onzas; está sólidamente adherido al cólon trasverso, al estómago, etc.; cápsula considerablemente engrosada; dos quistes loculares llenos de líquido ascítico en su cara superior; el borde inferior está redondeado; al hacer un corte se observa la estructura típica de la cirrósis; no hay reaccion amiloidea. El bazo pesa 12 ½ onzas y está congestionado. Riñones duros, pero no dan la reaccion amiloidea. Pulmon derecho, adherido.

OBSERVACION LV. — *Aumento considerable de volúmen del hígado y ascítis consecutivos á una lesion mitral.*

E. F..., de 11 años, fué admitido en el hospital de Santo Tomás el 3 de Noviembre de 1871. Buena salud anterior hasta el mes de Julio último. En esta época tuvo que guardar cama muchas semanas á consecuencia de una fiebre reumática muy intensa; despues ha tenido palpitaciones y disnea.

A su entrada el volúmen del corazon está muy aumentado. Mide tres y media pulgadas trasversalmente y su punta late entre la sexta y la séptima costilla, por fuera de la tetilla. Se oye en la punta un ruido de soplo sistólico semejante á un silbido que se extiende hasta el ángulo inferior del omoplato izquierdo; es perceptible en todo el pecho; pulso á 108, pequeño y débil; á veces tos, pero los pulmones están sanos; hígado algo grueso, ligero edema de las piernas, albúmina (25 por 100) en la orina.

Se prescribe la digital y el hierro.

El día 9 de Noviembre había experimentado una considerable mejoría; orina sin albúmina.

El 14 de Diciembre, estando todavía en el hospital, sufrió un segundo ataque de reumatismo articular agudo que se complicó con pericardítis y pleuro-pneumonía.

Durante algunas semanas se sintió muy mal; la desaparicion de la pe-

ricardítis y de la pulmonía, fué seguida de una agravacion de los síntomas cardiacos.

El 22 de Enero la macidez trasversal del corazon llega á cuatro pulgadas; la respiracion es corta; mucho malestar cardiaco y palpitacion; edema considerable de las piernas y ligera ascítis, pero sin albuminuria. Los diuréticos y el hierro no prestaron ningun servicio.

El 18 de Marzo hicieron punciones en las piernas, que estaban enormemente dilatadas, obteniendo de este modo un alivio muy marcado.

El 1.° de Abril se aplicaron al abdómen fomentos con una infusion de digital cuatro veces más fuerte que la de la farmacopea inglesa, obteniendo de este modo un notable aumento de la cantidad de orina y una diminucion de la hidropesía.

Con todo, al cabo de pocos días la hidropesía abdominal aumentó de nuevo hasta el 22 de Abril, en que la circunferencia era de 33 pulgadas en el ombligo; pero había muy poco ó ningun edema de las piernas. El hígado estaba muy grueso y se extendía desde la tetilla derecha al ombligo; superficie lisa, dura, y ligeramente sensible; venas abdominales desarrolladas; ninguna ictericia; mucha albúmina en la orina; disnea molesta. Se practica la paracentésis del abdómen y salen 172 onzas de líquido; alivio considerable é inmediato.

Finalmente, cesó la albuminuria, y gracias al uso de la digital y de otros diuréticos, como las píldoras azules, los purgantes, y más tarde el hierro, no se reprodujo la ascítis; el volúmen del hígado disminuyó poco á poco, y los síntomas cardiacos mejoraron.

El 5 de Agosto el enfermo salió del hospital libre de su hidropesía, y la circunferencia del ombligo no medía más que 25 pulgadas.

Volvió á ingresar el 5 de Diciembre de 1872 con albuminuria y ligera ascítis, midiendo el abdómen 27 $^3/_4$ pulgadas, pero sin edema en las piernas. Bajo la influencia de las píldoras azules, de la digital, de los diuréticos, de los purgantes y del hierro, la albuminuria y la ascítis desaparecieron de nuevo.

Al salir del hospital, el enfermo iba á vivir á orillas del mar. Su hígado estaba todavía muy grueso.

Las observaciones LVI á LIX son ejemplos de hígado grueso sifilítico, con gomas.

En la observacion LVI, la naturaleza sifilítica de la enfermedad del hígado no pudo sospecharse siquiera durante la vida. La coincidencia de un bazo grueso, de una diarrea persistente, de una albuminuria muy marcada, sin hidropesía general y de una profunda anemia, hicieron pensar que el aumento de volúmen del hígado era debido á una degeneracion lardácea, y se atribuyó la ascítis á la compresion de la vena porta por las glándulas linfáticas infartadas del depósito amiloideo. La abundancia ex-

cesiva de las reglas era, sin embargo, la única causa que podía asignarse á la degeneracion amiloidea.

OBSERVACION LVI. — *Hepatitis sifilítica y gomas del hígado.—Bazo amiloides. — Ascitis. — Diarrea. — Ictericia.*

Sarah B..., de 25 años de edad, entró en el hospital de Middlesex el 21 de Abril (permaneció en él hasta el 2 de Junio) padeciendo una anemia, un infarto del hígado y del bazo, albuminuria, ascítis y diarrea.

Desde la primera aparicion de sus reglas, á los 12 años, en que tuvo un flujo muy abundante, ha padecido anemia y clorósis, empeorando despues del matrimonio, en 1866. No ha estado nunca embarazada, y un exámen minucioso no permite descubrir en ella nada que indique una sífilis anterior. Su padre murió á los 40 años víctima de un accidente; su madre y un hermano fallecieron de consuncion. A principio de 1866 su vientre comenzó á engrosar, y la enferma empezó á tener una gran diarrea.

Al entrar en el hospital, la circunferencia del abdómen en el ombligo es de 34 $^1/_2$ pulgadas. La macidez hepática en la línea mamaria derecha se eleva hasta el pezon y mide 4 $^1/_4$ pulgadas. La macidez vertical del bazo es de seis pulgadas; la orina contiene $^1/_5$ de albúmina.

Diez ó doce deposiciones por día. Corazon sano. Bajo la influencia del ácido nítrico y del opio se detuvo la diarrea, no había tantos indicios de albúmina y la ascítis desapareció, aunque el abdómen tenía aún 33 pulgadas de circunferencia.

Sarah permaneció de nuevo en el hospital desde el 2 de Noviembre al 1.º de Diciembre de 1868; tuvo entónces ligera ictericia y ascítis; el hígado medía cinco pulgadas en la línea mamaria derecha; el bazo pasa de las costillas unas cinco pulgadas; seis deposiciones por día. No hay albúmina en la orina durante todo este tiempo; pero existe un ruido sistólico en la base del corazon. Nueva mejoría por el tratamiento ántes enumerado.

Tercera estancia en el hospital desde el 9 de Julio al 10 de Agosto de 1869. Hay todavía ascítis é ictericia ligera. La macidez del hígado y la del bazo llega á cinco pulgadas por debajo de las costillas. Circunferencia abdominal, 35 ½ pulgadas. La orina contenía indicios de albúmina; 8 á 10 deposiciones por día; menorragia; anasarca de las piernas. Bajo la influencia del mismo tratamiento la diarrea se detuvo de nuevo, y la enferma recobró sus fuerzas y buen aspecto.

Cuarta estancia, con los mismos síntomas, desde 23 de Noviembre de 1869 al 2 de Enero de 1870. Circunferencia del abdómen, 36 pulgadas; siete á ocho deposiciones; $^1/_{20}$ de albúmina.

Poco tiempo despues de haber salido del hospital, reapareció la diarrea y el vientre se puso más gordo.

La enferma se presentó muchas veces á la consulta, y entró por quinta vez en el hospital el 17 de Marzo de 1870. La circunferencia del abdómen es en la actualidad de 43 pulgadas, y al nivel del ombligo se observa una eminencia tan gruesa como una naranja, sobre la cual la piel está roja, adelgazada, reluciente y sensible; el resto del abdómen no lo es. Las venas superficiales del tórax y del abdómen están muy desarrolladas. No hay apetito; flatulencia marcada; tres ó cuatro deposiciones diarias; algunas veces esfuerzos para vomitar. La disnea es considerable; 48 respiraciones torácicas. Pulso á 108; no hay ruido de soplo en el corazon. La orina contenía la mitad poco más ó ménos de albúmina y poco pigmento biliar; no hay en ella cilindros urinarios. Ligero edema de las piernas; clorósis muy pronunciada. Falta de ictericia. El tratamiento dispuesto no produce ningun resultado; ántes al contrario, la enferma empeoró rápidamente.

El 21 de Marzo expulsó poca orina y estuvo agitada.

El 22 pierde el conocimiento.

El 23 el pulso es intermitente y la diarrea aumenta.

El 24 fallece la enferma.

Autopsia. — No hay cicatrices aparentes en la vulva ni en la vagina; pero sí cicatriz profunda en el labio anterior del útero. El peritoneo contiene 100 onzas de serosidad amarilla clara, con algunos copos de linfa toda la serosa presentaba los signos de una peritonítis reciente; los vasos estaban considerablemente inyectados, y los intestinos unidos por una capa de linfa amarillenta. Existían sólidas adherencias entre el hígado y el diafragma, lo mismo que con el riñon derecho. El hígado es algo pequeño; su cápsula está engrosada y su cara externa marcada por numerosas depresiones profundas, semejantes á cicatrices; al hacer un corte se ve que corresponden á gomas sifilíticos, de los cuales algunos son tan gruesos como cerezas.

El tejido del hígado es pálido y friable, grasoso, y no da la reaccion amiloidea. Tejido fibroso en abundancia en la cisura porta, que comprime, aunque no oblitera, la vena del mismo nombre. Hipertrofia considerable del tejido conectivo en el interior del hígado. El ligamento redondo está muy engrosado. El bazo pesa 30 $^1/_4$ onzas; su cápsula está muy engrosada; su tejido es duro y lardáceo, y da la reaccion amiloidea. No hay ulceracion ni reaccion amiloidea en los intestinos.

OBSERVACION LVII. — *Hígado grueso sifilítico (gomas).* — *Gomas en un brazo.* — *Periostítis en una tibia.*

El 28 de Julio de 1875 fuí consultado por la Sra. R.... de 37 años de edad. Tenía un tumor del hígado, respecto al cual habían emitido di-

versas opiniones los médicos que la habían visto. Algunos creían ver un absceso, otros un hidátide, otros un cáncer, y un médico distinguido había diagnosticado un tumor adenoide. El hígado estaba muy engrosado y se extendía desde el pezon al ombligo; una porcion de él se proyectaba hácia abajo y adelante: era blando y elástico, pero indolente; su superficie presentaba nudosidades distintas, una de las cuales, situada en el epigastrio, hacía concebir la idea de un cáncer; sus partes prominentes eran más blandas. Había de vez en cuando ictericia, acompañada de deposiciones decoloradas. No existía ascítis; bazo muy voluminoso, que pasaba cuatro pulgadas de las costillas. No había albuminuria. Ligero edema de las piernas y tumefaccion en la tibia izquierda por una periostítis; nada en la tibia derecha. Temperatura normal; buen apetito.

Hé aquí cuáles eran sus antecedentes:

Su madre había muerto de un cáncer uterino. Nuestra enferma se casó á los 16 años sin tener ningun hijo, y sólo un aborto á las seis semanas de matrimonio. Hace más de cuatro años comenzó á tener un flujo vaginal, para cuyo tratamiento tomó mercurio, que le produjo una gran salivacion. Hace dos años observó primero uno y despues dos pequeños engrosamientos por debajo de las costillas del lado derecho y en el lado anterior. Estos engrosamientos aumentaron poco á poco al principio, y despues con rapidez.

Aunque no se sospechaba siquiera que el tumor contuviera líquido, se acordó practicar una puncion exploradora para disipar todas las dudas. Dicha puncion apénas dió salida á algunas gotas de sangre. Se prescribió el ácido nitro-clorhídrico, la nuez vómica y los purgantes salinos. Bajo la influencia de este tratamiento la enferma se sintió mejor y más fuerte, y el tumor no aumentó.

El 31 de Octubre vomitó una corta cantidad de sangre, y algunos días despues tuvo náuseas é ictericia intensa.

Hácia esta época se observó por vez primera en las partes blandas del brazo izquierdo un engrosamiento del volúmen de media naranja. Este engrosamiento aumentó ligeramente, se tornó rojo y blando en el centro, y muy doloroso, por lo cual fuí consultado de nuevo el 18 de Enero de 1876. Se prescribió el ioduro de potasio; pero dos días despues la enferma tuvo una hemorragia intestinal y estomacal muy abundante que hizo suspender el tratamiento.

El tumor del brazo aumentó, y el 7 de Febrero se había formado en el centro una escara del tamaño de una moneda de dos pesetas; la circunferencia del engrosamiento era siempre muy dura y sensible. Se prescribió nuevamente el ioduro de potasio (20 centígramos, poco más ó ménos, tres veces al día).

El 28 de Febrero la escara está en vías de eliminacion; núcleo distinto de periostítis en la tibia izquierda; la hemorragia no ha reaparecido. El

hígado no está más grueso que hace seis meses; la circunferencia en el punto más prominente es de 34 $^1/_2$ pulgadas. Buen apetito, pero distension dolorosa del estómago despues de las comidas. No hay albúmina en la orina. Se prescriben 64 centígramos de ioduro de potasio en una infusion de zarzaparrilla, para tomar tres veces al día.

Bajo la influencia de este tratamiento, alternando con pequeñas dósis de bicloruro de mercurio y de quina, el estado de la enferma mejoró considerablemente.

El 27 de Marzo se desprendió la escara del brazo y la ulceracion estaba en vías de cicatrizacion. La ictericia es ménos intensa; la circunferencia de 33 $^5/_4$ pulgadas.

El 2 de Mayo la úlcera del brazo ha curado por completo, dejando una cicatriz profunda; vivos dolores de periostítis en el radio derecho y los dedos, lo mismo que en la tibia derecha.

El 1.° de Junio estos dolores han desaparecido; apénas existe una ligera ictericia; la enferma se levanta, va y viene.

El 19 de Julio la enferma ha salido de casa cinco ó seis veces en coche; ha recobrado su buen aspecto. Circunferencia, 35. Dolor intenso de periostítis en el codo derecho.

El 20 de Julio la enferma dice que le parece se ha roto algo en su interior, y ha vomitado una cantidad de materia amarillenta que no ha conservado.

Despues de esto, náuseas durante muchos días; pero luégo continúa la mejoría.

26 de Setiembre.—El hígado es indudablemente más pequeño; la circunferencia sólo mide 33 $^1/_2$ pulgadas, aunque la enferma está gruesa. El volúmen del bazo no ha disminuido. No existe ictericia; buen apetito. La enferma tiene todavía dolores periósticos en el radio derecho que le impiden dormir.

13 de Enero de 1877.—La Sra. R... se encuentra mucho mejor; ha recobrado sus carnes, puede ir y venir, y desempeñar sus ocupaciones en la tienda de su marido, que es panadero. El hígado es más pequeño. No hay dolores periósticos, pero se ha formado un exostósis en el radio derecho. Recientemente se han presentado las reglas por primera vez desde hace dos años.

Observacion LVIII. — *Hígado grueso sifilítico. — Gomas en la pierna izquierda.*

M. J..., de 47 años, me consultó por vez primera el 4 de Mayo de 1874. Diez y seis años ántes padeció la sífilis. La enfermedad fué ligera, y no recuerda haber sufrido síntomas constitucionales. A los seis años se casó,

no teniendo su mujer ningun embarazo ni aborto. En 1871 comenzó á sentir un obstáculo en las fosas nasales, y bien pronto sobrevino por la nariz un flujo fétido, acompañado en ocasiones de coágulos de sangre. Al cabo de 10 meses salió de la fosa nasal derecha un trozo de hueso, casi del tamaño de una moneda de dos reales, y el flujo cesó. Por aquella misma época tuvo una enfermedad de las encías y perdió cinco dientes. Poco despues se sintió mejor, y así continuó hasta el mes de Noviembre de 1873, en que un día, despues de almorzar, sintió cierta debilidad, experimentó algun dolor en la region del hígado, con ligera ictericia, y otros síntomas que le obligaron á suspender su trabajo durante cinco semanas. Desde entónces ha tenido flatulencia y otros síntomas de dispepsia, y tambien hemorroides; pero aunque tuvo la costumbre de beber mucho whisky, nunca padeció náuseas ni vómitos, ni su apetito ofreció nada de particular. Dilatacion de los capilares de los carrillos, pero sin ictericia. Hígado muy grueso, que medía ocho pulgadas en la línea mamaria derecha; aumento de volúmen uniforme, liso, duro, sin dolor. Bazo tambien algo grueso. No hay ascítis; lengua anormalmente limpia y roja; extreñimiento habitual; orina á 1.024, cargada de uratos, pero sin albúmina; pulso á 96; corazon normal.

Se le ordenó que se abstuviera de los estimulantes, excepto un poco de Burdeos con agua; que tomara cada dos días en ayunas una dósis de sal de Karlsbad, y una mixtura de bicloruro de mercurio y de cloruro de amonio tres veces al día. Bajo la influencia de este tratamiento la orina se tornó abundante y clara, los síntomas mejoraron de un modo considerable y el hígado disminuyó de volúmen.

El 24 de Octubre no medía más que 7 ¼ pulgadas en la línea mamaria derecha; pero había una pequeña ulceracion dolorosa en la amígdala izquierda, y tenía á menudo por las mañanas una ligera epistáxis.

Despues de esto tomó de vez en cuando ioduro de potasio, pero se sentía siempre mejor cuando tomaba bicloruro de mercurio.

En Diciembre de 1874 notó por primera vez un grosor en la parte media de la pierna, pero en manera alguna adherente al hueso.

Dicho tumor adquirió poco á poco el volúmen de un huevo y se reblandeció, abriéndose en Mayo de 1875, y saliendo una corta cantidad de pus y mucha sangre coagulada.

La herida tardó en curar muchos meses, durante los cuales el enfermo apénas podía andar, pues sentía un dolor en la articulacion tibio-tarsiana izquierda. Al curar quedó una cicatriz profunda, cubierta por una costra y rodeada por un círculo de induracion considerable. En Febrero de 1876 vió al Dr. Jaime Paget, que consideró el tumor como un goma sifilítico. El hígado está todavía grueso; pero no mide más que 6 ½ pulgadas en la línea mamaria derecha; su superficie es dolorosa. Todavía queda dolor en la articulacion tibio-tarsiana izquierda, lo cual impide al enfermo hacer

mucho ejercicio; pero el apetito es bueno y la digestion se verifica bien.

Se le prescribe bicloruro de mercurio y quina, y en Octubre de 1876 sé que su salud es mucho mejor.

OBSERVACION LIX. — *Hígado sifilítico, hipertrofia fibrosa, gomas.— Ascítis.*

Enriqueta R..., de 28 años de edad, fué admitida en el hospital de Santo Tomás el 1.° de Febrero de 1875.

Nada de particular en sus antecedentes de familia, habiendo ella gozado buena salud hasta tres años ántes de su admision. En dicha época sufrió, por espacio de algunas semanas, un ataque mal definido de dolor y de tumefaccion en la parte inferior del abdómen; pero despues de esto, volvió á estar buena y se casó en Enero de 1873. Tuvo un aborto y ningun embarazo. A principio de 1874 empezó á experimentar una tos seca, distension flatulenta del abdómen y ganas de vomitar por las causas más insignificantes; pero no había náuseas por la mañana: comía y bebía con sobriedad.

En Noviembre de 1874 comenzó el abdómen á hincharse y ponerse doloroso, y desde entónces la vista y áun el olor de los alimentos determinan en ella vómitos excesivos; la tos ha aumentado; no tiene apetito; enflaquecimiento; crísis de dolor tan intenso que algunas veces obligan á la enferma á guardar cama durante una semana.

A su entrada, se ve que la enferma ha enflaquecido; su cara expresa el sufrimiento; no hay ictericia ni manchas venosas en los carrillos; dolor y sensibilidad del ombligo que mide en el abdómen 43 $^1/_2$ pulgadas. Ascítis considerable; las venas abdominales están poco dilatadas. No se puede sentir el hígado ni el bazo, pero el límite superior de la macidez hepática llega casi al pezon. La lengua está muy limpia y muy roja; frecuentes ganas de vomitar; extreñimiento. La orina contenía fosfatos, pero no uratos ni albúmina. Pulso á 96, pequeño y débil; la punta del corazon ha subido, pero no existe ruido anormal. Tos seca, frecuente; respiracion torácica y algo penosa, pero signos pulmonares normales. Ligero edema de las piernas. Temperatura á 37°,22.

Se la administraron los purgantes y los diuréticos, entre ellos la digital; pero como no resultaba ninguna mejoría, la enferma padecía mucho, y su respiracion se iba haciendo cada vez más difícil por la distension del abdómen; se practicó la paracentésis el 6 de Febrero, y se sacaron más de 9 $\frac{1}{2}$ litros de una serosidad de color amarillo-paja, cuya densidad era de 1.016. La operacion fué seguida de un gran alivio. Despues de haber sacado el líquido, el límite superior de la macidez hepática llegaba todavía cerca del pezon. Se podía percibir el borde inferior del hígado

formando una eminencia de más de 3 pulgadas por debajo de las costillas en la línea mamaria derecha, dura, llena de desigualdades y sensible, pero el órgano era liso en su superficie. Circunferencia, 30 pulgadas.

El 10 de Febrero se prescribió ioduro de potasio y citrato de magnesia con digital, y un cocimiento diurético.

El 20 de Febrero se sustituyeron estos medicamentos con una mixtura de bicloruro de mercurio, de escila y de digital.

Poco á poco volvió á formarse la ascítis, y el día 24 de Febrero la circunferencia era de 43 pulgadas; orina, en pequeña cantidad. Nueva paracentésis; se sacan nueve litros de líquido, cuya densidad es de 1.015. La operacion produce un alivio inmediato y va seguida, como la primera vez, de un gran aumento en la cantidad de orina.

Del 3 al 13 de Marzo erisipela de la cara y de la piel del cráneo, que se extendió al abdómen; durante este tiempo el pulso se elevó hasta 160, y la temperatura hasta 40°, con lengua seca y mucho delirio. Despues de esto gran postracion, grandes abscesos, alguno de los cuales contenía más de medio litro de pus, formado debajo de la piel en diversas partes del cuerpo; la circunferencia del abdómen ha llegado hasta 45 ½ pulgadas.

El 12 de Abril se sacan por la paracentésis 2 ½ litros.

El día 9 salen más de 12 litros de líquido, cuya densidad era de 1.015.

Muerte por inanicion el 27 de Abril.

Autopsia. — El peritoneo contenía 12 litros de serosidad. Hígado grueso, que pesaba 62 onzas, sólidamente adherido á los órganos inmediatos; cápsula engrosada; tejido indurado por hepatítis intersticial; numerosos gomas sifilíticos duros, algunos tan gruesos como cerezas, distribuidos principrlmente á lo largo de la vena porta y de sus ramas; algunos formaban eminencia en la superficie del hígado. La vena porta, en la cisura, estaba muy dilatada; el bazo está duro y pesa 14 onzas. No hay reaccion amiloidea en el hígado, el bazo ó los riñones. Pleuresía reciente en ambos lados; los dos pulmones edematosos.

VII. — Inflamacion catarral de las vías biliares

El estado patológico que va á ocuparnos, va acompañado ordinariamente de congestion hepática más ó ménos marcada. Por consiguiente, sus caractéres clínicos son los que pertenecen á la congestion (que no necesito recordaros), á los cuales van á unirse los propios del catarro de las vías biliares y de la vesícula.

Así, encontramos:

1.° Un aumento de volúmen del hígado que, lo mismo que en la congestion, es uniforme en todas las direcciones y rara vez considerable, pero

acompañado en ocasiones de aumento de volúmen de la vesícula, que se presenta entónces bajo la forma de un tumor más ó ménos piriforme, formando eminencia en el borde anterior. En ciertos casos, no se puede observar ningun aumento de volúmen.

2.° La porcion del hígado que forma eminencia por encima de las costillas, es lisa á la palpacion.

3.° Hay ante todo una sensacion de constriccion y de distension en el hipocondrio derecho, con sensibilidad á la presion, particularmente en la vesícula cuando ha aumentado de volúmen. Sin embargo, á veces hay poco ó ningun dolor y malestar. El pulso suele ofrecer una lentitud anormal.

4.° Como los conductos biliares están obstruidos por la tumefaccion de su mucosa, lo mismo que por los productos inflamatorios que elimina su superficie libre, la ictericia, al cabo de uno ó dos días, es mucho más intensa que en la congestion simple, y las materias no contienen bílis.

5.° Por otra parte, las circunstancias bajo cuya influencia sobreviene la enfermedad ayudan no poco el diagnóstico.

a) En la gran mayoría de los casos, la enfermedad va precedida de síntomas de catarro del estómago y del duodeno. La inflamacion, en realidad, comienza por la mucosa del conducto digestivo y se extiende desde allí al conducto colédoco. Por consiguiente, se encontrará desde luégo una lengua gruesa, pérdida del apetito, flatulencia, náuseas ó vómitos, dolor ó sensibilidad en el epigastrio y algunas veces diarrea; estos síntomas van acompañados á menudo de ligera fiebre. Al cabo de pocos días, ó más tarde, se presenta la ictericia, y la fiebre, si existe, puede disminuir, áun cuando persistan los desórdenes gástricos. Los niños están muy expuestos á la inflamacion de las vías biliares, y en ellos resulta de una alimentacion indigesta ó en exceso; en tal caso, la ictericia y los demas síntomas desaparecen ordinariamente al cabo de 10 ó 20 días.

b) El catarro de las vías biliares (como el catarro de los bronquios) no es raro en los individuos de constitucion gotosa, y más de una vez he visto casos de este género en los cuales los vómitos frecuentes, el enflaquecimiento, la ictericia persistente durante algunas semanas hicieron sospechar un cáncer; pero desaparecieron bajo la influencia de los purgantes, del cólchico y de los alcalinos.

c) El catarro de los conductos biliares es una de las afecciones hepáticas que pueden ser producidas por la sífilis. La ictericia, que no es rara durante el período llamado secundario, se debe ordinariamente á esta causa, y en tales casos puede sobrevenir la atrofia aguda del hígado.

d) La inflamacion de las vías biliares puede ser consecutiva á la congestion ú otras afecciones del hígado, y en tal caso sus síntomas son, por lo general, persistentes. Es probable que el catarro de los conductos no sólo determine la congestion del tejido hepático, sino que sea tambien

su resultado. En los casos en que la congestion del hígado se desarrolle bajo la influencia de las circunstancias ya mencionadas, y en los que, ademas de los síntomas de la congestion simple, hay una ictericia pronunciada con falta de bílis en las materias, puede creerse que hay catarro y tambien congestion de estos conductos. Otras afecciones del hígado, como la degeneracion amiloidea y el tumor hidatídico, pueden en casos accidentales complicarse con catarro de estos conductos; así, se ve sobrevenir á veces la ictericia en algunas afecciones hepáticas en que suele faltar este síntoma. En otra leccion (leccion VII) tendré ocasion de mencionar un ejemplo de aumento de volúmen del hígado por depósito tuberculoso, en el cual la ictericia era debida probablemente á la inflamacion del conducto colédoco.

e) La inflamacion de los conductos biliares y de la vesícula, puede ser determinada por la irritacion que causan los cálculos ú otros cuerpos extraños. En tales circunstancias se reconocerá por los antecedentes de cólicos hepáticos, que, sin embargo, faltaban en un enfermo que hace poco murió en mi clínica (Obs. LXV).

f) Ciertos venenos, tales como el de la puohemia y el fósforo, pueden provocar el catarro de los conductos biliares (1). La causa de esa forma de catarro de los conductos biliares, descrita con el nombre de *ictericia epidémica*, reside probablemente en algun veneno contenido en el aire ó en el agua que sirve para las bebidas.

Puede decirse de una manera general que en los sujetos jóvenes el catarro de las vías biliares es la causa más comun de la ictericia; ademas, en las personas de edad mediana ó avanzada, cuando puede excluirse la sífilis ó la gota, la ictericia es probablemente debida á alguna causa distinta del catarro.

Tratamiento. — Las reglas ya expuestas para el tratamiento de la congestion del hígado, son aplicables tambien al catarro de los conductos biliares. Sólo me resta consignar algunos hechos:

1.° Las sanguijuelas y las ventosas son ménos necesarias en el catarro simple. En la mayor parte de los casos, los sinapismos y los fomentos calientes, combinados con los purgantes, los alcalinos y el cloruro de amonio, bastan para vencer la enfermedad.

La oportunidad de las depleciones locales dependerá de la intensidad del dolor y de la congestion que exista en cada caso.

2.° Cuando hay algun motivo para sospechar que la afeccion pueda ser de naturaleza gotosa, será conveniente añadir á la medicacion que acabamos de exponer el cólchico y el ioduro de potasio. En estos casos será tambien necesario regularizar las funciones digestivas, generalmente

---

(1) Virchow's *Archiv.*, 1865, t. XXX, Ht. 1.

trastornadas, si no queremos que aparezca una nueva manifestacion por parte del hígado.

3.° En los casos de sífilis, los remedios más eficaces son el bicloruro de mercurio y el cloruro de amonio, juntos con los purgantes.

4.° En ocasiones es preciso modificar el tratamiento si existen otras enfermedades del hígado, de las cuales es una complicacion el catarro de las vías biliares.

Cuando os hable de la ictericia, volveré á ocuparme del catarro de las vías biliares. Miéntras tanto debo llamar vuestra atencion acerca de los siguientes casos de infarto doloroso del hígado acompañado de ictericia, probablemente debido al catarro de las vías biliares.

OBSERVACION LX. — *Infarto doloroso del hígado con ictericia, debido á un catarro de las vías biliares.*

Isabel L..., de 21 años de edad, sirvienta, fué admitida en el hospital Middlesex el 7 de Diciembre de 1866.

Durante nueve meses estuvo bastante débil y se cansaba con frecuencia, experimentando ademas algunos desórdenes gástricos Diez días ántes de su admision, al cesar su último flujo catamenial, que tuvo la duracion ordinaria, sintió violentas náuseas y vómitos, pero sin diarrea. A los cinco días comenzó á quejarse de dolor y de sensibilidad en la region hepática; pero el dolor no fué nunca bastante vivo. Casi en aquellos días apareció una ictericia que fué acentuándose más y más, é iba acompañada de viva comezon en la piel.

Al entrar en el hospital, llamó mi atencion desde luégo un color profundamente ictérico de toda la piel y de las conjuntivas; la orina es muy oscura y da las reacciones características del pigmento biliar; lengua muy gruesa; poco ó ningun apetito; pero los vómitos y el dolor en el lado han disminuido. Se observa ademas que el borde inferior del hígado forma una eminencia de una pulgada poco más ó ménos por debajo del reborde costal en la línea mamaria derecha, y había en este punto una ligera sensibilidad á la presion. Ligero extreñimiento; deposiciones arcillosas, sin indicios de pigmento biliar; piel algo caliente, pulso á 100, temperatura 37°,77. Respiracion lenta y libre. Ruidos del corazon y de los pulmones normales.

Como tratamiento se le dieron con frecuencia los purgantes salinos (sulfato de magnesia) y las píldoras azules por la noche, al acostarse, sin olvidar las aplicaciones de sinapismos y las cataplasmas en la region hepática.

Los purgantes produjeron buen efecto, en términos que el día 17 de Diciembre los síntomas habían mejorado considerablemente; el pulso

había bajado á 68; la lengua estaba limpia; no había náuseas ni vómitos; había vuelto el apetito; la orina contenía ménos pigmento biliar. Con todo, la piel y las conjuntivas continuaban ofreciendo un color profundamente ictérico. Se sustituyó el sulfato de magnesia por una mixtura alcalina que contenía bicarbonato de sosa, éter clórico y tintura de azahar. Al mismo tiempo se prescribió un purgante de vez en cuando, y un baño tibio dos veces por semana.

El 20 de Diciembre se observa, por último, que el color ictérico comienza á desaparecer; desde entónces continúa este fenómeno.

El 7 de Enero dicho color había desaparecido por completo. Se prescribió una mixtura tónica con ácido nítrico y quinina.

El 22 de Enero la enferma pudo salir del hospital en un estado satisfactorio.

Los siguientes casos merecen citarse como ejemplos de catarro de las vías biliares en los gotosos.

Observacion LXI. — *Dispepsia gotosa. — Infarto del higado é ictericia catarral de los conductos biliares.*

En el otoño de 1865 fuí consultado por M. C. D., de 30 años de edad. Su padre había fallecido de gota, y un hermano más jóven padeció la misma enfermedad. C. D... no había tenido nunca gota bien manifiesta, pero había sufrido diversos desórdenes gástricos caracterizados por náuseas y flatulencia, y dolores pasajeros en las articulaciones pequeñas. Unas tres semanas ántes de que yo le viese sintió, una hora despues de comer, un dolor en el epigastrio, seguido de náuseas y vómitos. Al cabo de algunos días se presentó la ictericia, que fué haciéndose cada vez más marcada; las náuseas continuaron sin vómitos y el enfermo enflaqueció mucho.

Al examinarle, ví que el borde inferior del hígado formaba una eminencia de más de media pulgada por debajo del reborde costal en la línea mamaria derecha y ligeramente sensible á la presion; ictericia muy intensa, color de aceituna; viva comezon en la piel y falta completa de bílis en las materias fecales. Orina oscura característica. Pulso á 60; poco apetito; náuseas y flatulencia siempre que el enfermo come alguna cosa. Debilidad excesiva, enflaquecimiento, aspecto exterior; todo esto en un hombre de alguna edad, hubiera hecho creer ciertamente en la existencia de una afeccion maligna del estómago ó del hígado.

El tratamiento consistió en la aplicacion de cataplasmas de mostaza y harina de linaza en la region hepática, baños tibios, la administracion de píldoras azules y de purgantes salinos, y una mixtura de citrato de potasa y de vino de cólchico; finalmente, un régimen compuesto de leche, té de buey y algunas sustancias feculentas.

A los dos días comenzaron á mejorar los síntomas, y al fin de la tercera semana la ictericia había desaparecido por completo y el enfermo había recobrado su salud habitual.

OBSERVACION LXII. — *Gota. — Catarro de las vías biliares. — Ictericia.*

Alfredo B..., de 38 años, empleado en un taller de curtidos, entró en el hospital de Santo Tomás el 17 de Noviembre de 1874. Seis años ántes, tuvo durante 12 meses una parálisis facial en el lado izquierdo. Hace 10 años, su hermano mayor, que tiene cuatro años más, padeció la gota.

En cuanto al enfermo objeto de esta observacion, acostumbra beber mucha cerveza. Cinco semanas ántes de su entrada, las muñecas, los dedos, los maléolos y las rodillas se hincharon y se pusieron dolorosos. Al cabo de ocho ó diez días desaparecieron el dolor y la hinchazon, pero la piel y la conjuntiva se tornaron muy amarillas; hubo viva comezon en la piel y algunos vómitos.

A su entrada, ictericia intensa. Hígado algo grueso, que medía cinco pulgadas en la línea mamaria derecha. El borde inferior es liso é indolente. Lengua blanca; apetito moderado; meteorismo muy pronunciado despues de las comidas; extreñimiento; materias decoloradas; no hay vómitos desde hace 15 días. Orina trasparente, pero con pigmento biliar abundante. Pulso á 108; corazon y pulmones sanos; temperatura 38°,3.

Se le hizo tomar, tres veces al día, una mixtura con citrato de potasa, ioduro de potasio y vino de cólchico; y por la noche el ruibarbo compuesto, alternando con las píldoras azules; dieta láctea.

Al cabo de una semana hubo bílis en las materias fecales, y la ictericia comenzó á disiparse.

El 12 de Diciembre la ictericia había desaparecido por completo.

Dos días despues, el enfermo salía del hospital en buen estado.

En los dos casos siguientes, el catarro de las vías biliares con ictericia pareció ser de orígen sifilítico.

OBSERVACION LXIII. — *Sífilis constitucional. — Ictericia catarral.*

E. R..., de 25 años, fué admitido en el hospital Middlesex el 8 de Diciembre de 1868. Buena salud habitual. Hace cuatro meses tuvo accidentes sifilíticos primitivos, seguidos de infarto de los ganglios inguinales y de roseola. Cuatro semanas ántes de su entrada comenzó á experimentar náuseas, vómitos, dolor en el omoplato, sensacion de peso en la cabeza, ambliopía y gran debilidad. Pasada una semana sobrevino ictericia, diarrea y mucha flatulencia.

A su entrada, gran debilidad, ictericia de la piel y de las conjuntivas, manchas numerosas cobrizas de psoriasis en la piel. Lengua blanca, apetito moderado; dolor en el abdómen y eructos de gases despues de las comidas. Los vómitos y la diarrea han cesado; no hay bílis en las deposiciones. Hígado grueso, que mide seis pulgadas en la línea mamaria derecha, y que se extendía dos pulgadas por debajo de las costillas; superficie lisa y ligeramente sensible. Pulso á 84, regular. Temperatura á 37°,8. Densidad de la orina, 1.020; no hay albúmina, pero sí mucho pigmento biliar. Prescripcion: píldoras de coloquíntida compuesta con podofilino, pocion con sulfato de magnesia y sen, y mixtura con bitartrato de potasa y éter nitroso.

Bajo la influencia de este tratamiento los intestinos y los riñones recobraron su libre curso funcional, pero no sobrevino una mejoría efectiva.

El 16 de Diciembre la ictericia no había disminuido; la orina estaba cargada de pigmento biliar y las deposiciones eran arcillosas. Entónces se hizo tomar al enfermo el licor de bicloruro de mercurio, cuatro gramos, tres veces al día.

El 21 de Diciembre la orina continuaba conteniendo pigmento biliar; se prescribió al enfermo un baño caliente y los polvos de Dower al acostarse.

Algunos días despues la ictericia comenzó á disiparse, y el 30 de Diciembre no había más que indicios de pigmento biliar en la orina; el volúmen del hígado había disminuido y la ictericia ha desaparecido casi por completo.

OBSERVACION LXIV. — *Catarro de las vías biliares de orígen sifilítico (ó arsenical ?) — Ictericia.*

Josefa S.., nodriza, de 29 años de edad, ingresó en el hospital Middlesex el día 30 de Mayo de 1871. En el espacio de tres años ha padecido la viruela, la fiebre intermitente y la escarlatina. Es viuda y ha tenido cuatro hijos, de los cuales uno nació muerto y el otro vivió apénas un mes. Niega haber tenido sífilis; pero hace seis semanas padeció una ulceracion de la garganta, que duró algunos días. El 19 de Mayo observó en los brazos, el cuello y el pecho una erupcion, y el día 26 su médico le prescribió una disolucion arsenical para tomar cinco gotas tres veces al día. El 27, despues de haber tomado la cuarta dósis de medicamento, tuvo grandes náuseas, y al siguiente, despues de comer y de haber tomado las cinco gotas de la disolucion, vomitó y tuvo cuatro deposiciones. Entónces suspendió el medicamento, pero el 29 tuvo nuevos vómitos y se quejó de dolor y de sensibilidad en la region del hígado: por la noche se tornó ictérica.

El día de su admision tenía aún vómitos y diarrea.

Estado actual.—Ictericia pronunciada. Erupcion de placas escamosas, cobrizas, en los brazos, la espalda, parte anterior del pecho y el cuello. Lengua húmeda, con una capa blanquecina en el centro y bordes rojos; sed intensa; poco apetito; deposiciones arcillosas. Dolor sordo en el hipocondrio derecho, con ligera sensibilidad por debajo de las costillas del lado derecho; el hígado pasa de las costillas próximamente una pulgada en la línea mamaria derecha. Densidad de la orina, 1.025; pigmento biliar abundante, pero sin albúmina. Temperatura, 37°,77 á 38°,6. Pulso á 112; al nivel del tercer espacio inter-costal izquierdo se observa una rudeza manifiesta del primer ruido del corazon.

Se prescriben á la enferma 38 centímetros de calomelanos, una mixtura alcalina efervescente, y cataplasmas de mostaza y harina de linaza sobre el lado derecho, con dieta láctea, pan y té de buey.

El 3 de Junio ha aumentado la erupcion; la enferma se queja de dolor en la garganta; existe una ulceracion profunda en la admígdala derecha. Se cauteriza con nitrato de plata y se reemplaza la mixtura indicada por otra con ioduro de potasio y bicarbonato de potasa.

El 1.° de Junio se observa un poco de bílis en las materias; pero no hay mejoría sensible hasta el 8 del mismo mes, en que la bílis fluía libremente en el intestino.

El 9 de Junio no se encuentran indicios de pigmento biliar en la orina, y la ictericia va disipándose gradualmente.

El 4 de Julio la enferma está casi del todo restablecida, libre de su ictericia, curada de su ulceracion y casi sin erupcion.

En el siguiente caso, la muerte fué determinada por la uremia resultante de la alteracion de los riñones; pero los síntomas hepáticos parecían debidos á una inflamacion de la vesícula y de las vías biliares, provocada por cálculos hepáticos y que estaba en vías de curacion ántes de la muerte del enfermo.

OBSERVACION LXV. — *Inflamacion de las vías biliares producida por cálculos hepáticos. — Gangrena del pié. — Afeccion renal. — Muerte por puohemia.*

Muchos de vosotros os acordareis de un enfermo, J. K..., de 49 años de edad, que estuvo en el hospital Middlesex desde el 27 de Octubre de 1866 hasta el 21 de Noviembre, en que murió. Había gozado buena salud hasta el mes de Junio de dicho año. En esta época comenzó á perder el apetito, estaba abatido, experimentaba malestar y flatulencia despues de las comidas. Hácia la misma fecha se introdujo un clavo en el

dedo gordo del pié izquierdo. Esto dió lugar á un abceso que se abrió, y continuó supurando hasta pocos días ántes de su admision. Con todo, siguió trabajando como jornalero las tres últimas semanas. Durante su enfermedad el peso había disminuido desde 112 á 105 kilogramos.

El 20 de Octubre tuvo un violento escalofrío con temblor, que duró res horas y fué seguido de dolor corrosivo, constante y bastante intenso, con sensibilidad en la region hepática, vómitos de líquido verde y amargo, y cefalalgia. Dos días despues ictericia, comezon é insomnio. Al mismo tiempo que sobrevino la ictericia, el dedo gordo del pié izquierdo se tornó negruzco y la ulceracion se fué extendiendo. Este hombre no había experimentado nunca síntomas de cólico biliar.

A su entrada, ictericia bastante intensa de la piel y de las conjuntivas; comezon en todo el cuerpo; dolor sordo en la region del hígado, que había aumentado de volúmen de un modo uniforme; macidez de 5 $^1/_2$ pulgadas en la línea mamaria derecha. Había tambien sensibilidad marcada en un punto correspondiente á la vesícula, cuyo volúmen había tambien aumentado; abdómen distendido, meteorismo; el enfermo devuelve en media hora todo lo que come. Lengua húmeda, amarillenta y gruesa; extreñimiento; deposiciones claras; orina oscura característica y conteniendo una gran cantidad de pigmento biliar, y tambien albúmina con granulaciones y algunos cilindros grasosos. En el dorso y en la planta del dedo gordo se encontraban anchas úlceras saniosas; las partes blandas inmediatas estaban muy hinchadas y lívidas. Pulso á 72, piel fresca. No hay escalofríos ni traspiraciones. Se disponen vejigatorios, cataplasmas de mostaza y harina de linaza sobre la region hepática, y al interior el bismuto, éter clórico, los purgantes, etc.

Durante algun tiempo hubo, al parecer, gran mejoría; la ictericia disminuyó y la bílis llegó á reaparecer en las materias fecales.

Pero el 12 de Noviembre los vómitos volvieron á presentarse con más violencia y la postracion aumentó.

El 19 se encontró el pié izquierdo muy hinchado; algunas líneas lívidas marcaban en las piernas el trayecto de los linfáticos.

El 20 se abre un absceso por encima de la garganta del pié izquierdo; sale pus fétido y algunos gases. El mismo día sobrevienen convulsiones seguidas de coma. Los ataques convulsivos se suceden con rapidez, en términos que el enfermo tuvo más de 30 ántes de su muerte, que ocurrió el día 21, á las cinco de la tarde.

Autopsia. — Cerebro normal, lo mismo que sus membranas; con todo, había en la base y en los ventrículos laterales una considerable cantidad de líquido que contenía urea. Riñones gruesos y muy grasosos; depósito granuloso en sus elementos secretorios. Hígado grueso, que pesaba 80 onzas; células hepáticas llenas de grasa; lóbulos más distintos que en estado normal, y que daban, al hacer un corte, un aspecto granuloso. La vesícu-

la contenía una concrecion negruzca tan gruesa como una nuez, y una multitud de pequeños fragmentos de la misma sustancia de forma irregular. Estaban en suspension en una pequeña cantidad de líquido verde oscuro, que al microscopio contenía cierta cantidad de corpúsculos de pus. La mucosa de la vesícula ofrecía un aspecto blanquecino; el fondo estaba muy inyectado, granuloso y excoriado. Los conductos biliares contenían un líquido viscoso semejante al de la vesícula, con finas partículas de bílis negra espesa, que iba al duodeno con mucha dificultad. Mucosa del estómago y del duodeno muy inyectada, con numerosos equimósis pequeños, y su superficie cubierta de una espesa capa de moco viscoso. Edema considerable y congestion de los pulmones. Grasa en gran cantidad depositada por todo el cuerpo; todas las partes blandas profundamente ictéricas.

Debo llamar ahora vuestra atencion sobre otra forma de aumento de volúmen del hígado con dolor é ictericia.

VIII. — Aumento de volúmen por obstruccion del conducto colédoco por cálculos, tumores, etc.

La obstruccion del conducto colédoco puede producir el aumento de volúmen del hígado de dos modos:

a) Causando la dilatacion de las vías biliares por la acumulacion de bílis en su interior. No es raro encontrar los conductos más anchos que el dedo medio y áun más.

b) Determinando la inflamacion de las vías biliares asociada á un estado congestivo más ó ménos pronunciado y un exagerado desarrollo del tejido conjuntivo. El hígado ofrece en estos casos un color bilioso muy marcado ó verde aceituna, y su consistencia es más dura. No debemos olvidar, sin embargo, que si la obstruccion persiste algun tiempo, el hígado puede retraerse finalmente más allá de su volúmen normal, atrofiándose su tejido glandular por la presion de los conductos biliares distendidos y del tejido conectivo de nueva formacion. Al microscopio se encuentran las células hepáticas atrofiadas y conteniendo á menudo una cantidad anormal de aceite; y si la enfermedad ha durado bastante tiempo, pueden estar completamente destruidas. Al propio tiempo se encuentra bílis en los conductillos biliares bajo la forma de cristales, irregulares, brillantes, de color rojo, distintos por su forma de los cristales de hematoidina.

La hipermegalia primitiva va seguida ordinariamente de atrofia al cabo de tres ó cuatro meses, segun los casos.

Los caractéres distintivos de la forma de engrosamiento del hígado que se observa en tales circunstancias, son los siguientes:

1.° El aumento de volúmen rara vez es considerable, uniforme en

todos sentidos. Con todo, existe una excepcion, debida al aumento de volúmen de la vesícula biliar, que puede sentirse á menudo bajo la forma de un grosor piriforme, que constituye una eminencia en el borde inferior del hígado. Este aumento de volúmen es determinado ante todo por la acumulacion de la bílis, y tambien por la adicion ó la sustitucion de productos inflamatorios. El Dr. Brigth ha referido un caso en el cual la vesícula estaba tan aumentada de volúmen que formaba un tumor oval, el cual descendía casi hasta la cresta del íleon. Vosotros habeis tenido ocasion de observar un tumor de la misma naturaleza, aunque ménos grueso, en el caso de J. W...

2.° Hay ictericia, y si la causa de la obstruccion es un cálculo, esta ictericia, lo mismo que el dolor de que hace poco os hablaba, llega pronto á su grado máximo, y persiste, ordinariamente con cierta intensidad, miéntras el hígado está infartado; las deposiciones carecen por completo de pigmento biliar. En los casos de ictericia biliar, en los cuales, dado el color de las materias, es evidente que la bílis no pasa al intestino desde muchas semanas ántes, no puede dudarse apénas que hay obstruccion del conducto colédoco; y si la ictericia ha ido precedida de dolor paroxístico, la causa de la obstruccion es probablemente un cálculo que se ha introducido en dicho conducto. Pero si la ictericia no ha ido precedida de dolor paroxístico, es quizá difícil decir si la obstruccion es debida á una obliteracion orgánica del conducto, á su abertura duodenal, por una úlcera ó un tumor canceroso del duodeno, ó á un tumor situado en algun punto del conducto ó exterior y que le comprima.

Las reglas que deben guiarnos en tales circunstancias, serán expuestas cuando me ocupe de las diversas formas de la ictericia por obstruccion del conducto colédoco.

3.° El dolor y la sensibilidad en la region del hígado, y particularmente al nivel de la vesícula engrosada, existen en la mayor parte de los casos. El dolor más intenso se observa cuando hay una perihepatítis ó un cáncer del hígado, ó cuando el colédoco está comprimido por un tumor que gravite al mismo tiempo sobre los plexos nerviosos hepáticos. Si la obstruccion es debida á un cálculo introducido en el conducto, habrá antecedentes de crísis dolorosas paroxísticas, con los demas fenómenos de cólico biliar; pero puede haber cesado todo dolor cuando se os llame para ver al enfermo.

4.° El diagnóstico encontrará una confirmacion en la presencia de las diversas condiciones morbosas que producen la obstruccion del conducto colédoco, y que serán estudiadas en la leccion dedicada á la ictericia.

El tratamiento de esta forma de aumento de volúmen del hígado, ó más bien de sus diversas causas, será expuesto igualmente cuando nos ocupemos de la ictericia.

Miéntras tanto, debo llamar vuestra atencion acerca del siguiente caso que habeis podido observar durante muchas semanas, y que es un buen ejemplo de aumento de volúmen del hígado y de ictericia, probablemente de orígen calculoso; la edad del enfermo era bastante menor de la en que generalmente se presentan los cálculos biliares. El aumento de volúmen de la vesícula y otros muchos síntomas parecían ser efecto de la inflamacion catarral de los conductos biliares y de la vesícula, determinada por un cálculo.

OBSERVACION LXVI. — *Aumento de volúmen del hígado y dilatacion de la vesícula, debida á la obstruccion del conducto colédoco por un cálculo.*

Juan W..., de 30 años, cantero, fué admitido en el hospital Middlesex el 5 de Febrero de 1867. Había gozado siempre de buena salud, cuando hace seis meses sintió dolores agudos paroxísticos en el abdómen. Durante una semana tuvo muchos paroxismos por día, desapareciendo despues tales fenómenos por espacio de una semana, en cuyo intervalo pudo dedicarse á sus ocupaciones habituales. Estas crísis no iban acompañadas de vómitos, pero la primera fué seguida de una icteria que no había desaparecido.

Los paroxismos continuaron durante algunas semanas, pero despues no han vuelto á presentarse; sin embargo, se quejó de flatulencia, de comezon en la piel, y había enflaquecido considerablemente. A su entrada, ictericia general de moderada intensidad; la orina está cargada de pigmento biliar, pero las materias fecales no la contienen. La macidez hepática es poco extensa, aunque uniforme, y mide cinco pulgadas en la línea mamaria derecha. No se descubre ningun tumor correspondiente á la vesícula, pero puede muy bien estar enmascarado por la distension flatulenta de los intestinos; tampoco hay ascítis. La lengua está húmeda y ligeramente engrosada. Buen apetito; no hay vómitos; pero el enfermo está obligado á prestar gran atencion al régimen, porque padece flatulencia y malestar despues de las comidas. Pulso á 72.

Unos 15 días despues de su entrada, el enfermo empeoró notablemente.

El 20 de Febrero se vió que la ictericia era más marcada, la orina más oscura y la macidez hepática más extensa, pues medía 5 $^1/_2$ pulgadas en la línea mamaria derecha. Ademas, se encontraba, al nivel del punto ocupado por la vesícula, un tumor que pasaba 1 $^1/_2$ pulgada del borde del hígado, medía 2 $^1/_2$ pulgadas trasversalmente y era sensible á la presion. La temperatura se había elevado á 40°,11 y el pulso á 96. La lengua estaba algo seca, las materias completamente desprovistas de bílis.

Tales síntomas, con vómitos de vez en cuando, continuaron durante

muchos días; pero el 25 de Febrero la temperatura había bajado á 37°,33.

El día 27 era de 36°,11.

El 1.° de Marzo el pulso era menor de 72, y el tumor situado en la region de la vesícula había desaparecido.

El 4 de Marzo las deposiciones contenían mucha bílis y la ictericia estaba á punto de desaparecer.

A principios de Abril la ictericia había desaparecido casi por completo.

En Mayo el enfermo salió del hospital y estaba en disposicion de dedicarse á sus tareas ordinarias.

Se buscaron con cuidado los cálculos biliares en las materias durante los 10 días que siguieron al 24 de Febrero, pero no se les encontró. Acaso el cálculo se disgregara ó volviera á la vesícula.

Durante el período agudo se trató al enfermo por los alcalinos, el amoniaco, el éter, la belladona y el opio. En la convalecencia, parece que la estricnina hizo disminuir la flatulencia, y la desaparicion de la ictericia fué ayudada por los baños calientes y los diaforéticos.

LECCION QUINTA

AUMENTO DE VOLÚMEN DEL HÍGADO

(CONTINUACION)

Inflamacion supurativa. — Abscesos puohémicos. — Abscesos de los trópicos.

SEÑORES:

La primera forma de aumento de volúmen del hígado acerca de la cual debo llamar vuestra atencion, es el absceso puohémico.

IX. — ABSCESO PUOHÉMICO.

Los abscesos que interesan generalmente el hígado en los casos de puohemia suelen ser en número bastante considerable, pero de pequeño volúmen, y bajo estos puntos de vista se distinguen del absceso de los países cálidos, que ordinariamente es único, y tiene con frecuencia un volúmen bastante grueso para formar un tumor distinto.

Los caractéres clínicos reflejan en sus variaciones esas diferencias anatómicas, lo mismo que las distintas condiciones en que sobreviene la afeccion hepática.

Hé aquí cuáles son los caractéres de los abscesos puohémicos:

1.° El volúmen del hígado ha aumentado, por lo general poco, pero en ocasiones lo bastante para que el borde inferior del órgano llegue al ombligo.

2.° El aumento de volúmen es uniforme en todos sentidos y no produce ningun arqueamiento de las costillas. En casos excepcionales, un absceso se desarrolla más que los demas y forma un pequeño tumor saliente en el epigastrio. En ocasiones se nota, á traves de la pared abdominal, que el borde inferior del hígado presenta el aspecto de nudosidades debidas á la presencia de algunos pequeños abscesos ó de depósitos inflamatorios á lo largo de su borde libre.

3.° No se percibe fluctuacion, porque los abscesos rara vez son bastante gruesos para que pueda comprobarse este signo. Sólo en los casos raros en que un absceso toma bastante desarrollo para formar una eminencia en el epigastrio, ó bien cuando una pequeña coleccion se enquista entre el hígado y la pared abdominal (véase observacion LXX), puede percibirse una especie de fluctuacion.

4.° Hay siempre dolor y sensibilidad: se observan por lo general entre los primeros síntomas y presentan ordinariamente una forma aguda, por que algunos de estos abscesos se encuentran próximos á la superficie del órgano, y el proceso inflamatorio se propaga desde allí al peritoneo, que le cubre. El dolor aumenta á menudo por la tos ó por una larga supuracion, y por consiguiente, en esta afeccion la respiracion es frecuente, corta y sobre todo torácica.

5.° La ictericia existe en la mayoría de los casos, poco más ó ménos, en las cuatro quintas partes; pero cuando se trate del diagnóstico, no olvidaremos que este elemento puede faltar. La intensidad de la ictericia es variable. Generalmente, tal fenómeno es debido al estado patológico de la sangre (puohemia); sabido es, en efecto, que ciertos venenos pueden determinar la ictericia, que ordinariamente es entónces poco intensa, estando las materias coloreadas aún por la bílis. Pero si la inflamacion es debida á una ulceracion de las vías biliares determinada por la presion de un cálculo, la ictericia podrá ser intensa y las materias estarán desprovistas de pigmento biliar.

6.° Los abscesos puohémicos del hígado rara vez dificultan la circulacion de la vena porta; por consiguiente, no se observa desarrollo de las venas abdominales superficiales. Si en casos excepcionales hay ascítis, puede ser su causa una gruesa rama de la vena porta; en ocasiones existe un ligero derrame peritoneal á consecuencia de la inflamacion de la serosa. El bazo está ordinariamente engrosado, lo cual se debe, no á que la circulacion esté obstruida, sino á la tendencia que presenta dicho órgano á aumentar de volúmen bajo la influencia de los estados morbosos de la sangre, como ocurre en la mayor parte de las enfermedades que tienen su orígen en un envenenamiento de dicho líquido.

7.° Los síntomas constitucionales son importantes para el diagnóstico: son los de la fiebre en su forma éctica primero, y finalmente en su forma tifoidea. Los escalofríos con temblor son un buen elemento de diagnóstico; pero debemos recordar que no constituyen un síntoma necesario. Se presentan primero con intervalos tan regulares que el ataque simula una fiebre intermitente, y á menudo se cometen errores de diagnóstico por no recordar este fenómeno. (Obs. LXVIII.) Por otra parte, no debemos perder de vista que la emigracion de un cálculo biliar puede determinar perfectamente escalofríos con temblores, y áun fiebre, sin inflamacion consecutiva del hígado.

La temperatura presenta grandes oscilaciones: algunas veces es normal, y otras llega á 40°, y áun 41°,1.

En casos raros no hay, al parecer, elevacion de temperatura, quizá porque los paroxismos febriles son tan cortos que no se les observa. (Observacion LXXII.) Los sudores copiosos durante el sueño, son más frecuentes que los escalofríos. De vez en cuando la postracion y el enflaquecimiento del enfermo aumentan, y á menudo existen vómitos y diarrea. A medida que la enfermedad avanza sobrevienen los síntomas tifoideos, como lengua seca y sucia, agitacion, delirio, deposiciones involuntarias, etc.

8.° El curso de la enfermedad es rápido; la afeccion dura ordinariamente dos á tres semanas, y áun dos y tres meses, pero nunca más, segun lo que yo he visto. Sin embargo, Leudet menciona un caso en que duró cinco meses (1). Este curso rápido puede servir para distinguir los abscesos puohémicos del cáncer, en el cual la duracion de la enfermedad suele prolongarse bastante más.

9.° El diagnóstico podrá ser fácil por el conocimiento de las causas bajo cuya influencia sobreviene generalmente la enfermedad.

Hé aquí las más importantes:

a) *Violencias exteriores y operaciones quirúrgicas.* — Cuando en una de estas circunstancias se ven los síntomas ántes expuestos, no es difícil establecer el diagnóstico. Con todo, la mayor parte de los casos en que es llamado el médico son de orígen interno, y entónces existe alguna dificultad.

b) *Ulceracion del estómago ó del intestino.* — He visto algunas veces abcesos puohémicos del hígado complicando la úlcera simple del estómago; muy pronto os referiré con todos sus detalles un caso en que así sucedió. La misma afeccion puede sobrevenir igualmente en los casos de ulceracion intestinal, de úlcera del apéndice vermicular, de ulceracion disentérica del cólon ó de ulceracion cancerosa del estómago ó del intestino. Los abscesos puohémicos del hígado no se observan, sin embargo, más que en casos excepcionales de ulceracion intestinal, probablemente por la misma razon que la infeccion purulenta (puohemia general) no se presenta más que en casos excepcionales de traumatismo.

c) La *ulceracion de la vesícula biliar* ó *de las vías biliares*, es capaz de dar lugar á abscesos puohémicos del hígado, que pueden tambien ser una consecuencia de la litiasis biliar. Muy pronto os referiré un caso en que un ataque de cólico hepático fué seguido de inflamacion del hígado y de muerte. (Obs. LXXI.) Podemos añadir que cuando el conducto está obstruido por un cálculo ó por otra causa, los conductos biliares intra-hepáti-

---

(1) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, 1874, pág. 33.

cos pueden dilatarse y presentar tambien cavidades irregulares llenas de pus (1), ó romperse y formar pequeños abscesos; en todos estos casos es casi seguro encontrar la mayor parte de los síntomas de la hepatítis puohémica (2).

d) En una de las lecciones precedentes os he expuesto varios casos en que un hidátide supurado pareció ser el punto de partida de abscesos puohémicos del hígado.

e) Finalmente, toda cavidad en supuracion, situada cerca ó en la superficie externa del cuerpo ó en el interior, sobre todo si está relacionada con una lesion ósea, ó si comunica con la atmósfera, puede producir la puohemia con abscesos secundarios en el hígado. Así, he encontrado más de una vez esos depósitos en el hígado en casos de vómicas tuberculosas, de endocardítis ulcerosa, de pielítis calculosa, etc.

Cuando los signos y los síntomas que ya he enumerado se unen á los de las enfermedades que acabo de designar, debe pensarse desde luégo en la posibilidad de abscesos puohémicos. Pero la afeccion primitiva es algunas veces latente, y los primeros síntomas son los de una inflamacion del hígado. Sin embargo, áun entónces la probabilidad de los abscesos puohémicos debe presentarse desde luégo al práctico, pues, con cortas excepciones, es la única forma de abscesos hepáticos que se observa en los sujetos que no han residido en los climas tropicales.

Tratamiento. — En los abscesos puohémicos del hígado el arte es casi impotente para obtener el resultado final, y apénas puede conseguir el alivio de los sufrimientos del enfermo.

1.° Por las disposiciones higiénicas, por el tratamiento anti-séptico de las ulceraciones y de las heridas expuestas al aire, por la evacuacion del pus en descomposicion retenido en alguna parte del cuerpo, se puede hacer mucho para prevenir la puohemia general en las lesiones quirúrgicas; mas, por desgracia, en la inmensa mayoría de los casos de abscesos puohémicos del hígado que el médico debe tratar, es difícil ó imposible atacar la enfermedad primitiva.

2.° Las depleciones sanguíneas, locales ó generales, se hallan contraindicadas; sin embargo, si el dolor es muy agudo, se aliviará á menudo el mal por la aplicacion de algunas sanguijuelas en la region hepática. Las cataplasmas de mostaza y de linaza ayudarán al mismo fin.

3.° Desde el descubrimiento de bacterias en la sangre de los puohé-

---

(1) El Dr. W. Legg ha referido un interesante caso, en el cual, por la presencia de un cálculo en el conducto colédoco, todos los conductos biliares se dilataron considerablemente, y se formó en el lóbulo izquierdo del hígado un absceso que se abrió en el pericardio y la pleura izquierda. (*Pathol. Transact.*, t. XXV, pág. 133.)

(2) Se ha dicho tambien que la dilatacion de los conductos en cavidades supurantes puede ser el resultado de una lesion de sus paredes, independiente de la obstruccion. (Véase Grainger Stewart, *Edinb. med. Journ.*, 1873, pág. 631.)

micos, se ha escrito mucho sobre la administracion de los antisépticos al interior; pero todavía faltan las pruebas que demuestren su utilidad. El profesor Sr. Polli, de Milan, ha preconizado los sulfitos de potasa y de sosa como antídotos del veneno puohémico.

El poder que ofrecen estas sustancias para detener la putrefaccion ó la fermentacion fuera del organismo, ha hecho creer que podían ejercerlo en el mismo organismo. Por mi parte los he empleado algunas veces, y tengo el sentimiento de decir que, en mi práctica, á la dósis de 1,30 á 2 gramos, repetida cada cuatro horas, no han producido ningun efecto. Los sulfo-carbonatos de cal y de sosa, y las inyecciones subcutáneas de ácido fénico, han sido tambien ensayadas, pero sin obtener una eficacia duradera.

4.° La quinina y los ácidos minerales me han parecido ser los medicamentos más generalmente ventajosos. Sostienen las fuerzas del enfermo, conservan la lengua húmeda, alejan los paroxismos y tienden á disminuir los sudores copiosos.

5.° El hidrato de cloral, el opio ó la morfina, serán necesarios en la mayor parte de los casos para calmar el dolor y obtener el sueño. Si el enfermo tiene frecuentes náuseas, las inyecciones subcutáneas de morfina serán preferibles á la administracion de los opiados por la boca.

6.° Es preciso modificar á menudo la medicacion para combatir los vómitos y la diarrea. Contra los primeros, los mejores medicamentos son el hielo, el bismuto, el ácido cianhídrico, las mixturas alcalinas efervescentes y la aplicacion sobre el epigastrio de sinapismos ó de un pequeño vejigatorio, que se espolvorea, despues de la primera cura, con un gramo de morfina. En cuanto á la diarrea, la combatireis por los astringentes minerales y vegetales, y particularmente por el acetato de plomo y la morfina, lo mismo que por las lavativas y los supositorios opiáceos.

7.° El régimen debe ser tan sustancioso como lo requieran las fuerzas digestivas del enfermo: leche, té de buey, huevos dados con frecuencia, pero en pequeña cantidad cada vez. En muchos casos será necesario dar pequeñas dósis de vino ó de aguardiente convenientemente diluidas.

Voy ahora á citar algunos casos en apoyo de las consideraciones que preceden. En el primero, la afeccion hepática fué consecutiva á un traumatismo.

Observacion LXVII. — *Traumatismo del cráneo, seguido de puohemia y de abscesos múltiples del hígado.*

Tomás D..., de 21 años de edad, fué admitido el 16 de Agosto de 1867 en una de las salas de cirugía del hospital Middlesex. Este individuo, á quien había atropellado un carruaje, tenía varias heridas desiguales de la

piel del cráneo, fractura de la sexta costilla izquierda y contusion del hombro izquierdo. Todas estas lesiones fueron mejorando, en términos que el día 3 de Setiembre se hallaba en disposicion de pasear por el jardin. Pero aquel mismo día tuvo escalofríos, seguidos de síntomas febriles, de cefalalgia y pérdida del apetito. Durante los dos días siguientes tuvo accesos de escalofríos y temblores, parecidos á los de la fiebre intermitente, seguidos de una traspiracion moderada y de vómitos frecuentes.

Pasó á mi clínica, y cuando yo le ví por primera vez el 6 de Setiembre, ofrecía todos los síntomas de una intoxicacion de la sangre, pero sin ninguna erupcion en la piel. Pulso 120, respiracion 36, temperatura 39°,44. Alternativas de escalofríos y de traspiraciones. Aspecto triste y deprimido; gran postracion y tendencia al síncope cuando el enfermo quiere estar de pié; frecuentes náuseas, sensibilidad en el epigastrio y en el hipocondrio derecho. Lengua húmeda pero algo cargada. Se ha mantenido libre el vientre por medio de los purgantes. Signos cardiacos y pulmonares, normales. La orina contenía una corta cantidad de albúmina, con algunos corpúsculos sanguíneos y cilindros epiteliales. Una herida de la region temporal izquierda estaba cubierta de una costra dura , por debajo de la cual se pudo hacer salir una cucharada de café, poco más ó ménos, de un pus sanioso, pero no fétido. Bien pronto el enfermo experimentó una gran agitacion y delirio; no había parálisis; el oido, extraordinariamente fino. La lengua se volvió seca y oscura; el enfermo tuvo frecuentes vómitos con tendencia á la diarrea. La sensibilidad del epigastrio y del hipocondrio derecho persistía, y la macidez hepática se extendía y llegaba casi hasta el ombligo; superficie del hígado, lisa. Color muy pálido, pero no hay ictericia manifiesta.

El enfermo fué tratado principalmente segun el método preconizado para la puohemia por el profesor Polli, de Milan, por dósis repetidas de sulfitos. Se dió el sulfito de sosa á la dósis de 90 centígramos cada cuatro horas. No se obtuvo ninguna mejoría, y los síntomas ántes indicados persistieron hasta la muerte, que sobrevino el 9 de Setiembre, á las nueve y 45 minutos de la noche.

Autopsia. — Una pulgada cuadrada de hueso, correspondiente á la herida de la piel del cráneo, estaba denudada y decolorada. La superficie del hueso era rugosa; no había fractura, pero entre su cara interna y la parte correspondiente de la dura-madre existían unos cuatro gramos de pus. Las venas que iban desde este punto al seno longitudinal, contenían coágulos pálidos, blandos, no adherentes. Hígado muy grueso, que se extendía hasta el ombligo y pesaba 104 onzas; tejido oscuro, muy inyectado y salpicado de numerosos depósitos puohémicos que contenían pus; su volúmen variaba desde el de un alfiler al de una nuez. Bazo grueso: pesaba 10 ½ onzas; color oscuro, duro, sin infarto. Los dos riñones, muy gruesos, pesan 18 ¼ onzas; su superficie es lisa, cápsula no adherente; sustancia

cortical no hipertrofiada y profundamente inyectada, pero sin depósitos puohémicos. La sexta costilla izquierda estaba fracturada á unas dos pulgadas del cartílago; los fragmentos estaban sobrepuestos y envueltos por un callo, pero no existían indicios de rotura del pulmon, ni de pleuresía antigua ó reciente en las inmediaciones. Ligeros vestigios de pericardítis reciente y numerosos equimósis pequeños por debajo del pericardio.

En el segundo caso la inflamacion hepática fué consecutiva á una úlcera del estómago.

OBSERVACION LXVIII. — *Abscesos múltiples del hígado consecutivos á una úlcera simple del estómago* (1).

Juan P..., de 51 años de edad, fué admitido el día 6 de Octubre de 1865 en el hospital de los febricitantes de Lóndres. Desde seis semanas ántes se quejaba de dolor, sensibilidad y flatulencia en el abdómen despues de las comidas, seguida á veces de vómitos. Ha experimentado ya otras veces los mismos síntomas, pero se ha restablecido siempre.

La macidez hepática es de 4 ½ pulgadas en la línea mamaria derecha; no hay ictericia. Pulso á 84. Se prescribe el bismuto y la dieta láctea. Tres días despues de su admision vióse que el enfermo tenía todos los días un acceso febril á la una de la tarde, y se supo que 22 años ántes había padecido una fiebre, que no volvió á repetirse. Se administró la quinina á alta dósis. Este medicamento no produjo ningun efecto sobre los paroxismos, que se hicieron, por el contrario, más intensos, más irregulares en su aparicion, y fueron seguidos de sudores copiosos y de postracion considerable. La lengua se vuelve seca y morena; el dolor y la sensibilidad en el epigastrio aumenta considerablemente; intestinos muy relajados.

El 16 de Octubre se observó que el enfermo estaba más abatido, muy delgado, y que la piel y las conjuntivas ofrecían un color ictérico pronunciado, aunque las materias contenían bílis en abundancia. La macidez hepática en la línea mamaria derecha llega á 5 ½ pulgadas, pero el aumento de volúmen es uniforme y no ofrece nudosidades. Sensibilidad muy viva á la presion por debajo del borde inferior de las costillas derechas. Macidez del bazo, más extensa. Pulso á 96, temperatura 38°,33.

Los síntomas ántes indicados se agravaron gradualmente. Hubo todavía paroxismos irregulares de temblor, seguidos de fiebre y de traspiraciones.

El 21 de Octubre la ictericia era muy intensa, á pesar de que había bílis en las deposiciones.

---

(1) Yo he referido un caso análogo en las *Pathol. Transact.*, t. XVII, pág. 146.

Las ideas se trastornaron un poco y hubo un ligero subdelirio; despues el enfermo decayó gradualmente y sucumbió el 24 de Octubre.

Al hacer la *autopsia* se encontró cerca del píloro, en la cara posterior é inferior del estómago, una úlcera circular, casi del tamaño de una moneda de 5 pesetas, de bordes ligeramente elevados é indurados, pero que no contenía ninguno de los elementos del cáncer. De la base de esta úlcera partía un pequeño trayecto fistuloso que abocaba á un absceso casi tan grueso como una nuez y situado en la abertura del páncreas. Hígado uniformemente grueso, y pesaba 81 onzas; la mitad posterior del lóbulo derecho está sembrada de pequeños abscesos del volúmen de una cabeza de alfiler al de un guisante, que contienen un pus amarillo, espeso; el tejido hepático inmediato está muy hiperemiado. No existe inflamacion del peritoneo en la superficie del hígado. Bazo grueso, oscuro y duro. Los demas órganos, sanos.

En la observacion LXIX, la hepatítis puohémica fué consecutiva á una ulceracion del apéndice vermicular.

OBSERVACION LXIX. — *Ulceracion del apéndice vermicular. — Hepatítis puohémica.*

Ricardo S..., de 15 años de edad, fué admitido en el hospital Middlesex el 19 de Octubre de 1869. Había estado ya en el mismo hospital (desde el 30 de Abril al 25 de Mayo), en la clínica del Dr. Goodfellow, con una afeccion febril mal definida, acompañada de dolor y de sensibilidad en la region lumbar derecha. El 29 de Setiembre, entre una y dos de la tarde, tuvo repentinamente vómitos biliosos, dolor agudo en el lado derecho del abdómen y fiebre. Los vómitos cesaron al cabo de 36 horas, pero los demas síntomas persistieron hasta el 10 de Octubre. Este día tuvo escalofríos violentos, que duraron un cuarto de hora. Desde este momento fué empeorando.

El 17 y 18 de Octubre reaparecieron los escalofríos.

A su entrada, llama desde luégo la atencion un gran enflaquecimiento. Las facciones expresan lo que sufre el enfermo. Éste se queja á menudo, é indica como sitio de su mal el lado derecho del abdómen, que es muy sensible, sobre todo al nivel del ciego. No hay tumor apreciable; el abdómen no está distendido, pero la respiracion es sobre todo torácica. Lengua blanca, pero roja y seca en la punta. No tiene deposiciones desde hace ocho días. Pulso, 96; temperatura, 36°,66; y al día siguiente por la mañana, 38°,3. Ruidos del corazon y de los pulmones, normales. Orina sin albúmina. El tratamiento consistió en una lavativa simple, cataplasmas laudanizadas sobre el abdómen, y un grano de opio cada cuatro ho-

ras, y despues cada ocho. La lavativa obró muy bien, pero no alivió el dolor, que se calmó por el opio. Sin embargo, el estado general del enfermo no mejoró.

Durante algunos días se sintió mejor, pero despues perdió lo ganado.

El 15 de Noviembre el hígado había engrosado, estaba sensible: medía seis pulgadas en la línea mamaria derecha; la temperatura estaba sujeta á grandes variaciones (de 37°,2 á 40°,7), pero no había escalofríos, ni ictericia, ni albuminuria, ni sudores copiosos generales, aunque durante el sueño la cara estaba cubierta de gruesas gotas de sudor. Lengua casi siempre seca, roja y muy limpia; extreñimiento; luégo una evacuacion, y despues, á pesar de lavativas, no hubo deposiciones durante 10 días.

El 10 de Noviembre se descubren los signos de induracion del tercio inferior del pulmon derecho.

Hácia el 15 del mismo mes el abdómen comenzó á aumentar de volúmen.

El 24 había signos manifiestos de derrame peritoneal, pero ni escalofríos, ni ictericia, ni vómitos.

El 29 de Noviembre el dolor, que se había calmado, es muy intenso, y parece venir del lado izquierdo del abdómen.

Despues de esto desapareció el apetito, aumentó la postracion, bajó la temperatura, en términos que llegó á ser menor de la normal (el 3 de Diciembre 35°,1) y el pulso de 84 á 92.

Se formó una escara en el sacro; el enfermo se debilitó más y más, y falleció el 11 de Diciembre.

Autopsia. — Enflaquecimiento excesivo. Un litro próximamente de líquido lleno de copos purulentos en el peritoneo. Intestinos muy inyectados y cubiertos de una capa de linfa reciente, abundante sobre todo en el ciego y en el cólon ascendente. La mucosa del ciego y del cólon no ofrece ulceracion ni cicatriz. El apéndice vermicular es más largo que en estado normal; sus dos pulgadas superiores son permeables y sanas: la mitad inferior engrosada, indurada, impermeable y adherida al ciego. No se encuentran cuerpos extraños ni concreciones. Los dos lóbulos del hígado están sembrados de muchos pequeños abscesos circunscritos, algunos situados en la parte posterior del lóbulo derecho del hígado comunicando unos con otros. Las glándulas de la cisura del hígado están aumentadas de volúmen y en supuracion. La vesícula se halla distendida por dos onzas de líquido mucoso, ténue; no existen cálculos, ni erosion, ni rubicundez de la mucosa de la vesícula y de los conductos. Tampoco hay ulceracion del estómago ó del intestino. Induracion granulosa del lóbulo inferior del pulmon derecho. Los demas órganos sanos.

En el siguiente caso, una úlcera cancerosa del estómago fué, al parecer, la causa excitante de la afeccion hepática. Esta observacion ofrece otro

interés, y es que había un pequeño tumor fluctuante en el epigastrio producido por una coleccion purulenta circunscrita, situada entre el hígado y la pared abdominal.

OBSERVACION LXX. — *Úlcera cancerosa del estómago, seguida de abscesos puohémicos del hígado.*

En Junio de 1867, el Dr. Rogers, de Dean-Street, me rogó que viera á un enfermo confiado á sus cuidados. Era un hombre de 45 años, cuyo padre había muerto de un cáncer.

Muchos años ántes comenzó á adelgazar, sufría despues de las comidas y experimentaba otros síntomas dispépticos, pero sin vómitos. Hácia el 19 de Mayo su estado empeoró, y se decidió á consultar al Dr. Rogers. Por aquella época sintió un dolor incesante en el lado derecho, síntomas de fiebre, disnea, y una tos seca y frecuente, y el 23 de Mayo, lo mismo que el 28, tuvo fuertes vómitos. Hácia el 2 de Junio se observó por primera vez una ligera hinchazon en el epigastrio y el enfermo se hizo algo ictérico.

Cuando le ví el 8 de Junio en compañía de los Dres. Anstic y Rogers, la ictericia era muy pronunciada, lo mismo que el enflaquecimiento y la postracion. El pulso era ráqido y débil; había tendencia á las traspiraciones nocturnas, pero sin escalofríos. Lengua húmeda, limpia y roja; no hay vómitos ni diarrea; bílis en las deposiciones. Hígado muy grueso; tumor en el epigastrio, prominente, muy doloroso, casi del volúmen de la mitad de una naranja, muy elástico y que ofrecía el aspecto de la fluctuacion. Se practicó una puncion exploradora en el tumor, pero sólo se hicieron salir algunas gotas de sangre. El enflaquecimiento y la postracion del enfermo hacían progresos de día en día; la lengua se tornó seca y oscura, y la ictericia aumentó, aunque las materias continuaban conteniendo pigmento biliar.

El 24 de Julio murió de inanicion. Durante todo este tiempo no había tenido escalofríos; sólo se notó una ligera traspiracion por las noches.

Al hacer la *autopsia*, se vió que el hígado tenía casi dos veces su volúmen normal; signos de peritonítis reciente en su cara externa; tejido glandular sumamente congestionado y sembrado de depósitos inflamatorios (no cancerosos), de los cuales los mayores tenían el volúmen de una nuez, amarillo-claros, granulosos y muy friables, pero que no estaban reblandecidos como el pus. Entre el lóbulo izquierdo y la pared abdominal había una onza próximamente de pus, circunscrito por sólidas apariencias. Esto explicaba el tumor fluctuante que se había sentido durante la vida. El trócar capilar había penetrado probablemente en el hígado á traves del absceso, y de este modo la puncion no había dado salida al pus. Al abrir

el estómago, se encontró una úlcera á dos pulgadas próximamente del píloro; los bordes y la base de esta úlcera se hallaban indurados por elementos que el microscopio hizo considerar como cancerosos; la superficie de la úlcera era desigual y fungosa.

En el siguiente caso se trataba de una señora de 23 años, á quien ví, en Noviembre y Diciembre de 1861, en consulta con el Dr. Young (de Sackville-Street). Constituye un ejemplo de abscesos puohémicos del hígado, determinados por cálculos biliares.

OBSERVACION LXXI. — *Crísis de cólico hepático seguida de abscesos puohémicos del hígado.*

El 30 de Noviembre de 1861 fuí llamado para ver á la Sra. X..., de 23 años, casada ya cuatro ó cinco años. Dos años ántes había padecido, durante algunas semanas, una ictericia con crísis intensas de cólico hepático. Diez años ántes de que yo la viese la ictericia había reaparecido, y durante el mismo período se había quejado de dolores paroxísticos en el hipocondrio derecho, á menudo acompañados de vómitos. Aunque, á pesar de la edad de la enferma, se trataba realmente de un caso de cálculo biliar, sin embargo, áun dejando á un lado un ligero histerismo, los síntomas hicieron creer que había algo más. El pulso llegó á 100; la region del hígado ofrecía una sensibilidad inusitada, sobre todo al nivel de la vesícula. La macidez hepática pasaba de sus límites normales, lo mismo que la macidez del bazo; la ictericia no era pronunciada, y las materias, aunque muy pálidas, no estaban completamente desprovistas de pigmento biliar. Se aplicaron al hipocondrio derecho sanguijuelas seguidas de fomentos calientes, y se prescribieron dósis repetidas de opio.

Durante la primera semana de Diciembre la enferma tuvo crísis frecuentes de vómitos, y al llegar la cuarta tuvo un aborto de tres meses. Despues de esto empeoró. Tuvo repetidos accesos de temblores que duraban media hora ó más, y seguidos á menudo de la evacuacion involuntaria por el intestino de un líquido amarillo-claro. Tuvo asimismo frecuentes é intensos esfuerzos para vomitar, y su dolor en el lado derecho llegó á ser tan vivo que no podía hacer una larga inspiracion sin dar grandes gritos. La enferma experimentaba constantemente cierto dolor y sensibilidad en la region del duodeno, pero el dolor intenso era completamente paroxístico. Algunas veces, aunque no siempre, los paroxismos parecían determinados por los movimientos ó una larga inspiracion. El pulso oscilaba entre 100 y 120. Las mejillas estaban rojas, pero no había traspiracion; sed viva, pero los líquidos eran devueltos inmediatamente por el estómago. La ictericia disminuyó, las materias contenían bílis, y al fin parecían casi normales.

Ningun tratamiento produjo la menor mejoría. La enferma se fué aniquilando rápidamente, y algunas veces tenía delirio por las noches; al final, la lengua estaba seca y oscura; los labios y los dientes, fuliginosos.

El fallecimiento ocurrió el 23 de Diciembre.

Al hacer la *autopsia* se encontró desde luégo el hígado grueso, y toda la sustancia de ambos lóbulos sembrada de un número inmenso de abscesos circunscritos, del volúmen de un guisante al de una naranja pequeña, y llenos de un pus amarillento, espeso; la superficie externa se hallaba adherida por una capa de linfa reciente al diafragma y á los órganos adyacentes. Los conductos hepático y colédoco eran permeables y contenían bílis. La vesícula estaba deprimida, sus túnicas muy engrosadas; su cavidad apénas era mayor que una avellana.

Se encontró un cálculo, algo más grueso que un guisante, casi en la entrada del conducto quístico; el punto de la mucosa en contacto con el cálculo estaba ulcerado y en parte esfacelado. Más allá, el conducto se había obliterado. La vesícula contenía una docena, poco más ó ménos, de cálculos más pequeños, pero ninguna bílis; su fondo estaba sólidamente adherido al duodeno, y entre una y otra víscera se encontraba una cavidad cerrada que contenía cálculos biliares semejantes en número y volúmen á los encontrados en la vesícula. Las superficies mucosas correspondientes del duodeno y de la vesícula, se hallaban marcadas por una cicatriz extensa. Estas apariencias eran debidas probablemente al paso directo de los cálculos á traves del fondo de la vesícula, hasta el intestino, y de aquí la crísis que sobrevino dos años ántes de la muerte de la enferma. La mucosa de las tres primeras pulgadas del duodeno estaba considerablemente inyectada, pero no ulcerada. La cara interna del estómago y de los intestinos no presentaba nada de particular. El bazo tenía cuatro veces su volúmen normal. Ademas de una capa de linfa reciente, la cápsula del hígado presentaba en ciertos puntos un engrosamiento antiguo y sólidas adherencias. Los pulmones estaban congestionados, pero, por lo demas, normales.

El siguiente caso es notable por su carácter latente y tambien por la falta de fiebre. La coexistencia de la obliteracion de la vena femoral con el aumento de volúmen y la sensibilidad del hígado, la presencia de pigmento biliar en la orina y el color especial de la piel, hicieron concebir la idea de que el enfermo podía padecer muy bien una inflamacion puohémica del hígado, y así se formuló el diagnóstico á pesar de la falta de escalofríos y de traspiraciones, que más de una vez no se observan en la puohemia por causa interna. Con todo, no estaba acostumbrado á ver una inflamacion puohémica del hígado sin elevacion de temperatura durante cinco días sucesivos, como ocurrió en este caso.

OBSERVACION LXXII. — *Cálculos biliares que determinaron la ulceracion y la perforacion del conducto cístico. — Hepatitis puohémica y trombósis de la vena femoral. — Falta de fiebre.*

María Ana S..., de 53 años de edad, fué admitida en el hospital Middlesex el 13 de Abril de 1869. Nunca había experimentado síntomas que indicaran la presencia de cálculos biliares, y, aparte de las enfermedades propias de la infancia, había gozado siempre buena salud y podido trabajar, á jornal, hasta tres meses ántes de su admision.

En dicha época comenzó á quejarse de un dolor atroz y de tumefaccion en la pierna derecha; perdió el apetito y enflaqueció. Continuó, sin embargo, trabajando, aunque con pena; 10 días ántes de su entrada sintió un dolor bastante intenso en el epigastrio, náuseas, vómitos, sed, al mismo tiempo que la postracion aumentaba.

El día de su admision, se ve que la enferma es una persona bastante fuerte, apática, y que se halla sumida en una gran postracion. Agitacion é insomnio por la noche, pero no hay cefalalgia ni delirio; memoria buena. Se queja sobre todo de vómitos, que no cesan; de modo que no puede retener ningun alimento en el estómago. Sed viva; lengua seca y roja en todas partes. Sensibilidad marcada en el epigastrio y por debajo de las costillas derechas. El hígado se extiende á dos pulgadas por debajo de las costillas, donde mide verticalmente cinco pulgadas. Su superficie es lisa. No hay ascítis ni aumento de volúmen del bazo; deposiciones regulares. Pulso á 84, débil; el corazon y los pulmones dan los signos normales. Piel fresca; no hay erupcion; temperatura, 36°,6. La orina contenía pigmento biliar, pero no albúmina. La cara ofrece un color amarillento, pero las conjuntivas están blancas. El muslo y la pierna derechos están hinchados; sensibilidad viva en todo el trayecto de la vena femoral.

El tratamiento consiste principalmente en leche y hielo por la boca, aguardiente y té de buey por el recto. Pero la enferma continúa empeorando.

El 16 de Abril sobrevino hipo, y ademas vómitos de color del poso del café; sangre en las deposiciones, que eran acuosas.

Muerte el 18 de Abril.

Ni ántes ni despues de su admision en el hospital había tenido la enferma escalofríos con temblores, ni traspiraciones; por lo demas, durante todo el tiempo que estuvo sometida á nuestra observacion, la temperatura, tomada dos veces al día, no se elevó nunca á más de 36°,66 en la axila, y sólo una vez llegó á 37°,60 debajo de la lengua.

Autopsia. — Dos pulgadas y media de grasa en las paredes abdominales. Las venas ilíaca y femoral derechas están completamente obliteradas;

el coágulo es incoloro y se halla adherido en una extension de tres ó cuatro pulgadas al borde de la pélvis, pero negro y no adherido por debajo de este punto. Hígado adherido al duodeno y al cólon; al separarle se rompió completamente la vesícula, y salieron algunos cálculos poliédricos del volúmen de un hueso de cereza y cubiertos de pus. Estos cálculos se encontraban contenidos en una cavidad limitada por el hígado y las partes inmediatas, con su superficie interna ulcerada y que comunicaba por una ancha abertura con el conducto cístico. Más allá de este punto el conducto cístico se hallaba obliterado por adherencias, pero el conducto hepático estaba libre. No había bílis en la vesícula. Hígado sembrado de numerosos depósitos inflamatorios, cuyo volúmen llegaba hasta el de una cereza, y la mayor parte de los cuales consistían en una sustancia dura, trasparente, grisácea, reblandecida; en algunos en estado de fluido opaco, semejante al pus. La sustancia más sólida estaba constituida por fibras celulares con prolongaciones, y el líquido, amarillo, contenía glóbulos oleosos mezclados con granulaciones, pero no verdaderos corpúsculos de pus. Las porciones inmediatas del hígado, el bazo y los riñones estaban blandas, probablemente á consecuencia de una descomposicion rápida. Corazon flácido; pericardio teñido de pigmento sanguíneo. Pulmones congestionados, y pequeños equimósis subpleuríticos.

El caso LXXIII fué notable por el considerable volúmen y por la falta de toda causa de inflamacion hepática, si exceptuamos los tubérculos reblandecidos en las glándulas del mediastino.

OBSERVACION LXXIII. — *Abscesos múltiples del hígado. — Tubérculos reblandecidos en las glándulas del mediastino.*

Ana C..., de 57 años, cocinera, entró en mi clínica del hospital Middlesex el 13 de Enero de 1868.

Su padre y su madre llegaron á vivir 80 años; y en cuanto á la enferma, si exceptuamos una hernia umbilical y una gran disposicion al vértigo, ha gozado siempre buena salud hasta la enfermedad actual, que comenzó á mediados de Diciembre por un dolor agudo en la region del hígado, que se extendía por detras hasta el lado izquierdo. Este dolor fué acompañado de síntomas febriles, pérdida del apetito y del sueño, y una tumefaccion con constriccion de la parte superior del abdómen, que aumentaba de día en día.

El 5 de Enero vióse que su cara y sus ojos estaban ligeramente ictéricos.

Al hacerle la primera visita vimos que era una mujer muy corpulenta, cuya piel y conjuntivas presentaban un color ligeramente ictérico, y que

estaba tan débil que apénas podía mover en la cama su voluminosa masa. El abdómen es enorme: mide 53 pulgadas en el ombligo. Edema moderado en ambas extremidades inferiores; no hay movimiento ondulatorio de líquido en el abdómen; la percusion da un sonido claro en ambos vacíos. El enorme volúmen del abdómen parecía debido en parte á un gran depósito de grasa subcutánea, y en parte al aumento de volúmen del hígado, que medía nueve pulgadas en la línea mamaria derecha, y pasaba cinco pulgadas del borde inferior de las costillas del lado derecho. Segun pudo juzgarse á traves de unas paredes abdominales tan gruesas, el órgano parecía engrosado por igual en todos sentidos, y su superficie era roja é igual. Había una sensibilidad marcada á la presion y un dolor lancinante, que desde el punto comprimido se extendía á la espalda. Lengua seca y roja; sed viva; no había vómitos; funciones intestinales, regulares. Pulso á 108. Ruidos del corazon muy débiles, pero ninguno de soplo. Respiracion difícil y torácica; estertores sonoros en la base de ambos pulmones. Orina de color de ambar, oscura, con depósito abundante de uratos, pero sin albúmina. Inteligencia intacta. Temperatura á 36°,6.

Al día siguiente tomó la enferma cuatro gramos de sulfato de magnesia, repetidos tres veces al día.

A las tres dósis los intestinos estaban tan limpios que el 15 de Enero se sustituyó la sal de magnesia por una mixtura de genciana y de ácido nitro-clorhídrico. Sin embargo, la disnea continuó; las deposiciones eran acuosas y de un color pardo oscuro; la lengua siguió estando seca, y la temperatura se elevó á 38°,55.

En la noche del 17 al 18, subdelirio muy marcado.

El día 19 por la tarde la enferma sucumbió repentinamente, por un síncope, al querer levantarse de la cama.

Autopsia. —La capa de grasa de las paredes abdominales tiene más de cuatro pulgadas de grosor. El peritoneo encierra 1 ½ litro de serosidad turbia, con pequeños copos de linfa. El hígado es enorme; su borde inferior pasa del de las costillas unas cinco pulgadas; pesa 256 onzas y está sembrado de innumerables abscesos pequeños, cuya elevacion en la superficie externa del órgano la comunicaba un aspecto groseramente granuloso. Las porciones de tejido hepático que quedaban, se encontraban en un estado avanzado de degeneracion amiloidea; casi las tres cuartas partes del órgano ofrecían un depósito purulento. Vesícula biliar considerablemente distendida por innumerables concreciones negras, poligonales, cuyo volúmen variaba desde el de una cereza pequeña al de un grano de arena. La mayor parte de ellas eran pequeñas y parecían granos de pólvora. Al hacer un corte, se vió que los más gruesos eran blancos en su interior y compuestos de colesterina. Se abrió el conducto colédoco, y á pesar de un exámen atento no se encontró ninguna ulceracion en la membrana mucosa y de todos los conductos, ni en los del estómago ó los intes-

tinos. No había pus en la vena porta, ni embolia de la arteria hepática. Bazo grueso y blando. Riñones algo gruesos y pálidos, pero de apariencia normal. Trompa de Falopio derecha dilatada en un quiste del volúmen de una naranja, que contenía un líquido ténue, oscuro y con algunas pequeñas vegetaciones adheridas á su membrana interna. Tumor fibroso, del grosor de una nuez, en las paredes del útero. En el vértice de ambos pulmones había antiguas cicatrices tuberculosas, pero ninguna caverna, y en el mediastino anterior dos ó tres colecciones purulentas, formadas por la supuracion de los ganglios linfáticos tuberculosos. Corazon pálido, flácido, fácil de rasgar y en un estado avanzado de degeneracion grasosa.

X. — Hepatítis y abscesos hepáticos de los países tropicales

La patología de los abscesos tropicales del hígado ha sido un punto muy discutido, y acerca del cual están todavía divididas las opiniones. La coexistencia frecuente de los abscesos tropicales del hígado con la disentería, ha conducido naturalmente á los patólogos á establecer conexiones entre ambas enfermedades, pretendiendo unos, como Annesley, que la disentería es el resultado de la hepatítis; otros que ésta depende de aquélla, miéntras que otros, como Abercrombie, han creido que la coincidencia frecuente de ambas enfermedades es puramente accidental.

La doctrina más generalmente aceptada en nuestro país es la que propuso hace 30 años el Sr. G. Budd; á saber: que la inflamacion hepática resulta de la reabsorcion purulenta que se verifica en el cólon ulcerado; lo cual equivale á decir que la patogenia del absceso tropical es la misma que la de los abscesos puohémicos de nuestro país (1).

Es tan frecuente observar en nuestro país el absceso del hígado á consecuencia de úlceras de las vías biliares, del estómago, de los intestinos, ó bajo la influencia de otras causas de reabsorcion purulenta, que sería extraordinario que la ulceracion disentérica del cólon no produjera análogo resultado, como algunos han pretendido. Verdad es que á menudo se observa en la India la disentería mortal con ulceracion, no acompañada de absceso hepático; pero esto no prueba en manera alguna que el absceso hepático no pueda resultar algunas veces de la disentería, tanto más cuanto que en Europa los abscesos puohémicos sobrevienen excepcionalmente en los casos de ulceracion intestinal, ó bajo la influencia de las demas causas de reabsorcion purulenta ya enumeradas.

Se necesita algo más que una herida al aire libre para la produccion de los depósitos puohémicos; es menester que las materias producidas por las heridas se encuentren en un estado particular de descomposicion. Las

---

(1) *Diseases of the liver*, tercera edicion, pág. 82.

causas de esta descomposicion pueden ser extrínsecas ó intrínsecas: allí donde no existe esta descomposicion, no puede haber puohemia.

Pero existen muchos abscesos observados en las regiones tropicales que no pueden referirse á la disentería, ni á un orígen puohémico, ni á una lesion traumática. Este hecho, consignado ya hace más de 20 años (1) como resultado de mis observaciones sobre las enfermedades de Burmah, y los publicados despues por Morehead (2), Bristowe (3), Frerichs (4), Maclean (5) y otros, me parecen perfectamente concluyentes.

Dichos hechos pueden dividirse en cuatro categorías:

1.ª No es raro en las regiones tropicales encontrar casos de abscesos del hígado seguidos de curacion sin que el enfermo tenga síntomas de disentería ántes, durante ni despues de la afeccion hepática. Muy pronto expondré con todos sus detalles un caso de este género. (Véase observacion LXXIV.)

2.ª En muchos casos en que ha habido coincidencia de absceso hepático y de disentería, los síntomas de la primera afeccion han precedido á los de la segunda. Yo he referido un caso de este género en el 8.º volúmen de las *Pathological Transactions*, pág. 237, y otros análogos han sido descritos por los Sres. Morehead, Waring y Bristowe (6).

Se nos podrá arguir diciendo que en los casos comprendidos en las dos categorías precedentes la ulceracion disentérica existía en realidad, pero que sus síntomas eran latentes. El Dr. Dickinson, por ejemplo, ha citado una observacion en que despues de la muerte se encontró una ulceracion disentérica extensa y un voluminoso absceso del hígado, sin que los síntomas observados durante la vida hubieran hecho sospechar una ú otra enfermedad (7). Pero aunque semejante explicacion sea aplicable á un pequeño número de casos excepcionales, no lo es en manera alguna á los resultados de los trabajos llevados á cabo por el Sr. Waring, quien ha demostrado que entre 300 casos de muerte por absceso hepático en la India, sólo en 82, ó sea el 27,3 por 100, fué precedida la hepatítis de los síntomas de disentería (8).

3.ª Sin embargo, los casos más concluyentes son aquellos en los cua-

---

(1) *Observ. on the climate and diseases of Burmah. (Edinb. med. and surg. Journal,* 1854, págs. 245-7.)

(2) *Researches on diseases in India*, 1856, t. II, pág. 10.

(3) *Pathol. Transact.*, t. IX, pág. 250.

(4) *Op. cit.*, pág. 368.

(5) Artículo *Suppurative inflamm. of liver*, en *Reynold's system of Med.*, t. III, página 324.

(6) El Dr. James Finlayson describe de qué modo el absceso hepático puede conducir á la congestion y áun á la ulceracion del cólon. *(Glasgow med. Journ.*, Febrero de 1873.)

(7) *Pathol. Transact.*, 1862, t. XIII, pág. 120.

(8) *An Inquiry into the Statistics and Pathol. of Abcess of the liver*. Trevandrum, 1854.

les el enfermo murió de un absceso hepático, y en los que no se encontró despues de la muerte ningun signo de ulceracion disentérica. Muy pronto os daré detalles de un caso en el cual — esto es muy importante — hubo durante la vida una diarrea muy intensa. (Observacion LXXIV.) Morehead ha observado 21 casos de muerte por absceso del hígado, *sin ningun signo de ulceracion intestinal* (1), miéntras que en 204 casos de abscesos del hígado reunidos por Waring, 51, ó sea la cuarta parte, no presentaban ulceraciones, ni cicatrices, ni erosiones (2). Finalmente, en el museo patológico de Netley hay 48 muestras de abscesos tropicales del hígado; 34 de ellos no estuvieron complicados con ninguna lesion intestinal (3).

Es, pues, evidente que aunque la ulceracion intestinal disentérica puede algunas veces producir en el hígado depósitos puohémicos semejantes á los que se encuentran en este país, muchos abscesos tropicales son independientes de tal orígen. En mi concepto, pocos médicos de la India admitirán la validez del argumento del Dr. Moxon, el cual dice se encuentra una ulceracion ó cicatrices intestinales en todos los casos de abscesos tropicales del hígado si se examinan los intestinos con cuidado (4).

4.ª La anatomía patológica ilustra, en mi concepto, la etiología del absceso hepático. Los abscesos del hígado que se encuentran en este país, y que resultan de la reabsorcion que se verifica en una herida abierta, suelen ser pequeños, pero numerosos. Por otra parte, en la mayor parte de los casos de abscesos hepáticos observados en las regiones tropicales no hay más que un absceso, pero adquiere grandes dimensiones; en casos excepcionales existen dos ó tres. En un caso que he tenido ocasion de observar, se sacaron por la puncion, durante la vida, 160 onzas de pus.

Los abscesos del hígado que corresponden á esta descripcion son casi desconocidos en nuestro clima y en todos los climas templados, excepto en los individuos que han sufrido algun traumatismo local del hígado ó residido en los países tropicales, lo cual sería extraordinario si su causa fuera la misma que la que da lugar á los abscesos múltiples. Aun cuando se observa la disentería en los climas templados, no se encuentra asociada á los abscesos de esta índole. Se sabe por la autoridad del Dr. Baly (5)

---

(1) *Op. cit.*, t. II, pág. 12.
(2) *Op. cit.*
(3) Mac Lean, *op. cit.*, t. IV, pág. 324.
(4) *Pathol. Transact.*, 1873, t. XXIV, pág. 116.
(5) «Respecto á la íntima relacion que existe entre la disentería y la inflamacion supurativa del hígado, es ciertamente notable que entre los numerosos centenares de casos de disentería que se presentaron en la cárcel de Milbank durante estos últimos siete años, ni uno sólo ha estado complicado con absceso hepático. Los informes médicos de este establecimiento, que se remontan hasta el año 1824, no hacen sospechar tampoco que se haya presentado esta complicacion entre los presos.» Sin embargo, «en esta disentería de la cárcel de Milbank, la afeccion de la mucosa, en cuanto á su sitio y á su natu-

que entre muchos cientos de casos de disentería que se presentaron en la cárcel de Milbank, ni uno sólo estuvo complicado con absceso hepático. En Alemania, asegura Heubner que algunas veces se observan abscesos hepáticos despues de la disentería, *aunque son múltiples y de orígen embólico,* y añade que no deben confundirse estos abscesos con los abscesos ordinarios de los trópicos (1). Estos hechos bastan para demostrar por sí solos que los abscesos tropicales del hígado son independientes de la disentería.

En cuanto á explicar el volúmen considerable y la unicidad de los abscesos tropicales por su mayor duracion, comparada con el curso rápido de los abscesos múltiples que se encuentran en la puohemia (2), equivale á desconocer la historia clínica de ambas enfermedades; en los países tropicales un enorme absceso puede formarse en 15 días, miéntras que en los climas templados se ven pequeños abscesos múltiples despues de una enfermedad que ha durado meses enteros.

Por estas razones creo conveniente designar el absceso solitario, grueso, tan comun en los países cálidos, con el nombre de *absceso tropical,* para distinguirle del *absceso puohémico,* que es la forma más comunmente observada en nuestro país.

Si propongo estas denominaciones, no pretendo por eso que los pequeños abscesos múltiples sean desconocidos en los trópicos (3); pero, segun he podido ver, no se encuentra nunca esta forma más que relacionada con la disentería ó alguna otra causa de reabsorcion purulenta. No debemos olvidar, por lo demas, que un extenso absceso, como un hidátide supurado del hígado, por ejemplo, puede ser una causa de infeccion y el punto de partida de pequeños abscesos secundarios. El absceso tropical único puede tambien coexistir con la disentería; pero, dado el gran número de casos en que la disentería y el absceso hepático son independientes uno de otro, se deduce que, cuando existen, resultan, ora de una causa comun que en ciertas personas producirá cada una de las enfermedades

raleza al mismo tiempo, ha sido idéntica á la de la disentería observada en la India, con la cual está asociado tantas veces el absceso hepático. *(Gulstonian lectures on disentery,* 1847.)

(1) Artículo *Disentería,* en Ziemssen's, *Cyclop. of med. Amer.* ed., 1875, t. I, páginas 546, 556. Asimismo Rokitanski, en sus autopsias de los disentéricos, no ha encontrado nunca el hígado manifiestamente enfermo, miéntras que en Francia, Broussais, que refiere 17 casos de muerte por disentería con autopsia, no encontró un absceso del hígado en ninguno de dichos casos, aunque se menciona con frecuencia el estado de dicho órgano.

(2) Moxon, *loc. cit.*

(3) Entre 300 casos de abscesos en la India reunidos por Waring, el número de los abscesos no se indica más que en 12 casos. De los 288 restantes no había más que 1 absceso en 177 casos, 2 abscesos en 33, 3 en 11, 4 en 17, 5 á 10 en 10, y más de 10 en 40. *(An Inquiry into the Statistics and Pathology of some points connected with abcess of the liver, as met with in the East Indias.* Trevandrum, 1854, pág. 125.)

por separado, ora de un concurso de causas que individualmente no determinan más que una de dichas enfermedades. Esta última opinion se encuentra confirmada por el hecho de que, en los climas templados, un absceso voluminoso no se encuentra en conexion con la disentería. Suponiendo, por ejemplo — y esto es la verdad — que la disentería resulta de la absorcion de un veneno que penetra en el organismo por el aire respirado ó por el agua ingerida, y que la hepatítis puede ser determinada por un enfriamiento en un individuo cuyo hígado se ha congestionado por la residencia en un país cálido, con la ayuda de la intemperancia, de los *ingesta* irritantes y de la exposicion á la malaria de las fiebres tropicales, se comprenderá fácilmente que en un país como la India, en que todas estas causas ejercen á menudo una accion simultánea, se observen tantos casos de disentería y de hepatítis, lo mismo reunidas que aisladas.

La distincion que hace poco he establecido entre el absceso puohémico y el absceso tropical, no tiene tan sólo interés dogmático, sino que ofrece gran importancia para el pronóstico y el tratamiento. El absceso puohémico es mucho más grave, es el que con más frecuencia produce la muerte.

El peligro reside en la intoxicacion de la sangre, y no en la enfermedad local, y es muy raro, áun cuando esto suceda, que el enfermo cure. El absceso tropical es una enfermedad local que se cura con bastante frecuencia: el absceso puede vaciarse por sí mismo en los pulmones, el estómago, el intestino ó al exterior, y permitir de este modo el restablecimiento, terminaciones que no se observan en los abscesos puohémicos; otras veces el cirujano puede imitar uno de los modos de terminacion de los abscesos hepáticos vaciando el absceso por una abertura externa, práctica que apénas tendría utilidad en el absceso puohémico. De aquí se deduce que tiene gran importancia poder distinguir durante la vida el absceso puohémico del absceso tropical.

Ya he expuesto anteriormente los caractéres del primero: réstame hablaros del último.

Síntomas. — A. En el *primer período de la enfermedad*, los principales fenómenos patológicos que se observan son los de la congestion hepática ya descritos. Hay escalofríos seguidos de fiebre, á menudo de un tipo remitente, acompañados de dolor y de sensibilidad, ó con más frecuencia de una sensacion de peso, de plenitud ó de malestar en la region hepática, y á veces dolor en el hombro derecho; existe cierta dificultad en los movimientos respiratorios de las costillas derechas, una tos seca; el área de la macidez hepática ha aumentado de una manera uniforme y hay ligera ictericia. Sin embargo, el aumento de volúmen es menor y la ictericia más rara que en la congestion del hígado resultante de una afeccion cardiaca ó pulmonar. Esto se debe á la circunstancia de que las ramas de las venas porta y hepática, que están infartadas en el último caso, son mucho más

voluminosas que las de la arteria hepática, donde reside principalmente la congestion que precede á la formacion del absceso.

Pero en muchos casos no hay síntomas locales que indiquen que el hígado está comprometido, y en realidad los únicos síntomas que se observan á menudo son los de una fiebre intermitente ó remitente, que puede considerarse como palúdica.

B. *Cuando la inflamacion llega hasta la supuracion*, lo cual, á ménos que termine préviamente por resolucion, ocurre al cabo de 8 á 12 días, los síntomas son como sigue:

1.° El volúmen del hígado está aumentado, pero no de una manera uniforme. El límite normal de la macidez hepática se ha modificado, y se observa una eminencia hácia arriba, hácia abajo, hácia delante ó hácia atras, segun la direccion que tome el absceso en cada caso. En ocasiones hay arqueamiento de las costillas, con desaparicion casi completa de los espacios intercostales, ó bien existe una elevacion en el hipocondrio derecho, como ocurre en los tumores hidatídicos.

2.° Este arqueamiento ó tumor es tenso, redondeado, liso y exento de toda desigualdad. Sin embargo, en casos excepcionales, en el período avanzado, el borde del hígado puede presentar nudosidades por el desarrollo en su superficie de pequeños abscesos puohémicos secundarios.

3.° Generalmente se observa fluctuacion en el tumor, más ó ménos distinta segun la distancia que separa el absceso de la superficie. Con todo, la sensacion de vibracion que á menudo se puede percibir percutiendo un tumor hidático, no puede obtenerse en un absceso, á causa del mayor espesor de su contenido. Otro carácter distintivo del absceso tropical, es que la fluctuacion está algunas veces rodeada de un círculo de induracion.

Pero aunque el absceso tropical es una causa de aumento de volúmen del hígado, un absceso bastante considerable si está situado á alguna profundidad, podrá no dar lugar en apariencia á ninguna fluctuacion, arqueamiento, ni siquiera aumento de volúmen. Este es un hecho en el cual debeis fijaros mucho.

4.° El dolor y la sensibilidad faltan en ocasiones. Cuando existe el dolor, es sordo, gravativo, y no ofrece ese carácter agudo que se observa con tanta frecuencia en los abscesos puohémicos. Esto se debe á que dicho absceso está ordinariamente, desde el principio, en el interior del hígado. El dolor no llega á ser agudo, como el de la pleuresía, ni la sensibilidad es viva más que cuando la materia se aproxima á la superficie del hígado y determina la perihepatítis, ó gravita sobre los tegumentos. Así, el dolor agudo marca por lo general la última fase, y no el principio del proceso morboso que nos ocupa. Algunos casos son notablemente latentes, por lo que concierne al dolor, durante todo su desarrollo, miéntras que en otros no se observa el dolor más que cuando el enfermo ejecuta

una larga inspiracion, y al mismo tiempo se ejerce una presion por debajo del reborde costal ó sobre la extremidad inferior del esternon. No es raro que exista un dolor simpático en el hombro derecho, sobre todo cuando el absceso se halla situado en la superficie convexa del lóbulo derecho; pero en la mayor parte de los casos falta. La presencia del dolor aumentará indudablemente la importancia de los demas síntomas, pero su falta no la disminuirá.

5.° La ascítis, el edema de las extremidades, el desarrollo de las venas superficiales del abdómen y las hemorroides, no son caractéres distintivos de los abscesos tropicales, como tampoco lo son del hidátide del hígado. Su presencia en ciertos casos raros es puramente accidental, y debida á la compresion que ejerce el tumor sobre el tronco de la vena porta ó la vena cava inferior. Algunas veces se encuentra líquido en el peritoneo, que suele resultar de una peritonítis.

6.° Rara vez se observa un aumento de volúmen del bazo en los abscesos tropicales.

7.° La ictericia es un síntoma más raro en el absceso tropical que en el absceso puohémico. Podemos decir que es completamente excepcional á juzgar por ese ligero tinte ictérico que se observa en el primer período de la enfermedad. Morehead sólo ha visto la ictericia 5 veces entre 120 casos (1). Cuando sobreviene tiene las más veces un orígen mecánico, y se debe á la coincidencia del catarro de las vías biliares ó á la compresion directa de los gruesos conductos por el absceso.

8.° Los síntomas constitucionales son importantes, no sólo por lo que sirven para distinguir el absceso tropical del tumor hidatídico, sino tambien porque, á falta de signos locales, en ellos se puede fundar el diagnóstico. Cuando se ha establecido la supuracion, se observa sobre todo un enflaquecimiento progresivo y la fiebre héctica. Si la frecuencia del pulso ha aumentado, no es muy marcada; pero (á ménos que el absceso se haya estacionado y permanezca estacionario) existe casi siempre una elevacion de temperatura bastante notable en cualquier momento del día. Los escalofríos y los sudores nocturnos, son ménos marcados que en los abscesos puohémicos. La lengua se cubre de una capa grisácea ó amarillenta, y en el período avanzado puede estar extraordinariamente seca, roja y cubierta de aftas.

La pérdida del apetito es un síntoma bastante frecuente, pero no invariable. Los vómitos pertinaces existen en muchos casos (2), y deben siempre, en una region tropical, hacer sospechar un absceso del hígado. Se observan sobre todo cuando el absceso está á punto de vaciarse en el

(1) *Resear. on diseases in India,* segunda edicion, 1860, pág. 373.

(2) Véase el Dr. W. C. Mac Lean y sir Joseph Fayrer, *British medical Journal,* 1874, t. II, págs. 138, 401.

estómago ó en el duodeno, y el aniquilamiento del órgano que entónces resulta puede ser la causa inmediata de la muerte. En algunos casos hay diarrea y áun disentería. La orina está cargada de uratos ó de ácido úrico, y contiene mucho pigmento; la urea está considerablemente aumentada, pero puede faltar cuando el tejido hepático se ha destruido en gran parte. Una albuminuria temporal, en ocasiones muy marcada, no es rara. A menudo existe una especie de tos seca y la respiracion es acelerada, sobre todo cuando el absceso está á punto de perforar el diafragma; entónces se puede percibir tambien un ruido de roce en la base del pulmon derecho.

Con todo, importa recordar que un absceso tropical del hígado puede ser tan latente que no se revele ni por signos locales, ni por síntomas constitucionales. Más de una vez los únicos síntomas observados son la debilidad y una fiebre paroxística que puede considerarse como de orígen telúrico, pero cuya naturaleza real se averigua cuando resiste á las altas dósis de quinina.

En ciertos casos, conforme veremos bien pronto, ni siquiera hay fiebre.

9.° La duracion del absceso tropical tiene cierta importancia bajo el punto de vista del diagnóstico. Aunque puede terminar por la muerte ó abrirse paso en cualquiera direccion, en el espacio de tres semanas el curso de la enfermedad es, en suma, ménos rápido que el del absceso puohémico. A menudo dura dos, tres y áun seis meses, y no es raro ver un pequeño absceso tropical, con paredes gruesas organizadas, que permanece estacionario meses y áun años para engrosar despues y romperse de repente.

Así pueden explicarse algunos casos observados en nuestro país, en los cuales se encontraron vastos abscesos en ciertas personas que habían venido muchos años ántes de la India; miéntras que otros son quizá lo que Sir J. Paget llama *residual abcesses* (1), es decir, abscesos formados en ó alrededor de los resíduos de una inflamacion anterior.

10. Las circunstancias en que sobreviene el absceso tropical, pueden á veces ayudar mucho el diagnóstico:

a) Su frecuencia en ciertas regiones de los trópicos, particularmente en la India y en la China, y su excesiva frecuencia en los climas templados, excepto en las personas que han habitado en los países cálidos. En las Indias occidentales es bastante rara, lo cual constituye un fenómeno por cierto bastante curioso.

b) Se observa sobre todo de los 25 á los 45 años.

c) Es muy comun en las personas de costumbres indolentes, y que abusado de las comidas ó de las bebidas alcohólicas. Entre 40 casos men-

(1) On residual abcesses, *Saint-Barthol. Hosp. Reports*, 1869, t. V, pág. 73.

cionados por Waring, pudo observarse esta causa en un 67,5 por 100.

d) La concomitancia de la disentería.

11. Las enfermedades que más fácilmente se pueden confundir con el absceso tropical, son el tumor hidatídico, el infarto inflamatorio de la vesícula biliar, los abscesos puohémicos y el absceso de las paredes abdominales.

a) El hidátide del hígado es el tumor que más fácilmente se puede confundir con un absceso. En ambos casos suele haber una elevacion en la superficie del contorno general del órgano, con fluctuacion, y á veces arqueamiento de las costillas, ó tumor semi-globular en el epigastrio. Se distinguirá el absceso tropical del hidátide, sobre todo por la presencia del dolor, por su curso más rápido, por sus síntomas constitucionales y por las circunstancias bajo cuya influencia sobreviene. No debemos perder de vista, sin embargo, que un hidátide del hígado puede supurar ó convertirse en un absceso. Cuando más, se podrá cometer en tales casos un error de diagnóstico si el enfermo, como ocurre en ocasiones, ha ignorado la existencia de su tumor hidático ántes de la invasion de los síntomas agudos que ha provocado su inflamacion. Una puncion exploradora disipará generalmente todas las dudas, máxime cuando el tratamiento es el mismo en ambos.

b) Las circunstancias en que un aumento de volúmen de la vesícula puede simular un absceso hepático, y los caractéres por los cuales se suelen reconocer, serán objeto de una de las lecciones próximas. Debo advertir, sin embargo, que un absceso voluminoso en conexion con el hígado, observado en una persona que nunca haya abandonado este país, es generalmente un hidátide supurado ó una inflamacion de la vesícula.

c) Los síntomas generales del absceso tropical y del absceso puohémico, pueden ser idénticos. Para distinguirlos servirá de guía al profesor la forma del tumor, las circunstancias en que se ha desarrollado y la mayor tendencia que ofrece el absceso puohémico á producir la ictericia y los síntomas de intoxicacion de la sangre.

Tratamiento. — A. *Antes de la supuracion.* — Hasta una época relativamente reciente, los dos medios empleados por lo general contra el absceso tropical eran la sangría y el mercurio. Por lo que se refiere á la sangría, no es dudoso que si se trata de europeos pletóricos, pero recien llegados á los países tropicales, y en los cuales la enfermedad se presenta bajo la forma aguda, con un pulso lleno y fuerte, y una temperatura elevada, disminuye los dolores y la fiebre; pero no previene la supuracion, como algunos autores suponen, sino que acaso la anticipa; por lo demas, todos sus buenos efectos se podrán obtener con algunas sanguijuelas aplicadas á la region hepática ó en el ano. Otro tanto podemos decir del mercurio. Llevado hasta la salivacion, puede favorecer la supuracion en vez de impedirla, y aumentará ciertamente la disposicion á la caquexia mias-

mática y á la anemia; no debe, pues, emplearse más que como purgante.

Las reglas para el tratamiento del primer período de la hepatítis tropical, son las desarrolladas en la leccion anterior al hablar de la congestion del hígado; los medicamentos en que más se podrá confiar, son el cloruro de amonio y la ipecacuana á altas dósis. La disposicion á la diarrea ó á la disentería, exige mayor reserva para el empleo de los purgantes que en las congestiones ordinarias de nuestro país.

B. *Despues de la supuracion.*—En el absceso tropical del hígado no sólo se puede esperar prevenir la supuracion por un tratamiento apropiado, sino que, despues de haberse establecido, el caso no es necesariamente fatal, como cuando se trata de un absceso puohémico. Sin embargo, el tratamiento que convenía al período anterior á la supuracion no es aplicable cuando ésta ha comenzado ya.

1.° Se pueden prescribir fomentos calientes y aplicar cataplasmas á la region del hígado, y si sobreviene algun dolor agudo, aunque esto indica generalmente un período avanzado de la enfermedad, podrán servir de alivio algunas sanguijuelas.

2.° Se deben sostener las fuerzas del enfermo por los ácidos minerales y los tónicos vegetales, y en particular por el ácido sulfúrico ó nítrico y la quinina.

3.° El opio es, en la mayor parte de los casos, necesario para calmar el dolor, hacer que duerma el enfermo y disminuir la molestia que causa la tos.

4.° No es útil recurrir á los purgantes. Si hay extreñimiento, se dará de vez en cuando un ligero laxante; pero generalmente hay diarrea ó disentería, lo cual necesita el empleo de los astringentes vegetales y minerales, con lavativas ó supositorios.

5.° El régimen alimenticio deberá ser más tónico que el que se permite durante el período congestivo; y si la circulacion languidece, será útil prescribir una corta cantidad de vino ó de aguardiente.

6.° En los abscesos múltiples, que deben ser considerados como una manifestacion local de una enfermedad general, es claro que no será útil la intervencion quirúrgica; pero si se trata de un solo absceso voluminoso, y los síntomas generales resultan de la enfermedad local, podrá ser conveniente la evacuacion del pus. No hay duda alguna que un vasto absceso del hígado puede enquistarse y retraerse, sobreviniendo de este modo la curacion espontánea; pero desgraciadamente el hecho es muy raro. Otro modo de terminacion favorable es la evacuacion espontánea del absceso por los bronquios, por el intestino ó hácia afuera, á traves de la pared abdominal; pero estas terminaciones tienen sus inconvenientes, y á menudo el enfermo sucumbe por la inanicion ocasionada por la fiebre, la pulmonía ó la diarrea, aparte de la amenaza continua de muerte, debida á la posibilidad de la rotura del absceso en el pericardio, la pleura ó el peritoneo.

En muchos casos, sin embargo, el enfermo muere cuando el absceso está todavía en el hígado (1). En tales condiciones, la ventaja de apresurar la evacuacion del pus se comprende fácilmente.

Con todo, la opinion de los médicos se halla dividida acerca de una cuestion tan importante. El Dr. Budd, en su notable obra acerca de las *Enfermedades del hígado*, dice que son tan numerosos y tan grandes los peligros de la operacion, que vale más no intervenir y dejar que el absceso se abra por sí mismo (2) Algunos autores, como Frerichs (3) y Morehead (4), aconsejan abrir el absceso sólo en ciertos casos; miéntras que otros, tales como el Dr. Murray (5), antiguo inspector general de los hospitales de Bengala; el Dr. Cameron y Sir Ranald Martin (6), opinan que «si hay razones de valor para creer que existe un absceso del hígado, no debe tardarse en vaciarle por la puncion, y que está plenamente justificado interesarle con un trócar cuando está situado á alguna profundidad, evitando herir la vesícula y las gruesas venas» (7). El Dr. Cameron va tan allá, que recomienda explorar el hígado con un trócar siempre que se sospeche la existencia de un absceso; el mismo autor publica casos en que no se encontró pus, y en los cuales, sin embargo, el estado del enfermo mejoró, en vez de agravarse, despues de la exploracion.

En medio de opiniones tan contradictorias debe formarse un juicio, pesando por un lado los peligros de la operacion, y por otro los de la intervencion.

Las principales objeciones que se han levantado contra la operacion, son las siguientes:

a) El pus puede abrirse paso en el peritoneo y determinar una peritonítis mortal. Sin embargo, en la mayor parte de los casos, cuando el absceso está próximo á la superficie, puede haber adherencias que impidan la entrada del pus en el peritoneo. Morehead dice que la falta de adherencias es casi completamente excepcional (tres veces entre 76 casos de muerte). Ademas, si se desea, es siempre posible provocar adherencias.

b) El aire penetrará en los abscesos y provocará la inflamacion, y por consiguiente la puohemia. Esto constituye sin duda un serio peligro; pero es tambien de temer si el absceso se abre espontáneamente en el intesti-

---

(1) Entre 300 casos de muerte por absceso hepático reunidos por el Sr. Waring en el momento de la muerte, el absceso no había pasado los límites del hígado en 169 casos; en 48 fué abierto por la operacion, en 42 se abrió espontáneamente en el pulmon derecho ó la cavidad torácica, 15 veces en el peritoneo, 8 en el estómago ó el cólon, 3 en la vena hepática, etc. *(Op. cit.)*

(2) *Op. cit.*, tercera edicion, 1857, pág. 124.

(3) *Op. cit.*, pág. 397.

(4) *Res. on Diseases in India*, segunda edicion, 1860, pág. 410.

(5) *The Lancet*, 6 y 13 de Junio, y 8 de Agosto de 1863.

(6) *The Lancet*, 20 y 27 de Agosto de 1864.

(7) Cameron, *The Lancet*, 6 de Junio de 1863, pág. 931.

no, en un bronquio ó al exterior. Ademas, se puede prevenir semejante fenómeno por el empleo de los antisépticos.

c) La lesion determinada por la puncion puede producir una hemorragia y despertar una inflamacion en el tejido. Segun yo he podido comprobar, esta objecion se funda en consideraciones teóricas más bien que en la práctica. He tenido muchas veces ocasion de confirmar las ideas expuestas por el Dr. Cameron; á saber: que se puede introducir un trócar capilar en el hígado sin producir ningun mal resultado y sin que se puedan observar siquiera indicios de la puncion cuando la muerte sobreviene poco tiempo despues. (Véase observacion LXXXII.)

d) La operacion puede apresurar la terminacion fatal por la gangrena de los tejidos alrededor de la herida que penetra en el hígado (1). Este accidente ha sido observado principalmente cuando la abertura se practica en un espacio inter-costal, y tambien, segun ha demostrado Morehead, cuando la abertura se verifica de una manera espontánea ó cuando se practica artificialmente (2). La gangrena es debida quizá á la necrósis ó á la necrósis de las costillas que existe casi siempre en tales casos, y probablemente no se hubiera presentado abriendo el absceso ántes de estar interesadas las costillas. Se podrá evitar este peligro practicando la abertura por debajo de las costillas y empleando los antisépticos.

Hé aquí ahora los principales inconvenientes de la no intervencion.

a) El absceso se hace poco á poco más considerable, una porcion cada vez mayor del tejido hepático se va destruyendo, y finalmente, la glándula puede quedar reducida á un simple saco lleno de pus, miéntras que los demas órganos están comprimidos y las costillas sufren una erosion.

b) El enfermo puede morir repentinamente á consecuencia de la rotura del absceso en el pericardio, el peritoneo ó la pleura. Yo he visto, no hace mucho tiempo, un enfermo con un absceso del hígado que comenzaba á formar eminencia en el epigastrio. Propuse la paracentésis; pero como la familia no consideraba urgentes las circunstancias, se suspendió la operacion. Dos días despues, el enfermo murió repentinamente. El absceso, en vez de abrirse en el cólon, había derramado su contenido en el peritoneo.

c) La mayoría de los individuos atacados de absceso del hígado mueren de inanicion á consecuencia de la fiebre héctica ó de la diarrea, ora miéntras el absceso está todavía en el hígado, ora despues de haberse roto.

Se ha invocado la estadística para probar la inutilidad de la intervencion quirúrgica. Entre 81 de los casos reunidos por el Sr. Waring, en los

---

(1) Mac Lean, *The Lancet*, 18 de Julio de 1863.
(2) *Op. cit.*, pág. 410.

cuales se abrió el absceso, sólo curaron 15 (ó sea un 18,5 por 100) y ocho entre los 24 de Morehead, es decir, la tercera parte. Pero en muchos casos la muerte no fué causada por la operacion, sino probablemente por que se había diferido demasiado, ó por descuidar las precauciones convenientes; aparte de que muchos de los enfermos de Waring padecían abscesos múltiples, en los cuales no se hallaba indudablemente indicada la operacion. Por otra parte, entre los 203 casos reunidos por Rouis, en los cuales no se abrió el absceso, murieron 162, ó sea un 80 por 100 (1).

Despues de haber expuesto rigurosamente los peligros de la operacion por un lado y los de la expectacion por otro, no vacilo en recomendaros la evacuacion del pus, con las convenientes precauciones, en gran número de casos de absceso tropical del hígado. La operacion no está exenta de peligros; pero confiar en los esfuerzos de la naturaleza es esperar la muerte.

Veamos ahora, por lo demas, las reglas que deberán guiaros para tomar una determinacion.

a) En todos los casos en que existe un tumor fluctuante visible, debeis operar desde luégo.

b) Cuando existan los síntomas del absceso del hígado, con un tumor distinto que pase del contorno normal del hígado ó produzca un arqueamiento de las costillas, áun cuando no haya inflamacion, será conveniente operar.

c) Cuando los síntomas del absceso coexisten con un aumento uniforme del volúmen del hígado, pero sin tumor ó arqueamiento distinto, si hay edema local ó desaparicion de un espacio intercostal, ó dolor localizado en un punto cuando se ejerce cierta presion ó cuando el enfermo hace una amplia inspiracion, será tambien conveniente operar.

d) Si no existen signos locales de absceso, pero los síntomas constitucionales dejan poca duda acerca de su existencia, y si son graves, será útil practicar una ó muchas punciones exploradoras con el aspirador. (Véase observacion LXXXII.) Aun cuando no se llegue al absceso, la sustraccion de una pequeña cantidad de sangre produce por lo general un gran alivio.

e) Cuando, en vista de la presencia de la ictericia ó de otros síntomas, es de temer que los abscesos sean numerosos, valdrá más abstenerse de toda operacion.

Una vez decidida la operacion, hé aquí cómo se puede proceder:

a) Si hay una eminencia distinta, con rubicundez inflamatoria de la piel y si el absceso es pequeño, se puede abrir con el bisturí.

b) En otras circunstancias es preferible un trócar pequeño, y se debe

---

(1) Frerichs, *op. cit.*, pág. 387.

introducir cuando haya la más ligera plenitud, edema superficial ó sensibilidad.

c) Cuando el absceso es pequeño y no contiene más que 10 ó 12 onzas de líquido, se puede vaciar por completo dejando colocado, por espacio de algunos días, un tubo de desagüe. Despues de quitar el tubo, se sustituye con una simple compresa empapada en aceite fenicado.

d) En todos los casos en que se practica una abertura al exterior, deben emplearse rigurosamente los medios antisépticos recomendados por el Dr. Lister, y cuando el absceso es muy voluminoso, se apresurará muchas veces la curacion haciendo una contraabertura y pasando un tubo de desagüe á traves de ambos orificios.

e) Si el absceso es demasiado voluminoso vale más evacuarle por punciones sucesivas, con cortos intervalos, teniendo cuidado de evitar siempre la penetracion del aire, para lo cual sirven perfectamente la jeringa de Bowditch ó el aspirador de Dieulafoy.

f) En los casos excepcionales en que no existen adherencias, será prudente provocar su formacion por la aplicacion local de potasa cáustica ántes de practicar la puncion; pero si se opera en un espacio intercostal, no es necesaria esta precaucion.

El primero de los casos que vamos á relatar es un interesante ejemplo de absceso tropical del hígado independiente de la disentería, por más que despues de la formacion del pus la diarrea fué uno de los principales síntomas. Es sensible que no se puncionara el absceso, si bien conviene advertir que hace 29 años se practicaba muy pocas veces esta operacion.

Observacion LXXIV. — *Absceso tropical del hígado. — Falta de ulceracion intestinal disentérica.*

H. C..., de 33 años de edad, soldado del segundo de fusileros europeos de Bengala, entró en mi clínica del hospital militar de Promé el 12 de Noviembre de 1853. Costumbres muy desarregladas; muchos ataques anteriores de fiebre y de congestion del hígado; poco tiempo ántes de su entrada había estado expuesto casi continuamente á la humedad, durante tres semanas, en el puente de Steamers, en el trayecto de Calcuta á Rangoon. No había padecido disentería. Comenzó á tener fiebre y á quejarse de dolor en el lado derecho durante la primera semana de Octubre, recien venido de Calcuta; pero su estado no le impidió prestar servicio hasta pocos días ántes de su entrada, en cuya época el dolor del lado empeoró notablemente.

Al entrar en el hospital, el pulso llega á 112; la piel está caliente. Vivo dolor en la region hepática, que se extiende hasta el hombro y aumenta

durante la tos ó una larga inspiracion; gran sensibilidad á la presion en el epigastrio y por debajo de las costillas del lado derecho. La macidez hepática mide seis pulgadas en la línea mamaria derecha.

Por detras y arriba los límites de la macidez hepática son normales, y el aumento de volúmen parece existe tan sólo en el borde inferior. No hay fluctuacion, ictericia, ni ascítis; pero el movimiento de las costillas durante la respiracion es ménos marcado en el lado derecho que en el izquierdo, y la tos es frecuente. Lengua húmeda, gruesa y blanca; vómitos frecuentes. Uno ó dos días ántes de la admision había algo de diarrea, pero hoy se observa extreñimiento; ardor en el conducto de la uretra durante la miccion: orina oscura, densidad 1.027, sin albúmina, pero con sedimentos de ácido úrico.

Se aplican ventosas escarificadas á la region del hígado, de modo que se sacan ocho onzas de sangre, y durante la primera semana de su admision se administran calomelanos y opio, y más tarde ácido nitro-clorhídrico, quinina, opiáceos y vino.

El 18 de Noviembre sobreviene diarrea, con sudores abundantes por la noche, pero sin escalofríos. Los vómitos continúan. La lengua se torna limpia, muy roja, y presenta profundas fisuras. La tos, lo mismo que el calor durante la miccion, han cesado; pero los vómitos y la diarrea persisten á pesar de los medicamentos.

El 20 de Noviembre la lengua está seca y oscura; enflaquecimiento considerable.

Gran mejoría de los dolores hasta el día 26, en que sobreviene un dolor agudo, que atraviesa la region del hígado y se extiende hasta el hombro derecho.

Al día siguiente esta crísis había cesado, y despues no hubo más que algunas deposiciones y vómitos; pero los síntomas fueron sobre todo los de la fiebre héctica, con postracion creciente hasta el 1.º de Diciembre.

Entónces se observó por debajo de las costillas derechas, algo á la derecha de la línea mamaria, un arqueamiento distinto, igual, redondeado, con fluctuacion oscura en el centro. La macidez hepática en la línea mamaria derecha es ahora de ocho pulgadas: el aumento consiste en la extension hácia abajo del área de la macidez. Hay tambien un arqueamiento considerable de las últimas costillas derechas. El enfermo no experimenta ningun sufrimiento; las evacuaciones han cesado, pero los carrillos están huecos; la fiebre y los sudores nocturnos persisten; la lengua está seca y oscura, y los dientes fuliginosos.

El 8 de Diciembre la postracion es excesiva.

El 9 delirio, y á las nueve y media de la noche fallece el enfermo.

Al hacer la *autopsia*, 10 horas despues de la muerte, se encuentra un enorme absceso en el lóbulo derecho del hígado, que contiene 4 ½ litros de un pus rojizo y compuesto de corpúsculos de pus con glóbulos oleosos

y células hepáticas en vías de desorganizacion. Las paredes del absceso estaban constituidas por el tejido hepático tapizado de productos inflamatorios; estas paredes se hallaban muy adelgazadas en dos puntos, uno situado por debajo del reborde costal, y que correspondía al tumor observado durante la vida, y el otro por detras, cerca de la cisura media. El estómago y el intestino no presentaban ningun indicio de cicatriz ó de ulceracion reciente. El bazo, los pulmones y el corazon, están normales. Antiguas adherencias entre las superficies opuestas de la pleura izquierda; las cavidades del corazon, sobre todo la derecha, contenían una gran cantidad de fibrina decolorada.

La observacion LXXV es otro ejemplo de absceso tropical independiente de la disentería. La muerte fué causada por la aparicion de la puohemia y de abscesos secundarios en la abertura. Los buenos efectos que siguieron inmediatamente á la operacion hacen lamentar que no se hubiera vaciado el pus por punciones sucesivas con un trócar capilar y que no se practicara por completo el método antiséptico.

OBSERVACION LXXV. — *Absceso tropical del hígado independiente de la disentería.— Ancha abertura. — Abscesos secundarios y diarrea.— Muerte por inanicion.*

Foogee kKitche, de 39 años, japonés, fué admitido en el hospital Middlesex el 5 de Enero de 1871. Salió del Japon 16 meses ántes para ir á Madrás, donde permaneció un mes y bebió mucha ginebra. Nunca ha padecido disentería. Ha gozado siempre buena salud hasta tres meses despues de desembarcar en Inglaterra, en Julio de 1870. Entónces comenzó á quejarse de debilidad, pérdida del apetito, traspiraciones nocturnas y dolor en el lado derecho; más adelante, enflaquecimiento progresivo.

Un mes ántes de su entrada en el hospital, se vió obligado á suspender su trabajo; entónces observó por primera vez una tumefaccion por debajo de las costillas derechas, que aumentó rápidamente.

A su entrada estaba muy delgado, y se quejaba de dolor y de tumefaccion en el lado derecho. En el epigastrio y en el hipocondrio derecho se observa un tumor que forma eminencia en la superficie del hígado y del volúmen de una nuez de coco. Este tumor producía una ligera inversion de las últimas costillas, daba un sonido macizo por la percusion, era liso, muy elástico, pero sin presentar vibracion, y poco sensible. La macidez hepática en la línea mamaria derecha, comprendido el tumor, es de cinco y media pulgadas. Por detras, el hígado no pasa de su límite normal. La lengua está húmeda y muy sucia: apetito moderado, sed viva, no hay ictericia, funciones intestinales regulares. Pulso á 80; corazon y pul-

mones en estado normal. Temperatura, 38°,47; las traspiraciones nocturnas persisten; orina á 1.030, abundante en uratos, pero sin albúmina. Se prescribe quinina y ácido nítrico.

9 de Enero. — La debilidad es más marcada, lo mismo que el dolor que se siente en el tumor; este último ha engrosado. Se necesita administrar la morfina para que el enfermo concilie el sueño. No hay escalofríos, pero sí abundantes traspiraciones por la noche. El pulso ha variado de 68 á 84, y la temperatura de 37°,22 por la mañana á 37°,44 por la tarde. Despues de una puncion exploradora preparatoria se introduce en el tumor un trócar grueso, y se hacen salir unas 30 onzas de pus espeso teñido de rojo.

Se lava la cavidad con la disolucion de cloruro de zinc (64 centígramos por onza) y se deja colocada la cánula, cubierta con una compresa empapada en aceite fenicado y con algodon en rama.

13 de Enero. — La operacion ha producido un gran alivio. El enfermo ha podido dormir sin morfina, y la temperatura es normal, lo mismo por a mañana que por la tarde. Sin embargo, la noche última han reaparecido las traspiraciones, y hoy el pulso llega á 96 y la temperatura á 37°,9. Poco flujo de pus; al sacar la cánula, salen 10 onzas de pus no fétido. Se lava de nuevo la cavidad con una disolucion de cloruro de zinc y se sustituye la cánula por un tubo elástico.

20 de Enero. — Durante la última semana, el enfermo, aunque débil, se ha sentido mucho mejor. La evacuacion continúa verificándose libremente por la abertura. El pulso ha variado entre 60 y 84, y la temperatura no ha pasado de la normal. El apetito es excelente; el enfermo ha comido carne y huevos, y bebido cerveza. Hoy día de la fecha el flujo es algo fétido y el enfermo no se siente tan bien. Se suprime la cerveza y se manda lavar diariamente la cavidad con una débil disolucion de ácido fénico.

27 de Enero. — El enfermo está más débil, pero continúa teniendo buen apetito; no hay escalofríos: poca traspiracion. El flujo del pus (que no es fétido) se verifica con libertad. La temperatura ha sido normal, excepto durante algunas horas el 21 de Enero, en que se elevó á 38°,33; el 23 de Enero, cuatro deposiciones diarréicas, y el 25 una tos bastante molesta. Ayer 26, cuando se comenzaba á lavar la cavidad, el enfermo sintió un vivo dolor en la region hepática, y tuvo un abundante sudor por espacio de una hora; sólo salió por la cavidad una pequeña porcion de materia rojiza, pero hoy el flujo se verifica con libertad, y el pus está muy teñido de bílis. Pulso á 64; temperatura, 36°. Se quita el tubo de goma y se introduce en la abertura una compresita empapada en aceite fenicado.

1.° de Febrero. — Muy poco flujo por la herida; el 29 de Enero era fétido, hoy es más abundante. El enfermo se queja de vez en cuando de un dolor bastante intenso en la region hepática; las traspiraciones nocturnas han vuelto á presentarse. No hay escalofríos. La temperatura ha sido

normal hasta hoy, en que llega á 38°,3. Hay diarrea, y el enfermo continúa enflaqueciendo.

El paciente se debilita con rapidez. Los sudores nocturnos y la diarrea resisten al tratamiento. La temperatura ha variado de 37°,2 á 39°,3; pero no se han observado escalofríos, y el pulso se ha mantenido á 120. No hay albúmina en la orina.

Muerte el 4 de Febrero.

Autopsia. — El lóbulo derecho del hígado estaba fijo al abdómen por adherencias blandas en una extension de 3 ½ pulgadas de diámetro, poco más ó ménos, y más sólidamente adherido al diafragma por encima y por detras del punto en que el absceso estaba próximo á la superficie exterior; pero la mayor parte de la superficie del hígado no presentaba indicios de inflamacion antigua ó reciente. La bolsa del absceso estaba indudablemente retraida, porque no encerraba más que 16 onzas de líquido. Sus paredes eran muy gruesas y compuestas de una cara fibrosa externa, muy sólida, de algunas líneas de espesor, y de una capa interna de materia más blanda, llena de agujeros. En lo que quedaba de tejido hepático se encontraban algunos abscesos del volúmen de una cereza al de una nuez, sin paredes gruesas é indudablemente de reciente formacion. La base del pulmon derecho estaba pegada al diafragma por una capa de linfa poco resistente, y la pleura derecha contenía una onza, poco más ó ménos, de un líquido lleno de copos. El bazo estaba sano, los riñones congestionados; el intestino grueso no presentaba indicio de cicatrices, de engrosamiento ú otro signo de disentería antigua; pero en el ciego y el cólon ascendente la mucosa estaba muy inyectada, y los repliegues se hallaban cubiertos de anchas placas de exudacion granulosa; se encontraban tambien dos en el íleon, precisamente por encima de la válvula.

En la observacion LXXVI el absceso se vació á traves del pulmon derecho, y el enfermo curó muy pronto. Este caso constituye un curioso ejemplo de la direccion más favorable que puede tomar el absceso.

OBSERVACION LXXVI. — *Absceso del hígado, evacuado por el pulmon derecho. — Restablecimiento.*

El 2 de Mayo de 1874 fuí consultado por el Dr. L..., de 35 años de edad. Había venido ocho semanas ántes de la costa de Oro (África), donde había padecido fiebre y dolor en el costado derecho. Al volver á Inglaterra se sintió completamente bien, y desde entónces iba y venía sin dificultad. Tres semanas despues de su llegada tuvo una noche, al ir al teatro, un escalofrío con temblor, y desde entónces se ha visto obligado á guardar cama. La temperatura ha subido hasta 40°,55. Ha padecido un

delirio violento, y despues abundantes traspiraciones nocturnas, pero no ha vuelto á tener escalofríos.

Al hacer mi visita observé una gran postracion; el pulso llegaba á 108, la temperatura á 38°,8; 48 respiraciones. La macidez hepática se extiende hasta la tetilla derecha y no desciende mucho por debajo; pero hay un arqueamiento distinto de los últimos cartílagos costales derechos. Tos seca y frecuente; crepitacion en la base de ambos pulmones; violento dolor en el lado derecho; lengua cubierta de una capa gruesa, amarillenta; extreñimiento casi habitual desde el principio de la enfermedad; orina oscura y abundante en uratos.

Prescribí 1,25 gramos de cloruro de amonio, un gramo de bicarbonato de potasa y cinco gotas de tintura de opio; píldoras de coloquíntida y colomelanos; 65 centígramos de sulfato de quinina durante la traspiracion; leche, té de buey y vino de Burdeos.

El 6 por la mañana empezó á esputar, cuando tosía, un pus pardo rojizo y de un sabor repugnante, y en el espacio de 24 horas arrojó próximamente un litro de dicho líquido. El aliento ofrecía un olor semejante al del pus. Una mixtura de quinina y de ácidos minerales sustituyó entónces á la medicacion precedente.

Casi inmediatamente despues de haberse vaciado el absceso por el pulmon, bajaron la fiebre, la temperatura y la respiracion; los sudores nocturnos disminuyeron y el estado general mejoró. La expectoracion del pus persistió unos 10 días.

El 11 de Mayo la temperatura se elevó durante algunas horas á 40°, pero despues volvió á ser normal.

El 2 de Junio el enfermo estaba tan restablecido que se sintió en disposicion de ir á Escocia.

No hubo recaida, y á los 16 meses, el 25 de Setiembre de 1875, estaba robusto y fuerte, y examinándole no se pudo encontrar ningun indicio de su antigua enfermedad, si exceptuamos un ligero oscurecimiento de murmullo respiratorio en la base del pulmon derecho.

En Noviembre de 1876, el Dr. L... sigue perfectamente bien.

En la observacion LXXVII el absceso se abrió á traves del diafragma, pero terminó por la muerte.

Observacion LXXVII. — *Absceso hepático que se abrió á traves del diafragma. — Absceso secundario del pulmon.*

Tengo el gusto de presentaros una preparacion recogida hace algunos años en un sujeto de 34 años de edad, muerto en el hospital de Middlesex, que demuestra la rotura de un absceso á traves del diafragma. En

dicho caso el enfermo había tenido la disentería muchos años ántes en la India y en Malta.

Los síntomas durante los nueve días que pasó en el hospital ántes de la muerte fueron una fiebre héctica, enflaquecimiento, disnea, tos y una expectoracion purulenta, con tumefaccion dolorosa del hígado, que produjo un arqueamiento de las costillas. La macidez hepática no descendía más de dos pulgadas por debajo del reborde costal en la línea mamaria derecha; pero por arriba llegaba hasta el tercer espacio intercostal. La superficie del hígado era igual, pero el aumento de volúmen no existía en todo el órgano de un modo uniforme. La lengua ofrecía un color rojo muy marcado; no había vómitos, ni ictericia, ni diarrea, pero el abdómen era sensible en todas partes y había signos evidentes de un derrame peritoneal.

Al hacer la *autopsia*, se encontró en el peritoneo 1 ½ á 2 litros de serosidad. El hígado se adhería sólidamente al diafragma y á las paredes abdominales, y presentaba en la parte superior del lóbulo derecho un absceso del grosor de una nuez de coco, y que había perforado el diafragma; de modo que tenía por límite superior la base del pulmon derecho. El absceso estaba enquistado en una cápsula de tejido areolar densa, y contenía un pus amarillo con gruesos copos fibrinosos. En el lóbulo inferior del pulmon se encontraba otro absceso del volúmen de una naranja gruesa, distinto del precedente y que contenía pus rojizo. El cólon descendente y la curvadura sigmoidea estaban muy contraidos; sus túnicas eran gruesas; la mucosa ofrecía un color jaspeado, pero no presentaba ulceraciones recientes ni cicatrices distintas.

En los dos casos siguientes el absceso se abrió en el intestino, probablemente en el cólon. Pero la cavidad se había llenado de nuevo, y se vació en varias veces. No recuerdo haber visto en los demas autores casos análogos; pero, segun mi experiencia, creo que debe ser un resultado bastante comun de la rotura de un vasto absceso hepático en el intestino.

Entre nueve casos en que el absceso pareció abrirse en el intestino y de los cuales he conservado notas, en seis ocurrió lo mismo; en el décimo el absceso se abrió primero en el intestino y despues en el pulmon.

OBSERVACION LXXVIII. — *Absceso del hígado, que se abrió en el intestino. La bolsa se llenó varias veces de pus. — Muerte por diarrea é inanicion.*

El 25 de Mayo de 1871 fuí consultado por M. K., de 50 años de edad, á su regreso de Ceylan, donde había permanecido 25 años. Durante nueve meses tuvo una diarrea biliosa, y vómitos de vez en cuando. Se quejaba de un dolor intenso en el hígado, el cual estaba sensible y poco aumentado

de volúmen. Había al mismo tiempo pérdida del apetito, fiebre, sudores nocturnos, escalofríos, postracion y enflaquecimiento.

Continué viendo al enfermo de vez en cuando hasta Febrero de 1875, en que murió.

El tratamiento mejoró al principio su estado, pero el 9 de Abril de 1872, despues de muchas semanas de grandes sufrimientos, se abrió el absceso y salieron en una vez 3 ½ litros de pus por el intestino, y casi otro tanto, pero en 12 veces, durante la quincena siguiente. Desde entónces no se sintió nunca bien. Tenía constantemente diarrea; con todo, de vez en cuando, tres ó cuatro veces en un año, esta diarrea se cohibió durante 10 á 14 días, y entónces tenía escalofríos, fiebre, dolor en el hígado con aumento de volúmen; todos estos síntomas desaparecían tan pronto como se verificaba una abundante evacuacion de pus por el intestino. En cierta ocasion, despues de haber tenido escalofríos y fiebre, vomitó algunas onzas de pus y de sangre. La lengua y la base se llenaron de aftas, de modo que el enfermo apénas podía tomar alimentos y murió de inanicion.

No se hizo la *autopsia*.

OBSERVACION LXXIX. — *Absceso tropical del hígado, que se abrió en el intestino.— Recaidas frecuentes. — Elevacion superficial.— Ancha abertura.— Restablecimiento.*

M. N..., de 44 años de edad, vino á mi consulta el 7 de Abril de 1873, recomendado por el Dr. R. J. Black (de Canonbury). Había regresado el 14 de Noviembre de la China y del Japon, donde no fué muy sobrio. Estando en Aden, en camino para Inglaterra, tuvo síntomas de congestion hepática aguda; pero no se vió obligado á guardar cama hasta el 20 de Diciembre. Hácia esta época se presentó una tumefaccion dolorosa por debajo de las costillas derechas, y tuvo tambien escalofríos y sudores nocturnos. La tumefaccion continuó aumentando hasta primeros de Febrero, en cuya época se verificó una abundante evacuacion de pus por el intestino. El tumor desapareció y los síntomas generales mejoraron. Cuando le ví estaba delgado y débil; pero no experimentaba dolor ni fiebre, y el hígado no ofrecía un volúmen muy considerable.

Tres ó cuatro días despues de haberle visto tuvo escalofríos, fiebre y dolores en la region hepática, donde se veía cierto arqueamiento de los cartílagos costales derechos y del epigastrio.

Cuando le volví á ver el 22 de Abril, aunque los síntomas más agudos habían desaparecido, quedaba el arqueamiento y había traspiraciones nocturnas. Despues de esto, sin embargo, mejoró mucho, el tumor disminuyó tambien, y durante 15 días se halló en disposicion de dedicarse á sus ocupaciones habituales.

El 24 de Mayo tuvo nuevamente escalofríos y fiebre, seguidos de la reaparicion del tumor doloroso en el mismo sitio que ántes. El tumor aumentó, se tornó blando y fluctuante en el centro, al mismo tiempo que el enfermo tenía abundantes sudores nocturnos, enflaquecía y se debilitaba más y más.

El 25 de Junio el Sr. de Morgan hizo una ancha abertura en el tumor, saliendo un litro próximamente de un pus rojo oscuro. Se lavó la cavidad con una disolucion de cloruro de zinc (64 centígramos por onza) y se introdujo un tubo elástico que quedó fijo; de este modo se pudo lavar todos los días la cavidad con una disolucion más débil de cloruro de zinc (20 centígramos); la extremidad exterior del tubo se cubrió con estopa cardada.

El 30 de Junio se quitó el tubo y se curó la herida con una compresa empapada en agua fenicada. La operacion fué seguida de un alivio inmediato: la fiebre y el dolor cesaron muy pronto, y en el espacio de una semana los sudores nocturnos habían cesado igualmente. El apetito era muy bueno, y el enfermo comenzó á recobrar las fuerzas y las carnes perdidas.

Tuvo despues algunos días de fiebre, pero en definitiva se restableció muy bien, y en Enero de 1875 gozaba una salud excelente y podía dedicarse á sus ocupaciones.

La observacion LXXX es un ejemplo de absceso hepático voluminoso en un individuo que nunca había salido de Inglaterra. Sin embargo, existieron algunas dudas para saber si el absceso había tenido su orígen en el hígado ó en el tejido areolar perineal. Había una ulceracion del cólon; pero, dada la marcha de la enfermedad y los resultados de la autopsia, es probable que fuera posterior al absceso hepático.

La preparacion fué presentada por mí á la Sociedad Patológica de Lóndres, y el caso se encuentra referido con todos sus detalles en el octavo volúmen de las *Transactions* de dicha Sociedad.

Observacion LXXX. — *Absceso voluminoso del hígado, que se abrió en el cólon ascendente.*

J. P..., de 40 años de edad, fué admitido el día 18 de Abril de 1856 en el hospital de Santa María, en la clínica del Sr. Sibson.

Asegura haber gozado siempre buena salud, y que, aunque tuvo la costumbre de beber mucha cerveza, no había abusado nunca de los alcohólicos; en suma, era un hombre sobrio. Nunca había salido de Inglaterra. Un mes, poco más ó ménos, ántes de su entrada sufrió un enfriamiento, y en seguida tuvo un dolor agudo que atravesaba el hipocondrio derecho, y que

se hizo tan violento que le impidió trabajar. Se metió en cama y estuvo acostado hasta su entrada en el hospital; el dolor en el lado derecho persistía sin remision, excepto cuando se administraba el opio.

Despues de su admision se observó una gran plenitud en las regiones hipocondriaca y lumbar derechas; existía la sensacion de una masa resistente que se extendía por debajo hasta la cresta del íleon, y por delante hasta tres pulgadas de la línea blanca. Este espacio daba un sonido macizo por la percusion, y la macidez se continuaba con la del hígado; el borde superior de la macidez hepática no era muy elevado, y las dimensiones del lóbulo izquierdo parecían normales; el tumor tenía una consistencia pastosa y presentaba una fluctuacion vaga. Lengua cargada; ligero extreñimiento; orina evacuada tres ó cuatro veces por día y ácida; densidad, 1.020; pulso 108, débil.

Se aplicaron cataplasmas sobre el tumor y se prescribió el ioduro de potasio (13 centígramos al día), algunos laxantes, opiáceos y estimulantes.

El 24 de Abril sobrevino una erisipela de la cara que duró cuatro días.

El 26 de Abril, durante el curso de la erisipela, el enfermo sintió una violenta diarrea, que cesó en gran parte al cabo de cinco días; pasado este tiempo, se sintió mejor; el apetito había aumentado, el dolor había desaparecido, la tumefaccion y la macidez habían disminuido mucho, y las ganas de orinar eran ménos frecuentes.

La mejoría continuó hasta el 11 de Mayo, en cuyo día reapareció el dolor y la diarrea con deposiciones purulentas. El punto doloroso estaba situado á dos pulgadas, poco más ó ménos, por debajo del reborde costal, en la línea mamaria derecha. Las materias ofrecían el color de la piel de búfalo, eran claras y muy fétidas. Esta diarrea resistió á todo tratamiento, y bien pronto el enfermo comenzó á perder visiblemente sus fuerzas. Por la tarde se presentaban exacerbaciones febriles, y abundantes traspiraciones por la noche. El pulso oscilaba entre 100 y 125, y era muy débil; la lengua se tornó seca y sucia, y el enfermo fué empeorando visiblemente hasta el día de su muerte, el 27 de Mayo á las diez de la noche.

Cuatro días ántes de su muerte se observó que el tumor había disminuido considerablemente, pues la macidez en la region lumbar derecha no pasaba por delante de una línea perpendicular trazada desde las costillas hasta la mitad de la cresta del íleon.

Autopsia cuarenta y una horas despues de la muerte. — Adherencias extensas de las vísceras abdominales y otros indicios de peritonítis enteramente limitada al lado derecho, pues el peritoneo estaba sano en el izquierdo. Estas adherencias de las vísceras en el lado derecho hacían muy difícil el exámen; todo el borde anterior del hígado se adhería sólidamente á la superficie peritoneal de las paredes abdominales, miéntras que la cara inferior del borde anterior, lo mismo que la vesícula biliar, estaba fija al cólon trasverso. El tejido del hígado estaba pálido. En la parte inferior

del lóbulo derecho se encontraba un absceso tan grueso como los dos puños, y que contenía cierta cantidad de materia feculenta, de color amarillo claro. Este absceso comprendía casi toda la porcion del lóbulo que está á la derecha de la cisura de la vesícula, y se extendía hasta media pulgada cerca de su cara superior. Los dos tercios superiores de las paredes del absceso estaban formados por el tejido hepático, rugoso y desigual, sin ninguna membrana limitante; la parte inferior se hallaba completada por el riñon, la capa anterior de la fascia lumbar, y unas tres pulgadas de cólon ascendente y trasverso. Esta porcion del cólon comunicaba libremente con la cavidad del absceso. Su pared superior, adyacente al absceso, presentaba un aspecto cribiforme; todo lo que quedaba se hallaba constituido por algunas bridas estrechas dirigidas trasversalmente y fáciles de romper. Ulceracion extensa de la porcion adyacente del cólon ascendente, y ligera ulceracion de las placas de Peyero en el íleon. Riñones anémicos, bazo blando y friable. Organos torácicos sanos; las cavidades izquierdas del corazon contenían sangre: las derechas estaban vacías.

El siguiente caso es un notable ejemplo del buen resultado que puede producir la evacuacion del absceso.

OBSERVACION LXXXI. — *Absceso tropical del hígado. — Puncion con un trócar grueso. — Restablecimiento.*

M. C. D..., de 23 años de edad, me consultó el 11 de Junio de 1867. Llegó el día anterior de Calcuta (donde había estado tres años sin tener disentería). En los últimos días del mes de Marzo último tuvo fiebre y postracion, que había aumentado rápidamente. No había tenido dolor en el costado, ni diarrea, ni ictericia; pero el 12 de Abril se presentó, por debajo de las costillas derechas, un tumor cuyo volúmen creció con rapidez hasta el 19. Entónces se abrió con un trócar grueso, saliendo más de medio litro de líquido. Se colocó la cánula permanente, y el enfermo salió, sin embargo, en tal estado para Europa; no se confiaba en su curacion. Sin embargo, mejoró poco á poco durante el viaje, y se sacó la cánula en Aden á los 15 días. Observé entónces una abertura con granulaciones salientes á la mitad de la distancia que media entre el ombligo y las costillas, y dos pulgadas á la derecha de la línea media; por dicha abertura salían ocho gramos diarios, poco más ó ménos, de pus muy líquido. El enfermo estaba débil y anémico; pero, aparte de esto, parecía que no le aquejaba ninguna afeccion. Se le administraron los ácidos minerales, la quinina y el hierro, y en el espacio de tres meses había recuperado sus fuerzas y su salud habitual.

No había entónces apariencia de aumento de volúmen del hígado, y la abertura se cerró de una manera permanente.

Excepto un ataque de gota, enfermedad que ya había padecido anteriormente, y de la cual murió su padre, M. C. gozó buena salud hasta Febrero de 1868, en que volvió á la India.

La observacion LXXXII es un ejemplo de absceso tropical del hígado sin signos locales, y demuestra tambien que el hígado puede ser objeto de punciones exploratorias con un instrumento fino, sin que por esto resulte ningun accidente.

OBSERVACION LXXXII. — *Absceso hepático profundamente situado. — Punciones exploradoras sin resultado.—Pleuro-pneumonía.— Muerte.*

M. C. B..., de 42 años de edad, me consultó el 22 de Marzo de 1873. Había venido poco tiempo ántes de la India, donde residió nueve años, gozando buena salud hasta el 3 de Enero último.

En dicho día tuvo fiebre, seguida de un ataque de disentería aguda que terminó por completo el 25 de Febrero. Sin embargo, desde entónces se queja de debilidad, malestar en el hipocondrio derecho, traspiracion durante el sueño, escalofríos que se extendían hácia la espalda, y pulsacion que se oía perfectamente en el lado derecho cuando estaba acostado. Tambien experimentaba una sensacion de peso en el epigastrio despues de las comidas. Ligero extreñimiento. Orinas oscuras y cargadas de uratos; pulso á 108. El lóbulo derecho del hígado es algo grueso; mide cinco pulgadas en la línea mamaria derecha. Se prescribe 1,30 gramos de cloruro de amonio, tres veces al día; de vez en cuando un purgante compuesto de ruibarbo y de píldoras azules; fricciones en la region hepática con el ioduro rojo de mercurio; evitar los estimulantes.

Volví á ver al enfermo el 31 de Marzo; se encontraba bastante mejor y se quejaba sobre todo de dispepsia atónica, para cuyo tratamiento ordené el ácido nitro-clorhídrico, la quinina y la pepsina.

Despues de esto, se encontraba mucho mejor.

Volvió á verme el 8 de Mayo, y me dijo que cinco días ántes, cuando reinaba un viento Este algo frío, fué atacado de *fiebre intermitente;* escalofríos y temblores intensos despues de comer, seguidos de gran calor y de abundante traspiracion. Desde entónces había perdido el apetito. La orina estaba otra vez cargada de uratos y contenía indicios de albúmina; extreñimiento. Prescribí un evacuante compuesto de calomelanos y de ruibarbo, una pocion alcalina efervescente y un gramo de quinina durante el estadio de calor.

Estas grandes cantidades de quinina, continuadas á la dósis de 32 centígramos primero y de 65 despues, tres veces al día, no detuvieron, al parecer, los paroxismos de la fiebre, que se presentó todos los días una

vez, y áun más, á horas irregulares. Un exámen atento del enfermo demostró que, en realidad, la fiebre no le abandonaba nunca por completo, pues el pulso oscilaba entre 37°,7 y 38°,8. La orina estaba siempre cargada de uratos y contenía indicios de albúmina; había abundantes traspiraciones nocturnas, y el enfermo adelgazaba y se debilitaba de día en día. Aunque no hubo arqueamiento local, ni edema, ni sensibilidad en la region del hígado, parece que la presencia de un absceso hepático era la única que podía darnos cuenta de los síntomas observados, y se acordó explorar el hígado.

Por consiguiente, el 27 de Marzo el Sr. Morgan introdujo un trócar pequeño, á tres pulgadas de profundidad, en el lado derecho del epigastrio, donde el hígado parecía algo grueso.

El 12 de Junio se hicieron otras dos punciones á una profundidad de cuatro á cinco pulgadas, una por delante y un poco por encima de la primera, y la otra por detras, entre la octava y novena costilla, y se aplicó el aspirador. En dos veces apénas salieron algunas gotas de sangre. Las punciones no fueron seguidas de dolor ni agravacion del estado general, pero el enfermo seguía debilitándose diariamente.

El 20 de Junio se presentaron los síntomas de pleuro-pneumonía del lóbulo inferior del pulmon izquierdo; desde entónces cesaron los escalofríos y la traspiracion; la macidez hepática en la línea mamaria derecha se separó una pulgada del pezon, y la postracion aumentó rápidamente hasta la muerte, que sobrevino precedida de una ligera hemoptísis el 28 de Junio.

La *autopsia* fué practicada por el Dr. H. W. Hubbard, que había asistido al paciente desde el 12 de Mayo. Se encontró un absceso, que contenía unas 10 onzas de pus amarillo espeso, en la parte superior y posterior del lóbulo derecho del hígado, á media pulgada de la superficie. El resto del hígado congestionado; pero, á parte de esto, sano. No había el más ligero signo de peritonítis ó de extravasacion en la region en que se habían hecho las punciones, ni nada indicaba donde se habían practicado. La cara superior del hígado correspondiente al absceso y la base del pulmon derecho, estaban adheridas al diafragma por un depósito de linfa reciente. Pulmonía extensa del lóbulo inferior del pulmon derecho. El absceso estaba todavía confinado en el hígado, y la diminucion de la macidez hepática observada durante la vida se debía á que el hígado formaba ménos prominencia hácia adelante y se alargaba hácia el pulmon.

Mi objeto principal al llamar vuestra atencion acerca del siguiente caso, es demostraros que la falta de elevacion de temperatura puede dar lugar á un error de diagnóstico. A pesar de los antecedentes de disentería y de diarrea, y de la evidencia de los desórdenes gástrico y hepático inmediatamente ántes de la invasion de los accidentes agudos; la intensidad

y el carácter paroxístico del tumor, asociado á la sensibilidad y la tumefaccion oscura en la region de la vesícula biliar, pero sin coexistencia de fiebre, indicaban que la causa probable de los accidentes era un cálculo encajado en el conducto cístico. Sin embargo, el curso de la enfermedad hizo suponer que se debía tratar de un absceso, que finalmente se abrió paso por el intestino. El sitio preciso del absceso fué algo dudoso. El hecho de que el dolor partía primero de la parte inferior del abdómen, y la evacuacion casi instantánea de pus por el recto despues de la sensacion de rotura, permiten suponer que se encontraba en las inmediaciones del recto. Ademas, los antecedentes de disentería, los desórdenes hepáticos inmediatamente ántes de los accidentes agudos, y la circunstancia de que había una tumefaccion difícil de distinguir, con sensibilidad en la region del hígado, y que desapareció despues de la evacuacion del pus, militaban en favor de un absceso hepático. La suposicion de un absceso de la vesícula consecutivo á la obstruccion del conducto cístico por un cálculo no era probable, pues el absceso se había vaciado por sí mismo, sin que nada demostrara la existencia anterior de alguna obstruccion (ictericia), por más que es posible que una vesícula inflamada y distendida por el pus se vacie espontáneamente en el cólon. Pero, cualquiera que fuera el sitio del absceso, el interes del caso estriba en el mismo hecho; á saber: que existía en el abdómen un absceso que determinó durante algunos días un violento dolor, pero ninguno de los síntomas generales habituales de la fiebre. La cesacion de los síntomas á la segunda crísis sin ninguna evacuacion aparente de pus, se debió probablemente á que la evacuacion fué ménos repentina y á que el pus salió mezclado con materias fecales.

Observacion LXXXIII. — *Absceso hepático sin elevacion (?) de temperatura.*

El 18 de Febrero de 1875 fuí llamado en consulta, con el Dr. Collyer (de Enfiel), para ver á M. A., de 40 años de edad. M. A. había residido en China durante mucho tiempo, pero desde 1870 habitaba en Lóndres. En 1865 tuvo la disentería en China, y desde entónces quedó una diarrea disentérica crónica, de tres á cinco deposiciones por día, que contenían sangre y moco, y algunas veces acompañadas de tenesmo. Con todo, conservó el apetito y su aspecto exterior era bastante satisfactorio. Nueve semanas ántes de mi visita comenzó á perder el apetito, á padecer náuseas y vómitos; tenía mal color; sus intestinos funcionaban como ántes. Sin embargo, no hizo caso de esto hasta cinco días ántes de mi visita, en que sintió un gran dolor en el vientre. Este dolor aumentó poco á poco hasta el 17 de Febrero, en que pasó una noche de horrible angustia, que sólo calmó con grandes y repetidas dósis de opio. El dolor parecía referirse en

un principio á la parte inferior del abdómen, pero cuando ví al enfermo estaba limitado á la region de la vesícula, donde se sentía una prominencia distinta, aunque mal definida, casi del volúmen de una naranja. Al mismo tiempo que el dolor, tuvo frecuentes escalofríos y esfuerzos de vómitos; pero el exámen termométrico repetido no permitió reconocer ninguna elevacion de temperatura: tampoco había traspiracion. Al hacer mi visita, la temperatura era de 37°,5, el pulso 76; lengua cubierta de una capa espesa, amarillenta; meteorismo muy marcado.

Se prescribe al enfermo el reposo, cataplasmas calientes al abdómen, una bebida efervescente, con base de sosa, con 15 gotas de disolucion de opio cada cuatro horas, miéntras el dolor conserve su intensidad.

El tratamiento no determinó más que un ligero alivio.

El enfermo continuó padeciendo mucho hasta el 21 por la noche, en que, encontrándose sentado en un sillon, notó como si se abriese alguna cosa en la region de la vesícula, y al mismo tiempo expulsó por el recto medio litro de una materia amarillenta. El Dr. Collyer y su ayudante, que la examinaron al microscopio, vieron qne era verdadero pus.

Al día siguiente salió algo más líquido, lo mismo que el 23; pero el dolor desapareció desde la primera evacuacion.

El 24 evacuó mucha sangre y moco; despues las deposiciones fueron más naturales; reapareció el apetito, y en cambio se disipó la tumefaccion y cesó la sensibilidad.

El enfermo siguió bien hasta el 8 de Marzo, en que se presentó otra vez el dolor con paroxismos tan intensos como ántes, pero siempre sin elevacion de temperatura.

El 13 de Marzo, á la segunda visita, el pulso daba 68 latidos, y la temperatura era de 37°,3. Paroxismos de dolor violento y esfuerzos de vómito; sensibilidad y tumefaccion oscura en la region de la vesícula. El dolor persistió todavía durante cinco á seis días, pero entónces se disiparon sin evacuacion aparente de pus.

El 1.° de Abril el enfermo vino á verme á la ciudad, y no se quejaba más que de su diarrea habitual.

Esta había disminuido considerablemente bajo la influencia de la creosota y del opio.

Cualquiera que fuera el sitio del absceso en el caso precedente, no cabe dudar que en el siguiente existía en el hígado un absceso enorme que aumentaba rápidamente de volúmen sin que hubiera elevacion de temperatura. Bajo este punto de vista el caso es sin duda excepcional, por más que no creo sea el único; pues en la misma época en que visité á este enfermo, ví á otro en el cual pudieron observarse los mismos fenómenos.

Es difícil explicar la falta de fiebre cuando hay una supuracion extensa, á no ser que admitamos que el proceso morboso de que se trata

destruye un órgano que contribuye en parte á mantener el calor animal; sin embargo, sabemos que la temperatura se eleva en la mayor parte de los abscesos voluminosos del hígado. Pero, cualquiera que sea la explicacion, la posibilidad de un grueso absceso existente en el hígado sin elevacion de temperatura es un hecho de gran importancia clínica.

El siguiente caso es ademas interesante por lo que se refiere al orígen de los abscesos secundarios en la inflamacion de las pequeñas ramas de la vena porta.

OBSERVACION LXXXIV. — *Absceso tropical. — Antecedentes de la enfermedad, que se remontaban á tres años y medio ántes. — Falta de fiebre. — Paracentesis. — Muerte.*

El Sr. M..., de 25 años, me consultó el 1.° de Diciembre de 1873. En Noviembre de 1868 estuvo por primera vez en la India. En 1869 y 1870 tuvo muchos accesos de fiebre intermitente, y en 1871-72 ataques repetidos de congestion del hígado; pero sólo en Diciembre de 1872, despues de haber permanecido algun tiempo al sol, observó que su salud estaba comprometida. Entónces el hígado aumentó de volúmen y se tornó doloroso; el enfermo perdió el apetito, tuvo náuseas, vómitos, extreñimiento, ictericia é insomnio, y al cabo de algunas semanas accesos de escalofríos, seguidos de traspiracion. Despues de tres meses, los síntomas más agudos se disiparon; pero el sujeto quedó muy débil, y el lóbulo izquierdo del hígado estaba siempre grueso y doloroso.

En Abril de 1873 salió de la India, y asustado por su enfermedad llegó en Junio á Inglaterra.

Continuó encontrándose mejor hasta Noviembre, en que se sintió dolor en el lóbulo derecho del hígado, dolor que aumentaba por el decúbito sobre el lado izquierdo; al mismo tiempo perdió el apetito y cayó en una gran postracion.

Cuando le ví, el hígado medía seis pulgadas en la línea mamaria derecha, pero no había signos de fluctuacion, ni náuseas, ni diarrea Pulso á 108; gran palidez. Se le prescribieron algunos purgantes salinos, grandes dósis de cloruro de amonio, y píldoras azules de vez en cuando. Bajo la influencia de este tratamiento el enfermo mejoró rápidamente, pero tuvo una crísis semejante, siempre en el hígado, casi una vez al mes. En una de estas crísis guardó cama durante seis semanas; tuvo abundantes traspiraciones por la noche, y perdió cerca de 20 libras de su peso. Cuando la crísis había pasado, el enfermo se restablecía bastante pronto; pero al reaparecer la crísis, se presentaba otra vez la postracion. Durante estas crísis el hígado estaba muy grueso, y la orina se tornaba oscura y turbia; pero en los intervalos era pálida y clara. No había escalofríos.

En Agosto de 1875 volvió á la India; pero las crísis continuaron presentándose, y en los intervalos tenía diarrea.

Fué enviado de nuevo á Inglaterra en el mes de Marzo de 1876.

El 27 de Abril le ví por segunda vez en una de sus crísis. Ofrecía una postracion considerable y una gran palidez. Hígado grueso: seis pulgadas en la línea mamaria derecha; sensibilidad marcada en las costillas falsas del lado derecho, por detras, pero no había arqueamiento ni fluctuacion. Temperatura normal, sin ictericia. Cuatro días ántes se sentía tan bien que se hallaba en disposicion de andar 24 kilómetros, y á los dos días (29 de Abril) parecía estar tambien sin novedad, y el hígado no tenía más que cinco pulgadas; el borde superior, por delante, se elevaba todavía una pulgada hácia arriba.

El 12 de Mayo tuvo otra crísis; mucho dolor en el hígado, que engrosó de nuevo; sed viva, extreñimiento pertinaz; orina cargada de sedimentos; pulso á 100; insomnio; no hay elevacion de temperatura ni sudores nocturnos; temblores, no náuseas. Al cabo de unos 15 días comenzó á manifestarse un tumor fluctuante en la region lumbar derecha, cuyo tumor aumentó con rapidez. El enfermo cayó en una gran consuncion; sufría de tal modo que no podía dormir; tenía la lengua seca y roja.

El 30 de Mayo sobrevino la diarrea, cinco á seis deposiciones por día; pero durante este tiempo la temperatura no se elevó más que la normal, ni áun debajo de la lengua; no había temblores, y apénas traspiracion.

El 9 de Junio fué admitido en el hospital de Santo Tomás. Postracion considerable, pulso á 122, temperatura entre 36°,8 y 37°,3; respiraciones, 30; la macidez hepática por delante se extendía desde la tetilla hasta una pulgada por debajo de las costillas, y era igual á siete pulgadas; el borde inferior es muy sensible. En la region del riñon derecho había un tumor prominente, fluctuante, que medía ocho pulgadas en un sentido, y nueve en otro, muy sensible. La circunferencia del abdómen en el punto en que existe este tumor es de 19 ½ pulgadas en el lado derecho, y 15 ¾ en el izquierdo. Grandes sufrimientos y poco reposo. Lengua cargada y roja; diarrea, orina turbia y conteniendo albúmina.

El 7 de Junio se sacan del absceso, con el aspirador, 18 onzas de pus espeso, de color rojo oscuro. No hay alivio consecutivo.

El 8 de Junio, pulso á 124; temperatura, 36°,8 á 37°; lengua seca, roja y reluciente; cinco ó seis deposiciones diarréicas. Se sacan con la jeringa aspiradora 17 onzas de un pus semejante al primero.

El 10 del mismo mes no hay mejoría; pulso, de 124 á 150; temperatura, 36°,7 á 37°,4. Se incinde el tumor y sale medio litro de pus. Se lava la cavidad con una disolucion de cloruro de zinc al trigésimo, y se fija un tubo de desagüe en la herida, á la cual se aplica una cura antiséptica.

Esta operacion fué seguida de un gran alivio, pero la diarrea persistió.

El 12 de Junio el enfermo comenzó á tener frecuentes náuseas.

El 13 hipos incesantes.

El 16 la respiracion se acelera, la lengua está seca, reluciente y aftosa; pérdida total del apetito; albúmina y uratos en la orina, y postracion creciente de día en día hasta su muerte el 19 de Junio.

Despues de la operacion, la temperatura no pasó nunca de 37°,5. Los principales medicamentos empleados fueron grandes dósis de quinina, opio y bismuto, y algunos estimulantes.

Autopsia.— No hay indicios de peritonítis reciente, pero sí adherencias generales en la cara inferior del hígado y la superior del lóbulo derecho. El borde inferior del lóbulo derecho del hígado no se extiende más allá del reborde costal por delante; pero por detras, proyectándose de su cara inferior, se encontraba un voluminoso absceso, que se extendía por arriba hasta el borde inferior de la séptima costilla, y por debajo hasta la cresta del ileon, apoyada en la cara anterior del riñon derecho y fija por delante por una delgada capa de adherencias peritoneales. Adyacente á este absceso, pero más hácia adelante, en la sustancia del hígado, se encontraba otro absceso irregular, de 1 ½ pulgadas de diámetro, que comunicaba en un lado, por un trayecto fistuloso, con la bolsa mayor, y en otro, por una estrecha abertura (al parecer reciente), con el cuello de la vesícula biliar. Este absceso contenía algunos pequeños cálculos, y en la vesícula había una docena de cálculos biliares negros del grosor de guisantes, y un poco de pus ténue. A traves del hígado se encontraron muchos abscesos más pequeños, uno cerca de la extremidad anterior del ligamento falciforme, que estaba casi roto y cubierto de una capa de linfa reciente; otro, del grosor de una manzana, cerca de la cara superior del lóbulo izquierdo; en la cara inferior del lóbulo izquierdo, cerca del borde anterior, una cicatriz redondeada deprimida.

Practicando cortes en el hígado se veían muchas placas de color amarillo claro, con contorno irregular de seis á ocho líneas de diámetro, rodeadas (algunas, pero no todas) por una zona estrecha congestionada. Los lóbulos eran distintos en las placas claras, aunque su contorno era vago. Este aspecto parecía debido á una anemia local; algunas de dichas placas se hallaban reblandecidas en el centro. Por el exámen microscópico, el Dr. Greenfield vió que todos los vasos, en las partes pálidas, estaban llenos de coágulos. Las ramas de la vena porta ofrecían coágulos adherentes, y sus túnicas se hallaban engrosadas é infiltradas de leucocitos, que tambien se habían acumulado alrededor de ellas. Las ramas de la arteria hepática daban la reaccion de la degeneracion amiloidea. Las células hepáticas estaban hinchadas y llenas de materia granulosa ó grasosa. Gran número de ellas parecía iban á romperse. Los vasos hepáticos estaban llenos de coágulos, pero las túnicas no habían engrosado. El hígado pesaba 111 onzas. Numerosas cicatrices, pequeñas y ovales, de antiguas ulceraciones en el recto y el cólon, y tambien en la parte inferior del

ileon; paredes del intestino, no engrosadas. Algunos ganglios linfáticos en la cisura del hígado, gruesos y reblandecidos en el centro, con pus. Riñones algo gruesos, blandos y flácidos; sustancia cortical tumefacta; reaccion amiloidea de los glomérulos de Malpigio. El bazo pesa 11 onzas, está duro, pero presenta la degeneracion amiloidea en su primer período. Placas de pulmonía reciente en el lóbulo inferior de ambos pulmones; corazon en estado normal.

LECCION SEXTA

AUMENTO DE VOLÚMEN DEL HÍGADO

(CONTINUACION)

SEÑORES:

La nueva forma de aumento de volúmen del hígado, cuyos caractéres clínicos y tratamiento debo exponeros, es la determinada por un depósito canceroso.

IX. — CÁNCER DEL HÍGADO

Se puede reconocer el cáncer del hígado por los siguientes caractéres clínicos:

Síntomas. — El *volúmen del hígado* ha aumentado, y más de una vez en grandes proporciones; de modo que el órgano llena una gran parte de la cavidad abdominal. Se ha visto un hígado canceroso que pesaba has ta 384 onzas, es decir, siete veces el peso normal (1).

El aumento de volúmen es progresivo, y en las formas más blandas del cáncer puede ser tan rápido que se observa el crecimiento cada semana. Por otra parte, no debemos olvidar que el hígado puede padecer el cáncer en una gran exténsion sin que el aumento de volúmen sea apreciable durante la vida. Cuando el hígado es muy pequeño al principio, la adicion del producto canceroso no le hace pasar del reborde costal; otras veces el borde inferior del hígado puede estar cubierto por el intestino. Creo no habreis olvidado el caso de María T..., mujer de 53 años, muy gruesa, que murió recientemente en el hospital, de una apoplegía consecutiva á un reblandecimiento blanco del cerebro con hemiplegia, y cuyo hígado se encontró, al hacer la autopsia, sembrado de gruesos nódulos cancero-

(1) Budd, *op. cit.*, tercera edicion, pág. 107, y *Pathol. Transact.*, XVIII, pág. 145.

sos, aunque el órgano no pasaba del reborde costal y no habían existido durante la vida síntomas de afeccion hepática. La misma observacion pudo hacerse en otros dos casos que despues expondré detalladamente. (Obs. XCV y XCVI.) He visto un hígado canceroso que no pesaba más de 27 onzas.

2.° *El aumento de volúmen es generalmente irregular* por la presencia de excrescencias nodulares del cáncer, que se proyectan desde la superficie ó desde el borde del hígado, y son á menudo apreciables por la palpacion, y algunas veces visibles á traves de las paredes abdominales. El depósito canceroso forma en ocasiones una excrescencia voluminosa ó un tumor en un punto particular del órgano. El Dr. Bright ha referido algunos casos notables, en los cuales el tumor estaba limitado al lóbulo izquierdo, y se proyectaba hácia abajo en el abdómen, ó hácia arriba en el lado izquierdo del pecho (1); y la preparacion que en este momento os presento, recogida en un enfermo que murió en mi clínica, ofrece otro ejemplo de la misma particularidad. (Obs. XCIV.) Ordinariamente se encuentran ciertas excrescencias nodulares, cuyo grosor varía entre el de una cereza y una naranja pequeña, y que forman eminencia en la superficie del hígado opuesta á las paredes abdominales. Debemos guardarnos de considerar como excrescencias los vientres contraidos de los músculos rectos. Conviene recordar ademas que la forma nodular no es, como pudiera creerse por ciertas descripciones, un carácter esencial del cáncer del hígado. En ciertos casos el cáncer no se halla dispuesto en este órgano bajo la forma de nódulos aislados, sino que se encuentra infiltrado en el tejido hepático de tal modo que, á pesar de un aumento considerable del volúmen del órgano, sus límites normales están poco modificados; y áun cuando el cáncer afecta la forma nodular, la porcion del hígado que pasa de las costillas es algunas veces completamente igual.

3.° El hígado da á la palpacion una sensacion de *dureza*, de *resistencia*, y no ofrece en parte alguna fluctuacion. En casos raros, algunos núcleos cancerosos pueden estar tan reblandecidos que presentan una fluctuacion vaga. En ocasiones las excrescencias se desarrollan y aumentan de volúmen miéntras el paciente se halla sometido á nuestra observacion. Esta circunstancia, ó la sensacion de una depresion en el centro de las excrescencias, harán evidente su naturaleza cancerosa.

4.° *Un hígado canceroso es á menudo doloroso* y sensible á la presion, y el dolor se irradia al hombro, espalda y region lumbar. Puede no haber al principio más que una sensacion de peso y de malestar en el hipocondrio derecho; pero al cabo de cierto tiempo se manifiesta una sensibilidad muy viva y dolores lancinantes paroxísticos que quitan el sueño al enfermo.

---

(1) *Abdom. tum.*, Syd. Soc. ed., págs. 261 y 308.

El dolor y la sensibilidad son sobre todo intensos en los casos en que el desarrollo del tumor es rápido, lo mismo que en aquellos en que hay inflamacion del peritoneo, como sucede con frecuencia. La sensibilidad suele ser más marcada en los nódulos prominentes. Pero existen numerosos casos de cáncer del hígado en los cuales hay poco ó ningun dolor desde el principio hasta el fin. Yo mismo he asistido, no hace mucho tiempo, á tres enfermos que presentaban esta particularidad.

5.° *La ictericia existe en gran número de casos*, y, una vez producida, no suele desaparecer. La coexistencia de un hígado grueso con una ictericia persistente, debe hacer sospechar un cáncer. En casos raros, la ictericia es independiente de una obstruccion de las vías biliares; las más veces resulta de compresion ó de la obliteracion de estos conductos por una masa cancerosa del hígado, ó por el aumento de volúmen de los ganglios hepáticos de la cisura porta. Si los conductos no se encuentran comprimidos de esta suerte, la casi totalidad del tejido glandular puede estar destruida sin que resulte ictericia. Entre 91 casos de cáncer del hígado reunidos por Frerichs, sobrevino la muerte en 52 sin que llegara á presentarse la ictericia.

6.° *En más de la mitad de los casos de cáncer hepático sobreviene la ascítis ántes de la terminacion fatal.* Las más veces la ascítis acompaña á la ictericia, ó bien puede existir cada uno de los síntomas aisladamente. (Véase Obs. LXXXV, LXXXVI y LXXXVII.) Cuando es abundante, el derrame suele ser debido á una simple hidropesía producida por la compresion ó la obstruccion que ejerce la materia cancerosa sobre el tronco de las gruesas ramas de la vena-porta; pero generalmente es poco considerable comparada con la que se observa en la cirrósis, aunque en ocasiones se manifiesta con una rapidez que no suele observarse en la cirrósis. Dada la obstruccion tan frecuente del tronco ó de las ramas de la vena porta por la materia cancerosa, es notable que no interese igualmente las ramas de la vena hepática. Con frecuencia se ven pequeñas colecciones de líquido, resultante de una peritonítis crónica que ha tenido su orígen en la superficie del hígado; yo mismo he visto una coleccion de este género que se enquistó por encima del hígado y dificultó seriamente el diagnóstico. En ocasiones, como en los casos XCIII y XCIV, hay sangre en el peritoneo por la rotura de masas cancerosas del hígado reblandecidas ó fungosas.

7.° Las venas superficiales del abdómen no se desarrollan más que en los casos, relativamente raros, en que la circulacion porta está bastante obstruida.

8.° El bazo rara vez está engrosado, y este hecho constituye un carácter importante para distinguir el hígado canceroso del hígado amiloideo ó cirrótico.

9.° Los *síntomas generales* son ante todo, y principalmente, desórdenes digestivos, como náuseas, flatulencia y extreñimiento, y algunas veces crísis

de vómitos ó de diarrea, con dolores especiales *(aching)* en los músculos y en las articulaciones, y un enflaquecimiento progresivo. No es raro observar una especie de tos seca. Cuando la marcha del cáncer es rápida, puede haber cierto grado de fiebre. (Obs. XCI.) La orina es siempre en pequeña cantidad, muy coloreada, y deposita en abundancia uratos y pigmento oscuro, á ménos que el enfermo se encuentre aniquilado por los vómitos ó la diarrea. Antes de que la enfermedad cuente alguna fecha, el sujeto presenta en un grado avanzado los signos de la caquexia cancerosa, anemia excesiva, color térreo clorótico de los tegumentos (á ménos que haya ictericia), y una debilidad y enflaquecimiento que aumentan rápidamente. Estos síntomas se agravan siempre por la coexistencia del cáncer del estómago. Como regla general los síntomas generales preceden algun tiempo al dolor y á la ictericia, y suelen ser en ocasiones los únicos indicios de la enfermedad si no hay aumento de volúmen del hígado, dolor, ictericia ó ascítis. Sin embargo, una mejoría temporal bajo el punto de vista del peso del cuerpo y de las fuerzas, no es incompatible con el cáncer del hígado.

10. El cáncer del hígado es, en la mayor parte de los casos (el 75 ú 80 por 100), consecutivo al cáncer de cualquier otro órgano, como el estómago, el útero, la mama, el recto ó las vértebras. En más de la tercera parte de los casos es consecutivo al cáncer del estómago (1). Los síntomas del cáncer en estos diversos casos ayudarán, pues, al diagnóstico. Aun cuando el cáncer afecta primitivamente al hígado, pueden ser invadidos al propio tiempo otros órganos como los ganglios celiacos, mediastinos, inguinales y cervicales, lo cual arroja nueva luz sobre la enfermedad primitiva. (Véase Obs. LXXXVII.) El diagnóstico es fácil en muchos casos por la presencia de una pequeña masa de induracion cancerosa en la pared abdominal, alrededor del ombligo.

11. *El cáncer del hígado sigue siempre un curso rápido.* — El cáncer medular se desarrolla á menudo con una rapidez considerable (2), y produce la muerte en el espacio de algunas semanas ó de algunos meses; y aunque dicen algunos autores que el escirro dura á veces dos años (3), es raro que se prolongue más allá de los 12 meses. Si el aumento de volúmen del hígado dura mucho más tiempo del que acabo de indicar, esto constituirá un argumento contra su naturaleza cancerosa.

12. Las circunstancias en que se desarrolla la enfermedad, facilitan generalmente el diagnóstico.

---

(1) Segun Sir W. Jenner *(Brit. Med. Journ.*, 1869, t. I, pág. 205), el cáncer se propaga del hígado al estómago con más frecuencia que de este último al hígado; con todo, mi experiencia me autoriza á creer lo contrario.

(2) En un caso, el Dr. Farre calculó que en diez días el hígado había aumentado unas 15 libras. (Budd, *op. cit.*, tercera edicion, pág. 28.)

(3) *Morbid Anatomy of the Liver*, pág. 28.

a) Muchas veces es útil tener en cuenta la edad del enfermo. Es muy raro ver el cáncer del hígado ántes de los 35 ó 40 años. El cáncer secundario puede realmente presentarse en cualquier edad, pero entónces la afeccion primitiva indicará la naturaleza del caso.

b) En muchos casos se suelen encontrar antecedentes cancerosos en la familia. En mi práctica he visto dos hermanas que murieron de cáncer del hígado, una en el espacio de 15 días, y la segunda en pocos meses.

c) Por lo general, existan ó no antecedentes de familia, los primeros síntomas de la enfermedad han ido precedidos de grandes disgustos, de ansiedad prolongada.

Diagnóstico diferencial. — Las afecciones que más fácilmente pueden confundirse con un cáncer del hígado son la degeneracion amiloidea, la hepatítis intersticial ó cirrosa, el hígado sifilítico, el catarro de las vías biliares, un cálculo, el hidátide multilocular y el absceso puohémico. La observacion XCII demuestra asimismo que es posible confundir un cáncer del hígado con un hidátide.

a) La forma de cáncer infiltrado sin eminencias y depresiones, puede confundirse con la degeneracion amiloidea; en ambos casos el aumento de volúmen del hígado presenta un aspecto liso, uniforme y muy duro; pero en la lesion amiloidea el curso de la enfermedad es lento, no existe el dolor ni la caquexia cancerosa, hay al mismo tiempo un aumento de volúmen del bazo, con albuminuria y antecedentes de sífilis constitucional, cáries ósea ó supuracion rebelde de alguna herida; ademas, en el cáncer el bazo no está aumentado de volúmen, no hay albuminuria, pero el curso de la enfermedad es raro y hay dolor, caquexia, y á menudo signos de cáncer de otro órgano. Los casos raros en que hay coexistencia de cirrósis y de degeneracion amiloidea, pueden confundirse con el cáncer nodular. En efecto; en uno y otro caso se ve un hígado engrosado, duro y nodulado, con ascítis. Los caractéres distintivos son los mismos que entre el cáncer y la forma de la lesion amiloidea, que no ofrece desigualdades en la superficie del hígado.

b) En la *cirrósis*, el hígado puede estar engrosado, nodulado y sensible, existiendo al propio tiempo ictericia y ascítis. Se distinguirá del hígado canceroso por los conmemorativos, los hábitos anteriores del enfermo, sus antecedentes de dispepsia alcohólica, con ganas de vomitar por la mañana y las manchas venosas en los carrillos.

c) El *hígado sifilítico* — ó sea la hepatítis intersticial con gomas salientes, ó la degeneracion amiloidea acompañada de profundas cicatrices— puede confundirse con el cáncer. En ambas enfermedades el hígado puede estar engrosado, nodulado, sensible, con ictericia, ascítis y dolor intenso; pero la lesion sifilítica se reconocerá por la edad relativamente jóven del enfermo, por sus antecedentes y la existencia de otros signos de sífilis.

d) La *ictericia por catarro de las vías biliares*, cuando persiste durante

muchos meses y va acompañada, como ocurre en ocasiones, de náuseas, esfuerzos de vómito y enflaquecimiento, puede confundirse con un cáncer. Verdad es que en el catarro de las vías biliares hay poco ó ningun dolor, y rara vez es considerable el volúmen del hígado. Sin embargo, si la ictericia sobreviene por vez primera en un individuo de alguna edad, que no padece gota ni sífilis constitucional, y es persistente, se debe probablemente á un cáncer del hígado ó de sus inmediaciones, á pesar de la falta de dolores, de vómitos y de todo signo físico de tumor; en todos los demas casos, esta idea se hallará corroborada por los antecedentes de afeccion maligna en la familia.

e) Un *cálculo encajado* en el conducto colédoco puede confundirse con un cáncer del hígado. En ambos casos suele haber una ictericia muy marcada, con paroxismos de dolor intenso, vómitos, enflaquecimiento y postracion. Pero en el cáncer, el enflaquecimiento y la falta de salud general preceden algun tiempo al dolor y á la ictericia; ademas, si se trata de un cálculo, el enfermo ha debido hallarse en su estado de salud habitual hasta el momento de la crísis repentina de cólico biliar, y con frecuencia hay antecedentes de crísis semejantes. La ascítis que sobreviene no puede, por lo demas, explicarse tan sólo por la presencia de cálculos.

En otra leccion tendré ocasion de demostraros que no es raro ver cálculos biliares seguidos de cáncer de la vesícula y del hígado. (Véase tambien Obs. LXXXIX.)

Algunas veces los síntomas demostrarán claramente que el enfermo padece una afeccion maligna, aunque exista cierta incertidumbre en cuanto al sitio de la enfermedad para saber, por ejemplo, si está enfermo el hígado ó un órgano inmediato, como el estómago ó el epiploon; pero esta dificultad apénas ofrece importancia en cuanto al pronóstico y al tratamiento.

f) Un *tumor hidático multilocular* del hígado puede presentar todos los caractéres clínicos del cáncer; á saber: un tumor duro y nodular, una ictericia intensa y persistente, ascítis, edema de las piernas, enflaquecimiento y postracion crecientes. El vómito es un síntoma ordinario en el cáncer, pero rara vez se ha observado en el hidátide multilocular; ademas, en esta última enfermedad hay casi invariablemente un aumento considerable del volúmen del bazo, complicacion que Frerichs sólo ha observado 12 veces entre 91 casos de cáncer del hígado. Una lesion que dure más de 12 meses disipará la idea del cáncer; con todo, aunque se han visto casos de hidátide multilocular que duraron algunos años, en la mayor parte de los casos su curso es tan rápido como el del cáncer. De aquí se deduce que el diagnóstico riguroso entre ambas afecciones puede ser, en ocasiones, casi imposible; pero como el hidátide multilocular es muy raro, no serán frecuentes tales dificultades en el diagnóstico. (Véase Leccion VII.)

Tratamiento. — El tratamiento del cáncer del hígado debe ser enteramente paliativo. No se conoce ningun medicamento que pueda detener ó retrasar su curso. El mercurio, el iodo, el arsénico y la sanguinaria del Canadá, preconizados sucesivamente con tal objeto, se han considerado muy pronto como inútiles y áun perjudiciales. El tratamiento debe limitarse á sostener las fuerzas del enfermo y la nutricion por una alimentacion apropiada, combatir los desórdenes gástricos, calmar el dolor y procurar el sueño.

1.° Los *alimentos* han de ser sustanciosos, pero en pequeña cantidad y digestibles; deben contener una gran proporcion de principios azoados, y relativamente pocos principios azucarados ó grasos. Los estimulantes alcohólicos serán á menudo necesarios en el período avanzado de la enfermedad; pero deben prescribirse con moderacion y convenientemente diluidos. No debemos olvidar que un exceso de alimentacion ó de los estimulantes puede entretener la enfermedad en vez de nutrir al paciente. En los casos desesperados en que la afeccion primitiva es un cáncer del estómago, el régimen debe consistir principalmente en leche, sopas y gelatinas de carne.

2.° Diversos medicamentos son á veces necesarios para combatir los desórdenes digestivos. Contra los vómitos, el bismuto, el ácido cianhídrico, el agua de cal, la creosota, la nuez vómica ó el hielo, lo mismo que la aplicacion en el epigastrio de sinapismos y de un pequeño vejigatorio; en este último caso puede ser ventajoso espolvorear el dérmis descubierto con unos dos centigramos de morfina. El empleo de los vegigatorios dispuestos de cualquier otro modo no producirá ninguna ventaja, y en cambio debilitará al enfermo, ademas del sufrimiento á que da lugar. La flatulencia se combatirá con los éteres y los aceites esenciales; pero mejor todavía con ciertas sustancias como el carbon, la creosota ó el ácido fénico, que absorben los gases, ó, deteniendo las descomposiciones, se oponen á su formacion. Una dósis de 10 á 30 gotas de una disolucion acuosa saturada de ácido fénico, con algunas gotas de éter clórico en agua de menta piperita, es á veces un remedio muy eficaz contra este síntoma. A menudo hay extreñimiento; pero nos guardaremos de combatirle con el aceite de ricino ó los purgantes enérgicos; el primero produciría náuseas; los segundos debilitarían al enfermo, produciendo abundantes evacuaciones acuosas; 25 á 30 centigramos de ruibarbo compuesto, en píldoras, con 64 miligramos de píldoras azules y otro tanto de extracto de beleño, producirán ordinariamente el resultado apetecido de una manera satisfactoria y con seguridad. Tambien se administrará de vez en cuando una lavativa. Los polvos de regaliz compuestos de la farmacopea prusiana, podrán emplearse igualmente con el mismo objeto.

3.° Tarde ó temprano, en la mayor parte de los casos serán necesarios los calmantes para aliviar los sufrimientos y obtener el sueño. El hi-

drato de cloral, la belladona, la cicuta ó el *cannabis indica* darán á menudo, bajo este punto de vista, buenos resultados, y se puede comenzar por recurrir á ellos. Pero casi siempre conviene más una preparacion de opio ó de morfina. La disolucion de bimeconato de morfina, que tiene la misma energía que el láudano, ofrece ménos tendencia á trastornar el estómago y producir extreñimiento que la mayor parte de las demas formas bajo las cuales se administra el opio. Los inconvenientes del opio se evitarán en gran parte por la inyeccion subcutánea de morfina. En varios casos he visto obtener gran alivio con una píldora que contenía una gota de creosota, 16 miligramos de extracto de nuez vómica y 10 á 32 miligramos de morfina, dos ó tres veces por día. Finalmente, las cataplasmas y los fomentos calientes, con ó sin algunas sanguijuelas, podrán hallarse indicadas si sobreviene la perihepatítis.

Los siguientes casos, todos los cuales — excepto tres — han estado sometidos á nuestra observacion, vienen en apoyo de las ideas que acabo de exponer respecto al cáncer del hígado.

OBSERVACION LXXXV. — *Cáncer del hígado y del ovario. — Ictericia, pero sin ascítis.*

Ana C..., de 50 años, cocinera, de buena constitucion, casada y con un hijo, fué admitida el 28 de Julio de 1863 en el hospital de Middlesex. Refiere que desde hace muchos años está sujeta á crísis biliares (vómitos y cefalalgia), pero que dos años ántes de su entrada se tornaron ménos frecuentes é intensas, y que gozó buena salud hasta hace 10 semanas, en que sintió repentinamente un dolor en el epigastrio, en el hipocondrio derecho y en ambos hombros, acompañado de una gran postracion y seguido al día siguiente de diarrea, que duró una semana. Un mes ántes de su entrada el dolor había aumentado notablemente, y se vió que la orina era de color oscuro, pardo verdoso. Una semana despues la piel se tornó ictérica, y desde entónces la enferma se queja de comezon. Desde el principio ha enflaquecido.

Hé aquí cuáles fueron los síntomas observados miéntras la enferma estuvo sometida á nuestros cuidados. La piel, las conjuntivas y la serosidad de un vejigatorio, ofrecían un color anaranjado claro y había viva comezon en la superficie de toda la piel. La lengua, primero limpia, se cubrió despues de una ligera capa blanquecina. Al principio no hubo vómitos, pero sí náuseas, y una sensacion de distension y de opresion despues de las comidas. Mal apetito. No había indicio de bílis en las materias fecales, que eran pultáceas, de color arcilloso y muy fétidas. Dolor intenso en los hombros, en el epigastrio y en el hipocondrio derecho; algunos días ántes de

la entrada de la enferma, fué más vivo que despues. El hígado es muy grueso; la macidez hepática se extiende, en la línea mamaria derecha, desde media pulgada por debajo del pezon hasta una pulgada y media por debajo de las costillas, y mide 6 $^1/_4$ pulgadas; la porcion del hígado situada por debajo de las costillas es dura, sensible y distintamente nodulada. No hay ascítis. Orina en pequeña cantidad, casi la mitad de la cantidad normal; densidad 1.030, ácida, de color de cerveza, y dejando depositar uratos en abundancia; contenía cierta cantidad de pigmento biliar, pero no ácidos biliares (por el reactivo de Harley), ni albúmina. El pulso llega tan sólo á 60. Los signos cardiacos y pulmonales son normales, si exceptuamos ciertos chasquidos que se oyen algunas veces en la base del pulmon derecho.

El 6 de Agosto, lo mismo que el 15, se observa que la enferma vomita despues de tomar los medicamentos.

El 29 el dolor había aumentado considerablemente, lo mismo que la sensibilidad del abdómen; vómitos y las facciones algo amarillentas.

Bajo la influencia del tratamiento estos síntomas calmaron un poco; pero los vómitos reaparecieron de vez en cuando, miéntras que la debilidad y la postracion aumentaban rápidamente.

El 28 de Setiembre los vómitos se hicieron incesantes, y desde entónces la enferma empeoró progresivamente hasta el 3 de Octubre, en que murió.

El tratamiento consistió en bismuto, ácido cianhídrico y opiáceos, sinapismos en el epigastrio y alimentacion sustanciosa, pero digestible.

Autopsia. — Cuerpo bien nutrido, capa espesa de grasa debajo de la piel, en el epiploon y alrededor de los riñones. Todos los tejidos están penetrados profundamente por la bílis. No hay líquido en el peritoneo, ni indicios de peritonítis reciente. La mucosa del estómago y de los intestinos es normal, pero las materias contenidas en el intestino no presentaban indicios de bílis, y no se podía, comprimiendo sobre la vesícula, hacerla pasar al duodeno. El hígado es muy grueso y pesa 97 onzas; su lóbulo derecho mide 13 pulgadas de delante á atras; su superficie está sembrada de nódulos salientes, de color blanco amarillento, moderadamente duros, cuyo volúmen variaba desde el de un guisante al de una nuez: muchos están deprimidos en su centro. Uno de ellos, del volúmen de una naranja gruesa, ocupaba todo el espesor del lóbulo derecho por delante, y se extendía por detras hasta la cisura trasversa, en contacto con la cara superior de la vesícula. Estas masas daban al corte un jugo cremoso característico, que contenía *celulas cancerosas* características; algunas estaban reblandecidas en el centro en una pulpa amarilla, y allí las células del cáncer contenían mucho aceite, y había muchas células hepáticas que contenían mucho pigmento biliar. Los dos tercios exteriores ofrecían un color amarillo pálido, y las células hepáticas estaban cargadas de aceite. Se encon-

traron en el tejido glandular algunos cristales estrellados de tirosina. La vesícula no contenía bílis, pero estaba llena de cálculos. Los conductos hepáticos estaban considerablemente dilatados, pero el conducto colédoco atravesaba una masa de tejido areolar denso y de ganglios infartados en la cisura porta, en medio de los cuales no se podía seguir su trayecto. La cápsula del hígado estaba en varios puntos adherida por medio de sólidas bridas fibrosas.

Utero normal. El ovario izquierdo era del volúmen de una nuez, algo blando y nodulado; contenía una pequeña cantidad de sangre negra semilíquida, y su tejido era blando y amarillo, y exudaba un jugo cremoso que contenía las células del cáncer. Un núcleo canceroso del grosor de un guisante, formaba eminencia en la superficie del ovario. Los ganglios mesentéricos y lumbares no presentaban ningun aspecto anormal.

Los pulmones y el corazon estaban sanos, excepto una ligera congestion pulmonar y placas ateromatosas en la válvula mitral y el principio de la aorta. No hay depósito canceroso en el bazo ni en los riñones.

Observacion LXXXVI. — *Cáncer del útero y del hígado. — Ascitis, pero sin ictericia*

El 18 de Octubre de 1866, Carlota D..., de 56 años de edad, fué trasladada desde la clínica de partos, donde había padecido un cáncer del útero, á mi sala en el hospital Middlesex. Era casada y había tenido nueve hijos. Las reglas habían cesado á los 49 años. Tres años ántes tuvo un ataque que pareció causado por cálculos biliares, dolor espasmódico repentino en el lado derecho, con vómitos y ligera ictericia; desde entónces ha experimentado una sensacion de malestar y de plenitud por debajo de las costillas del lado derecho. Un año ántes de su entrada observó por primera vez un flujo vaginal poco abundante, pero muy fétido y persistente, y desde entónces se queja de estremecimiento, de dolor durante la defecacion y de alguna dificultad para orinar. En dos ocasiones tuvo una hemorragia bastante abundante, que duró 15 días. Dos meses ántes de su entrada observó que su vientre se hinchaba, y comenzó á vomitar despues de las comidas. Hace un año empezó á enflaquecer, pero sobre todo de tres meses á esta parte.

Al entrar en mi clínica, la enferma estaba débil y delgada; su aspecto expresa un profundo sufrimiento.

Ulceracion é induracion extensa del cuello del útero y de la parte superior de la vagina, con flujo fétido. El abdómen está considerablemente distendido: mide 35 $^{3}/_{4}$ pulgadas en el ombligo, y presenta todos los signos de la presencia de líquido en el peritoneo. El hígado está muy engrosado: mide 6 $^{1}/_{2}$ pulgadas en la línea mamaria derecha, y pasa más de dos pulga-

das del reborde costal; la porcion que se puede palpar es dura y sensible, pero no se perciben en ella nudosidades. Las venas superficiales del abdómen están poco desarrolladas, pero no hay ictericia. La lengua está húmeda y algo gruesa; los vómitos han cesado; no ha habido deposiciones desde hace algunos días. La orina está cargada de uratos, pero no contiene albúmina. No existe anasarca en el tronco ni en las extremidades. Pulso á 108 y débil; no hay disnea. Signos cardiacos y pulmonales normales, excepto una ligera macidez y una crepitacion fría al final de la inspiracion, en la base del pulmon derecho.

La enferma fué tratada por el bismuto y el éter clórico, las inyecciones subcutáneas de morfina, ligeros laxantes y un régimen sustancioso con un poco de aguardiente. No reaparecieron los vómitos, pero todas las noches sentía la enferma un dolor intenso en el abdómen, dolor que sólo calmaba parcialmente por las inyecciones de morfina. El volúmen del vientre aumentó poco á poco, la postracion fué haciéndose mayor hasta el 30 de Octubre, en que murió la enferma.

Autopsia. — Muchos litros de serosidad turbia en el peritoneo; copos de linfa blanda, principalmente en el fondo del útero y en los fondos de saco, por delante y por detras. Cuello del útero enteramente destruido por una ulceracion cancerosa, que se extendía tambien á pulgada y media de la pared anterior de la vagina. Los dos tercios inferiores del útero se hallan infiltrados de materia cancerosa. Los ganglios lumbares están algo infartados por un depósito canceroso; en la cisura porta, masa de ganglios cancerosos infartados que comprimen la vena porta. Hígado enorme, que pesaba 115 onzas; la porcion opuesta á las paredes abdominal y torácica, mide siete pulgadas; tejido sembrado en todas partes de numerosos núcleos de cáncer aislados, del volúmen de un guisante al de una nuez, pero que no forman eminencia en la superficie del hígado, lo cual explica que la porcion del hígado que pasa de las costillas parezca completamente lisa é igual. Al hacer el corte se ven muchos núcleos reblandecidos en el centro, un líquido seroso y con abundantes copos. Al microscopio, los nódulos consisten al parecer, lo mismo en la circunferencia que en el centro, principalmente en elementos nucleares, con pocas células; el tejido hepático comprendido entre los nódulos no está infiltrado de cáncer. La mucosa del estómago y del intestino está sana, pero se encuentran pequeños núcleos cancerosos, algunos del grosor de una cereza, esparcidos á traves del lóbulo inferior del pulmon derecho.

Aunque no se pudo practicar la autopsia, en el caso siguiente el diagnóstico era bastante claro, segun pude indicar muchas veces en la sala.

OBSERVACION LXXXVII. — *Cáncer del hígado, de los pulmones y de los ganglios cervicales. — Ictericia y ascítis.*

Juan B..., de 47 años, vaquero, fué admitido el 24 de Agosto de 1866 en el hospital de Middlesex. Doce años ántes de su admision se vió obligado á guardar cama durante una semana con un reumatismo, y dos años ántes padeció durante dos meses un dolor intenso en el epigastrio, más vivo ordinariamente despues de las comidas. Salvas estas excepciones, gozó buena salud hasta ocho semanas ántes de venir al hospital. Entónces fué acometido con bastante frecuencia, y miéntras trabajaba, de un dolor violento en la region del hígado y del estómago, que no cesó nunca, aunque en ciertos momentos era más fuerte que en otros. Ocho días despues observó que las deposiciones estaban decoloradas y que la orina era muy oscura: á los seis días se observó asimismo la ictericia de las conjuntivas y de la piel.

A su entrada el enfermo está delgado y débil, y muy ictérico en toda la superficie del cuerpo. Acusa un dolor intenso en la region hepática, el cual se presenta por paroxismos que duran muchas horas; algunas veces van acompañados de vómitos, y á menudo impiden dormir. El hígado está engrosado; mide cinco pulgadas y media en la línea mamaria derecha; en el epigastrio se le siente duro y vagamente nodulado; es muy sensible. No se encuentra tumor en la region de la vesícula. No había ascítis, ni aumento de volúmen de las venas abdominales ni del bazo. La lengua está cubierta de una capa cremosa; hay extreñimiento; las materias tienen un color arcilloso y son muy fétidas; la orina tiene el color de la cerveza y contiene cierta cantidad de pigmento biliar, pero no albúmina; pulso á 96; signos cardiacos y pulmonales normales; no hay hidropesía.

Tratamiento. — Acidos minerales y genciana, pociones calmantes con tintura de beleño y laxantes suaves.

El 28 de Agosto el enfermo observa por vez primera en el lado izquierdo del cuello, inmediatamente por encima de la clavícula, un tumor del grosor de un huevo de gallina, duro, nodulado y poco sensible. Este tumor aumenta de volúmen, y en él se siente un vivo dolor, como en el del hígado. El enfermo se quejaba tambien á menudo de dolor intenso en la parte inferior del dorso, pero la espina no ofrecía ninguna sensibilidad. El cáñamo indiano y el beleño no pudieron calmar estos dolores, y el 9 de Setiembre se recurrió á las inyecciones subcutáneas de morfina, al principio con excelente resultado.

El 5 de Setiembre se observó por primera vez la ascítis, que desde entónces no hizo más que aumentar.

El 24 de Setiembre los dos piés y la mitad inferior de las dos piernas estaban hinchados y edematosos. El tumor del cuello llena todo el trián-

gulo inferior, y en su circunferencia se encuentran algunos ganglios infartados y movibles, completamente distintos de la masa general. El enfermo vomita algunas veces despues de comer y va enflaqueciendo progresivamente.

El 1.º de Octubre vomita casi todo lo que traga. Pulso á 80, débil é intermitente. La ascítis y el tumor del cuello continúan aumentando. El hígado parece más grueso y los nódulos son más distintos; los dolores sólo se calman por las inyeccciones de morfina, dos veces al día. No hay tos; la respiracion es lenta y fácil, pero en medio del pulmon izquierdo, por detras, se encuentra una macidez marcada en un espacio de tres á cuatro pulgadas cuadradas, con falta de murmullo vesicular, pero sin roce ni crepitacion.

El 5 de Octubre el brazo izquierdo y la mano están edematosos; el enfermo vomita una materia que á primera vista se parece á la levadura y que contiene copos en abundancia. Se le prescriben cada seis horas una mixtura con 10 gotas de éter clórico y 4 gramos de una disolucion acuosa saturada de ácido fénico con agua de menta.

El enfermo está hoy tan débil, que indudablemente no puede vivir muchos días; pero su mujer viene con frecuencia al hospital é insiste en llevárselo al campo.

OBSERVACION LXXXVIII. — *Cáncer primitivo del hígado infiltrado. — Aumento considerable de volúmen, pero superficie igual. — Falta de ictericia y de ascítis.*

El 5 de Enero de 1876, Ana G..., de 42 años de edad, fué enviada al hospital Samaritano porque se la creía enferma de una afeccion de los ovarios.

El 7 de Enero se la trasladó al hospital de Santo Tomás. No existen antecedentes de afeccion maligna en su familia. Ha tenido ocho hijos y tres abortos. Las reglas cesaron hace cinco años, despues de nacer el último hijo. Perdió el ojo izquierdo hace tres años y medio á consecuencia de un golpe. Hace seis meses, en medio de una buena salud aparente, observó por primera vez, debajo de las costillas derechas, un tumor que poco á poco llenó el abdómen; al propio tiempo enflaqueció y perdió sus fuerzas. Desde hace dos meses le duele mucho en el vientre, y hace cinco días se han hinchado las piernas y los muslos.

A su entrada, gran enflaquecimiento. El vientre está considerablemente engrosado, y forma por debajo de las costillas una eminencia pronunciada. El aumento de volúmen es mayor en la parte superior que en la inferior; piel tensa y reluciente; la circunferencia es de 33 ½ pulgadas al nivel del ombligo y 33 pulgadas á la mitad de la línea que separa el ombligo del

esternon; 8 $^1/_4$ pulgadas desde el cartílago xifoides al ombligo, y 6 $\frac{1}{2}$ desde el ombligo al púbis. No hay signos de derrame en el peritoneo; el tumor está indudablemente formado por un hígado muy grueso, cuyo borde inferior se puede sentir á dos pulgadas y media por debajo del nivel del ombligo; el borde del lóbulo derecho es más redondeado que el del lóbulo izquierdo, y ambos están separados por una profunda depresion, que llega hasta por encima del ombligo. El borde superior del hígado no se eleva mucho en el peritoneo; la macidez hepática total es de 11 pulgadas en la línea mamaria derecha y otro tanto en la línea media. La superficie del tumor es ligeramente ondulada, pero no se notan en él excrescencias y es poco sensible; su superficie es tensa, pero poco elástica. La enferma se queja mucho de una constriccion constante en su tumor, más marcada despues de las comidas, y que la impide dormir; algunas veces tiene crísis de dolor intenso que le hacen experimentar una sensacion insufrible. Lengua sucia; poco ó ningun apetito; no hay vómitos; extreñimiento; falta de ictericia; densidad de la orina, 1.026; gran cantidad de uratos; no hay albuminuria; pulso á 96; algunos estertores bronquiales secos en la superficie de los pulmones.

La debilidad aumenta de una manera gradual; despues sobrevienen vómitos, y la enferma muere el 13 de Enero.

Autopsia. — Hígado enorme, correspondiendo al tumor observado durante la vida; peso 198 onzas; configuracion normal; no hay adherencias; superficie igual; el lóbulo izquierdo es tan grueso como un lóbulo derecho en estado normal; cisura central considerablemente exagerada. El volúmen del hígado se debe á una extensa infiltracion cancerosa del lóbulo izquierdo y á un notable desarrollo del lóbulo derecho. Al hacer un corte se ven algunos nódulos aislados de grosor variable, desde una cabeza de alfiler á una cereza grande; pero ninguno sobresale de la superficie. No hay cáncer en otras partes del cuerpo. El bazo pesa siete onzas, es oscuro y blando; pulmones congestionados. Al hacer un corte en el tejido infiltrado del hígado, se le encuentra pálido como el de un hígado grasoso; con todo, los contornos de los *acini* son muy distintos. El microscopio demostró la estructura ordinaria del cáncer encefaloide.

Los dos casos siguientes son notables por el modo cómo comenzaron. En la obs. LXXXIX la enfermedad empezó, al parecer, en la vesícula y las vías biliares, y presentó al principio el aspecto del cólico biliar y del cálculo, más bien que del cáncer; miéntras que en la obs. XC, en que la enfermedad comenzó quizá por el riñon derecho, uno de los primeros síntomas fué la ascítis.

OBSERVACION LXXXIX — *Cáncer de la vesícula y de los conductos biliares, del hígado, etc., que comenzó por un dolor violento parecido al del cólico biliar.*

Ana G..., de 63 años, fué admitida en el hospital de Santo Tomás el 19 de Noviembre de 1875. No hay antecedentes de afeccion maligna en la familia. Ha tenido siete hijos, todos los cuales murieron de consuncion, lo mismo que su marido. Ha sido siempre sobria. Durante uno ó dos años ha tenido flatulencia; pero, salvo este fenómeno, ha gozado siempre de buena salud hasta tres semanas ántes de su admision. En esta época, estando lavando, fué acometida repentinamente por un dolor agudo, lancinante, por debajo de las costillas derechas y en la parte anterior. El dolor era tan intenso que apénas pudo volver á su casa. Persistió bajo la forma de paroxismos, y fué acompañado de escalofríos, pero sin vómitos. Al cabo de cuatro días cesó; pero uno ó dos días despues la enferma amaneció ictérica y tuvo muchas náuseas. Interrogándola, se sabe que dos ó tres meses ántes de esta crísis sus fuerzas comenzaron á disminuir, pero que la enferma continuó dedicándose á sus ocupaciones habituales.

A su entrada se observa una ictericia muy pronunciada, comezon viva; pigmento biliar abundante en la orina, y no en las deposiciones; macidez hepática no aumentada; arqueamiento ligero y sensibilidad correspondiente á la vesícula biliar; no hay tumor abdominal apreciable. Lengua limpia, buen apetito, pulso á 70.

Cuatro días despues de su admision, tuvo una crísis de dolor violento en el hígado que duró media hora. Dichos ataques se presentaban primero con algunos días de intervalo, y despues más á menudo; no iban acompañados de vómitos. De día en día la enferma enflaquecia y se debilitaba; perdió el apetito y tuvo muchas náuseas.

El hígado aumentó gradualmente de volúmen, en términos que el día 22 de Enero medía siete pulgadas en la línea mamaria derecha. No se podían apreciar desigualdades en su superficie; no había tumor apreciable en ninguna parte, pero sí sensibilidad viva al nivel de la vesícula biliar; falta de ascítis.

Muerte por inanicion el 26 de Enero.

Autopsia. — No hay líquido en el peritoneo. Cólon y duodeno atraidos hácia arriba y adheridos á una masa cancerosa irregular que partía del hígado, ocupaba el lugar de la vesícula, infiltraba la parte adyacente del hígado y se extendía hácia abajo de modo que cubría la cabeza del páncreas. Inmediatamente por encima del páncreas otra masa cancerosa, debida á la infiltracion de los ganglios en esta region. Duodeno estrechado al nivel de su adherencia á la masa cancerosa, pero su mucosa normal, lo mismo que la del cólon. Vesícula biliar retraida; paredes gruesas (un cuarto de pulgada), infiltradas de cáncer; superficie interna desigual, como

erizada y muy vascular; pequeño orificio redondo rodeado de granulaciones en el fondo de la vesícula, en el punto donde estaba adherida á la pared abdominal; conducto cístico obliterado. Las paredes del conducto hepático y del conducto colédoco tienen 1/4 á 1/2 pulgada de grosor á consecuencia de la infiltracion cancerosa; esta infiltracion se extiende á la vez por abajo hácia los intestinos, y por arriba á cuatro pulgadas de grosor de la sustancia del hígado, donde el hígado se encuentra obliterado y enclavado en un tejido duro de nueva formacion. No hay cálculos. Haciendo cortes en el hígado se encuentran los conductos biliares considerablemente dilatados por detras del punto de coaptacion, formando dilataciones sacciformes llenas de un líquido gleroso incoloro. Numerosos nódulos de nueva formacion esparcidos á traves de la sustancia del hígado. En el centro de muchos de ellos se encontraba un pequeño orificio por el cual se podía hacer salir, comprimiendo, una gota de líquido gleroso, como si estuvieran formados por la infiltracion de las paredes de los conductos biliares. La vena porta no estaba obstruida. Peso del hígado, 75 onzas; del bazo 6 1/2 onzas. Degeneracion grasosa incipiente de los riñones; en el lóbulo superior del pulmon derecho, neoformacion circunscrita del volúmen de una nuez; lóbulo inferior sembrado de nuevas formaciones, cuyo volúmen variaba entre una cabeza de alfiler y un guisante.

OBSERVACION XC. — *Cáncer del riñon derecho, del hígado, del bazo y de los pulmones. — Ascítis, primer síntoma de la enfermedad.*

Juan M..., de 37 años, fué admitido en el hospital de Santo Tomás el 9 de Marzo de 1875. No hay ninguna afeccion maligna aparente en su familia. Hábitos de templanza. No existen antecedentes sifilíticos; buena salud general. Desde Setiembre ú Octubre de 1874, experimenta de vez en cuando una sensacion de plenitud y de constriccion en el abdómen; pero esto apénas le llama la atencion.

El 28 de Diciembre tuvo una crísis de constriccion más fuerte que de ordinario, y desde entónces esta sensacion se ha hecho más constante y parece más intensa despues de las comidas. El apetito continúa siendo bueno; no hay náuseas, vómitos, ni enflaquecimiento apreciable; continuó trabajando hasta el 28 de Febrero. Entónces sintió repentinamente una constriccion y un dolor violento en el abdómen. No pudo tomar alimento, y se vió obligado á abandonar sus ocupaciones y meterse en cama. Desde entónces su vientre continuó engrosando y sobrevino una ligera ictericia.

Al entrar en el hospital, el enfermo está anémico, amarillento; las conjuntivas están algo amarillas. Se queja de mucha constriccion en el abdómen y de disnea cuando hace algun esfuerzo. La circunferencia en el ombligo es de 36 pulgadas; ascítis moderada, ligero edema de las piernas.

Hígado muy voluminoso: su macidez comienza á 1/4 de pulgada por debajo de la tetilla derecha y se extiende hasta tres pulgadas por debajo del reborde costal: total, siete pulgadas en la línea mamaria derecha; aumento de volúmen igual, superficie dura, igual é indolente; el lóbulo izquierdo es tambien muy grueso. La macidez del bazo ha aumentado: se nota que el borde inferior de dicho órgano pasa pulgada y media del reborde costal. Venas abdominales algo gruesas. Lengua limpia, buen apetito; no hay vómitos; ligero extreñimiento. El enfermo se queja mucho de constriccion dolorosa del abdómen despues de las comidas.

Pulso á 78; corazon y pulmones normales; orina 1.017, sin albúmina, pero con pigmento biliar; temperatura, 37°,2.

El tratamiento consistió primero en bicloruro de mercurio y en quina, con evacuantes, al mismo tiempo fricciones mercuriales y belladonizadas en el abdómen, y á veces morfina para calmar el dolor y obtener el sueño.

El 12 de Marzo se descubrieron dos pequeñas excrescencias en la superficie del hígado, una precisamente por debajo del cartílago xifoides y la otra en el lóbulo izquierdo.

El 31 de Marzo se sustituye la sal de mercurio por una mixtura de nuez vómica y de ácido.

El 12 de Abril el enfermo ha recuperado nueve libras de su peso en 10 días y 12 libras desde su admision; pero este aumento era debido probablemente á una mayor acumulacion de líquido en el abdómen, que medía 40 pulgadas. Las paredes del abdómen están adelgazadas, y la superficie externa es reluciente; ligero edema de las piernas; ictericia apénas apreciable.

19 de Abril. — Se sacan con el aspirador tres litros y medio de líquido, lo cual reduce la circunferencia del abdómen á 35 pulgadas y le produce un gran alivio. El líquido se acumula de nuevo con rapidez; dolor intenso en el abdómen; frecuentes epistáxis.

El 28 de Abril la circunferencia vuelve á 40 pulgadas; el enfermo pesa 16 libras más que á su entrada.

El 7 de Mayo se hace la paracentésis y se sacan más de ocho litros de serosidad.

Despues de la operacion se puede ver que el hígado forma un grueso tumor prominente entre el esternon y el ombligo, duro y nodulado. El dolor se alivió despues de la operacion, pero la inanicion aumentó y el enfermo sucumbió el 13 de Mayo.

Autopsia. — Cuatro litros de serosidad en el peritoneo. El hígado es muy voluminoso: pesa 161 onzas; sembrado de núcleos cancerosos, algunos de los cuales forman eminencia en la superficie. Vena porta muy dilatada, y, siguiendo su trayecto en el hígado, se encuentran masas cancerosas amoldadas á los contornos de las venas y que acompañan á sus ramas, sin estar adheridas á sus paredes. El conducto cístico está libre. El

bazo pesa 17 onzas y media: contiene algunas masas cancerosas. El riñon derecho, enteramente destruido, no es más que una bolsa de cáncer reblandecido en vías de desorganizacion. Vasos del riñon derecho comprimidos por nódulos cancerosos del hígado, y venas muy dilatadas. Riñon izquierdo muy grueso, pero sano. Estómago y páncreas sanos. Pulmones congestionados y sembrados de masas cancerosas.

El caso acerca del cual voy á llamar vuestra atencion fué notable, no sólo por la edad relativamente jóven del enfermo y el curso rápido de la afeccion, sino tambien por la fiebre que marcó su curso.

Se sabe muy poco acerca del estado de la temperatura en el cáncer; Wunderlich hace, bajo este punto de vista, las siguientes observaciones:

«Existe una particularidad en los casos de cáncer, y es que las temperaturas elevadas son relativamente raras, y que la temperatura se mantiene casi siempre en estado normal, y áun en menor grado, lo cual no excluye, sin embargo, las altas temperaturas que dependen de complicaciones intercurrentes ó indican una terminacion próxima. Pero las temperaturas febriles de larga duracion son cuando ménos raras en los cancerosos.» En apoyo de esta opinion, el Dr. Woodman, el traductor ingles del *Tratado* de Wunderlich, cita casos observados por los Dres. Finlayson, Da Costa y E. B. Baxter, y añade: «Las observaciones que yo mismo he hecho respecto al cáncer del hígado, de la mama y del útero ántes de que el marasmo invadiera al paciente, sólo me dan ligeras elevaciones de temperatura ó ninguna variacion; nunca ha subido á más de 38°,3, á no ser cuando existía alguna complicacion, miéntras que he encontrado temperaturas inferiores á la normal con un pulso rápido en algunos casos de cáncer avanzado con inanicion (1).»

Mi experiencia se halla de acuerdo con las opiniones que acabo de citar, que creo son las de la mayor parte de los observadores; en el cáncer, á ménos que exista alguna complicacion inflamatoria, la temperatura es la normal ó poco ménos (2), y por consiguiente, en los casos de afeccion interna mal definida, una elevacion continua de la temperatura disipará casi por completo la idea de un cáncer. Con todo, la observacion que voy á referir prueba que esta regla no es absoluta. Ademas, en este caso la edad del enfermo, 24 años, excluía un cáncer del hígado, miéntras que no sólo la fiebre, sino tambien los escalofríos y la lesion anterior y el aumento de volúmen del testículo, el curso rápido y los síntomas cerebrales,

---

(1) *On the Temperature in Diseases*, por Wunderlich, Sydenham Society's Translation, 1871, págs. 429, 430.

(2) Despues de haberse presentado este caso, he visto otro en una señora de 56 años, enferma de cáncer primitivo del hígado sin complicacion, y con una temperatura de 38°,8.

hicieron diagnosticar una inflamacion puohémica más bien que un cáncer del hígado.

OBSERVACION XCI. — *Cáncer agudo del hígado con fiebre en un hombre de 24 años.*

Jaime C..., de 24 años de edad, carpintero, fué admitido en el hospital de Santo Tomás el 6 de Noviembre de 1872. No hay antecedentes de afeccion maligna en su familia; buena salud anterior. Seis meses ántes de su entrada, hizo un gran esfuerzo al dar vuelta á una grua. El testículo izquierdo se hinchó y se tornó sensible, pero la salud general no pareció comprometida. Hace seis semanas comenzó á quejarse de dolores en el lado derecho del abdómen, y á enflaquecer y perder sus fuerzas. Bien pronto un médico descubrió en el hipocondrio derecho un tumor, que aumentó rápidamente. No hay escalofríos; pero sí en dos ocasiones, y durante el sueño, traspiracion abundante.

Al entrar en el hospital gran enflaquecimiento, rubicundez héctica en las mejillas, temperatura 38°,5, vivo dolor en la region hepática y disnea. En el lado derecho del abdómen arqueamiento distinto, que se continúa, al parecer, con el hígado, cuyo borde inferior se extiende casi hasta la pélvis, y cuyo límite superior de la macidez llega hasta 1 ½ pulgadas por debajo de la tetilla; superficie del tumor dura, igual y algo sensible; ictericia apreciable de la piel y de las conjuntivas; no hay ascítis ni desarrollo de las venas abdominales. Lengua húmeda, algo gruesa; poquísimo apetito; sed viva; no hay vómitos; vientre libre, pero sin relajacion; bílis en las materias fecales. Orina 1.018; uratos en abundancia, un poco de pigmento biliar é indicios de albúmina. Decúbito en el lado derecho. Respiraciones 32, torácicas; tos ligera, pero sin expectoracion; estertores sibilantes en la superficie de ambos pulmones, pero sobre todo en el derecho; murmullo respiratorio débil y alguna diminucion de la resonancia á la percusion. Pulso á 120. Ruidos del corazon normales. Testículo izquierdo dos veces más grueso que el derecho, duro, pero no sensible.

Se somete al enfermo á una dieta láctea y á una mixtura salina efervescente. Pociones con morfina, inyecciones subcutáneas de morfina y cataplasmas laudanizadas para calmar el dolor; pero el mal continúa progresando rápidamente.

El 8 de Noviembre, pulso á 134. El enfermo ha vomitado la noche anterior una materia biliosa verde, sin mezcla de alimentos; la ictericia es hoy muy pronunciada. El hígado ha aumentado de volúmen; pasa todavía más de las costillas, y su macidez se extiende hasta un cuarto de pulgada de la tetilla; superficie igual y resistente. Lengua roja y seca; deposiciones regulares. Gran postracion y algunas veces delirio. No hay

temblores ni sudores nocturnos. Pulso á 120. Ruido sistólico en la base del corazon, que se propaga hácia las clavículas y el cuello.

El 13 de Noviembre, el delirio, la ictericia y el volúmen del hígado han aumentado. El tumor por debajo de las costillas es más elástico, pero no existe fluctuacion distinta. Ayer temblor pronunciado, seguido de calor y de traspiracion.

El 15 de Noviembre mayor postracion, pero no hay escalofríos. Piel seca. Todavía hay delirio.

La debilidad y la postracion aumentan rápidamente, y el enfermo sucumbe el 16 de Noviembre.

Hé aquí el cuadro de la temperatura observada.

	MAÑANA	TARDE
Noviembre 6	»	38°,44
— 7	38°,39	39°,44
— 8	37°,2	38°,55
— 9	36°,9	38°,44
— 10	37°,2	37°,77
— 11	37°,77	39°,44
— 15	38°,88	»

Autopsia.—Hígado muy grueso; ántes de separarle, mide 12 ½ pulgadas verticalmente. Toda su sustancia estaba sembrada de numerosas masas de depósito canceroso, muy vasculares y de volúmen variable, desde el de un guisante al de una nuez. Muchas de estas masas se encuentran en la superficie del órgano; pero no forman ninguna eminencia. No estaban reblandecidas. Al hacer un corte dan un jugo lechoso, que contiene numerosas células con gruesos núcleos, como los que se encuentran ordinariamente en el cáncer. Existía una masa de ganglios cancerosos en las inmediaciones del riñon izquierdo, y se extendía á lo largo de los vasos hasta el testículo izquierdo, que contenía un tumor vascular del volúmen de una cereza. Ambos pulmones contenían igualmente numerosos tumores semejantes á los del hígado. No hay signos de inflamacion reciente en ninguna parte del cuerpo. Corazon sano.

El principal interes del siguiente caso reside en el hecho de que un ancho quiste que contenía un líquido sanguíneo se desarrolló en un hígado canceroso, probablemente por la obstruccion de uno de los conductos intrahepáticos. Este quiste formaba un tumor prominente por encima del hígado, y en él se hicieron muchas punciones durante la vida para aliviar la disnea. Si este quiste se hubiera formado en el primer período de la enfermedad — y yo he visto un caso en que esto pareció probable — se hubiera podido tomar la afeccion principal por un hidátide. Aquí los signos colaterales indicaban un cáncer de una manera inequívoca, y la única cuestion era saber si la coleccion líquida situada por encima del hígado

era un quiste que tenía su orígen en la glándula hepática ó se había desarrollado en una cavidad entre el hígado y el diafragma, circunscrita por adherencias peritoneales, como se observa á veces en conexion con la cirrósis, etc. (Véase Obs. XCIV y CIX.)

OBSERVACION XCII. — *Cáncer del hígado. — Ascítis é ictericia. — Quiste ancho, que partía de la cara superior del hígado.*

El 9 de Octubre de 1873, M. F..., de 50 años de edad, vino á mi consulta recomendado por el Dr. Dobie, de Chester. La salud de este individuo había sido buena hasta tres meses ántes, en que comenzó á sentir dolor en la region hepática y en el hombro derecho, y despues enflaqueció y perdió sus fuerzas; había tenido extreñimiento, flatulencia, y últimamente su vientre comenzó á engrosar: tosía, y tenía disnea cuando se fatigaba.

Examinándole, observé una ascítis considerable; circunferencia del abdómen, 42 pulgadas. No hay edema de las piernas. No existe ictericia marcada, pero sí el aspecto especial de la cirrósis. No se pueden apreciar las dimensiones del hígado. Pulso á 108. Ruidos de corazon normal. Orina oscura y cargada de uratos, pero sin albúmina.

Tratamiento. — Purgantes y diuréticos, comprendiendo el cloruro de amonio, la digital y las píldoras azules, y despues diferentes preparaciones de hierro. Al principio mejoría considerable, disminuye la ascítis, y entónces se ve que el hígado y el bazo están muy aumentados de volúmen, y que el hígado es sensible.

El 5 de Noviembre se descubre un tumor del grosor de una naranja en el lado derecho del epigastrio, debido probablemente á una coleccion líquida distinta de la del peritoneo. Este tumor aumentó y produjo flatulencia y disnea despues de las comidas.

El 12 de Noviembre el hígado es todavía grueso y nodulado en su superficie.

El 13, despues de cenar, miéntras el enfermo se inclinaba para quitarse los pantalones, tuvo una disnea alarmante y me mandó llamar. Le encontré lívido. El tumor del epigastrio era más voluminoso. Hice la puncion con un trócar capilar, pero sólo salieron ocho gramos de serosidad coposa sanguinolenta, que contenía numerosas células con gruesos núcleos (células cancerosas).

La disnea desapareció poco á poco, y el 15 de Noviembre el enfermo se encontraba en disposicion de volver á Chester.

El 25 de Noviembre tuvo otra crísis violenta de disnea, y el Dr. Dobie sacó del quiste del epigastrio 30 onzas de líquido rojo, cuya densidad era 1.020, y que contenía numerosos corpúsculos sanguíneos.

La operacion fué seguida de gran alivio en cuanto á la respiracion;

pero el líquido se reprodujo, y el día 5 de Diciembre se sacaron todavía 47 onzas. La ascítis aumentó al mismo tiempo, aunque lentamente, y el dolor hepático persistía.

En los primeros días de Diciembre las piernas comenzaron á hincharse, y se presentó una ictericia muy pronunciada con anorexia completa.

El enfermo se debilitó gradualmente y sucumbió el 1.° de Enero.

Autopsia. — Cuatro litros de líquido amarillo, turbio, que contenía copos de linfa, en el peritoneo. Hígado muy voluminoso: los dos lóbulos infiltrados considerablemente de cáncer reblandecido. Partiendo de la superficie convexa del lóbulo derecho, é indudablemente originario del hígado, se encontraba un grueso quiste que contenía un líquido sanguinolento y que se había puncionado muchas veces durante la vida. El hígado no está engrosado: lo que le hizo parecer voluminoso durante la vida era el lóbulo izquierdo del hígado, que se extendía algo hácia abajo y á la izquierda. Los demas órganos están sanos.

La preparacion que en este momento tengo el gusto de presentaros, fué recogida en un sujeto muerto en el hospital Middlesex, siendo yo director de las autopsias, y fué presentada á la Sociedad patológica. (*Transactions*, tomo XIII, pág. 100.) Constituye un raro ejemplo de terminacion fatal del cáncer del hígado (1).

Observacion XCIII. — *Cáncer primitivo del hígado. — Muerte por hemorragia peritoneal.*

Patricio S..., de 50 años de edad, fué asistido en Agosto de 1861 por el Dr. Greenhow, como enfermo externo, en el hospital Middlesex. Había abusado en otro tiempo de los espirituosos. Desde muchos meses ántes iba enflaqueciendo, y se quejaba de vez en cuando de náuseas y otros síntomas disnéicos, y de dolores en el epigastrio. El Dr. Greenhow reconoció que el hígado estaba engrosado y nodulado por debajo del reborde costal derecho, y observó al mismo tiempo el aspecto particular característico de la caquexia cancerosa. No había ictericia, poca ó ninguna ascítis; nada que pueda indicar una terminacion fatal inmediata.

El 26 de Agosto el enfermo fué conducido al hospital y admitido en la clínica del Dr. Goodfellow, porque su estado había empeorado repentinamente dos días ántes. A su entrada, gran postracion y aspecto caquéc-

(1) Para los demas casos, véase Frerichs, *op. cit.*, pág. 676; Murchison, *Pathol. Transact.*, t. XIII, pág. 102; véase igualmente Budd, *Diseases of the Liver*, tercera edicion, pág. 396. En el caso de Frerichs la hemorragia empezó tres dias ántes de la muerte, y las lesiones del hígado eran semejantes á las descritas anteriormente.

tico, ictericia pronunciada de la piel, de las conjuntivas y de la orina; pérdida completa del apetito; vómitos incesantes; dolor intenso y sensibilidad en la region hepática; el hígado era muy voluminoso, duro y nodulado; abdómen muy distendido y fluctuante; pulso rápido y pequeño.

No hubo mejoría, y al día siguiente de su admision el enfermo vomitó una gran cantidad de líquido negruzco, análogo á la sangre.

En la noche del 27 colapso, que dura hasta la muerte del enfermo, el 28 de Agosto, á las dos de la tarde.

Autopsia. — Enflaquecimiento moderado; ictericia pronunciada de las conjuntivas y de la piel, y de los tejidos en general, comprendidos los órganos internos y los huesos. Seis á siete litros de serosidad sanguinolenta, de color rojo oscuro, en la cavidad peritoneal; en la cara superior del lóbulo derecho del hígado, hácia su extremidad derecha, entre el hígado y el diafragma, coágulo sanguíneo, negruzco, del peso de 140 gramos. La túnica serosa de los intestinos, que nadaba en el líquido sanguíneo, no presentaba inyeccion anormal, ni depósito de linfa. El hígado pesaba 72 onzas; lóbulo derecho relativamente muy grueso y que medía seis pulgadas en direccion trasversal, miéntras que el lóbulo derecho estaba muy atrofiado y no parecía más que una simple dependencia del otro, que no medía más que pulgada y media trasversalmente. La mayor parte del lóbulo izquierdo ofrecía un aspecto granuloso y presentaba al corte la apariencia característica de la cirrósis. Correspondiendo al lóbulo cuadrado se encontraba una masa redondeada, casi del tamaño de una nuez, adherida por un estrecho pedículo y tambien compuesta de tejido glandular cirrótico. Toda la superficie del lóbulo derecho estaba cubierta de nódulos prominentes, cuyo volúmen variaba desde el de un guisante al de una cereza gruesa; el mayor era muy elástico ó casi fluctuante; estaban desarrollados, sobre todo cerca del borde anterior del lóbulo derecho en su cara superior. El coágulo que se encontraba en la superficie del lóbulo derecho estaba adherido en un punto, cerca de la extremidad derecha del órgano, correspondiente á uno de los nódulos reblandecidos, que se había roto. El tejido del lóbulo derecho era muy denso, y al hacer un corte parecía constituido por los siguientes elementos anormales: una trama de tejido gris, duro, que ofrecía el aspecto del escirro, infiltrada de un jugo cremoso amarillento, y que contenía numerosas cavidades hasta del volúmen de una cereza, llenas de una sustancia blanda, pulposa, de color amarillo claro. El lóbulo derecho parecía constituido en absoluto por estos elementos anormales, y apénas presentaba en algun punto indicios de tejido glandular normal ó de conductos biliares. El tejido cirroso se había extendido un poco por el borde anterior del lóbulo izquierdo.

Examinando al microscopio el jugo obtenido raspando las porciones escirrosas más densas, se vió que contenía una multitud de células redondeadas, elípticas y fusiformes, de 1/800 de pulgada de diámetro, con uno

y algunas veces dos gruesos núcleos del volúmen de $^1/_3$ de la célula. Muchas de estas células contenían granulaciones de pigmento oscuro. En las porciones reblandecidas se descubrieron células semejantes, mezcladas con una gran cantidad de materia oleosa y pigmentaria, en el interior y en el exterior de las células.

Los demas órganos abdominales están sanos. Corazon normal. Vértices de ambos pulmones condensados y deprimidos, y conteniendo masas calcáreas enquistadas, hasta del volúmen de un guisante.

En la obs. XCIV, la causa inmediata de la muerte fué tambien, probablemente, una hemorragia peritoneal. La preparacion que os presento parece ser un ejemplo de esa forma rara de enfermedad descrita por Bright y otros con el nombre de *fungus hematodes* del hígado; la produccion patológica formaba una eminencia considerable en la superficie del órgano. La transicion entre las células secretorias del hígado y las gruesas células del tumor, determinada por el Dr. Cayley y por mí, es tambien un punto de gran interes patológico.

OBSERVACION XCIV. — *Tumor canceroso (fungus hematodes) que se proyectaba desde la cara superior del hígado.—Hemorragia en el peritoneo.*

Lúcas T..., de 57 años de edad, fué enviado al hospital de los febricitantes de Lóndres el 20 de Enero de 1868, padeciendo fiebre.

No tiene familia, y los amigos que la acompañan nada dicen acerca de los antecedentes. A su entrada ofrece un aspecto triste, y sus ideas parecen embrolladas. Enflaquecimiento considerable; pulso entre 76 y 88; gran debilidad. Lengua seca y oscura; intestino algo relajado; abdómen ligeramente distendido por gases, y tambien por líquido derramado en el peritoneo. La macidez hepática parece normal. De vez en cuando tos, con expectoracion espumosa, tenue; ligera macidez en la superficie de ambos pulmones, por detras, con crepitacion algo fina, pero sin soplo tubario. No hay sudores nocturnos, ni ictericia, ni hidropesía, ni albúmina en la orina.

Tratamiento. — Amoniaco, y más tarde hierro y ácidos minerales; té de buey, leche y aguardiente. Los síntomas empeoraron más y más; el enflaquecimiento y la ascítis aumentaron; frecuente subdelirio.

El 2 de Febrero ligera ictericia, pero las evacuaciones contienen todavía bilis. El pulso rara vez pasa de 80. Debilidad mayor de día en día, pero ningun nuevo síntoma importante.

Muerte el 16 de Febrero.

Autopsia. — Tres ó cuatro litros de líquido sanguinolento oscuro en el peritoneo. El hígado estaba separado del diafragma por delante, y de la pared abdominal anterior en una extension de dos á tres pulgadas, por un

espacio lleno de este líquido sanguinolento; el ligamento suspensorio alargado proporcionalmente. El hígado pesa 64 onzas; cápsula algo engrosada y opaca, pero superficie igual. Al hacer un corte, el hígado parece más denso y más resistente que en estado normal. En la parte superior y posterior del lóbulo derecho se encontraba un tumor redondeado, grueso como el puño; se había formado una cavidad en el diafragma, al cual se adhería tan fuertemente que se dejó un fragmento al separar el hígado. Este tumor era de consistencia pulposa, y se hallaba cubierto por la cápsula del hígado engrosada, que se reflejaba sobre él, y en cuya cara interna se podía raspar esta materia pulposa con el mango de un escalpelo. Al hacer un corte se vió que no había más que una fina línea de separacion entre esta materia y el tejido denso del resto del hígado. La sustancia pulposa podía rasgarse con la mayor facilidad; era muy vascular, de suerte que había sido indudablemente el orígen de la sangre derramada en el peritoneo. Al microscopio se la encontró formada por células de gruesos núcleos, de 1/500 de pulgada de diámetro, tres veces mayor que el de las células glandulares hepáticas. Las células eran redondeadas, piriformes ó con cola, y cada una contenía uno ó dos núcleos con cierta cantidad de finas granulaciones; algunas estaban llenas de glóbulos oleosos, otras contenían granulaciones pigmentarias oscuras, exactamente semejantes á las que se ven en las células hepáticas. A lo largo de estas gruesas células, que eran las más numerosas, se encontraban otras más pequeñas, y que se podían distinguir de las células secretorias encontradas en otras partes del hígado.

Estómago é intestinos sanos; paredes del corazon adelgazadas y blandas; pulmones adheridos sólidamente y muy congestionados en las partes declives. Nada de particular en los demas órganos.

La obs. XCV es un ejemplo de cáncer que interesaba el hígado sin producir ningun síntoma que pudiera hacer sospechar su existencia durante la vida. Una de las cápsulas suprarenales estaba igualmente destruida por el cáncer, y sin embargo, no había vómitos ni color bronceado de la piel. Se sabe en la actualidad que las cápsulas suprarenales pueden ser destruidas por el cáncer sin que resulten los síntomas de la enfermedad de Addison; de suerte que estos síntomas deben atribuirse ménos á la destruccion de estas cápsulas que al proceso morboso por el cual se efectúa.

OBSERVACION XCV. — *Cáncer de las vértebras, de una cápsula suprarenal, del hígado y del pulmon. — No había síntomas de afeccion hepática.*

Alfredo T..., de 55 años de edad, fué admitido el 28 de Junio de 1868 en mi clínica del hospital Middlesex. Está muy débil y delgado. Sus res-

puestas son algo incoherentes. Hace 17 años contrajo la sífilis acompañada de síntomas constitucionales; pero su enfermedad actual no empezó hasta hace tres meses, por un dolor intenso en la espina dorsal, con enflaquecimiento y debilidad.

Hé aquí los síntomas que nos presentó sucesivamente: debilidad y enflaquecimiento progresivos y aspecto cloro-anémico de la cara; pero no hay coloracion hictérica ni bronceada de la piel, ni tampoco decoloracion de la mucosa bucal, ni traspiraciones. Dolor persistente y sensibilidad á la presion en las apófisis espinosas de la tercera y cuarta vértebra lumbares; pero ningun síntoma de tumor ni de paraplegia, excepto la retencion de orina durante las dos ó tres últimas semanas de su vida. Lengua seca, roja y con algunas fisuras; no hay vómitos; alternativas de extreñimiento y de diarrea; abdómen distendido y timpánico, con ligera sensibilidad comprimiendo profundamente á la izquierda del ombligo; algunos días ántes de la muerte desapareció la hinchazon del abdómen, y se podía sentir la aorta descendente á lo largo de la columna, pero no había tumor apreciable. La macidez hepática es de cuatro pulgadas en la línea mamaria derecha. Nunca ha habido sensibilidad ni sensacion de arqueamiento en la region hepática, ni ascítis. El pulso ha variado de 84 á 120, siempre pequeño y débil; macidez cardiaca disminuida; no ha habido tos ni expectoracion; el día de su admision no se observó ningun desórden pulmonal apreciable. Orina alcalina, conteniendo fosfatos, pero sin albúmina ni pigmento biliar. Temperatura unas veces normal, otras algo mayor. La inteligencia estaba oscurecida; había tendencia al subdelirio con sopor, más marcado hácia el momento de la muerte, que sobrevino el 22 de Marzo.

Autopsia. — Tumor canceroso blando en los cuerpos de la tercera y cuarta vértebra lumbares, formando una eminencia á media pulgada de la superficie, sobre todo en el lado izquierdo, donde invadía el tejido del músculo psoas y se extendía casi á la mitad del conducto espinal, que, lo mismo que las apófisis espinosas, parecía normal. Infarto canceroso de los ganglios bronquiales y lumbares; masa de cáncer reblandecido, del volúmen de una nuez gruesa, que comprimía una gruesa rama de la arteria pulmonal en la parte superior del lóbulo inferior del pulmon derecho. El hígado no estaba aumentado de volúmen, y su borde inferior no pasaba del reborde costal, pero contenía 12 á 20 nódulos cancerosos aislados, cuyo grosor variaba entre el de un guisante y una nuez; muchos estaban excavados en su centro. Uno de estos nódulos se encontraba en una porcion del hígado, sólidamente adherido á la cápsula suprarenal derecha; este último órgano considerablemente engrosado y convertido en una masa cancerosa dura, de dos pulgadas y media de diámetro. La cápsula suprarenal izquierda, los riñones y el cerebro, no ofrecían nada de anormal.

El siguiente caso pude observarlo en la época en que yo era cirujano

interno en la Enfermería real de Edimburgo. Es un ejemplo de una forma rara de cáncer que interesaba el hígado, pero sin determinar síntomas de afeccion hepática.

OBSERVACION XCVI. — *Cáncer melanótico del pene, de los ganglios linfáticos, del hígado, de la pleura, etc.*

Jaime L..., de 53 años de edad, fué admitido el 4 de Febrero de 1851 en la Enfermería real de Edimburgo. Era un hombre robusto y de elevada estatura; cabello oscuro; globo del ojo muy prominente, esclerótica azulada. Ofrecía un tumor situado en la cara inferior y externa del prepucio, que se extendía á gran parte de su borde libre. Este tumor, del grosor de una castaña, de color oscuro, casi negro, presentaba una superficie nodulada y estaba cubierto de un flujo puriforme, fétido, de color amarillo sucio. Puncionándole con una aguja salía sangre en abundancia y ofrecía un dolor agudo, sobre todo durante y algunos instantes despues de la miccion. Había tardado dos años en desarrollarse, comenzando por una pequeña verruga negra situada en la cara interna del prepucio, á una pulgada próximamente de su borde libre. Esta verruga permaneció estacionaria durante seis meses, pero despues aumentó con rapidez. Llevando el prepucio hácia atras, lo cual se hacía con cierta dificultad, se descubrían en la superficie del glande algunas excrescencias verrugosas de color negro azulado, de volúmen variable entre una cabeza de alfiler y un guisante pequeño. En ambas ingles había un tumor del volúmen de un huevo de gallina, que apareció por primera vez tres meses ántes de su entrada.

Desde hace tres meses el enfermo se queja de disnea y tos, y examinando el pecho, el lado izquierdo presenta un arqueamiento uniforme, que se traduce por una pulgada de circunferencia de más en el lado izquierdo que en el derecho; hay tambien en este lado una macidez marcada á la percusion, una expansion imperfecta y falta de murmullo respiratorio y de estremecimiento vocal. La punta del corazon está desviada hácia el borde izquierdo del esternon. Los signos físicos suministrados por la percusion son los normales. Pulso á 90, muy débil.

Despues de esto el enfermo empeoró rápidamente, perdió el apetito y cayó en una gran postracion. Las crísis de disneas se hicieron más frecuentes y más intensas, durando algunas veces muchas horas, al mismo tiempo que se observaba en la base del pulmon derecho la macidez y la falta de murmullo respiratorio. El tumor del pene y la tumefaccion de las ingles aumentaron un poco. No hay ictericia ni ascítis, ni tampoco dolor en el hígado, ni aumento de volúmen del órgano.

El 26 de Marzo por la mañana tuvo una crísis de disnea de gran intensidad; el pulso á 84 y casi imperceptible; las extremidades están frías;

la cara lívida y los glóbulos oculares más prominentes. Estos síntomas persistieron hasta la muerte, en la noche del 27.

Autopsia. — El tumor del pene presentaba al corte una superficie negra, igual, y daba un jugo abundante parecido á la tinta. Ganglios lumbares, inguinales y femorales infartados é infiltrados de materia negra, y algunos enteramente convertidos en un líquido negro, pulposo. Los linfáticos del cordon espermático contenían uno ó dos pequeños nódulos melanóticos. A lo largo de la aorta abdominal se encontraba una cadena de ganglios aumentados de volúmen. Muchos presentaban al corte una sustancia negra, pulposa, miéntras que otros, apénas engrosados, ofrecían su tejido glandular normal, con puntos negruzcos circunscritos. Los linfáticos hipogástricos y sacros eran normales.

Pleura izquierda distendida por algunos litros de líquido teñido de sangre y de pigmento negro, el cual empujaba la punta del corazon hácia el lado derecho. Se encontraban, esparcidos en toda la pleura parietal y pulmonal, masas de depósito negro, de volúmen muy variable, desde el más pequeño, apénas apreciable, hasta media pulgada de diámetro; los más gruesos de estos nódulos formaban una elevacion de $^1/_6$ de pulgada en la superficie de la pleura; los menores no pasaban sensiblemente de la superficie; ofrecían un aspecto puntuado bastante semejante á la sombra de un dibujo. Los nódulos gruesos eran casi negros, miéntras que los depósitos punctiformes ofrecían un color negro oscuro, más ó ménos teñido de púrpura. La mayor parte de los nódulos estaban cubiertos por la capa epitelial de la pleura; pero en la parte posterior de la cavidad, donde eran confluentes y aglomeradas, la serosa faltaba en ciertos puntos, y el conjunto de los núdulos presentaba una superficie irregular, pulposa, dando á la presion una gran cantidad de un jugo negruzco. El pulmon izquierdo estaba comprimido y carnificado. En el punto en que la pleura se refleja, desde la raíz del pulmon á las costillas, se encontraba una capa de sangre recien extravasada, en algunos puntos de media pulgada de grosor. La pleura derecha contenía algunas onzas de líquido semejante al de la pleura izquierda, y su superficie presentaba nódulos de un depósito que ofrecía el mismo aspecto, pero ménos extensos. Algunos nódulos negros circunscritos se encontraban enclavados en la sustancia del pulmon derecho; los más gruesos ofrecían el volúmen de una cereza. Alrededor de ellos el tejido pulmonar era normal y crepitante. Los ganglios bronquiales eran negros, pero no muy aumentados de volúmen; los ganglios del mediastino posterior eran considerablemente más voluminosos que en estado normal; y un grupo de estos ganglios, que formaba una masa del volúmen de una naranja, estaba situado en el ángulo de bifurcacion de la tráquea, por delante del esófago. Los ganglios cervicales profundos contenían pigmento negro. Entre la túnica mucosa y la túnica musculosa del esófago se encontraban uno ó dos nódulos redondeados del grosor de un grano de cebada,

y que contenían pigmento negro; el resto del conducto alimenticio y las glándulas mesentéricas son normales. Se veían en la superficie del hígado una docena de nódulos de depósito negro, de casi un tercio de pulgada de diámetro; numerosas masas semejantes enclavadas en la sustancia del órgano, cuyo volúmen había aumentado ligeramente. En el bazo no se encontraba más que una masa de depósito negro del volúmen de un guisante. Los riñones contenían en su sustancia cortical algunos nódulos melanóticos del volúmen de un perdigon grueso. Entre la capa mucosa y la capa musculosa de la vejiga y de la uretra, se encontraban algunos nódulos negros del grosor de granos de cebada.

Exámen químico de la materia melánica. — El análisis de la materia pigmentaria fué hecho por el Dr. Jaime Drummond: «Era insoluble en el agua, el alcohol y el éter. Tratada por el ácido clorhídrico, el nítrico y el sulfúrico, se disolvía; la disolucion era casi incolora. Si se hacía pasar cloro á traves de esta materia en suspension en el agua, blanqueaba en cierto grado, pero no por completo. Hervida con la potasa se disolvía, desprendiendo amoniaco. El análisis cuantitativo dió el siguiente resultado:

Carbono	67,01
Hidrógeno	6,45
Azoe	11,45
Oxígeno	8,36
Cenizas	6,73
	100,00

Las cenizas consistían, en gran parte, en peróxido de hierro.»

Exámen microscópico de la materia melánica. — El jugo negruzco procedente del tumor del pene contenía una gran cantidad de materia granulosa; las granulaciones eran sólidas y angulosas, y refractaban fuertemente la luz; el ácido acético no tenía ninguna accion sobre ellas, pero el ácido nítrico concentrado las hacía mucho más brillantes. Algunas células con núcleos se encontraban mezcladas con estas granulaciones; dichas células ofrecían un contorno circular ú oval y un diámetro de $^1/_{500}$ de pulgada; algunas eran más oblongas, y una ó dos tenían una verdadera cola. La mayor parte ofrecían granulaciones coloreadas que ocultaban por completo toda apariencia de núcleo. Sin embargo, en algunas células, que contenían pocas ó ninguna de estas granulaciones coloreadas, se podían descubrir uno ó dos núcleos, con uno ó dos nucleolos distintos. Separando con las agujas alguna pequeña partícula del tumor para examinarle despues, se veía que estaba constituida por una capa de tejido filamentoso fino, á traves de cuyas mallas se encontraban los elementos del jugo negruzco que acabamos de describir.

Los depósitos melanóticos en la pleura y en los ganglios lumbares é inguinales fueron sometidos á un exámen microscópico atento, y se vió que ofrecían una estructura semejante á la del tumor del pene.

LECCION SÉPTIMA

AUMENTO DE VOLÚMEN DEL HÍGADO

(CONTINUACION)

Sarcoma de células fusiformes. — Mixoma. — Epitelioma. — Cisto-sarcoma. — Hidátide multilocular. — Quistes simples. — Tubérculo. — Tumores linfáticos. — Xantelasma. — Aumento de volúmen de la vesícula biliar.

SEÑORES:

Me propongo hablar en esta leccion de ciertas enfermedades que producen un aumento de volúmen del hígado, pero que pocas veces hay ocasion de encontrar, y acerca de cuya historia clínica y caractéres diagnósticos sólo tenemos un conocimiento imperfecto.

XII. — SARCOMA DE CÉLULAS FUSIFORMES DEL HÍGADO

El siguiente caso es un ejemplo de una forma de aumento de volúmen del hígado que no ha sido aún descrita hasta la fecha (1873 (1). Sirve para demostrar la importancia clínica que tiene el distinguir los caractéres anatómicos de las diferentes lesiones agrupadas generalmente bajo la denominacion comun de *cáncer*. Hasta estos últimos años, tal enfermedad hubiera sido considerada, bajo el punto de vista anatomo-patológico, como una variedad de cáncer. En el día, los patólogos se hallan de acuerdo en distinguirla bajo este punto de vista del cáncer, y se verá, por otra parte, que bajo el punto de vista clínico este caso es muy diferente de aquellos en los cuales se trata de un verdadero cáncer del hígado.

---

(1) Este caso fué comunicado á la Sociedad Patológica de Lóndres el 21 de Enero de 1873.

1.° No había signos de lo que se llama la caquexia cancerosa. El enfermo no presentó jamás el aspecto de un hombre atacado de afeccion maligna; cuatro meses ántes de la muerte su peso era exactamente el mismo que 12 meses ántes, aunque la afeccion hepática progresó durante este tiempo, y continuó dedicándose á sus ocupaciones hasta dos ó tres semanas ántes de la muerte, cuya causa fué oscura.

2.° Dado el volúmen del tumor, había ménos dolor que si se tratara de un verdadero cáncer. Las crísis dolorosas en el lado derecho, intensas, pero raras y pasajeras, se parecían á las que podía producir el cálculo encontrado despues de la muerte en el riñon derecho, más bien que á una afeccion hepática. Durante cierto tiempo el enfermo se quejó de un dolor quemante en el hígado, pero muchos meses ántes de la muerte había cesado por completo; en último término, lo que más molestaba al enfermo era la constriccion, debida al volúmen del tumor.

3.° No había ictericia ni ascítis.

4.° La semejanza de estructura entre el tumor del globo del ojo y del del hígado, indicaba un orígen constitucional; pero el intervalo entre las lesiones primitivas y las secundarias fué mucho más considerable que en el verdadero cáncer, á no ser que supongamos, lo cual es igualmente incompatible con la idea del cáncer, que la enfermedad ocupó el hígado durante ocho ó nueve años sin dar lugar á síntomas, hasta el momento en que produjo un tumor apreciable.

5.° El cáncer primitivo del hígado es raro en la edad relativamente jóven que tenía mi enfermo.

Falta ver si estos caractéres clínicos existen en los demas casos de tumor del hígado que presentan la misma estructura anatómica.

Es sensible que el exámen cadavérico no fuese más completo, y en particular que no pudiera explicarse la muerte en cierto modo repentina del enfermo.

OBSERVACION XCVII.— *Sarcoma de células fusiformes del hígado.*

M. L. N..., de 30 años de edad, vino á consultarme por vez primera el 9 de Octubre de 1871. Me dijo que 18 meses ántes sintió un dolor agudo entre las costillas derechas y el hueso ileon del mismo lado. El dolor sobrevino bajo la forma de paroxismos intensos, pero cesó al cabo de dos días. No fué acompañado de vómitos, ni seguido de ictericia. Nueve meses despues tuvo una crísis semejante, casi de la misma naturaleza. Hace dos meses enflaqueció, y un mes ántes de que yo le viese, el Dr. Brown, de Whitchurch, observó que el volúmen del hígado había aumentado considerablemente, y luégo su volúmen creció mucho. Era un hombre de costumbres muy sobrias; nunca había padecido sífilis. Examinándole, encontré un tumor que llenaba el lado derecho del abdómen

hasta la distancia de dos pulgadas por dentro del púbis, continuándose por arriba con el hígado, cuya macidez se elevaba hasta la tetilla por delante y más hácia arriba por detras. En los dos vacíos, por detras del tumor, la percusion daba un sonido timpánico. El tumor determinaba una prominencia apreciable en el lado derecho del abdómen, y las últimas costillas derechas formaban un arqueamiento considerable. La circunferencia del abdómen en el ombligo daba 16 1/4 pulgadas en el lado derecho y 15 3/4 en el izquierdo; la circunferencia del pecho, dos pulgadas por debajo de la tetilla, era de 17 pulgadas en el lado derecho y 16 1/2 en el izquierdo. La superficie del tumor era desigual, por la presencia de muchas prominencias semiglobulares; su consistencia era pastosa, sobre todo en los puntos más salientes; pero en ninguna parte se sentía fluctuacion, vibracion ó elasticidad, ó sensibilidad á la presion. El enfermo experimentaba en su tumor un dolor que daba la sensacion de quemadura, bastante frecuente, y que á menudo le impedía dormir; tambien se quejaba de peso despues de las comidas, pero no tenía náuseas ni vómitos. Su apetito era bueno, sus funciones intestinales regulares, y no había perdido las fuerzas. Era capaz de andar diariamente 8 ó 10 kilómetros sin fatigarse. La orina depositaba uratos en abundancia y se tornaba casi negra por la adicion de ácido nítrico despues de la ebullicion; pero no contenía albúmina ni daba la reaccion ordinaria del pigmento biliar con el ácido nítrico. El corazon estaba empujado hácia arriba: se sentía su punta entre la cuarta y la quinta costilla.

Muchos médicos que habían sido consultados para ver este tumor, creyeron que se trataba de un hidátide; pero existían algunas circunstancias en contra de tal opinion: 1.ª, la falta de toda fluctuacion ó elasticidad en los puntos prominentes de su superficie; 2.ª, su desarrollo rápido; 3.ª, el dolor quemante; 4.ª, los antecedentes de tumor maligno del globo ocular, excindido el 2 de Abril de 1862 por el Dr. Hulke. Por otra parte, parecía evidente que si, por su consistencia, este tumor era un cáncer, debía ser una forma blanda, de desarrollo rápido, y dicha opinion se hallaba en desacuerdo: 1.°, con la apariencia de buena salud y el estado de las fuerzas del enfermo; 2.°, con su buen apetito y sus digestiones, que sólo estaban ligeramente trastornadas; 3.°, con los antecedentes de familia: su padre y su madre vivían aún y se encontraban bien, y ningun individuo de la familia había padecido el cáncer; 4.°, con su edad; 5.°, con el largo intervalo de buena salud entre la excision del globo del ojo y el principio de la afeccion hepática. Por mi parte indiqué al enfermo que, en mi concepto, el tumor era algo más sólido que una hidátide y que la paracentésis no daría ningun resultado. Como el tumor parecía ser algo raro, escribí al Dr. Hulke para saber con seguridad de qué índole era el tumor del globo ocular operado en 1862. No estando satisfecho de mi opinion, el enfermo fué aquel mismo día á consultar á Sir W. Gull, quien declaró que el tumor

no era un hidátide, sino probablemente un cáncer. Por el mismo correo que llevaba mi carta, el Sr. Hulke recibió otra del Sr. Gull con igual objeto.

Por fortuna el Sr. Hulke había conservado muchas notas y dibujos al microscopio del tumor ocular. Durante los dos años que precedieron á la consulta del enfermo (Marzo de 1872) en casa del Dr. Hulke, el campo visual del ojo izquierdo había disminuido progresivamente, y tres meses ántes había perdido por completo la vista. Al principio no hubo signos exteriores, pero durante un mes tuvo el enfermo rubicundez y edema de las conjuntivas. Cuando consultó al Dr. Hulke, este individuo ofrecía buen aspecto; sin embargo, el globo ocular estaba distendido y duro, y la pupila ampliamente dilatada y sin movimiento; el íris estaba decolorado y empujado hácia adelante, y en el fondo del ojo, en el lado temporal, se veía un tumor sólido, de color oscuro, que avanzaba casi hasta el cristalino, y cubierto por la retina y la coroides. Despues de la enucleacion se encontró un tumor en la coroides, en el sitio observado anteriormente. Era grisáceo, y por el corte exudaba un jugo amarillento, viscoso, más bien que cremoso. Estaba constituido principalmente por pequeñas fibras-células fusiformes, cuyas prolongaciones se entremezclaban en una red, con las mallas llenas de una materia albuminoidea hialina. El Sr. Hulke añadió que, segun las ideas que entónces reinaban en aquella época, el tumor fué considerado como un cáncer medular, pero que su estructura era característica de lo que se llama en el día, segun Virchow, un sarcoma de células fusiformes.

El enfermo curó rápidamente, y no volvió á presentarse la enfermedad en la cicatriz.

Despues de haber recibido estos detalles del Dr. Hulke, escribí al médico ordinario del enfermo, el Dr. Brown, de Witchurch, exponiéndole mi opinion de que el tumor del hígado, lo mismo que el del ojo, era probablemente un sarcoma de células fusiformes, y que este caso presentaba un interes excepcional.

El enfermo continuó dedicándose á su oficio de tapicero, y no volví á saber de él hasta el día 16 de Junio de 1872, en que vino á Lóndres á consultarme. El volúmen del tumor había aumentado: la circunferencia en el ombligo era de 34 pulgadas en vez de 32, y el borde superior de la macidez hepática se había elevado hasta por encima de la tetilla. Se extendía, á traves de la línea media, hasta la region lumbar izquierda. En algunos puntos, sobre todo los más prominentes, era mucho más tenso y elástico que ántes, pero no había en ninguna parte fluctuacion ni vibraciones distintas. A principios de Abril, el enfermo había experimentado una tercera crísis de dolor espasmódico intenso por debajo de las costillas derechas, pero que cesó bajo la influencia del cloral y de las inyecciones subcutáneas de morfina. Se encontraba esta vez completamente libre del dolor quemante de que se había quejado ocho meses ántes. Miéntras estaba tran-

quilo no sentía ningun mal, pero tan pronto como ejecutaba algunos movimiento ó se dedicaba asiduamente á sus tareas, sentía dolor por debajo de las costillas derechas. Se quejaba igualmente de disnea cuando hacía algun esfuerzo y de una sensacion de plenitud despues de las comidas. Sin embargo, el enfermo no se encontraba, al parecer, peor que la primera vez que le ví, y su peso era exactamente el mismo que 12 meses ántes. Su lengua estaba limpia y el apetito era bueno. No había ictericia, ni ascítis, ni desarrollo de las venas abdominales. Continuaba siempre su trabajo y podía andar durante una hora sin cansarse.

Aunque las circunstancias se hallaban en este momento algo más de acuerdo con la posibilidad de un hidátide, mi opinion continuó siendo la misma, y así lo participé al enfermo; pero como éste deseaba que se hiciera alguna cosa, le dije que una puncion exploratoria no podía tener malos resultados para él y que disiparía todas las dudas acerca de la naturaleza del mal. Le propuse, sin embargo, que tuviera previamente una consulta con Sir W. Jenner; por consiguiente, este último vió al enfermo el 12 de Junio, reconoció las dificultades del caso y mostró deseos de resolverlas por la paracentésis. Se introdujo, pues, un pequeño trócar en la porcion más elástica del tumor, por debajo de las costillas derechas. Sólo salieron algunas gotas de sangre, que, examinadas al microscopio, no presentaron más que corpúsculos sanguíneos. La puncion no fué seguida de ningun mal resultado, y al cabo de pocos días el enfermo volvió á su casa y continuó dedicándose á sus ocupaciones hasta el 8 de Octubre, aumentando el tumor lentamente.

El 8 de Octubre tuvo una crísis intensa de dolor espasmódico en toda la superficie del tumor; cedió á la aplicacion de saquitos de agua caliente y á las dósis repetidas de hidrato de cloral. Sin embargo, continuó experimentando una sensacion de constriccion debida á la presencia del tumor, y no sintiéndose aliviado, abandonó su casa el 16 de Octubre para ensayar la hidropatía. Había ya consultado, respecto á su enfermedad, á gran número de médicos de Lóndres y de provincias, y hasta llegó á oir los consejos de una sonámbula. Murió el 25 de Octubre en los baños turcos de Bristol. Todo lo que yo pude saber respecto á los síntomas que habían precedido á la muerte es que había sufrido, 36 horas ántes, un dolor intenso en el tumor á la derecha del ombligo, y que se alivió por las inyecciones subcutáneas de morfina. Este dolor no fué acompañado de vómitos.

La *autopsia* fué practicada por el Dr. T. D. Nicholson, del establecimiento de baños turcos de Bristol; él me comunicó los siguientes detalles, á la vez que me remitió algunos fragmentos de los tejidos enfermos para examinarlos.

El peritoneo estaba adherido en muchos puntos á la superficie del hígado aumentado de volúmen, pero no había linfa reciente. Partiendo de la superficie anterior de cada lóbulo del hígado se veía un tumor redon-

deado, blando, al parecer quístico, de unas dos pulgadas de diámetro y que descansaba en la pared abdominal. De la cara inferior del hígado, é íntimamente ligado con él, partía una masa enorme de tejido morboso, compuesta de quistes de volúmen variable, desde el de una cereza al de la cabeza de un niño. Esta masa, comprendiendo el hígado, pesaba 20 libras y una onza. Los pequeños tumores de la cara superior del hígado contenían una materia oscura, grisácea y gelatinosa; el contenido de las gruesas masas de la cara inferior era de color más claro y de consistencia pultácea. Algunos de los ganglios lumbares eran tan gruesos como una haba y contenían una materia blanda, grisácea. El bazo y los riñones estaban sanos; sin embargo, el riñon derecho contenía un cálculo oscuro, rugoso, casi del grosor de la mitad de una nuez. El corazon y los pulmones se encontraban en estado normal.

Los trozos del tumor, que yo recibí, fueron remitidos al Sr. E. Arnott para el exámen microscópico. Despues de haberle endurecido en una disolucion de ácido crómico, se vió que la sustancia gelatinosa de que se componían los tumores era un ejemplo típico de sarcoma con células fusiformes.

XIII. — Mixoma del hígado

Los caractéres clínicos de este tumor no se conocen bastante todavía. El Sr. Nunn ha referido un caso en el cual un tumor de esta índole, tan grueso como una cabeza de feto de término, ocupaba la parte posterior del lóbulo derecho del hígado y partía de su cara superior, donde estaba íntimamente adherido á la cara inferior del diafragma. Se trataba de una mujer de 38 años que, en el espacio de los 12 meses que precedieron á su muerte, fué operada dos veces de un mixoma de la mama (1).

XIV. — Epitelioma del hígado

En el tomo XXV de la *Pathological Transactions* ha descrito el el Dr. Greenfield un caso de epitelioma primitivo del hígado, constituido por células cilíndricas. El hecho fué observado en una mujer de 33 años, que presentó los mismos fenómenos que si se tratara de un cáncer. Es posible que en muchos casos de *cáncer* del hígado la produccion morbosa tenga una estructura semejante á la que aquí nos ocupa.

---

(1) *Pathol. Transact.*, 1872, t. XXIV, pág. 120.

XV. — Cistosarcoma del hígado

Naunyn ha referido un caso en el cual se encontró el hígado sembrado de pequeños tumores, cuya estructura era semejante á la del cistosarcoma de la mama. El hígado, cuya forma y volúmen eran normales, pertenecía á una mujer de 62 años que había estado mucho tiempo en la clínica del Dr. Frerichs, presentando el marasmo como síntoma principal (1).

XVI. — Tumor hidático multilocular ó alveolar

Es una forma muy rara de tumor; sólo conozco 18 casos, ninguno de ellos en Inglaterra. Se halla constituido por numerosos hidátides pequeños contenidos en cavidades diseminadas á traves de un tejido fibroso, duro, casi cartilaginoso y no encerrados en un quiste primitivo, como en los casos de hidátide ordinario. Los caractéres clínicos difieren considerablemente de los de un tumor hidático ordinario del hígado. Forma un tumor redondeado, cuyo volúmen varía desde el de un huevo de gallina hasta dos veces el de una cabeza de adulto, y se encuentra en la mayor parte de los casos en el lóbulo derecho. Si es poco voluminoso y profundamente situado, puede no ser apreciable durante la vida. En la mayor parte de los casos se puede sentir, ó bien determina un arqueamiento distinto. El tumor no es liso, fluctuante, elástico é indolente, sino abollado, duro, y áun cartilaginoso y sensible. En casi todos los casos hay un aumento considerable del volúmen del bazo y una ictericia intensa que aparece muy pronto. La ascítis es algo ménos frecuente que la ictericia, y en algunos casos hay edema de las piernas en un período avanzado de la enfermedad.

Un enflaquecimiento y una postracion progresivas y los desórdenes de la digestion (pero sin vómitos) son síntomas constantes, y hácia el fin no es raro que sobrevengan peritonítis parciales y hemorragias. En muchos casos, el tumor concluye por supurar en el centro y produce los síntomas de una fiebre héctica. La afeccion con la cual puede confundirse más fácilmente el hidátide multilocular es el cáncer, y como este último, sigue á veces un curso rápido, no durando en ocasiones más que algunos meses; pero en otros casos persiste durante 10 años y áun más ántes de determinar la muerte. El tratamiento que se emplee para el tumor hidatídico ordinario, es indudablemente inaplicable en la afeccion que nos ocupa; nuestros esfuerzos deben limitarse á calmar los síntomas á medida que se presenten (2).

---

(1) *Reichert und Du Bois Reymond Archiv*, 1866.

(2) Se encontrará un estudio más completo de los tumores hidáticos multiloculares en las dos Memorias siguientes: *De la tumeur hydatique alvéolaire*, por el Dr. J. Carrière.

XVII. — Quistes simples del hígado

Algunos autores han descrito simples quistes del hígado que contenían un líquido claro, acuoso ó un moco espeso. Ordinariamente son muy numerosos y de poco volúmen, pues los más pequeños no pasan del tamaño de una avellana; algunas veces coexisten con quistes semejantes en los riñones (1). Sin embargo, no conozco casos en que los quistes de esta naturaleza hayan engrosado ó supurado de modo que pudieran reconocerse durante la vida. En el caso siguiente, la naturaleza exacta de la eufermedad fué bastante oscura. Durante la vida, se diagnosticó un hidátide supurado. Un empiema circunscrito estaba en contradiccion con los antecedentes, y con el hecho de que la fluctuacion existía por debajo y no por encima de la parte dura del hígado.

No podía pensarse en un absceso tropical, pues el enfermo nunca había salido de Inglaterra, ni había padecido jamás la disentería; por otro lado, la inflamacion puohémica no produce nunca una coleccion purulenta tan voluminosa como la que aquí existía. En cuanto á la supuracion por fuera del hígado, no podía encontrarse como causa una afeccion espinal ó una úlcera del estómago, por ejemplo. En suma, se llegó á admitir el hidátide por exclusion de todas las demas causas, y la existencia de quistes, al hacer la autopsia, confirmó, al parecer, el diagnóstico formulado durante la vida. Pero como no se encontró en el contenido de estos quistes ningun indicio de membrana de hidátide, dicha opinion no era apénas sostenible, porque, áun en un hidátide estéril, se hubiera encontrado algun indicio del hidátide padre. Siendo inadmisible el hidátide, nos vimos obligados á considerar el caso como un absceso primitivo ó un hidátide supurado, y en presencia de esta dificultad, es muy lamentable que no pudieran examinarse atentamente los intestinos. Por lo que concierne al absceso, hay que oponer, no sólo las objeciones ya presentadas, sino tambien el hecho de que la pared de estos quistes no daba ciertamente indicios de inflamacion reciente; me parece casi inconcebible que puedan formarse tres abscesos en el hígado, en contacto inmediato unos con otros, formando parte la pared del uno de la pared del otro, y que uno de estos abscesos pueda formar eminencia en la superficie del hígado, como un quiste, sin que manifieste ninguna inflamacion del peritoneo superpuesto. Por otra parte, aunque los gruesos quistes no son raros en los riñones, no han sido todavía descritos, que yo sepa, en el hígado.

Bajo cualquier punto de vista que se considere este caso, los síntomas

---

París, 1868; y *Etude chirurgicale sur la tumeur à échinocoque multiloculaire du foie*, por el Dr. Ducellier. París, 1868.

(1) Frerichs, *op. cit.*, pág. 571.

producidos por la rotura de uno de estos quistes en el peritoneo, y particularmente la falta de fiebre, son interesantes.

OBSERVACION XCVIII. — *Quistes supurados en el hígado. — Rotura de un quiste en el peritoneo. — Peritonítis aguda. — Abscesos puohémicos en el hígado y en los pulmones.*

Enriqueta C..., de 43 años de edad, fué admitida en el hospital de Santo Tomás el 18 de Junio de 1825. Su padre de 75 años y su madre, de 76, disfrutan de buena salud. Una hermana de su madre murió tísica: ha tenido tres hermanos y cinco hermanas, cuya edad varía entre 34 y 55 años; todos están sanos, ménos uno de los hermanos, que padece del pecho. Está casada y ha tenido cinco hijos, de los cuales dos murieron en la primera infancia. Siendo todavía niña, la enferma tuvo una violenta inflamacion pulmonar que la dejó muy delicada á la menor impresion de frío. A los 30 años padeció una erupcion escamosa en todo el cuerpo: esta erupcion desapareció al cabo de dos meses. Nunca ha salido de Inglaterra.

La afeccion actual comenzó el 20 de Abril por pérdida del apetito y de las fuerzas, enflaquecimiento, insomnio, sed, y de vez en cuando dolor de corazon. Al cabo de unos quince días comenzó á experimentar dolor en la region del hígado y en el hombro derecho; este dolor no era constante ni intenso, excepto cuando la enferma estaba acostada sobre el lado derecho ó ejecutaba muchos movimientos. Cuatro semanas ántes de su admision empeoró; la sed se hizo viva; la piel, caliente y seca durante el día, se encontraba por la noche bañada de una traspiracion copiosa; el enflaquecimiento hizo rápidos progresos.

A su entrada, se observa una postracion y un enflaquecimiento considerables; rubicundez héctica en las mejillas, y sudores profundos por la noche ó cuando la enferma se duerme. Temperatura 38°,88 á 40°; pulso á 108; ruidos del corazon normales. La lengua ofrece una rubicundez y sequedad anormales; no hay apetito; sed; vientre libre. Dolor vivo en el lado derecho y bastante más intenso al menor movimiento. Se observa en el lado derecho del abdómen un tumor prominente que pasa una pulgada por debajo del ombligo y forma una eminencia distinta entre el ombligo y las costillas derechas, que no presentan ningun arqueamiento. Macidez á la percusion, continua con la del hígado, que llega á un cuarto de pulgada por debajo del pezon derecho; la macidez total en la línea mamaria derecha es de 10 pulgadas. La superficie del tumor es lisa, sensible, blanda y elástica, con una vibracion como procedente de un líquido. No hay signo evidente del líquido en el peritoneo; tampoco existe desarrollo de las venas abdominales, ni ictericia, ni edema de las piernas. Por detras, la macidez hepática se extiende unas dos pulgadas por encima del nivel

normal. La orina no contiene albúmina ni bílis. La enferma duerme mal.

Tratamiento. — Quinina, ácidos minerales y 120 gramos de aguardiente. El 19 de Junio se hizo una puncion exploradora con un trócar capilar por debajo de las costillas derechas, saliendo algunas gotas de un pus espeso amarillo. Al cabo de pocas horas, se introdujo un trócar grueso en el mismo punto; pero sólo salieron cuatro gramos de un pus amarillo espeso. Se fijó la cánula de plata, cubriendo la herida con hilas. La operacion fué seguida de gran alivio; pero el 21 la enferma tuvo un temblor que duró 12 minutos y que fué seguido de una sensacion de colapso, al mismo tiempo que se sentía cierto roce y estertores húmedos por delante del pulmon derecho. La cánula de plata fué sustituida por un tubo elástico. Continuó saliendo lentamente por el tubo un pus espeso, pero no se descubrió ningun indicio de equinococo.

El 23 el borde superior de la macidez hepática había descendido una pulgada por debajo del pezon. Segundo ligero temblor.

El 24 meteorismo, pero sin sensibilidad. Frecuentes esfuerzos de vómitos. Temperatura 37°,2; pulso á 128; mayor postracion. A pesar del empleo de los opiáceos estos síntomas persistieron, acompañados de hipo en algunas ocasiones.

El 28 de Junio sensacion de colapso profundo; la enferma creyó que se moría; pero volvió en sí al cabo de algunas horas.

El 30 de Junio se nota que el borde superior de la macidez hepática ha descendido á 1 ½ pulgadas del pezon, miéntras que el borde inferior del tumor se había remontado de tal suerte que la macidez total en la línea mamaria derecha no era más que de 7 ½ pulgadas.

El 3 de Julio se redujo á 6 ½ pulgadas; no se encontraba ningun signo de líquido en el tumor, pero había indudablemente líquido en el peritoneo. El abdómen no estaba sensible y la temperatura era la normal. Despues la enferma se debilitó gradualmente, sobrevino delirio de vez en cuando, aparecieron aftas en la lengua y aumentó el edema de los piés.

El 9 de Julio tuvo un ligero ataque de convulsion y el 12 falleció.

Desde el 24 de Junio la temperatura no se elevó nunca: era más bien menor que la normal, y hasta en una ocasion descendió á 35°,55.

Autopsia. — Intestinos considerablemente distendidos por gases. Cólon trasverso fijo, á lo largo de su borde anterior, á la pared abdominal por adherencias bastante sólidas; de modo que formaba una especie de tabique que dividía la cavidad peritoneal en una porcion superior y otra inferior. La porcion inferior contenía unos tres litros y medio de serosidad turbia, mezclada con gran cantidad de pus amarillo, espeso, grumoso, que tapizaba y adhería las asas del intestino delgado. El líquido no ofrecía el aspecto de una exudacion peritoneal ordinaria, pero parecía ser una mezcla de esta última con un pus espeso. La cara anterior del hígado está en conexion con la pared abdominal por blandas adherencias; las que correspon-

dían á la abertura exterior eran duras y fibrosas. El borde inferior del hígado estaba bastante sólidamente adherido al cólon; el borde del hígado no pasaba mucho de su límite normal. Entre las adherencias que unían la curvatura hepática del cólon á la pared abdominal y á la cara inferior del hígado, se encontraba una cavidad irregular de cierto volúmen llena de un pus espeso, granuloso, y que comunicaba con la parte inferior de la cavidad peritoneal por un seno oblícuo, á lo largo de las capas de adherencia. Muchos abscesos circunscritos, próximamente del volúmen de una bola de billar, se veían en la superficie del hígado; pero no se encontró ningun quiste ántes de haber separado el órgano. Separándole se vió que la mayor parte del lóbulo derecho era elástica y fluctuante, y que la cara superior era convexa y empujaba el diafragma hácia arriba. En la cara inferior del lóbulo derecho, cerca del borde anterior, se encontraba un quiste deprimido, del tamaño de una naranja, con una pared igual, fibrosa, gruesa, que comunicaba, por dos pequeños orificios situados en su cara inferior, con la cavidad-absceso de que hace poco hablaba, formada por adherencias á la cara inferior del hígado. Esta cavidad-absceso se había abierto probablemente durante la vida. Mas hácia atras en el hígado, y contiguo al quiste deprimido, se encontraba otro más grueso, que formaba eminencia en la cara superior del lóbulo derecho, pero cubierto por una delgada capa de tejido hepático. Ambos quistes contenían un líquido espeso, puriforme, grumoso; su superficie interna era irregular, desigual: el más grueso de ellos se abría en una especie de tejido carvernoso formado, al parecer, por abscesos múltiples que habían interesado la sustancia del hígado. En ninguno de los quistes se pudieron encontrar indicios de membrana hidatídica, ni de equinococo, ora á simple vista, ora al microscopio. La vesícula biliar contenía bilis líquida normal. El bazo pesaba seis onzas, era duro y oscuro. Los riñones algo pequeños, pero su tejido normal. Los intestinos no pudieron examinarse con cuidado. Corazon pequeño, pero sano. La pleura derecha contenía 14 onzas de serosidad algo turbia. La superficie del pulmon derecho era desigual por el depósito de linfa reciente, y había algunos infartos puohémicos en los lóbulos medio é inferior. Dos ó tres infartos semejantes en el lóbulo inferior del pulmon izquierdo.

XVIII. — Tubérculos del hígado

Algunas veces puede haber aumento de volúmen del hígado por depósito tuberculoso. El estudio del tubérculo del hígado necesita todavía nuevas investigaciones. Rokitanski habla de tubérculos hepáticos que se presentan «bajo la forma de granulaciones miliares crudas, semitrasparentes, en cuyo caso son, generalmente, un producto de la tuberculósis agu-

da» (1). Frerichs dice tambien que se pueden encontrar en el hígado nódulos de tubérculo amarillo capaces de reblandecerse y de pasar al estado de vómicas; miéntras que otros observadores han visto coartaciones y dilataciones de los conductillos biliares, á consecuencia de un depósito tuberculoso en sus paredes (2). El aumento de volúmen del hígado que sobreviene en el curso de la tuberculósis generalizada puede ser determinado por un depósito tuberculoso, lo mismo que el producido por un depósito de materia amiloidea ó de grasa.

No existen síntomas por los cuales se pueda distinguir durante la vida el aumento de volúmen del hígado por tuberculizacion, y se comprende desde luégo cuán difícil será el pronóstico y el tratamiento.

En el siguiente caso el hígado estaba infiltrado de tubérculos miliares muy finos; la ictericia fué debida, probablemente, á un catarro de las vías biliares, que estaba á punto de ceder ántes de la muerte del enfermo.

OBSERVACION XCIX.—*Tuberculósis generalizada.—Aumento de volúmen del hígado por depósito tuberculoso. — Ictericia catarral.—Embolia del bazo.*

María C..., de 40 años de edad, fué admitida en el hospital Middlesex, en mi clínica, el 17 de Diciembre de 1867. Su padre y su madre murieron á los 50 años de una afeccion de pecho, y de sus 11 hermanos, todos, excepto uno, han muerto; pero la paciente no recuerda de qué enfermedad. Ofrece un estado de postracion considerable, y sus ideas son algo confusas. A juzgar por los antecedentes que nos proporciona perdió el apetito hace seis meses, padeciendo ademas vómitos media hora despues de cada comida. A los dos ó tres meses se tornó ictérica. No había padecido tos, ni hemoptísis, ni temblores, ni sudores nocturnos, pero desde el principio perdió las fuerzas y enflaqueció.

A su entrada se observa una ictericia de moderada intensidad en la piel y en las conjuntivas; la orina da la reaccion del pigmento biliar, depósito abundante de uratos, pero sin albúmina. No hay comezon en la piel. Lengua seca y oscura, excepto en los bordes, que están muy rojos. La enferma nos asegura que hasta el momento de su admision vomitaba casi todos los alimentos media hora despues de haberlos tomado; pero desde entónces no ha vuelto á vomitar. Tuvo algunos instantes despues de su entrada una deposicion: las materias ofrecían una mediana consistencia y un color bilioso oscuro. La macidez hepática ha aumentado: mide cinco pulgadas en la línea mamaria derecha, y pasa una pulgada del reborde costal; la porcion que está por debajo de las costillas es igual y ligera-

(1) *Pathological Anatomy*, Syd. Soc. Transl., t. II, pág. 149.
(2) Frerichs, *op. cit.*, pág. 561.

mente sensible. Pulso á 120, pequeño y débil; ligero ruido de soplo sistólico en la punta del corazon, hácia el lado izquierdo; temperatura 37°,8. Nada que llame la atencion en los pulmones, por más que, dado el estado de la enferma, no se examinaron con detenimiento. Ancha escara superficial en el sacro.

Tratamiento. — Bismuto, éter clórico y estimulantes; pero la postracion aumentó rápidamente; delirio; miccion y defecacion involuntarias; muerte el 23 de Diciembre.

Autopsia. — Medio litro de serosidad clara en el peritoneo; hígado muy grueso, pesando 77 onzas; cápsula no engrosada ni adherente; superficie generalmente adherida, pero marcada por muchas pequeñas depresiones y elevaciones; el tejido glandular es opaco y ofrece un color amarillo pálido exactamente igual al de un hígado grasoso, del cual difiere, sin embargo, por su consistencia dura y resistente. Al hacer un corte se podía hacer salir de los conductos biliares una pequeña cantidad de bilis ténue, acuosa; muchos de estos conductos ofrecían ligeras dilataciones. La vesícula contenía una corta cantidad de líquido semejante, y tambien muchas pequeñas concreciones negras en forma de arenilla. Al microscopio observó el Dr. Cayley que el aumento de volúmen del hígado era debido á la presencia de numerosos tubérculos miliares sembrados á traves del tejido glandular, entre los lóbulos, y presentaba todos los caractéres anatómicos de los tubérculos grises; algunos eran apreciables á simple vista bajo la forma de pequeños puntos grises. La mucosa del estómago está pálida; pero la del duodeno, inmediatamente por debajo del píloro y en una extension de ocho pulgadas próximamente, está muy inyectada, tumefacta y sembrada de muchas pequeñas elevaciones granulosas, debidas quizás á glándulas solitarias engrosadas. La membrana que envuelve el conducto colédoco es tambien muy roja y la mucosa está ligeramente tumefacta, pero el conducto no se halla obstruido. Tres pequeñas úlceras tuberculosas en la parte inferior del ileon. Ambos pulmones están sembrados de muchos tubérculos miliares grises, y cerca de los dos vértices se encuentra una pequeña placa de tubérculo gris antiguo. El borde de una de las puntas de la válvula mitral está muy engrosado. No hay linfa en la base del cerebro, ni tubérculos en la pia-madre, pero sí serosidad abundante debajo de la aracnoides y en los ventrículos cerebrales; en la cavidad de la aracnoides, en ambos hemisferios, se encontraba una delgada capa de sangre extravasada. En el útero, un tumor fibroso muy grueso; el sitio del ovario derecho estaba ocupado por un tumor del tamaño de una naranja, en parte sólido y en parte reducido al estado de materia blanda y caseosa. La trompa de Falopio derecha era tan gruesa como el dedo, y estaba llena de una sustancia blanda. Su membrana de cubierta era desigual y ulcerada, lo mismo que la de los cálices renales en la pielítis tuberculosa. Hígado engrosado, que pesaba 15 ½ onzas, muy blando y sem-

brado de muchos abscesos del volúmen de un guisante al de una avellana y conteniendo pus espeso y amarillo; ofrece igualmente muchos depósitos sólidos que presentan los caractéres de los infartos recientes. La sustancia cortical de ambos riñones se halla sembrada de finas granulaciones amarillas tuberculosas.

XIX. — Aumento de volúmen del hígado por tumores linfáticos

En la leucemia, y en los casos en que existe una tendencia general al aumento de volúmen del sistema linfático independiente de la leucemia, se puede encontrar el hígado sembrado de nuevas formaciones, algunas veces finas y de color blanco grisáceo, bastante semejantes á los tubérculos miliares, ó bien de color amarillo opaco y tan gruesas como cerezas. Anatómicamente estas formaciones se parecen al tejido linfático, y se cree que su desarrollo está en conexion con el sistema linfático. Cuando son muy numerosas, pueden determinar un aumento de volúmen del hígado. Por consiguiente, en todos los casos de leucemia ó de aumento general de volúmen del sistema linfático, el volúmen del hígado puede crecer, ora por esta causa, ora por una simple hipertrofia. No se podrá intervenir más que para lo que concierne al estado general (1).

XX. — Aumento de volúmen del hígado con xantelasma

El siguiente caso es un ejemplo característico de la afeccion descrita, por primera vez, por los Sres. Addison y W. Gull en el tomo VII de la segunda série de los *Guy's Hospital Reports*, con el nombre de *vitiligoidea*, y que Mr. Erasmus Wilson designó más tarde con el de *xantelasma*. En el tomo XIX de las *Pathological Transactions* se encuentran referidos dos casos por el Dr. Hilton Fagge, el cual escribió lo que sigue: «La naturaleza de la modificacion que sufre el hígado en esta afeccion es, hasta el presente, completamente desconocida. No conozco ningun caso de *vitiligoidea* en que se haya practicado el exámen cadavérico. El hígado parece considerablemente aumentado de volúmen y de una manera uniforme. No se notan en su superficie eminencias ni nódulos.»

Las placas de *vitiligoidea plana*, como las que existían en el caso siguiente, se encuentran á veces en los párpados, aparte de la ictericia ó de cualquier otra alteracion manifiesta del hígado. Por lo demas, la enfermedad puede ser hereditaria algunas veces, conforme ha indicado el doctor

(1) Como ejemplos de tal estado morboso, citaré los casos publicados por mí en las *Patholog. Transact.*, t. XX, págs. 192, 193; t. XXI, pág. 372.

Church (1); pero esto no disminuye el interes del hecho de que en muchos casos la enfermedad cutánea está relacionada con la ictericia y con el aumento de volúmen del hígado, presentando caractéres clínicos particulares. La ictericia, conforme ha advertido el Dr. Fagge, puede considerarse como una especie aparte. Ofrece la particularidad de que es muy crónica y persistente, dura meses y áun años, y que, aunque sea muy marcada, es en la mayor parte de los casos (pero no siempre) independiente de una obstruccion completa del conducto hepático, pues, por lo general, se encuentra bílis en cantidad suficiente en las evacuaciones alvinas. El aumento de volúmen del hígado se distingue porque es considerable y uniforme, y porque la superficie del órgano es dura, igual y algo sensible.

En el siguiente caso se vió que el aumento de volúmen era debido á una formacion excesiva de tejido fibroide, y se creyó que existía una hepatítis intersticial, de la cual he presentado algunos ejemplos en la leccion anterior. En todas partes, á lo largo de los vasos de la circulacion porta y entre los lóbulos, el hígado estaba invadido por un depósito denso, duro, constituido por tejido fibroso y por masas de corpúsculos finos ó núcleos. El tejido glandular se hallaba separado, por este depósito denso, en placas circunscritas ó islotes, como se ve en un hígado cirrótico. La opinion, segun la cual se trataba en este caso de una cirrósis, se hallaba confirmada por los excesos alcohólicos del enfermo. Pero, por otra parte, la ictericia era más intensa y más persistente de lo que suele serlo en la cirrósis.

La causa de la ictericia no era muy aparente; la presencia de bílis en las deposiciones parecía demostrar que era independiente de alguna obstruccion de los gruesos conductos biliares, al mismo tiempo que su duracion y la falta de síntomas de intoxicacion de la sangre hasta poco ántes de la muerte alejaban la idea de un estado morboso de la sangre. Sin embargo, la vitiligoidea indicaba por sí misma un desórden marcado de la nutricion; de suerte que la ictericia pudo muy bien ser producida por el pigmento biliar, que, en su proceso incesante de reabsorcion, no se trasformó completamente en pigmento urinario y otros materiales, formas bajo las cuales es eliminada del organismo en las condiciones fisisiológicas, ó bien pudo atribuirse á una oclusion parcial de los conductos biliares, producida por la compresion de las glándulas infartadas de la cisura hepática.

El caso de Angel S... es el primero en que pudo examinarse con cuidado, despues de la muerte, la forma de aumento de volúmen del hígado asociado con xantelasma (2). Las mismas lesiones fueron observadas des-

---

(1) *Saint-Barthol. Hosp. Reports*, t. X.
(2) El caso fué publicado en las *Pathol. Transact.*, 1869, t. XX, pág. 187.

pues, en otro caso, por el Dr. Hilton Fagge (1). En la actualidad se ha llegado á una conclusion; á saber: que afecciones hepáticas muy diferentes pueden producir el desarrollo del xantelasma. En otra leccion os referiré un caso en el cual este último fué producido por una obstruccion prolongada del conducto colédoco debida á un cálculo. El Dr. Pio Smith ha publicado un caso análogo (2). Los Dres. Wickham Legg y Duckworth lo han observado en un caso de ictericia debida á una obstruccion del conducto hepático por un hidátide (3), y el Dr. Moxon lo vió despues de la obstruccion de este conducto por una simple estrechez (4). Parece que este estado particular de la piel puede desarrollarse en cualquier forma de ictericia si es bastante prolongada.

OBSERVACION C.—*Aumento de volúmen del hígado por hepatítis intersticial.—Ictericia.—Xantelasma.*

Angel S..., de 41 años, comerciante de papel, fué admitido en el hospital Middlesex el 14 de Julio de 1868. Su padre y su madre han muerto, aunque el enfermo ignora la causa. Durante muchos años Angel S... ha abusado de las comidas y bebidas, bebiendo mucho ron, aguardiente y Ginebra. Desde hace cuatro ó cinco años tiene malas digestiones y vomita de vez en cuando, sobre todo por la mañana. Dos años ántes de su admision los vómitos se hicieron más frecuentes, y sobrevenían siempre despues de las comidas. Hácia la misma época el enfermo se debilitó y fué adelgazando, perdió el apetito y observó que el vientre se hinchaba. Seis meses despues se presentó la ictericia, que desde entónces no ha cesado. Doce meses ántes de su admision comenzó á experimentar dolor en la region del hígado y entre los hombros; á los seis meses notó por primera vez placas pálidas, decoloradas, en los párpados. Durante estos últimos meses tuvo de vez en cuando epistáxis y arrojó una corta cantidad de sangre por el ano, aunque, segun dice, no tuvo hemorroides. Las materias fecales presentaron siempre un color amarillo bilioso.

A su entrada, el enfermo está débil y delgado; se ve obligado á guardar cama. Toda la superficie del cuerpo y las conjuntivas están profundamente ictéricas. En los dos párpados de ambos ojos se veían placas de color crema pálido, que contrastaba fuertemente con el color amarillo oscuro inmediato. El párpado inferior del ojo derecho está casi completamente invadido por la decoloracion, y en los demas párpados el diáme-

(1) *Ibid.*, 1873, t. XXIV, pág. 242.
(2) *Ibid.*, t. XXIV, pág. 250.
(3) *Ibid.*, t. XXV, pág. 155, y *Saint-Barthol. Hosp. Rep.*, t. X, pág. 60.
(4) *Ibid.*, t. XXIV, pág. 129.

tro de las placas variaba desde una cabeza de alfiler á media pulgada. Estas placas daban al tacto una sensacion lisa, igual, sus bordes estaban bien limitados, y parecía que se elevaban ligeramente por encima de la superficie inmediata, aunque no era así en realidad. No había placas decoloradas en las encías, ni prominencias tuberculosas en las manos, ni en otras partes. La parte anterior del pecho y del cuello estaban completamente sembradas de anchas placas de decoloracion, unas al lado de otras, más oscuras que la piel amarilla que las rodeaba, y escamosas en la superficie como la pitiriásis. Placas circulares circunscritas de la misma índole, y algo menores que una peseta, en ambos antebrazos, cerca de las muñecas. En estas placas oscuras sentía el enfermo una viva comezon. Abdómen muy distendido, principalmente por el aumento de volúmen del hígado; circunferencia en èl ombligo 33 1/2 pulgadas y 35 1/2 al nivel del borde inferior de las costillas. La macidez hepática vertical medía seis pulgadas en la línea media anterior, nueve pulgadas en la línea mamaria derecha y 10 pulgadas en la línea axilar, donde llegaba por debajo hasta la cresta del ileon. El hígado estaba constantemente doloroso, y la porcion que existía por debajo de las costillas era lisa, densa y ligeramente sensible. El borde inferior cortante y duro. Bazo muy grueso; se siente claramente su borde inferior, que pasa tres pulgadas del borde inferior de las costillas izquierdas. No hay ascítis ni desarrollo de venas abdominales superficiales. Lengua húmeda y cubierta de una capa blanquecina. Ademas, en ocasiones, vómitos alimenticios. Vientre libre, deposiciones regulares y ofreciendo el color del pigmento biliar. La orina contiene mucho pigmento biliar é indicios de albúmina, pero no azúcar, leucina, ni tirosina; densidad, 1.012. Pulso á 84; macidez cardiaca ligeramente aumentada; el ruido de soplo sistólico se percibe claramente en el tercer espacio intercostal izquierdo. Submacidez con respiracion débil en la parte inferior y posterior del pulmon derecho.

Despues de la entrada del enfermo los vómitos aumentaron, pero disminuyeron momentáneamente gracias á la administracion de píldoras con creosota y morfina; sin embargo, continuaron presentándose hasta la muerte. El 23 y 24 de Agosto el enfermo vomitó una considerable cantidad de líquido sanguíneo. Tuvo tambien en varias ocasiones diarrea; las materias continuaron conteniendo bílis y una corta cantidad de sangre roja. El hígado estaba siempre muy doloroso y muy sensible, pero no sobrevino ninguna modificacion aparente en su volúmen miéntras el enfermo estuvo en observacion; aunque el paciente continuaba adelgazando, el aumento de volúmen del hígado se hizo cada vez más aparente. Se podía observar claramente, á traves de las paredes abdminales, que su borde subía y bajaba con los movimientos de la respiracion. La ictericia se hizo más oscura y el enfermo adquirió un color algo bronceado; pero las conjuntivas perdieron su color ictérico, y en cuanto á las placas pálidas dé los párpados,

no sufrieron ningun aumento ni alteracion. Se buscó muchas veces la presencia de leucina y tirosina en la orina, pero en vano. Ordinariamente, aunque no siempre, dicho líquido contenía albúmina. El enfermo cayó en un estado de enflaquecimiento é inanicion considerables. A fines de Agosto comenzó á tener hipo, agitacion y delirio. Cuando sufría la menor contrariedad, comenzaba á dar fuertes gritos, en términos que fué preciso trasladarle á la sala de delirantes.

El 4 de Setiembre aparecieron las aftas en la bóveda del paladar; se presentó de nuevo la diarrea; el enfermo perdía fuerzas por momentos.

El 19 de Setiembre la lengua y los dientes se cubrieron de fuliginosidades, y el 20 falleció el paciente.

Autopsia. — Si hicieron cortes con el cuchillo de Valentin á traves de las placas de color crema de los párpados *in situ*. Se vió que la coloracion era debida al depósito, en las mallas del dérmis, de una gran cantidad de gránulos oleosos, á la vez aislados y reunidos en masas, y siempre muy abundantes en las inmediaciones de los folículos pilosos, que bajo los demas puntos de vista parecían normales. Coloreado con el carmin, se distinguía un núcleo en el centro de las masas oleosas. Las células epidérmicas no estaban enfermas. La materia oleosa se hallaba en tal cantidad en el dérmis, que rebosaba bajo la forma de líquido oleoso cuando se practicaba un corte debajo del agua.

Algunas onzas de líquido en el peritoneo. Hígado muy grueso: su borde inferior pasaba del ombligo; pesaba 80 onzas, superficie externa lisa, cápsula engrosada, y en muchos puntos fija á las partes inmediatas por sólidas adherencias antiguas; tejido duro, y que presentaba al corte una superficie igual, densa, de color pálido grisáceo, con poca apariencia de tejido glandular, pero con gran aumento aparente del elemento fibroso. En varios puntos se encontraban islotes más oscuros y de color ictérico, que parecían ser restos de tejido glandular. Al microscopio se vió que la sustancia más densa, que formaba la mayor parte del hígado, consistía en elementos nucleares y fibroides en los conductos de la circulacion porta y entre los lóbulos; el elemento nuclear era particularmente abundante; algunos grupos de núcleos redondeados, ó cuerpos parecidos á los corpúsculos linfáticos, se hallaban aglomerados alrededor de los capilares, entre los lóbulos. En ciertas partes del tejido denso predominaba el elemento nuclear, y en otras el elemento fibroide. En algunos puntos los núcleos tenían la forma de granos de avena y parecía que pasaban al estado de fibras; sin embargo, semejante aspecto era completamente excepcional. Se vió que las porciones amarillas del hígado estaban formadas de lóbulos hepáticos, cuyas células contenían aceite y pigmento biliar.

Se encontró bílis verde en el duodeno, y se podía fácilmente, comprimiendo sobre la vesícula, hacer salir bílis y que ésta pasara al intestino, á lo largo del conducto cístico y colédoco. Los ganglios linfáticos de la ci-

sura del hígado y los que estaban á lo largo de las arterias iliacas, eran muy voluminosos é ictéricos. Volúmen del bazo muy aumentado: pesa 23 onzas; la cápsula está engrosada, y en su interior se encuentran numerosos depósitos opacos, amarillos, embólicos, que llegan hasta el volúmen de un guisante. En la pared posterior del estómago, á algunas pulgadas del píloro, se veía una úlcera simple, más ancha que un duro, cuya base estaba formada por el tejido del páncreas; su superficie ofrecía el aspecto reluciente de una cicatriz, y los bordes estaban algo plegados. Ambos riñones eran gruesos: pesaban cerca de 11 onzas; el derecho contenía numerosos depósitos embólicos de color amarillo opaco, uno de ellos del grosor de una nuez; el riñon izquierdo contenía dos ó tres depósitos semejantes, pero más pequeños. El corazon no estaba hipertrofiado: pesaba 11 onzas y 1/4; las válvulas aórticas eran suficientes, pero dos de ellas estaban reunidas, y su punto de adherencia á la aorta se hallaba parcialmente separado; de suerte que, al parecer, no formaban más que una valva. Algunas pequeñas vegetaciones rugosas en su superficie ventricular.

XXI. — Aumento de volúmen de la vesícula

El volúmen de la vesícula biliar puede aumentar por diversas causas, de modo que forme un tumor fijo al hígado y apreciable á traves de las paredes abdominales.

Las causas, síntomas y tratamiento de semejante estado morboso, serán objeto de una de las lecciones inmediatas. (V. Leccion XIII.)

LECCION OCTAVA

DIMINUCION DE VOLÚMEN DEL HÍGADO

Atrofia simple. — Atrofia aguda ó amarilla. — Atrofia crónica. — (Cirrósis. — Induracion simple y sifilítica. — Atrofia roja.)

SEÑORES:

En las lecciones anteriores me he ocupado de los límites normales de la macidez hepática, y despues de las principales causas bajo cuya influencia se desarrolla un aumento de volúmen, aparente ó real, del hígado, lo mismo que de los medios de reconocerle. Hoy nos toca examinar las diferentes causas que pueden producir una diminucion de extension de la macidez hepática y sus caractéres distintivos. No debeis olvidar, ante todo, que el área de la macidez hepática puede muchas veces parecer menor, aunque el órgano conserve en realidad su peso y volúmen normales.

PSEUDO-RETRACCIONES DEL HÍGADO

Las principales condiciones que pueden producir una *diminucion aparente del volúmen del hígado*, son las siguientes:

1.ª La *distension timpánica de los intestinos*, particularmente la del cólon trasverso y del estómago, puede impedir que se sienta el borde inferior del hígado y disminuir la extension de la macidez hepática de diferentes modos:

a) Una porcion del estómago ó del intestino, distendidos por los gases, puede interponerse entre la superficie del hígado y las paredes abdominales.

b) Cuando el borde inferior del hígado es delgado, y cuando hay una excesiva distension timpánica de los intestinos subyacentes que empuja el hígado hácia adelante y determina la tension de las paredes abdominales,

será difícil sentir por la palpacion el borde inferior del hígado, y su macidez á la percusion será imperceptible.

c) Cuando la timpanítis es excesiva, el diámetro antero-posterior de la cavidad abdominal está aumentado, y la porcion inferior del hígado puede estar levantada de tal modo que haya una menor superficie hepática en contacto con las paredes abdominales.

En cualquiera de las circunstancias precedentes, la macidez hepática puede haber disminuido y áun desaparecer por completo; de suerte que al sonido suministrado por la percusion sucede inmediatamente el debido á los intestinos. El hígado puede tambien parecer muy disminuido, sin que su volúmen haya cambiado en realidad. Encontrareis un caso notable de este género, referido por el Dr. Bright: al abrir el vientre no se encontró el hígado ni el cólon; pero en su lugar se vieron las circunvoluciones del intestino delgado, que se hallaban alojadas por delante del hígado; el cólon y el epiploon, replegados por detras del hígado, comprimían este órgano y habían producido surcos profundos en su cara anterior (1).

Debemos suponer que la diminucion de volúmen del hígado es sólo aparente cuando va acompañada de las circunstancias siguientes:

a) El solo hecho de la existencia de una distension timpánica de los intestinos debe hacernos concebir algunas reservas para creer, por la diminucion del área de la macidez hepática, en una atrofia real del hígado. La misma reserva es necesaria cuando exista una ascítis. El líquido derramado empuja hácia arriba todos los intestinos, que pueden estar medianamente distendidos por los gases, pero que pueden tambien llegar á producir el mismo resultado que una timpanítis más extensa; semejante error tiene una importancia tanto mayor cuanto que la ascítis es una consecuencia ordinaria de la atrofia real del hígado.

b) Una macidez hepática cuya extension varía en diferentes momentos es un signo de atrofia falsa del hígado, muy útil para el diagnóstico. La macidez hepática variará en su extension segun la cantidad de gases que exista en el estómago y en los intestinos, y el líquido que haya en el peritoneo. El diagnóstico se facilitará, pues, por los exámenes frecuentemente repetidos, sobre todo si se practican ántes de las comidas y despues de haber vaciado los intestinos con un purgante.

c) La variacion en la extension de la macidez hepática en diversos puntos, no es rara en los casos de falsa atrofia del hígado. La distension timpánica del estómago y de los intestinos puede disminuir ú ocultar la macidez hepática en la línea media ó en la línea mamaria derecha; pero apénas es verosímil que tenga influencia sobre la línea axilar ó sobre la línea dorsal. Algunas veces tambien puede ser menor el espacio en que la

---

(1) *Abdominal Tumours*, Syd. Soc. ed., pág. 259.

macidez hepática está oscurecida, como, por ejemplo, cuando una asa intestinal se interpone entre el hígado y la pared del abdómen.

d) La falta de los demas signos ó síntomas de afeccion hepática real. No debemos perder de vista la posibilidad de una ascítis independiente de toda enfermedad del hígado.

2.ª La *acumulacion de gases*, general ó parcial, *en la cavidad peritoneal*, como la que puede determinar una perforacion estomacal ó intestinal, es capaz de oscurecer, en mayor ó menor grado, la macidez hepática; pero ordinariamente será fácil conocer la naturaleza de estos casos por:

a) La forma arqueada de la distension timpánica de las paredes abdominales.

b) Los síntomas de peritonítis por perforacion.

3.ª El *tejido hepático puede ser extraordinariamente blando*, de suerte que el órgano se encoja y se deprima contra la columna vertebral y la parte posterior del abdómen, y por consiguiente se encuentre más ó ménos cubierto, hácia adelante, por el estómago y los intestinos, sin que tales órganos se hallen normalmente distendidos por los gases. Ya os he dicho que en la degeneracion grasosa el aumento de volúmen puede parecer por esta causa más considerable, pues una porcion del hígado, mayor que en estado normal, se encuentra yuxtapuesta á la pared abdominal; pero si el hígado se encoge más y más, de modo que se interponga el intestino, puede suceder lo contrario. Finalmente, en la atrofia aguda del hígado el órgano no está solamente reducido de volúmen, sino que puede ser tan blando que se deprima contra la columna, desapareciendo por delante todo indicio en la pared abdominal; de suerte que el órgano puede parecer más pequeño de lo que es en realidad.

No perdiendo de vista estas causas de error, que son quizá más falaces que las que conciernen á los casos de aumento de volúmen, podemos pasar al exámen de las causas de atrofia real del hígado.

La atrofia del hígado puede dividirse en tres categorías:

I. *Atrofia simple.*

II. *Atrofia aguda.*

III. *Atrofia crónica*, en cuya categoría comprenderé la afeccion designada ordinariamente con el nombre de *cirrósis*, de *induracion simple* y de *atrofia roja.*

Voy á exponeros los caractéres clínicos y el tratamiento apropiado de estas diversas formas de atrofia.

I. — Atrofia simple

Se entiende por *atrofia simple* una diminucion de volúmen del hígado, independiente de toda alteracion en su estructura. Sólo los lóbulos

están disminuidos de volúmen y pueden ser bastante pequeños para que sea difícil distinguirlos; el tejido presenta al corte un aspecto igual, y á menudo una consistencia uniforme. En tal estado, el hígado puede hallarse reducido á ménos de la mitad de su peso y de su volúmen normales. Aunque esta condicion del hígado no ofrezca una importancia práctica considerable, no es raro encontrarla en un grado mayor ó menor; la ignorancia de su naturaleza y de sus caractéres puede dar lugar á errores de diagnóstico.

Hé aquí los signos por los cuales puede reconocerse esta forma de atrofia:

1.° Las circunstancias en que sobreviene. Hay dos principales, que son la edad avanzada y la inanicion.

a) *Edad avanzada.* — La atrofia simple ha sido descrita algunas veces como *atrofia senil* (1). A medida que el sujeto avanza en edad, los diversos tejidos y órganos presentan una tendencia, ora á la degeneracion, ora al desgaste. En ciertas personas predominan las diversas formas de degeneracion (grasosa, calcárea, etc.), miéntras que en otras se observa un simple *desgaste.* En el último caso falta la fuerza que se oponía al desgaste del organismo durante la infancia y la juventud, y que mantenía la balanza en el vigor de la edad madura, y el gasto domina entónces sobre el crecimiento. Considerando el importante papel que juega el hígado en la nutricion general, no debe sorprendernos que su diminucion de volúmen en los viejos sea mucho mayor que la del organismo en general, en términos que, en la atrofia senil, el peso y el volúmen de la glándula hepática están reducidos á la mitad.

b) La *inanicion* puede tambien producir la atrofia simple por falta de ingreso nutritivo que compense el de gasto incesante de la economía. Si recordais el aumento de volúmen del hígado que produce cada comida, comprendereis fácilmente que, en los casos de inanicion, el hígado sufre un notable desgaste, en proporcion con el resto del cuerpo. Es difícil explicar por qué unas enfermedades consuntivas producen en ciertas personas un desgaste, una diminucion de volúmen del hígado, y en otras un acúmulo de grasa en este órgano.

La inanicion puede sobrevenir de dos modos: ora por una alimentacion insuficiente, ora por una asimilacion defectuosa de los materiales nutritivos. Por consiguiente, encontrareis con frecuencia la atrofia simple del hígado en personas que han fallecido de una estrechez del píloro, del esófago ó del cardias. Pronto os referiré la historia de un enfermo de 54 años de edad que padecía un tumor canceroso de la extremidad inferior del esófago, y en el cual el área de la macidez hepática normal estaba reducida á

(1) Picot, *Los grandes procesos morbosos* (Lecciones de Patología general). Version española del Dr. M. Carreras Sanchis. Madrid, 1878.

la mitad, y cuyo hígado no pesaba despues de la muerte más que 32 onzas, en vez de 54, que es la cifra normal en esta edad. (Observacion CI.)

Recordareis igualmente el caso de Samuel N..., de 63 años, que murió de un cáncer del hígado que rodeaba el vértice del pulmon izquierdo, y cuyo hígado era bastante pequeño, pesando tan sólo 42 onzas; y el caso de Elisa P..., de 48 años, que murió de un cáncer de la faringe, y cuyo hígado sólo pesaba 35 onzas. En todos estos casos se pudo observar la atrofia simple.

c) La *compresion* por un corsé demasiado apretado, por un derrame pleurítico ó pericardiaco, por exudaciones peritoneales circunscritas, ó por el aumento de volúmen de las porciones de intestino más próximas al hígado, puede igualmente determinar la atrofia simple de este órgano. En tales circunstancias, sin embargo, la atrofia suele ser parcial y tiene escasa importancia clínica, á no ser que los conductos biliares ó los gruesos vasos sanguíneos hayan estado sometidos á dicha compresion.

2.° Falta todo signo de afeccion ó de desórden hepático. Al mismo tiempo que hay diminucion en el volúmen del hígado, existe, sin duda, una diminucion de su poder funcional; pero queda todavía una cantidad suficiente de tejido glandular para el menor trabajo que tiene que cumplir. Sin embargo, debemos guardarnos de considerar como síntomas de una enfermedad del hígado los que pertenecen á la afeccion primitiva bajo cuya dependencia se encuentra la atrofia.

La atrofia simple del hígado no reclama otro tratamiento que el que conviene á los estados que la produce.

El siguiente caso servirá para gravar en vuestra memoria los caracteres clínicos y anatomo-patológicos de la atrofia simple del hígado. El caso es tambien interesante como ejemplo de coexistencia de depósito canceroso y tuberculoso; otros casos han sido referidos por el Sr. Sibley (1), por el Dr. Bristowe (2) y por mí mismo (3). Es difícil aplicar á estos casos las creencias que generalmente se tienen; á saber: que el tubérculo y el cáncer dependen de una diátesis particular que regula la naturaleza de la exudacion, porque entónces la diátesis debe variar en diferentes partes del mismo cuerpo.

OBSERVACION CI. — *Coexistencia de la estrechez cancerosa del esófago con tubérculos recientes de los pulmones. — Atrofia simple del hígado.*

Augusto T..., de 54 años, sastre, fué admitido en el hospital Middlesex

(1) *Med. Chir. Trans.*, t. XLII, pág. 149.
(2) *Transact. Pathol. Soc.*, t. X, pág. 284.
(3) *Ibid.*, t. XV, pág. 104.

el 24 de Julio de 1863; mediana estatura, delgado; ha abusado mucho de las bebidas, sobre todo de la Ginebra; con todo ha gozado siempre buena salud hasta unas cuatro semanas ántes de su admision, en que comenzó á experimentar dolor de corazon inmediatamente despues de las comidas, algunas veces ántes de haber tragado siquiera el alimento. Nunca había observado sangre en los vómitos, pero enflaqueció rápidamente y perdió sus fuerzas.

Al entrar en el hospital está muy delgado; sus facciones expresan la ansiedad; el enfermo traga los alimentos sólidos, pero los vomita, ora inmediatamente, ora al cabo de algunos minutos; ademas, de vez en cuando arroja grandes cantidades de un líquido claro, ácido. Se quejaba de dolores entre los hombros; pero no acusaba sensibilidad en la espina dorsal, ni ruidos anormales en ninguno de los dos pulmones. El abdómen no era sensible en parte alguna, ni se podía percibir en él el menor indicio de tumor. Macidez hepática muy poco extensa; dos y media pulgadas en la línea mamaria derecha. Macidez del bazo, normal. No hay ascítis ni ictericia. Lengua sucia; extreñimiento. Pulso á 61, débil; no se nota ruido anormal en el corazon, ni anasarca, ni albúmina en la orina.

Nada puede calmar los vómitos; el enfermo fué enflaqueciendo y debilitándose más y más, miéntras que la macidez hepática se reducía á dos pulgadas.

El 30 de Agosto calmaron los vómitos; pero esto era debido á que el enfermo no tomaba ya alimentos.

Falleció el 7 de Setiembre.

Nunca había tenido tos. No se había examinado el pecho desde el 24 de Julio.

Autopsia. — Falta completa de grasa debajo de la piel y á traves del cuerpo. El esófago, á una y media pulgadas por encima del cardias, tiene un calibre próximamente igual al de una pluma de ganso, en una extension de media pulgada poco más ó ménos. Un tumor duro, del grosor de la mitad de una nuez, estaba sólidamente fijo á la porcion estrechada, y formaba una parte de su pared porterior. La porcion correspondiente de la membrana mucosa ofrecía un aspecto especial, parecido al de una cicatriz. La sustancia del tumor era densa, fibrosa, blanca y ligeramente traslúcida, y sembrada de puntos amarillos más blandos, más opacos. Daba, raspándolo, un jugo opaco. Al microscopio se vió que las porciones más densas del tumor contenían numerosas *células cancerosas* de volúmen variable, hasta 1/450 de pulgada de diámetro. Eran redondeadas, elípticas y con prolongaciones, y contenían uno ó dos gruesos núcleos de un diámetro tres veces menor que el de la célula. Algunas células contenían en su interior otras células más pequeñas. En las porciones más blandas del tumor las células no estaban bien definidas, y se hallaban mezcladas con cierta cantidad de materia oleosa y granulosa. Los ganglios bronquiales no estaban infartados, ni tampoco los

linfáticos próximos al tumor. Estómago pequeño, pero, por lo demas, normal. El hígado presentaba los caractéres ordinarios de la atrofia simple: sólo pesaba 32 onzas; su superficie externa era igual; la única modificacion que se observado al hacer un corte, era que el volúmen de los *acini* se hallaba reducido á la mitad. Las células hepáticas eran pequeñas y apénas contenían un poco de aceite, pero, por lo demas, eran normales. El bazo no pesaba más que tres onzas. Los riñones eran igualmente pequeños y anémicos, pero normales.

Ambos pulmones eran muy pequeños: el derecho pesaba nueve onzas y tres cuartos, y el izquierdo cerca de nueve onzas. Los vértices de los pulmones estaban fuertemente adheridos á las paredes torácicas y llenos de cicatrices al exterior. Al practicar un corte en las cicatrices se vieron algunos depósitos cretáceos tan gruesos como guisantes, lo mismo que una ó dos pequeñas cavidades de paredes gruesas y que contenían pus. Ademas se encontraron, esparcidas á traves de los lóbulos superiores de ambos pulmones, muchas granulaciones grises, traslúcidas, aisladas y reunidas por grupos, del volúmen de una avellana, y que presentaban todos los caractéres macroscópicos y microscópicos de los tubérculos miliares. El corazon pesaba cerca de siete onzas, y estaba desprovisto de grasa, pero, por lo demas, era normal.

II. — Atrofia amarilla ó aguda. — Ictericia grave, tifoidea ó hemorrágica

La ictericia grave es una enfermedad rara pero notable, en la cual el hígado se atrofia rápidamente, al mismo tiempo que se manifiesta ictericia y síntomas cerebrales; el resto del hígado, al hacer la autopsia, está muy blando y amarillo, sin apariencia de lóbulos, y las células hepáticas están, en gran parte ó en totalidad, reducidas al estado de materia granulosa y de glóbulos oleosos. La rareza de esta enfermedad es tal en Lóndres, que en otro tiempo, en que bastaba que un enfermo presentara lengua sucia y delirio para admitirle en el hospital de los febricitantes, entre más de 25.700 admitidos en nueve años sólo se presentó un ejemplo, el que voy á mencionar muy pronto.

Sin embargo, es una afeccion interesante digna de llamar vuestra atencion; la podreis reconocer por los caractéres clínicos siguientes:

1.° Se notan en muchos casos síntomas prodrómicos, ordinariamente ligeros y variables en su naturaleza, y que algunas veces faltan. Los más comunes son los del catarro gastro intestinal, como lengua sucia, náuseas, pérdida de apetito, á veces vómitos, irregularidad en las funciones intestinales, diarrea ó extreñimiento, y alguna fiebre. Otras veces el enfermo sólo se queja de dolores reumáticos, malestar en la region del corazon ó del estómago, ó una sensacion indefinible de malestar general. Estos sín-

tomas pueden durar tres ó cuatro días, y áun dos ó tres, sin que por esto sienta el enfermo grande mal, y hasta ocurre en ocasiones que el paciente no experimenta ningun malestar hasta la aparicion de síntomas más marcados.

2.° La ictericia existe invariablemente, y por lo general es el primer síntoma que llama la atencion en el enfermo. Sin embargo, rara vez es intensa, y en ocasiones se halla limitada á la parte superior del cuerpo. Lo mismo que la ictericia de la puohemia, parece debida al estado morboso de la sangre y es independiente de toda obstruccion de las vías biliares, no faltando casi nunca la bílis en las materias fatales. (V. Leccion XI.)

3.° Una diminucion rápida en el área de la macidez hepática, es uno de los rasgos más característicos de la enfermedad que nos ocupa. En el espacio de ocho á diez días puede desaparecer la tercera parte y áun la mitad del hígado. Bright ha referido un caso en que el hígado no pesaba, despues de la muerte, más que 19 onzas; en el caso que yo he examinado, dicho peso era de 28 onzas. No debemos, sin embargo, creer que la diminucion de la extension de macidez hepática es necesaria para el diagnóstico de la atrofia aguda. Puede suceder que el volúmen del hígado haya aumentado por una enfermedad anterior; pero, aparte de esto, en algunos casos se ha visto el volúmen del hígado considerablemente aumentado. Liebermeister (1) y Trousseau (2) refieren casos de este género, habiendo cogido tambien observaciones análogas los Sres. Sieveking (3), Moxon (4), Tuckwell (5), etc. Pero áun en estos casos el aumento de volúmen preliminar va seguido, si la enfermedad se prolonga algun tiempo, de una diminucion rápida. Algunos autores han creido en estos últimos años que la atrofia es en tales circunstancias un proceso crónico, aunque los síntomas no se manifiestan hasta el fin; con todo, esta opinion se halla en contradiccion con lo que nosotros sabemos acerca de la etiología de la enfermedad que nos ocupa, y tambien con el hecho de que se puede asegurar por la percusion que la atrofia sigue su curso durante la vida. El exámen atento del hígado despues de la muerte, demuestra que la atrofia es debida á un proceso destructivo que comienza en la periferia de los lóbulos y se dirige hácia el centro; de aquí resulta que las células glandulares desaparecen, y que en su lugar sólo se encuentra materia granulosa y aceite. Se puede creer, en suma, que la enfermedad no es ni más ni ménos que una degeneracion grasosa aguda del hígado, consecutiva á un proceso inflamatorio difuso, porque ántes de que estén destruidas las células glandulares

---

(1) *Virchow's Jahresbericht*, 1870, t. II, pág. 165.
(2) *Clinique médic.*, tercera edicion, t. III, pág. 284.
(3) *The Lancet*, 1872, t. II, pág. 224.
(4) *Pathol. Transact.*, t. XXIII.
(5) *Barthol. Hosp. Rep.*, t. X.

se ve á menudo que se hallan distendidas por una materia granulosa y aceitosa. Durante la vida la atrofia del hígado puede parecer mayor de lo que es en realidad, porque la glándula, no sólo está reducida de volúmen, sino tambien reblandecida, de suerte que se encoge y se deprime contra la columna vertebral; el espacio correspondiente á la glándula, por delante, se encuentra ocupado por los intestinos, que contienen gases.

4.° Existe en la mayor parte de los casos dolor en el epigastrio y en la region del hígado. Este dolor se presenta muchas veces espontáneamente, y casi siempre puede ser provocado por la presion, áun cuando el enfermo esté casi sin conocimiento. Sin embargo, rara vez existe una distension timpánica del abdómen, á ménos que haya, como en la observacion CII, una peritonítis concomitante, en cuyo caso el dolor y la sensibilidad pueden ser agudos. Los dolores musculares y artríticos son, por lo general, bastante frecuentes, y á veces las articulaciones se hinchan; otros enfermos acusan sofocacion ó disnea, sin que pueda explicarlo el estado del corazon y de los pulmones.

5.° En la mayor parte de los casos sobrevienen vómitos; las materias vomitadas consisten en los alimentos mezclados con moco ó bílis; pero á menudo contienen mucha sangre y se parecen á los vómitos negros de la fiebre amarilla. Ordinariamente, segun dicen los autores, hay extreñimiento; sin embargo, en la observacion que más adelante os referiré hubo una diarrea bastante intensa; en el primer caso las deposiciones suelen ser pálidas, pero en otros contienen bílis. En el período avanzado no es raro que sean muy fétidas y mezcladas con sangre.

6.° El área de la macidez esplénica está ordinariamente aumentada, excepto en los casos en que el sistema de la circulacion porta sufre un desagüe por la diarrea, ó por una hemorragia del estómago ó de los intestinos.

7.° Los síntomas cerebrales del *estado tifoideo* constituyen una de las particularidades más notables y frecuentes de la atrofia aguda. Por regla general, aparecen al mismo tiempo que la ictericia; pero en ocasiones tardan dos ó tres semanas despues de la manifestacion de la ictericia, ofreciendo ésta en un principio los caractéres de lo que se llama ictericia catarral. Se observa ante todo cefalalgia, abatimiento, irritabilidad y una gran agitacion. A dicho estado sucede un subdelirio con sopor, temblores musculares, sobresaltos, rigidez muscular y carfología; retencion ó incontinencia de orinas; evacuacion involuntaria de las materias fecales; estupor, coma y convulsiones. Se ha dicho que estos síntomas eran algunas veces debidos á una degeneracion grasosa del tejido cerebral; pero, lo mismo que los síntomas análogos observados en el *typhus fever* y en el estado tifoideo en general, del cual os he hablado en otra circunstancia (1), re-

(1) *Sur la pathologie et le traitement de l'état typhoïde dans différentes maladies.* Resúmen de una leccion, en *Brit. Med. Journ.*, 4 de Enero de 1868.

sultan probablemente, en mi concepto, de la circulacion, á traves del cerebro, de una sangre envenenada por la acumulacion de la urea y otros productos de la metamorfósis de los tejidos, que los riñones se hallan encargados de eliminar.

8.° La atrofia aguda del hígado no va acompañada de aparato febril. El pulso varía. En los casos que se anuncian por catarro gastro-intestinal, el pulso suele estar acelerado al principio, pero despues vuelve al estado normal, y áun llega á bajar cuando aparece la ictericia, para elevarse de nuevo al sobrevenir los síntomas cerebrales; su frecuencia varía muchas veces en las diferentes horas del día.

En la observacion CII llegó á 144, pero había una peritonítis. En el primer período de la enfermedad la temperatura puede aumentar ligeramente: rara vez pasa de 38°,3. Pero cuando los síntomas son muy pronunciados la temperatura no suele ser elevada; ántes al contrario, baja de la cifra normal. En la observacion CIII bajó hasta 35°,27, y Duckworth ha visto un caso semejante (1). La temperatura de 38°,3 en la observacion CII, poco tiempo ántes de la muerte, era debida probablemente á la peritonítis. Esta falta de aparato febril tiene la mayor importancia para distinguir la atrofia aguda del hígado de las demas enfermedades caracterizadas por el estado tifoideo. Despues de la aparicion de los síntomas cerebrales la lengua está casi invariablemente seca y oscura, y los dientes se cubren de fuliginosidades, lo mismo que en los casos graves de la fiebre tifoidea.

9.° La orina sufre cambios importantes. Su cantidad no cambia materialmente; ofrece una reaccion ácida, y su peso específico varía entre 1.012 y 1.024. Su color es ordinariamente oscuro, pero la reaccion comun del pigmento biliar puede ser ligera ó poco perceptible. Contiene á menudo albúmina y áun sangre; pero despues de haberla privado del pigmento biliar no da, con el reactivo de Pettenkoffer, la reaccion de los ácidos biliares. Las modificaciones más notables consisten, sobre todo, en una diminucion considerable, y áun en la desaparicion total de la urea y del ácido úrico, y tambien de los cloruros, de los sulfatos y fosfatos térreos, lo mismo que en su sustitucion por dos nuevas sustancias de índole particular: la leucina y la tirosina. Estas sustancias son productos de la metamorfósis de la materia azoada, intermedia entre las sustancias protéicas (albúmina y fibrina) por un lado, y los principios ménos complejos (urea, ácido úrico, creatina, etcétera), por otro, como lo demuestran las siguientes fórmulas:

Albuminoides. . . . . = $C^{72}H^{112}N^{18}SO^{23}$.
Tirosina. . . . . = $C^{9}H^{11}NO^{3}$.
Leucina. . . . . = $C^{6}H^{13}NO^{2}$.
Acido úrico. . . . . = $C^{5}H^{4}N^{4}O^{3}$.
Urea. . . . . = $CH^{4}N^{2}O$.

(1) *Barthol. Hosp. Rep.*, t. VII. Bright y Alison han observado despues que la piel era fresca.

La leucina y la tirosina, bajo las formas cristalinas, se encuentran en los tejidos del hígado, del bazo y del riñon en los casos de atrofia aguda, y son eliminadas igualmente en gran cantidad por la orina, de la cual se separan por el reposo bajo la forma de un depósito distinto, ó tambien pueden obtenerse evaporando algunas gotas de orina (1). La comprobacion de estas sustancias en la orina en los casos de ictericia, facilitará el diagnóstico de la atrofia aguda del hígado; pero, con todo, aunque no se demuestre su presencia, no se excluirá el diagnóstico de la atrofia aguda. Así faltaban en la observacion CII, ó al ménos no se encontraban en la orina en cantidad suficiente para revelar su presencia por la simple evaporacion; se encontraron, sin embargo, en abundancia en el hígado y los riñones despues de la muerte.

Verdad es que en este caso el sujeto falleció pronto de una peritonítis aguda. Si hubiera vivido más tiempo, quizá se hubiera encontrado leucina y tirosina en la orina.

10. Las hemorragias son muy comunes, particularmente las hemorragias estomacal, intestinal ó nasal. A menudo hay abundantes vómitos de sangre. Otras veces aparecen petequias en la piel, púrpura, etc.; en casos más raros hay metrorragia. Despues de la muerte se encuentran equimósis en muchos puntos del cuerpo A causa de la frecuencia de estas hemorragias la enfermedad que nos ocupa ha sido designada con el nombre de ictericia hemorrágica.

11. Las mujeres embarazadas, que por cierto dan un contingente bastante considerable á la afeccion que nos ocupa, abortan casi siempre ó tienen un parto prematuro ántes de morir.

12. Las circunstancias bajo cuya influencia se desarrolla la atrofia aguda del hígado no constituyen la parte ménos interesante de su historia clínica. La etiología de esta enfermedad requiere nuevas investigaciones; con todo, me limitaré á exponeros lo más conocido acerca de la cuestion.

Entre las *causas predisponentes* tenemos:

a) La *edad.* — La mayor parte de las personas enfermas de esta afeccion apénas han llegado á una edad mediana. Entre 31 casos reunidos por Frerichs, 26 enfermos eran menores de 30 años y sólo 2 pasaban de los 40. Entre los 4 casos de que yo tengo noticia había dos mujeres, una de 19

(1) *Reactivo para la leucina y la tirosina.* — A. Para la leucina: Concéntrese la orina y disuélvase en el alcohol. Evapórese la disolucion alcohólica y disuélvase en agua, de la cual se precipita la leucina bajo la forma de glóbulos esféricos. — B. Para la tirosina: 1.° *Reactivo de Hoffman.* Se añade al líquido sospechoso una disolucion de nitrato de protóxido de mercurio, casi neutro. Si hay tirosina se presenta un precipitado rojizo, y el líquido que sobrenada tiene un color rosa oscuro. 2.° *Reactivo de Frerichs.* Añádase al líquido sospechoso una disolucion de acetato de plomo hasta que no haya precipitado de producto. Se filtra, y se hace pasar por el líquido una corriente de hidrógeno sulfurado. Se separa el sulfuro de plomo por filtracion, y se concentra por evaporacion. Si hay tirosina, cristalizará bajo la forma de largas agujas blancas.

años y otra de 20, y dos hombres, uno de 24 y el otro de 62. En otro caso (Obs. CIII), que se refería á un hombre de 70 años, la enfermedad era consecutiva á la obstruccion de las vías biliares. Todos los escritores se hallan de acuerdo respecto á la rareza de esta afeccion en los niños. Ni Niemeyer, ni Frerichs, ni Trousseau han encontrado casos en el primer período de la vida. West, cuya práctica es muy extensa, sólo ha observado la enfermedad que nos ocupa una vez en una niña de cuatro años y medio; pero Duckworth (1) y Tuckwell (2) han referido otros tres casos.

b) *Sexo.*— La enfermedad es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres. Entre los 31 casos reunidos por Frerichs había 22 mujeres.

c) El *embarazo* debe considerarse como una causa predisponente, porque de las 22 mujeres mencionadas por Frerichs la mitad estaban embarazadas. La enfermedad suele presentarse del tercero al sexto mes. Parece que en el embarazo la afeccion suele ir acompañada de albuminuria y de degeneracion grasosa de los riñones.

d) Se ha visto en un número considerable de casos que los enfermos habían llevado ántes una vida desarreglada *(poca templanza* y *excesos venéreos)*. Leudet cree que la enfermedad tiene algunas veces su orígen en la absorcion de grandes cantidades de alcohol no diluido (3).

e) La *sífilis constitucional* obra, al parecer, en ciertos casos, como causa predisponente. La mayor parte de los autores que han tratado de la sífilis, han observado la frecuencia de la ictericia hácia el principio de lo que se llama el *período secundario*. En muchos casos los síntomas constitucionales son ligeros y la ictericia desaparece bien pronto; pero en otros, lo que parecía ser una ligera ictericia catarral adquiere bien pronto la forma y ofrece los síntomas de la atrofia aguda (4).

Causas excitantes. — Entre las causas que obran, al parecer, más directamente como excitantes, mencionaré las siguientes:

a) Las *influencias nerviosas*, como las emociones fuertes, y particularmente la ansiedad, el miedo, los disgustos. Sir Thomas Watson, en sus lecciones (5), dice que se conocen ciertos casos en que sobrevino la ictericia en tales circunstancias, y añade que semejantes casos son á menudo mortales; que hay síntomas cerebrales, convulsiones, delirio y coma al mismo tiempo que la ictericia. En tales casos una impresion sufrida por el sistema nervioso puede trasmitirse directamente al hígado y trastornar su nutricion, ó más probablemente quizá provoca desde luégo modificaciones morbosas en el estado de la sangre.

---

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*
(3) *Clinique médicale.* Paris, 1874, pág. 67.
(4) Véase Lebert en *Virchow's Archiv*, 1854, 1855; Andrew en el *Pathol. Transactions*, t. XVII, pág. 158, y Fagge, *Ibid.*, t. XVIII, pág. 138.
(5) *Lectures on the practice of Physic.*, quinta edicion, t. II, pág. 682.

b) *Malaria.* — Hay ocasiones en que la enfermedad depende, al parecer, de alguna infeccion telúrica, que obra probablemente por el intermedio de la sangre y del sistema nervioso. Graves (1), Budd (2) y otros han referido casos en que una infeccion, que era sin duda la que ahora nos ocupa, se presentó en muchos individuos de una misma familia, ó bien bajo la forma epidémica, en ciertas localidades (Leccion XI); si se considera que la atrofia aguda es una afeccion muy rara, parece imposible no admitir que en tal caso hubo cierta causa local, á la cual estuvieron expuestos todos los enfermos.

c) Sabido es que el veneno sanguíneo del *typhus fever* y de las afecciones análogas puede determinar la atrofia aguda del hígado (3). La ictericia es una complicacion muy rara del *typhus fever* y de la escarlatina; pero, en en más de un caso en que se ha presentado (4), he visto cristales de leucina y de tirosina en el tejido del hígado y de los riñones. La mayor parte de los autores que han escrito acerca de la fiebre amarilla de los trópicos, han observado la degeneracion grasosa del hígado como una de sus lesiones más características. Sabido es, por lo demas, que en esta enfermedad hay una eliminacion insuficiente de suero; pero se necesitan nuevas observaciones para establecer la presencia ó la falta de leucina ó de tirosina en la orina, y en los tejidos de los riñones y del hígado.

d) El *fósforo* produce algunas veces síntomas en el hígado, lo mismo que modificaciones de estructura de este órgano muy análogas, si no idénticas, á las de la atrofia aguda del hígado. (Véase Leccion XI.)

e) Finalmente, en algunos casos la atrofia tiene su orígen, como dicen Budd (5) y Trousseau (6), en un *veneno especial* engendrado en el cuerpo mismo por una digestion ó una asimilacion defectuosa. Las influencias nerviosas de que hace poco os hablaba, pueden contribuir sin duda al desarrollo de este principio tóxico. Es probable tambien que la atrofia aguda acompañe á otras enfermedades del hígado. Segun Trousseau, « la ictericia maligna no es producida nunca por la obstruccion de las vías biliares » (7); pero esta asercion no se halla de acuerdo con lo observado en en el caso CIII. Durante las epidemias de ictericia catarral se ha visto á menudo que, miéntras que la mayoría de los enfermos se restablecía sin que sobreviniera ningun síntoma grave, en otros quedaba una atrofia aguda. La misma observacion se ha comprobado en la ictericia catarral de orígen sifilítico.

---

(1) *Clinical Lectures,* segunda edicion, t. II, pág. 255.
(2) *Op. cit.*, tercera edicion, págs. 255, 270.
(3) Véase Frerichs, *op. cit.*, pág. 263.
(4) *Treatise on Continued Fevers of Great Britain,* segunda edicion, pág. 210.
(5) *Op. cit.*, pág. 265.
(6) *Loc. cit.*, pág. 289.
(7) *Loc. cit.*, pág. 287.

Sería curioso, en verdad, que todas estas causas tuviesen por objetivo el hígado respecto á su destruccion. Con todo, en una de las lecciones próximas os demostraré que el hígado no es el único órgano que sufre este proceso de *desintegracion*, y que, en realidad, la enfermedad conocida con el nombre de *atrofia aguda del hígado* es más probablemente una enfermedad general que local. (Véase Leccion XI.)

Tratamiento. — En la atrofia aguda todos los tratamientos han fracasado hasta la fecha. Desde el momento en que sobrevienen los síntomas cerebrales, la enfermedad es, en la mayor parte de los casos, mortal, aunque existen observaciones perfectamente auténticas en que los enfermos se restablecieron despues de haber llegado casi al período del coma.

Creemos, pues, útil mencionar los medios que han resultado más ventajosos.

1.° *Purgantes.* — En algunos casos observados en Irlanda, en la misma casa en que murieron ciertos enfermos curaron otros por los purgantes enérgicos, y la aplicacion de sanguijuelas y vejigatorios á la cabeza (1). Aun en los casos que terminaron por la muerte sobrevino con frecuencia una mejoría temporal despues de haber empleado los purgantes. El doctor Budd dice tambien que en algunos casos obtuvo buenos resultados con una combinacion de sulfato de magnesia (cuatro gramos), carbonato de magnesia (un gramo) y espíritu aromático de amoniaco (dos gramos), para tomar tres veces por día.

2.° Cuando han sobrevenido los síntomas cerebrales deben ensayarse todos los medios capaces de facilitar la eliminacion de la urea, del ácido úrico ú otros productos de desnutricion de los tejidos. De este modo quizá producen buenos efectos los purgantes, y se podrá esperar tambien un buen resultado del empleo de los baños tibios, de los de aire caliente, de los diaforéticos, de los diuréticos y del cólchico.

3.° Si sobreviene una hemorragia intensa del estómago ó de otras mucosas, se prescribirá el hielo y los astringentes.

4.° En los primeros períodos de la enfermedad, ántes de la aparicion de los síntomas cerebrales, es cuando se puede esperar mejor resultado del tratamiento. Las distracciones, la esperanza de un restablecimiento, el cambio de residencia, los anodinos para obtener un sueño bienhechor, vigilar el estado del estómago y de los intestinos, el amoniaco y los alcalinos con la infusion de genciana ó cualquier otro amargo vegetal: tales son los medios que parecen más apropiados para prevenir esos terribles accidentes cerebrales.

El hígado que teneis á la vista pertenece á un sujeto que murió hace

---

(1) Véanse los casos publicados por el Dr. W. Griffin (de Limerick), en *Dubl. Journ. of Med. and chem. Science,* 1834, y por el Dr. Hanlon, en Graves, *loc. cit.*

algunos años en el *London Fever Hospital*, y que presentó los síntomas de atrofia aguda de una manera típica. Con todo, no se encontró leucina ni tirosina en la orina emitida la víspera de la muerte.

Se encontraron, sin embargo, estas sustancias despues de la muerte en el tejido del hígado y de los riñones, y el primero de dichos órganos presentó todos los caractéres anatómicos particulares de la enfermedad. Debemos, sin embargo, añadir que ni el Dr. Cayley ni yo pudimos encontrar la leucina ni la tirosina en el hígado y los riñones en estado fresco, aunque se observó la presencia de tales sustancias en gran cantidad en los mismos órganos despues de algunos días de inmersion en el espíritu de vino.

OBSERVACION CII. — *Atrofia aguda del hígado. — Peritonítis aguda. — Leucina y tirosina en el hígado y en los riñones, pero no en la orina.*

María Ana M..., soltera, de 19 años, modista, fué admitida en el hospital de los febricitantes de Lóndres el 13 de Febrero de 1868, por la noche, viéndola yo al día siguiente por la mañana. Su padre era aleman, pero ella había nacido y se había educado en Lóndres. Segun su hermana, no existía en los antecedentes de la enferma nada que pudiese afectar su moral, y las reglas habían sido regulares. No existían antecedentes sifilíticos. En la casa donde habitaba no se había observado ninguna enfermedad. En cuanto á la paciente, había gozado buena salud hasta mediados de Enero. En dicha época comenzó á perder el apetito, á tener náuseas, y al cabo de unos 10 días observó que la piel tomaba cierto color amarillento. Una semana ántes de su admision se vió obligada á guardar cama, quejándose de dolor en la region del estómago, que aumentaba por el menor movimiento, pero sin vómitos. Desde unos 15 días ántes tenía ligera diarrea, tres ó cuatro deposiciones por día, primero amarillas y luégo verdes. Tres días ántes de su entrada comenzó á tener un ligero delirio.

Al día siguiente de su admision, hé aquí cuál era su estado: jóven, bien constituida, ictericia intensa de la piel y de las conjuntivas. Apénas tiene conocimiento, por lo cual no puede darse cuenta de su estado. Desde el momento de su admision ha estado muy agitada, dando fuertes gritos. Pupilas muy dilatadas pero iguales. No hay erupcion en la piel, que está seca y caliente, siendo la temperatura de 38°,3 en la axila. Pulso á 116 y débil. Signos cardiacos y pulmonales, normales. Lengua seca y sucia. Desde su entrada frecuentes vómitos de líquido oscuro y sucio, que contienen, sin duda, sangre. Ha hecho muchas deposiciones, y, segun la enfermera, las materias eran negruzcas, acuosas y de mal olor. Abdómen medianamente distendido y timpánico; la presion no determina dolor, al parecer, pero la respiracion es torácica, y existe un estremecimiento ondular, como si hubiera líquido, golpeando ligeramente en los vacíos. La macidez hepática

ha disminuido considerablemente; apénas excede de una y cuarto pulgada en la línea mamaria derecha, y su borde inferior está á dos pulgadas, poco más ó ménos, por encima del reborde costal. Ha habido en otra época incontinencia de orina, pero en la actualidad llega á llenarse la vejiga.

Se saca por el cateterismo un litro próximamente de un líquido que presentaba los caractéres siguientes: ácido, densidad 1.015, color pardo, oscuro verdoso, pero apénas da la reaccion del pigmento biliar. No hay cambio por el calor, pero la adicion de ácido nítrico despues de la ebullicion le vuelve turbia y muy negra. No se obtiene nitrato de urea más que en pequeña cantidad; tampoco se ven cristales de leucina ni de tirosina, ora en el depósito formado por el reposo, ora despues de la evaporacion de algunas gotas de orina en un vidrio de reloj. Por desgracia, se arrojó la orina ántes de someterla á un exámen más detenido.

Tratamiento. — Mixtura con ácido nítrico, éter nitroso y nitrato de potasa; leche, té de buey y 120 gramos de Ginebra. La enferma empeoró rápidamente, aunque tenía, al parecer, ménos fiebre, ménos delirio y dormía por intervalos. La diarrea persistió, hubo incontinencia de materias fecales, que eran siempre líquidas y muy fétidas, pero de color amarillo claro.

La tarde del 14 pulso á 144, respiraciones 32, torácicas; temperatura axilar, 38°,2. Murió sin convulsiones al día siguiente, á las siete y cinco de la mañana, cinco días despues de la aparicion de los síntomas cerebrales.

Autopsia. — Cuerpo bien nutrido. Color lívido-púrpura de los tegumentos, y tinte ictérico pronunciado de la piel y de todos los tejidos. No existen cicatrices en los órganos genitales ni en la íngle; uno y medio á dos litros de serosidad turbia en el peritoneo. Inyeccion fina y considerable de la serosa del intestino delgado, y particularmente de la del duodeno. El peritoneo del hígado y de los intestinos está cubierto igualmente, en muchos puntos, de una delgada capa de linfa reciente, que se puede desprender con facilidad. Estómago é intestinos distendidos por gases; hígado completamente oculto por debajo de las costillas derechas; no hay más que una pulgada del órgano opuesta á la pared torácica. El hígado es muy pequeño; su diámetro mayor mide seis pulgadas y media, y el diámetro antero posterior del lóbulo derecho solamente cinco pulgadas; el órgano no pesaba más que 28 onzas, es decir, exactamente la mitad del peso normal en una óven de esta edad. Es flácido; su superficie externa está llena de arrugas, pero no existen desigualdades en forma de granos ó de módulos; tejido muy friable y de consistencia casi pulposa, presentando en algunos puntos un color amarillo de ruibarbo bastante uniforme, y en otros el mismo color amarillo, pero entremezclado con rojo. Al microscopio se encontró una gran cantidad de materia oleosa y granulosa libre, con masas globulosas de leucina y manojos de agujas de tirosina; ademas, sobre todo, en la parte que correspondía al centro de los lóbulos, células glandulares enteras, de bastante volúmen y cargadas de glóbulos oleosos y de pigmento ama-

rillo, verdoso oscuro. Las vías biliares están libres en todo su trayecto, no dilatadas; su membrana interna no estaba teñida de bílis, aunque la vesícula contenía una cucharada de té de bílis viscosa, verde oscura, que se podía hacer salir por el conducto cístico. El contenido de los intestinos consistía en una materia pulposa amarillenta, muy pálida; no había ulceracion en ninguna parte de la mucosa intestinal. Bazo de un volúmen normal, algo blando. Ambos riñones son algo gruesos, muy blandos y teñidos de pigmento biliar; el epitelio renal contenía una gran cantidad de materia granulosa fina; se descubrieron en el tejido renal cristales de leucina y de tirosina. Vejiga vacía; el útero no ofrece nada de particular. Congestion hipostática muy marcada de ambos pulmones. El pericardio contenía más de una onza de serosidad amarilla; corazon sano: sangre negra y líquida. Si exceptuamos una mayor proporcion de serosidad en los ventrículos laterales y por debajo de la aracnoides, ni el cerebro ni sus membranas presentaban nada de anormal.

OBSERVACION CIII. — *Ictericia por litiásis biliar, seguida de atrofia aguda del hígado con depósitos puriformes.*

Jaime H..., de 66 años, fué admitido en el hospital Middlesex el 11 de Octubre de 1870. Su profesion de sastre le había hecho llevar una vida sedentaria. Llevaba buena vida y bebía bastante cerveza, aunque no con exceso. Si exceptuamos una ligera tos, y de vez en cuando síntomas de mala digestion, y tres ataques de gota en el dedo gordo del pié, había gozado siempre buena salud hasta tres semanas ántes de su admision; entónces sintió repentinamente, durante la noche, un dolor violento en el hipogastrio y en el hipocondrio derecho; vómitos frecuentes, temblores y sudores fríos. Al día siguiente estaba ictérico. La ictericia desapareció al cabo de algunos días, pero el dolor y las ganas de vomitar continuaron presentándose con frecuentes intervalos, y una semana ántes de su admision tuvo una crísis violenta seguida de ictericia, que persistió.

A su entrada, la ictericia era el síntoma más saliente que presentaba este enfermo; mucho pigmento biliar en la orina, pero ninguno en las deposiciones. El hígado es voluminoso: mide cinco y media pulgadas en la línea mamaria derecha. Si exceptuamos la ictericia, el aspecto del enfermo era el de un hombre sano, dada su edad. Pulso, á 60; piel fresca; lengua sucia; vomita una vez los alimentos; se le administra un purgante para limpiar los intestinos. No hay albúmina en la orina.

Al día siguiente, 12 de Octubre, el estado del enfermo había cambiado completamente. Se había declarado la fiebre; pulso á 96; temperatura 38°,4. El enfermo ofrece un aspecto triste; no se queja de ningun dolor.

14 de Octubre. Lengua seca y oscura en el centro; la ictericia y los vómitos persisten. No hay temblor ni traspiracion.

16 de Octubre. Lengua seca; sed viva; extreñimiento; hipo frecuente; tendencia al sopor, pero sin delirio. Pulso 92; temperatura 38°,6; no hay temblor ni traspiracion.

17 de Octubre. Pulso á 68; temperatura 36°,2 por la mañana y 38°,6 por la tarde. Mucho pigmento biliar en la orina, y cristales de leucina y de tirosina, pero sin albúmina.

18 de Octubre. Pulso 84 á 120; temperatura 37°,8 á 39°,5. Hipo muy frecuente. Orinas involuntarias.

19 de Octubre. Ha aumentado el estupor. La orina contenía aún tirosina, pero no albúmina. El hígado parecía disminuir de volúmen, y no excedía de cuatro pulgadas en la línea mamaria derecha.

22 de Octubre. Pulso á 80 por la mañana y á 140 por la tarde; temperatura 35°,5 y 38°,9, respectivamente; ménos hipo; abdómen distendido y timpánico; ictericia todavía muy pronunciada, pero las materias contienen bílis. Todo el día se halla en un estado especial de somnolencia, pero por la tarde sobreviene agitacion y carfología. Las manos tiemblan; á veces delirio.

26 de Octubre. Pulso á 100; temperatura á 38°,44. La orina contenía tirosina y una proporcion notable de urea, pero sin albúmina.

27 de Octubre. Pulso á 96; temperatura 36°,88 á 37°,77. Delirio violento; el enfermo intenta muchas veces, por la noche, arrojarse de la cama. No hay temblor ni traspiracion. La orina contiene ligeros indicios de albúmina.

28 de Octubre. Pulso á 128; temperatura á 39°,55.

2 de Noviembre. Pulso á 80; temperatura 36°. La noche anterior la temperatura descendió á 35°,27, y durante estos dos días no ha pasado nunca de 36°,77. El enfermo está siempre muy agitado, pero mucho más débil; ha perdido el conocimiento, y de vez en cuando hay delirio y temblor. La macidez hepática en la línea mamaria derecha no es más que de tres y media pulgadas. Ictericia ménos marcada; bílis en las deposiciones. Orina abundante, conteniendo muy poco pigmento, pero una cantidad muy notable de tirosina y 1/12 próximamente de albúmina.

3 de Noviembre. Se siente difícilmente el pulso; temperatura 37°.

4 de Noviembre. Apénas se siente el pulso; temperatura 35°,5; voz débil; la articulacion de las palabras es imposible; pérdida completa del conocimiento, agitacion y gemidos. Lengua seca y sucia. Orina rara, conteniendo 1/12 de albúmina, mucha leucina y tirosina, y una pequeña proporcion de urea; ictericia ménos marcada; color térreo; no hay manchas. Al principio de la noche siguiente delirio agudo, seguido, al cabo de algunas horas, de una gran agitacion.

El 5 de Noviembre, á las cinco de la mañana, el enfermo está algo tranquilo, pero su respiracion es acelerada (48 por minuto). Muerte á las once y media de la mañana, precedida de ligeras conmociones.

Autopsia. — Cuerpo delgado; ligera ictericia de la piel y de los tejidos; no hay manchas de púrpura, ni tampoco indicios de peritonítis antigua ó reciente. La superficie del hígado era igual; no había engrosamiento de la cápsula. Hígado grueso y pesado (94 onzas), pero apretado contra las paredes torácicas y abdominales en una extension de tres pulgadas próximamente; el órgano era blando, encogido y cubierto por el pulmon derecho mucho más que en estado normal. Haciendo un corte, se ven numerosas placas de un líquido amarillo opaco, que ofrece, á simple vista, todos los caractéres del pus, contenido en cavidades con paredes bien definidas, y que eran indudablemente conductos biliares dilatados. Estas cavidades variaban desde el volúmen de un guisante al de una cereza pequeña. Al microscopio se vió que el líquido amarillo contenía un pequeño número de corpúsculos de pus, pero que se hallaba constituido principalmente por materia oleosa.

El tejido hepático muy blando, como ántes hemos dicho, y de color amarillo de ruibarbo. En muchos puntos no se podían encontrar indicios del contorno de los lóbulos, y las células glandulares estaban reemplazadas por aceite, materia granulosa y núcleos. Al principio no se encontró leucina ni tirosina en el hígado; pero despues de haberle tenido sumergido algun tiempo en espíritu de vino, se descubrieron numerosos cristales de tirosina. La vesícula biliar contenía más de veinte cálculos poliédricos casi del grosor de un quiste. El conducto cístico estaba tan dilatado, que se podía introducir por él el dedo pequeño. El conducto hepático y el conducto colédoco estaban tambien muy dilatados, cabiendo en ellos la punta del dedo índice. Ulceracion de tres ó cuatro líneas alrededor del orificio duodenal del conducto colédoco; el duodeno contenía bílis, que se podía hacer llegar por presion hasta la vesícula. Todos los conductos intrahepáticos se hallaban muy dilatados, y el conducto hepático contenía tres cálculos más gruesos que los de la vesícula, cada uno del grosor de media cereza. No hay cálculos biliares en los intestinos. Bazo grueso y blando, que pesa siete y media onzas. Riñones congestionados; cada uno pesaba seis y media onzas; ambos estaban marcados por depresiones en su superficie, semejantes á antiguas cicatrices, y había algunos pequeños quistes en la sustancia cortical del riñon derecho; ambos riñones contenían tambien algunas pequeñas masas de pus amarillo opaco; por lo demas, parecían normales. Corazon, 14 onzas; válvulas normales. Pulmones congestionados por detras, pero sanos en los demas puntos.

Los síntomas experimentados por el enfermo no permitían dudar que la afeccion había comenzado por el paso de cálculos biliares; pero es indudable que había algo más que los cálculos para explicar la persistencia de la ictericia mucho tiempo despues que las materias fecales contuvieran

bílis, y para dar cuenta del aparato febril y de los síntomas cerebrales y tifoideos que acompañaron á la ictericia.

La ictericia, con fiebre y síntomas cerebrales — continuando la bílis en las deposiciones — es debida á una de las tres causas siguientes:

1.ª Un veneno específico, tal como el de la fiebre amarilla, la fiebre intermitente ó el tífus.

2.ª Los abscesos puohémicos del hígado.

3.ª La atrofia aguda del hígado.

En cuanto á la primera causa, era evidente que el enfermo no había padecido ninguna de aquellas afecciones agudas específicas; de suerte que sólo faltaba decidir si se trataba de un absceso puohémico ó de una atrofia aguda del hígado. En favor del primero había: *a*, el volúmen considerable del hígado; y *b*, el hecho de que los cálculos biliares pueden determinar la ulceracion de las vías biliares, con inflamacion puohémica secundaria del hígado. Contra la idea de un absceso se podía hacer valer: *a*, la falta de escalofríos ó de traspiracion abundante durante toda la enfermedad, aunque ambos síntomas suelen faltar en la puohemia procedente de causa interna; *b*, el hecho de que el hígado disminuía de volúmen, en vez de aumentar, á medida que avanzaba la enfermedad. Se oponían á la idea de atrofia aguda: *a*, el volúmen considerable del hígado; y *b*, el curso relativamente crónico de la enfermedad. Pero en cambio militaban en su favor dos hechos: por una parte, la diminucion de volúmen del hígado á medida que la enfermedad avanzaba, y por otra, la presencia de leucina y de tirosina, y la diminucion de urea en la orina. Se emitió, pues, la opinion de que el hígado había aumentado de volúmen á consecuencia de la obstruccion calculosa de las vías biliares, y que la atrofia del hígado había sobrevenido consecutivamente, continuando despues de haberse disipado la obstruccion.

Frerichs se refiere sin duda á los casos de este género en el siguiente pasaje de su obra:

«En los casos en que el éxtasis biliar persiste muchos meses da lugar á una atrofia de la glándula, que en muchos puntos se parece á la atrofia aguda. El hígado disminuye de volúmen y se reblandece; las células del parénquima, que están infiltradas de bílis, se disgregan y quedan reducidas al estado de detritus finamente granulosos, mezclados con gotitas de aceite y partículas de pigmento; al propio tiempo se puede comprobar la presencia de gran cantidad de leucina y de tirosina (1).»

En la observacion que acabo de mencionar, el proceso atrófico continuó despues de haber desaparecido la obstruccion.

Sin embargo, la autopsia en este caso hizo descubrir, no sólo la atrofia

---

(1) *Op. cit.*, pág. 281.

del tejido hepático, sino tambien depósitos puriformes en el hígado. Verdad es que estas colecciones se hallaban compuestas principalmente de materia oleosa, aunque la ulceracion del orificio duodenal del conducto colédoco, las grandes variaciones observadas en la temperatura durante la vida, la presencia de algunos depósitos de pus en los riñones, etc., todo indicaba que el enfermo padecía una inflamacion puohémica, ademas de una atrofia aguda del hígado.

III. — Atrofia crónica

Con esta denominacion podemos comprender muchas enfermedades que por su etiología y sus caractéres anatómicos son esencialmente distintas, pero que á menudo presentan síntomas tan semejantes que puede ser imposible durante la vida distinguirlas entre sí.

Las enfermedades á que me refiero son:

I. La *cirrósis*, llamada tambien *hígado de los bebedores de Ginebra*, en la cual el volúmen del hígado se encuentra reducido por la atrofia ó la destruccion lenta del tejido glandular; pero el tejido fibroso ha aumentado, de suerte que el órgano es extraordinariamente denso y duro. La superficie externa presenta un carácter granuloso y nodulado, al cual han dado los ingleses el nombre de hígado *hobnailed*. Al hacer un corte la glándula presenta cintas fibrosas sólidas, que comprenden los restos de los vasos y de los conductos biliares, y rodean islotes de tejido glandular amarillo (1). La cápsula está tambien algunas veces engrosada y adherida á las partes inmediatas. En una de las lecciones anteriores os he dicho que la retraccion del hígado va precedida muchas veces de un aumento considerable de volúmen. La verdadera cirrósis puede referirse, casi invariablemente, al abuso de los alcohólicos concentrados, y sobre todo á la costumbre de beberlos en ayunas, costumbre muy comun en ciertas poblaciones. (Observacion CXI.)

II. La *hiperemia* resultante del obstáculo á la circulacion por afecciones cardiacas ó pulmonares, produce ante todo el aumento de volúmen del hígado; pero al cabo de cierto tiempo el aumento de volúmen va seguido de un estado opuesto de la atrofia. Al propio tiempo el hígado se torna duro, resistente, finamente granuloso, y presenta un aspecto que á menudo se ha confundido con la cirrósis; pero las depresiones corresponden al centro de los lóbulos, miéntras que en la verdadera cirrósis

---

(1) El color amarillo es debido á la gran cantidad de pigmento amarillo contenido en las células glandulares. De este carácter deriva el nombre cirrósis (κιῤῥός, amarillo rojo); la extension de este término á las enfermedades de otros órganos, como los pulmones ó los riñones, que se parecen á la cirrósis del hígado, no por el color amarillo sino por la condensacion fibroidea del tejido, es sin duda infundada.

están en la circunferencia. La atrofia es debida á la presion que ejercen las venillas intralobulares distendidas sobre las células glandulares inmediatas. Estas células desaparecen, de suerte que la parte central de los lóbulos se deprime, miéntras que las porciones ocupadas por las ramas de la vena porta forman eminencia, como finas granulaciones. Al cabo de cierto tiempo, la atrofia se extiende á la circunferencia de las gruesas ramas de la vena hepática; de modo que produce depresiones extensas y se desarrolla alrededor de los vasos nuevo tejido conectivo, que da al órgano una mayor dureza y que obstruye ú oblitera más ó ménos completamente las pequeñas ramas de la vena porta. Tal estado del hígado no es raro en los casos de afeccion valvular que cuenta alguna fecha. (Obs. CXIV.)

III. Una *atrofia blanda* del hígado, en la cual el órgano presenta tambien una superficie externa granulosa ó nodulada, semejante á lo que se ve en la verdadera cirrósis, pero no hay hipertrofia del tejido fibroso; de suerte que el hígado, en vez de ser extraordinariamente denso, es más blando que en estado normal. En algunos de estos casos, si no en todos, no hay antecedentes de abusos en el régimen. (Obs. CXII.)

IV. La *perihepatítis atrófica*, es decir, una atrofia del hígado resultante de ataques frecuentes de perihepatítis ó de inflamacion de la cápsula.

En tales casos la cápsula engruesa considerablemente, y á menudo está fija á las partes inmediatas por bridas sólidas. Estas cintas fibrosas pasan igualmente de la cápsula engrosada al interior del hígado, que, al hacer un corte, presenta con frecuencia una superficie densa, igual, con el contorno de los lóbulos más ó ménos borrado. Semejante estado del hígado ha sido descrito por algunos autores con el nombre de *induracion simple*, y es comun, sobre todo, en los individuos que han padecido sífilis constitucional; se observa tambien algunas veces en los casos de afeccion valvular del corazon que cuenta alguna fecha, en la fiebre intermitente, y suele estar relacionado con la inflamacion de la pleura derecha, con la ulceracion de la mucosa del estómago y con diversas enfermedades del tejido glandular del hígado mismo. En tales casos la inflamacion se propaga á la cápsula del hígado á traves del diafragma, á lo largo del ligamento coronario ó del tejido glandular subcutáneo. Cuando la enfermedad tiene un orígen sifilítico, la superficie del hígado retraido se halla muchas veces marcada por depresiones parecidas á cicatrices ó cisuras profundas, que dan al órgano un aspecto lobular, y se encuentran tumores gomosos en el interior de la glándula. En otras circunstancias, la superficie externa es igual y no presenta nunca el aspecto característico de la verdadera cirrósis. En ocasiones el tejido fibroide desarrollado en la cisura porta á consecuencia de un proceso inflamatorio determina la retraccion de los conductos biliares ó de la vena porta.

V. Hay, en fin, la *atrofia crónica* de Frerichs, ó la *atrofia roja* de Rokitanski. En ella no se ve nodulacion ó granulacion en la superficie externa,

ni existen necesariamente engrosamientos ó adherencias de la cápsula; pero el tejido glandular contiene una gran cantidad de sangre y presenta al corte un color moreno oscuro ó rojo azulado, una consistencia algo dura y un aspecto homogéneo, con pocos ó ningun indicios de division en lóbulos. Las células glandulares son á menudo más pequeñas que en estado normal, y están llenas de gránulos de pigmento oscuro. La atrofia de la glándula es general, aunque su grosor domina sobre las demas dimensiones; á veces hay un círculo de tejido hepático atrofiado á lo largo del borde del órgano. Se ha visto un hígado que no pesaba más que 24 onzas; pero el carácter anatómico más importante es la destruccion de las ramificaciones de la vena porta, cuyas ramas terminan en expansiones; de suerte que no puede hacerse la inyeccion fina del órgano por la vena porta. Algunas veces se observa esta forma de atrofia en conexion con las ulceraciones simples y cancerosas del estómago y de los intestinos, ó en los individuos que han padecido mucho tiempo fiebres intermitentes ó remitentes; en el último caso existe con frecuencia un depósito de pigmento negro en los capilares del hígado.

Todas estas enfermedades ofrecen un carácter anatómico comun: es la destruccion, en un grado más ó ménos considerable, de las últimas ramificaciones intra-hepáticas de la vena porta. A esta causa deben atribuirse los síntomas clínicos, por los cuales tienen entre sí tan gran semejanza durante la vida. Los síntomas predominantes en todas estas enfermedades, son los de una obstruccion de la circulacion porta. Será, pues, útil describiros ante todo los síntomas típicos que se observan en un caso de verdadera cirrósis, y señalar despues las circunstancias que pueden distinguir esta afeccion de las demas formas de atrofia crónica.

Hé aquí cuáles son los caractéres clínicos de la cirrósis. Como es una enfermedad crónica, su curso se extiende ordinariamente á muchos años, y puede, por lo tanto, dividirse en dos períodos: el que precede, y el que sigue á la destruccion de las pequeñas ramas de la vena porta.

A. *Primer período.* — Al principio, la enfermedad suele ser insidiosa.

1.° Los primeros síntomas son los de la dispepsia alcohólica, como esfuerzos para vomitar por la mañana, y una sensacion particular de desfallecimiento que revela una necesidad imperiosa de los espirituosos; pérdida del apetito para los alimentos sólidos; lengua sucia; mal gusto de boca; flatulencia y malestar despues de las comidas; alternativas de extreñimiento y de diarrea; hemorroides; orina oscura, á menudo turbia por la presencia de uratos, y que contiene en ocasiones pigmento biliar; languidez y abatimiento. La intensidad de estos síntomas varía por momentos; algunas veces el enfurmo cree encontrarse completamente restablecido.

2.° Al cabo de cierto tiempo el enfermo adelgaza y adquiere un color especial, presentándose manchas venosas en las mejillas; á menudo se presenta un dolor sordo, acompañado de ligera sensibilidad en el hipo-

condrio derecho. El dolor se irradia algunas veces hasta el hombro.

3.° Ya os he dicho que á estos diversos síntomas acompaña á veces un considerable aumento de volúmen del hígado.

4.° La enfermedad comienza tambien algunas veces de una manera más aguda, por síntomas febriles, dolor en la region hepática, vómitos, ictericia y diarrea.

Pero en tales casos es probable que haya habido anteriormente algun estado crónico, y los síntomas agudos han sido consecutivos á alguna trasgresion del régimen, algun abuso de los estimulantes, ó bien á un enfriamiento. (Véase el Apéndice.)

5.° Como antecedentes suele haber excesos en las bebidas (vino y espirituosos), y particularmente la costumbre de beber á dósis muy pequeñas, pero repetidas con frecuencia. El enfermo rara vez toma bastantes estimulantes para trastornar el cerebro; pero debeis recordar lo que ya os he dicho en una de las lecciones anteriores; á saber: que lo que constituye para algunos sujetos una cantidad moderada, puede producir en otros una enfermedad seria.

B. *Segundo período.* — Los síntomas de este período suelen ser bastante marcados, y se deben principalmente á la obstruccion de la circulacion porta.

1.° La *extension de la macidez hepática* disminuye: puede estar reducida á la mitad de su extension normal, y áun ménos. La atrofia es considerablemente más marcada en el lóbulo izquierdo, cuya macidez puede desaparecer por completo. La macidez del lóbulo derecho puede tambien estar más reducida, más de lo que corresponde al estado del hígado en aquel momento; esto se debe á que el borde inferior del órgano se remonta hácia arriba por la presion del líquido peritoneal ó de los gases intestinales, lo cual aumenta el diámetro antero-posterior del abdómen y disminuye la extension del hígado, que se encuentra aplicado á las paredes abdominales. No debemos olvidar, sin embargo, que la hepatítis intersticial, que se debe á la retraccion cirrótica, puede determinar todos los signos de la obstruccion de la circulacion porta, aunque el hígado esté considerablemente aumentado de volúmen.

2.° El *aspecto nodulado* de la superficie del hígado puede percibirse algunas veces á traves de las paredes abdominales y facilitar el diagnóstico. Ordinariamente sucede que, cuando la irregularidad de la superficie bastaría para establecer el diagnóstico, el órgano es tan pequeño que su borde inferior se halla oculto por las costillas ó cubierto por el líquido peritoneal. En los casos en que el hígado ha aumentado de volúmen su superficie exterior puede marcarse por gruesos nódulos separados por profundas cisuras, fáciles de distinguir á traves de las paredes abdominales, y, como ya os lo he dicho en otro lugar, simular entónces un cáncer. Por lo que se refiere al diagnóstico, no debemos olvidar que el carácter

nodulado del hígado puede ser congénito ó resultar de la obliteracion de las gruesas ramas de la vena porta.

En el último caso la superficie del hígado presenta profundas cisuras, producidas por la atrofia del tejido glandular que estaba bajo la dependencia circulatoria del vaso obliterado.

3.° *Ascítis.* — La hidropesía del peritoneo, sin dolor ó sensibilidad en el abdómen, es uno de los resultados más frecuentes de la obstruccion porta; se observa en la cirrósis con más frecuencia que en cualquier otra afeccion del hígado. El líquido derramado es una serosidad de color amarillo claro, cuya densidad es de 1.012 á 1.016, y que contiene gran cantidad de albúmina, pero no sangre ni productos inflamatorios. A consecuencia de la distension de las venas que llevan la sangre al peritoneo, el suero sanguíneo trasuda, á traves de las paredes de los vasos, á la cavidad peritoneal. Una vez derramado, el líquido persiste y aumenta gradualmente. Cuando su cantidad es considerable puede comprimir la vena cava inferior y las venas iliacas, y ocasionar de este modo un edema secundario de las piernas. Pero existe una particularidad de la hidropesía procedente de la obstruccion porta no complicada, y es que la ascítis precede á cualquier otra hidropesía que se desarrolle en distintos puntos, y predomina siempre una ascítis demasiado considerable; puede tambien dificultar la accion del diafragma y causar un gran obstáculo á la respiracion, pero se distinguirá de la ascítis de orígen cardiaco en que la disnea sigue y no precede nunca á la ascítis.

Frerichs sólo ha observado la ascítis 24 veces entre 36 casos de cirrósis; los individuos enfermos de cirrósis pueden morir de diferentes modos sin que haya sobrevenido la ascítis; pero rara vez falta ésta en el período avanzado de la afeccion.

4.° El *aumento de volúmen del bazo*, que se traduce por una extension de la macidez de este órgano, es otra consecuencia ordinaria de la obstruccion mecánica de la circulacion intra-hepática, aunque ménos comun de lo que generalmente se cree. Se observa en la mitad, poco más ó ménos, de los casos. Algunas veces se puede atribuir su falta al engrosamiento fibroso ó á la calcificacion de la cápsula, que dificulta la dilatacion de los vasos que contiene; en otros casos á un desagüe excesivo de la mucosa gastro-intestinal, causado por la diarrea ó una hemorragia.

5.° El *desarrollo de las venas abdominales superficiales*, sobre todo en el lado derecho, y entre el esternon y el ombligo, puede ser tambien una consecuencia del obstáculo á la circulacion porta; se observa, por lo general, en la cirrósis avanzada. Cuando la vena porta se halla obstruida por las anastomósis entre la vena mesentérica inferior y la hipogástrica, por la hemorroidal inferior, la sangre vuelve al corazon en parte por las venas hipogástricas. Debemos recordar, sin embargo, que este desarrollo de las venas abdominales puede presentarse, en cualquier ascítis considerable y

de larga duracion, por la presion que ejerce el líquido sobre la vena cava inferior. En tales casos, sin embargo, hay tambien, por lo general, várices de las extremidades.

6.° No es raro que sobrevengan *hemorroides* bajo la influencia de la misma causa que determina el desarrollo de las venas abdominales; á menudo preceden á los demas signos de la obstruccion porta. Las hemorroides, en gran número de casos, son debidas á la obstruccion de la circulacion porta, y debeis tener siempre en cuenta que por olvidar este hecho se han visto resultados funestos y áun mortales. La sangre que procede del recto debe pasar á traves del hígado, y el flujo pasajero de sangre por las hemorroides es una especie de válvula de seguridad que desembaraza las raicillas infartadas de la vena porta. Si privais al enfermo de esta válvula de seguridad operando las hemorroides, correreis el peligro de aumentar el estado morboso del hígado y provocar la ascítis ó la hematemésis.

7.° De vez en cuando sobrevienen *hemorragias* por la mucosa estomacal ó la mucosa intestinal, que en ocasiones son abundantes y mortales, áun cuando haya ascítis. En ciertos casos van seguidos de gran alivio durante algun tiempo. Los capilares de la mucosa se rompen á consecuencia de su excesiva distension por la sangre, pues la circulacion colateral no se encuentra bastante desarrollada. Las epistáxis, la púrpura, la salida de sangre por las encías, los equimósis alrededor de las escarificaciones y otras hemorragias, que sin duda son independientes de una causa mecánica y resultan probablemente de algun estado morboso de la sangre, no son raras en el período avanzado de la cirrósis y dan siempre lugar á un pronóstico poco favorable.

8.° El *catarro del estómago y de los intestinos* se presenta tambien muchas veces en el curso de la cirrósis: la mucosa congestionada está predispuesta á la inflamacion por causas que de otro modo serían inertes. Cuando sobreviene se marca por sensibilidad en el abdómen, malestar y vómitos despues de las comidas, una diarrea pertinaz, y más ó ménos fiebre. En tales casos se observan con frecuencia, despues de la muerte, los caractéres anatómicos típicos de la inflamacion catarral, con erosiones hemorrágicas de la mucosa estomacal, lesiones que á primera vista pueden considerarse como efecto de algun veneno irritante. Lo mismo que las hemorragias, las crísis de diarrea en el curso de la cirrósis son á menudo saludables y no deben cohibirse muy pronto. Más de una vez he visto sobrevenir la ascítis por el empleo intempestivo de los astringentes. Cuando hay coexistencia de degeneracion amiloidea con la cirrósis puede existir una diarrea profusa y pertinaz, encontrándose invadidos los intestinos por la lesion amiloidea.

9.° El *dolor* en la region del hígado no es un síntoma saliente de la verdadera cirrósis. En el primer período de la enfermedad hay á veces un dolor sordo, con ligera sensibilidad en el hipocondrio derecho, á conse-

cuencia de la congestion, y en todo el curso de la enfermedad puede haber un dolor agudo, pero de una manera temporal y resultante de ataques de perihepatítis intercurrente; en los intervalos de dichos ataques sólo hay una ligera sensibilidad en la region hepática.

10. La *ictericia pronunciada* es un síntoma raro en la cirrósis; cuando persiste es de mal augurio. En el primer período de la enfermedad puede haber una ictericia por congestion; pero cuando la ictericia se presenta ulteriormente, resulta, por lo general, de alguna complicacion, como el catarro de las vías biliares ó el infarto de los ganglios de la cisura del hígado, que comprimen el conducto hepático. La ictericia persistente puede tambien presentarse en el período avanzado de la enfermedad, é ir acompañada de hemorragias, sequedad y coloracion oscura de la lengua, fetidez del aliento y agitacion. Estos síntomas son siempre de mal agüero, áun cuando no haya ascítis; á menudo van seguidos de accidentes cerebrales. Sin embargo, el Dr. Fagge ha observado (1) un caso de cirrósis con ictericia persistente durante siete años, en el cual el enfermo concluyó por morir de hematemésis. (Véase tambien la Obs. C.)

Pero aunque la ictericia muy marcada es rara en la cirrósis, existen pocos enfermos que durante el curso de la afeccion no presenten un color sucio, especial y persistente, con una areola oscura alrededor de los ojos, y, sin embargo, las materias continúan conteniendo bílis y la orina no contiene más que poco ó ningun pigmento biliar. Debemos poner gran cuidado en no confundir este aspecto especial con el aspecto bronceado que toma el semblante por la exposicion al sol en los climas cálidos, ó con el color de cera que da algunas veces la anemia. La combinacion de este color sucio con las facciones hundidas y las manchas venosas de los carrillos, constituye el aspecto característico de la cirrósis.

11. Las *funciones digestivas* ofrecen á veces su estado normal; pero generalmente hay pérdida del apetito, con flatulencia y extreñimiento dolor en el corazon por las mañanas, ó los síntomas de gastro-enterítis ya mencionados.

12. La *orina* suele ser en pequeña cantidad, muy coloreada y ácida, y deposita en abundancia uratos de color rojo vivo, rojo oscuro ó parduzcos. Aun cuando no hay ictericia, contiene siempre en abundancia un pigmento que se parece mucho, por su composicion, al pigmento biliar. Estos caractéres son tan constantes, que la eliminacion de una orina pálida y clara despues del enfriamiento sería un argumento poderoso contra el orígen hepático de un caso dado de ascítis. Algunas veces existe albuminuria, á consecuencia de la enfermedad de Bright concomitante; pero debeis recordar que una gran cantidad de líquido en el peritoneo puede determinar la presencia de la albúmina en la orina, independientemente de

(1) *Guy's Hosp. Reports*, 1855, t. XX.

toda afeccion renal, desapareciendo la albúmina cuando, bajo la influencia de la paracentésis, desaparece la presion ejercida sobre las venas renales.

13. Los *síntomas cerebrales*, tales como la tendencia al sopor, el delirio, el coma y las convulsiones, sobrevienen con frecuencia en el período avanzado de la cirrósis. A menudo están asociados á la ictericia y á las hemorragias, y constituyen una contraindicacion á la paracentésis, pues generalmente se agravan por la sustraccion del líquido.

14. Los progresos de la enfermedad se marcan siempre por una *enflaquecimiento* y una *debilidad progresiva*. A consecuencia de la obstruccion de la vena porta la absorcion de los materiales nutritivos en el intestino disminuye y se suspende despues, miéntras que las funciones del hígado y del bazo en la sanguificacion se encuentran más ó ménos comprometidas. En muchos casos el enfermo muere de inanicion, pero conserva la inteligencia hasta el fin. Otras veces la muerte sobreviene por pulmonía, por edema pulmonar ó por peritonítis aguda, ó bien va precedida de ictericia y de los síntomas ya mencionados de intoxicacion general de la sangre.

15. El diagnóstico de la cirrósis verdadera será más fácil por el conocimiento de las circunstancias en que sobreviene.

ETIOLOGÍA. a) *Edad.* — La cirrósis ataca principalmense á los individuos de 35 á 60 años de edad. Es muy rara ántes de los 25, pero se ha visto tambien en los niños. La observacion CXI es un ejemplo de cirrósis en un niño de nueve años.

b) *Sexo.* — Generalmente se cree que esta afeccion es más comun en los hombres que en las mujeres; pero, segun mi experiencia, no existe en Lóndres una gran diferencia bajo este punto de vista.

c) *Costumbres.* — Casi siempre hay antecedentes de abuso de las comidas, exceso de los espirituosos, y especialmente la costumbre de beber sustancias alcohólicas ó vino en ayunas. Es muy raro que la verdadera cirrósis proceda de otra causa, porque, aunque se observa algunas veces en los niños jóvenes (1), puede suceder muy bien que en muchos de estos casos la enfermedad sea una de las demas formas de la atrofia crónica, acerca de las cuales he llamado vuestra atencion. En los niños de poca edad la cirrósis es debida algunas veces á una sífilis hereditaria, miéntras que la observacion CXI demuestra que las excepciones aparentes pueden confirmar la regla y que, áun en la juventud, la cirrósis puede resultar del abuso de los alcohólicos.

d) *Profesion.* — Segun lo que ya hemos dicho, no debe sorprendernos que la enfermedad sea frecuente en ciertas clases de la sociedad. En cuanto á la opinion emitida por un distinguido patólogo de que la cirrósis

(1) Véase el Apéndice; véase tambien Frerichs, *op. cit.*, y el Dr. Griffiths, *Pathol. Transact.*, t. XXVII, pág. 186.

es rara en las clases acomodadas, es completamente contraria al resultado de mi experiencia.

e) *Gota.* — A menudo se observa la cirrósis en conexion con la gota. El estado del hígado determinado por la gota le hace muy susceptible á la accion del alcohol, áun á pequeñas dósis.

Los caractéres clínicos de las demas formas de atrofia crónica son semejantes á los de la cirrósis verdadera, tal como la acabo de describir; pero debo mencionaros ahora las circunstancias que durante la vida podrán hacerla distinguir, aunque esto no influye sensiblemente sobre el pronóstico ni el tratamiento.

II. La retraccion que resulta de la obstruccion mecánica de la circulacion, difiere de la verdadera cirrósis bajo los puntos de vista siguientes:

1.° Hay antecedentes y signos físicos actuales de afeccion grave del corazon ó de los pulmones.

2.° La disnea precede á la ascítis.

3.° Aunque la ascítis puede dominar sobre las hidropesías que existan en otro lugar, va precedida de un edema de las piernas que persiste. (Véase Observacion LV.)

4.° La existencia de la verdadera cirrósis será todavía ménos probable si no ha habido anteriormente exceso de los espirituosos ni dispepsia alcohólica.

III. La atrofia del hígado, en la cual este órgano ofrece una superficie externa nodulada, parecida á la de la cirrósis verdadera (pero no hay hiperplasia del tejido fibroso, y la consistencia del tejido hepático es, por consiguiente, normal ó más blanda, en vez de ser extraordinariamente densa), no puede distinguirse, en mi concepto, de la cirrósis por ningun carácter clínico. En la observacion CXII, que constituye un ejemplo de esta forma de enfermedad, vemos que el paciente no abusaba de los espirituosos; de suerte que este carácter negativo puede ofrecer alguna utilidad para el diagnóstico.

IV. Lo que se llama *induracion simple del hígado*, que resulta de ataques repetidos de perihepatítis, difiere de la verdadera cirrósis por los caractéres siguientes:

1.° Cuando se puede sentir el borde del hígado, es ordinariamente igual y duro; pero cabe hacer una excepcion en favor de los casos que tienen un orígen sifilítico, y en los que, como ya hemos visto, la superficie del hígado puede encontrarse marcada por nódulos salientes, separados por profundas cisuras.

2.° El dolor y la sensibilidad en la region hepática son más intensos y más constantes que en la verdadera cirrósis.

3.° Las manchas venosas en los carrillos, los dolores de corazon por la mañana y la dispepsia alcohólica, faltan muchas veces.

4.° Las condiciones bajo cuya influencia sobreviene, al parecer, la induracion simple, son importantes para el diagnóstico. Así, hay:

a) Antecedentes sifilíticos evidentes.

b) Antecedentes de peritonítis local ó general de ulceracion del estómago ó de inflamacion de la pleura derecha.

c) No hay antecedentes de excesos en las bebidas alcohólicas.

d) Algunas veces se observa la induracion simple en los casos de afeccion valvular del corazon coincidiendo con la segunda forma de atrofia crónica, de que ya os he hablado.

V. A la cabecera del enfermo será siempre difícil, y á menudo imposible, distinguir la *atrofia roja* de la cirrósis ó de la induracion simple. Lo mismo que en estas afecciones, la enfermedad sigue un curso crónico, hay una gran diminucion en el área de la macidez hepática, y se observan los síntomas de la obstruccion porta; á saber: la ascítis, el aumento de volúmen del bazo, etc. La diarrea intensa es bastante comun, pero rara vez hay ictericia. La superficie del hígado, cuando se puede sentir, difiere de la que ofrece en la cirrósis en que es igual; pero los principales indicios de su existencia son las circunstancias que han precedido á los síntomas de la obstruccion porta:

a) No hay antecedentes de abusos alcohólicos.

b) No existe disnea ó afeccion valvular del corazon.

c) No ha habido necesariamente perihepatítis anterior.

d) En muchos casos ha habido ántes accesos de fiebre intermitente ó remitente.

e) En otros casos se reconocerá que el enfermo ha tenido una ulceracion disentérica ó de otra índole del conducto intestinal.

Tratamiento de la cirrósis. — A. Si la presencia de los síntomas que hemos expuesto nos autoriza á sospechar una cirrósis *en su principio*, las indicaciones para el tratamiento serán las mismas que las que os he dado á conocer al hablar de la congestion del hígado. Por eso sólo mencionaré los principios generales que podrán serviros de guía:

1.° Lo primero que hay que hacer, es aconsejar al enfermo que cese en los abusos alcohólicos ó en las comidas. Por desgracia, muchas veces es difícil conseguirlo. El enfermo prometerá obedeceros, pero no lo cumplirá. Se le permitirá, pues, que tome tan sólo medio litro de vino seco cada 24 horas, mezclado con agua de Seltz. Otras veces vale más recomendar una abstencion absoluta. Existe generalmente la opinion de que puede ser peligroso suprimir de repente una cantidad inmoderada de estimulantes; en mi concepto, los que así creen están en un error. Por lo demas, la

necesidad irresistible de los estimulantes que se observa en algunos enfermos, se podrá calmar por la administracion de alguna infusion amarga, á la cual se añadirá amoniaco ó jengibre.

2.° Es muy importante vigilar el régimen. Este consistirá principalmente en leche, huevos, materias amiláceas, pescado blanco bien cocido, aves, etc. Se prohibirán con rigor los alimentos demasiado sustanciosos, azucarados ó grasos, ciertos condimentos y los alimentos indigestos de diversa índole.

3.° Se prescribirá siempre un ejercicio regular al aire libre.

4.° Se evitará el extreñimiento administrando los purgantes salinos, como los sulfatos de magnesia, de sosa ó de potasa, el bitartrato de esta misma base, las sales de Karlsbad ó de Cheltenhan, las aguas minerales de Püllna ó de Friedrichshall. Estos medicamentos se administrarán diariamente, por espacio de dos ó tres semanas; á ser posible, se tomarán tibios y por la mañana en ayunas. Se facilitará su accion administrando de vez en cuando una corta cantidad de calomelanos, píldoras azules ó podofilino, con coloquíntida ó ruibarbo.

Cuando el hígado está engrosado suele ser ventajoso administrar el ioduro ó el bromuro de potasio, el cloruro de amonio ó el cloruro de mercurio, al mismo tiempo que se prescriben las unturas en el hipocondrio derecho con iodo ó ioduro de mercurio. A menudo se obtienen buenos resultados administrando el protoioduro de mercurio á la dósis de tres á seis centigramos tres veces al día. Si estos medicamentos no consiguen reducir el volúmen del hígado, se ensayarán los ácidos minerales, los tónicos amargos y los baños con ácido nitro-clorhídrico.

B. En el *segundo período* de la enfermedad no existe ninguna medicacion que sea capaz de restablecer la porcion destruida del hígado ó de combatir la obstruccion de la circulacion porta. Todo lo que se puede hacer es combatir los efectos de la enfermedad, disminuir el infarto de las raicillas de la vena porta, y sostener las fuerzas del paciente por los medios apropiados con la esperanza de que podrá detenerse el curso del proceso morboso y de que á la larga se establecerá una circulacion colateral, por la cual la sangre de la vena porta llegará al lado derecho del corazon (1).

---

(1) Cuando la vena porta se halla obstruida, puede establecerse una circulacion colateral por cuatro vías diferentes:

1.ª La sangre de las venas mesentéricas inferiores puede ser llevada á las venas hipogástricas por las venas hemorroidales inferiores, é ir desde allí al corazon;

2.ª Por el desarrollo de ciertas ramas de la vena porta, que, siguiendo los repliegues del ligamento falciforme, van del hígado á las paredes abdominales, y allí se anastomosan con las venas hipogástrica y mamaria interna;

3.ª Por el desarrollo de las ramas de la vena porta y de las venas de la cápsula del hígado que abocan á las diafragmáticas y esofágicas;

4.ª Por los vasos de nueva formacion desarrollados en las adherencias que se desar-

1.° Os servirán de guía las mismas reglas de tratamiento que en el primer período por lo que concierne á los alcohólicos, el régimen, los purgantes, etc. Os guardareis de cohibir las diarreas que se presentan espontáneamente, á ménos que sean excesivas.

2.° Se prescribirán de vez en cuando los tónicos, como el ácido nitroclorhídrico, la genciana, la nuez vómica, la estricnina, la cascarilla, para mejorar el apetito, facilitar la digestion y levantar las fuerzas.

3.° La ascítis reclamará muchas veces un tratamiento especial. Los mejores medios que pueden emplearse son:

a) Los purgantes, y entre estos medicamentos se elegirán los que más activen la exhalacion acuosa de la mucosa intestinal, como los purgantes salinos y las aguas minerales que ya he indicado, los polvos compuestos de jalapa y la goma-guta. Tambien será excelente purgante un electuario preparado con polvos de jalapa y cocimiento de sen. Estos purgantes deben administrarse siempre por la mañana en ayunas, de modo que no perturben la digestion de los alimentos. Sólo se prescribirán los drásticos — como, por ejemplo, el elaterio y el aceite de croton — con alguna prudencia, porque podrían producir una enterítis rebelde y áun mortal.

b) Al mismo tiempo que se prescriben los purgantes se recurrirá á los diuréticos, y se pueden ensayar diferentes combinaciones de estos medicamentos.

Así, podeis dar el acetato ó el bitartrato de potasa, ó el ioduro de potasio, ó el cloruro de amonio, ó el benzoato de amoniaco, en combinacion con el éter nitroso, la digital y el cocimiento de sen. El bicloruro de mercurio con digital, ó las píldoras azules con escila y digital, producen á veces buen resultado. La digital goza una larga y justa reputacion, pero es bastante más eficaz en la hidropesía de orígen cardiaco que en la hidropesía de orígen hepático. Tambien se podrá obtener algunas veces la diurésis por las lociones, en el abdómen y la region lumbar, con una infusion de digital cuatro veces más fuerte que la de la farmacopea. Os advertiré al mismo tiempo que la copaiba consigue algunas veces determinar la diurésis y disipar la hidropesía hepática cuando han fracasado los demas diuréticos. La mejor preparacion es la resina, que puede darseá la dósis de un gramo tres veces al día (1).

No hay duda alguna que, obrando sobre los riñones, conseguimos algunas veces (como en la observacion CLXII, leccion XII), disminuir la

---

rollan entre el hígado y el diafragma y las paredes abdominales. En la cirrósis avanzada no es raro ver una gruesa vena que nace bruscamente por debajo de las costillas falsas derechas, y se dirige hácia el pecho en estado de variz.

(1) Se mezcla bien la resina con dos veces su peso de polvos de almendras, y se añade una onza de agua, hasta formar una emulsion. Véase *The Lancet*. 27 de Febrero de 1869; *Transact. Clinic. Soc.*, 1869, t. III, pág. 26, y *Guy's Hosp. Rep.*, 1876, t. XXI.

ascítis ó retrasar sus progresos. Pero cuando la áscítis es ya considerable los diuréticos no ejercen apénas influencia, y hasta son impotentes para aumentar la cantidad de orina.

c) Los tónicos como la quinina y el hierro disipan, al parecer, la hidropesía de orígen hepático despues de haber fracasado todos los medios comunmente empleados. Segun el Dr. Bristowe (1), son los únicos medicamentos que dan buen resultado; y aunque mi experiencia no se halla completamente de acuerdo con esto, he visto buenos resultados con el empleo de una combinacion de tintura de percloruro de hierro con la digital, ó tartrato de hierro y de potasa con la digital.

d) Las colecciones líquidas del abdómen se reabsorben algunas veces rapidamente, despues de haber estado algun tiempo cubierto el abdómen con un linimento hidrargírico, al cual podrá añadirse belladona si hay mucho dolor; pero la reabsorcion se obtendrá más probablemente con una coleccion de orígen inflamatorio que con una coleccion procedente de la obstruccion porta.

e) A pesar del empleo de estos diversos medicamentos, se ve con frecuencia que la ascítis aumenta lentamente, y tarde ó temprano el vientre adquiere tal volúmen que la respiracion está seriamente comprometida y es necesario recurrir á la paracentésis. Puede repetirse frecuentemente la puncion, pero la regla comunmente adoptada es diferir la operacion en lo posible hasta que haya peligro de ver la respiracion seriamente comprometida por la presion del líquido. Muchos autores creen que, como el líquido se forma con rapidez, la repeticion frecuente de la operacion debe aumentar la inanicion del enfermo por la gran cantidad de albúmina que el derrame sustrae á la sangre.

Pero hay varias razones para seguir esta regla. La operacion, cuando se retrasa hasta el último momento, va seguida muchas veces de enflaquecimiento rápido, acompañado de síntomas tifoideos.

Por otra parte, las ventajas de una puncion practicada oportunamente son que, haciendo cesar la presion, se favorece el establecimiento de una circulacion colateral á traves de las porciones más sanas del hígado, lo mismo que á traves de las venas de las paredes abdominales (2). Ademas se restablecen las funciones de órganos importantes que eran difíciles ó imposibles. No sólo se encuentran aliviados los pulmones, sino que, haciendo cesar la presion de las venas porta y renales, se favorece la asimilacion lo mismo que la excrecion urinaria. He visto hemorragias intesti-

(1) *Transact. Clinic. Soc.*, t. II, pág. 12.

(2) Para las notas adicionales concernientes á las ventajas de la puncion practicada con feliz resultado en la ascítis, consúltese la Memoria del Dr. John Mac Crea, *Dubl. Journ. of med. Sc.*, Agosto de 1873, y tambien *Brit. Med. Journ.*, 1873, t. I, páginas 185, 250.

nales en el curso de la cirrósis que se cohibieron despues de la paracentésis, y sabido es que los sujetos que padecen ascítis considerable, que, á pesar del empleo de los más poderosos diuréticos, continúan segregando poca orina, segregarán despues de la paracentésis una gran cantidad de orina sin albúmina, y esto sin necesidad de medicamentos. Finalmente, los diuréticos y los demas medicamentos, que miéntras el abdómen se halla distendido por el líquido no producen ningun efecto, probablemente porque no son absorbidos, obrarán con frecuencia muy bien despues de la paracentésis, y retrasarán tambien ó llegarán á impedir la nueva acumulacion de líquido en el peritoneo. Por consiguiente, cuando el abdómen está medianamente distendido por el líquido, y los medicamentos que os he indicado no producen el efecto apetecido, no hay tiempo que perder: debe practicarse la paracentésis. Pero si el líquido vuelve á formarse muy pronto, no debeis desesperar.

En la observacion CXV se hizo la puncion cuatro veces, y despues de la cuarta puncion el líquido no volvió á reproducirse. No hace mucho tiempo el Dr. Lyons, de Dublin, publicó un caso de cirrósis en el cual se hizo la puncion 36 veces con intervalos de tres semanas á un mes, sacando cada vez 16 á 18 litros de líquido; un año despues de la última puncion, la ascítis permaneció estacionaria (1).

Cuando se trate de practicar la operacion, hay una ó dos particularidades acerca de las cuales debo llamar vuestra atencion. En primer lugar, os aconsejo que empleeis un trócar de menor calibre que el que se usa generalmente, y más bien aplanado que redondeado. La herida que resulta se cierra sin dificultad.

Por otro lado, no se procurará extraer completamente el líquido en cada operacion, pues la presion que es preciso ejercer para conseguir este resultado no siempre se halla exenta de peligro, y pueden obtenerse todos los buenos efectos de la operacion cuando queda todavía un litro á litro y medio de líquido. Con este motivo debo llamar vuestra atencion sobre algunas interesantes observaciones del profesor Leudet (de Rouen) (2), quien preconiza el empleo de un trócar explorador para sacar el líquido. En los casos qne dicho autor tiene publicados, se introdujo el instrumento en una dilatacion de la cicatriz umbilical. Este procedimiento tiene las siguientes ventajas: la piel, al nivel de la puncion, es muy delgada; la abertura se cierra rápidamente, y el instrumento no penetra en la cavidad peritoneal.

f) Cuando hay un edema más marcado de las piernas al mismo tiempo que una ascítis, uno y otra pueden aliviarse por la acupuntura de

---

(1) *Brit. Med. Journ.*, 1873, t. I, pág. 185.
(2) Leudet, *Clinique médicale*. París, 1874, pág. 557.

las piernas, ó bien practicando una incision á traves de la piel, en el tejido areolar, á una pulgada próximamente por encima del maleolo interno de cada pierna; despues de la incision se aplican cataplasmas. Esta práctica ha sido recomendada hace muchos años por un médico distinguido del hospital de Santo Tomás, el Dr. Mead. La cantidad de serosidad que se puede sacar, ora por la acupuntura, ora por la incision, es sorprendente.

4.° Los ataques intercurrentes de perihepatítis pueden reclamar el empleo de las depleciones locales, cataplasmas y opio.

5.° Para la gastrítis se recurrirá á los sinapismos y á los vejigatorios en el epigastrio con hielo y agua de cal, ó al bisturí y el ácido cianhídrico al interior. Como régimen leche y alimentos amiláceos, y cuando los vómitos son intensos leche sola. El vino y los espirituosos que á menudo se toman en tales circunstancias siempre perjudican, aunque á veces producen un alivio pasajero. Si se cree absolutamente necesario su empleo, vale más administrarlos en lavativas. Despues de haber fracasado todos los demas medios, 25 á 30 centigramos de calomelanos bastarán para producir los vómitos.

6.° En la enterítis puede ser necesario aplicar algunas sanguijuelas alrededor del ano y administrar los astringentes minerales y vegetales con el opio, y particularmente el acetato de plomo con morfina; no será conveniente suspender las evacuaciones muy pronto ó demasiado por completo.

7.° Si sobreviene alguna abundante hemorragia estomacal ó intestinal, se prescribirá el hielo, el cornezuelo de centeno, una combinacion de purgantes salinos y astringentes, como una mixtura que contenga sulfato de magnesia, tanino y ácido sulfúrico, y la aplicacion de sanguijuelas alrededor del ano.

8.° La flatulencia causa á menudo un gran malestar: aumenta de tal modo la disnea procedente de la ascítis, que es preciso plantear un tratamiento. Se combatirá muchas veces con éxito empleando diversos éteres, aceites esenciales de menta piperita, de anís ó de cayeput, el carbon vegetal, el gálbano ó la asafétida. Pero como podría ser debida á la descomposicion procedente de la insuficiencia ó de la alteracion de la bílis, los medicamentos que mejores resultados dan en tales casos son los que, como la creosota, la trementina ó el ácido fénico, pueden oponerse á la descomposicion.

9.° Cuando sobrevienen accidentes cerebrales y otros signos de intoxicacion de la sangre, ningun tratamiento suele producir resultado; pero he visto una mejoría considerable, aunque temporal, despues del empleo de los calomelanos y de los purgantes salinos, á la vez que los vejigatorios en la piel del cráneo.

Las reglas que acabo de exponer para el tratamiento de la cirrósis

serán aplicables á las demas formas de la atrofia del hígado con las siguientes modificaciones:

a) En la atrofia del hígado resultante de una afeccion cardiaca, el tratamiento de los síntomas de obstruccion porta debe seguir al de la afeccion torácica primitiva, que es el más importante.

Los diuréticos serán los medicamentos más eficaces para disipar la hidropesía, y sobre todo las píldoras de digital compuestas (píldoras azules, escila y digital); en cuanto á los estimulantes alcohólicos, aunque sean más necesarios en este caso que en la cirrósis verdadera, deberán prescribirse siempre con prudencia.

b) En los casos en que hay antecedentes sifilíticos manifiestos, y cuando existe alguna razon para creer en la posibilidad de una perihepatítis sifilítica, será útil el mercurio y el ioduro de potasio.

Voy á referir ahora algunos casos de atrofia crónica del hígado en apoyo de las observaciones que acabo de presentar sobre su patología y su tratamiento. El primero de ellos es un buen ejemplo de cirrósis verdadera por abuso de los espirituosos.

Observacion CIV. — *Abuso de espirituosos. — Síntomas de obstruccion porta. — Hígado denso, fibroso y granuloso. — Cirrósis verdadera.*

Tomás B..., de 52 años, panadero, fué admitido en el hospital Middlesex el 30 de Abril de 1867. Su padre y su madre vivieron hasta una edad avanzada. Un hermano y una hermana murieron de consuncion. Era un hombre grueso y fuerte, y había gozado siempre buena salud hasta dos años ántes de su entrada en el hospital. En dicha época comenzó á experimentar flatulencia; durante el año último tuvo la respiracion corta, el sueño trastornado; sentía escalofríos, y de vez en cuando palpitaciones. Observó igualmente que su vientre y sus piernas se hinchaban un poco. Creyó que esta hinchazon había desaparecido al cabo de dos ó tres semanas; pero hace unos cuatro meses reapareció, y desde entónces ha aumentado considerablemente. Dice que se presentó primero en la pierna izquierda, comenzando por una flictena que apareció en el maleolo de aquel lado. Nunca ha tenido hemorroides; pero en diversas épocas, durante estos dos últimos años, ha vomitado una cucharada de sangre negra. Ha abusado siempre de las bebidas espirituosas, y sobre todo de la cerveza.

A su entrada el enfermo ofrece un aspecto especial, pálido, adelgazado, con color ligeramente ictérico de la piel y de las conjuntivas, y manchas venosas en los carrillos. Edema considerable de las extremidades inferiores y del escroto, é indicios de acumulacion considerable de líquido en el peritoneo; el ombligo está casi borrado y la circunferencia del ab-

dómen llega á 46 pulgadas. Había tambien un desarrollo considerable de las venas subcutáneas del abdómen, sobre todo en el lado derecho. La macidez hepática ha disminuido en la línea mamaria derecha, donde no llega á tres pulgadas; la macidez del bazo ha aumentado; mide verticalmente cuatro pulgadas. No hay ictericia, si exceptuamos el color ligeramente ictérico de las conjuntivas ya mencionado. Tampoco existe sensibilidad del abdómen, ni vómitos; lengua húmeda con una capa blanca; extreñimiento muy marcado, en términos que hay ocasiones en que el enfermo no hace una deposicion en seis ú ocho días; la impulsion del corazon es débil, pero su macidez y ruidos normales. Pulso á 120. Se perciben estertores crepitantes finos en la mitad inferior de ambos pulmones, por detras y por delante, pero no hay macidez franca ni soplo tubario; 36 respiraciones. Orina ácida, sin albúmina, pero reaccion característica del pigmento biliar; densidad 1.032.

El enfermo fué tratado por los purgantes y los diuréticos, pero no se observó ninguna mejoría en su estado; por el contrario, el edema de las piernas aumentó, y el 17 de Mayo la circunferencia del abdómen en el ombligo era de 47 1/2 pulgadas; pero el edema no había invadido la cabeza, ni el cuello, ni el pecho, ni los brazos. La disnea aumentó; expectoracion mucosa con abundantes estrías de sangre rutilante. Orina en pequeña cantidad, pero sin albúmina hasta el 17 de Mayo.

El enfermo fué debilitándose gradualmente, y la tarde del 17 empeoró; pulso muy rápido (136) é irregular; gran agitacion y delirio intenso; lengua seca y oscura; intestinos relajados. La disnea no había aumentado sin embargo; no existía lividez en la cara ni ninguna alteracion en los signos físicos de los pulmones.

El enfermo continuó en tal estado hasta la muerte, que ocurrió el día 20 á las once de la mañana.

Al hacer la *autopsia*, gran lividez é hinchazon de la cara y del cuello; color oscuro de la piel á lo largo del trayecto de las venas subcutáneas. Corazon en buen estado; no hay apariencia de pleuresía ni de pulmonía, pero ambos pulmones están congestionados y edematosos; el peritoneo contenía algunos litros de serosidad de color amarillo-paja y ligeramente turbia. A pesar de la falta de albúmina, ambos riñones estaban muy aumentados de volúmen, pesando el derecho nueve onzas y el izquierdo nueve y media; cápsulas no adheridas y superficie igual; sustancia cortical hipertrofiada, flácida y blanda, y sembrada de muchas manchas equimóticas oscuras; el epitelio renal estaba lleno de finas granulaciones y contenía una corta cantidad de aceite. Bazo grueso y blando; pesaba siete onzas.

Hígado muy pequeño y completamente oculto por detras de las costillas; medía nueve pulgadas de izquierda á derecha; el diámetro antero-posterior del lóbulo derecho era de seis pulgadas y media y el del lóbulo

izquierdo de cinco pulgadas. El órgano pesaba 1.240 gramos. Superficie externa nodulada y granulosa, presentando los caractéres típicos de la cirrósis. Cápsula no engrosada ni adherida; el tejido era mucho más denso, y ofrecía al corte algunos islotes de sustancia glandular de color amarillo claro, en cuyas células se veía mucho aceite y estaban rodeadas por anchas cintas de un tejido blanco y resistente, que contenía los conductos biliares y los vasos hepáticos. Vesícula biliar distendida por cuatro onzas de líquido tenue, acuoso, verdoso, en el cual se encontraban gran número de concreciones negras de bílis espesa; tambien había alguna de estas concreciones en los conductos cístico, hepático y colédoco. Las materias intestinales ofrecían un color amarillo.

La observacion CV es otro ejemplo de cirrósis verdadera por abuso de los espirituosos. Los síntomas cerebrales fueron determinados por una complicacion renal. Las crísis de ictericia que padeció el enfermo fueron debidas probablemente á un catarro de las vías biliares. Iban siempre precedidas de vómitos, lo cual indicaba un estado anterior de irritacion del estómago y del duodeno. La ictericia era en este caso independiente de la cirrósis, pues había desaparecido casi por completo ántes de la muerte, aunque aumentaron los síntomas de la obstruccion porta.

OBSERVACION CV.—*Excesos alcohólicos.— Cirrósis hepática.—Nefrítis.— Convulsiones epileptiformes y muerte por uremia.*

D. H..., de 45 años, fué admitido en el hospital Middlesex el 15 de Octubre de 1867. Era tabernero, y desde seis ó siete años ántes tenía costumbre de beber grandes cantidades de Ginebra, habiendo llegado á embriagarse varias veces. Unos dos años ántes de su entrada comenzó á padecer vómitos seguidos de ictericia pasajera, pero no acompañados de cólicos. Al año siguiente los vómitos fueron más frecuentes y molestos, sobre todo por la mañana, é iban acompañados de diarrea y de un dolor persistente en la region del hígado, con ligera ictericia; las materias vomitadas contenían sangre muchas veces. Tuvo tambien varias epistáxis, alguna de ellas tan intensa que fué preciso llevarle á un hospital, donde se practicó el taponamiento de las fosas nasales. Seis semanas ántes de su entrada tuvo un acceso violento de convulsiones epileptiformes, de cuyas resultas se hizo una mordedura profunda en la lengua. En las tres semanas siguientes tuvo cuatro ataques semejantes, el último de los cuales fué seguido de ictericia y de un estado semejante al delirio tremens, que persistió hasta que el enfermo entró en el hospital.

En dicha época el enfermo tuvo las ideas muy confusas, el aspecto triste; profundo estupor. Las conjuntivas y toda la superficie del cuerpo

ofrecían un color ictérico bastante marcado; ligero edema de las extremidades inferiores. Lengua seca y sucia, con ulceracion profunda en el borde izquierdo, resultante de la mordedura. Las materias contenían bílis. No había diarrea ni vómitos, pero sí una sensibilidad evidente á la presion por debajo de las costillas del lado derecho. No se podía sentir el hígado, y la macidez hepática en la línea mamaria derecha había disminuido; no era más que de tres pulgadas. Sin embargo, en el borde de las costillas, al nivel del sitio ocupado por la vesícula, se podía sentir un tumor distinto, redondeado, casi del grosor de un huevo de gallina. El abdómen estaba muy distendido por la timpanítis, y medía en el ombligo 32 pulgadas y nueve líneas. No hay signo apreciable de ascítis, pero la macidez del bazo ha aumentado y las venas subcutáneas del abdómen están desarrolladas. Pulso á 84, débil, pero regular; macidez cardiaca, ligeramente aumentada hácia el lado izquierdo, midiendo en direccion trasversal dos y media pulgadas; ruidos débiles, pero no de soplo. No hay disnea, ni tos; signos físicos pulmonales, normales. Orina muy oscura, parecida á la cerveza; densidad 1.020; contenía pigmento biliar en abundancia é indicios de albúmina; al microscopio se vieron algunos corpúsculos sanguíneos, pero no cilindros urinarios. Temperatura, 38°,4.

Este enfermo fué tratado por los laxantes, los sudoríficos, los diuréticos y un régimen sencillo, sin estimulantes. Se hizo que tomara algunos baños, y se le aplicaron sinapismos á la nuca, lo mismo que en la region del hígado. Este tratamiento fué seguido, al cabo de dos ó tres días, de cierta mejoría, y á los diez días el enfermo se hallaba en disposicion de ir y venir por las salas. La ictericia y el meteorismo habían disminuido considerablemente; el tumor, al nivel de la vesícula, había desaparecido; la lengua estaba húmeda y limpia; el apetito había reaparecido y la temperatura era la normal. Sin embargo, la orina contenía aún indicios de albúmina (1 por 20), y la memoria era todavía confusa en cuanto á las fechas. Si exceptuamos una tumefaccion inflamatoria dolorosa del meato auditivo izquierdo, dolor en la region lumbar, una crísis de vómitos y de epistáxis ligera el 22 de Noviembre, y la reaparicion del estupor, con sequedad de la lengua durante la última semana del mismo mes, esta mejoría persistió hasta el 12 de Diciembre.

Próximamente en esta fecha comenzó á sentirse mucho más débil, con agitacion y delirio por la noche. El abdómen fué engrosando, en términos que medía en el ombligo 35 1/4 pulgadas. Había, sin duda alguna, una corta cantidad de líquido en el peritoneo. Existía tambien un edema considerable de las extremidades inferiores y un ruido de soplo sistólico distinto en la base del corazon. La cantidad de albúmina en la orina no había aumentado; sin embargo, la temperatura era de 35°,5, y la ictericia poco pronunciada. Se le administró acetato de amoniaco con acetato de potasa, tintura de digital y cocimiento de hojas de sen con otros laxantes suaves,

más tarde polvos compuestos de jalapa y aceite de croton, y cataplasmas de mostaza y harina de linaza en la region lumbar.

Sin embargo, la ascítis aumentó gradualmente, en términos que el abdómen llegó á medir 40 pulgadas; pero cuando el enfermo guardó cama desapareció casi inmediatamente el edema de las piernas, y no se vió ningun indicio de la hidropesía ni en la cara ni en ningun punto de la parte superior del cuerpo. Las venas del abdómen engrosaron, la orina se tornó rara y oscura, conteniendo algo más de albúmina (1/6) con elementos sanguíneos y epiteliales. Lengua seca y oscura; incontinencia de las materias fecales y de la orina. Temperatura siempre inferior á la normal.

Durante los tres ó cuatro últimos días mucho delirio incoherente, con tirantez espasmódica en las extremidades, pero sin convulsiones generales. Muerte el 23 de Diciembre.

Resultados de la autopsia. — Ligera ictericia de la piel; algunos litros de serosidad clara, de color de paja, en el peritoneo. Hígado muy pequeño; no medía trasversalmente más que nueve pulgadas, y seis de atras adelante en el lóbulo derecho; tres pulgadas y cuarto en su mayor grosor; peso 1.250 gramos: superficie externa granulosa; tejido hepático muy denso, y consistente en cintas resistentes de tejido fibroso que contenían conductos biliares y vasos obliterados, y rodeando islotes de sustancia glandular amarilla, cuyas células estaban llenas de pigmento amarillo y aceite. Bazo grueso, duro, que pesaba siete onzas. Páncreas muy grueso é indurado por el desarrollo excesivo de tejido fibroso. Inflamacion catarral muy intensa, con erosiones hemorrágicas de la mucosa estomacal. Los dos riñones, gruesos, pesaban unas 14 onzas; las cápsulas se desprenden fácilmente; superficie igual; sustancia cortical hipertrofiada; inyeccion marcada de los glomérulos en las pirámides y en los cuerpos de Malpigio; tubos del riñon llenos de epitelio granuloso. Hipertrofia considerable del ventrículo izquierdo del corazon; vegetacion del volúmen de un cañamon en la cara ventricular de las válvulas aórticas. Congestion hipostática de ambos pulmones y adherencias antiguas á la superficie del pulmon izquierdo. El líquido sub-aracnoideo contenía urea, lo mismo que en los ventrículos laterales.

En el siguiente caso había motivos para creer, dado el conjunto de circunstancias, que la atrofia del hígado era debida á una verdadera cirrósis; pero las únicas indicaciones de obstruccion porta eran abundantes hematemésis, hemorroides y un ligero aumento de volúmen del bazo. Sin embargo, en algunos casos he visto morir repentinamente de hematemésis á ciertos sujetos que ántes se encontraban bastante bien para dedicarse á sus ocupaciones habituales; al hacer la autopsia se encontró una cirrósis hepática muy pronunciada. El tratamiento, que dió buenos resultados en la siguiente observacion, no es el que se emplea generalmente.

OBSERVACION CVI. — *Exceso de las bebidas alcohólicas. — Hígado retraido. Hematemésis abundante. — Delirium tremens.*

Elisa D..., de 29 años de edad, fué admitida en el hospital Middlesex el 5 de Febrero de 1867. Se había casado á los 24 años, teniendo dos niños. Desde su matrimonio, y acaso ántes, había abusado mucho de los espirituosos, lo cual dió lugar á la separacion de su marido. Tiene costumbre de embriagarse dos ó tres veces por semana. Con todo, nunca ha experimentado dolor ni vómitos despues de las comidas.

El día de su entrada, despues de haber pasado una noche agitada, la enferma vomitó en su casa moco estriado de sangre, y una hora despues gran cantidad de sangre pura, quizá un litro. Se la administró hielo y aguardiente, cayó sin conocimiento, y en las primeras horas de la tarde fué conducida al hospital.

Al entrar en el establecimiento ofrece mal color; no hay, sin embargo, ictericia marcada. Sensibilidad en el epigastrio; macidez hepática disminuida, pues no medía más que tres pulgadas en la línea mamaria derecha; en cambio, la macidez hepática había aumentado. Algunas pequeñas hemorroides alrededor del ano; pero ni ascítis, ni desarrollo de las venas abdominales. Indicios de albúmina en la orina; ligero soplo sistólico en el corazon, pero macidez é impulsion cardiacas normales; signos físicos pulmonales, normales; no hay edema de las piernas.

La enferma fué tratada por el ácido gálico y el opio, hielo y leche; pero no los alcohólicos. Durante muchos días continuaron los vómitos; pero, salvo el día de su entrada, las materias vomitadas no contenían sangre. No hubo ninguna deposicion durante cinco días y á contar desde el día de la entrada. Administrando lavativas concluyó por defecar una gran cantidad de materias semejantes á la brea. Muchos días despues de su admision la enferma fué atacada de *delirium tremens*; pero el 11 de Febrero había desaparecido completamente y podía tomar alimentos sin vomitarlos. Los vómitos no reaparecieron, y el 16 de Febrero la enferma salió del hospital.

El interes que presenta el caso CVII consiste en que parecía que el enfermo gozaba buena salud hasta el momento en que se vió acometido de una hematemésis, la cual fué seguida bien pronto de ascítis y de muerte.

OBSERVACION CVII. — *Cirrósis. — Hematemésis persistente como primer síntoma notable. — Ascítis.*

Tomás B..., de 53 años de edad, pescador, entró en el hospital de Santo Tomás el 18 de Abril de 1874. Su padre vive: tiene cerca de 72

años y se encuentra bien. Su madre murió á los 43 años. Era hijo único; hasta los 43 años había residido varias veces en los países tropicales, padeciendo disentería, fiebres intermitentes y dolor en la region del hígado. Aunque sus costumbres no tenían nada de sobrias, había gozado luégo buena salud. La mañana del 24 de Marzo, muy temprano, vomitó algunas tazas de sangre negra, y desde entónces hasta su entrada continuó vomitando alimentos y moco por mañana y tarde. El abdómen engrosó rápidamente; extreñimiento, pero sin dolor. Las piernas comenzaron á hincharse algunos días ántes de su entrada.

Entra en el hospital porque ha reaparecido la hemorragia. Color pálido, desarrollo de las venas superficiales de los carrillos, pero conjuntivas blancas. Ligero edema de las piernas. El abdómen se halla considerablemente distendido por líquido derramado en el peritoneo; mide 40 1/2 pulgadas en el ombligo; no es sensible. Venas abdominales muy desarrolladas. La macidez hepática comienza á media pulgada por debajo de la tetilla derecha; no se puede sentir el borde inferior del hígado. Vómitos constantes; el enfermo arroja los alimentos tan pronto como los ingiere; mucha sangre tambien en los vómitos, en parte bajo la forma de coágulo, en parte mezclada con moco viscoso; las evacuaciones alvinas se restablecen despues de tomar ciertos medicamentos: son negras y muy fétidas. Lengua pálida, desprovista de epitelio, llena de fisuras y seca en el centro. Eructos abundantes. Orina rara, á 1.035, muy oscura y cargada de uratos. Pulso á 104, regular, pero débil; corazon empujado hácia arriba; no hay ruido anormal. Tos frecuente, algunos estertores bronquiales. Sueño muy agitado. Temperatura 36°,5.

Se prescriben 65 centigramos de calomelanos, seguidos de citrato de magnesia y una mixtura de bismuto y de sosa con leche y agua gaseosa. Más tarde se le dieron alcohólicos á pequeñas dósis, y se ensayaron las inyecciones subcutáneas de ergotina para cohibir la hemorragia. Sin embargo, ésta continuaba verificándose por el estómago y los intestinos. El paciente fué debilitándose de día en día.

La mañana del 24 de Abril la temperatura sólo era de 35°,7. Falleció á las once de la noche.

Autopsia. — Unos 10 litros de serosidad en el peritoneo; éste se halla notablemente engrosado. Numerosas adherencias fijan sólidamente el hígado al diafragma, al estómago y á las demas partes. El bazo es grueso y está tambien adherido. Las cápsulas del bazo y del hígado, el epiploon y el mesenterio, están tambien engrosados. Hígado muy pequeño: despues de haber quitado la cápsula, se ve que su superficie es nodulada. Al hacer un corte, se ven cintas fibrosas resistentes que separan los islotes de tejido glandular. En el cólon, materia negra semejante á la brea. Corazon y riñones normales. Pulmones adheridos en la base y edematosos. Cerebro anémico.

Muchos de vosotros habreis seguido con interes el caso que voy á referiros: es de sentir que no hayamos podido examinar el estado del hígado despues de la muerte, tanto más cuanto que la causa de la atrofia era bastante oscura. Sin embargo, los signos de obstruccion de la circulacion porta eran bastante marcados; la circunstancia de existir la hematemésis ántes que los demas signos de obstruccion durante muchos años, es interesante con relacion á lo observado en los casos CVI y CVII.

OBSERVACION CVIII. — *Atrofia crónica del hígado. — Ascitis. — Hematemésis y deposiciones sanguinolentas.*

J. T..., de 38 años de edad, fué admitido en el hospital Middlesex el 20 de Agosto de 1866. Durante seis años fué carretero y estuvo acostumbrado á beber mucha cerveza, pero no líquidos espirituosos. Antes de esto había trabajado en una fábrica, tomando mucho alcohol bajo diversas formas. Nunca ha padecido fiebre intermitente ni reumática, pero á la edad de 18 años tuvo una tos con debilidad; en la Enfermería de Redding se le dijo que padecía una consuncion. Hácia la misma época recibió una coz en el lado derecho; esto apénas llamó su atencion, en términos que continuó dedicándose á sus tareas habituales durante cinco ó seis semanas.

Despues, ora por esta causa, ora por otra, comenzó á experimentar en el epigastrio mucho dolor y una gran constriccion acompañada de extreñimiento. Tomó algunos evacuantes, que produjeron su efecto; pero al día siguiente vomitó una gran cantidad de sangre coagulada, y durante una semana continuó arrojando tambien sangre por el ano. De esto resultó una gran debilidad, pero el dolor había desaparecido y el paciente volvió á su trabajo. Despues de esto tuvo un ataque semejante, una vez por año próximamente, con la diferencia de que la cantidad de sangre perdida no era tan considerable como la primera vez. En cada ataque el vómito de sangre iba precedido, durante algunos días, de gran dolor de cabeza, náuseas y dolor en el abdómen. El último ataque ocurrió cuatro meses ántes de su admision. En la primavera de 1865 estuvo, durante muchas semanas, en un hospital á consecuencia de una hemorragia. Poco despues de haber salido del hospital, en Abril de 1865, comenzaron á hincharse el vientre y las piernas. Tomó *té de sen* y la tumefaccion desapareció, pero un mes ántes de su entrada volvió á presentarse de nuevo.

A la entrada en el hospital, el enfermo estaba delgado y pálido; sus conjuntivas blancas. Abdómen considerablemente distendido por líquido peritoneal; las venas de las paredes abdominales, gruesas y más aparentes que de costumbre; pero no había sensibilidad, á no ser por la presion en el hipocondrio derecho. No se podía sentir el hígado, y la macidez hepática en la línea mamaria derecha no medía más que dos y media pulgadas, observacion que pudo confirmarse despues de la paracentésis. Lengua algo

sucia; extreñimiento; alguna flatulencia despues de las comidas. Buen apetito. Ruido de soplo anémico por encima del esternon; macidez cardiaca normal. Respiraciones 20, y fáciles; algunos estertores crepitantes finos en la base de ambos pulmoues. Más de 1.100 gramos de orina cada día, oscura, pero sin albúmina ni pigmento biliar. Edema moderado de ambas piernas.

El tratamiento consistió en purgantes y en diuréticos, y durante algun tiempo en bromuro de potasio, á la dósis de 32 centigramos tres veces por día. Régimen sustancioso, pero ningun alcohólico. Hubo al principio una mejoría considerable, y la circunferencia del abdómen se redujo unas dos pulgadas; pero á mediados de Setiembre presentóse de nuevo la tumefaccion.

El día 28 el abdómen medía 42 pulgadas; la piel estaba tensa y reluciente, y no había más que medio litro de orina por día. Respiraciones 32, muy difíciles.

El 30 de Setiembre el enfermo padeció mucho del abdómen, y la noche siguiente comenzó á tener deposiciones alvinas que contenían mucha sangre negra.

El 6 de Octubre había aún diarrea con deposiciones sanguinolentas; el abdómen medía 42 pulgadas; las piernas estaban tambien hinchadas; ortopnea considerable. Se practicó la paracentésis y se sacaron cerca de nueve litros de un líquido claro, de color paja, alcalino, densidad 1.012, conteniendo cloruros y albúmina en abundancia. La operacion produjo un notable alivio de la respiracion; la hidropesía de las piernas disminuyó; la orina subió á un litro, y ya no había sangre en las deposiciones.

Sin embargo, apénas habían trascurrido dos días cuando se presentó de nuevo la hinchazon; el 15 de Octubre el abdómen medía 42 pulgadas; el edema pulmonar se había extendido; la disnea y la tos eran muy intensas.

El 21 de Octubre reaparecieron los vómitos: había mucha sangre; las deposiciones contenían tambien sangre. Estos síntomas continuaron hasta el 24 de Octubre.

En dicho día el enfermo quiso salir del hospital. Fué conducido á Egham, donde murió la noche siguiente. Sus amigos no me autorizaron para hacer el exámen del cadáver.

En el caso CIX, aunque el hígado se hallaba en realidad muy atrofiado, parecía durante la vida aumentado de volúmen, porque se encontraba empujado hácia abajo por un derrame situado entre el diafragma y la cara superior del hígado.

OBSERVACION CIX. — *Hígado pequeño, cirrótico, empujado hácia abajo y simulando un cáncer.—Ascítis é ictericia.*

A. F..., de 32 años, soltera, modista, fué admitida en el hospital Middlesex el 29 de Mayo de 1869. Un año próximamente ántes de su admision comenzó á perder el apetito, á sentir debilidad y languidez, dolores en el abdómen y una sensacion de plenitud despues de las comidas. Al cabo de cuatro meses tuvo, ademas de estos síntomas, náuseas y eructos de un líquido ácido y espumoso. Cuatro semanas ántes de su entrada, un médico á quien llamó la enferma para que la curara una herida del antebrazo diagnosticó una *hidropesía del estómago.* Segun sus amigas, la paciente había abusado mucho de las bebidas espirituosas.

Al entrar en el hospital estaba débil y delgada; edema considerable de las extremidades inferiores; cavidad peritoneal distendida por líquido; circunferencia del abdómen en el ombligo, 36 1/2 pulgadas. Las venas superficiales del abdómen muy desarrolladas. Por la palpacion se sentía claramente, tres pulgadas por debajo de las costillas, en la línea mamaria derecha, el borde inferior de lo que parecía ser el hígado indurado. El contacto del dedo en este punto determinaba siempre dolor. Había tambien macidez á la percusion, en la línea mamaria derecha, en una extension de cuatro pulgadas por encima del borde inferior de las costillas. Ictericia marcada de la piel y de las conjuntivas; lengua seca por debajo y en el centro; mal apetito; sed viva; ningun esfuerzo de vómito; vientre libre; las materias fecales contienen mucha bílis. Pulso á 84; respiraciones 18. El corazon y los pulmones parecen sanos. Temperatura normal; no hay escalofríos ni traspiracion. La enferma duerme mal. Densidad de la orina 1.023, conteniendo dicho líquido uratos y pigmento biliar en abundancia y una pequeña cantidad de albúmina. Herida en la sien izquierda, con bordes edematosos que ofrecían mal aspecto; equimósis en el carrillo izquierdo.

Desde el momento de su admision la enferma continuó empeorando. La ictericia disminuyó, pero la ascítis aumentó hasta el 14 de Julio, en que la circunferencia en el ombligo era de 45 1/2 pulgadas. Durante la última semana de Junio comenzó á vomitar los alimentos y á sentir un dolor violento en el abdómen; fué preciso hacer frecuentes inyecciones subcutáneas de morfina. El delirio y la agitacion continuaron, y el pulso se elevó á 120, pero la temperatura era normal.

La enferma fué debilitándose gradualmente y murió el 22 de Julio.

Autopsia. — El peritoneo contenía algunos litros de serosidad clara y amarilla; cierta cantidad de este líquido se había acumulado entre el diafragma y la cara superior del hígado. Parecía probable que esta disposicion había existido tambien durante la vida; sólo así se explicaba que el

hígado se hubiera sentido en diferentes ocasiones á tres pulgadas por debajo de las costillas á pesar de sus pequeñas dimensiones, pues sólo pesaba 1.040 gramos, siendo su longitud nueve pulgadas y su anchura siete. Era éste, pues, un ejemplo perfecto de cirrósis verdadera. Bazo algo grueso, blando y congestionado. Mucosa del estómago muy congestionada. Pulmones, corazon y riñones, normales.

Despues de la operacion de la paracentésis el líquido continúa muchas veces saliendo por la abertura, y el enfermo muere, ora de inanicion, ora á consecuencia de una peritonítis.

En el siguiente caso las tentativas para cerrar la abertura produjeron, al parecer, la peritonítis. Estos peligros se evitarán por el empleo de un pequeño trócar aplanado, en vez del grueso y redondeado que generalmente se usa.

OBSERVACION CX. — *Excesos alcohólicos. — Cirrósis hepática. — Ascítis. — Paracentésis. — Incision abierta; tentativas para cerrarla seguidas de peritonítis.*

Juan L..., agente de negocios, de 47 años, entró en el hospital Middlesex el 30 de Diciembre de 1868.

Desde la edad de 16 años hasta los 44 ha tenido la costumbre de beber diariamente, por término medio, más de un cuarto de litro de líquidos espirituosos, sin contar la cerveza. Sólo suspendió ese abuso de las bebidas alcohólicas cuando comprendió que le hacían vomitar. De este modo disfrutó buena salud hasta el 9 de Setiembre de 1868. En dicho día recibió una coz en los órganos genitales, á consecuencia de la cual tuvo que estar dos meses y medio en el hospital con un absceso en el escroto seguido de erisipela en las piernas. Cuando se restableció comenzó á experimentar dolor en ambos hipocondrios, y tres semanas ántes de su nueva admision se le hinchó el vientre, lo mismo que las piernas.

Al entrar en mi clínica está enfermizo y débil; venas estrelladas en los carrillos, pero no ictericia conjuntival. Edema considerable de las piernas, del pene y del escroto. Cierta cantidad de líquido en el peritoneo; circunferencia del abdómen á tres pulgadas por debajo del ombligo, 46. El enfermo se queja mucho de una sensacion de constriccion en el abdómen. Venas abdominales desarrolladas. Macidez hepática, tres y cuarto pulgadas en la línea mamaria derecha; no hay aumento apreciable de volúmen del bazo. Lengua demasiado roja; bastante buen apetito; no hay vómitos; intestinos regulares; pulso á 104, débil; los signos suministrados por el corazon son normales. Estertores sibilantes y espiracion prolongada en ambos pulmones. Indicios de albúmina y tambien de pigmento biliar en la orina; incontinencia casi completa. Dos escaras en el sacro.

El enfermo se sentía tan molestado por la distension de su vientre, que el 1.° de Enero fué preciso practicar la paracentésis, sacando ocho litros de serosidad clara, de color paja. La operacion fué seguida de gran alivio, pero el líquido continuó saliendo por la abertura en tal cantidad, que el 4 de Enero fué preciso cerrarla, practicando una sutura ensortijada.

Al día siguiente por la mañana el enfermo se quejaba de náuseas y de dolor en el abdómen, que era muy sensible al menor contacto. Durante aquel día tuvo frecuentes vómitos y todos los síntomas de una peritonítis sobre-aguda, que persistieron hasta la muerte, la cual ocurrió aquella misma noche.

Autopsia.—Más de seis litros de serosidad turbia, llena de copos, en el peritoneo. Vascularidad marcada y linfa plástica reciente en las inmediaciones de la puntura. Hígado pequeño y completamente oculto detras de las costillas, pero muy denso; pesaba cerca de dos kilogramos, ejemplo típico de cirrósis verdadera. Bazo adherido y cápsula engrosada. Ambos pulmones enfisematosos, congestionados por detras, y tubos bronquiales llenos de moco-pus. Lado derecho del corazon algo dilatado. Riñones congestionados, pero, por lo demas, sanos.

La observacion CXI nos ofrece un ejemplo de cirrósis verdadera en un niño de nueve años que, á pesar de su poca edad, abusaba de las bebidas. El diagnóstico fué difícil, porque no se conocieron las costumbres del niño hasta despues de su muerte; la temperatura se elevaba algunas veces por la tarde, había antecedentes de tubérculos en la familia y se observaba ademas una ligera crepitacion en el vértice del pulmon izquierdo. Se ha dicho muchas veces que, como quiera que la cirrósis se observa en los niños, no es debida la afeccion al abuso del alcohol; pero aquí, lo mismo que en otro caso que he tenido ocasion de ver, lo que parecía á primera vista una excepcion vino, por el contrario, á confirmar la regla general. Debemos advertir igualmente que Wunderlich ha observado dos casos típicos de cirrósis en dos hermanas, de 11 y 12 años de edad, que bebían todos los días una copa de aguardiente (1). Cheadle ha referido recientemente un caso de cirrósis muy intensa en un jóven de 18 años, que acostumbraba beber grandes cantidades de Ginebra (2). Finalmente, el doctor Willks tuvo en su clínica, no hace mucho tiempo, una niña de ocho años, enferma de atrofia del hígado, con gruesas granulaciones: había bebido hasta un cuarto de litro de Ginebra todos los días (3). Es posible que la mayor actividad del hígado en las primeras edades de la vida haga que este órgano sea más susceptible que en los adultos.

---

(1) Niemeyer, *Traité de Pathol. interne*, t. I.
(2) *Brit. Med. Journ.*, 1871, t. II, pág. 545.
(3) Dr. Hilton Fagge, *Guy's Hosp. Rep.*, 1875, tercera serie, t. XX.

OBSERVACION CXI. — *Cirrósis verdadera en un muchacho de nueve años.— Ascítis. — Paracentésis.*

Enrique N..., de nueve años, fué admitido en el hospital de Santo Tomás el 5 de Setiembre de 1875. Su padre vive y goza buena salud; su madre murió tísica; algunos hermanos y hermanas han muerto en los primeros años. El niño Enrique ha disfrutado siempre buena salud hasta dos meses ántes de su entrada. Durante todo el mes de Julio tuvo dolor en la region cardiaca y frecuentes náuseas. El 1.° de Agosto se le envió á orillas del mar, pero el dolor cardiaco persistió y el vientre comenzó á hincharse. Al cabo de 16 días volvió á su casa: entónces cesó el malestar, pero aumentó la hinchazon. Desde el principio fué enflaqueciendo; había extreñimiento.

Despues de la muerte del niño se supo que su padre era tabernero y que nuestro enfermo acostumbraba beber grandes cantidades de vino con agua, especialmente entre las comidas. Aun estando en el hospital, bebió líquidos alcohólicos con un entusiasmo impropio de su edad.

Al entrar en el establecimiento el enfermo estaba delgado, pero su abdómen era muy voluminoso á consecuencia del derrame peritoneal: circunferencia en el ombligo, 32 1/2 pulgadas. El vientre no está sensible. No se podía sentir el borde inferior del hígado: el superior no estaba muy alto. El bazo muy grueso. La extremidad inferior mide cuatro pulgadas por debajo de las costillas. No hay ictericia, ni edema de las piernas, ni albuminuria, ni signos de sífilis contitucional; los ruidos del corazon son normales. La temperatura llega en ocasiones hasta 38°,1. Apetito y sueño buenos. Lengua normal.

El niño fué tratado primero por el jarabe de ioduro de hierro al interior y las fricciones de tintura de iodo en el abdómen.

El 8 y el 9 de Setiembre la temperatura se elevó, por la noche, hasta 39°,3 y 39°,7, pero ordinariamente no pasó de 37°,7.

El 18 de Setiembre la circunferencia en el ombligo había aumentado hasta 34 1/4 pulgadas. Entónces se sustituyó el hierro por el citrato de amoniaco y se aplicó al abdómen un emplasto mercurial, manteniendo libre el intestino.

Bajo la influencia de este tratamiento la ascítis disminuyó rápidamente, y el 15 de Octubre apénas había indicio de ella. La circunferencia en el ombligo no medía más que 24 pulgadas, y aunque el bazo era todavía voluminoso y la debilidad persistía, el enfermo se encontraba bien. Se le administró ioduro de potasio y hierro, digital y aceite de hígado de bacalao.

Una ó dos veces sintió dolor en el corazon por la mañana, y el 24 de Octubre el vientre comenzó á engrosar de nuevo; la circunferencia era de 25 1/2 pulgadas.

Desde entónces la hinchazon aumentó rápidamente; el 10 de Noviembre la circunferencia era de 34 1/2 pulgadas; lengua seca y roja. Bílis en la orina. Digital y ioduro de potasio con evacuantes, sin resultado.

El 15 de Noviembre, circunferencia 37 1/2 pulgadas; piel del abdómen lisa y reluciente. Pulso á 120; respiraciones 60, difíciles. Se sacaron por la paracentésis cerca de ocho litros de una serosidad clara, de color paja, y se prescribieron píldoras azules, escila, digital y algunos diuréticos salinos.

El líquido volvió á formarse rápidamente, y el 24 de Noviembre la circunferencia medía 38 pulgadas; dolor en el abdómen y vómitos de vez en cuando; edema considerable de las piernas; disnea y postracion. Segunda paracentésis: ocho litros de líquido; alivio temporal. Al día siguiente el enfermo se queja de un vivo dolor en el abdómen y de náuseas; el abdómen se llena de nuevo. A las siete de la tarde pierde el conocimiento, y á las once muere.

Autopsia. — Cerca de tres y medio litros de líquido ascítico opaco que contenía algunos copos de linfa. Peritoneo muy inyectado en todas sus partes. El epiploon mayor forma una masa adherida á los intestinos adyacentes; mesenterio engrosado y edematoso. No hay tubérculos. Hígado pequeño; pesaba 610 gramos en vez de los 900 gramos que corresponden á esta edad; la superficie externa presentaba el carácter típico de la cirrósis; muchas pequeñas prominencias irregulares, amarillentas, separadas por depresiones de color gris violáceo. Tejido muy duro, resistente y parecido al cuero. Al hacer un corte se ven porciones amarillentas de tejido glandular rodeadas de cintas fibrosas. La vesícula contenía bílis normal. Bazo grueso, que pesaba 280 gramos, rojo, oscuro y duro. Mucosa del estómago engrosada, profundamente inyectada y con mucho moco viscoso adherente. Parte inferior del ileon congestionada. Placas de Peyero y glándulas solitarias del intestino grueso, algo aumentadas de volúmen. Riñones gruesos y congestionados, pero tejido normal. Corazon y pulmones normales, si exceptuamos una ligera congestion hipostática de ambos pulmones y pequeños equimósis en el tejido sub-pleurítico.

Los dos hígados que ahora os presento explican, en mi concepto, ciertas diferencias de opinion que existen todavía respecto á la patología de la cirrósis. El primero pertenece á un sujeto cuya historia he descrito anteriormente como un buen ejemplo de cirrósis verdadera (Obs. CIV), y el otro á un individuo de quien voy á ocuparme muy pronto. (Obs. CXII.)

Por una parte se dice que en la cirrósis hay aumento de tejido fibroso, resultante de un proceso inflamatorio crónico, y que el tejido glandular se atrofia por la presion que ejerce sobre él este tejido fibroso, ó por la trasformacion de las células glandulares en fibras-células, miéntras que por otra se pretende que el tejido glandular está simplemente atrofiado y que el tejido fibroso no está aumentado en absoluto, sino relativamente. La

primera opinion se halla sostenida por el Dr. Budd en su obra de *Enfermedades del hígado* (1), y la última por el Dr. Beale (2), habiendo sido adoptada por sir Thomas Watson en la última edicion de sus *Lecciones clásicas*. Otros autores, entre los cuales se puede citar á Förster, creen que hay dos formas de cirrósis glandular: una en la cual se halla aumentado el tejido fibrinoso, y otra en que no lo está; tal es la opinion que yo he expuesto. En uno de estos dos casos, el hígado es muy denso y el elemento fibroso parece considerablemente aumentado, no sólo al microscopio, sino tambien á simple vista. En el segundo hígado, por el contrario, aunque la atrofia es excesiva, en términos que el peso del órgano no pasa de la mitad del primero, el tejido es muy blando y friable, y no parece, ni á simple vista ni con el microscopio, que esté aumentado el elemento fibroso. Si el aumento de la densidad y el aumento aparente del tejido fibroso en el primer caso fueran debidos á la desaparicion de una porcion del elemento glandular, sería imposible explicar por qué en el segundo caso, aunque la atrofia es más pronunciada que en el primero, la consistencia del órgano es menor que en estado normal y no hay aumento aparente del elemento fibroso.

Los dos enfermos que nos ocupan presentaron, durante la vida, los fenómenos ordinarios de obstruccion porta que se encuentran en la cirrósis; pero había entre ellos la diferencia de que el enfermo cuyo hígado contenía más tejido fibroso había abusado de las bebidas alcohólicas, miéntras que no existían tales antecedentes en el segnndo.

Nada puedo deciros acerca de la etiología de la enfermedad en este último, pero la falta de excesos alcohólicos que han existido siempre en los casos de hígado cirrótico con tejido fibroso denso, me parece digna de mérito.

OBSERVACION CXII. — *Falta de excesos alcohólicos anteriores. — Síntomas de obstruccion porta. — Hígado blando, atrofiado, granuloso. — Falsa cirrósis.*

María O..., de 68 años, fué admitida en el hospital Middlesex el 1.º de Abril de 1867. Su salud fué siempre buena, excepto á la edad de 45 años, en que tuvo que guardar cama por una fiebre reumática. Desde entónces no ha tenido nunca disnea, ni palpitaciones, ni ha abusado nunca de las bebidas alcohólicas.

La enfermedad actual comenzó, seis semanas ántes de su entrada en

(1) Tercera edicion, pág. 136.
(2) *Archives of Medicine*, t. I, pág. 125.

el hospital, por vómitos y diarrea; vomitaba cuanto tomaba en el espacio de 10 minutos. Estos síntomas persistieron, y al cabo de tres semanas la enferma observó por primera vez que estaba ligeramente ictérica; hácia la misma época arrojó por la vagina una gran cantidad de sangre.

Al ingresar en el hospital la enferma está delgada y débil; arco senil muy marcado; ictericia pronunciada de la piel, de las conjuntivas y de la orina. Pulso á 108, muy irregular; pulsacion visible de gran número de arterias, rígidas y tortuosas; impulsion del corazon fuerte é irregular; macidez cardiaca ligeramente aumentada, pero sin ruido de soplo apreciable. Respiraciones 28, algo penosas. Gruesos estertores húmedos en la base de ambos pulmones. Abdómen considerablemente distendido y timpánico, que medía 33 pulgadas de circunferencia en el ombligo; venas subcutáneas del abdómen, normales. Edema considerable de ambas extremidades inferiores, pero no albuminuria. Lengua húmeda y blanca. Las deposiciones ofrecían un color pardo oscuro, y contenían bílis en abundancia.

El 6 de Abril los vómitos y la diarrea han cesado, pero existen signos bastante manifiestos de derrame peritoneal; las venas subcutáneas del abdómen son algo gruesas; circunferencia en el ombligo 35 pulgadas, pero nunca ha pasado de esta cifra.

Desde entónces la enferma continuó muy débil, pero sin que el abdómen aumentara de volúmen y sin que sobreviniera ninguna modificacion notable hasta el 30 de Abril. Entónces reaparecieron los vómitos, pero no la diarrea. Poco apetito; lengua seca y sucia.

La enferma va decayendo visiblemente y fallece el 13 de Mayo, despues de haber estado 24 horas sin conocimiento.

Al hacer la *autopsia* se encontraron los dos riñones contraidos, con numerosos quistes en la sustancia cortical. Hipertrofia considerable del ventrículo izquierdo del corazon y ateroma de la aorta, pero válvulas sanas. Pulmones ligeramente enfisematosos, pero, por lo demas, en estado normal. Unos cuatro litros y medio de serosidad clara, de color de paja, en el peritoneo. Los intestinos estaban engrosados (á consecuencia de la maceracion) y había un ligero equimósis en la mucosa del ciego; pero, á parte de esto, ofrecían su aspecto normal. El volúmen del bazo era el ordinario. Pequeño tumor fibroso en el útero sin ninguna otra alteracion.

Hígado muy pequeño, que no pesaba más que 720 gramos y medía 7,75 pulgadas de izquierda á derecha, 5,5 de delante á atras en el lóbulo derecho, y 4,75 en el izquierdo. La cápsula no estaba engrosada ni adherida; pero la superficie externa era groseramente nodulada y granulosa, lo mismo que en la cirrósis. Todo el contorno del hígado, particularmente por delante, parecía que flotaba por la reabsorcion completa del tejido glandular entre las dos caras superior é inferior. En el borde anterior del lóbulo derecho este círculo de refraccion tenía casi una pulgada de anchura. Al hacer un corte el elemento fibroso no parecía aumentado; por el

contrario, el órgano era muy blando. La superficie del corte ofrecía un color amarillento oscuro y un aspecto groseramente granuloso por la aglomeracion de los lóbulos en pequeñas masas; contorno de los lóbulos mal definido; al microscopio se encuentra cierta cantidad de células glandulares, pero llenas de aceite; no hay leucina ni tirosina. El círculo enrarecido presentaba, al hacer un corte, un aspecto gris, liso, y se hallaba constituido en gran parte por tejido fibrilar y vasos, con algunas células glandulares vacías en ciertos puntos; en este círculo formaban eminencia algunos gruesos nódulos aislados (del grosor de un guisante) de tejido hepático amarillento oscuro.

La observacion CXIII es un caso de atrofia crónica del hígado por peri-hepatítis. El aspecto del órgano era semejante al que se ve muchas veces en la sífilis constitucional, aunque nada indicaba positivamente que el enfermo hubiera tenido la sífilis. El hígado era muy pequeño; sin embargo, no había indicios de obstruccion porta. Pero en otro enfermo, cuya autopsia practiqué hace algunos años, había un estado semejante del hígado con ascítis considerable, y el bazo pesaba 760 gramos; durante los tres días que precedieron á su muerte tuvo abundantes evacuaciones por arriba y por abajo, con mucha sangre en las materias vomitadas y en las deposiciones.

Observacion CXIII. — *Atrofia crónica del hígado por peri-hepatítis.* — *Ulcera simple del estómago.*

El hígado y el estómago que os presento fueron recogidos por mí en el cadáver de una mujer de 43 años, que murió hace algun tiempo en el hospital Middlesex, en la clínica del Dr. Thompson. Fué admitida el 19 de Marzo y murió el 15 de Abril de 1861. Seis meses ántes de su entrada comenzó á adelgazar, á tener náuseas y á perder el apetito; á los cuatro meses y medio se presentaron los vómitos y el dolor despues de las comidas. Los síntomas observados miéntras la enferma estuvo en el hospital fueron un gran enflaquecimiento, sensibilidad en la region del hígado, cuya macidez en la línea mamaria derecha medía ménos de dos pulgadas; dolor y vómitos despues de las comidas y extreñimiento. No había ictericia, ascítis ni albuminuria; ruidos del corazon normales.

El hígado pesaba 860 gramos; era muy pequeño: nueve pulgadas en su mayor longitud, seis en direccion antero-posterior, y dos pulgadas como máximum de grosor. Cápsula engrosada y fija al diafragma y á las costillas por numerosas cintas fibrosas, largas y finas. Cara externa marcada por depresiones extensas que parecían cicatrices; se encontraron ademas esparcidas á traves de su sustancia numerosos gomas fibroides duros, del

grosor de un guisante y constituidas por tejido fibrilar con materia oleosa y granulosa. El tejido glandular que quedaba parecía normal. La extremidad pilórica del estómago se hallaba engrosada y estrechada por aparentes cicatrices de antiguas úlceras. A dos pulgadas del píloro se encontraba una úlcera reciente, casi del tamaño de una moneda de 50 céntimos. Bazo no voluminoso; degeneracion amiloidea de los riñones al principio. Algunas pequeñas placas de pulmonía lobular reciente en ambos pulmones; base del pulmon derecho, fija al diafragma por sólidas adherencias.

No se pudieron descubrir cicatrices ni en la vulva, ni en las íngles, ni en las tibias.

En la observacion CXIV la atrofia del hígado parecía ser consecutiva á una afeccion torácica (1).

OBSERVACION CXIV. — *Bronquítis y dilatacion de los bronquios. — Afecciones de las válvulas aórticas. — Atrofia del hígado. — Ascítis considerable.*

El hígado que hoy os presento no tiene apénas más de la mitad de su volúmen normal; pesaba tan sólo 950 gramos. Su cara externa es finamente granulosa, se halla marcada por muchas pequeñas depresiones, correspondientes al centro de los lóbulos. La cápsula está muy engrosada en varios puntos y se hallaba adherida á las partes inmediatas, habiendo aumento del hígado fibroso en el interior del órgano. Antes de sumergirle en alcohol, la superficie del corte presentaba un aspecto desigual.

Este hígado fué recogido en un sujeto de 40 años, que estuvo por primera vez en el hospital Middlesex, desde el 27 de Junio al 16 de Julio de 1860, y por segunda desde el 13 Noviembre de 1860 hasta su muerte, el 5 de Enero de 1861. Bebía muchas veces líquidos alcohólicos, pero no en cantidad excesiva. La enfermedad comenzó, un año ántes de morir el sujeto, por tos, disnea y otros signos de bronquítis. Al cabo de tres meses se hincharon sus piernas y despues el vientre; pero al entrar por primera vez en el hospital la hidropesía de las piernas era relativamente ligera, aunque el abdómen se hallaba distendido por la ascítis. El enfermo se quejaba mucho de un dolor por debajo de las costillas derechas; la macidez hepática había disminuido. No había albuminuria, pero se observaba un ruido de soplo sistólico en la base del corazon.

Despues de la muerte se encontraron los tubos bronquiales muy engrosados y dilatados; en muchos puntos el tejido pulmonal se hallaba en

(1) Véase tambien el caso de María T..., referido en la leccion XII.

estado de degeneracion fibroidea. El pulmon derecho estaba adherido á la pared torácica, en términos que no se podía separar. Las cavidades derechas del corazon se hallaban dilatadas: insuficiencia de las válvulas aórticas. Dos de estas válvulas se hallaban reunidas en una, y todas estaban ateromatosas.

El siguiente caso fué publicado por mí, hace algunos años, en las *Pathological Transactions*, tomo VII, pág. 238. Es un ejemplo interesante de atrofia crónica del hígado, con bazo muy aumentado de volúmen y leucocitemia. Aunque el órgano podía considerarse en una fase avanzada de cirrósis, las adherencias sólidas del hígado, del epiploon y del bazo, la cápsula engrosada de este órgano y la obliteracion del conducto cístico, todo indicaba que la causa probable de la atrofia era una peritonítis crónica. No había antecedentes de abusos en las bebidas. Sin embargo, la circunstancia notable que me hace relatar este caso es que en cuatro ocasiones diferentes se sacaron del abdómen por la paracentésis grandes cantidades de líquido, y que la enferma vivió todavía más de dos años sin que se reprodujera el líquido.

OBSERVACION CXV. — *Atrofia crónica del hígado y ascítis. — Paracentésis. — No se reproduce el líquido despues de la cuarta puncion. — Aumento de volúmen del bazo y leucocitemia. — Muerte por ulceracion de la boca, y necrósis maxilar y vertebral.*

Se trata en este caso de una mujer nacida en Lóndres y habitante en la misma ciudad. Sus costumbres eran sobrias, y se crió muy delicada. La menstruacion no se presentó hasta los 20 años, y al cabo de 11 años de matrimonio no tuvo sucesion. En 1850, teniendo 31 años, observó por vez primera una tumefaccion por debajo de las costillas derechas, pero no sufrió ninguna molestia hasta el fin de 1853, en que engrosó todo el vientre, y el 12 de Abril de 1854 fué admitida en el hospital de mujeres, clínica del Dr. Tanner.

Entónces experimentaba síntomas de afeccion hepática y de ascítis; el vientre medía 43 3/4 pulgadas en la circunferencia y 18 1/2 desde el cartílago xifoides al púbis. Durante su permanencia en el hospital se la administró el ioduro de potasio, las fricciones mercuriales y los purgantes, y se hizo cuatro veces la puncion del abdómen.

El 17 de Abril se sacaron unos 10 litros de líquido claro.

El 19 de Mayo, 11 litros.

El 16 de Junio, 12 litros.

El 7 de Julio, 11 litros. Total, más de 44 litros.

Despues de la cuarta puncion no volvió á llenarse el abdómen, y la

enferma salió del hospital considerablemente mejorada en su estado general y con el abdómen de un volúmen ordinario.

La ascítis no se reprodujo, pero algunos meses despues la paciente comenzó á quejarse de una ulceracion de la boca y de la garganta, que daba una supuracion muy fétida. Cayeron muchos dientes, y en Octubre de 1865 se exfoliaron algunas láminas alveolares del maxilar superior. Tuvo tambien repetidas epistáxis y hemorragias por las encías.

El 12 de Marzo de 1856 la enferma entró en mi clínica. Estaba entónces muy débil y se vió obligada á guardar cama. Ofrecía una extensa ulceracion en la garganta y á lo largo del borde de las encías, pero su voz era natural. Aseguró que nunca había tenido sífilis ni tomado mercurio al interior. Todo el lado izquierdo del abdómen estaba lleno por un tumor sólido, que se extendía por delante hasta dos y media pulgadas por dentro del ombligo, pero no había ascítis; la macidez hepática ha disminuido y no excede de dos y media pulgadas en la línea mamaria derecha.

La ulceracion de la boca se ha extendido rápidamente; se han desprendido otros dientes y otros fragmentos óseos del maxilar inferior; el cuerpo de una de las vértebras cervicales se encuentra denudado, y la disfagia es tan grande que al fin los líquidos son arrojados por las narices.

Despues de la muerte se encontró medio litro próximamente de serosidad clara en la cavidad abdominal; el epiploon estaba sólidamente adherido á la pared del abdómen. El hígado era muy pequeño y no pesaba más que 1.000 gramos. La superficie externa se hallaba sólidamente adherida á las partes inmediatas, y se vió que el órgano se encontraba en una *fase avanzada de la cirrósis*. Había bílis en los conductos biliares, lo mismo que en los intestinos, pero no en la vesícula. Conducto cístico obliterado; los vasos y el conducto hepático en la cisura porta pasaban á traves de una masa de tejido fibroso resistente. Vesícula biliar deprimida. Su mucosa es completamente blanca y se halla incrustada de pequeños fragmentos de materia térrea, algunos de ellos muy adheridos. Esta sustancia se hallaba compuesta principalmente de carbonato de cal, daba efervescencia con los ácidos, y el exámen microscópico demostró que consistía en partículas cristalinas redondeadas de volúmen variable; algunas parecían ser cristales redondeados, reunidos por su centro.

El bazo pesaba 1.900 gramos y sus dimensiones eran de 11 3/4 y cuatro pulgadas. Su cápsula estaba muy engrosada, endurecida y adherida á las partes inmediatas; tejido esplénico resistente, de color pardo-rojizo y sembrado de muchos puntos más claros, semejantes á granos de sémola. La sangre recogida en todas las partes del cuerpo presentaba el aspecto descrito por Virchow en los casos de leucocitemia. Había un gran aumento de corpúsculos blandos, que por la adicion del ácido acético ofrecían un núcleo simple, doble ó cuádruple. Algunos de estos núcleos tenían la forma de media luna, y gran número de ellos parecían deprimidos en el

centro como pequeños corpúsculos rojos. Algunas células, ademas de los núcleos contenían cierto número de globulillos oleosos, y había tambien una cantidad considerable de materia granulosa libre y de glóbulos oleosos. Los corpúsculos rojos ofrecían una tendencia especial á aglomerarse como en ciertos casos de leucocitemia.

Corazon, pulmones y riñones, normales.

LECCION NOVENA

ICTERICIA

Definicion. — Diagnóstico de las causas. — Pseudo-ictericia. — Fenómenos de la ictericia: 1.°, localizacion, etc.; 2.°, secreciones; 3.°, sabor amargo; 4.°, desórdenes de la digestion; 5.°, prurito; 6.°, erupciones cutáneas; 7.°, temperatura; 8.°, pulso; 9.°, hemorragias; 10, debilidad general y anemia; 11, vision amarilla; 12, síntomas cerebrales. — Teoría de la ictericia.

SEÑORES:

Dáse el nombre de *ictericia* á la coloracion amarilla de la piel y de las conjuntivas, y de los tejidos y de las secreciones en general, á consecuencia de su impregnacion de pigmento biliar.

La palabra ictericia viene de una voz griega que quiere decir *ave dorada;* en efecto, creíase entre los antiguos que existía un ave que caía mortalmente herida cuando la miraba un sujeto ictérico, quien en aquel momento curaba.

Pocos síntomas morbosos son debidos á causas tan variadas como la ictericia, y así es tan difícil como importante determinar su causa. El médico se cree muchas veces satisfecho cuando ha observado que su enfermo padece ictericia y le ha administrado medicamentos que pueden ejercer una accion especial sobre el hígado sin profundizar más su cuestion; sin embargo, el pronóstico y todo el tratamiento del caso deben depender, no de la ictericia, sino de su causa. La dificultad del asunto es todavía mayor, porque los que más se han ocupado de la materia no han fijado su atencion acerca de la produccion de la ictericia en gran número de casos. Voy, pues, á exponéros las diversas causas de la ictericia, el modo cómo obran y la manera cómo podreis distinguirlas. Pero ante todo creo conveniente hablaros de lo que se llama la ictericia falsa y describiros ciertos fenómenos relacionados con la ictericia, cualquiera que sea su causa.

PSEUDO-ICTERICIA

Desde luégo conviene que tengais la seguridad de que se trata de una ictericia ántes de averiguar su causa.

De una manera general, no existirá gran dificultad para el diagnóstico; no hay más que mirar al enfermo para saber de qué se trata. Hay, sin embargo, ciertos estados que pueden confundirse fácilmente con las formas más ligeras de la ictericia, y conviene que tengais en cuenta estas causas de error.

1.ª Existe el color amarillo-verdoso que presentan los sujetos cloroanémicos, y que se debe á un estado morboso de la sangre.

Se distingue por:

a) El color blanco perlado de las conjuntivas, y la palidez de los labios y de la lengua;

b) Otros síntomas de anemia, como un pulso débil, un ruido de soplo en el cuello, un ruido de soplo sistólico en la base del corazon sin otros signos de afeccion cardiaca;

c) En las mujeres, la amenorrea ó algun otro signo de desórdenes por parte del útero;

d) La falta de pigmento biliar en la orina;

2.ª Existe un aspecto particular de la piel, aspecto de cera, amarillo grisáceo ó amarillo de limon, que caracteriza la presencia de alguna afeccion orgánica interna, y especialmente el cáncer. Se distingue de la ictericia por:

a) La falta de color amarillo de las conjuntivas;

b) La falta de pigmento biliar en la orina;

c) La presencia de otros síntomas ó signos locales de afeccion visceral, ó en los casos de cáncer, de la caquexia cancerosa.

3.ª Un color amarillo térreo se observa á menudo en los individuos que han padecido fiebres intermitentes, y á veces en los que padecen el cólico de plomo ó granulaciones del riñon. Tal estado se reconocerá por:

a) La falta de color amarillo de las conjuntivas;

b) La falta de pigmento biliar en la orina;

c) Los antecedentes de fiebre intermitente ó de permanencia en las regiones donde se padecen fiebres intermitentes;

d) La intoxicacion saturnina, con el color azul de las encías ó los ataques anteriores de cólico de plomo ó de parálisis saturnina;

e) Los demas síntomas del riñon granuloso; á saber: orina abundante y de poca densidad, conteniendo de vez en cuando una corta cantidad de albúmina; la hipertrofia del ventrículo izquierdo del corazon, independientemente de afecciones valvulares, arterias salientes, etc.

4.ª El color amarillento de las conjuntivas puede ser producido por la grasa subconjuntival. Se distingue por las siguientes circunstancias:

a) El color amarillo no es uniforme;

b) La falta de ictericia de la piel y de pigmento biliar en la orina.

5.ª En gran número de casos que se han descrito con el nombre de *ictericia de los recien nacidos*, el color amarillo que sobreviene al tercer ó cuarto día despues del nacimiento no es debido á la ictericia, sino á modificaciones sobrevenidas en el estado de la sangre de la piel hiperemiada; la rubicundez intensa de los recien nacidos se trasforma, como lo hacen las contusiones, á traves de todos los matices del color amarillo, en un color claro característico (1). Sin embargo, los niños jóvenes pueden padecer ictericia verdadera, conforme vereis muy pronto. La pseudo-ictericia se distingue por:

a) El color normal de las conjuntivas;

b) La falta de pigmento biliar en la orina;

c) La debilidad gradual y la desaparicion del color amarillento al cabo de pocos días;

d) El niño se encuentra muy bien y tiene el vientre libre.

6.ª No se confundirá apénas la enfermedad de Addison con la ictericia; se distinguirá de esta última por:

a) El color más oscuro ó más térreo en general, sobre todo en ciertos puntos, como la cara, el cuello, las manos, la areola de las mamas, la axila, el pene, el escroto, etc.;

b) La presencia de otros síntomas de la enfermedad de Addison, y particularmente la existencia de una anemia excesiva y de vómitos;

c) El color blanco de las conjuntivas;

d) La falta de pigmento biliar en la orina.

7.ª Las personas que han habitado mucho tiempo en los países cálidos ó que han estado expuestas ordinariamente á los rayos del sol, pueden ofrecer un color bronceado de la cara, que difiere de la ictericia en que:

a) La piel del pecho y de las demas partes del cuerpo ofrece su color normal;

b) Las conjuntivas están blancas;

c) No hay pigmento biliar en la orina.

8.ª Otros pigmentos pueden comunicar á la orina un color que se confunde con el del pigmento biliar; así, por ejemplo, los que se observan á menudo en las enfermedades que dificultan la funcion respiratoria. Pero se puede siempre reconocer el pigmento biliar porque la orina mancha la ropa de color amarillo, y mejor tratando el líquido por el ácido nítrico. Si derramais una corta cantidad de orina que contenga pigmento biliar en

---

(1) West, *Maladies des enfants*, traduccion francesa de Archambault.

una capsulita blanca ó en una hoja de papel de escribir, y añadís una ó dos gotas de ácido nítrico, vereis alrededor del punto en que ha caido el ácido un juego de colores que varía desde el pardo al amarillo sucio, pasando por el verde, el azul, el violeta y el rojo (1).

9.° Finalmente, no debeis olvidar que la ictericia ha sido simulada por algunos soldados ó marinos que desean obtener la licencia absoluta. El color amarillo de la piel ha sido simulado pintándola con una infusion de azafran, de cúrcuma, de ruibarbo, de flores de lirio, etc., miéntras que se presenta el color en la orina tomando santonina ó ruibarbo (2). Pero en la ictericia simulada observareis que:

a) Las conjuntivas están blancas;

b) El pigmento biliar no puede descubrirse en la orina por el ácido nítrico;

c) El jabon y el agua, ó mejor una débil disolucion de cloruro de cal, quitarán el color amarillo de la piel;

d) Si la orina ofrece el color amarillo por el uso de la santonina al interior, tomará un color rojo de sangre bajo la influencia de los álcalis cáusticos ó de sus carbonatos.

Debo ahora llamar vuestra atencion acerca de

Ciertos fenómenos y síntomas que acompañan á la ictericia, cualquiera que sea su patogenia.

I. *Localizacion é intensidad de la ictericia.* — La mayor parte de los órganos y de los tejidos se impregnan de pigmento biliar. Este se acumula desde luégo en la sangre, y así el color amarillo penetra en todos los puntos del cuerpo atravesados por la sangre, hasta el cerebro, los huesos y la matriz; desde el útero puede pasar al feto en las mujeres embarazadas. Sin embargo, las mucosas sólo están ligeramente coloreadas, aunque la lengua esté amarilla. El tejido del cerebro y de la médula no se impregna realmente de pigmento biliar; el color amarillo que presenta al corte, es debido á la exudacion del suero ictérico por las extremidades de

(1) Segun Frerichs, esta reaccion puede no dar resultado si el pigmento biliar ha sufrido alguna trasformacion en la orina, y eso en los casos en que los demas síntomas de la ictericia son indiscutibles. Cuando eso acontece la orina es por un momento de color oscuro ó rojo oscuro, y se convierte en roja por la adicion de ácido nítrico; en otro es de un rojo intenso, que se trasforma por el ácido nítrico en un rojo oscuro azulado. (*Op. cit.*, traduccion francesa, segunda edicion, pág. 103.) La misma observacion he hecho en dos casos raros, donde la ictericia era resultado de una intoxicacion de la sangre, y frecuentemente he notado que la orina presentaba esos caractéres en los casos en que no existía ictericia, sino un trastorno evidente en las funciones ó en la estructura del hígado.

(2) Gavin, *On Feigned and Fictitions Diseases*, 1843, pág. 389.

los vasos cortados. Finalmente, áun en los casos de ictericia intensa es notable ver, dado lo que sabemos acerca de las leyes de la difusion osmótica, que los humores del ojo, lo mismo que el cristalino, no son penetrados por el pigmento biliar; algunos observadores hablan de un verdadero color amarillo; pero esto es, sin duda, excepcional (1).

La intensidad de la ictericia varía en los diferentes tejidos del organismo. Cuando la ictericia depende de una obstruccion del conducto colédoco el hígado mismo es el órgano más coloreado, presentando á menudo un color oscuro de aceituna; pero cuando no hay obstáculo al curso de la bílis en el intestino, el hígado no está más teñido de pigmento que los demas órganos.

Despues del hígado, es la piel el órgano que con más facilidad toma el color amarillo; pero ántes de que sea invadida se observa ordinariamente el mismo color en las conjuntivas. Se necesita que haya, por decirlo así, cierta concentracion de pigmento biliar para que la piel tome el color especial; de suerte que en los casos más leves ó más pasajeros puede suceder que sólo estén coloreadas las conjuntivas.

El color de la piel varía desde el amarillo de azufre claro ó amarillo limon hasta el bronceado ó de aceituna, pasando por el color anaranjado. La intensidad del color varía segun la causa y la duracion de la enfermedad. Cuando la causa es una obstruccion de las vías biliares, el color es primero ligero y aumenta de intensidad á medida que la afeccion se prolonga. Si la ictericia es independiente de una obstruccion en el curso de la bílis, el color no suele ser muy intenso en ningun período de la enfermedad, y, sin embargo, éstos son los casos más graves. La ictericia presenta á veces un color verdoso ó casi negro, lo cual se debe á que el pigmento biliar reabsorbido se ha alterado, ó á que la cara estaba ya lívida á consecuencia de una imperfecta arterializacion de la sangre, resultando la coloracion verde de la mezcla del azul de la lividez con el amarillo normal de la ictericia; de cualquier modo, el pronóstico es desfavorable. El color varía tambien con la edad, la constitucion y la proporcion de grasa contenida en el organismo.

Es más intenso en los sujetos de alguna edad, cuya piel está llena de arrugas, y en los morenos que en los rubios, jóvenes y robustos. En una misma persona, siendo idéntica la causa, el color variará segun el régimen, la cantidad de bílis segregada por el hígado, la rapidez con que se trasforma en la sangre, y la actividad de los intestinos y de los riñones. Por último, conviene tener en cuenta respecto al tratamiento que el color de la piel persiste algunas veces despues de haber cesado la causa de la ictericia, y que desde entónces se le puede hacer desaparecer por los diuréticos y los baños calientes.

---

(1) Véase Moxon, *The Lancet*, 1873, t. I, pág. 130.

II. Las *secreciones* están teñidas de pigmento biliar, pero unas más que otras. Así, la orina, que es el emuntorio principal del pigmento biliar en la ictericia, toma un color amarillo de azafran, pardo-verdoso ó negro-parduzco, segun la cantidad de pigmento que contiene. Dicho líquido ofrece el color amarillo ántes de que exista la menor coloracion de la piel y de las conjuntivas, y hasta puede suceder, cuando la causa de la ictericia es pasajera, que todo el pigmento sea eliminado por la orina sin que se manifieste ningun color amarillo en la piel.

Por otra parte, cuando la piel ha tomado el tinte amarillento, puede permanecer estacionario durante algun tiempo despues de haber cesado la causa de la ictericia y despues que el pigmento biliar ha desaparecido completamente de la orina. Tambien se han encontrado ácidos biliares en la orina de ciertos ictéricos; pero si el caso es de alguna duracion, desaparecen por lo general.

Los precipitados que se forman en las orinas ictéricas contienen á menudo granulaciones angulosas de pigmento negro parduzco, lo mismo que epitelio renal y cilindros urinarios. Los cilindros sin albuminuria son, segun el Dr. J. Finlayson, muy comunes, y parecen debidos á la ictericia misma, y no á las enfermedades especiales que los producen.

Otras secreciones en la ictericia contienen pigmento biliar, lo mismo que la orina.

Las glándulas de la piel eliminan ordinariamente el pigmento, y á veces en cantidad tal que las camisas toman un color amarillo; pero la proporcion que se elimina por esta vía es pequeña, comparada con la que pasa por los riñones.

El Dr. Bright (1) y otros han referido casos en los cuales la secrecion de las glándulas mamarias estaba impregnada de pigmento biliar; pero los casos de este género son comunes. Heberden por su parte ha visto una mujer que ofrecía una ictericia bastante intensa; á pesar de esto crió á su hijo durante seis semanas sin perturbar en lo más mínimo su salud. Se han citado algunos casos todavía más raros, en que la saliva y las lágrimas contenían tambien pigmento biliar. Es bastante notable, sin embargo, que, á pesar de la opinion contraria de Fourcroy (2) y del Dr. Osborne, de Dublin (3), el pigmento biliar no sea eliminado en los casos de ictericia, por la mucosa de las vías respiratorias ó del tubo digestivo. Dicha cuestion tiene cierta importancia práctica, porque, si así no sucediera, las deposiciones podrían contener pigmento biliar, áun en los casos en que hay obstruccion completa de la vesícula biliar. Pero cuando una de estas muco-

---

(1) *Guy's Hosp. Rep.*, primera serie, t. I, pág. 623, y Budd, *op. cit.*, tercera edicion, pág. 470.
(2) Frerichs, *op. cit.*, pág. 108.
(3) *Dublin Journ. of Med.*, Febrero de 1853.

sas se encuentra inflamada y determina una exudacion albuminosa ó fibrinosa de la sangre, dichas secreciones alteradas pueden contener pigmento biliar. Así, cuando la pulmonía coexiste con la ictericia, suele haber pigmento biliar en los esputos, lo cual se debe á las modificaciones del pigmento sanguíneo, aparte de la bílis.

Tambien se puede, en los casos de ictericia, descubrir pigmento biliar en los exudados inflamatorios, lo mismo que en la serosidad de un vejigatorio, ántes de que sea apreciable, ora en la piel, ora en la orina. La misma observacion puede aplicarse probablemente á los casos en que se ha encontrado la saliva amarilla. En los casos, tantas veces citados, de Huxham (1) y de Budd (2), había una salivacion mercurial; ahora bien: en tales condiciones, la saliva no es normal y contiene mucha albúmina.

III. Las personas ictéricas acusan muchas veces un *sabor amargo*. En ocasiones, este fenómeno parece debido á eructos de materias biliosas procedentes del estómago; pero cuando las vías biliares se hallan obstruidas, no es posible semejante explicacion. Esto denota entónces la presencia de los ácidos biliares en la sangre, porque el pigmento biliar no tiene sabor, miéntras que el ácido taurocólico es sumamente amargo. Un hecho que demuestra que este sabor amargo no se debe á la presencia de pigmento biliar en la sangre, es que las personas que tienen un simple trastorno del hígado se quejan de él constantemente.

IV. *Desórdenes de la digestion.* —Los principales desórdenes digestivos resultantes de la falta de bílis en los intestinos, son la flatulencia, el extreñimiento y una alteracion de las deposiciones. La bílis posee una gran potencia antiséptica; así, cuando falta, las materias contenidas en el intestino se descomponen, los gases se acumulan en el intestino y determinan una distension timpánica del abdómen; las materias fecales adquieren al mismo tiempo un olor pútrido. Las deposiciones presentan un color castaña grisáceo ó arcilloso. La bílis parece ser tambien el estimulante natural de la accion peristáltica del intestino; así, cuando falta, hay ordinariamente extreñimiento. Por otra parte, las materias fecales pútridas obran á veces sobre el intestino como un irritante y determinan diarrea. La putridez y la decoloracion de las materias, lo mismo que el extreñimiento, no se observan más que en los casos en que hay obstruccion completa de las vías biliares. Cuando los conductos están libres ó la obstruccion es incompleta, y la bílis penetra todavía en el intestino, las materias pueden estar poco alteradas, y su evacuacion se verifica de una manera regular.

Cuando la bílis no penetra en el intestino, la digestion de la grasa es difícil. Los ictéricos repugnan la grasa y no la asimilan: las partes grasas de los alimentos se encuentran eliminadas con las deposiciones. El mismo

(1) *Opera physico-medica*, t. III, pág. 12.
(2) Budd, *op. cit.*, pág. 469.

fenómeno se observa cuando hay igualmente un obstáculo á la penetracion de la secrecion pancreática en el intestino; pero Bright y Owen Rees (1) han demostrado que en la mayor parte de los casos de ictericia pertinaz, cuando hay obstruccion completa de las vías biliares, se puede descubrir en las materias fecales una cantidad considerable de grasa. En la obstruccion prolongada de las vías biliares hay tambien, segun han demostrado los Sres. Wickham Legg (2) y Wittich, una suspension completa de la funcion glucogénica del hígado, lo cual explica en parte el enflaquecimiento que sobreviene en tales circunstancias. Resulta, pues, que en todos los casos de ictericia por obstruccion biliar está comprometida la nutricion general. El enflaquecimiento puede ser lento, pero ordinariamente es progresivo, hasta que el tejido adiposo ha desaparecido de la economía, y entónces el peso del cuerpo puede permanecer estacionario. Se han citado casos en que los enfermos vivieron muchos años con ictericia y hubo relativamente poco enflaquecimiento; pero estos casos son excepcionales.

V. El *prurito* en la ictericia sin ninguna erupcion en la piel, es á menudo un síntoma muy rebelde y hasta desconsolador. Precede á veces á la ictericia, y es tambien un síntoma ordinario de desórden hepático no acompañado de ictericia. Graves ha visto el prurito 10 días ántes de la ictericia, y en otro caso dos meses; en ambos cesó dicho síntoma tan pronto como apareció la ictericia. Ordinariamente se observa al principio de la ictericia (Obs. CXXVIII); algunas veces va y viene, y otras persiste miéntras dura la ictericia, siendo más intenso por la noche, en términos que el enfermo no puede dormir. Actualmente podeis ver en el enfermo Guillermo M. hasta qué punto puede ser molesto dicho síntoma (Observacion CXXVII). Este hombre ha padecido ictericia por obstruccion del conducto colédoco, que contaba algunos meses de fecha, sufriendo durante todo este tiempo una comezon intensa que, á pesar del opio, á pesar de las inyecciones subcutáneas de morfina y los calmantes de diversa índole, le hizo pasar muy malas noches. El bicarbonato de potasa es el único medicamento que le alivió.

Rara vez se observa el prurito en la ictericia independiente de la obstruccion de las vías biliares. Se ignora cuál es el elemento de la bílis que provoca este prurito; pero como precede algunas veces á la ictericia y se presenta á menudo en desórdenes hepáticos independientes de la ictericia, puede admitirse que no es determinado por el pigmento biliar.

VI. *Erupciones cutáneas.* — La urticaria, el líquen y otras erupciones cutáneas, y algunas veces los forúnculos y los ántrax, se manifiestan en

---

(1) *Guy's Hosp. Rep.*, primera serie, t. I, pág. 610, 1836.
(2) *Barthol. Hosp. Rep.*, 1873, t. IX, y *Brit. med. Journ.*, 26 de Agosto de 1876.

ocasiones al mismo tiempo que la ictericia. Graves (1) refiere ocho á nueve casos de personas enfermas de reumatismo agudo que se volvieron repentinamente ictéricas por complicacion con una hepatítis (congestion del hígado), y en las cuales la ictericia fué seguida de urticaria. Nunca he observado por mí mismo semejante consecuencia de la afeccion, aunque un enfermo que actualmente se encuentra en mi clínica (Leccion XI) ha padecido una congestion hepática con ictericia, la cual se manifestó poco tiempo despues de haberse restablecido de un ataque de reumatismo agudo con pericardítis.

Debo ahora llamar vuestra atencion acerca de un estado morboso muy notable de la piel, llamado *vitiligoidea* ó *xantelasma*, que se observa de vez en cuando relacionado con la ictericia, y de que ya me he ocupado en una de las lecciones anteriores. Tal estado ha sido descrito por primera vez por los Sres. Addison y Sir William Gull en una Memoria publicada por ambos en los *Guy's Hospital Reports* (2). Posteriormente han sido presentados á la Sociedad Patológica de Lóndres varios interesantes ejemplos de esta enfermedad (3). La afeccion se presenta bajo dos formas, ora sola, ora combinada. En la primera *(vitiligoidea plana)*, la piel de los párpados, de la palma de las manos y de la cara palmar de los dedos, lo mismo que la mucosa de las encías, presentan placas opacas, cuya superficie y bordes están ligeramente elevados y contrastan con las partes amarillas — ó rojas en las encías — inmediatas. Estas placas no son induradas, pero en ellas está aumentada la sensibilidad; examinando atentamente la epidérmis que las cubre, se observa que está sano y que el aspecto que presentan estas placas es debido á un depósito oleoso en la sustancia del dérmis, muy abundante en las inmediaciones de los folículos pilosos. La otra forma *(vitiligoidea tuberosa)* consiste en tubérculos diseminados, de volúmen diverso, algunos del tamaño de un guisante, con pápulas brillantes y decoloradas. Los mayores tubérculos están tensos y relucientes, y se parecen bastante al *molluscum;* pero cuando se les pincha sólo sale sangre, y al microscopio se ve que consisten en un depósito fibroso duro, formado en la piel é infiltrado de un líquido opalino que contiene granulaciones grasosas. Son de color amarillo algo sonrosado; en ellos se ven algunos capilares venosos que se ramifican por la superficie y van acompañados de cierto grado de irritacion, de suerte que su punta parece á menudo roja é inflamada. Son muy numerosos en la cara y en las orejas, en la parte interna del antebrazo, y sobre todo alrededor de los hombros y de las rodillas, donde muchas veces son confluentes. Ya os he dicho que el xantelas-

(1) *Clinique médicale*, traduccion de Jaccoud, primera edicion, t. I, pág. 571.
(2) *Guy's Hosp. Rep.*, segunda serie, 1851, t. VII, pág. 265.
(3) El Dr. Pavy ha referido igualmente un caso en los *Proceedings of the Royal Med. and. Chir. Soc.*, 12 de Junio de 1866. Véase tambien una Memoria de Hutchinson en las *Med.-chir. Transact.*, 1871, t. LIV, pág. 171.

ma puede presentarse en la ictericia rebelde casi sin causa, y que se observa tambien independiente de la ictericia (1).

VII. La *temperatura* del cuerpo en la ictericia por obstruccion de las vías biliares suele ser menor de la normal, siempre que no haya una causa concomitante de fiebre; este descenso se debe, sin duda, á la diminucion de actividad de los procesos químicos que se verifican en el hígado.

VIII. *Lentitud del pulso.* — Un resultado ordinario de la ictericia no febril es la lentitud de la accion del corazon y la diminucion de la tension arterial. El pulso puede descender á 50, 40 y áun á 20; casi siempre es irregular. Esta lentitud del pulso se observa sobre todo cuando el enfermo está acostado; si está de pié, la circulacion se acelera; se activa tambien cuando á la ictericia se une un aparato febril; pero cuando es la fiebre la que precede, el pulso baja naturalmente tan pronto como aparece la ictericia. Por consiguiente, en la ictericia conviene fiarse poco de la frecuencia del pulso y del aumento de temperatura como indicio de fiebre. La lentitud del pulso no es un síntoma invariable en la ictericia; se observa sobre todo en la ictericia simple ó catarral, aunque no se halle limitada á esta forma. No se sabe todavía por qué existe en ciertos casos y falta en otros. La explicacion natural es que la produce uno de los elementos de la bílis que no se observa en la sangre en todos los casos de ictericia. Ciertos experimentos de Röhrig (2), los de Wickham Legg (3), de Feltz et Ritter (de Nancy) (4), han demostrado que las sales de los ácidos biliares ejercen una accion específica paralizante sobre los ganglios del corazon y hacen más lenta su accion, miéntras que el pigmento biliar no produce el mismo efecto. La lentitud del pulso en la ictericia puede, pues, indicar la presencia en la sangre de ácidos biliares no trasformados, aunque se ha objetado que no se puede en ninguna forma de ictericia encontrar ácidos biliares en la orina á pesar de su difusibilidad. Añadiré que ha visto varias veces bajar el pulso á 36 ó 40 en casos de desórdenes hepáticos sin ictericia.

IX. *Hemorragias.*—En todos los casos en que la ictericia persiste mucho tiempo, la sangre se empobrece por una diminucion en la proporcion de los glóbulos rojos y de la fibrina; de aquí resulta una tendencia á las hemorragias de las mucosas. En los casos de ictericia de larga duracion suelen verse abundantes hemorragias estomacales ó intestinales, que en más de una ocasion son causa inmediata de la muerte. Esta disposicion

---

(1) Conviene advertir que, al ménos en dos casos, se ha observado esta erupcion independiente de la ictericia; pero había habido diabétes, y este hecho ofrece un interes considerable si recordamos el importante papel que juega el hígado en la patología de la diabétes. (Véase Addison y Gull en *Guy's Hosp. Rep.*, segunda serie, tomo II, página 268, y Bristowe en las *Pathol. Transact.*, tomo XVII, pág. 414.)

(2) *Arch. für Heilkunde*, Agosto de 1863, pág. 385.

(3) *Proceed. Roy. Soc.*, 1876, núm. 169.

(4) *The Lancet*, 24 de Junio de 1876.

á las hemorragias se observa las más veces coincidiendo con síntomas cerebrales y otros signos que indican una intoxicacion de la sangre, en los casos de ictericia en que no hay obstruccion de las vías biliares; pero existe tambien en la ictericia mecánica de larga duracion, en la cual el tejido glandular del órgano ha desaparecido en gran parte. Ya he llamado vuestra atencion en el capítulo correspondiente acerca de la frecuencia de las hemorragias en los casos de atrofia aguda y de cirrósis del hígado, en que el curso de la bílis en el intestino es libre.

X. *Debilidad general y anemia.*—La menor nutricion y el empobrecimiento de la sangre producen ordinariamente un estado general de debilidad é inanicion, á cuyos síntomas se une la hipocondría y la irritabilidad. Cuando la duracion se prolonga el número de los glóbulos rojos disminuye considerablemente, y por lo tanto hay anemia.

XI. *Xantópsis ó vision amarilla.* — En algunos casos de ictericia todos los objetos blancos parecen amarillos al enfermo. Este síntoma es muy raro; Frerichs y otros prácticos experimentados no lo han observado nunca. Los autores no se hallan de acuerdo respecto á la explicacion de dicho síntoma. Si los humores del ojo se impregnaran de pigmento biliar, debería observarse la vision amarilla en todos los casos de ictericia; pero ya os he dicho que, áun en la ictericia intensa, lo general es que estos humores, lo mismo que el cristalino, no sean invadidos por la bílis. En algunos casos de xantópsis, Sir Tomás Watson ha encontrado una distension de los vasos de la conjuntiva, y el mismo autor cita un caso del Dr. Elliotson, en el cual la vision amarilla estaba limitada á un ojo cubierto de vasos varicosos; de aquí deduce que sólo cuando los vasos del ojo son bastante gruesos para dejar pasar los glóbulos sanguíneos es cuando el pigmento biliar puede atravesarlos para ir á teñir los humores del ojo (1). Todos recordais que Guillermo M. (Obs. CXXVII) presentó un desarrollo considerable de los vasos de la conjuntiva, y que durante algun tiempo veía los objetos de color amarillo; pero aunque la xantópsis no duró mucho tiempo, persistió el aumento de volúmen de los vasos. Muchos autores han considerado el fenómeno que nos ocupa como puramente nervioso; en primer lugar, porque la vision amarilla ofrece á menudo un carácter interminente sin que se observe modificacion en la ictericia, y en cambio falta cuando hay una ictericia intensa de la córnea y de otros tejidos del ojo (Frerichs); en segundo, porque se ha observado en el *typhus fever* sin que hubiera ictericia asociada á otros desórdenes de la vision, como la nictalopia. Quizás el oftalmoscopio pueda disipar las dudas que existen respecto á este curioso síntoma. No debemos olvidar que algunas veces se observa la visión amarilla despues del uso de la santonina, si

(1) *Lectures on the Principles and Pract. of Physic,* quinta edicion, t. II, pág. 677.

bien entónces se disipa dicho fenómeno tan pronto como la materia colorante es eliminada por los riñones. Sería interesante saber si la santonina penetra en los humores del ojo.

XII. Algunas veces se ven sobrevenir en la ictericia *síntomas cerebrales*, tales como un delirio agudo, estupor, coma, convulsiones, temblores musculares, sobresaltos, carfología, parálisis de los esfínteres, sequedad y color oscuro de la lengua, y otros signos del *estado tifoideo*. Se observan más á menudo en los casos en que no hay obstruccion de las vías biliares; pero pueden tambien presentarse cuando existe una obstruccion ya antigua, cuando ha sido destruida la totalidad ó la mayor parte del tejido glandular. Su patogenia se ha explicado de muy distintos modos. En casos excepcionales son debidos á la inflamacion de la parte superior de las meninges cerebrales; pero generalmente no se encuentra despues de la muerte ninguna lesion del cerebro ni de sus membranas que las explique. Deben ser efecto de alguna alteracion de la sangre. Se atribuyen comunmente á la intoxicacion de la sangre por la bílis, y se han hecho muchos experimentos en los animales para demostrar que la bílis ó los ácidos biliares (1) son un veneno mortal. Por nuestra parte creemos que si los perros mueren á consecuencia de la inyeccion en su tejido celular de bílis de otros perros, esto no tiene nada de extraordinario; la inyeccion de moco procedente de otro perro produciría probablemente un resultado semejante, y toda bílis contiene moco.

Frerichs y otros observadores han inyectado bílis pura, desprovista de moco, en la gruesas venas de un perro sin ver sobrevenir síntomas cerebrales ú otras consecuencias fnnestas, aunque la muerte fué determinada en algunos casos por la entrada del aire en las venas (2). La operacion se ha repetido varias veces en el mismo animal sin determinar trastorno duradero. Con todo, debo consignar con ruda franqueza que en todos los experimentos hay causa de error. Habeis podido convenceros en la clínica que la sangre y los tejidos del organismo pueden en el hombre estar saturados de bílis durante algunos meses y áun años sin que sobrevengan síntomas cerebrales. Los que hayan seguido el caso de Guillermo M..., que padeció durante varios meses una oclusion permanente de las vías biliares, difícilmente creerán que la bílis ó alguno de sus principios es un veneno mortal.

Un médico americano, el Dr. Agustin Flint, ha intentado demostrar que en la ictericia los síntomas cerebrales son debidos á la retencion de la colesterina en la sangre, designada con el nombre de *colesteremia*. La colesterina es una materia grasa cristalina y uno de los constituyentes de esa sustancia compleja que se llama la bílis. El Dr. Flint la considera como

---

(1) Véase, por ejemplo, Harley, *On Jaundice*, pág. 39.
(2) Frerichs, *loc. cit.*

un producto excrementicio del tejido nervioso, cuya elininacion fuera del organismo es una de las funciones del hígado (1). Al llegar al intestino la colesterina se trasforma, segun él, en *estercorina;* así, no se encuentra en las heces, áun cuando se halla retenida en la sangre. Cree que obra como un veneno, lo mismo que la urea. Pero si la no excrecion de todos los elementos de la bílis no da lugar á síntomas cerebrales, difícilmente se comprende cómo tales síntomas pueden resultar de la retencion de la colesterina sola. Así, por ejemplo, en los casos de oclusion permanente del conducto colédoco, la colesterina no pasa del hígado al intestino, no se acumula en las vías biliares, ni produce síntomas cerebrales si está retenida en la sangre. Se han citado ademas casos de obstruccion permanente del conducto colédoco seguida de una obstruccion casi completa del tejido glaudular del hígado, y en la que, por consiguiente, este órgano es incapaz de eliminar ninguno de los elementos de la bílis que podrían encontrarse previamente formados en la sangre. En dichos casos se ha apoyado el Dr. Budd para pretender que cuando los síntomas cerebrales sobrevienen en la ictericia son debidos á alguna sustancia particularmente nociva que se desarrolla *á consecuencia de una descomposicion* en la sustancia glandular del hígado (2). Sin embargo, nunca se ha encontrado esta sustancia nociva.

Los síntomas cerebrales observados en la ictericia se parecen á los producidos por otros muchos venenos de la sangre; pero el principio tóxico es engendrado probablemente en tales casos en la sangre y en los tejidos en general, y no en el hígado en particular. El hígado no es simplemente un órgano excretor; ejerce sin duda una importante influencia sobre las metamorfósis de la materia que se verifican en la sangre y en los tejidos; y aunque no sea bastante conocida la naturaleza precisa de estos cambios, cabe creer fundadamente que el hígado juega cierto papel en la produccion de la urea y del ácido úrico. Cuando, por ejemplo, se suspenden las funciones del hígado, resulta que no se elabora la urea; pero se desarrollan ciertas sustancias, como la leucina y la tirosina, y acaso otras que sólo conocemos de una manera imperfecta, y que son por su composicion intermedias entre la urea y la proteina, miéntras que los materiales que deberían ser eliminados del organismo bajo la forma de urea y de ácido úrico se acumulan en la sangre. En la atrofia amarilla aguda y en la fiebre amarilla de los trópicos, la aparicion de los síntomas cerebrales se marca por una diminucion extraordinaria de la urea en la orina. La patogenia de los síntomas cerebrales en la ictericia es probablemente muy análoga á la patogenia del estado tifoideo en las enfermedades

(1) *American Journ. of med. scien.*, Octubre de 1862, y *Recherches expérim. sur une nouvelle fonction du foie.* París, 1868.

(2) *Diseases of liver*, tercera edicion, págs. 270 y 475.

en general, tal como ántes lo he indicado (1). Tendremos ocasion de volver á ocuparnos de semejante asunto cuando hayamos estudiado la *teoría de la ictericia.*

TEORÍA DE LA ICTERICIA (2)

Todos los casos de ictericia pueden colocarse en las dos categorías siguientes:

1.ª *Unos en los cuales hay un obstáculo mecánico al paso de la bílis al duodeno*, y en los que, por consiguiente, la bílis queda retenida en las vías biliares, pasando desde éstas á la sangre.

2.ª *Otros en que no hay obstáculo al curso de la bílis fuera del hígado.*

Estas dos formas de ictericia han sido admitidas hace mucho tiempo; pero los autores han disentido y áun hoy disienten de opinion en cuanto al modo de produccion de la ictericia en la segunda categoría de casos; sin embargo, éstos son los que con más frecuencia se encuentran en la práctica.

Cuando existe alguna obstruccion al curso de la bílis á traves del conducto hepático ó el colédoco, el modo como se desarrolla la ictericia es bastante claro. Los conductos biliares y la vesícula se llenan de bílis, que es reabsorbida por los linfáticos y las venas, y se mezcla con la sangre. Este hecho fué demostrado á principios del siglo actual por los experimentos del Dr. Saunders (3), que despues han sido confirmados por otros observadores. Si se aplica una ligadura en el conducto hepático de un perro y se mata al animal al cabo de dos horas, se ve que los linfáticos de las paredes de las vías biliares, que son muy numerosos, se hallan distendidos por un líquido amarillo. El contenido del conducto torácico es tambien amarillo, lo mismo que el de los ganglios linfáticos inmediatos. En los enfermos que fallecen con una obstruccion de las vías biliares, se encuentra á menudo bílis en los linfáticos del hígado. Por otra parte, el suero sanguíneo recogido en la vena hepática dos horas despues de la ligadura del conducto hepático en el perro, contiene mucho más pigmento biliar que el suero de la vena yugular (4). Esta proporcion de pigmento biliar,

---

(1) Véase: Resúmen de una leccion clínica sobre la patología y el tratamiento del estado tifoideo en las diferentes enfermedades, *Brit. med. Journ.*, 4 de Enero de 1868.

(2) Para el estudio de tan interesante asunto podrá consultar el lector *Los grandes procesos morbosos* (Lecciones de Patología general), de Picot, version española de M. Carreras Sanchis.

(3) *Treatise on the structure, economy and diseases of the Liver, and on Bile and Biliary concretions,* tercera edicion, 1803.

(4) El Dr. W. Legg asegura que ha repetido recientemente este experimento sobre un perro, sin éxito. *Saint-Barthol. Hosp. Rep.*, 1873, t. IX.

mayor en la sangre de las venas hepáticas que en la sangre de la circulacion general, demuestra que la bílis, en los casos de obstruccion de la vesícula, puede tambien ser absorbida directamente por las venas. En verdad, segun vamos á ver, puede creerse que, áun cuando hay obstruccion, la bílis pasa de una manera incesante de la vesícula y de las vías biliares á la circulacion, en virtud de la ley de la difusion de los líquidos á traves de las membranas animales. En las circunstancias ordinarias no resulta la ictericia, pues la bílis se trasforma por completo en la sangre, y á la vez tiene cierta influencia sobre las metamorfósis de las demas sustancias, cuyos productos son eliminados por la orina. Pero cuando hay distension de las vías biliares á consecuencia de una obstruccion, se encuentra aumentada la extension de la superficie por donde se verifica la difusion y la presion que sufre, y de aquí resulta que penetra en la sangre más bílis de la que puede trasformarse para ser eliminada por la orina. Pero en los casos de obstruccion, sin embargo, la intensidad de la ictericia ó la cantidad de bílis no trasformada que se encuentra acumulada en la sangre variará con la cantidad de bílis segregada por el hígado, la rapidez con que es eliminada por los riñones y la actividad de las oxidaciones que se verifican en la sangre.

Pero en gran número de casos no hay obstáculo mecánico á la salida de la bílis fuera del hígado, y desde entónces no es tan fácil la explicacion de la ictericia. Boerhaave y Morgagni emitieron hace mucho tiempo la idea de que en tales circunstancias la ictericia resulta de una *suspension en la secrecion biliar*. Pretendían que la funcion del hígado consiste simplemente en separar los elementos de la bílis que se encuentran ya formados en la sangre, y que cuando una circunstancia cualquiera llega á impedir esta funcion del hígado la sangre retiene los materiales de la bílis, de donde resulta la ictericia. Aunque esta opinion fué vigorosamente combatida á principios del siglo actual por el Dr. Saunders, que sostenía «que en cualquier caso de ictericia, la bílis debe ser segregada y trasformada en los vasos sanguíneos», (1) en el día ha sido generalmente adoptada.

Así, el Dr. Budd dice en su libro: «En tales casos, la explicacion más plausible de los hechos es que el pigmento biliar existe en la sangre, y que, á consecuencia de la falta de accion de las células glanglionares, no pasa entónces al hígado como debería suceder (2).» Sin embargo, debemos añadir que el Dr. Budd hace una excepcion especial por lo que concierne á los ácidos biliares (3). «Los más hábiles químicos, dice, que han analizado re-

---

(1) *Op. cit.*, pág. 107.
(2) *Op. cit.*, pág. 468.
(3) La bílis es una sustancia muy compleja. Hé aquí su composicion, segun Gorup-Besanez:

Agua.	822.7	á	908.1
Materia sólida.	177.3	á	91.3

cientemente la sangre de la vena porta, no han podido descubrir en ella los ácidos biliares, y han creido que, cuando ménos, se forman en el hígado (1).» La opinion segun la cual el hígado fabrica los ácidos biliares, miéntras excreta simplemente el pigmento biliar, ha sido igualmente adoptada por el Dr. Harley en su *Ensayo sobre la ictericia* (2).

Me parece, sin embargo, que pueden hacerse graves objeciones á esa teoría, en virtud de la cual el pigmento biliar se forma en la sangre y es simplemente excretado por el hígado.

Hé aquí algunas de ellas:

1.ª Aunque el pigmento biliar procede, al parecer, de las materias colorantes contenidas en la sangre, y puede ser producido por la sangre bajo la influencia de agentes químicos, y áun manifestarse en las extravasaciones bajo la forma de producto patológico, (3) no se ha demostrado todavía de una manera satisfactoria que el pigmento biliar exista como tal, previamente formado en la sangre en los sujetos no enfermos de ictericia. Frerichs lo duda, por lo demas, formalmente. Lehmann, que ha estudiado con gran detenimiento las modificaciones que sufre la sangre en su paso á traves del hígado, no ha podido encontrar nunca la materia colorante de la bílis en la sangre de la vena porta, y de aquí deduce que debe formarse en el hígado, lo mismo que los ácidos biliares (4). Se ha obtenido un resultado semejante con la sangre de la arteria hepática. Es evidente que si el pigmento biliar existe realmente en la sangre en estado fisiológico, su cantidad debe ser muy pequeña; y si recordamos que la cantidad de bílis formada en el hígado es próximamente de un litro por día, y que, sin em-

---

Sales de ácidos biliares.	107.9	á	56.5
Grasa y colesterina.	47.3	á	30.9
Moco y pigmento..	23.9	á	14.5
Cenizas.	10.8	á	6.3

Se han encontrado tambien en la bílis dos ácidos designados por Lehmann con el nombre de ácidos taurocólico y glucocólico. Segun este químico, dichos ácidos se forman por la reunion del ácido cólico con la taurina por un lado, y la glucina (azúcar de gelatina) por otro, y se encuentran en la bilis en estado de combinacion con la sosa como base. La composicion del ácido glucocólico es $C^{26}H^{43}NO^{6}$, y la del ácido taurocólico $C^{26}H^{45}NO^{7}S$. Se han encontrado dos modificaciones del pigmento biliar; á saber: un pigmento parduzco denominado colepirrina, bilifulbina ó bilirubina, y un pigmento verde llamado biliverdina. La colepirrina es susceptible de trasformarse en biliverdina. Se sabe muy poco respecto á la materia química de estas sustancias; son probablemente otras modificaciones de la materia pigmentaria, resultantes, lo mismo que las que ya he mencionado, de la trasformacion ó de la oxidacion de una sustancia primitiva. (Véase tambien Leccion XIV.)

(1) *Op. cit.*, págs. 40 y 467.

(2) *Jaundice, its Pathology and Treatment.* Lóndres, 1863.

(3) Véase Virchow, *Patología celular*, traduccion del Dr. M. Carreras Sanchis. Valencia, 1879, y Kuhne, *Lehrbuch der physiologischen Chemie.* Leipzig, 1866, pág. 98. Los análisis de los pigmentos biliares comunicados á la Sociedad Real por el Dr. Thudichum, tienden á demostrar que no tienen relacion con la hematina, como ántes se suponía. *(Proceed. Roy. Soc.*, 1867, t. XVI, pág. 220.)

(4) *Physiolog. Chemist.*, Dr. Day's, *Translat.*, t. II, pág. 87.

bargo, la ictericia no es un estado normal, parece imposible que todo el pigmento biliar segregado por el hígado pueda formarse en la sangre, y no es probable que una parte se produzca en la sangre y otra en el hígado.

2.ª El descubrimiento por algunos observadores de una pequeña cantidad de pigmento biliar en sangre que parecía normal, no prueba que estaba formada en la sangre, porque puede admitirse que había sido producido por el hígado y reabsorbido despues. Es probable, en verdad, como voy á intentar demostraros, que el pigmento biliar sea constantemente reabsorbido por la sangre, y que se modifique, ora durante el acto de la reabsorcion, ora inmediatamente despues. Si es así, puede suceder que queden en la sangre algunas partículas no modificadas, sin que esto baste para determinar una ictericia manifiesta.

3.ª Si las materias constituyentes de la bílis estuvieran formadas en la sangre, una ictericia intensa debería ser la consecuencia inmediata de la extirpacion del hígado en los animales inferiores, del mismo modo que la urea se acumula en la sangre despues de la ablacion de los riñones. Pero no sucede así en manera alguna, y Müller, Kunde, Lehmann y Moleschott han extirpado varias veces el hígado en las ranas sin encontrar indicios de ácidos biliares ó de materia colorante de la bílis en la sangre, la orina ó el tejido muscular (1).

4.ª Ocurre muchas veces que, por efecto de diversas enfermedades, como la degeneracion grasosa ó amiloidea, el cáncer ó la cirrósis, el tejido glandular está en gran parte ó completamente destruido; no se segrega entónces bílis, y, sin embargo, no hay siempre ictericia. Haspel ha referido varios casos de este género, en los cuales la vesícula despues de la muerte no contenía más que un poco de moco blanquecino (2). Frerichs cita igualmente un caso de degeneracion grasosa del hígado en que el contenido de los intestinos estaba decolorado, la vesícula vacía y las vías biliares tapizadas de un moco grisáceo, y á pesar de esto la piel ofrecía la palidez de la creta y la orina no contenía pigmento biliar (3). El Dr. Budd ha hecho análogas observaciones en casos de degeneracion amiloidea ó cancerosa del hígado (4); yo mismo he visto muchos casos de este género. Si la bílis se forma en la sangre en circulacion, es difícil explicar lo que sucede en tales casos.

Semejantes consideraciones hacen muy dudoso que se pueda atribuir cualquier forma de ictericia á la supresion de las funciones del hígado. Falta, pues, examinar si se puede encontrar una explicacion satisfactoria

---

(1) Carpenter's, *Human Physiology*, séptima edicion, pág. 434.
(2) *Maladies de l'Algérie*. t. I, pág. 262.
(3) *Op. cit.*, edicion francesa, pág. 79.
(4) *Op. cit.*, págs. 329 y 411.

de esos casos de ictericia en que no hay obstáculo al paso de la bílis al duodeno.

El profesor Frerichs ha propuesto una solucion para esta dificultad. Segun tan distinguido observador, una gran proporcion de los ácidos biliares incoloros formados en el hígado pasa directamente por la sangre á las venas hepáticas, ó bien va al intestino. En las circunstancias ordinarias, estos ácidos biliares se oxidan y contribuyen á la formacion de la gran cantidad de taurina que se encuentra en estado normal en los pulmones, lo mismo que de los pigmentos eliminados por la orina; pero estas metamorfósis normales pueden sufrir intermitencias bajo el influjo de los agentes nerviosos ó de los venenos de la sangre, y entónces los ácidos biliares, no estando bastante oxidados, se convierten en pigmento biliar en la sangre, de donde resulta la ictericia (1). Dicha opinion se apoya en dos experimentos que tienden á probar: 1.°, que se puede obtener artificialmente pigmento biliar con los ácidos biliares por la accion del ácido sulfúrico concentrado; y 2.°, que los ácidos biliares incoloros inyectados en las venas de un perro se convierten en la sangre de este animal en pigmento biliar. Estos datos experimentales, lo mismo que las conclusiones que de ellos se desprenden, han sido muy discutidos. Han sido combatidos por Kuhne (2), Hoppe, Harley (3), etc.; pero en cambio los han apoyado los Sres. Staedeler (5) Neukomm, Folwarczny, Röhrig (4), etc. Se ha pretendido por un lado que los ácidos biliares en estos experimentos se descomponen en la sangre, y por otro que, de cualquier modo que lleguen á la sangre, son eliminados por los riñones sin sufrir ninguna descomposicion. La mayor parte de los observadores se hallan de acuerdo con Frerichs, y su opinion se halla confirmada por la circunstancia de que no se encuentra en la orina ninguna parte de esa cantidad de ácidos biliares segregados por el hígado y reabsorbidos despues. Pero importa poco resolver la cuestion para explicar los casos de ictericia en que no hay obstáculo al curso de la bílis fuera del hígado, tanto más cuanto que hay buenas razones para admitir que no sólo en la ictericia, sino tambien en estado fisiológico, una porcion del pigmento biliar es reabsorbida por la sangre (6) lo mismo que los ácidos biliares formados en el hígado.

---

(1) *Op. cit.*, pág. 79.

(2) Virchow's, *Archiv.*, t. XIV, Setiembre de 1858, y Beale's, *Archives of Medicine*, t. I, pág. 342.

(3) *Pathology and Treatment of Jaundice*, 1863.

(4) Véase mi prefacio á la traduccion inglesa de Frerichs, págs. 15 y 16.

(5) *Archiv. für Heilkunde*, Agosto de 1863, pág. 385.

(6) Puede parecer poco probable que el líquido segregue por medio de la sangre de la vena porta un principio que debe despues ser absorbido por las ramas del mismo vaso. Pero se ha supuesto, quizá con demasiada facilidad, dado el calibre relativamente grueso de la vena porta, que da todos los materiales de la bílis. (Véase Leccion XIV.)

1.° La cantidad de pigmento biliar eliminada por las deposiciones, no es más que una fraccion de la cantidad segregada por el hígado (1). Hé aquí lo que dice el Dr. Carpenter respecto á los principios constitutivos de la bílis (2): «Cuanto más se desciende por el tubo intestinal, en ménos cantidad se les encuentra.» Y añade despues: «Una parte de la cantidad de bílis derramada en el conducto intestinal es ciertamente reabsorbida, hallándose destinados sus principios constitutivos á sufrir una oxidacion ó á ser eliminados por las vías respiratorias; de esta porcion reabsorbida de la bílis procede probablemente el azufre de la orina.» Segun Bence Jones, «la materia colorante de la bílis sufre modificaciones en el intestino; en estado fisiológico, una parte va á la sangre y á los tejidos, y finalmente, es eliminada bajo la forma de materia colorante de la orina (3).» El conocimiento de esta circunstancia da la única explicacion satisfactoria de la notable diferencia de opinion que existe en el mundo médico respecto al mercurio y otras sustancias que pueden ejercer una accion específica sobre el hígado, activando la secrecion de la bílis. El práctico da una dósis de calomelanos, observa en las deposiciones un aumento de bílis, y deduce de aquí que el hígado ha sido estimulado y que su secrecion ha aumentado; pero entónces viene el fisiólogo, que liga el conducto colédoco, practica una fístula en la vesícula biliar, y que, despues de haber administrado á su vez los calomelanos, observa que la cantidad de bílis que sale por la fístula no ha aumentado en manera alguna, sino que quizás ha disminuido (4). El mercurio y los purgantes de la misma categoría producen las sales biliares, probablemente irritando la parte superior del intestino y arrastrando la bílis ántes de que sea absorbida. Ciertos alimentos producirán á menudo el mismo efecto. Los calomelanos tienen una utilidad indudable en la congestion del hígado; pero si obraran, como se pretende generalmente, estimulando el hígado y aumentando su secrecion, bajo su influencia aumentaría la congestion en vez de disminuir. Es posible, con todo, que la irritacion del duodeno por los purgantes se propague á la vesícula y la obligue á contraerse, y entónces la evacuacion de la vesícula podría explicar en parte el aumento de la cantidad de bílis en las deposiciones.

2.° Por lo que sabemos acerca de la difusion de los flúidos á traves de las membranas animales, se comprende que la bílis no puede permanecer mucho tiempo en contacto con la mucosa de la vesícula, de las vías

---

(1) El lector encontrará más amplias explicaciones sobre este asunto en las *Leçons Crooniennes* del autor sobre los *Troubles fonctionnels du foie.* (Véase la Leccion IV.)

(2) Carpenter's, *Principles of human physiology*, quinta edicion, págs. 102, 353 y 374.

(3) *Saint-George's Hospital Reports*, t. I, pág. 192.

(4) *Influence des préparations mercurielles sur la sécrétion de la bile*, por el doctor George Scott, en Beale's, *Archiv. of Medic.*, t. I, pág. 209.

bilares y del intestino, sin que pase á la sangre una porcion (comprendiendo el pigmento disuelto). En realidad se establece entre el líquido contenido en el intestino y la sangre una corriente incesante, cuya existencia era ignorada hasta estos últimos años, y de la cual se ocupan mucho los autores modernos (1). «Se sabe en la actualidad, dice el Dr. Parkes en sus *Leçons gulstoniennes sur le processus fébrile,* que existe en grados diversos una corriente incesante de flúido entre la sangre y el conducto alimenticio, así como tambien una reabsorcion bastante rápida. La cantidad de flúido que circula de este modo y se absorbe en las 24 horas es casi increible, y constituye por sí sola una circulacion secundaria ó intermedia, de la cual no tuvo idea Harvey. La cantidad de jugo gástrico que atraviesa el estómago en un día y es absorbida despues, se elevaba, en el caso examinado por Grünewaldt (2), á cerca de 12 litros. Fijando la cantidad de seis litros, estaremos ciertamente muy cerca de la realidad. El páncreas, segun Kroeger, produce seis y un cuarto litros en las 24 horas, y las glándulas biliares uno y medio litro en el mismo espacio de tiempo.

La cantidad de bílis es, probablemente, de más de un litro. La de líquido procedente de la mucosa intestinal no se ha estimado todavía, pero debe ser enorme. En suma, la totalidad del líquido que se derrama en el conducto intestinal pasa con mucho de la cantidad de sangre contenida en el organismo. En otros términos, cada porcion de sangre puede y debe pasar muchas veces, en las 24 horas, al conducto alimenticio. El efecto de esta corriente incesante de los líquidos debe consistir en favorecer las metamorfósis que sufren; la misma sustancia, más ó ménos modificada, puede circular varias veces hasta que sea apta para la reparacion de los tejidos ó haya llegado al estado de materia excrementicia (3).»

En el curso de esta circulacion osmótica, los principios constituyentes de la bílis pasan á la sangre y se trasforman, en el proceso de la absorcion, en productos que son eliminados por los pulmones y los riñones (4), concurriendo á la asimilacion de los materiales nutritivos procedentes de la alimentacion. Tenemos entónces una explicacion de los casos de ictericia en que no hay obstáculo al curso de la bílis fuera del hígado. En las

---

(1) Así, la diarrea colicuativa en el cólera resulta probablemente de una suspension de esta corriente intestinal ó de una diminucion del poder de absorcion, más bien que de un aumento de la exhalacion en la superficie de la mucosa intestinal. Muchos casos prueban hasta la evidencia que, en el cólera, el poder de absorcion está considerablemente debilitado, si no aumentado.

(2) Se encontrará un resúmen de este asunto tomado de la Memoria latina de Grünewaldt, publicada por mí en los *Archives of Medicine* de Beale, t. I, pág. 270.

(3) *Med. Times and Gazette,* 7 de Abril de 1855, pág. 333.

(4) En diversas enfermedades del hígado se ve, sin que haya ictericia ni pigmento biliar en la orina, que este líquido se pone muy oscuro, algunas veces negro, por la ebullicion y adicion de ácido nítrico.

condiciones normales, la totalidad de la bílis absorbida se trasforma muy pronto; de suerte que no se encuentran ácidos biliares ni pigmento biliar en la sangre ni en la orina, y por consiguiente no hay ictericia. Pero en ciertos estados morbosos, la bílis absorbida no sufre sus trasformaciones normales; circula entónces por la sangre, é impregna la piel y los tejidos. Los estados morbosos que, en mi concepto, producen mejor este resultado, son precisamente aquellos en los cuales se pueden esperar trasformaciones anómalas de la sangre. Así:

1.° Ciertos venenos, tales como los de la fiebre amarilla, la intermitente, la puohémica y más rara vez los de la fiebre remitente, del tífus, de la escarlatina, lo mismo que el veneno de las serpientes, el cloroformo, etc.

2.° Las influencias nerviosas, como el terror, la cólera violenta, un disgusto profundo ó prolongado, y la conmocion del cerebro.

8.° Una llegada insuficiente de oxígeno, como ocurre en ciertos casos de pulmonía, ó en los sujetos que viven confinados y hacinados.

4.° Una secrecion excesiva de bílis, sobre todo si hay extreñimiento. En tal caso, á no ser que se dé salida á la bílis por un purgante, la cantidad absorbida puede ser demasiado grande para sufrir sus metamorfósis normales, y la presencia en la sangre de bílis no trasformada determina la ictericia.

Segun las ideas que he expuesto, la única diferencia patalógica que existe entre la ictericia por obstruccion y la ictericia sin obstruccion de las vías biliares, es que en el primer caso ninguna porcion de la bílis segregada por el hígado puede ser eliminada del organismo por las deposiciones; por consiguiente, toda la que se forma despues de estar llenos los conductos y la vesícula biliares, es reabsorbida por la sangre, y por consiguiente la cantidad que se encuentra así absorbida es demasiado considerable para poder sufrir sus metamorfósis normales. En el último caso, por el contrario, la bílis pasa al intestino, por el cual se elimina como de ordinario; pero la que es absorbida, aunque no excediendo en cantidad á la que se absorbe en estado normal, queda en la sangre sin trasformarse en ella (1). Como puede esperarse, la ictericia es mucho más intensa en el primer caso que en el segundo, aunque, cuando la obstruccion dura algun tiempo,

---

(1) Segun los Dres. Moxon é Hilton Fagge, « la teoría en virtud de la cual la ictericia es debida en todos los casos á una reabsorcion, no puede sostenerse ante el hecho de que, en la ictericia, las vías biliares contienen casi siempre, no bílis, sino un moco casi incoloro. Esto se ve, no sólo en la atrofia amarilla aguda del hígado, sino tambien cuando los conductos se hallan obstruidos de una manera permanente por conductos cancerosos, cálculos biliares, etc.» (*Transact. Pathol. Soc.*, 1873, t. XXIV, página 129, y *Guy's Hospital Reports*, 1875, t. XX.) Este argumento ha sido combatido de la manera siguiente por el Dr. Wickhan Legg: « La presencia de un líquido incoloro en la vesícula y las vías biliares, era considerada en otro tiempo como una prueba evidente de que el hígado había dejado de segregar bílis. Un autor reciente (W. Moxon) admite semejante opinion; pero, en mi concepto, parece más bien evidente lo contra-

la ictericia se torna por lo general más pálida, no porque la obstruccion desaparezca ó disminuya, sino porque sobreviene cierta destruccion del tejido glandular del hígado y se forma poca bílis; miéntras que en los casos en que no hay obstruccion de los conductos biliares, la intensidad de la ictericia variará segun la cantidad de bílis absorbida y el grado de desórden en las metamorfósis que se verifican en la sangre.

Finalmente, debemos averiguar qué explicacion da la teoría que acabo de exponer de los síntomas cerebrales que se observan en ciertos casos y que ántes he examinado. Segun lo que ya sabemos, es probable que la penetracion de la bílis en la sangre sea necesaria para verificar estas trasformaciones, de donde nacen los materiales de los principios sólidos de la orina. De cualquier modo que sea, parece cierto que cuando la sustancia glandular del hígado está destruida, como en la atrofia aguda y en ciertos casos de obstruccion que cuentan alguña fecha, estas trasformaciones sólo se ejecutan de una manera imperfecta. La urea no se forma en cantidad suficiente, y ciertas sustancias de composicion intermedia entre la urea y los compuestos protéicos, como la leucina y la tirosina, se acumulan en la sangre y en los tejidos, y pasan á la orina. En estas circunstancias sobrevienen los accidentes cerebrales en lo que se llama la *supresion biliar*. La sola presencia de la bílis en la sangre, de que he hablado en otro lugar, no podrá explicarlos, y, en verdad, en los casos en que mejor sobrevienen los síntomas cerebrales, la ictericia es, por lo general, ménos intensa que cuando faltan tales fenómenos.

Reservaremos para las lecciones siguientes el exámen detallado de las diversas causas de la ictericia y medios de distinguirla.

---

rio. No debemos olvidar que son los gruesos conductos biliares los que habeis visto llenos de ese líquido incoloro, y que nada se dice acerca del estado de los conductos más pequeños, y de los conductillos interlobulares y capilares. Estos últimos continúan recibiendo la bílis que les suministran las células hepáticas; pero la bílis no llega á los gruesos conductos biliares, porque está impedida la comunicacion de los conductillos con los conductos más voluminosos, ora por los tapones de este líquido espeso, ora por la litiásis biliar. En un caso que recientemente he examinado en el hospital de San Bartolomé, los gruesos conductos eran perfectamente incoloros; pero comprimiendo suavemente sobre el hígado, se hacía salir de los pequeños conductos un líquido amarillo. Un exámen atento permitió ver que estos conductos ofrecían un color amarillo.» (*Brit. Med. Journ.*, 1874.)

LECCION DÉCIMA

ICTERICIA

(CONTINUACION)

Clasificacion de las causas de la ictericia. — Ictericia por obstruccion del conducto colédoco

SEÑORES:

Despues de las consideraciones preliminares que han sido objeto de la leccion anterior sobre la ictericia en general, podemos ahora estudiar sus diferentes causas y los medios de reconocerlas.

Todos los casos de ictericia pueden, como hemos dicho, ser comprendidos en dos categorías:

A. *Ictericia resultante de la obstruccion del conducto colédoco.*
B. *Ictericia independiente de toda obstruccion del conducto.*

El siguiente cuadro permitirá comprender las numerosas causas que entran en cada una de estas categorías.

CUADRO SINÓPTICO DE LAS CAUSAS DE LA ICTERICIA

A. — *Ictericia por obstruccion mecánica del conducto colédoco*

I. — Obstruccion por cuerpos extraños en el interior del conducto

1.° Cálculos biliares y bílis espesa;
2.° Hidátides y distomas;
3.° Cuerpos extraños procedentes de los intestinos.

II. — Obstruccion por tumefaccion inflamatoria del duodeno ó de la mucosa del conducto, con exudacion en su interior

III. — Obstruccion por estrechez ú obliteracion del conducto colédoco

1.° Falta ú obstruccion congénitas del conducto;
2.° Estrechez por perihepatítis;
3.° Obstruccion del orificio del conducto por una úlcera del duodeno;
4.° Estrechez por cicatrizacion de úlceras de las vías biliares;
5.° Estrechez espasmódica.

VI. — Obstruccion por tumores que obturan el orificio del conducto ó se desarrollan en su interior

V. — Obstruccion por presion externa sobre el conducto

1.° Tumores procedentes del hígado mismo;
2.° Aumento de volúmen de los ganglios de la cisura del hígado;
3.° Tumor del estómago;
4.° Tumor del páncreas;
5.° Tumor del riñon;
6.° Tumor retro-peritoneal ó epiplóico;
7.° Aneurisma abdominal;
8.° Acumulacion de materias fecales en el intestino;
9.° Embarazo;
10. Tumores utéricos y ováricos.

B. — *Ictericia independiente de obstruccion mecánica del conducto colédoco*

I. — Venenos de la sangre que constituyen un obstáculo á las metamorfósis normales de la bílis

1.° Los venenos de las diversas fiebres específicas:

a) *Fiebre amarilla.* — b) *Fiebres intermitente y remitente.* — c) *Fiebre accesional.* — d) *Tífus.* — e) *Fiebre tifoidea.* — f) *Escarlatina.* — g) *Ictericia epidémica.*

2.° Venenos animales:

a) *Puohemia.* — b) *Venenos de las serpientes.*

3.° Venenos minerales:

a) *Fósforo.* — b) *Mercurio.* — c) *Cobre.* — d) *Antimonio,* etc.

4.° Cloroformo y éter.
5.° Atrofia aguda del hígado.
6.° Cirrósis y otras formas de atrofia crónica del hígado.

II. — Trastornos de la inervacion que oponen un obstáculo á las metamorfósis normales de la bílis

1.° Fuertes emociones, terror, ansiedad, etc.
2.° Conmocion cerebral.

III. — Oxigenacion insuficiente de la sangre que opone un obstáculo á las metamorfósis normales de la bílis

IV. — Secrecion excesiva de la bílis, absorbiéndose más líquido que el que puede metamorfosearse

Congestion del hígado.

a) *Mecánica.* — b) *Activa.* — c) *Pasiva.*

V. — Absorcion demasiado considerable de la bílis por la sangre á consecuencia de un extreñimiento habitual ó prolongado

Tócame ahora exponeros los caractéres por medio de los cuales podreis distinguir las diversas formas de ictericia comprendidas en este cuadro.

a. — Ictericia por obstruccion mecánica del conducto colédoco

I. — Obstruccion por cuerpo extraño en el interior del conducto

1.° — *Cálculos biliares ó bílis espesa*

Los cálculos biliares figuran en el número de las causas más frecuentes de la ictericia por obstruccion. Muchas veces se encuentra, despues de la muerte, la vesícula biliar llena de concreciones, sin que haya habido durante la vida ningun síntoma capaz de hacer sospechar su existencia. Los cálculos sólo determinan la ictericia y otros síntomas más que cuando penetran en las vías biliares, y los síntomas más característicos son los producidos por el *paso de las concreciones á lo largo del conducto colédoco.* En la mayor parte de los casos en que se presentan los síntomas de cálculos, hay alguna concrecion distinta ó un cálculo; pero tales síntomas pueden ser debidos á lo que se llama *bílis espesa* ó á la litiásis biliar. No tendreis

frecuente ocasion de comprobar esto en las autopsias, aunque es un hecho de cierta importancia, tanto más cuanto que explica algunos de estos casos en los cuales se observan los síntomas de cálculos biliares sin que se encuentren en las materias. Encontrareis, sin embargo, una observacion referida por el Dr. Handfield Jones en el tomo V de las *Pathological Transactions* (pág. 150). Se trataba de una mujer que murió con una ictericia generalizada poco tiempo despues de haberse fracturado el muslo en una caida, y en la cual la extremidad inferior del conducto colédoco se encontró obliterada «por una materia jabonosa, que no era más que pigmento biliar». Sabeis tambien que todos los fenómenos del cólico nefrítico pueden ser producidos por el paso de las arenillas úricas.

Síntomas y diagnóstico. — La ictericia procedente de cálculos biliares no es generalmente difícil de diagnosticar.

1.° La emigracion de un cálculo al conducto colédoco determina, á ménos que sea muy pequeño, un dolor conocido con el nombre de cólico biliar. El ataque comienza generalmente por una sensacion de náusea, acompañada de flatulencia muy marcada, excitabilidad nerviosa considerable, bostezos y escalofríos. La crísis suele sobrevenir despues de la comida principal (1), ó despues de algun esfuerzo muscular violento ó una sacudida. Con frecuencia, el enfermo siente repentinamente un dolor violento; pero otras veces el dolor es moderado al principio y luégo aumenta poco á poco de intensidad. El dolor parte del epigastrio y se irradia á ambos hipocondrios, á la espina dorsal, al hombro derecho ó ambos hombros ó sólo al izquierdo, pero nunca al izquierdo (2). Por lo general, es de dos especies: un dolor sordo, gravativo y constante, y un dolor agudo, una verdadera tortura que se manifiesta bajo la forma de paroxismos; los enfermos traducen el carácter de este último dolor diciendo que parece que se les introduce un tornillo, que se les rompen las carnes, que se les quema ó se les aprieta con violencia. Este dolor es á menudo tan violento, que el enfermo se encorva, apoyada la barba en las rodillas dobladas; cambia de lugar á cada instante para obtener un alivio.

Las mujeres que han tenido muchos hijos os dirán que los dolores del parto no son nada al lado de los de la crísis biliar. En ocasiones, en las personas muy nerviosas el dolor determina convulsiones epileptiformes. Los paroxismos, si son frecuentes y prolongados, producen una gran laxitud: el enfermo está visiblemente decaido, su cara pálida, el pulso lento, todo el cuerpo cubierto de un sudor frío; en ocasiones hay un colapso pro-

---

(1) Hé aquí la definicion que da Cullen del cólico biliar: *Icterus cum dolore in regione epigastrica, acuto, post pastum aucto et cum dejectione concretionum biliosarum.*

(2) No puedo confirmar la opinion de Trousseau respecto á que el dolor, aunque generalmente aumente, disminuye á veces en el abdómen, simulando entónces un cólico nefrítico. (*Op. cit.*, tercera edicion, t. III, pág. 216.)

fundo que puede llegar á ser mortal. Finalmente, he visto tres casos en los cuales la crísis terminó por un coma, seguido de muerte (1). Al principio el dolor puede calmarse por la presion; pero cuando ha durado mucho tiempo, existe siempre cierta sensibilidad en el fondo de la vesícula que persiste despues de haber cedido el paroxismo, y que es un signo diagnóstico bastante precioso. Esta sensibilidad puede ser aguda cuando existe cierta inflamacion de la vesícula. Trousseau dice que las crísis de cólico hepático van algunas veces seguidas de neuralgia intersticial, que se reconoce por la sensibilidad manifiesta al nivel de algunas de las apófisis espinosas dorsales (2). Finalmente, está demostrado que en casos raros se encuentran cálculos biliares en las materias fecales sin que haya habido síntomas de cólico biliar (3). El Dr. Fagge cita tambien la observacion de un individuo que murió de una hernia y que había padecido ántes ictericia no acompañada de dolores; su vesícula biliar contenía numerosos cálculos, y el conducto biliar estaba bastante dilatado para admitir el dedo (4).

2.° Los *escalofríos*, á menudo intensos, que se presentan por intervalos irregulares, pero algunas veces periódicamente, casi con la exactitud de un acceso de fiebre intermitente, no son raros en los casos muy pronunciados y de alguna intensidad: se atribuyen á una distension exagerada de la vesícula y de las vías biliares. A propósito de este síntoma debo llamar vuestra atencion acerca de una notable preparacion existente en el Real Colegio de los cirujanos de Lóndres (5). Es un grueso cálculo oval sólidamente adherido á la extremidad del conducto colédoco; una porcion de él formaba eminencia en el duodeno, á traves del orificio dilatado del conducto. Esta preparacion pertenece á una mujer de 70 años de edad, que durante cerca de seis meses había padecido dolores espasmódicos del estómago, que sobrevenían con escalofríos, como si se tratara de un acceso de fiebre; los cuales duraban media hora ó una, é iban seguidos de sudores abundantes. Sólo en el último mes de la vida se presentaron la ictericia y los vómitos. Tres días ántes de la muerte tuvo una crísis violenta de escalofríos y de dolor, cuyos síntomas persistieron, con sólo ligeras remisiones, hasta la muerte.

---

(1) En el primero se trataba de una señora de 76 años, cuya orina contenía mucha albúmina; en el segundo de otra señora de 84 años, cuya orina era muy albuminosa; curó despues del primer ataque de coma, pero al cabo de seis meses hubo recaida del cólico hepático, seguido de coma mortal. Finalmente, el tercero se refería á una señora de 50 años, cuya orina no pudo examinarse.

(2) *Op. cit.*, tercera edicion, t. II pág. 379.

(3) Un caso de este género ha sido referido por el Dr. Sénac, de Vichy. *(Du traitement des coliques hépatiques*. París, 1870, pág. 46.)

(4) *Guy's Hospital Reports*, 1875, t. XX.

(5) Esta preparacion forma parte de la coleccion de Mr. John Howship, y lleva el núm. 1.459 del catálogo *Pathological Series*.

En el caso CXVII, aunque no hubo escalofríos bien marcados, observóse una notable periodicidad en los ataques.

3.° Los *vómitos* acompañan á los paroxismos en la mayor parte de los casos, y á menudo son frecuentes y violentos; el enfermo arroja todo cuanto introduce en su estómago y tambien grandes cantidades de líquido ácido. Los vómitos biliosos indican que el conducto colédoco está libre. Los esfuerzos de vómito van ordinariamente seguidos de un alivio temporal del dolor. Con frecuencia hay hipo repetido.

4.° Cuando estos síntomas han durado 12 ó 24 horas la *ictericia* es habitual, y si la obstruccion del conducto biliar persiste durante algunos días, la ictericia es intensa, la orina se carga de pigmento biliar que le da un color especial, y las deposiciones no contienen dicha sustancia. Al principio del paroxismo, ántes de la aparicion de la ictericia, el enfermo arroja con frecuencia una gran cantidad de orina nerviosa, trasparente, y en ocasiones se ve reaparecer por momentos ese género de orina miéntras dura la ictericia, aunque la expulsada ántes y despues contiene bílis en abundancia. Puede decirse que la aparicion de la ictericia fija el diagnóstico de la naturaleza de un cólico abdominal, pero no es constante en todos los casos de cólico hepático. Si el cálculo llega á pasar al intestino en el espacio de 24 horas, ó si no pasa del conducto cístico, ó si es tan anguloso que puede dejar pasar las bílis, suelen observarse cólicos hepáticos sin ictericia. Se ven muchos enfermos que se quejan de crísis repetidas de pretendida gastralgia ó calambres del estómago sin ictericia; pero más tarde se ve que estos ataques no eran más que cólicos hepáticos. Un hecho que en tales casos ayuda el diagnóstico, es que la crísis de dolor va seguida de una ligerísima coloracion de las conjuntivas ó de la presencia de pigmento biliar en la orina. En la Obs. CXVII el enfermo tuvo todos los días, durante cuatro meses, violentos cólicos biliares ántes de que se manifestara la ictericia, encontrándose retenido el cálculo todo este tiempo en el conducto cístico á causa de su grosor. Trousseau cita un caso en el cual las crísis de cólicos hepáticos se manifestaron varias veces durante cuatro años, y sólo al cabo de este tiempo se presentó por primera vez la ictericia.

Sabido es que se han encontrado pequeños cálculos biliares en las deposiciones de individuos que nunca han tenido ictericia (1); pero tales casos son ciertamente excepcionales, por lo cual no puedo comprender que de los 45 individuos observados por Wolff, 25 presentaran todo el cortejo sintomático del cólico biliar sin ictericia y con cálculos en sus evacuaciones (2). La duracion de la ictericia variará con el número y el grosor de los cálculos; pero ordinariamente no pasa de algunos días á algu-

(1) Trousseau, *op. cit.*, t. III, pág. 219.
(2) Virchow's, *Archiv*, 1861, t. XX.

nas semanas. No es comun que un cálculo produzca una ictericia permanente, pues, por lo general, consigue franquear el conducto colédoco, que es el más ancho. Sin embargo, hay casos en los cuales, lo mismo que en la Obs. CXVII, una ictericia permanente, y áun mortal, fué causada por un cálculo detenido en el conducto colédoco (1). Pero aunque la ictericia calculosa es generalmente temporal, presenta la particularidad de ser susceptible de reaparecer con los demas síntomas ántes enumerados, con intervalos irregulares, lo cual se debe á que todos los cálculos que se encuentran en la vesícula no salen de ella en el primer ataque, ó bien á que se forman otros nuevos. El solo hecho de tratarse de una persona de mediana edad, ó ya anciana, que haya tenido muchas veces ictericia bien marcada, separada por intermisiones distintas, bastaría para admitir como causa probable los cálculos biliares. Debemos recordar al mismo tiempo que cuando un grueso cálculo se ha abierto paso á traves de las vías naturales de la bílis, éstas quedarán dilatadas de una manera permanente; de modo que los cálculos más pequeños podrán atravesarlas despues sin causar ictericia ni dolor. Segun Sir Thomas Watson, hay sujetos que expulsan de este modo muchos cálculos durante los últimos años de su vida.

5.° La *ictericia calculosa no va ordinariamente acompañada de fiebre*, no existe aumento de temperatura, y la frecuencia del pulso suele ser menor y no mayor de la normal. Sin embargo, no es raro observar durante los paroxismos del dolor una mayor frecuencia del pulso y una pasajera elevacion de la temperatura, áun cuando el enfermo tiene escalofríos y están frías sus extremidades. Del mismo modo, si la presion del cálculo ha dado lugar á la inflamacion ó á la ulceracion de las vías biliares, puede haber fiebre que persiste ó que se presenta con intermitencias despues de haber cesado el dolor, y en tales circunstancias las nuevas crísis dolorosas van seguidas de una fiebre temporal que termina por sudores. De vez en cuando, un cálculo encajado en las vías biliares provoca un paroxismo de fiebre con poco ó ningun dolor. Estos paroxismos pueden ser más ó ménos periódicos, y prolongarse durante muchos meses sin indicar por esto necesariamente una hepatítis puohémica; en efecto: el enfermo concluye por curar. Charcot ha atribuido estos ataques á un veneno séptico procedente de trasformaciones químicas que se verifican en la bílis, en el interior de los conductos biliares dilatados é inflamados; pero en nuestro concepto se deben más bien á la simple irritacion producida por el cálculo, y son análogas á los paroxismos febriles determinados por el paso de un catéter á lo largo de la uretra.

---

(1) El Dr. Handfield Jones refiere en las *Pathological Transactions* (t. V, pág. 146) un caso de ictericia seguido de muerte, en el cual el conducto hepático y el colédoco se hallaban obstruidos por gruesos cálculos, y el Dr. J. Wale Hiks cita otro, en el que el conducto cístico y una parte del colédoco estaban ocupados por un grueso cálculo, que formaba igualmente eminencia en la vesícula biliar. (T. XV, pág. 126.)

Cuando han pasado las crísis del cólico biliar, la orina suele depositar ácido úrico ó uratos en abundancia.

6.° Si la obstruccion del conducto colédoco persiste algunos días, se encontrará á menudo un aumento ligero y uniforme del volúmen del hígado con un tumor piriforme, correspondiente á la vesícula y resultante de la gran dilatacion de las vías biliares por la bílis que en ellas se ha acumulado, conforme hemos indicado en una de las lecciones anteriores.

7.° El diagnóstico de los cálculos biliares será fácil recordando las circunstancias en que se presenta las más veces.

a) *Sexo.* — Los cálculos biliares son más frecuentes en la mujer que en el hombre (3 por 2).

b) *Edad.*— Se observan principalmente en los individuos de mediana edad ó de edad avanzada. Entre 395 casos reunidos por el Dr. Hein, sólo 15 se referían á individuos menores de 25 años y tres menores de 20. La disposicion á la formacion de los cálculos aumenta probablemente con la edad, pero no podemos decir lo propio respecto á la disposicion á los cálculos biliares. Segun el Dr. Sénac (1), de Vichy, que se ha ocupado con algun detenimiento de esta cuestion, los cólicos hepáticos suelen comenzar hácia los 35 años y son relativamente raros despues de los 50. Recordad, sin embargo, que á veces se observan cálculos en las primeras edades. En una de las lecciones anteriores os he citado un caso en el cual se observaron á la edad de 23 años (Obs. LXXI), y hasta se han citado algunos casos en niños de corta edad (2).

En el primer volúmen del *Northern Journal of Medicine* (pág. 240) encontrareis un caso de ictericia seguida de muerte en un recien nacido, y debida á la obstruccion del conducto colédoco por «un tapon de bílis espesa, endurecida y semejante á un trozo de cuerda». Hace muchos años Lieutaud refirió la observacion de un niño de 25 días, en el cual un cálculo biliar obstruía por completo los orificios de los conductos hepático y pancreático (3).

c) *Clima.* — En los clímas cálidos, á pesar de la disposicion á los desórdenes hepáticos, los cálculos hepáticos son muy raros.

d) *Hábitos.* — Los cálculos biliares son más comunes en los sujetos fuertes, que consumen grandes cantidades de alimentos sustanciosos, azucarados y grasos, lo mismo que bebidas alcohólicas, y que al propio tiempo llevan una vida sedentaria.

e) *Posicion social.* — Resulta de lo que acabo de decir que los cálculos biliares son mucho más comunes en las clases medias ó acomodadas que entre los obreros y los pobres.

---

(1) *Op. cit.*, pág. 56.
(2) Trousseau refiere el caso de una niña de nueve años.
(3) *Mémoires de l'Acad. Roy. de Médec.*, 1847, t. III, pág. 264.

f) *Antecedentes morbosos.* — En muchos casos de cálculos biliares se encontrarán en la historia del enfermo ó en su familia antecedentes de gota, asma, litiásis úrica, neuralgia, jaqueca, urticaria. Este es un punto acerca del cual he insistido en mis lecciones acerca de los trastornos funcionales del hígado; por lo demas, la experiencia del Dr. Sénac se halla completamente de acuerdo con la mia.

g) *Herencia.* — Dada la frecuente coincidencia de la gota y de las enfermedades que con ella se relacionan, con los cálculos biliares, no debe asombrarnos que estos últimos sean en muchos casos hereditarios. En efecto; no es raro ver la afeccion que nos ocupa en varios individuos de una misma familia.

h) *Causas excitantes de los cólicos biliares.* — Cuando los cálculos se encuentran ya en la vesícula biliar, basta á menudo para determinar el cólico un exceso en la alimentacion, la época menstrual, una indigestion, un esfuerzo considerable, una caida, una carrera á caballo por un mal camino ó una emocion moral viva.

8.° La prueba más concluyente de que la ictericia se debe á la presencia de cálculos, es el encontrar los mismos cálculos en las materias fecales. No hay aquí sólo un simple interes de curiosidad, sino tambien una gran ayuda para el pronóstico. En efecto; si se observa que un cálculo algo voluminoso ha franqueado las vías biliares, es posible que el enfermo no tenga otras crísis; pero si el cálculo presenta facetas, como el que teneis á la vista, es probable que queden otros en mayor ó menor número.

Pero áun cuando hayais observado todos los síntomas ántes descritos, podreis no encontrar cálculos en las materias fecales. Esto puede ser debido ora á que la concrecion se disgrega en el intestino, ora á que retrocede á la vesícula en vez de pasar al duodeno, ora á la obstruccion del conducto por la bílis espesa más bien que por una verdadera concrecion.

Generalmente se cree que los cálculos biliares son más ligeros que el agua, y que, por consiguiente, si se derrama agua sobre las materias fecales sobrenadarán todos los cálculos que en ellas se encuentren. Pero sir Thomas Watson, que ha recomendado este método en las primeras ediciones de sus lecciones, dice: «Sólo una vez he conseguido recoger así una concrecion en las deposiciones de un enfermo cuyos síntomas anteriores me la habían hecho buscar.» Sin embargo, en una edicion más reciente dice que otros tres enfermos que sabían lo que debe hacerse habían descubierto en sus evacuaciones alvinas los cálculos biliares, encontrando así una explicacion de sus sufrimientos anteriores (1). La verdad es que casi todos los cálculos, ántes de haberse desecado, son más densos que el agua, en la cual no pueden, por lo tanto, sobrenadar. El único procedimiento

(1) *Lectures on Pract. of Phys.*, segunda edicion, t. II, pág. 527, y tercera edicion, t. II, pág. 555.

aceptable que habreis visto emplear en mi clínica, consiste en pasar todas las evacuaciones á traves de un cedazo. A veces no se consigue encontrar el cálculo porque no se continúan bastante tiempo las investigaciones. Trousseau cita el caso de una enferma que no arrojó los cálculos con las deposiciones hasta cuatro ó cinco días despues del ataque (1). Por mi parte puedo añadir que un médico aleman, el Dr. Wolff, que se tomó la molestia de examinar las deposiciones despues de una crísis de cólico biliar, á veces por espacio de muchas semanas, consiguió siempre encontrar cálculos en los 45 casos de cólico biliar que tuvo ocasion de observar en su práctica durante un período de 43 años (2).

2.° — *Hidátides, distomas y lombrices en las vías biliares*

Los tumores hidatídicos del hígado, segun os he dicho ya, se abren algunas veces en las vías biliares. Si el tumor no presenta quistes secundarios su contenido líquido puede vaciarse por esta vía en el duodeno, restableciéndose el enfermo sin ofrecer ningun síntoma marcado. Pero en la mayor parte de los casos hay quistes secundarios que penetran en las vías biliares, las obstruyen y producen todos los síntomas de la ictericia por obstáculo al curso de la bílis. En una de las primeras lecciones os hablé de varios sujetos en los cuales se observó lo que acabo de decir. (Observacion XXXII á XXXIV.) Ademas, el paso de las vesículas hidatídicas á traves de las vías biliares puede determinar crísis de dolor, escalofríos, vómitos, en suma, todos los síntomas de los cólicos biliares calculosos. Este hecho se presentó de una manera notable en la Observacion XXXIV.

Sin embargo, se distinguirán estos casos de aquellos en los cuales se trata de una afeccion calculosa:

1.° Por los signos físicos que indican un aumento de volúmen del hígado producido por hidátides, y que ya os he expuesto, al mismo tiempo que se observará quizá una diminucion del volúmen del tumor tan pronto como aparece el dolor.

2.° Por la existencia en la mayor parte de los casos de síntomas de fiebre persistente con aceleracion de pulso y elevacion de la temperatura, unidos á los del cólico biliar. Cuando el hidátide se abre en las vías biliares, no sólo la vesícula penetra en el conducto biliar, sino que la bílis penetra por su parte en el quiste y determina, por consiguiente, su inflamacion y supuracion, lo cual produce la fiebre. Sin embargo, si las vesículas continúan, como en la Observacion XXXIV, atravesando las vías biliares mucho tiempo despues de la rotura del tumor, puede haber cólicos biliares sin fiebre.

---

(1) *Op. cit.*, t. III, pág. 212.
(2) Virchows, *Archiv.*, 1861, t. XX, p. 1.

3.° El diagnóstico se completará por el descubrimiento de vesículas hidatídicas en las evacuaciones alvinas, como sucedió en la Observacion XXXIV.

En los casos raros, y acerca de los cuales he llamado vuestra atencion, en que parece se desarrolla desde luégo un tumor en las vías biliares, el diagnóstico será probablemente imposible.

En ocasiones, por cierto poco comunes, se ha visto el *distoma del hígado*, tan frecuente en los carneros, en las vías biliares del hombre; pero no parece que su presencia deba necesariamente obstruirlas y determinar la ictericia. En su gran obra acerca de los entozoarios refiere Davaine el caso de una niña de ocho años que falleció en el hospital de Milán despues de haber tenido diarrea, marasmo y convulsiones, y en cuya autopsia se encontró una bolsa que contenía cinco distomas cerca de la terminacion del conducto colédoco. La enfermita había ofrecido todos los síntomas del cólico biliar, pero no la ictericia (1). Hace algunos años murió en el hospital Middlesex un hombre en cuya vesícula se encontró un distoma. La mucosa de la vesícula estaba completamente blanca; pero el Dr. Budd, que refiere el caso, no dice si había al propio tiempo obstruccion del conducto colédoco ó ictericia (2). En el carnero, el distoma produce la dilatacion y el catarro de las vías biliares, con atrofia del tejido glandular y anemia profunda, pero rara vez ictericia. El diagnóstico de los distomas en las vías biliares del hombre sólo puede establecerse por la observacion del parásito, ora en los vómitos, ora en las deposiciones.

Se conocen igualmente casos en los cuales las lombrices penetraron en las vías biliares y provocaron la ictericia con cólicos biliares, vómitos y todos los síntomas de los cálculos (3).

Hace algunos años ví en el Museo del Hospital general de Viena una pieza (núm. 1.312) que representaba el conducto colédoco dilatado, hasta el punto de que era tan grueso como el pulgar de un adulto y se hallaba obstruido por una gran masa de lombrices. En muchos casos sobrevienen convulsiones mortales. Es tambien digno de tenerse en cuenta que en algunos de estos individuos los intestinos contenían muchos vermes, y que habían sido arrojados anteriormente, ora por los vómitos, ora por el ano.

---

(1) *Traité des entozoaires*, 1860, pág. 252.

(2) *Diseases of the liver*, tercera edicion, pág. 494.

(3) Frerichs, *op. cit.*, pág. 787; Morehead, *Diseases of India*, primera edicion, 1856, t. II, pág. 482; Davaine, *op. cit.*, pág. 156, y particularmente Bonfils: *Des lésions et des phénomènes pathologiques déterminés par la présence des vers ascarideslombricoïdes dans les canaux biliaires. (Archives générales de Médecine*, Junio de 1858, pág. 661), y Vinay, *Observation d'ictère généralisé tenant à la présence des lombrics dans les voies biliaires (Lyon médical*, 1869, t. I, pág. 251).

Sólo por el conocimiento de estas circunstancias se puede llegar á establecer el diagnóstico de la causa de la ictericia.

3.° — *Cuerpos extraños procedentes de los intestinos*

Se han visto algunos cuerpos extraños, como huesos de cereza y granos de grosella, que penetraron desde el intestino en las vías biliares, determinando la ictericia. Pero en los casos raros en que así ha sucedido, parece probable que el conducto colédoco estaba previamente dilatado por el paso de un cálculo. Se han referido observaciones bastante curiosas en que un hueso de cereza, una aguja, una lombriz desecada ó un fragmento de distoma, sirvieron de núcleo á un cálculo biliar.

II. — Ictericia por obstruccion debida á la tumefaccion inflamatoria del duodeno ó de la mucosa del conducto colédoco, con exudacion en su interior

Cuando una mucosa se inflama, se pone tumefacta por la mayor cantidad de sangre contenida en sus vasos y por la infiltracion edematosa del tejido submucoso; al propio tiempo, la secrecion que se verifica en su superficie aumenta en cantidad y su naturaleza está modificada. Si estos fenómenos se verifican en una mucosa que tapiza un conducto estrecho como el conducto colédoco, se comprende fácilmente que quedará obliterada su cavidad, y así sucede. La inflamacion catarral es una de las causas más comunes de ictericia mecánica, y sin duda la más comun en los sujetos jóvenes. Se pueden referir á esta causa la mayor parte de los casos descritos con el nombre de *ictericia simple*, cuyos síntomas y etiología he expuesto en otra leccion. En muchos casos, como ya os he dicho, la inflamacion comienza en el duodeno y se extiende al conducto colédoco; en ocasiones se encuentra el orificio duodenal de este conducto realmente obturado por la mucosa duodenal tumefacta ó por un tapon de moco viscoso, sin que la inflamacion se extienda más allá en el conducto.

Al diagnosticar las causas de la ictericia, es muy importante recordar que la inflamacion de las vías biliares puede ser determinada por cálculos, y que entónces pueden coexistir los síntomas de ambas afecciones; otras veces, la inflamacion de las vías biliares es producida por cálculos que nunca han dado lugar á cólicos. En el caso de J. K. (Obs. LXV), la inflamacion de las vías biliares pareció provocada por cálculos biliares que se encontraron en la vesícula y en los conductos, y, sin embargo, el exámen más minucioso no permitió descubrir ningun antecedente de cólico biliar. El dolor paroxístico es provocado por la progresion del cálculo á lo largo del conducto.

Las concreciones que quedan fijas en la vesícula pueden tambien de-

terminar la inflamacion de su mucosa; esta flegmasía podrá extenderse á las vías biliares, pero sin dar lugar por esto á cólicos hepáticos.

Finalmente, no debemos olvidar que el conducto colédoco puede estar obliterado por una tumefaccion catarral que, lo mismo que en el edema de la glótis, no podrá encontrarse despues de la muerte.

III. — Ictericia por obstáculo al curso de la bílis, debido al estrechamiento ó á la obliteracion del conducto

1.º — *Falta ú obliteracion congénitas del conducto*

Ya os he dicho que, en la mayoría de los casos de ictericia de los recien nacidos, el color amarillo de la piel no es en absoluto la ictericia. Sin embargo, estos niños pueden padecer la ictericia, que en ocasiones es un síntoma serio. Suele depender, como hemos visto, de una obstruccion del conducto por la bílis espesa, y en tal caso cabe esperar que la obstruccion se disipará y el niño curará. Puede depender tambien de una falta de oxigenacion de la sangre, que impide que la bílis sufra sus metamorfósis normales. Otras veces tiene su orígen en una puohemia, ó una peritonítis, ó una flebítis de vena umbilical; y, finalmente, puede ser debida á una obliteracion congénita ó á la falta del conducto biliar, que se encuentra representado por un poco de tejido aereolar entre la arteria hepática y la vena porta. En tales casos la vesícula es muy pequeña y está deprimida; algunas veces falta, y en ocasiones tampoco existe el orificio duodenal del conducto pancreático. Se encontrarán observaciones de este género referidas por el Dr. Campbell *Northern Journal of Medicine*, 1844; por el doctor Wilks en el volúmen XIII de las *Pathological Transactions*, (p. 119); por el Dr. West en su obra sobre las *Enfermedades de los niños*, y recientemente por el Dr. Binz, de Bonn, en los *Archivos* de Virchow (1).

En algunos de estos casos es evidente la perihepatítis intra-uterina, y, ¡cosa curiosa! á pesar de la rareza del vicio de conformacion de que tratamos, algunos autores la han citado varias veces en una misma familia. Por eso creemos útil inquirir si estos vicios de conformacion resultan á veces de una perihepatítis por sífilis hereditaria.

He observado un caso de éste género, hace pocos años, en un enfermo asistido á domicilio despues de haber salido del hospital Middlesex (véase más adelante la Obs. CXXI).

---

(1) Zur Kenntnis des tödtlichen Icterus der Neugebornen aus Obliteration der Gallengänge, *Archiv. f. Path. Anat. und Physiol.*, 1866, t. XXXV, pág. 360. Se hallará la indicacion de otros trabajos acerca del particular en la mencionada obra del Dr. West, y tambien en el *Glasgow Med. Journ.*, Enero de 1876, pág. 11.

Se puede reconocer la ictericia procedente de dicho orígen por los siguientes caractéres:

a) La ictericia se presenta en los primeros días que siguen al nacimiento, y aumenta gradualmente de intensidad. Las conjuntivas están amarillas, lo mismo que la piel.

b) Las materias intestinales están decoloradas, y la orina da un color amarillo á la ropa blanca.

c) En la mayor parte de los casos se han observado hemorragias umbilicales (á menudo mortales), intestinales, subcutáneas, y en otras partes del cuerpo, como en el caso CXXI.

d) Al principio el niño puede parecer sano y robusto, pero no tarda en invadirle la atrofia progresiva, á menudo con vómitos y diarrea, y la muerte sobreviene generalmente en el espacio de algunos meses. En uno de los casos del Dr. Campbell y en otro del Dr. West, el niño vivió seis meses.

2.° — *Estrechez de los conductos biliares por perihepatítis*

En la perihepatítis la linfa exudada se organiza al cabo de cierto tiempo, ocasiona el engrosamiento de la cápsula y produce sólidas mallas fibrosas que unen el hígado á las partes inmediatas. De vez en cuando se desarrolla tejido areolar de nueva formacion en la cisura porta y ejerce una constriccion sobre los conductos biliares, y á veces sobre la vena porta; el resultado es por una parte la ictericia, y por otra las ascítis con los demas signos de obstruccion porta que ya he expuesto. Encontrareis un caso de este género referido por Frerichs (1). A menudo será difícil reconocer durante la vida tal causa de ictericia, pero los siguientes caractéres pueden algunas veces ayudar el diagnóstico:

1.° Existencia anterior de alguna causa habitual de perihepatítis, como una úlcera simple del estómago, una inflamacion de la pleura derecha, una peritonítis generalizada, otras afecciones del hígado, y sobre todo la sífilis constitucional.

2.° Síntomas anteriores de perihepatítis, y particularmente un dolor agudo y sensibilidad en el hipocondrio derecho, con más ó ménos fiebre.

3.° Coincidencia de los síntomas de atrofia aguda del hígado y de los signos de obstruccion porta.

4.° La falta de cólicos biliares anteriores ó de indicios de cáncer.

5.° El hecho de que la ictericia es permanente en vez de ser intermitente.

---

(1) *Op. cit.*, pag. 152.

3.° — *Obliteracion del orificio del conducto colédoco á consecuencia de una úlcera del duodeno*

Es otra causa de ictericia mecánica, cuyo diagnóstico durante la vida es á veces muy difícil. Las úlceras simples, análogas á las del estómago, se presentan á veces en el duodeno, y pueden, como ellas, concluir por hemorragia ó por perforacion. Ocurre á veces que una de estas úlceras se halla situada en la parte del duodeno correspondiente al orificio del conducto, el cual es obstruido entónces por productos inflamatorios susceptibles de organizacion; entónces la obstruccion es permanente. Puede observarse dicho resultado si la extremidad del conducto se encuentra comprendida en la cicatriz de una úlcera duodenal, como sucedió en J. B..., muerto en el hospital de Middlesex (Obs. CXXII).

Para el diagnóstico de esta causa de obstruccion es preciso tener en cuenta las circunstancias siguientes:

1.ª La ictericia y los demas signos de obstruccion del conducto colédoco van precedidos de los síntomas de úlcera del duodeno, como dolor dos ó tres horas despues de las comidas, cuando los alimentos pasan desde el estómago al duodeno; ademas, de vez en cuando alguna hemorragia repentina y abundante por el estómago ó el intestino. Sin embargo, dichos síntomas faltan en ciertos casos de úlcera del duodeno, por tener la afeccion un curso tan latente que no llega á sospecharse hasta que sobreviene la perforacion fatal (1).

2.ª En los casos de ictericia persistente é intensa, con desaparicion completa de la bílis en las deposiciones, la falta de todo síntoma ántes de los de obstruccion del conducto biliar, miéntras que nada indica la presencia de un tumor, ni hay ascítis, ni caquexia cancerosa, ni antecedentes de cólico biliar, será probable la obstruccion por úlcera duodenal. Existe, sin embargo, la siguiente causa de error: una úlcera del duodeno situada cerca del orificio del conducto colédoco ha podido en ciertos casos determinar crísis de dolor espasmódico abdominal, seguidas de ictericia. En tales casos sería imposible establecer un diagnóstico diferencial absoluto con los cálculos biliares; porque aunque la aparicion de los paroxismos inmediatamente despues de las trasgresiones del régimen ó los síntomas de úlcera del duodeno (que ya os he indicado) podrían hacer reconocer la causa probable, la úlcera del duodeno es, repito, una afeccion latente en

(1) En el volúmen IX de *Pathological Transactions* (pág. 197) he citado el caso de un hombre robusto, bien desarrollado, que murió repentinamente de peritonítis á consecuencia de una úlcera perforante del duodeno, y que hasta entónces había gozado de excelente salud, sin tener vómitos ni dolores despues de las comidas. El doctor Budd ha referido casos análogos en sus *Lectures on diseases of the stomach* (página 149), y otros autores se han ocupado del mismo asunto.

ocasiones. Por fortuna, los casos de este género son bastante raros para que pueda inquietarnos su diagnóstico.

4.º — *Estrechez por cicatrizacion de ulceraciones en las vías biliares*

La estrechez ó la obliteracion del conducto colédoco puede resultar de la cicatrizacion de úlceras situadas en su cara interna, y producidas por la presion y la irritacion de los cálculos, ó independientes de éstos; el obstáculo al curso de la bílis determina la aparicion de la ictericia. Cuando un cálculo se introduce en el conducto colédoco puede determinar adherencias y una obliteracion permanente de la porcion del conducto situada por debajo. Otras veces el cálculo franquea el conducto despues de haber producido en él una ulceracion que al cicatrizarse da lugar á una estrechez. En ocasiones, la ulceracion del conducto, lo mismo que la cicatrizacion que resulta, parece ser independiente de los cálculos biliares (1).

La mayor parte de los autores que han escrito acerca de la ictericia, han admitido la estrechez del conducto biliar como causa posible: encontrareis dos casos de esta índole en las *Pathological Transactions*, referido uno por el Dr. Bristowe (2) y el otro por el Sr. Holmes (3). En el primero la estrechez se hallaba situada en el conducto del lóbulo izquierdo, y en el otro afectaba el conducto hepático ántes de su union con el conducto cístico. En ambos casos la estrechez se parecía exactamente á una estrechez de la uretra, é iba acompañada de engrosamiento de las paredes con indicios manifiestos de cicatrizacion. En ambos tambien había una dilatacion considerable de los conductos hepáticos por dentro de la estrechez, y existía igualmente ictericia. En ningun caso se encontró cálculo, y en el de Holmes no existía ningun antecedente de cólico biliar ni de ictericia anterior.

Digamos ahora algunas palabras acerca de los caractéres distintivos de esta ictericia.

1.º En ocasiones se descubrirá que ha habido ya paso de cálculos. En todos los casos en que los síntomas de cálculos biliares van seguidos de ictericia permanente sin dolor, se puede sospechar que, ó bien un cálculo

---

(1) Algunas veces se observa la ulceracion de las vías biliares, independientemente de los cálculos del mismo nombre, en sujetos muertos de fiebre tifoidea. En mi obra acerca de las *Fiebres continuas de la Gran Bretaña* (segunda edicion, págs. 564-630) he referido un caso de fiebre tifoidea, en el que una úlcera perforante de la vesícula determinó una peritonítis mortal. Frerichs (*op. cit.*, pág. 764) cita un caso, referido por Dance, en el cual se encontró el conducto colédoco ulcerado sin que hubiera habido cálculo biliar ó fiebre específica.

(2) T. IX, pág. 22.

(3) T. XI, pág. 130.

está sólidamente fijo en el conducto, ó bien dicho cálculo ha producido una estrechez orgánica ó una obliteracion del conducto.

2.° Cuando la ulceracion del conducto biliar es independiente de los cálculos, el diagnóstico será ordinariamente muy dudoso.

Los síntomas de la ulceracion del conducto biliar no han sido todavía indicados y analizados con bastante cuidado; pero recordareis que esta lesion da lugar algunas veces á la puohemia, con abscesos múltiples en el hígado, y que, á parte de la puohemia, es probable que, como en el caso del Dr. Holmes ántes citado, la ulceracion se anuncie por escalofríos y temblores, y vaya acompañada de dolor ó de malestar en la region del hígado, lo mismo que de pirexia, con grandes variaciones de temperatura. Con arreglo á estos síntomas, he diagnosticado la ulceracion de las vías biliares en uno ó dos casos de ictericia; pero, por fortuna para los enfermos, no he podido comprobar el diagnóstico.

5.° — *Estrechez espasmódica del conducto colédoco*

Cuando el conducto colédoco se estrecha ó se oblitera á consecuencia de una de las cuatro causas que acabo de indicar, la ictericia es profunda y permanente, hay un enflaquecimiento progresivo, y tarde ó temprano sobreviene la muerte. En otro tiempo se creyó (1) que una ictericia temporal podía resultar de una estrechez espasmódica del conducto, constituyendo lo que se ha llamado la *ictericia espasmódica;* de este modo se podían explicar todos los casos de ictericia en los cuales la autopsia no permitió descubrir ningun obstáculo mecánico al curso de la bílis. La contractilidad de los conductos biliares ha sido demostrada irritándolos mecánicamente ó galvanizándolos en un animal á quien se acaba de sacrificar, y es muy posible que durante la vida el paso de una bílis irritante cause una irritacion espasmódica del conducto con dolor intenso, del mismo modo que el espasmo del intestino puede producir el cólico, y el espasmo de los bronquios el asma. Sin embargo, es bastante dudoso que la ictericia resulte de una contraccion espasmódica de este género.

Ya os he dicho que, aunque la obstruccion mecánica del conducto tarda un día ó más en producir la ictericia de los tegumentos, es difícil admitir que una ictericia espasmódica, independiente de toda obstruccion mecánica, pueda durar bastante tiempo para producir semejante resultado. Tambien os he explicado de qué modo la obstruccion catarral del conducto biliar puede cesar con la muerte, y cómo la ictericia puede sobrevenir independientemente de todo obstáculo al curso de la bílis; de manera

---

(1) Véase como ejemplo la obra del Dr. Saunders *Treatise on the structure, economy and diseases of the liver, and on bile and biliary concretions,* tercera edicion, 1803, pág. 100, y Sir Thomas Watson, *op. cit.*, tercera edicion, t. II, pág. 557.

que no es necesario recurrir á la teoría del espasmo para explicar los casos en que no se ha observado despues de la muerte ninguna obstruccion mecánica del conducto biliar.

IV. — Obstruccion por tumores que obturan el orificio del conducto ó se desarrollan en su interior

El conducto colédoco ó su orificio puede estar obstruido por tumores cancerosos ú otros procedentes del duodeno, lo mismo que por los del páncreas, de la vesícula biliar ó de las partes adyacentes, que penetren en la parte del duodeno en que se abre el conducto, ó en un punto cualquiera de éste (1), ó bien en casos raros por tumores que tengan su orígen en las paredes mismas de los conductos biliares.

En el caso CXXIV había un tumor canceroso de la cabeza del páncreas; pero la causa de la ictericia era otro tumor independiente del primero y que tenía su asiento en el conducto. Otro caso de ictericia debido á la obstruccion del conducto colédoco por un tumor desarrollado en sus paredes, ha sido referido por el Dr. Bristowe (2). La Observacion CXXVI es un ejemplo de cáncer del páncreas, que invadió en su desarrollo la vesícula y el conducto colédoco; encontrareis asimismo, referidos por Frerich, dos casos semejantes en que el cáncer había invadido el duodeno y obstruido el orificio del conducto colédoco (3).

Hé aquí los principales caractéres en que debeis apoyaros para establecer el diagnóstico de esta causa de ictericia:

1.° Antes de que se presente la ictericia el enfermo acusa por lo general, durante algunas semanas, un dolor más ó ménos intenso, á veces lancinante, en la region del duodeno. Este dolor persiste despues de la aparicion de la ictericia, y aumenta generalmente de intensidad dos ó tres horas despues de las comidas.

2.° En la mayor parte de los casos hay náuseas y una tendencia á los vómitos, sobre todo despues de las comidas.

3.° A veces se observa una hemorragia estomacal ó intestinal cuando existe una ulceracion cancerosa del duodeno.

4.° En algunos casos se puede sentir más ó ménos claramente un tumor duro y sensible practicando un exámen atento á traves de las paredes abdominales.

5.° Una vez declarada la ictericia aumenta gradualmente de intensi-

---

(1) En las *Pathological Transactions* (t. XXIV, pág. 103) ha referido el Dr. Sydney Coupland un caso en que una úlcera cancerosa del duodeno, situada precisamente por debajo del píloro, invadió la vesícula biliar, y penetró desde allí en los conductos cístico y hepático, ocasionando la ictericia sin interesar el conducto colédoco.

(2) *Patholog. Transact.*, t. IX, pág. 220.

(3) *Op. cit.*, observaciones VI y VII.

dad y persiste hasta la muerte, la cual sobreviene, en la mayor parte de los casos, en los cuatro ó cinco meses que siguen á la aparicion de aquélla. El solo hecho de una ictericia que durara seis meses, sería un argumento contra la existencia de un tumor canceroso que tuviera su orígen en las paredes del conducto ó le comprima. Esta regla tiene, sin embargo, sus excepciones, como veremos en el caso de Guillermo M. (Obs. CXXVII.)

6.° Antes y despues de la aparicion de la ictericia se observará un enflaquecimiento y debilidad progresivos, lo mismo que los demas fenómenos de la caquexia cancerosa. El diagnóstico puede ser todavía más fácil por los indicios de cáncer en otras partes del cuerpo ó por los antecedentes de cáncer en la familia.

V. — Obstruccion por presion exterior sobre el conducto

Diversos tumores y otros estados morbosos del abdómen pueden comprimir las vías biliares de modo que se interrumpa en ellos el curso de la bílis y sobrevenga la ictericia.

La duracion de la ictericia, lo mismo que el pronóstico, dependerá de la naturaleza de la causa de la compresion en cada caso.

1.° — *Tumores procedentes de la sustancia misma del hígado*

Las lesiones del tejido glandular hepático, áun cuando sean muy avanzadas, no producen generalmente la ictericia. Hemos visto que dicho tejido podía estar destruido completamente, ó casi por completo, sin que resultara la ictericia. Los tumores del hígado que forman eminencia en la superficie del órgano pueden, sin embargo, lo mismo que los demas tumores, comprimir las vías biliares y oponer un obstáculo al curso de la bílis. Así, se ve sobrevenir la ictericia en el cáncer del hígado (1), en los casos de hidátides (2), de absceso tropical, etc., etc. El diagnóstico de la causa de la ictericia en tales casos debe fundarse en la presencia de los signos de la afeccion primitiva del hígado, que ya hemos estudiado en las lecciones anteriores.

2.° — *Aumento de volúmen de los ganglios linfáticos de la cisura del hígado*

Los ganglios linfáticos de la cisura del hígado, cuando están aumentados de volúmen á consecuencia de un cáncer, de una degeneracion ami-

---

(1) Véase un caso de Bristowe en el volúmen IX de las *Pathol. Transact.*, página 223, Obs. VI.

(2) En el hidátide multilocular del hígado existe generalmente la ictericia.

loidea, de un linfoma (1), de la tuberculizacion, pueden comprimir las vías biliares, y estrechar y áun obstruir su calibre, de donde resulta la ictericia (2).

En gran parte de casos de degeneracion amiloidea ó cancerosa del hígado en que se observa la ictericia, se debe á este mecanismo. Puedo citaros como ejemplo el caso de Ana C... (Obs. LXXXV), que murió de un cáncer del hígado y del ovario, y cuya ictericia era debida á la compresion del conducto colédoco por una masa de ganglios infartados y de tejido areolar denso en la cisura porta. Del mismo modo, en los casos de cáncer primitivo del estómago se encuentra á menudo materia cancerosa infiltrada en el epiploon menor, que puede de este modo comprimir el conducto colédoco y determinar la ictericia.

Se reconocerá durante la vida la causa de obstruccion del conducto del siguiente modo:

1.° Por los signos y los síntomas de la afeccion amiloidea ó cancerosa del hígado, que ya conoceis, del cáncer del estómago, ó de la tuberculósis generalizada ó del linfoma.

2.° Por la coexistencia de ascítis en la mayor parte de los casos, lo cual se debe á la compresion ejercida sobre la vena porta lo mismo que sobre el conducto colédoco. (V. Obs. LXXXVII.)

3.° — *Tumor del estómago*

Un tumor canceroso de la extremidad pilórica del estómago puede determinar la ictericia por simple compresion del conducto colédoco. Con más frecuencia, el conducto se encuentra comprimido por depósitos secundarios en el epiploon menor ó en los ganglios de la cisura porta.

En tales casos se puede diagnosticar la causa de la ictericia:

1.° Porque va precedida y acompañada de los síntomas habituales del cáncer del píloro, y más particularmente de dolor y vómitos despues de las comidas, vómitos de materias semejantes al poso de café, y un enflaquecimiento rápido (3).

2.° Por la situacion del tumor y por el hecho de que á menudo va acompañada de una distension estomacal considerable, fácil de distinguir á traves de las paredes abdominales.

---

(1) Yo he publicado *(Pathol. Transact.*, t. XX) el caso de una niña de 13 años que ofrecía una ictericia persistente, debida á la compresion del conducto colédoco por los ganglios linfomatosos en la cisura porta.

(2) Véase un caso de Handfield Jones en las *Pathol. Transact.*, t. V, pág. 149.

(3) Véase un caso de Bristowe en las *Pathol. Transact.*, t. IX, pág. 225, Obserservacion VII.

4.º — *Tumor del páncreas*

Un tumor del páncreas puede no sólo, como hemos visto, invadir el duodeno y obturar el orificio del conducto colédoco, ó penetrar en el conducto y obstruirle en diversos puntos de su trayecto, sino tambien, si es muy voluminoso, comprimir el conducto por fuera, de modo que produce una coartacion ó una obliteracion de su calibre.

Los síntomas de esta forma de obstruccion biliar no difieren mucho de los de una obstruccion por tumor canceroso del duodeno:

1.º Dolor referido al lugar que ocupa el páncreas;

2.º Náuseas y tendencia á los vómitos;

3.º Tumor duro, distinto, á menudo apreciable en el sitio del mal;

4.º Ictericia permanente hasta la muerte;

5.º Enflaquecimiento rápido y otros indicios de caquexia cancerosa;

6.º Algunas veces encuentra en las deposiciones una gran cantidad de materia grasa.

Los fenómenos de obstruccion del conducto biliar por un tumor canceroso del páncreas pueden muy bien ser simulados por un absceso del páncreas consecutivo á una úlcera simple del duodeno, que engloba y obstruye el orificio del conducto biliar del modo que ya he indicado en otro lugar. Tal fué probablemente el curso de los accidentes en un caso referido por G. Harley (1)

5.º — *Tumores de los riñones*

Un aumento considerable del volúmen de los riñones puede, segun Copland (2), producir la ictericia por la presion que el tumor ejerce sobre el conducto colédoco; pero esto debe ser muy raro, porque no he podido encontrar un solo ejemplo en las *Pathological Transactions*, y, por otra parte, he visto riñones muy gruesos por diversas causas sin que resultara la ictericia. En otra leccion llamé vuestra atencion acerca de un caso en que había un enorme tumor quístico del riñon derecho (Obs. VIII) que contenía á lo ménos seis litros de líquido. A la vista teneis un tumor canceroso del riñon izquierdo, recogido en un niño de ocho años, que pesaba cerca de 15 kilogramos y llenaba casi la totalidad del abdómen (3). En ninguno de estos casos hubo ictericia. Sin embargo, he observado más de un caso en que el riñon derecho estaba considerablemente aumentado de

---

(1) *Pathol. Transact.*, t. XIII, pág. 119.

(2) *Dictionary of Medicine*, t. II, pág. 302.

(3) El Dr. Vanderbyl ha referido los detalles de este caso en las *Pathol. Transact.*, t. VII, pág. 268.

volúmen á consecuencia de un cáncer, y en el que la ictericia fué determinada por depósitos secundarios en los ganglios linfáticos de la cisura porta.

El diagnóstico de la ictericia por compresion del conducto colédoco, cuando el riñon está aumentado de volúmen, debe fundarse en los caractéres clínicos propios de la afeccion renal, de los cuales me he ocupado en la leccion primera de este libro.

6.º — *Tumor retro-peritoneal ó epiplóico*

Un tumor que tenga su orígen detras del peritoneo y se desarrolle en el sentido de las paredes abdominales, puede concluir por englobar y comprimir el conducto colédoco y determinar la ictericia, y un tumor — canceroso, coloideo ó tuberculoso — procedente del epiploon puede ocasionar el mismo resultado (1). Los conductos biliares comprendidos en la masa morbosa están comprimidos, estrechados y áun completamente obliterados. Estos tumores suelen ser cancerosos, y cuando son ya bastante voluminosos para comprimir el conducto biliar, su existencia es evidente. La principal dificultad en este diagnóstico, será precisar el sitio de orígen del tumor. Así, puede ser difícil distinguir un tumor epiplóico situado en las inmediaciones del hígado y que comprima el conducto colédoco de un tumor del mismo hígado, tanto más cuanto que para resolver la cuestion sólo podemos fundarnos en la historia de la enfermedad y su desarrollo.

Por desgracia, importa poco, bajo el punto de vista del pronóstico y del tratamiento, localizar el punto preciso en que ha tenido su orígen el tumor. En efecto; no se conoce ningun agente terapéutico que pueda impedir, ni siquiera retardar, la terminacion funesta.

7.º — *Aneurisma abdominal*

En casos muy raros de aneurisma de la aorta abdominal el tumor, si es muy voluminoso, puede comprimir el conducto colédoco y provocar la ictericia. Así, el Dr. Hutton ha referido un caso en que el tumor se extendía desde la cresta del ileon hasta la extremidad inferior del omoplato, y determinó la ictericia; el hecho se encuentra descrito con todos sus detalles en la obra clásica del Dr. Stokes acerca de las enfermedades del corazon y de la aorta (2).

La ictericia es ménos rara en los casos de aneurisma de ciertas ramas

---

(1) Véase un caso de cáncer del epiploon menor en las *Pathol. Transact.*, t. IX, pág. 225, y otro de cáncer coloide del pequeño epiploon, *ibid.*, t. XVII, pág. 136, ambos del Dr. Bristowe.

(2) *The diseases of the heart and aorta*, 1854, pág. 633.

de la aorta abdominal, y puede presentarse, por ejemplo, en el aneurisma de la arteria hepática. Frerichs ha reunido cuatro observaciones (1) de aneurisma de la arteria hepática, de las cuales se deduce, al parecer, que, aunque semejante lesion sea rara, tiene sus caractéres bien definidos durante la vida.

Consisten principalmente en:

1.° Síntomas de digestion duodenal imperfecta, dolor en el duodeno y en sus inmediaciones, que sobreviene dos ó tres horas despues de las comidas.

2.° Paroxismos de dolor neurálgico agudo en la region del hígado, simulando el cólico biliar, y debido sin duda á la presion ejercida por el aneurisma sobre los plexos hepáticos nerviosos.

3.° Ictericia persistente por compresion del conducto colédoco.

4.° Hematemésis y hemorragias intestinales, y por consiguiente anemia profunda.

5.° Tumor en el hipocondrio derecho, por el cual puede ser empujado el hígado hácia arriba. Habría más certidumbre sobre la naturaleza del caso si se observara en este tumor una pulsacion ó un ruido de soplo simple ó doble. Sin embargo, en un caso referido por Stokes no había pulsaciones.

En tres de los casos reunidos por Frerichs el aneurisma se rompió ántes de la muerte: dos veces en la cavidad abdominal, y una en la vesícula.

Se han observado semejantes síntomas en los casos de aneurismas de la arteria mesentérica superior, aunque entónces la ictericia es quizá ménos comun y las hemorragias más frecuentes.

No había ictericia en el sujeto en quien recogí esta pieza hace algunos años en el hospital Middlesex; era un hombre de 42 años, que murió el 27 de Setiembre de 1860 á consecuencia de una hemorragia profusa por el estómago y el intestino, debida á la rotura en el duodeno de un aneurisma de la arteria mesentérica superior. Tampoco había ictericia en ninguno de los tres casos de aneurisma de la arteria mesentérica superior citados en las *Pathological Transactions* (2). Sin embargo, el Dr. J. A. Wilson ha referido en las *Medico-Chirurgical Transactions* (3) dos casos de aneurismas de la arteria mesentérica superior, en uno de los cuales se presentaron abundantes vómitos de sangre, miéntras que en el otro había habido ictericia por presion sobre el aparato biliar durante la vida. El doc-

(1) Frerichs, *op. cit.*, pág. 695. Frerichs cita cinco casos; pero uno ellos, tomado de la obra de Stokes y observado por el Dr. Beatty, era un aneurisma de la aorta, y no de la arteria hepática.

(2) Caso de J. W. Ogle, t. VIII, pág. 168; caso de Holmes, t. IX, pág. 172, y caso de Wilks, t. XI, pág. 44.

(3) T. XXIV, pág. 221.

tor W. T. Gairdner refiere asimismo una interesante observacion de ictericia producida por un aneurisma de la arteria mesentérica superior que se abrió en el abdómen 22 meses ántes de la muerte, y determinó hematemésis repetidas y muy abundantes, acompañadas de síntomas que se parecían mucho á los de la úlcera del estómago. Gairdner deduce de este caso «que la coincidencia de la ictericia con síntomas que indiquen una digestion duodenal imperfecta (cardialgia, dolor y vómito algun tiempo despues de las comidas), podría hacer sospechar fundadamente la existencia de un tumor que comprimiera los conductos excretores del hígado y del páncreas cerca de su extremidad duodenal; que la coexistencia de estos síntomas con un punto doloroso fijo ó de la opresion en el epigastrio, de la pulsacion en la misma region, y la hematemésis indicarían muy probablemente un tumor aneurismático, áun á falta de signos más evidentes (1).

8.º — *Acumulacion de las materias fecales en el intestino*

Algunas masas considerables de materias fecales endurecidas pueden comprimir el conducto colédoco, de modo que producen la ictericia y dan lugar á graves errores de diagnóstico, haciendo creer en la existencia de un cáncer. El Dr. Bright ha referido varios casos de acumulacion de materias fecales en el cólon, confundido con el aumento de volúmen del hígado, ó con un tumor cualquiera de este órgano; en uno de ellos hubo una ictericia que desapareció despues de evacuar los intestinos (2). Frerichs cita igualmente un caso en que un aumento de volúmen del abdómen por acumulacion de materia fecal fué atribuido primero á un embarazo, y más tarde, cuando se vió aparecer una gran ictericia, á un aumento de volúmen del hígado; pero los purgantes disiparon al mismo tiempo en la enferma la inquietud de una afeccion del hígado y la esperanza de tener un hijo (3). Tales errores de diagnóstico son tanto más fáciles de cometer cuanto que puede existir una gran acumulacion de materias fecales, aunque los intestinos funcionen regularmente ó haya diarrea.

Sin embargo, pueden evitarse teniendo en cuenta las siguientes reglas:

1.ª Palpando con mucho cuidado; la consistencia pastosa y el contorno irregular de las masas fecales las distinguirán, las más veces, de los demas tumores abdominales.

2.ª En todos los casos dudosos, el empleo juicioso de los purgantes y de las lavativas desembarazará al enfermo del tumor y de la ictericia.

---

(1) *Clinical Medicine*, 1862, pág. 504.
(2) *Abdominal tumours*, Syden. Soc. ed., pág. 243.
(3) *Op. cit.*, pág. 66.

9.° — *Utero en estado de gestacion*

Se han citado casos en los cuales el embarazo, coincidiendo con cierto grado de extreñimiento, ha producido la ictericia; se reconocerá la naturaleza de ésta por su aparicion en un período avanzado de la gestacion y su desaparicion despues del parto.

10. — *Tumores uterinos y ováricos*

Se ha visto, aunque muy rara vez, la ictericia en casos de tumores del útero ó del ovario, que comprimían el conducto biliar. Por nuestra parte sólo mencionaremos el hecho, porque el diagnóstico entre estas enfermedades y las demas causas de obstruccion del conducto biliar no suele ofrecer dificultades.

Pronóstico de la ictericia por obstruccion

El pronóstico de la ictericia por obstruccion del conducto colédoco, dependerá principalmente de la causa por obstruccion. Si la causa es una enfermedad mortal por sí misma, como el cáncer, la ictericia ofrecerá una importancia secundaria bajo el punto de vista del pronóstico. El pronóstico de la ictericia misma variará, por lo demas, segun que la obstruccion pueda ó no destruirse. En ambos casos, cabe preguntar cuánto tiempo puede vivir una persona con una obstruccion del conducto colédoco. Durante algunos meses no habrá gran inconveniente; pero generalmente la muerte sobreviene por inanicion en el espacio de 18 meses; la terminacion fatal va algunas veces precedida de hemorragias intestinales ó síntomas cerebrales. Es igualmente interesante saber cuánto tiempo puede permanecer un cálculo encajado en las vías biliares para concluir por franquearlas, de modo que la ictericia desaparezca y el enfermo cure. Debemos manifestar que, bajo este punto de vista, existen bastante pocas observaciones para resolver la cuestion de una manera satisfactoria.

Hace algunos años fuí consultado por un enfermo de 56 años, que desde 20 meses ántes padecía una ictericia intensa á consecuencia de un cálculo engastado, y que concluyó por curar completamente. El Dr. Ramskiel ha citado recientemente el caso de un hombre que estuvo ictérico durante dos años y medio, tambien á consecuencia de un cálculo engastado (1); por su parte, el Dr. Budd ha visto un hombre enfermo de ictericia,

(1) *The Lancet*, 11 de Marzo de 1876. El enfermo curó, y durante 18 meses se encontró muy bien y sin ictericia, si exceptuamos un ataque pasajero despues de un cólico hepático, y concluyó por morir de una hepatítis puohémica.

durante cuatro años, á consecuencia de una obliteracion del conducto colédoco, segun pudo juzgarse, y que al cabo de dicho tiempo estaba todavía fuerte y vigoroso (1). Pero la Observacion CXVIII parece demostrar que la ictericia calculosa, despues de haber persistido durante cerca de seis años, puede desaparecer completamente. Con este motivo creo interesante consignar que cuando se liga el conducto colédoco en un animal, la bílis concluye, al cabo de cierto tiempo, por abrirse paso hácia el intestino por fuera de la ligadura (2).

Tratamiento de la ictericia por obstruccion

Se ha dicho, en mi concepto con fundamento, que no hay ninguna enfermedad en la cual se hayan preconizado como eficaces remedios más desprovistos de todo valor y más absurdos que en la ictericia. Si el enfermo cura, se atribuye el resultado satisfactorio al último medicamento empleado.

Ningun tratamiento es racional y eficaz más que cuando se dirige contra la causa de la ictericia.

El tratamiento de la ictericia por obstruccion de las vías biliares puede dividirse en:

A. Medios que tienen por objeto hacer cesar la obstruccion.

B. Medios cuyo objeto principal es combatir los malos efectos de la obstruccion.

A. Los medios que pueden adoptarse para hacer cesar la obstruccion, deben depender de la naturaleza de esta última. Algunas de las causas de la obstruccion pueden combatirse, miéntras que otras no. Debemos, pues, examinar sucesivamente las diversas causas de obstruccion, comenzando por los cálculos.

A. — *Cálculos biliares*

Voy á indicaros cuáles son los mejores medios para facilitar el paso del cálculo é impedir que se detenga, porque, cuanto más tiempo permanezca en las vías biliares, hay más peligro de que produzca la ulceracion y la estrechez de los conductos, y de que quede fijo en ellos de una manera permanente. Pronto veremos si hay medicamentos que puedan impedir la formacion de nuevas concreciones ó disolver las que ya existen en la vesícula ó en los conductos biliares.

---

(1) *Diseases of liver*, tercera edicion, 1857, pág. 233.

(2) B. Brodie, *Quarterly Journ. of Science*, 1823, t. XIV, y W. Legg, *Barthol. Hosp. Rep.*, 1873, t. IX.

I. — Medios que tienen por objeto facilitar el paso de los cálculos

1.° Cuando, segun los síntomas que os he expuesto, cabe creer que un cálculo está á punto de atravesar las vías biliares, será conveniente colocar al enfermo en un *baño*, y en todos los casos aplicar el calor localmente, bajo la forma de *fomentos* calientes y de cataplasmas.

2.° Si existe una gran sensibilidad comprimiendo en la vesícula biliar y si la crísis dura mucho tiempo, se obtendrá á menudo un gran alivio aplicando algunas *sanguijuelas* sobre la region de la vesícula biliar.

3.° Al mismo tiempo que se empleen estos medios, será preciso recurrir al *opio* y á la *morfina* á dósis repetidas. A causa de los vómitos, vale más prescribirlos bajo la forma pilular. Se puede dar cada dos horas un gramo de opio (64 miligramos), ó un cuarto de gramo de morfina, hasta que desaparezca el dolor; otras veces, y esto es preferible á causa de la rapidez del efecto, se puede inyectar con la jeringuilla de Pravaz, por debajo de la piel del brazo, medio grano de morfina, y repetir la operacion de vez en cuando, segun el efecto obtenido. En ciertas circunstancias la morfina puede administrarse bajo la forma de supositorio.

4.° La *belladona* puede tambien producir un gran alivio, y es especialmente útil en los casos en que por alguna razon se halla contraindicado el opio. Se puede dar cada dos horas medio grano de extracto, ó bien prescribir un supositorio que contenga medio grano de morfina y uno de extracto de belladona, ó bien, en fin, hacer una inyeccion subcutánea de un miligramo de atropina con uno y medio de morfina, cada dos horas, hasta que cese el dolor. Un linimento de belladona y cloroformo, y los fomentos en la region del hígado, son buenos calmantes.

5.° El *cloroformo* y el *éter* administrados por el estómago, ó mejor en inhalaciones, producen á veces un excelente resultado; tienen la ventaja de que, aliviando el dolor, disminuyendo el espasmo y gozando de una gran rapidez de accion, no oponen ningun obstáculo, lo mismo que para el útero en el parto, á la contraccion muscular, que probablemente ayuda á la propulsion del cálculo.

6.° Algunas veces se obtiene un alivio inmediato haciendo beber cierta cantidad de agua caliente, con 8 á 16 gramos de bicarbonato de sosa por litro. Segun el Dr. Prout, que fué el primero que recomendó este método de tratamiento, «los *alcalinos* combaten los síntomas morbosos producidos por la acidez del estómago, miéntras que el agua caliente obra como un fomento sobre el sitio del dolor. Las primeras dósis de agua son arrojadas casi inmediatamente; sin embargo, no por eso se dejará de administrarla, observando que muy pronto disminuye el dolor y que se soporta el agua con facilidad. Otra ventaja de este método de tratamiento es que el agua hace cesar los esfuerzos de vómitos, generalmente penosos

y áun funestos cuando el estómago no contiene nada que pueda reaccionar. Estos medios no impiden que se recurra al opio, que se prescribe bajo la forma que parezca más ventajosa; en algunos casos será útil añadir algunas gotas de láudano á la disolucion alcalina cuando ha sido arrojada una ó dos veces (1). »

7.° Los vómitos alimenticios no pueden combatirse muchas veces; pero cuando los esfuerzos para vomitar son frecuentes, intensos y penosos, su persistencia producirá funestos efectos, aparte de que aumentaría el peligro de rotura de la vesícula ó de los conductos distendidos; se procurará desde luégo hacerlos cesar por medio de bebidas efervescentes, del ácido cianhídrico y del hielo. Por otra parte, cuando la ictericia persiste y los síntomas de cólico biliar han cesado algun tiempo ántes, un emético puede desprender el cálculo detenido y favorecer su propulsion.

8.° Los *purgantes* tienen una utilidad bastante discutible para arrojar el cálculo, y en cambio debilitan al enfermo; sin embargo, cuando el paroxismo del dolor ha pasado, los purgantes salinos y mercuriales se hallan indicados generalmente para contrabalancear el efecto del opio, que ordinariamente produce extreñimiento, y para disminuir la congestion del hígado.

9.° El *antimonio* ha sido recomendado por Bright, hace algun tiempo, para hacer cesar el espasmo; pero debe usarse con precaucion, porque puede aumentar la disposicion al vómito, y por consiguiente la inanicion, que es quizá el principal peligro.

II. — Medios para disolver los cálculos biliares ó prevenir su formacion

1.° Se ha atribuido á ciertos medicamentos la propiedad de prevenir la formacion de nuevos cálculos, y áun la de disolver los que existen ya en la vesícula. Una combinacion de éter (tres partes) y de trementina (dos partes), propuesta por el Dr. Durande, médico en Dijon, ha sido aconsejada muchas veces por varios profesores. En estos últimos años, un médico frances, el Dr. Bouchut, ha atribuido la misma virtud al cloroformo administrado al interior (2). Pero aunque el cloroformo y el éter disuelven realmente, fuera del organismo, la colesterina, que es el principal elemento constituyente de los cálculos biliares, no pueden, cuando se administran al interior, llegar hasta la vesícula ó los conductos biliares en un estado de concentracion suficiente para llenar dicho objeto; en cuanto á los buenos efectos que han podido resultar de su empleo, acaso deban atribuirse mejor á sus propiedades anti-espasmódicas y anti-flatulentas.

---

(1) *On the nature and treat. of stomach and urin. diseases,* tercera edicion, 1840, pág. 263.

(2) Véase asimismo el Dr. Barclay, *Brit. med. Journ.*, 15 de Enero de 1870.

2.° Sin embargo, los cálculos pueden llegar á disolverse, pues se encuentran á veces concreciones cuyas superficies presentan signos evidentes de erosion. Los medicamentos que gozan al parecer esta propiedad, son los purgantes salinos, los alcalinos y los diluyentes. Será, pues, conveniente administrar á los enfermos que hayan tenido cálculos biliares las sales de sosa y de potasa, como el sulfato, el tartrato, el fosfato y el bicarbonato, el sulfato de magnesia ó el cloruro de amonio fuertemente diluido, ó, lo lo que es todavía mejor, las aguas salinas y alcalinas de Karlsbad, Marienbad, Homburg, Vichy, Contréxeville, etc. Aunque la eficacia de las aguas minerales y de los alcalinos para disolver los cálculos está todavía por demostrar, no es ménos cierto que mejoran el estado general, disminuyen la disposicion á la dispepsia ácida y á la gota, combaten ventajosamente la congestion del hígado y producen tales modificaciones en la composicion de la bílis que disminuyen las probabilidades de formacion de nuevos cálculos. Así, se ha demostrado que basta hacer beber á los perros que padecen fístula biliar grandes cantidades de agua para que aumente la cantidad de ésta en la bílis. Es evidente que la proporcion de sosa contenida en la bílis aumentará si se administra al interior. Dada la frecuencia con que sobrevienen los ataques de cólico hepático, durante el curso ó inmediatamente despues del tratamiento hidro-mineral, parece que éste determina una crísis en la enfermedad y favorece la expulsion de los cálculos.

3.° En todos los casos será necesario vigilar el estado de la digestion y la salud general. Pequeñas dósis de píldoras azules producen á veces un excelente efecto. Segun Golding Bird, ninguna medicacion produce tan buenos resultados. «Este remedio, dice, aumenta, al parecer, la cantidad de bílis y al mismo tiempo la hace más sana; ciertamente, mejora muchas veces el estado general de una manera asombrosa (1).»

Este aserto se halla completamente en armonía con el resultado de mi propia experiencia.

4.° Finalmente, será necesario combatir en el enfermo las costumbres que puedan favorecer la formacion de cálculos. El sujeto se levantará temprano, hará mucho ejercicio al aire libre, dormirá en una habitacion bien ventilada, vivirá con sobriedad, beberá poco ó ningun vino, y evitará los alimentos demasiado suculentos, grasosos ó azucarados, lo mismo que la cerveza; esto es lo que se debe aconsejar.

b) — *Hidátides, distomas y otros cuerpos extraños en las vías biliares*

Estas causas de obstruccion de las vías biliares deben tratarse con arreglo á los mismos principios que si existieran cálculos biliares: por los

(1) *Op. cit.*, pág. 387.

antiespasmódicos y los calmantes. La abertura del quiste en las vías biliares va precedida ordinariamente de una peritonítis más ó ménos marcada y seguida de la inflamacion del hidátide, que exigen el reposo más absoluto, las sanguijuelas, los fomentos calientes y los opiáceos. (Véanse Observaciones XXXII á XXXIV.)

c) — *Inflamacion de las vías biliares*

El tratamiento de la obstruccion del conducto colédoco por inflamacion de la mucosa con exudacion en el interior del conducto, ha sido expuesto en una de las Lecciones anteriores.

d) — *Estrechez orgánica y tumores del conducto colédoco*

No existe tratamiento que pueda producir ningun efecto sobre las diversas formas de obstruccion orgánica biliar procedente de la estrechez ó de la obliteracion del conducto ó de tumores desarrollados en su interior. La obstruccion es invencible y la ictericia permanente. Sin embargo, en los casos en que haya antecedentes de perihepatítis sifilítica merecen ser ensayados el mercurio y el ioduro de potasio.

e) — *Presion exterior sobre el conducto colédoco*

Cuando la obstruccion es debida á una presion externa sobre el conducto, el tratamiento deberá variar segun la naturaleza de las causas de compresion. Algunas de estas causas pueden combatirse, pero otras no. Cuando la presion es debida á un absceso, á un hidátide del hígado ó á un quiste del ovario, la obstruccion cesará por la evacuacion del contenido del tumor; pero la compresion ejercida por nódulos cancerosos que se proyecten del hígado, por gruesos ganglios cancerosos en la cisura porta, tumores del estómago, del páncreas, del riñon, del epiploon, del útero ó por aneurismas abdominales, no se modifica nada bajo la influencia del tratamiento. Si los síntomas indican una degeneracion amiloidea ó tuberculosa de los ganglios de la cisura del hígado como causa de compresion, se podrá quizá obtener la mejoría por el empleo del ioduro de potasio, del hierro, del ácido nitro-clorhídrico, el aceite de hígado de bacalao, etc. (Véase Leccion II). Se desembarazará el cólon de las masas de materia fecal por el aceite de ricino, la administracion de frecuentes dósis de belladona muchas veces repetidas, y lavativas oleosas ó con agua caliente. Finalmente, cuando la ictericia se presenta durante el embarazo convendrá asegurarse de si la presion ejercida por el útero en estado de preñez no se complica con la acumulacion de materias fecales.

B. Debemos ver en segundo lugar cuáles son los medios que convienen para combatir la *obstruccion biliar persistente.*

1.° Uno de los primeros efectos de la obstruccion completa del conducto, si no se disipa rápidamente, es la acumulacion de la bílis en las vías biliares y la vesícula, que se distienden considerablemente y hasta se inflaman algunas veces; en tales circunstancias será conveniente el empleo de sanguijuelas al hipocondrio derecho ó alrededor del ano, las cataplasmas calientes, los laxantes, diuréticos, diaforéticos, aconsejando al enfermo que beba lo ménos posible.

2.° En todos los casos debe regularse el régimen con el mayor cuidado. Los alimentos serán ligeros, y sobre todo azoados. Se proscribirán igualmente las materias grasas y azucaradas, y las cervezas de cualquier clase.

3.° Conviene igualmente vigilar los intestinos. En la mayor parte de los casos hay extreñimiento; convendrá, pues, recurrir á los laxantes: el mejor es una combinacion de píldoras de ruibarbo y de coloquíntida compuesta (unos 40 centigramos) con píldoras azules (13 centigramos) y otro tanto de extracto de beleño. No debe esperarse en tales casos ningun buen efecto de las sustancias que estimulan la accion del hígado ó de un tratamiento mercurial, áun admitiendo que el mercurio goce esta propiedad; pero no hay inconveniente en emplear, si es preciso, como purgantes el mercurio y el podofilino. En la práctica, su uso á dósis moderada no va seguido de los malos efectos que teóricamente se les atribuye. Aunque en circunstancias ordinarias producen deposiciones biliosas, no está probado, como ya os he dicho, que el mercurio haga aumentar la cantidad de bílis segregada por el hígado.

4.° La flatulencia y los demas síntomas dispépsicos reclamarán en muchos casos vuestra intervencion. Combatireis eficazmente la flatulencia con los éteres y los aceites esenciales, las gomo-resinas de asafétida y gálbano, y el carbon vegetal; pero en la mayor parte de los casos los mejores remedios son los que gozan propiedades antisépticas. La bílis es un antiséptico, y cuando llega á faltar en el intestino se verifica una descomposicion de las materias que contiene, con desarrollo de gases Pero esta descomposicion se impedirá por la administracion de la creosota, de la trementina y del ácido fénico. La flatulencia y los demas síntomas dispépsicos producidos por la falta de bílis en los intestinos se alivian á menudo de una manera tan considerable por el empleo de la bílis de buey ó de cerdo purificada, que se puede administrar á la dósis de 20 á 40 centigramos cada dos horas, despues de las comidas. Como es preferible que la bílis no llegue á estar en contacto con el estómago, conviene administrarla en cápsulas ó bajo la forma de píldoras cubiertas de una capa de bálsamo de Tolú disuelto en éter. La misma eficacia puede atribuirse al colato de sosa, que se da á la dósis de 60 centigramos en agua de menta. Los alcalinos y los ácidos minerales, pero más bien los primeros, asociados al colombo, gen-

ciana, cuasia ó quinina, son tambien muy útiles para estimular el apetito y la digestion.

5.° En todos los casos de ictericia por obstruccion de las vías biliares importa vigilar las funciones de los riñones y de la piel. Los riñones son la principal vía por la cual se elimina la bílis acumulada, y toda enfermedad de dichos órganos agravará considerablemente el estado del sujeto. (Véanse las Obs. LXV y CV.) Los individuos que padecen ictericia por obstruccion biliar deben evitar los enfriamientos bruscos; en cambio les convendrá el empleo de los baños calientes, del cloruro de amonio, de los diaforéticos y de los diuréticos.

6.° La comezon, que á menudo causa tantas molestias, podrá calmarse por los baños calientes, las fricciones con un cepillo en la piel y el bicarbonato de potasa al interior. Un médico que había padecido mucho tiempo esas comezones que acompañan á la ictericia calculosa, me dijo que entre los numerosos remedios que había ensayado los mejores habían sido los baños con ácido acético (1/4 de litro de ácido por 13 á 14 litros de agua), y el cloroformo (una parte por cinco de glicerina). Las unturas con aceite de olivas con calomelanos, y las lociones cuya base es el bicloruro ó el cianuro de mercurio (25 centigramos próximamente por onza), ó el carbonato de potasa y el cianuro de potasio (4 gramos por 500), tendrán algunas veces cierta utilidad. Pero en ocasiones los tratamientos, cualesquiera que sean, fracasan, y es preciso recurrir á los opiáceos y otros calmantes para obtener el sueño.

7.° Cuando la debilidad es muy marcada ó cuando el enfermo padece forúnculos ó ántrax, será quizá conveniente el empleo de los ácidos minerales asociados á la nuez vómica ó á la quinina, permitiendo pequeñas dósis de estimulantes alcohólicos. Los mejores son los vinos del Rhin, el Jerez seco, el Burdeos y el aguardiente, ó la Ginebra con agua.

8.° Si sobrevienen síntomas cerebrales, los medios más eficaces son los sinapismos en la nuca ó en la piel del cráneo, y los purgantes. Se obrará igualmente sobre la piel por los sudoríficos, los baños calientes, ó, lo que vale más todavía, los baños de aire caliente; al propio tiempo los diuréticos, principalmente si hay albúmina en la orina.

9.° Algunas veces está indicado modificar el tratamiento segun los síntomas de la enfermedad que ha ocasionado la obstruccion del conducto biliar, como, por ejemplo, en los casos de cáncer del estómago, del duodeno ó del páncreas, y en los de aneurisma abdominal.

10. Finalmente, no debeis olvidar que, cuando hayais conseguido triunfar de la obstruccion, la ictericia de la piel y de las conjuntivas puede persistir todavía durante algun tiempo; entónces se favorecerá su desaparicion por los baños calientes, los diaforéticos, los diuréticos, los purgantes y tambien por el ácido benzóico, que puede administrarse á la dósis de 25 centigramos en dos píldoras con glicerina, tres veces al día.

Voy ahora á referiros las particularidades de algunos casos de ictericia por obstruccion del conducto biliar, la mayor parte de los cuales han sido examinados por vosotros en nuestras salas.

El primer caso es un ejemplo típico de ictericia calculosa; este caso fué tambien notable por el volúmen del cálculo, que franqueó las vías respiratorias para pasar al intestino.

OBSERVACION CXVI. — *Cólicos hepáticos. — Paso de un cálculo voluminoso por el conducto colédoco.*

Isabel G..., de 31 años de edad, fué admitida en el hospital de Santo Tomás el 8 de Abril de 1872. Cinco años ántes había sentido repentinamente un violento dolor paroxístico en el hipocondrio derecho; este dolor se continuaba hácia atras comprendiendo un semicírculo, é iba acompañado de vómitos, ictericia muy pronunciada, comezon en la piel, con deposiciones descoloridas. El dolor y los esfuerzos de vómito cesaron al cabo de cinco á seis horas, pero la ictericia persistió durante tres meses. Al fin del ataque se encontraron concreciones biliares en las materias fecales. Diez y ocho meses despues tuvo una nueva crísis de la misma índole, pero ménos violenta; la ictericia sólo duró una semana. Tercera crísis cinco semanas ántes de su admision en el hospital. Desde entónces ha sentido diariamente dolores en el lado derecho tan intensos, como en el primer ataque, acompañados de esfuerzos de vómitos y que duraban á veces siete horas. Al principio de la crísis la piel ofrecía un color amarillento durante uno ó dos días, pero despues no hubo ictericia.

A su entrada las conjuntivas están blancas, no hay ictericia, ni comezon en la piel, ni pigmento biliar en la orina. El hígado no está engrosado; la vesícula forma eminencia apreciable, pero existe una sensibilidad marcada correspondiente al fondo de la vesícula; ligero extreñimiento; las materias fecales contienen bílis.

Se prescribe una pocion laxante con sulfato y carbonato de sosa para tomar todas las mañanas; mejoría.

El 7 y el 9 de Abril paroxismos de dolor, aunque no muy intensos.

El 16 otro paroxismo, pero más violento que los anteriores. Durante más de cuatro días el dolor fué incesante, y sólo disminuyó y llegó á desaparecer bajo la influencia de repetidas inyecciones hipodérmicas de morfina. La enferma, que había tenido muchos hijos, declaró que los dolores del parto no eran nada comparados con este dolor. Los vómitos eran igualmente muy intensos; las materias fecales no contenían bílis; el segundo día del principio del dolor había sobrevenido una ictericia profunda.

El último paroxismo de dolor sobrevino el día 20 por la noche, y el 21

arrojó la enferma dos cálculos del volúmen de cerezas pequeñas en una deposicion que contenía mucha bílis; dos días despues se halló un tercer cálculo globular y de dos pulgadas de circunferencia. Durante algunos días la enferma tuvo dolor y sensibilidad en la region hepática, pero no experimentó nuevas crísis de dolores violentos; la ictericia desapareció rápidamente, y el 4 de Mayo se hallaba en disposicion de salir del hospital.

La Observacion CXVII es muy interesante, porque demuestra que los cólicos biliares pueden durar bastante tiempo sin que haya ictericia, lo cual se debía en este caso á que el cálculo, á causa de su grosor, se había detenido en el conducto cístico. Es tambien un raro ejemplo de muerte por inanicion, porque la afeccion calculosa no iba acompañada de ninguna complicacion.

La autopsia demostró que si la enferma hubiera podido sobrevivir algunos días más, el cálculo hubiera pasado al intestino y hubiera curado.

OBSERVACION CXVII. — *Obstruccion de las vías biliares por un cálculo voluminoso. — Ictericia seguida de muerte.*

En el mes de Octubre de 1869 vino á consultarme á mi casa una señora de 45 años, refiriéndome su historia clínica en los siguientes términos: desde 13 años ántes padecía, con largos intervalos, violentas crísis de cólico hepático, dolor en la region del hígado, con paroxismos violentos, acompañado de vómitos y seguido de ictericia, que duraba algunos días. Durante estos ataques su médico de cabecera había observado varias veces una tumefaccion dolorosa que correspondía al fondo de la vesícula biliar.

En el otoño de 1868 tuvo una crísis más intensa y más larga que de ordinario. En Navidad del mismo año las crísis se hicieron más frecuentes; se presentaban casi todos los días sin excepcion, ordinariamente hácia las cuatro de la tarde, y duraban 12 horas. El dolor iba acompañado de vómitos, pero en todo este tiempo no hubo ictericia. En Abril de 1869 los dolores paroxísticos y los vómitos se hicieron más frecuentes y mucho más intensos, y la enferma cayó en un estado de postracion tan alarmante que durante algunos días estuvo á orillas del sepulcro. En esta época se encontró el hígado muy aumentado de volúmen y sobrevino una ictericia muy marcada, que, aunque varió de intensidad, no desapareció nunca; desde entónces no hubo bílis en las deposiciones. Durante seis semanas, en Abril y Mayo, la enferma guardó cama; y aunque notó algun alivio en los últimos meses que precedieron á mi consulta, continuó adelgazando y sufriendo comezon cutánea, flatulencia y diarrea casi constante.

Padecía aún crísis de dolor y de vómitos, ménos intensas y ménos regulares en su aparicion.

En el momento en que me consultó la encontré muy delgada y débil, y profundamente ictérica. El hígado estaba muy engrosado, pero no era sensible; sin embargo, se observaba cierta sensibilidad al nivel de la vesícula biliar, donde había un tumor algo resistente, casi del volúmen de una naranja. No había ascítis ni aumento de volúmen del bazo. Esta señora había consultado ya á muchos prácticos eminentes, y más de uno de ellos había manifestado la opinion de que debía haber un tumor canceroso en la cisura del hígado, hubiera ó no cálculos biliares al mismo tiempo. Este diagnóstico me pareció inexacto por la falta de ascítis ó de cualquier otro signo de obstruccion porta, miéntras que todas las circunstancias del caso indicaban, al parecer, la existencia de un grueso cálculo biliar, que desde Navidad de 1868 hasta Abril de 1869 había hecho vanos esfuerzos para franquear el conducto cístico. De este modo se podrán explicar las crísis de cólico biliar sin ictericia. Pero durante la violenta crísis de Abril el cálculo había pasado al conducto colédoco, y de aquí había resultado un infarto del hígado y una ictericia permanente con trastornos de la asimilacion, y por lo tanto enflaquecimiento. Si tal era el caso, parecía posible, aunque poco probable á causa de la duracion de la afeccion, llegar á empujar al intestino la causa de la obstruccion, y finalmente á restablecer á la enferma. Prescribí, pues, los alcalinos y las píldoras de creosota para combatir la flatulencia, y dije que, si sobrevenía una crísis dolorosa, era menester recurrir á los baños calientes, al opio y al cloroformo.

En la tarde del mismo día, probablemente por la fatiga y la sacudida de un viaje desde el campo á Lóndres, el dolor y los vómitos reaparecieron con gran intensidad y continuaron presentándose con cortos intervalos, hasta que, finalmente, la enferma sucumbió de inanicion al cabo de tres semanas. Durante la última semana sobrevinieron hemorragias por diferentes mucosas, y algunos días ántes de la muerte la enferma sintió una vez, durante un violento acceso de esfuerzos de vómito, un dolor repentino muy agudo en la region de la vesícula, como si algo se hubiera roto, é inmediatamente vomitó una corta cantidad de sangre mezclada con mucosidades.

La *autopsia* fué practicada por el Dr. Taylor, de Guildford, el cual tuvo la bondad de comunicarme los resultados y de darme ocasion para presentar á la Sociedad Patológica el conducto obstruido. En ninguna parte había depósitos cancerosos; el hígado estaba uniformemente engrosado é infartado de bílis. Pero lo que había más notable, era una enorme dilatacion del conducto cístico y de los conductos hepático y colédoco, que era capaz de admitir la punta del dedo índice. La extremidad duodenal del conducto colédoco se hallaba obturada por un conducto cilíndrico de una pulgada de largo y media de grosor. Este cálculo formaba eminencia en

el intestino: una porcion de la superficie estaba llena de erosiones y al descubierto á consecuencia de la ulceracion ó de la rotura de la mucosa sobrepuesta. El orificio del conducto no estaba agrandado, y se distinguía bajo la forma de una fosilla en el centro de la elevacion formada por el cálculo. Es probable que la mucosa, que se extendía sobre el cálculo, se hubiera roto durante la crísis de dolor tan agudo al nivel de la vesícula, seguida de vómito de sangre y de moco poco tiempo ántes de la muerte. Se encontraron en la vesícula biliar y en el conducto cístico otras siete concreciones poliédricas; ademas había dos en el conducto hepático y dos en los conductos biliares dilatados en el interior del hígado. Todos tenían muchas facetas y se habían formado probablemente en la vesícula. La sangre era negra y flúida; extravasaciones en diferentes partes del cuerpo.

La Observacion CXVIII es un ejemplo de curacion de ictericia calculosa muy persistente. Este caso fué igualmente notable porque hubo xantelasma extenso.

OBSERVACION CXVIII. — *Ictericia calculosa persistente. — Curacion al cabo de cerca de seis años. — Xantelasma.*

La Sra. S..., de Sidney, de unos 40 años de edad, me consultó el 4 de Abril de 1871. Dos años ántes, estando en cinta de siete meses, comenzó á experimentar violentos ataques de dolor, que empezaban repentinamente en el epigastrio y se irradiaban á la espalda y al hombro derecho. El dolor duraba muchas horas y cesaba de repente; esto ocurría dos ó tres veces por semana. Las crísis fueron algunas veces acompañadas de vómitos, pero nunca hubo ictericia. Despues de haber guardado cama dos meses tuvo una gran crísis dolorosa acompañada de ictericia intensa y de decoloracion de las deposiciones, cuyos síntomas persistieron tres semanas, y durante cerca de un año dichos ataques se hicieron tau frecuentes que la ictericia producida por uno de ellos apénas desaparecía cuando sobrevenía otra vez. Durante los últimos 12 meses ántes de mi consulta sólo tuvo una crísis; pero la ictericia persistió, hubo frecuentes escalofríos, seguidos siempre de aumento de intensidad de la ictericia, orina más oscura y deposiciones más decoloradas. Había enflaquecido mucho, se quejaba de flatulencia y de constriccion y opresion despues de las comidas; ademas, diarrea de materias claras y fétidas.

Cuando ví á la enferma la encontré bastante ictérica; presentaba anchas placas de xantelasma en los párpados y en el cuello; la orina era tan oscura como la cerveza, pero las materias fecales no contenían bílis. El hígado pasaba de las costillas unas dos pulgadas; su borde inferior era duro y cortante, y se sentía en su superficie un tumor redondeado, del volúmen de una pera pequeña, en el punto ocupado por la vesícula biliar.

La diarrea se combatió siempre por la creosota ó la bílis de buey, y bajo la influencia de estos y otros medicamentos la enferma se encontró mejor, recobró su buen aspecto y sus fuerzas, y vió desaparecer sus síntomas dispépsicos.

El 26 de Julio la ictericia era muy ligera y la orina contenía muy poco pigmento biliar; pero no había indicio de bílis en las evacuaciones alvinas. Despues de esto, la enferma viajó un poco y quedó en estado de soportar una fatiga considerable; la ictericia y la cantidad de bílis en la orina variaban de tiempo en tiempo, pero no había apariencia de bílis en las evacuaciones alvinas.

El 30 de Diciembre por la tarde se sintió repentinamente indispuesta, sufrió un desvanecimiento, y aunque no experimentó dolor, su piel estuvo algo más amarilla durante los días siguientes.

El 2 de Febrero de 1872, despues de un corto paseo, sintió de repente un dolor muy agudo en la region de la vesícula, escalofríos, náuseas, traspiracion profusa y una gran agitacion. Estos síntomas sólo calmaron despues de administrar algunos opiáceos.

Al siguiente día por la mañana la ictericia había aumentado, y por la tarde reapareció el dolor y los demas síntomas.

Durante una semana la enferma quedó sumida en una gran postracion y con fiebre; tuvo frecuentes esfuerzos de vómito, una ictericia pronunciada y un dolor agudo en la punta del hombro derecho, con sensacion marcada de plenitud y sensibilidad al nivel de la vesícula.

En la noche del 9 de Febrero sufrió tanto, que fué precisa una inyeccion subcutánea de morfina.

Al día siguiente por la mañana vomitó cierta cantidad de bílis verde, por primera vez desde dos años ántes, poco más ó ménos. Esto la produjo algun alivio.

El 14 de Febrero estaba casi bien: la ictericia no había desaparecido por completo, pero sí en gran parte, y las materias fecales contenían bílis. No se encontró ningun cálculo en las deposiciones: verdad es que no se examinaron con bastante cuidado.

El 26 de Mayo sobrevino una crísis semejante á la del 2 de Febrero, pero ménos intensa, seguida de fiebre, de sensibilidad al nivel de la vesícula é ictericia más pronunciada.

Algunos días despues esta enferma volvió á Sidney, pero continué teniendo noticias suyas.

Antes de su partida me aseguré de que el hígado era una pulgada ménos ancho que al verla yo por vez primera.

Hasta fines de 1874 continuó encontrándose en el mismo estado que ántes, aunque mucho más débil. No experimentaba grandes dolores, pero tenía frecuentes crísis de debilidad, seguidas de una recrudescencia de la ictericia, de la que no se vió curada.

Pero en 1875 la ictericia desapareció por completo, y el estado general y las fuerzas mejoraron.

En 1876 continuaba la mejoría.

En una de las lecciones anteriores he llamado vuestra atencion acerca de la dificultad que existe para distinguir la ictericia calculosa de la ictericia cancerosa. En ambos casos la ictericia puede ser intensa, no hay bílis en las deposiciones, existe enflaquecimiento y debilidad considerables, y paroxismos de dolor violento. La dificultad aumenta por la circunstancia de que el cáncer es muchas veces consecutivo á los cálculos hepáticos. En el hospital Guy se ha visto que cuando la muerte sobreviene en individuos enfermos de cálculos biliares, es producida las más veces por el desarrollo de un cáncer en la vesícula ó en las vías biliares (1.)

La Observacion CXIX es interesante por el hecho de que, aunque la obstruccion del conducto colédoco no se había disipado, la bílis se presentó en las deposiciones ántes de la muerte, por haberse establecido un trayecto fistuloso entre un conducto biliar dilatado y el estómago.

OBSERVACION CXIX. — *Cálculo biliar detenido en el conducto colédoco. — Abertura fistulosa de uno de los conductos biliares en el estómago. — Cáncer del hígado.*

Isabel W..., de 64 años, fué admitida en el hospital de Santo Tomás el 21 de Enero de 1876. No existen antecedentes de cáncer en su familia. Una hermana suya murió de asma á los 54 años. Costumbres sobrias y buena salud anterior hasta la presente enfermedad. Desde hace cuatro años ha experimentado crísis de dolor intenso en la region de la vesícula, crísis que se manifestaban con intervalos de cuatro, cinco ó seis meses. El dolor persistía bajo la forma de paroxismos durante tres ó cuatro días, siempre con cierta intensidad, de suerte que la enferma se veía obligada á guardar cama diez ó doce días cada mes; pero no había vómitos ni ictericia. A últimos de Julio de 1875 tuvo un ataque extraordinariamente intenso y prolongado, y seis semanas despues del principio del ataque, aunque el dolor se disipó, presentóse la ictericia; desde entónces la enferma perdió el apetito y las fuerzas, y fué enflaqueciendo. Tuvo tambien dolores mal definidos, pero desde el momento en que se presentó la ictericia no sobrevinieron los violentos paroxismos que tanto le habían molestado anteriormente.

---

(1) Hilton Fagge, *Guy's Hospital Reports*, 1875, t. XX.

Cinco semanas ántes de su admision tuvo diarrea (evacuaciones poco coloreadas), que cesó al cabo de tres semanas. Durante cuatro semanas se vió sumamente molestada por una tos frecuente.

Al entrar en el hospital, llama desde luégo la atencion la ictericia y el enflaquecimiento. Lengua ligeramente sucia, pero no muy roja; mejor apetito; intestinos regulares; deposiciones poco coloreadas. En la línea mamaria derecha el hígado no pasaba mucho, al parecer, del reborde costal; pero entre la línea mamaria derecha y la izquierda se sentía distintamente una masa sólida, en continuidad aparente con el hígado, y que se extendía hasta dos pulgadas y media por debajo del ombligo, igual, dura y no sensible, aunque la presion ejercida sobre él determinaba dolor en la espalda. Parte inferior del pecho, retraida por el uso del corsé. No hay ascítis. Orina á 1.015, con mucho pigmento biliar, pero sin albúmina. Pulso á 84, débil; ruidos del corazon, normales. Tos frecuente, con expectoracion muco-purulenta; algunos estertores sibilantes por delante de ambos pulmones; por detras, en el cuarto inferior del pulmon izquierdo, macidez marcada, soplo tubario distinto, resonancia vocal disminuida y gruesos estertores húmedos. Temperatura 36 á 37°,2. Frecuentes dolores de cabeza.

La enferma fué tratada por la nuez vómica y los ácidos minerales, y un régimen sustancioso, con una dósis moderada de estimulantes.

Hubo al principio una ligera mejoría, pero el 31 de Enero la debilidad fué mayor; dolor intenso en la espalda; menos apetito; extreñimiento; bílis manifiesta en las evacuaciones alvinas; ictericia siempre lo mismo; mal sueño. Bajo la influencia de las pociones con morfina mejora el sueño, y la enferma se siente algo más aliviada.

El 9 de Febrero la macidez había desaparecido por completo en la base del pulmon izquierdo, donde se oía claramente el murmullo respiratorio. Pero despues de esto la enferma se debilitó con rapidez, al mismo tiempo que aumentó el dolor de la espalda.

El 9 de Marzo vómitos de una gran cantidad de líquido negruzco; la enferma cae en un profundo colapso, y muere por la noche.

Todo el tiempo que pudimos observar á esta enferma, vimos que el dolor no presentó los caractéres del cólico biliar.

Autopsia. — Cuerpo muy delgado. Pequeña cantidad de líquido en el peritoneo; órganos abdominales adheridos por una delgada capa de linfa reciente. Hígado notablemente desviado; el lóbulo izquierdo ocupaba la mayor parte del lado derecho del abdómen y pasaba de las costillas unas seis pulgadas en la línea mamaria derecha; lóbulo derecho empujado hácia arriba y atras, llevando hácia arriba el lado derecho del diafragma y no aparente por delante del abdómen. El lóbulo izquierdo era delgado y contenía algunos pequeños nódulos de produccion cancerosa. Vesícula biliar medianamente distendida por un moco incoloro, casi blanco. El

conducto colédoco contenía un moco semejante, y su calibre se había ensanchado de una manera uniforme hasta cinco líneas de diámetro. A una pulgada, poco más ó ménos, de su extremidad duodenal se encontró un cálculo detenido del tamaño de un garbanzo, y por encima de este cálculo había muchas pequeñas concreciones de color oscuro. Una sonda introducida en el conducto hepático penetró en una masa de produccion cancerosa que ocupaba el centro del hígado y se extendía por delante hasta las inmediaciones de la vesícula; esta masa era dura y fibrosa por fuera, pero en el centro estaba muy degenerada y contenía masas calcáreas. Los conductos biliares intrahepáticos, pero sobre todo los del lóbulo izquierdo, estaban considerablemente dilatados y llenos de una bílis espesa; algunos formaban eminencia en la superficie del hígado. El estómago contenía cierta cantidad de moco amarillo verdoso, que daba las reacciones del pigmento biliar. La pared anterior del estómago estaba adherida á la cara inferior del lóbulo izquierdo del hígado, y en la porcion adherente se encontraban tres ó cuatro pequeños orificios redondeados, de una á dos líneas de diámetro, por los cuales comunicaba el estómago con los conductos biliares dilatados, situados en las partes superficiales del hígado. Comprimiendo sobre el hígado, la bílis pasaba al estómago. Tal era, sin duda, el orígen de la bílis encontrada en el intestino y en las materias durante la vida. Bazo algo grueso. Signos de inflamacion reciente, con medio litro de líquido turbio en la pleura derecha. Numerosos nódulos pequeños en la superficie pleurítica de la mitad derecha del diafragma y en la sustancia del pulmon derecho. Algo de linfa en el lóbulo inferior del pulmon izquierdo.

En la Observacion CXX hubo tambien coincidencia de cálculos biliares con un cáncer del hígado y del páncreas.

OBSERVACION CXX. — *Cálculos biliares con cáncer del hígado y del páncreas. — Ascítis.*

Sarah H..., de 53 años, fué admitida en el hospital de Santo Tomás el 4 de Noviembre de 1872.

Su padre murió á los 70 años y su madre á los 76, siendo desconocidas las causas de la muerte de ambos. Ha tenido cuatro hermanos y cuatro hermanas; todos viven y gozan buena salud. Ella misma ha estado siempre buena hasta dos meses ántes de su admision, en que sintió repentinamente un dolor violento en el epigastrio y entre los hombros, acompañado de escalofríos y de vómitos. El dolor fué paroxístico y duró una semana, pero de repente desapareció. Al cabo de 15 días tuvo una segunda crísis de dolor, vómitos y escalofríos, que duró un día ó dos, pero que fué la última.

El segundo día de la primera crísis notó que estaba amarilla, y desde entónces hasta el día de su admision la ictericia no hizo más que aumentar de intensidad.

A su entrada no hay dolor; enflaquecimiento poco considerable; ictericia pronunciada; no hay comezon; lengua ligeramente sucia; buen apetito; flatulencia muy marcada, pero sin vómitos. Cuatro ó cinco deposiciones por día, diarréicas, fétidas y de color arcilloso. Plenitud y sensibilidad distintas al nivel de la vesícula, que se puede sentir formando eminencia por debajo del borde anterior del hígado, éste algo engrosado. Orina cargada de pigmento biliar. Pulso á 80, irregular é intermitente; corazon normal.

Se la prescribió un régimen sustancioso con mucha carne; como medios terapéuticos una mixtura alcalina y una píldora de creosota, dos veces al día despues de las comidas.

Poco tiempo despues de su admision, comenzó á quejarse la enferma de un dolor intenso á traves de la espalda.

El 13 de Noviembre había ligera ascítis y un edema considerable de ambas piernas, mayor en la derecha que en la izquierda.

El 21 la ascítis había aumentado; se observó una induracion de la piel alrededor del ombligo, y un dolor tan vivo que fué preciso recurrir á las inyecciones subcutáneas de morfina.

Autopsia. — El peritoneo contenía nueve litros de serosidad clara. El hígado pesaba 2.660 gramos, y, con todo, no pasaba mucho de las costillas. La vesícula era muy gruesa y formaba un tumor prominente. El hígado se adhería al diafragma, al estómago, al duodeno y al páncreas. En su superficie se veían numerosos nódulos cancerosos (alguno de los cuales tenía una y media pulgadas de diámetro), que infiltraban el tejido del hígado y comprendían todo su espesor. La vesícula estaba llena de pus y contenía más de 20 cálculos, pero no bílis. El conducto cístico se hallaba casi completamente obliterado. El conducto hepático, el colédoco y los conductos biliares, estaban dilatados.

De la cabeza del páncreas partía un voluminoso tumor que rodeaba la vena porta, y comprendía el duodeno en el punto en que penetra el conducto biliar. El epiploon estaba considerablemente engrosado por el depósito canceroso. Una taza de serosidad en cada pleura. Ambos pulmones estaban sembrados de nódulos cancerosos, cuyo volúmen variaba desde una cabeza de alfiler á un guisante. Los demas órganos sanos.

En las lecciones anteriores os he referido algunos otros casos de ictericia calculosa. En la Observacion LXV la ictericia fué consecutiva á la inflamacion de las vías biliares determinada por la presencia de cálculos en la vesícula, pero no hubo cólico biliar; en la Observacion LXVI había ictericia con aumento de volúmen del hígado y de la vesícula biliar, á

consecuencia de la obstruccion del conducto colédoco por un cálculo. Finalmente, en la Observacion LXXI las crísis de cólico hepático y de ictericia fueron seguidas de abscesos puohémicos en el hígado y de abscesos en otros puntos.

Recordareis tambien que, al hablaros del aumento de volúmen del hígado por tumor hidatídico, os referí algunos casos en los cuales el conducto colédoco se hallaba obstruido por vesículas de hidátides, á consecuencia de la rotura del quiste prolígero, y que en uno de dichos casos (Obs. XXXIV) el paso de las vesículas hidatídicas á lo largo del conducto biliar produjo todos los fenómenos resultantes del paso de los cálculos.

Por último, en otra leccion he llamado igualmente vuestra atencion acerca de muchos casos en que la ictericia había sido producida por la inflamacion de las vías biliares, que oponía un obstáculo al curso de la bílis.

La observacion siguiente es ejemplo de una forma muy rara de ictericia, cuya causa fué una obliteracion congénita del conducto biliar.

OBSERVACION CXXI. — *Ictericia por obliteracion congénita del conducto colédoco.*

Ester W..., de dos meses, fué traida por su madre á mi consulta del hospital Middlesex el 7 de Enero de 1862. La madre me asegura que la niña parecía completamente buena al venir al mundo, pero que algunos días despues se tornó amarilla, y que dicho color fué aumentando de intensidad, al mismo tiempo que la niña tenía diarrea é iba adelgazando progresivamente.

Cuando la ví por primera vez la encontré muy delgada; la piel y las conjuntivas ofrecían un color anaranjado; las materias intestinales eran completamente decoloradas y muy fétidas. Una cucharada de café de mixtura de creta, para tomar dos á tres veces por día.

El 21 de Enero la niña no está tan amarilla, pero sí más decaida; sus deposiciones ofrecían un color rojo oscuro, probablemente por la presencia de sangre. La niña había tenido algunas ligeras epistáxis.

Durante la semana siguiente la enfermita continuó en el mismo estado poco más ó ménos, perdiendo á veces sangre por la nariz y adelgazando más y más, aunque tenía ménos diarrea.

El 11 de Marzo se observaron algunas manchas negras en el pecho y la espalda; tenían dimensiones variables, hasta tres cuartos de pulgada de diámetro, formaban una eminencia considerable en la superficie cutánea, y eran debidas sin duda á extravasaciones sanguíneas debajo de la piel.

El 25 de Marzo la madre me dice que su niña ha estado mucho peor

en los dos días anteriores, vomitando cuanto tomaba y con sangre en los vómitos. Los equimósis subcutáneos habían tambien aumentado en número y volúmen.

Dos días despues la niña sucumbió, y una diseccion atenta demostró que el conducto colédoco estaba completamente obliterado, reemplazándole una pequeña cantidad de tejido areolar. La vesícula biliar era muy pequeña y deprimida, y sólo contenía algunas gotas de un líquido incoloro. El orificio del conducto en el duodeno se descubrió con dificultad, y no se pudo hacer penetrar por él una sonda en el conducto. Hígado ictérico con algunas mallas fibrosas de adherencia en su cara inferior; conductos dilatados, pero, por lo demas, parecían en estado normal. Sangre alterada en el contenido del intestino; algunas pequeñas extravasaciones por debajo de la mucosa del estómago y del intestino.

En una de las próximas lecciones os referiré un caso en el cual sobrevino la ictericia por estrangulacion del conducto colédoco, debida á una peri-hepatítis (Leccion XII); y el caso CXXII (de cuyo enfermo os presento varias piezas preparadas por mí hace algunos años en la época en que yo era director de las autopsias en el hospital Middlesex) es un raro ejemplo de obstruccion del conducto biliar, que había sido comprendido en la cicatriz de una úlcera duodenal. La retraccion del hígado en tal caso era debida sin duda á la larga duracion de la obstruccion, habiéndose atrofiado el tejido glandular á consecuencia de la compresion de los conductos biliares, distendidos de una manera permanente.

Observacion CXXII. —*Ictericia por obstruccion del colédoco debida á una cicatriz de úlcera duodenal.— Dilatacion de los conductos biliares y atrofia del hígado.*

Jaime B..., de 69 años, de pequeña estatura y algo raquítico, fué admitido en el hospital Middlesex el 4 de Mayo de 1861. Casi toda su vida estuvo acostumbrado á beber mucho; pero en los últimos siete años llevó una vida sobria y regular. Si exceptuamos una bronquítis aguda hace nueve años, á consecuencia de la cual quedó asmático, ha gozado buena salud hasta cuatro meses ántes de su entrada; en dicha época sintió repentinamente un dolor agudo en el hipocondrio derecho, vómitos de materia amarga y mucha fiebre. Al cabo de unos 15 días la piel se tornó ictérica y apareció una viva comezon. La ictericia aumentó de intensidad, pero la comezon disminuyó. Finalmente, tuvo palpitaciones en la region cardiaca y latidos en la cabeza; enflaqueció y perdió sus fuerzas. Al principio de su enfermedad fué asistido durante 15 días en otro hospital, donde se le sometió á la salivacion.

El día de su entrada el enfermo estaba adelgazado y débil; pulso á 72

é intermitente; toda la piel y las conjuntivas ofrecen un aspecto de color amarillo de limon claro. El enfermo se quejaba de un dolor sordo en la region del hígado, cuya macidez parecía considerablemente aumentada porque medía más de cinco pulgadas en la línea mamaria derecha. Examinando más atentamente, se vió que este aumento de volúmen se hallaba limitado á la region de la vesícula biliar, y que por detras y lateralmente la macidez hepática había disminuido de extension. El enfermo no sentía sabor amargo, pero el sentido del gusto estaba en gran parte abolido. Poco ó ningun apetito; extreñimiento; materias fecales casi incoloras; orinas oscuras como la cerveza y conteniendo mucho pigmento biliar. Fué preciso sondar al enfermo para extraer la orina. Estertores sonoros en ambos pulmones y espiracion prolongada. El enfermo se queja todavía de comezon por la noche.

Se prescriben los alcalinos, el amoniaco, los amargos vegetales y los estimulantes; pero la postracion aumentó rápidamente; presentóse una escara en el sacro; la lengua se tornó seca y sucia; los dientes fuliginosos; deposiciones muy oscuras por la presencia de sangre; pulso á 90; signos de bronquítis más marcados y de subdelirio durante los días que precedieron á la muerte.

El enfermo falleció el 19 de Mayo.

Al hacer la *autopsia* se encontró el hígado pequeño, pálido y flácido; el borde inferior no llega al reborde costal. La vesícula biliar tiene cuatro veces su volúmen normal y está llena de un líquido coposo, incoloro, sin la menor apariencia de bílis. El conducto cístico, el hepático y el colédoco, están enormemente dilatados; el último de ellos permite la introduccion de un dedo; todos están llenos de un líquido incoloro, semejante al de la vesícula. Los conductos biliares intra-hepáticos estaban tambien muy dilatados y llenos del mismo líquido, que salía cuando se practicaba un corte en el hígado. No había cálculos en la vesícula ni en las vías biliares, pero el orificio duodenal del conducto colédoco se hallaba completamente obstruido. Las túnicas del intestino son en este punto densas y se hallan considerablemente engrosadas, formando una prominencia semejante á un mamelon y del grosor de una avellana; alrededor la mucosa tenía un aspecto radiado, lleno de arrugas como resultante de la cicatrizacion de una úlcera. No hay úlceras ni cicatrices más que en el intestino; parece que no hay depósito morboso en la cabeza del páncreas ni en las glándulas inmediatas; pero los conductos pancreáticos se hallan muy dilatados. El tejido glandular del hígado ofrece un color amarillo-aceituna y está flácido, pero no friable; los contornos de los lóbulos han desaparecido, y al microscopio se descubre mucha materia oleosa y granulosa, pero las células glandulares han desaparecido casi por completo. Aorta y válvulas del corazon, muy ateromatosas. Los pulmones presentaban los signos de una bronquítis y de un enfisema de larga duracion. Próstata gruesa y veji-

ga contraida; su mucosa muy hiperemiada, incrustada de placas de exudacion diftérica del tamaño de una peseta; riñones granulosos; cálices y pélvis renales, dilatados.

Al ocuparme del aumento de volúmen del hígado procedente del cáncer, os presenté algunos ejemplos de esta afeccion en los cuales sobrevino la ictericia. En uno de ellos (Obs. LXXXVII) no pudo hacerse desgraciadamente la autopsia; en el otro (Obs. LXXXV) la ictericia era debida á la compresion del conducto colédoco por una masa densa de tejido areolar y de ganglios cancerosos aumentados de volúmen, situados en la cisura porta.

En el caso CXXIII la ictericia fué debida á la compresion del conducto colédoco por una masa de ganglios cancerosos en la cisura del hígado, á consecuencia de un cáncer del estómago. Es de notar que, al principio, el enfermo recobró su gordura bajo la influencia del tratamiento.

OBSERVACION CXXIII. — *Cáncer del estómago y del hígado, ictericia y ascítis.*

Cárlos D..., jornalero, de 58 años de edad, fué admitido en el hospital Middlesex el 10 de Setiembre de 1869. No hay antecedentes de cáncer en su familia. Durante algunos años tuvo crísis de diarrea por causas insignificantes; á parte de esto, gozó buena salud hasta cuatro meses ántes de su admision. En dicha época comenzó á experimentar dolores en el epigastrio y una distension flatulenta despues de las comidas; de vez en cuando esfuerzos para vomitar por las mañanas, pero nunca devolvió los alimentos. La intensidad de dichos síntomas aumentó, y bien pronto el enfermo perdió el apetito y enflaqueció rápidamente. Al cabo de un mes se presentó la ictericia, acompañada al principio de una intolerable comezon en la piel. Despues, sus piernas se hinchaban tan pronto como andaba algunos pasos.

A su entrada el enfermo está muy delgado; no pesa más que 89 libras, si bien es verdad que su peso nunca había llegado á 112 libras. Ictericia profunda de la piel y de las conjuntivas, y edema moderado de ambas piernas. Hígado aumentado de volúmen, que medía cinco y media pulgadas en la línea mamaria derecha, y pasaba una y media pulgadas del reborde costal; su superficie en el epigastrio es algo sensible; presenta un nódulo bastante saliente, precisamente por encima del ombligo, lo mismo que otra eminencia distinta correspondiente á la vesícula. Venas umbilicales dilatadas; ligera ascítis; macidez del bazo normal; circunferencia al nivel del ombligo, 27 1/2 pulgadas. Lengua blanca; dolor vivo en el

epigastrio que duraba media hora, inmediatamente despues de las comidas; no hay vómitos; intestinos regulares; materias fecales blanquecinas. Orina cargada de uratos y de pigmento biliar; no hay albúmina. Sueño normal.

Bajo la influencia del ácido nitro-clorhídrico y de los tónicos amargos mejoró un poco el apetito, y en la última quincena de Setiembre el enfermo recobró unas tres libras de su peso. Sin embargo, el dolor epigástrico aumentó.

El 27 de Setiembre se podía apreciar otro nódulo sensible por debajo del cartílago xifoides.

El 4 de Octubre apareció el tercero, un poco á la derecha del segundo. Los intestinos se relajaron, la ascítis y el edema de las piernas aumentaron, y la ictericia persistió.

Circunferencia del ombligo el 15 de Octubre, 31 pulgadas.

El enfermo, más débil y más delgado que nunca, quiso salir del hospital para ir á morir á su casa el 8 de Noviembre.

La *autopsia* fué practicada por el Dr. E. Andrews, á cuya galantería debo los siguientes datos. Cerca de tres litros y medio de líquido en el peritoneo. Estómago contraido; paredes fuertemente infiltradas de materia cancerosa, depositada entre las túnicas mucosa y muscular; los orificios están libres, y la mucosa no se halla ulcerada. Lóbulo izquierdo del hígado adherido al diafragma y sembrado de nódulos cancerosos, muchos de los cuales formaban eminencia en su superficie. En la cisura del hígado se encontraba una masa de materia cancerosa dura que comprimía la vena porta, y obturaba el conducto cístico y el colédoco. Organos torácicos, sanos.

En los tres casos que siguen la ictericia era debida á un tumor canceroso que, al parecer, tenía su orígen en la cabeza del páncreas; pero en el caso CXXIV, segun vereis por esta pieza (catálogo del museo del hospital Middlesex, serie IX, núm. 18), la obstruccion del conducto colédoco fué causada por una produccion cancerosa, independientemente desarrollada en su mucosa. En los otros dos (Obs. CXXV y CXXVI) fué producida por una masa de materia cancerosa en la cisura porta.

OBSERVACION CXXIV. — *Ictericia por obstruccion del conducto colédoco, debida á un tumor canceroso de su mucosa. — Dilatacion de los conductos biliares y aumento de volúmen de la vesícula. — Tumor canceroso en el páncreas.*

El enfermo en quien se recogió esta pieza era un ebanista, de 36 años de edad, que fué admitido en el hospital Middlesex el 1.º de Setiembre de

1857. Su afeccion había comenzado el 1.° de Junio por vómitos y diarrea, seguidos, tres ó cuatro semanas despues, de una ictericia intensa, orina oscura y deposiciones decoloradas. No hubo síntomas de cálculos biliares, pero existía un dolor sordo, incesante, en la region del hígado, que había aumentado de volúmen y era sensible. Se quejaba de pérdida del apetito, sed y laxitud. Fué tratada primero por los purgantes, despues por el ácido nitro-clorhídrico y los purgantes salinos. A mediados del mes de Agosto el hígado parecía reducido á su volúmen normal, poco más ó ménos, y no era sensible; pero la vesícula estaba dilatada, parecía del volúmen de una pera y la ictericia era más marcada.

A su entrada en el hospital el enfermo tenía una ictericia intensa, y la orina estaba cargada de pigmento biliar; en cambio las heces fecales no contenían indicios de esta sustancia. El hígado tenía su volúmen normal, pero la vesícula biliar descendía casi al nivel del ombligo y ofrecía una viva sensibilidad. Había mucho meteorismo, pero no ascítis, ni desarrollo de las venas abdominales. El enfermo estaba muy delgado y abatido; había perdido el apetito y el sueño.

Se ensayó el ioduro de potasio, el bicarbonato de potasa, los ácidos minerales, la genciana, la quinina y los baños, lo mismo que las lociones con ácido nitro-clorhídrico; pero nada consiguió vencer la enfermedad. El tumor correspondiente á la vesícula biliar aumentó de volúmen y se tornó más sensible, y unas tres semanas despues de su entrada el enfermo perdió de repente el conocimiento y ofreció todos los síntomas de una agravacion rápida, con delirio y sopor.

Dichos síntomas cedieron de una manera gradual en el espacio de una hora y no volvieron á presentarse; pero el enfermo fué decayendo visiblemente y falleció el 21 de Octubre.

Autopsia. —La vesícula pasaba tres pulgadas del borde anterior del hígado y se extendía hasta una pulgada cerca de la espina iliaca anterior y superior; tenía siete y media pulgadas de largo; sus paredes habían adelgazado, la cara interna había perdido su aspecto reticulado, y era roja, rugosa y granulosa. Contenía cerca de 300 gramos de un líquido claro, turbio, como agua de cebada, y que por el reposo depositaba muchas pequeñas partículas de bílis espesa; este líquido era alcalino, densidad 1.010; contenía muchas y gruesas células, que presentaban dos ó cuatro núcleos con nucleolos, ademas de los copos de epitelio pavimentoso, materia granulosa, etc. El conducto cístico y tambien la mayor parte del colédoco estaban muy dilatados, este último lo bastante para admitir el dedo pulgar; haciendo un corte del hígado, salió por los conductos biliares intra-hepáticos dilatados una gran cantidad de líquido blanco, semejante al de la vesícula biliar. El hígado pesaba próximamente 1.700 gramos; ofrecía un color verde-aceituna oscuro; contorno de los lóbulos, distinto. Siguiendo el colédoco hasta el intestino, se podía ver en la preparacion que estaba obs-

truido por un tumor canceroso medular, que partía de su superficie interna y penetraba dos pulgadas en el duodeno. Se podía hacer pasar una sonda con alguna dificultad por el orificio duodenal á traves del sitio de la obstruccion. Cortando el tumor salió un jugo gleroso, que contenía gruesas células compuestas, con núcleos semejantes á las encontradas en el líquido de la vesícula y núcleos libres. La cabeza del páncreas estaba comprendida en un tumor del grosor de una naranja, que, al corte, ofrecía un aspecto medular y contenía gruesos núcleos, pero no células madres. Este tumor había compimido el conducto colédoco, pero no había interesado sus paredes, y el tumor encontrado en el interior del conducto parecía haberse desarrollado de una manera independiente. El corazon sólo pesaba seis onzas (170 gramos). Todos los órganos y tejidos estaban profundamente ictéricos, pero, por lo demas, normales, si exceptuamos las excepciones mencionadas. Las materias contenidas en el intestino estaban desprovistas de pigmento biliar.

OBSERVACION CXXV. — *Cáncer del páncreas y de la vesícula biliar. — Ictericia por obstruccion del conducto colédoco.*

A fines de Mayo de 1866 fuí consultado por M. D..., de 60 á 70 años, enfermo de ictericia. Su enfermedad había comenzado á primeros de Enero por síntomas de bronquítis, pérdida del apetito y noches sin reposo. Uno de los últimos días de Febrero, habiendo estado expuesto á un frío muy vivo, se levantó con fuertes náuseas y violentos esfuerzos para vomitar, cuyos síntomas persistieron hasta por la noche. Sobrevinieron ligeros síntomas febriles; el pulso se elevó diez pulsaciones por encima de su cifra normal; el apetito fué caprichoso y los intestinos estaban perezosos. El enfermo enflaqueció muy pronto, y á mediados de Abril se presentó la ictericia.

Hé aquí cuál era el estado del enfermo en el momento en que le ví por primera vez. Ictericia intensa de la piel y de las conjuntivas; orina rara y muy oscura, que contenía pigmento biliar en abundancia. Ligera tendencia á la diarrea; materias fecales desprovistas de bílis, color grís de plomo y muy fétidas, pero que algunas veces contenían sangre procedente de las hemorroides. El hígado ocupaba al parecer sus límites normales, pero había de vez en cuando una molestia en el hipocondrio derecho y una sensibilidad marcada, con dureza, al nivel de la vesícula biliar; venas superficiales del abdómen algo desarrolladas; pulso á 72; enflaquecimiento y debilidad progresiva con diminucion del apetito, y de vez en cuando esfuerzos de vómitos; cara ansiosa y caquéctica.

El tratamiento consiste en pociones efervescentes, ácido cianhídrico, licor de opio de Battley y fricciones con un linimento de ioduro de potasio.

A primeros de Junio los vómitos se hicieron más frecuentes; el enfer-

mo arrojaba casi todo lo que tomaba; el dolor había aumentado; la lengua estaba cubierta de una capa sucia y gruesa; el enflaquecimiento se fué haciendo cada vez más pronunciado.

Despues de haber pasado el enfermo tres días sin conocimiento y con subdelirio, falleció el 19 de Junio.

La *autopsia* fué practicada por el Dr. Moreton, de Tarvin (Cheshire), el cual tuvo la bondad de suministrarme los siguientes detalles, y de remitirme algunas preparaciones para que pudiera examinarlas. Bridas fibrosas resistentes unían toda la superficie del hígado á las partes inmediatas. No había ascítis. La vesícula tenía próximamente el volúmen de un huevo de gallina; sus paredes estaban considerablemente engrosadas por un depósito canceroso, y su cavidad contenía una cucharada de café de un líquido espeso como la crema mezclado con sangre. El orificio de la vesícula biliar en el conducto cístico estaba obturada, y el conducto cístico, lo mismo que el colédoco, estaban enclavados en una masa de materia cancerosa, caseosa, que los obstruía. No había depósitos cancerosos en el hígado, pero sí una masa cancerosa del volúmen de una naranja pequeña en la cabeza del páncreas. Todos estos depósitos daban al corte un jugo cremoso que contenía los elementos celulares habituales del cáncer.

OBSERVACION CXXVI. — *Ictericia debida á la obstruccion del conducto colédoco por un cáncer de la cabeza del páncreas.*

María C..., de 64 años de edad, fué admitida en el hospital de Santo Tomás el 29 de Noviembre de 1875. Su madre murió á los 93 años; su padre falleció de tísis á los 53 años, y dos hermanas, una á los 18 años y otra á los 36. Dos hermanos viven todavía y gozan buena salud: uno tiene 70 años y el otro 65. No hay antecedentes de cáncer en la familia: hábitos de templanza. Durante algunos años tuvo dolores gravativos en la espalda; se cansaba con facilidad. En la misma época comenzó á quejarse de náuseas y algunas veces de vómitos, ordinariamente ántes de comer; de vez en cuando, accesos de dolor entre el ombligo y las costillas derechas. Hace 10 meses sobrevino el enflaquecimiento; las crísis dolorosas y las náuseas se hicieron más frecuentes. Diez semanas ántes de su entrada tuvo un acceso de dolor muy intenso en la parte superior del abdómen que duró 24 horas, y poco despues apareció la ictericia y la comezon en la piel. El enflaquecimiento fué haciendo rápidos progresos, y 15 días ántes de su admision comenzaron á hincharse las piernas.

A la entrada en el hospital la enferma está débil, delgada y profundamente ictérica. La orina se hallaba cargada de uratos y de pigmento biliar; las deposiciones decoloradas y no contenían bílis, pero se me dijo que á veces eran bastante negras. La lengua roja, lisa y seca; poco apetito; la

nutricion se verifica mal; la enferma ha vomitado tres veces desde que tiene la ictericia; extreñimiento. Hígado muy grueso en todas las dimensiones: medía ocho pulgadas en la línea mamaria derecha, de ellas tres pulgadas por debajo del reborde costal; superficie dura, nodulada y algo sensible; á veces experimenta en el hígado un dolor intenso que llega á durar muchos días. Ligera ascítis y edema de las piernas, más marcada en la derecha.

Se prescriben pequeñas dósis de nuez vómica con algunos calmantes y una alimentacion ligera. Durante dos ó tres días hubo ligera diarrea; las materias fecales eran claras.

El 9 de Noviembre la respiracion se hace difícil y hay tos. Estos síntomas empeoraron rápidamente: labios lívidos y todos los signos de induracion pulmonar por debajo y detras del pulmon derecho, y despues del izquierdo.

El 16 de Noviembre la enferma falleció de asfixia.

Autopsia. — Cáncer de la cabeza del páncreas y de los ganglios linfáticos, situados en el cáliz del hígado, que había invadido el duodeno y comprendía los conductos cístico y colédoco. Producciones secundarias en el hígado. Pulmonía hipostática extensa de la parte inferior y posterior de ambos pulmones, con algunas placas de pulmonía lobular en el lóbulo inferior del pulmon derecho, pero ningun indicio de neoformacion. Riñones algo granulosos.

En los tres casos que siguen, la ictericia fué debida á un cáncer que había tomado su orígen en el duodeno.

El primer sujeto cuya historia voy á referir estuvo durante ocho meses sometido á vuestra observacion, y todos recordareis cuántas veces dije que os fijarais en la comezon intolerable de que se quejaba. Estuvo tambien enfermo de forúnculos ó de ántrax y de xantópsis. Pero el mayor interes del caso consistía en la causa de la obstruccion, respecto á la cual no estuvimos conformes varios profesores. La mejoría que sobrevino en el estado general y el aumento en el peso del cuerpo, destruía la existencia de un cáncer del páncreas, del duodeno ó de cualquier otro órgano. Ademas, debemos advertir que el tumor del duodeno ocupaba exactamente el lugar de la vesícula; de suerte que, á pesar de la falta de cólicos hepáticos anteriores, las causas más probables de la obstruccion consistían, al parecer, en la época en que entró el enfermo, en un cálculo detenido en las vías biliares, una estrechez simple del conducto ó la oclusion de su orificio por la cicatriz de una úlcera duodenal. Aun en un período más avanzado, los escalofríos, la fiebre y los sudores nocturnos dejaron en la duda de si el aumento rápido de volúmen y el estado nodulado del hígado, lo mismo que los paroxismos de dolor violento, no podían resultar de abscesos puohémicos del hígado, consecutivos á la ulceracion del conducto

colédoco, determinada por la presion de un grueso cálculo; y esta opinion se hallaba confirmada por la circunstancia de que la aparicion de los síntomas graves fué acompañada de la desaparicion de la ictericia y de la comezon despues de haber durado siete meses.

OBSERVACION CXXVII. — *Cáncer del duodeno. — Ictericia por oclusion del conducto colédoco. — Gangrena del tumor y desaparicion de la ictericia. — Cáncer secundario y absceso del hígado.*

Guillermo M..., cochero, pero ántes fosforero, fué admitido en mi clínica del hospital Middlesex el 26 de Noviembre de 1867. Doce años ántes había tenido una bronquítis, y cuatro ántes estuvo en cama durante siete semanas con una fiebre reumática. Por espacio de diez años padeció frecuentes hemorroides, perdiendo de vez en cuando mucha sangre. Acostumbraba beber mucha cerveza, pero nunca había abusado de los espirituosos. No existían antecedentes de cáncer en su familia. Su padre vivía aún, á los 83 años; su madre falleció á los 63, á consecuencia de la rotura de un vaso. Seis semanas ántes de su entrada observó que la orina era muy oscura y sus deposiciones pálidas, y que se ponía delgado y débil. Hácia la misma época comenzó á experimentar una comezon en la piel. Al cabo de quince días vió que la piel se tornaba amarilla; varias veces se levantó por la noche sintiendo un dolor en el hueco del estómago, que calmaba con una friccion. Al propio tiempo parecía que se desarrollaba cierta cantidad de gases. La piel y la orina adquirieron un color cada vez más oscuro, y quince días ántes de su entrada vomitó medio litro de un líquido claro, acuoso, insípido.

A su entrada, el enfermo está delgado; ictericia muy marcada de la piel y de las conjuntivas; lo que más le molesta es una vivísima comezon en todo el cuerpo, aunque más marcada en la palma de las manos y en la planta de los piés, en términos que no puede dormir. Muchos ligeros equimósis subcutáneos, pero sin erupcion. La orina es oscura como la cerveza y da en el más alto grado la reaccion del pigmento biliar, pero no contiene albúmina. No hay dolor ni sensibilidad en la region del hígado, que no pasa del reborde costal y que tiene, al parecer, su volúmen normal; la macidez en la línea mamaria derecha era de tres y cuarto pulgadas, siendo el individuo de pequeña estatura. Sin embargo, al nivel de la vesícula biliar la macidez hepática pasaba media pulgada del límite normal. La macidez del bazo no era extensa. No había ascítis, ni tumor abdominal apreciable, ni desarrollo de las venas abdominales, pero sí un ligero meteorismo. Lengua húmeda, con una capa blanca. Sabor amargo, sobre todo por las mañanas, náuseas y pérdida de apetito. Intestinos regulares; deposiciones de color de arcilla. Signos cardiacos y pulmonares, normales, excepto que el pulso sólo llegaba á 52. Temperatura 36°,4.

El 2 de Octubre, ántes de caer enfermo, M. pesaba 132 libras; al cabo de algunos días pesaba 116.

Se le prescribió una mixtura de 65 centigramos de bicarbonato de sosa con 20 gotas de cloroformo, para tomar tres veces al día, y una pocion con beleño por la noche.

Algunos días despues de su entrada, se observó que el enfermo veía los objetos blancos de color amarillo. Las conjuntivas se hallaban al propio tiempo considerablemente inyectadas.

La vision amarilla desapareció á últimos de Diciembre y no volvió á presentarse, aunque no se verificó ningun cambio en la ictericia ni en la cantidad de sangre contenida en los vasos de las conjuntivas.

El beleño, el cáñamo indiano, el opio, las inyecciones subcutáneas de morfina, la bílis de buey, el ácido benzóico y los baños calientes fueron empleados sucesivamente, pero no pudieron calmar la comezon. El enfermo se quejaba tambien mucho de cólicos flatulentos, que se aliviaron, al parecer, con una píldora de creosota (una gota) y de gálbano (píldoras de gálbano compuesto, 20 centigramos), administrada dos veces al día, y despues con la trementina. Las píldoras de bílis de buey no produjeron ningun resultado.

El 13 y el 28 de Diciembre el enfermo vomitó su almuerzo.

30 de Diembre. — Por primera vez se siente un tumor duro, profundamente situado, casi del grosor de una nuez, á una y media pulgada por encima y á la derecha del ombligo: no es nada sensible.

10 de Febrero. — El tumor encontrado anteriormente es más distinto; tiene casi el volúmen de media naranja, y está situado á la derecha del ombligo; es duro y su superficie es ligeramente lobulada, pero nada sensible; es movible, y al parecer se continúa por arriba con el hígado, con el cual tiene las mismas relaciones de situacion que la vesícula biliar. Su extremidad inferior pasa más de dos y cuarto pulgadas del borde inferior del hígado.

La comezon continuó siendo muy viva y ocasionando gran tormento al enfermo; pero en tres épocas diferentes, el 20 de Enero, el 8 de Febrero y el 18 de Marzo, se calmaron muy pronto y por algunos días, dando una mezcla de 65 centigramos de bicarbonato de potasa y 65 centigramos de nitrato de potasa, tres veces al día.

En la última quincena de Febrero el enfermo tuvo muchas crísis de dolores abdominales intensos, que duraban á menudo algunas horas, y se alivian despues de eructar gases y líquido.

El 26 de Febrero vomitó los alimentos. Hácia esta época comenzó á sobrevenir un ligero meteorismo. Al principio el vientre estaba libre, tres ó cuatro deposiciones por día, con materias de buena consistencia, pero de color arcilloso y muy fétidas. La ictericia y el color de la orina variaban de intensidad de vez en cuando, siendo la última casi negra por la

considerable cantidad de pigmento biliar. Perdió el apetito, si bien lo recobró bajo la influencia de las píldoras de quinina, prescritas el 11 de Febrero.

El enfermo continuó adelgazando hasta el 4 de Marzo, en que no pesaba más que 105 libras; esto representaba una pérdida de unas 11 libras desde su entrada.

Más adelante su aspecto mejoró, y el 1.º de Abril había ganado tres libras.

A fines de Enero padeció, durante unos ocho días, forúnculos pequeños pero muy dolorosos en el meato auditivo izquierdo. A principios de Marzo apareció en la parte posterior de la piel del cráneo una erupcion de pequeños forúnculos dolorosos, y á últimos del mismo mes se formó en el occipucio y en la parte superior del cuello un ántrax voluminoso que le obligó á permanecer unas tres semanas en la sala de cirugía.

1.º de Mayo de 1868. — Hé aquí cuál es en este día el estado del enfermo. Su aspecto ha mejorado considerablemente; cinco y media libras más que el 4 de Marzo. Ictericia indudablemente ménos intensa; la orina contiene ménos pigmento biliar, pero las deposiciones son siempre arcillosas y no se notan indicios de bílis. La comezon es más considerable que nunca desde que toma una mixtura que contiene ácido nítrico y quina. El tumor ha cambiado poco desde el 10 de Febrero; es siempre duro y sin dolor. Ménos meteorismo y ninguna ascítis. El apetito es mejor; dos ó tres deposiciones por día.

27 de Mayo. — El enfermo ha ganado siete libras desde el 4 de Marzo; la comezon le causa muchos sufrimientos, pero la ictericia es ménos marcada y la orina ménos oscura que el día de su entrada. Ha tomado durante una semana, tres veces al día y dos horas despues de la comida, una cápsula de gelatina que contenía 20 centigramos de bílis de buey; pero las deposiciones son siempre arcillosas y apénas más oscuras que ántes.

6 de Junio. — El paciente ha tenido hace dos días una violenta crísis de dolor abdominal que persiste algunas horas, y acompañada de vómitos, sudores, sensacion de frío en la periferia y debilidad del pulso. El estado general es el mismo y el color de las materias fecales no cambia.

Despues de esto el paciente comienza á adelgazar de nuevo (9 de Junio, 108 libras), se debilita, y se queja de peso en el epigastrio y de un gran escozor en las manos.

El 14 de Junio empezó á vomitar los alimentos, y al día siguiente las deposiciones eran negras, como si tuvieran sangre.

El 19 de Junio apénas podía andar, y se vió que el tumor era más grueso y ocupaba más el lado derecho.

El 25 vomitó materias de mal aspecto, conteniendo sarcinas en abundancia; algo de albúmina en la orina, y tambien numerosos cristales de oxalato de cal.

El 30 de Junio tuvo vómitos análogos á los del día 25; el hígado parecía más grueso y su cara epigástrica era distintamente nodulada.

Los vómitos de sarcinas y la melena persisten; el enflaquecimiento y la postracion hacen rápidos progresos, pero la ictericia disminuye y hay poca bílis en la orina.

El 17 de Julio el borde inferior del hígado llega á cerca de pulgada y media del ombligo. El enfermo ha tenido un escalofrío bastante marcado y mucha fiebre, porque el pulso se elevó hasta 96 y la temperatura á 40°,4. Sudores nocturnos; ligero edema de los piés.

El 19 de Julio arqueamiento distinto en el epigastrio; el borde inferior del hígado llegaba completamente al ombligo, y la macidez hepática en la línea mamaria derecha medía ocho pulgadas.

El 23 de Julio el enfermo no pesaba más que 92 1/2 libras. La fiebre y los sudores persistían.

El 26 diarrea con deposiciones completamente biliosas; no ha habido comezon durante tres semanas.

El 29 otro escalofrío con violento dolor en el epigastrio y calambres en los miembros.

El dolor en el epigastrio se presenta con gran frecuencia, y el enfermo fué declinando lentamente hasta su muerte, el 3 de Agosto. Durante la última semana de la vida la ictericia era apénas apreciable, y la orina pálida y clara.

Autopsia. — Hígado considerablemente engrosado, que llegaba por debajo hasta el ombligo, y sembrado de muchas masas cancerosas, hasta del volúmen de una nuez; algo de linfa reciente en su cara inferior. Por debajo del lóbulo derecho se encontraba un tumor redondeado, del grosor de una naranja, situado en el punto que normalmente ocupa la vesícula biliar, pero sin conexiones con ésta última, y había tomado orígen en las túnicas del duodeno. Correspondiendo á este tumor, en la superficie mucosa del duodeno, se encontraba una úlcera cancerosa, que comenzaba á dos pulgadas del píloro y tenía una extension de dos y media pulgadas. Era un cáncer medular. El conducto colédoco era bastante grueso para permitir la introduccion del dedo; se podía desde él inyectar agua en el duodeno, á traves de un orificio ulceroso y desigual. La vesícula contenía una onza de líquido bilioso tenue, pero ningun cálculo. Los conductos biliares intrahepáticos estaban muy dilatados, y muchos de ellos parecía que terminaban en pequeños abscesos que contenían un pus amarillo espeso. Conductos pancreáticos igualmente dilatados. Riñones congestionados. Los demas órganos normales.

OBSERVACION CXXVIII. — *Cáncer del duodeno y del estómago. — Depósitos secundarios en el hígado. — Ictericia y ascítis.*

Federico R..., pintor, de 38 años de edad, fué admitido en el hospital Middlesex el 14 de Febrero de 1870. No hay antecedentes de cáncer en su familia. Abusos en las comidas y bebidas hasta cerca de tres meses ántes de su entrada, en que tuvo un acceso de *delirium tremens*. A principios de 1868 tuvo una ulceracion en la garganta sin erupcion, pero seguida de descamacion de la piel. Apénas restablecido comenzó á tener dolor en el epigastrio, que se presentaba de vez en cuando, ordinariamente dos ó tres horas despues de las comidas, y desde entónces estos síntomas han persistido con una intensidad creciente. En Agosto de 1869 observó por vez primera un tumor duro y algo sensible situado en la parte superior del abdómen, y que había continuado aumentando de volúmen. Desde mediados de Diciembre de 1869 ha sufrido mucho de un dolor gravativo, que partía del lado derecho del abdómen y descendía por delante á lo largo del muslo; fué durante un mes tan violento, que el enfermo no podía dormir. Hace dos años enflaqueció rápidamente, y padecía en ocasiones diarrea y hemorroides. Desde seis semanas ántes de su entrada ha tenido que guardar cama.

Al entrar en el hospital, el enfermo está muy delgado; los dolores ántes indicados persisten; el del muslo derecho aumenta cuando el paciente se acuesta sobre el lado derecho, y cuando se apoya en el izquierdo experimenta en la region del hígado una traccion desagradable. La posicion que ménos molestias le causa es el decúbito supino. Puede retener en su estómago el té de buey y el pan en pequeña cantidad; pero la carne y la mayor parte de los alimentos son rechazados casi inmediatamente, ó bien al cabo de dos á cuatro horas. Lengua blanca y húmeda; poco ó ningun apetito; vientre algo contraido durante las seis últimas semanas, y ninguna deposicion hace cuatro días. Macidez hepática en la línea mamaria derecha, seis y media pulgadas; á la derecha de la línea media, el hígado es igual é indolente; pero en el lado izquierdo del epigastrio se encuentra una masa dura, nodulada, sensible, casi del grosor de una naranja, en continuidad aparente con el lóbulo izquierdo, pero algo movible. La macidez del bazo no ha aumentado. No hay ictericia, ni ascítis, ni hinchazon de las piernas. Pulso á 84; órganos torácicos sanos.

Orina abundante, clara, densidad 1.012, que no contenía pigmento biliar ni albúmina.

Bajo la influencia del bismuto, del ácido cianhídrico, de la creosota y de las inyecciones subcutáneas de morfina y atropina, calmaron los vómitos y los dolores, pero no reapareció el apetito; había mucha flatulencia y

un extreñimiento pertinaz; el enfermo continuaba enflaqueciendo y perdiendo fuerzas.

El 1.º de Abril se observó la presencia de un nódulo del volúmen de un guisante debajo de la piel, á una pulgada por encima del ombligo.

El 27 de Abril se descubrió la ascítis; la circunferencia del abdómen al nivel del ombligo era de 32 pulgadas.

El 6 de Mayo era de 35.

El 12 de Mayo, hinchazon de los piés.

El 16 se encuentra pigmento biliar en la orina, y las materias fecales ofrecían un color blanquecino.

El 20 la ictericia era manifiesta.

El 28 el enfermo está bastante peor; se encuentra tan débil que apénas puede moverse en la cama. Lengua seca; paroxismos de disnea al menor esfuerzo. Por la noche estupor, que persiste hasta la muerte.

Día 29. — Muere el enfermo en las primeras horas de la mañana.

Autopsia. — Cuatro litros de serosidad clara en el peritoneo. Hígado casi del volúmen normal, pero sembrado de masas de cáncer amarillo reblandecido; cápsula engrosada y adherida. El tumor que se había sentido durante la vida se hallaba situado inmediatamente por debajo del lóbulo izquierdo del hígado, y procedía del duodeno y de la extremidad pilórica del estómago. La primera porcion del duodeno, en una extension de cinco pulgadas, tiene sus paredes considerablemente engrosadas (dos tercios de pulgada en ciertos puntos) por el depósito canceroso, en algunas partes duro y traslúcido, en otras más blando, más opaco y amarillo. Este depósito morboso se extendía igualmente al estómago en una extension de cuatro á cinco pulgadas, pero no era tan espeso. La mucosa de la primera porcion del duodeno y de la extremidad pilórica del estómago se hallaba ulcerada en una gran extension, y el calibre del duodeno se había estrechado. En la cara externa del duodeno se encontraba una masa considerable de excrescencias cancerosas. Los ganglios de la cisura del hígado y los ganglios mesentéricos estaban igualmente aumentados de vorúmen, de modo que formaban un tumor que comprimía el peritoneo por delante y que había producido la erosion de las primeras vértebras lumbares; el cuerpo de estas vértebras se hallaba casi completamente desgastado. Peso del bazo unos 150 gramos, ó sea el normal. Riñones, corazon y pulmones sanos. Los ganglios linfáticos situados alrededor de la raíz de los pulmones ofrecen el grosor de un huevo de gallina por el depósito canceroso; unos 300 gramos de líquido en la pleura izquierda.

OBSERVACION CXXIX. — *Cáncer del duodeno que rodeaba el conducto hepático. — Cáncer secundario del hígado. — Ictericia y ascítis. — Muerte por pulmonía lobular.*

Tomás M..., de 36 años de edad, carretero, fué admitido el 28 de Julio de 1869 en el hospital Middlesex. Padre y madre vivos, con buena salud. No existen antecedentes de afeccion maligna en la familia. Nuestro enfermo no ha tenido nunca sífilis, y si exceptuamos las enfermedades propias de la infancia y la viruela, ha gozado siempre buena salud hasta que comenzó la afeccion actual. El 24 de Diciembre de 1868 se mojó completamente, secándose los vestidos encima de él. Tres días despues tuvo tos con dolor sordo, gravativo, por debajo de la tetilla derecha. Al cabo de otros tres días el dolor se extendió al epigastrio, donde permaneció nueve días, pero sin ser nunca muy intenso. Durante este período vomitó en dos ó tres ocasiones. Cuando cesó el dolor (cosa que ocurrió repentinamente) el enfermo observó que su piel y conjuntivas estaban amarillas. Desde entónces no ha vuelto á tener dolores, náuseas, ni vómitos, pero la ictericia persistió; el enfermo experimentaba una sensacion constante de laxitud, tenía una ligera diarrea y continuó adelgazando. Cinco semanas ántes de su entrada comenzaron á hincharse los piés y las piernas; pero no por eso abandonó su trabajo hasta cinco días ántes de su entrada en el hospital, en cuya época tuvo tos y expectoracion.

A su entrada el enfermo está muy delgado y profundamente ictérico; anasarca considerable de ambas piernas, y edema manifiesto del tronco. El enfermo se queja sobre todo de una gran debilidad y de diarrea; siete á ocho deposiciones por día, líquidas y sin pigmento biliar, pero que depositaban un sedimento granuloso, jaspeado, que contenía, al parecer, sangre alterada. Lengua limpia, roja y seca en la punta; sed; no hay vómitos. El hígado está engrosado; mide en la línea mamaria derecha cinco pulgadas; de ellas tres por debajo de las costillas; su superfieie es igual é indolente; el borde inferior duro y cortante. Ligera ascítis; poco desarrollo de las venas abdominales; el bazo no está aumentado de volúmen. No hay hemorroides. Pulso á 92, algo débil; signos del corazon, normales. Tos frecuente, con expectoracion de mucosidades bronquiales filamentosas; 24 respiraciones; estertores sibilantes con espiracion prolongada por delante de ambos pulmones, y algunos estertores húmedos por detras; no hay macidez. Temperatura 38°,5; no hay comezon en la piel; la orina contiene mucho pigmento biliar, pero no albúmina; densidad 1.010.

Como alimentos se le dan: leche, huevos y tres onzas de aguardiente; ademas se prescribió una mixtura de bismuto, éter clórico y algunas gotas de láudano, y se aplicaron sinapismos sobre el pecho.

Durante los dos ó tres primeros días el enfermo se sintió mucho me-

jor; la lengua se puso húmeda y la diarrea cesó. Sin embargo, la fiebre persistió, variando el pulso entre 88 y 120, y la temperatura entre 38°,5 y 40°.

En la noche del 1.° de Agosto el estado del enfermo empeoró considerablemente; las respiraciones se elevaron á 44.

El 2 de Agosto la postracion era notable; el enfermo apénas tenía conocimiento; lengua seca y evacuaciones involuntarias.

Estos síntomas persistieron hasta el día siguiente, 3 de Agosto, en que sobrevino la muerte.

Autopsia. — Infiltracion sanguínea considerable de ambos pulmones. En el lóbulo inferior de los pulmones, sobre todo en el lado derecho, había esparcidos muchos pequeños núcleos de pulmonía lobular reciente. Estómago sano. Orificio del conducto colédoco, rodeado por una masa de cáncer encefaloide que formaba eminencia en el duodeno. Un tumor semejante, pero mucho más pequeño, partía de la superficie mucosa, algunas líneas más abajo. El tumor mayor era, despues de la diseccion, del volúmen de una nuez. Por encima de él los conductos hepático y colédoco estaban muy dilatados: el primero de ellos medía una y cuarto pulgada de circunferencia. Hígado grueso: pesaba más de 2.100 gramos, y contenía algunos pequeños nódulos de depósito morboso, aislados y en ciertos puntos confluentes, constituidos por un estroma fibroso que encerraba en sus mallas gruesas células ovales con prolongaciones. El bazo pesaba próximamente 310 gramos y estaba sano. Todos los demas órganos abdominales igualmente normales.

En el siguiente caso la ictericia resultó igualmente de un cáncer cuyo sitio primitivo fué, al parecer, el tejido areolar y los ganglios linfáticos que rodean la cabeza del páncreas. Pero la causa inmediata de la ictericia fué un tumor canceroso pediculado, independiente, desarrollado en el interior del colédoco. Se encontraron dichos tumores en la vena porta y en el duodeno.

OBSERVACION CXXX. — *Tumores cancerosos del duodeno, del interior de los conductos biliares y de la vena porta. — Ictericia. — Ascítis.*

Isabel M..., de 50 años de edad, fué admitida el 17 de Abril de 1872 en el hospital de Santo Tomás. Su madre había tenido en el cuello, durante treinta años, un tumor que nueve ántes de su muerte se había convertido en cáncer. Tres años ántes de su entrada, la enferma observó en el hipocondrio derecho un tumor del grosor de un huevo de gallina. Hace ocho meses este tumor comenzó á aumentar de una manera lenta, pero nunca acusó dolor, ni áun á la presion; su salud no se resintió hasta hace tres meses, en cuya época comenzó á adelgazar. Hace ocho meses empe-

zó á vomitar los alimentos, una ó dos veces por día, una ó dos horas despues de las comidas. Hace tres semanas presentóse la ictericia, precedida, durante una semana, de diarrea, pero sin dolor y sin que los esfuerzos de vómito fueran más intensos.

A su entrada la enferma está delgada y profundamente ictérica, pero su aspecto general no expresa el sufrimiento. Dice que experimenta de vez en cuando crísis de fuerte dolor en el abdómen, que duraban á veces tres horas, y la impedían dormir.

Notable eminencia en el centro del abdómen, sobre todo por debajo del ombligo, y debida á una hernia ventral; pero su parte superior estaba formada por una masa dura, situada entre el ombligo y las costillas derechas, nodulada, algunas veces sensible, que se extiende á cierta profundidad en el abdómen, pero al propio tiempo ligeramente movible y con un espacio claro, á la percusion, entre él y el hígado. Macidez hepática normal. Lengua algo sucia; bastante buen apetito, pero malestar despues de las comidas, que eran arrojadas á menudo dos ó tres horas despues de su ingestion. Los intestinos funcionaban regularmente; no había bílis en las deposiciones. No existe ascítis; orina muy coloreada por el pigmento biliar. Pulso á 72. Corazon y demas órganos, sanos.

Se prescribe á la enferma una píldora de creosota y de morfina, dos veces al día, y más tarde bismuto y dieta láctea.

Hubo al principio una gran mejoría; pero el 13 de Mayo comenzó á faltar el apetito.

El 16 el dolor era tan intenso, que fué necesario hacer una inyeccion subcutánea de morfina; había ya algun indicio de ascítis, el cual aumentó rápidamente.

El 19 ligera diarrea; se vió que las deposiciones contenían una gran cantidad de materia grasa solidificada. Desde el momento en que se presentó la diarrea, los vómitos cesaron durante diez días.

El 4 de Junio el abdómen estaba considerablemente distendido por líquido; su superficie era tensa y reluciente, y la enferma se quejaba mucho de constriccion y de disnea. Las piernas se tornaron tambien edematosas. De vez en cuando, vómitos de mucosidades estriadas de sangre. Se sacaron por la paracentésis ocho litros de serosidad clara.

La enferma se encontró aliviada por el pronto; pero en seguida empeoró y murió el 7 de Junio.

Autopsia. — Cerca de cuatro litros y medio de serosidad turbia, muy amarilla, en el peritoneo. Detras del duodeno se encontraba un ancho tumor lobulado, compuesto principalmente de ganglios linfáticos infartados que rodeaban la cabeza del páncreas. El duodeno contenía una masa cancerosa, vascular, pediculada de dos pulgadas de largo por una de ancho, que se rompió abriendo el intestino, pero que estaba fija por un pedículo del grosor de una pluma, semejante á un seno, de una pulgada de

larga, y situada contra el conducto colédoco, independiente de este último. Despues se encontraban otros senos que contenían masas cilíndricas de nueva formacion. Se veían algunas de éstas en las venas esplénicas y porta, lo mismo que en las ramas de esta última en el interior del hígado, y tambien en el conducto hepático, en su union con el conducto cístico; más allá el conducto hepático estaba considerablemente dilatado, hasta el punto de que podía admitir los dos dedos; los conductos biliares intrahepáticos estaban tambien muy dilatados; vesícula biliar enormemente distendida. No se pudo descubrir el conducto pancreático. Pequeño tumor vascular en la superficie peritoneal del fondo del útero. Riñones, bazo y demas órganos, sanos.

En la Observacion CXXXI la ictericia fué producida por un cáncer primitivo de los ganglios linfáticos de la cisura porta, que obliteraban el conducto hepático; pero habían dejado libre el conducto colédoco y la vena porta. Aquí tambien el enfermo mejoró al principio y llegó á recobrar parte de su peso bajo la influencia del tratamiento.

OBSERVACION CXXXI. — *Escirro de las glándulas de la cisura porta, que obliteraban el conducto hepático y producian ictericia. — Conducto colédoco y vena porta libres.*

Guillermo B..., de 63 años, colchonero, fué admitido en el hospital de Santo Tomás de Lóndres el 7 de Abril de 1875. Ha sido hijo único; su padre murió jóven, de escarlatina; su madre á los 75 años. Hace 24 años tuvo una inflamacion de los pulmones y del hígado. Hace siete años estuvo tambien enfermo durante seis semanas, teniendo dolores en la espalda y diarrea. Si exceptuamos esto, nuestro individuo ha gozado siempre buena salud; nunca ha tenido gota ni sífilis; las digestiones han sido buenas. Hace diez semanas comenzó á perder el apetito y á experimentar náuseas, esfuerzos para vomitar, y dolor en la espalda, los hombros y el estómago. Al cabo de dos semanas se presentó la ictericia, y una semana más tarde vióse obligado á abandonar su trabajo. Desde el principio había enflaquecido rápidamente y perdido sus fuerzas.

Al entrar en el hospital, enflaquecimiento, ictericia profunda, viva comezon que le impedía dormir. Deposiciones desprovistas de pigmento biliar, y orina cargada de este mismo pigmento. Lengua blanca, mejor apetito que ántes. No hay vómitos desde hace cinco días; vientre libre; no hay ascítis, ni desarrollo de las venas abdominales, ni induracion alrededor del ombligo. Hígado engrosado, que medía seis pulgadas en la línea mamaria derecha; superficie lisa; no se observa edema de las piernas, ni albuminuria. Pulso de 45 á 60; corazon normal, temperatura 36°,1.

Durante las tres primeras semanas se le trató por el citrato de potasa efervescente, lo cual produjo un notable alivio, en términos que el enfermo llegó á recobrar unas dos libras de su peso. Con todo, en dos ó tres ocasiones sintió un dolor intenso que atravesaba la parte superior del abdómen y duraba una hora próximamente.

El 28 de Abril tuvo otra crísis más violenta que de costumbre, acompañada de vómitos; á consecuencia de esto el enfermo perdió nuevamente el apetito. Los vómitos y el dolor reaparecieron con frecuencia, y el enfermo adelgazaba y se iba debilitando visiblemente.

El 11 de Junio comenzó á vomitar sangre negra, encontrándose al propio tiempo algunos coágulos en las deposiciones. Despues de esto empeoró con rapidez y sucumbió el 20 de Junio.

Autopsia. — No hay líquido en el peritoneo. Páncreas y duodeno adheridos á la cara inferior del hígado, pero sanos. En la cisura porta tumor nodular de nueva formacion, del volúmen de una naranja pequeña, de consistencia dura, adherida á los órganos inmediatos por medio de tiras fibrosas, y que penetraba á una pulgada, poco más ó ménos, de profundidad en la sustancia del hígado. Este tumor rodeaba, infiltraba y obstruía por completo el conducto hepático en una extension de media pulgada. Por encima de este punto, todas las ramas de dicho conducto se hallaban considerablemente dilatadas y llenas de bílis tenue. La mayor parte del lóbulo derecho del hígado estaba trasformada en un tejido cavernoso formado por los conductos dilatados, con atrofia é induracion de los tejidos interpuestos; algunos de estos conductos dilatados ofrecían el aspecto de quistes del grosor de un guisante y formaban una elevacion en la superficie. La vesícula contenía 12 gramos próximamente de bílis; una sonda pasaba con facilidad desde su interior al duodeno por el conducto cístico y colédoco, que tenían su calibre normal. La pared de la vena porta opuesta al punto en que existía la obstruccion del conducto hepático se hallaba infiltrada en la extension de un tercio de pulgada, pero su cavidad no estaba obliterada. Al microscopio, se vió que el tumor ofrecía la estructura del escirro. Algunas otras glándulas de la cisura porta estaban aumentadas de volúmen é invadidas por la degeneracion; pero no el hígado ni ningun otro órgano. Estómago, intestinos, bazo, riñones y corazon, normales. Edema y congestion hipostática de ambos pulmones.

En el siguiente caso la ictericia resultaba de la obstruccion del conducto colédoco por una masa escirrosa desarrollada en las glándulas retroperitoneales.

El modo como comenzó difería del de los cólicos hepáticos ó del catarro de las vías biliares; en cuanto al cáncer primitivo del hígado, cuya idea ocurrió desde luégo, se desechó por la retraccion que siguió al aumento anterior de volúmen del hígado. El diagnóstico más probable pa-

reció un cáncer de la cabeza del páncreas; pero la autopsia demostró que la lesion había comenzado por los ganglios retro-peritoneales, y bajo este punto de vista es interesante advertir que el síntoma que predominó siempre fué el dolor en la espalda.

OBSERVACION CXXXII. — *Cáncer de los ganglios retro peritoneales que obstruía el conducto colédoco y la vena porta. — Depósitos secundarios en el hígado y los pulmones.*

Elena F..., de 60 años, fué admitida en el hospital de Santo Tomás el 18 de Mayo de 1875. Su padre murió á los 57 años de tífus, y su madre á los 60. Dos hermanos y una hermana murieron de viruela. Nuestra enferma se casó á los 17 años y tuvo 12 hijos; buenas costumbres: no ha abusado nunca de los alcohólicos.

Hace 10 años tuvo una fiebre asténica, y hace dos algunos ligeros trastornos hepáticos. Salvo estas excepciones, su salud fué buena hasta hace seis meses; en dicha época comenzó á enflaquecer, á perder las fuerzas y el apetito, á experimentar flatulencia y crísis pasajeras de dolores en la espalda. Al cabo de dos meses, los dolores en la espalda se hicieron más frecuentes; pasados otros 60 días, se presentaron las náuseas y la comezon en la piel; un mes ántes de su entrada comenzó la ictericia. Cuando ésta apareció, el dolor en la espalda se hizo más constante y más intenso.

Diez días ántes de su admision experimentó por vez primera un dolor agudo en el hígado, que duró un minuto próximamente, y seis días despues vomitó.

Al entrar en el hospital, la enferma está delgada y profundamente ictérica; viva comezon en la piel. Mucho dolor á traves de la espalda, pero nada en el hígado, cuyo volúmen está muy aumentado. El borde superior no está muy alto, pero el inferior pasa tres y media pulgadas de las costillas en la línea mamaria derecha; la macidez vertical mide en este punto seis pulgadas; la superficie del órgano es igual, dura, poco sensible; no hay induracion alrededor del ombligo, ni ascítis, ni edema de las piernas, ni aumento de volúmen del bazo. Lengua sucia; mediano apetito; no hay esfuerzo de vómito; flatulencia pronunciada, pero no mucha incomodidad despues de las comidas; vientre ordinariamente libre, deposiciones arcillosas, que contenían á veces sangre á consecuencia de un esfuerzo. Orina cargada de pigmento biliar, sin albúmina. Pulso á 72; signos cardiacos y pulmonares, normales.

La enferma fué tratada por los ácidos minerales, la nuez vómica y el enebro, y al propio tiempo algunos evacuantes. Carne ó pescado, y un poco de vino.

Al principio notó cierto alivio, pero no tardó en empeorar gradual-

mente. El dolor dorsal era incesante y calmó por la morfina; el dolor en el hígado no volvió á presentarse.

El 21 de Mayo, el 27 de Junio y el 22 de Julio, vomitó sus alimentos. Tuvo extreñimiento, pero el 20 de Junio sobrevino una diarrea que duró muchos días, cinco á seis deposiciones por día, y despues de esto las evacuaciones fueron ordinariamente muy oscuras, como si tuvieran sangre. El enflaquecimiento aumentó; la ictericia persistió; el volúmen del hígado disminuyó gradualmente.

El 24 de Julio sobrevino la ascítis, que aumentó con rapidez. La enferma podía aún comer y retener los alimentos; pero el 7 de Agosto cayó en una gran postracion.

El 9 de Agosto falleció.

Autopsia. — El peritoneo contenía gran cantidad de líquido claro teñido de bílis. Detras de la cabeza del páncreas, y formando una ligera eminencia por encima, se encontraba un tumor denso, nodulado, del volúmen de una naranja pequeña, íntimamente adherido á las partes inmediatas, y que comprendía el conducto colédoco y la vena porta. Disecándole se vió que había comenzado en los ganglios situados detras del páncreas y que consistía en tejido cicatricial denso. La arteria mesentérica superior pasaba al traves; cerca de su centro estaba comprimida y estrechada, pero sus cubiertas no se hallaban infiltradas. El conducto colédoco le atravesaba igualmente en su parte superior, á media pulgada de su union con el conducto cístico y con el conducto hepático, y estaba completamente obliterado. La vena porta se hallaba tambien estrechada, y sus paredes muy engrosadas é infiltradas en una extension de tres cuartos de pulgada; en el punto opuesto á su entrada en el tumor se encontraba un trombo decolorado, adherido, que ocupaba próximamente una pulgada de extension, pero no obstruía por completo el vaso. La vesícula estaba distendida por un líquido viscoso, claro, incoloro y por 50 á 60 pequeños cálculos del grosor de guisantes. Su fondo tenía tres cuartos de pulgada de grosor por el depósito de nueva formacion, del cual se veían tambien algunos nódulos redondeados en el tejido adyacente del hígado. Hígado atrofiado y denso; anchas placas de engrosamiento fibroso de la cápsula; ramas del conducto hepático considerablemente dilatadas y llenas de un líquido incoloro. Inflamacion catarral y erosiones hemorrágicas del estómago. Bazo, riñones y corazon, normales. Lóbulos inferiores de ambos pulmones sembrados de numerosos nódulos de nueva formacion, semejantes á los del hígado, del volúmen de un grano de mostaza al de un guisante grueso.

LECCION UNDECIMA

ICTERICIA

(CONTINUACION)

Ictericia sin obstruccion de las vías biliares. — Diagnóstico de las causas de la ictericia

SEÑORES:

En mi última leccion os he dicho que la ictericia, en los casos en que es independiente de todo obstáculo mecánico al curso de la bílis fuera del hígado, puede referirse á una de las siguientes causas:

I. Presencia en la sangre de venenos que oponen un obstáculo á las metamorfósis normales de la bílis.

II. Debilidad ó trastorno de la inervacion, que opone un obstáculo á las metamorfósis normales de la bílis ó aumenta su secrecion.

III. Oxigenacion insuficiente de la sangre, que opone un obstáculo á las metamorfósis normales de la bílis.

IV. Hipersecrecion de la bílis, de suerte que se absorbe más de lo que puede trasformarse en estado normal.

V. Retencion anormal de la bílis en las vías biliares y en los intestinos á consecuencia de un extreñimiento habitual ó prolongado.

La mayor parte de la presente leccion tendrá por objeto el estudio de la ictericia procedente de dichas causas.

I. — Ictericia por intoxicacion de la sangre

No es raro que la ictericia resulte de un estado morboso ó de una intoxicacion de la sangre, tal como la que se observa en las personas enfermas de diversas fiebres específicas. Es muy probable que, cuando la ictericia

sobreviene en tales casos, no se desarrolle siempre del mismo modo. Algunas veces (como, por ejemplo, en bastantes casos de fiebre intermitente ó de fiebre remitente) es debida á un aumento de volúmen ó una congestion considerable del hígado, y esta congestion es á menudo la principal, si no la única causa de la ictericia; otras veces, el orificio duodenal del conducto colédoco puede estar obstruido á consecuencia de la inflamacion catarral. Pero en bastantes casos (que por cierto son los más graves) la ictericia es independiente, ora de la congestion del hígado, ora de la obstruccion del conducto colédoco; durante la vida la bílis no falta en las evacuaciones, y despues de la muerte el hígado está más bien anémico que congestionado. En estos casos igualmente los fenómenos cerebrales y otros del estado tifoideo son los que suelen predominar, y cabe creer que aquí, como en otras enfermedades, el estado tifoideo es debido, no á la presencia de bílis en la sangre, sino á la elaboracion ó á la eliminacion imperfecta de los productos normales de las metamorfósis de la sangre y de los tejidos; la ictericia no es entónces más que un signo visible. Aunque carecemos todavía de observaciones precisas acerca de esta forma de ictericia, se ha observado varias veces que hay diminucion de la urea en la orina, y en algunos casos se ha comprobado en este líquido la presencia de la leucina y de la tirosina, que, como hemos dicho en otro lugar, indican una metamorfósis imperfecta. El estado general del enfermo es, en realidad, muy semejante al que se observa en la atrofia amarilla ó aguda del hígado, y es probable que la patología de ambos estados sea muy semejante. En ambos existe un estado morboso de la sangre, cuyo efecto es suspender ó impedir las metamorfósis que se realizan ordinariamente en este líquido; hay tambien una excrecion insuficiente de urea y una tendencia á la produccion de leucina y de tirosina en el hígado, el bazo, los riñones, la sangre y la orina. En ambos tambien es probable que la ictericia sea simplemente uno de los resultados de esta metamorfósis incompleta, no trasformándose el pigmento biliar absorbido en la sangre como en estado normal.

Algunas veces el órgano hepático presenta un aspecto semejante al de la atrofia aguda en un período próximo al principio; ya he tenido ocasion de deciros en otro lugar que los venenos del *typhus fever* y de otras enfermedades de la misma familia pueden colocarse entre las causas de atrofia amarilla del hígado.

Podemos ahora ocuparnos brevemente de la ictericia producida por los diversos venenos de la sangre, de los cuales unos la determinan mucho más fácilmente que otros.

1.° — Venenos de las diversas fiebres específicas

a) — *Fiebre amarilla*

La fiebre amarilla de los trópicos ha sido llamada así porque, generalmente, va acompañada de ictericia. Se ha demostrado hasta la evidencia que el color amarillo de la piel y de los ojos en dicha enfermedad es ocasionado por la presencia de la bílis, que tambien se encuentra en la orina El resultado de las autopsias y el hecho de que en los primeros períodos de la enfermedad hay bílis en abundancia en las deposiciones, han demostrado de una manera que no deja lugar á duda que la ictericia es independiente de todo obstáculo al curso de la bílis fuera del hígado. Por otra parte, lo mismo que la atrofia aguda del hígado, la ictericia suele ir acompañada de hemorragias, de *vómitos negros*, de delirio y de los demas síntomas del estado tifoideo; hay tambien poderosas razones para creer que tal estado tifoideo se debe á la misma causa que en la atrofia aguda; á saber: una alteracion, un trastorno de las trasformaciones que deben verificarse en la sangre y en los tejidos, y la retencion en el organismo de los productos de estas trasformaciones, que deberían ser eliminados por los riñones. En la mayor parte de los casos, la orina es albuminosa y contiene cilindros urinarios; á veces la orina está suprimida. La Roche ha visto la orina sin urea, pero en cambio este principio abundaba en la sangre (1). Blair ha descubierto una gran cantidad de carbonato de amoniaco en la sangre y tambien en el aire espirado (2); Lallemant, por su parte, dice que el sudor tiene un marcadísimo color urinoso (3). El hígado está al principio aumentado de volúmen por hiperemia; pero en un período avanzado de la enfermedad palidece, disminuye de volúmen, y las células glandulares están á menudo cargadas de aceite (4); ordinariamente tambien se encuentran los riñones gruesos y congestionados en el primer período, pero más tarde la sustancia cortical se hipertrofia y los tubos secretores se llenan de epitelio granuloso. Podemos, pues, deducir de lo que precede que la ictericia de la fiebre amarilla no es más que uno de los

---

(1) *Yellow fever*. Filadelfia, 1855.

(2) *Report on yellow fever*, por Daniel Blair, págs. 39 y 40. *British and Foreing Med. chir. Rev.*, Abril, 1856.

(3) Frerichs, *op. cit.*, pág 182.

(4) En la epidemia de Gibraltar, entre 13 casos seguidos de autopsia, Louis observó que la cohesion del hígado había disminuido en siete; « el color de dicho órgano estaba alterado, de modo que variaba entre el de manteca fresca, paja, café con leche, amarillo de goma-guta, de mostaza, anaranjado ó aceituna. » Louis *Recherches sur la fièvre jaune de Gibraltar de 1828 (Mémoires de la Soc. médic. d'Observ.*, t. II), y Graves, *Cliniq. Méd.*, traducida por Jaccoud, primera edicion, t. I, pág. 363.

resultados de esa debilidad ó del desórden de las metamorfósis que se verifican en la sangre y los tejidos, demostradas por pruebas tan numerosas.

b) — *Fiebres palúdicas remitentes e intermitentes*

Se ha observado muchas veces la aparicion de la ictericia en las fiebres palúdicas remitentes é intermitentes de la India, de Argelia y otros países en que no se conoce la verdadera fiebre amarilla. Por mi parte he observado la ictericia, hace 24 años, en las fiebres palúdicas de Burmah (1); y Morehead, uno de los más antiguos y reputados autores de obras que se ocupan de las enfermedades de las Indias, dice haber visto la ictericia 28 veces entre 114 casos de fiebre remitente (2). En Argelia se ha visto la ictericia en las siete décimas partes de los casos de fiebre intermitente (3). En tales casos, la ictericia sobreviene de diferentes modos. Algunas veces es debida á un infarto congestivo del hígado, ó á un catarro gastro-duodenal, dificultando más ó ménos completamente el curso de la bílis, y produciendo por lo tanto una insuficiencia ó una falta de bílis en las deposiciones. En ambos casos los síntomas generales son á menudo ligeros; pero en otros, ordinariamente mortales, la ictericia va acompañada de sequedad y color pardo de la lengua, sopor, delirio, temblores, sobresaltos y otros síntomas del citado tifoideo, con petequias y hemorragias estomacales é intestinales y con albuminuria y hematuria; á veces supresion completa de la orina (4). Es preciso, pues, hacer en estos casos con mucho cuidado el análisis de la sangre y de la orina, pero hay duda que el estado general es muy semejante, si no idéntico, al del estado tifoideo en la fiebre amarilla, en el tífus británico y en las enfermedades agudas en general (5). En casos graves de fiebre remitente, Morehead y otros autores han encontrado las vías biliares perfectamente libres y exentas de inflamacion catarral, miéntras que el hígado sólo estaba algo congestinado, y á veces pálido y

---

(1) Notes on the climate and diseases of Burmah, *Edinb. Med. and Surg. Journal.*, Abril de 1855, pág. 229.

(2) *Clinical researches on diseases in India*, segunda edicion, 1860, pág. 73.

(3) Boudin, *Traité des fièvres intermittentes*. París, 1842.

(4) Frerichs, *op. cit.*, pág. 179.

(5) En 1853 no encontré albúmina en la orina de los individuos enfermos de fiebre intermitente en Burmah. Mis observaciones, recogidas en su mayor parte en el primer período de la enfermedad ántes de la aparicion de los síntomas tifoideos, establecen una distincion entre las fiebres remitentes palúdicas y la verdadera fiebre amarilla. Sin embargo, la frecuencia relativa de la albuminuria en la fiebre amarilla es probablemente debida al hecho de que el estado tifoideo es mucho más comun en esta enfermedad que en las fiebres remitentes palúdicas. Cuando el estado tifoideo se manifiesta en la fiebre remitente, es raro que difiera del estado tifoideo que se observa en las demas enfermedades por falta de albuminuria. Ademas, en las fiebres intermitentes del mismo orígen telúrico que las remitentes no es raro encontrar albúmina, y áun sangre, en la orina.

enfermo de degeneracion grasosa. En estos casos la ictericia resulta, al parecer, de un estado de la sangre desfavorable á la trasformacion de la bílis absorbida.

c) — *Fiebre recurrente.*

La ictericia es un síntoma bastante comun de la fiebre recurrente de la Gran Bretaña y de Irlanda; la frecuencia de esta complicacion y tambien de los vómitos negros, ha hecho confundir muchas veces la *fiebre recurrente* con la fiebre amarilla. En 1826 Graves y Stokes publicaron un informe sobre la *fiebre amarilla de Dublin*, y el capítulo XXI del primer volúmen de las incomparables *Lecciones clínicas* de Graves se titula *Fiebre amarilla de las islas británicas*. Todos los autores admiten en la actualidad que los hechos citados por dichos médicos eran casos de *fiebre recurrente* ó de *famina*, complicados con ictericia y síntomas cerebrales, y ya en esta época O'Brien los distinguió de la verdadera fiebre amarilla (1). La epidemia que reinó en Escocia en 1843 fué tambien considerada por gran número de sus más distinguidos observadores como de la misma índole, si no completamente idéntica, que la fiebre amarilla; se ha llegado á imaginar que fué importada de las Indias Occidentales á Glasgow por los buques mercantes, aunque en realidad reinó en el E. de Escocia mucho ántes de que apareciera en Glasgow (2). Existen, en verdad, grandes analogías entre las formas más graves de la fiebre recurrente complicada con ictericia y demas síntomas tifoideos y la fiebre amarilla de los trópicos.

La frecuencia de la ictericia en la fiebre recurrente ha sido diversamente apreciada; por término medio, puede admitirse la quinta parte de los casos. Esta ictericia es independiente de todo obstáculo al curso de la sangre fuera del hígado. En la mayor parte de los casos, los síntomas concomitantes son ligeros y los enfermos se restablecen; entónces la ictericia es probablemente debida á la congestion hepática, tan comun en la fiebre recurrente. Sin embargo, la mayor parte de los observadores que han estudiado dicha fiebre se hallan de acuerdo para hacer de la ictericia un síntoma muy grave; en efecto: muchas veces ha ido acompañada de hemorragias, vómitos negros, lengua seca y sucia, delirio, coma, sobresaltos, convulsiones y otros síntomas cerebrales; pero en tales casos no está relacionada con la congestion hepática, pues se ha observado con un hígado blando, pálido y amarillo, y acompañada de la presencia de leucina y de tirosina en la orina (3). Sin embargo, lo mismo que en la verdadera fiebre

(1) *Transact. Queen's College of Phys. of Dublin*, 1828, pág. 532.

(2) Murchison, *On the continued fever of Great Britain*, segunda edicion, 1873, págs. 47 y 395.

(3) De dos casos mortales de fiebre recurrente con ictericia, hemorragias y síntomas tifoideos referidos por el Sr. J. Rose Cormack, el hígado tenía en el primero su color y

amarilla, estos síntomas graves no son debidos á la presencia de la bílis en la sangre; la ictericia es simplemente un signo exterior de las modificaciones importantes de la sangre, que impiden las trasformaciones normales. Se ha visto que la orina estaba suprimida ó disminuida en cantidad y era muy pobre en urea, encontrándose en cambio este cuerpo en abundancia en la sangre y el líquido cerebral (1).

d) — *Typhus fever*

Se han emitido opiniones muy contradictorias respecto á la presencia de la icteria en el verdadero *typhus fever*. Sir W. Jener dice que no la ha observado nunca, miéntras que, segun Frerichs, muchas epidemias de tífus petequial han estado caracterizadas por la frecuencia de la ictericia. Es probable que Frerichs se haya engañado respecto á la frecuencia con que reinan las epidemias de *tífus* y de fiebre recurrente, por el hecho de que, en la mayor parte de los casos, esta última enfermedad ha sido considerada como una simple variedad de la primera. De cualquier modo, en nuestro país, lo mismo que en Irlanda, la ictericia es una rara complicacion del verdadero tífus. En 1843, el Dr. Enderson mencionó la coincidencia de la ictericia con el *typhus fever* (2). Frerichs ha referido dos casos (3); yo mismo he observado 15 que se encuentran consignados en mi obra sobre las fiebres continuas de la Gran Bretaña, y el Dr. Hudson, de Dublin, indica igualmente la ictericia como una rarísima complicacion en el tífus (4). Se puede juzgar de la rareza de la ictericia en el tífus, lo mismo que de la gravedad de los casos en que sobreviene, por lo observado en el hospital de los febricitantes de Lóndres.

Entre 7.604 casos de verdadero tífus admitidos en dicho hospital durante los años 1862, 1863, 1864 y 1865, la ictericia sólo se observó 16 veces, es decir uno por cada 475. De los 16 casos 12 fueron mortales, y si se deducen dos en que la ictericia sólo sobrevino en la convalecencia y era indudablemente catarral, quedan 14 enfermos en los cuales se vió la ictericia como complicacion del tífus exantemático, de ellos 12 muertos.

---

consistencia normales, y en el otro era algo blando y presentaba al corte un color algo oscuro. *Nat. Hist., Path. and Treat. of the epidemic fever at present prevailing in Edinburgh*, etc., 1843, observaciones VII y VIII (reproducido en las *Clinical Studies* del mismo autor, t. I). En la epidemia de fiebre recurrente que reinó en San Petersburgo en 1864 se encontró varias veces la glándula hepática en un estado de atrofia aguda, y en dos casos de este género Zuelzer encontró en dicho órgano cristales de leucina y de tirosina.

(1) Véanse en apoyo de esto las pruebas reunidas en mi obra *On the continued fevers*, etc., segunda edicion, pág. 367.

(2) *Edin. Med. and Surg. Journ.*, 1844, t. LXI, pág. 220.

(3) *Op. cit.*, págs. 165 y 166. (Observaciones XI y XII.)

(4) *Lectures on the study of fever*, 1867, pág. 88.

Lo mismo que en las enfermedades específicas ya mencionadas, la ictericia no es debida á una obstruccion de las vías biliares, sino independiente de la congestion hepática. El tejido hepático, en los casos en que pude practicar la autopsia, estaba ordinariamente pálido y blando; todo indicio de division en lóbulos había desaparecido en algunos casos, y las células glandulares contenían una gran cantidad de aceite y parecían hallarse en vías de destruccion; finalmente, Frerichs ha encontrado, lo mismo que yo, leucina y tirosina en el tejido hepático, en el tejido renal, y tambien en la orina (1). En uno de mis casos (Obs. CXXXIII) se observó igualmente que, como en la atrofia aguda, la urea había casi desaparecido de la orina. Si exceptuamos la presencia de la ictericia, nada hay de notable en estos casos de tífus. Los síntomas tifoides existen siempre en alto grado, y, segun he intentado demostrar en otra parte, son probablemente debidos á la elaboracion imperfecta y la retencion en el organismo de esos productos de metamorfósis de la sangre y de los tejidos que se hallan destinados á ser eliminados por los riñones. Se sabe en la actualidad que las convulsiones, que pueden considerarse como el carácter culminante del estado tifoideo, tienen un orígen urémico lo mismo en el tífus que en la escarlatina, y yo he referido casos de tífus (2) con ó sin convulsiones, en los cuales se encontró la urea en el suero sanguíneo. Ahora bien; cuando la ictericia sobreviene en el tífus, no explica los demas síntomas graves que la acompañan ordinariamente, ni contribuye quizás en manera alguna á la terminacion fatal; es tan sólo un indicio de un trastorno en las metamorfósis normales de la sangre, á consecuencia del cual la bílis absorbida no se trasforma como en estado fisiológico, ni como en los casos ordinarios de tífus.

En ocasiones, la ictericia en el tífus tiene otra explicacion que la que acabo de presentar. Su aparicion en la Observacion CXXXV fué probablemente determinada por la pulmonía doble, y en la Observ. CXXXVI, en que sobrevino durante la convalecencia, pareció debida á un estado parecido al de la puohemia, más bien que un resultado directo del tífus.

e) — *Fiebre tifoidea*

He visto la ictericia en cuatro casos tan sólo de fiebre tifoidea, tres de los cuales terminaron por la muerte. En el que curó (Obs. CXXXVII) la ictericia sobrevino durante una recaida de la fiebre, y fué debida probablemente á un catarro del conducto hepático ó colédoco; en otro caso apareció al 14.° día y fué acompañada de albuminuria, y durante la convale-

---

(1) Murchison, *Continued fevers of Great Britain*, segunda edicion, 1873, página 210.

(2) Véase la obra arriba indicada, págs. 161 y 174.

cencia, de trombo de las venas femorales; la albuminuria persistió y el enfermo murió en el espacio de seis meses. En ambos casos la ictericia sobrevino durante la fiebre primitiva; los dos fueron mortales, y en uno y otro se encontró, al hacer la autopsia, el hígado pequeño y sus células llenas de aceite. En un quinto caso que hace tiempo me fué comunicado (Obs. CXXXIX) se presentó la ictericia al final de un ataque violento y persistió durante la convalecencia. Andral ha referido un caso (1) en que se observó la ictericia al principio del tercer día y en que el enfermo murió el noveno día de una pulmonía en el lado izquierdo. Louis ha publicado dos casos seguidos de muerte, uno acompañado de parótidas y de abscesos secundarios del hígado, otro de erisipela de la pierna (2). Sir W. Jenner no ha observado nunca la ictericia en la fiebre tifoidea, pero cita una preparacion procedente de un caso mortal que se presentó en la costa occidental de Africa. Frerichs refiere dos casos seguidos de muerte (3). En uno de ellos la ictericia no se presentó hasta el 37.° día, cuando el enfermo parecía estar en plena convalecencia, y el día 41.° sucumbió el paciente con los síntomas de edema pulmonar; la orina estaba en pequeña cantidad, y despues de la muerte se encontraron los riñones congestionados, y se observó la presencia de leucina y tirosina en el tejido del hígado. En el otro la ictericia se presentó muy pronto, el quinto día, y fué acompañada de una abundante epistáxis y de delirio violento; el enfermo sucumbió el octavo día, ántes de la aparicion de las ulceraciones del ileon, y se encontró el hígado atacado de atrofia amarilla aguda. En suma: la ictericia parece ser un fenómeno más raro en la fiebre tifoidea que en el tífus, y de los pocos casos en que se observa, se debe en algunos al catarro de las vías biliares; en otros, su patogenia parece ser la misma que la de la ictericia en las afecciones específicas de que me he ocupado.

f) — *Escarlatina*

Encontrareis referidos en la *Clínica* de Graves dos casos de escarlatina complicados con ictericia é infarto del hígado, atribuidos á una hepatítis; el profesor de Dublin habla tambien de una forma crónica de hepatítis, muchas veces consecutiva á la escarlatina. El Dr. G. Harley ha referido asimismo un caso de escarlatina complicada con ictericia por congestion probable del hígado (4).

Segun mi experiencia, me hallo inclinado á creer que la ictericia es

---

(1) *Clinique Médicale*, tercera edicion, 1834, t. I, pág. 10.
(2) *Recherches sur la fièvre typhoïde*, segunda edicion. París, 1841, observaciones XVII y XXVI.
(3) *Op. cit.*, págs. 167 y 243. (Observaciones XIII y XXI.)
(4) *Pathology and treatment of jaundice*, pág. 93.

sumamente rara en la escarlatina. Entre 2.000 casos que tuve que tratar ántes de 1868 sólo la observé cinco veces, de las cuales tres casos terminaron por la muerte. La autopsia se hizo en dos casos: en uno de ellos el hígado no estaba nada congestionado, sino pálido y grasoso (Obs. CXLI); en el otro ofrecía el aspecto de la nuez moscada, estando pálidos los bordes de los lóbulos y su centro lleno de sangre. En ambos casos las vías biliares estaban perfectamente libres; la orina contenía albúmina, pero desgraciadamente no se investigó la presencia de la leucina ó de la tirosina. Es muy probable que cuando la ictericia se presenta en la escarlatina pueda resultar de una congestion hepática ó de un catarro de las vías biliares; pero en los demas casos, que son los más graves, es sin duda independiente de la congestion ó de la obstruccion, y es producida por serios desórdenes en las trasformaciones de la sangre.

g)—*Ictericia epidémica*

La mayor parte de los autores que se han ocupado de la ictericia, mencionan su aparicion accidental bajo la forma epidémica. Encontrareis la exposicion de algunas epidemias de ictericia en la obra de Frerichs (1). Dichas epidemias han variado considerablemente en su gravedad, y quizá tambien en su naturaleza. En alguna de ellas no sucumbió un solo enfermo; tal fué, por ejemplo, la epidemia de Chasselay, de que habla Frerichs, en la cual la ictericia comenzó por catarro gástrico y las deposiciones fueron siempre incoloras. La misma observacion pudo hacerse en Pavía en 1859; entre 1.022 soldados franceses, 71 fueron atacados de ictericia, pero todos curaron. Dicha epidemia estuvo caracterizada por dolor en el epigastrio y en los hipocondrios, y por el aumento de volúmen del hígado y del bazo, y fué atribuida á miasmas palúdicos que coincidían con excesos de calor, fatiga é intemperancia (2). Por otra parte, en una epidemia que reinó en Essen en 1772, y que atacó sobre todo á los niños, la ictericia tomó una forma intermitente, y estuvo caracterizada por delirio y otros síntomas nerviosos; muchos enfermos sucumbieron. En otra epidemia que sobrevino en la Martinica en 1858 la enfermedad fué muy funesta para las mujeres embarazadas: entre 30 mujeres atacadas en San Pedro durante su embarazo, 20 abortaron y murieron despues de haber presentado delirio, coma y otros síntomas muy análogos á los de la atrofia aguda del hígado (3). En 1862 una notable epidemia de ictericia acometió á la ciudad de Rotterdam, donde el sistema de canalizacion era indudablemente nocivo. En otoño de dicho año Rotterdam sufrió una epidemia muy mortí-

---

(1) *Op. cit.*, págs. 186 y siguientes.
(2) *Med. Times and Gaz.*, 8 de Junio de 1861, pág. 607.
(3) *Brit. Med. Journ.*, 7 de Febrero de 1863.

fera de fiebre tifoidea, que fué seguida á principios del año siguiente de una epidemia de ictericia, y en el mes de Febrero se vieron unas 150 personas atacadas; pero se observó que todas las personas que habían padecido la fiebre tifoidea en el otoño anterior fueron respetadas por la ictericia (1). Segun Sir Thomas Watson, la ictericia reinó epidémicamente en Lóndres en 1846, despues de una estacion muy calurosa (2), estacion que fué tambien notable por un gran predominio de la fiebre tifoidea.

La mayor parte de estas epidemias parecen debidas á un veneno telúrico; algunas pueden resultar de un enfriamiento. El modo de produccion de la ictericia ha variado probablemente con la intensidad de la epidemia. Parece haber sido ocasionada algunas veces por congestion mecánica ó catarro de las vías biliares; pero en otros casos en que iba acompañada de delirio y síntomas tifoideos, en que fué excesivamente grave y en que el conjunto de los fenómenos ofrecía una notable semejanza con los que se observan en la atrofia amarilla ó aguda del hígado, fué más probablemente determinada por un estado morboso de la sangre, que oponía un obstáculo á las trasformaciones normales. Ya os he dicho que una ictericia que al principio parece puramente catarral puede terminar por la muerte, con síntomas de atrofia aguda.

2.° — Venenos animales

a) — *Puohemia*

En muchos casos de puohemia, ora resulte de un tratamiento, ora del estado puerperal, ora de causas internas, hay ictericia de la piel, de las conjuntivas y de la orina. Por mi parte he observado varios ejemplos de este género en el hospital de los febricitantes de Lóndres. La ictericia suele comenzar en el primer período de la enfermedad, y continúa generalmente hasta la muerte. Pero rara vez es intensa, y en ocasiones es tan ligera que apénas se nota á simple vista. Los intestinos suelen estar relajados, y las evacuaciones contienen bílis en abundancia. A menudo, segun os dije en una de mis primeras lecciones, se han encontrado depósitos purulentos en el hígado; pero en la mayor parte de los casos no se ha encontrado nada que explique la ictericia. El hígado está pálido y anémico, y las vías biliares libres y exentas de inflamacion. (Véase Observacion CXLIV.) (3)

---

(1) *The Lancet*, 1863, t. I, págs. 222 y 374.
(2) *Op. cit.*, quinta edicion, t. II, pág. 683.
(3) Virchow pretende que la ictericia en la puohemia (lo mismo que en el tífus) es catarral y causada por el moco viscoso que obstruye el orificio duodenal del conducto colédoco (Virchow's *Archiv.*, 1865, t. XXXII, fasc. 1). Sin embargo, segun Frerichs, las vías biliares están libres y dan paso á una secrecion tenue, lo cual se halla de acuer-

La orina, ademas del pigmento biliar, contiene á menudo albúmina ó sangre, lo cual indica que los riñones no son apénas aptos para eliminar la gran cantidad de urea que desarrolla en la puohemia, lo mismo que en otras afecciones febriles. En la mayor parte de los casos de puohemia, la lengua, al cabo de cierto tiempo, se torna seca y sucia, hay más ó ménos estupor y delirio, y en realidad todos los fenómenos del estado tifoideo que se observan en el tífus y otras enfermedades. El estado anormal del conjunto de metamorfósis que se verifica en la sangre y la acumulacion en este líquido de los productos de dicha metamorfósis que deberían ser eliminados por la vía renal, á los cuales se debe el estado tifoideo, producen igualmente una diminucion en la utilizacion de la bílis que ha sido absorbida por la sangre, y dan cuenta de la produccion de la ictericia.

b) — *Veneno de las serpientes*

Desde Galeno se sabe que las picaduras de algunas serpientes y de las víboras producen á veces la ictericia. Esta ictericia puede ser muy pronunciada, siendo notable la rapidez con que suele desarrollarse.

Al hablar de los casos de este género, dijo Mead hace mucho tiempo: «*Intra non integram horam fit flavus, quasi ejus qui ictero laborat* (1).»

La ciencia no posee todavía autopsias bien hechas de individuos que han fallecido á consecuencia de las mordeduras de serpientes; pero es claro que la ictericia no depende de ninguna obstruccion de la vesícula biliar, pues las materias vomitadas y las deposiciones contienen siempre bílis. Por otro lado, la gran rapidez con que se desarrolla la ictericia impide admitir que resulte de una congestion hepática, y hace pensar que depende de un trastorno de la inervacion, el cual ocasiona un estado anormal del conjunto de las trasformaciones intra-hemáticas. Los síntomas generales producidos por las mordeduras de las serpientes, á saber: un pulso rápido, pequeño, irregular, una tendencia al síncope, los vómitos biliosos, la respiracion difícil, los sudores fríos, la debilidad de la vision, el trastorno de las facultades mentales y algunas veces las convulsiones (2), todo indica un serio trastorno del sistema nervioso.

---

do con lo que yo he observado. Por lo demas, el hecho de que las deposiciones contienen siempre bílis, y que en la mayor parte de los casos la ictericia es ligera, hace dudar que resulte de una obstruccion mecánica de las vías biliares.

(1) *Tentamen de Vipera*, pág. 36.

(2) Se encontrará una exposicion de gran número de estos casos en las *Year-Books* de la *Sydenham Society*, 1859, pág. 445; 1860, pág. 440; 1861, pág. 401; 1862, página 428; 1863, pág. 404; 1864, pág. 423, y en las *Biennial Retrospects*, 1865-6, página 334; 1867-8, pág. 448; 1869-70, pág. 453. Tambien pueden verse dos observaciones en el volúmen L de las *Medico-Chirurgical Transactions*, referidas por los Dres. Habershon é Hillier.

3.º — Venenos minerales

a) — *Fósforo*

Durante estos últimos años se han referido en Inglaterra, lo mismo que en el continente europeo, varios casos de envenenamiento agudo por el fósforo que son notables, porque, en la mayor parte de ellos hubo ictericia. No me refiero aquí — entiéndase bien — á los casos de intoxicacion crónica por el fósforo con necrósis del maxilar, tan frecuentes en las personas que trabajan en las fábricas de cerillas, sino á aquellos en que se presentan síntomas agudos despues de la ingestion de una considerable dósis de veneno. Se ha discutido mucho para establecer la patogenia de la ictericia en tales ocasiones. Virchow y otros observadores pretenden que se debe á la obstruccion de la extremidad duodenal del colédoco por el engrosamiento de la mucosa y un tapon de moco, y que, aunque el estómago y el duodeno no presenten á menudo ni rubicundez ni ningun signo manifiesto de inflamacion, hay, sin embargo, una vaga tumefaccion de las glándulas gástricas y un engrosamiento de toda la membrana (1). El doctor O. Wyss ha demostrado, sin embargo, que, cuando se envenena con el fósforo á los perros que tienen una fístula biliar, se ve una ictericia que sólo puede ser debida á la obstruccion de la porcion intestinal del conducto colédoco. A consecuencia de la aparicion de la ictericia pasa mucho ménos bílis por la fístula, y esta pequeña cantidad se mezcla con moco incoloro; algunas veces no pasa más que moco (2). Esta observacion es interesante por el hecho de que casi todas las relaciones de autopsias se hallan de acuerdo para establecer que el hígado se halla en un estado especial de degeneracion grasosa, y que, lo mismo que en la atrofia aguda, las funciones de secrecion del órgano han estado en gran parte abolidas.

En realidad, el aspecto del hígado ha presentado en muchos casos la mayor semejanza con el de la atrofia amarilla. Ademas, los síntomas del envenenamiento agudo por el fósforo — sopor seguido de delirio violento, convulsiones, coma, vómitos, albuminuria ó hematuria, y presencia en la orina de una sustancia descubierta por C. Schultzen, parecida á la tirosina (3), al mismo tiempo que cierto grado de fluidez de la sangre acompañada de petequias y de hemorragias — son completamente distintos de los de la ictericia catarral, y se parecen tanto á los de la atrofia aguda que ha llegado á emitirse la opinion de que muchos casos publicados con el nom-

---

(1) *Archiv. f. path. Anat. und Physiol.*, t. XXX, pág. 399.
(2) *Archiv. der Heilkunde*, 1867, pág. 419.
(3) *Ueber acute Phosphorvergiftung und acute Leberatrophie.* Berlin, 1869, páginas 29, 32 y 36.

bre de atrofia aguda eran realmente envenenamientos por el fósforo (1). Parece, pues, probable que la ictericia resultante del envenenamiento por el fósforo tiene su orígen en la sangre, y que, lo mismo que la de la fiebre amarilla y del tífus, debe atribuirse á un estado anormal de las metamorfósis que se verifican en el líquido sanguíneo.

b) — *Mercurio*. c) — *Cobre*. d) — *Antimonio*

Las preparaciones de mercurio, de cobre, de antimonio y otros venenos irritantes pueden determinar la ictericia, pero sólo en casos excepcionales. No se han fijado todavía los autores en el modo de produccion de la ictericia en tales casos, pero la explicacion más probable es que se debe á la inflamacion y á la tumefaccion de la mucosa que obturan el orificio duodenal del conducto colédoco.

4.° — Cloroformo y éter

El cloroformo y el éter, segun Frerichs (2), producen á veces la ictecia, miéntras que, en concepto de otros autores, bajo su influencia se presenta la glucosuria. Se conocen muy poco los síntomas que acompañan á esta ictericia y los casos son muy raros, porque, despues de largas y minuciosas observaciones, no he podido encontrar uno solo. La ictericia debe tener probablemente, en tales circunstancias, su orígen en la sangre; pero falta aún determinar el modo preciso cómo se desarrolla.

5.° — Atrofia aguda del hígado

En una de las lecciones anteriores os he dicho que en la atrofia amarilla ó aguda del hígado la ictericia es independiente de la obstruccion de las vías biliares, y que resulta quizá de algun estado anormal de la sangre. Las deposiciones contienen generalmente bílis, y despues de la muerte se encuentran las vías respiratorias perfectamente libres; por otra parte, todos los fenómenos de la enfermedad la asemejan á esas afecciones que resultan de un envenenamiento, como el tífus, la fiebre tifoidea, la puohemia y la intoxicacion por el fósforo. No tengo que recordaros aquí el hecho ya demostrado de la existencia de la leucina y de la tirosina en la ictericia

(1) Véanse las indicaciones dadas por el *Sydenham Society Year-Book* para 1882, págs. 428 y 430, y para 1863, pág. 404. Los puntos de diagnóstico que Köhler (*Schmidt's Jahrb.* núms. 147 y 148) ha establecido para distinguir la atrofia aguda del hígado y el envenenamiento por el fósforo, no siempre tienen aplicacion, en mi concepto, á la cabecera del enfermo.

(2) *Op. cit.*, pág. 159.

del tífus, lo mismo que en la de la atrofia aguda del hígado, ni tampoco el que se ha encontrado una atrofia aguda del hígado en un caso de fiebre tifoidea complicada con ictericia. Existe aquí la cuestion de saber si el estado del hígado en la atrofia aguda es la causa de todos los síntomas formidables que la acompañan, ó si es simplemente consecuencia de un trastorno general del organismo, como el que producen gran número de venenos. Varias veces se ha observado, segun sabeis, que muchos habitantes de una misma casa han padecido casi al propio tiempo una atrofia aguda. Existen tambien buenas razones para creer que ciertos casos de ictericia epidémica han sido verdaderas atrofias agudas. Así, en la epidemia que reinó en 1858 en la Martinica, la ictericia fué acompañada de delirio, de coma y otros síntomas de atrofia aguda, y lo mismo que esta afeccion, atacaba sobre todo á las mujeres embarazadas, que abortaban ántes de sucumbir. Cabe averiguar si las notables modificaciones anatómicas que se observan en la atrofia aguda del hígado están realmente limitadas á dicho órgano. Wagner, para quien gran número de casos publicados con el nombre de atrofia aguda del hígado eran probablemente observaciones de envenenamiento agudo por el fósforo, en razon de su completa analogía clínica y patológica con los casos reputados como de esta índole, ha llamado la atencion sobre la infiltracion oleosa casi general de todos los tejidos del cuerpo en los casos en que la muerte fué determinada por el fósforo, miéntras que esta modificacion sólo se había reconocido en el hígado. Dicho autor encontró finas granulaciones grasosas en el epitelio de los riñones, en el parénquima pulmonar, y en las fibras de los músculos voluntarios y del corazon. Tales investigaciones han sido confirmadas por algunos observadores, y como, por otra parte, los Sres. Bucquoy (1), Buhl (2) y Steiner (3) han descubierto en el cerebro una degeneracion grasosa semejante á la que se encuentra en el hígado, el corazon y los riñones, no puede ménos de llamarnos la atencion la analogía que tienen bajo este punto de vista los casos de envenenamiento por el fósforo con el tífus, en el cual, segun hemos visto, la ictericia puede desarrollarse con la leucina y la tirosina. Sabido es que la degeneracion granulosa de los músculos voluntarios, del corazon y del epitelio renal es una de las lesiones anatómicas más frecuentes del tífus, y probablemente de la mayor parte de las enfermedades en que la muerte ha sobrevenido algun tiempo despues del estado tifoideo. Frerichs, hablando del estado de los riñones en la atrofia aguda, dice: «He encontrado el epitelio glandular infiltrado de gránulos, y en la mayor parte de los casos en vías de degeneracion grasosa, y el parénquima mismo flácido y arrugado (4). Frerichs habla tambien del as-

(1) *Union Médicale*, 1863, núm. 81.
(2) *Zeitschrift für ration. Med.*, 1852.
(3) *Compendium der Kinderkrankheiten*, 1873, pág. 304.
(4) *Op. cit.*, pág. 255.

pecto flácido y arrugado que presenta el tejido muscular del corazon, y asegura que en algunos casos la sustancia cerebral le ha parecido reblandecida; pregunta, sin embargo, si tal estado resulta de un principio de putrefaccion ó es efecto de la enfermedad. Parece, pues, que la alteracion del hígado en la atrofia aguda no es más que una de las numerosas alteraciones análogas que se verifican en todo el organismo como resultado de un veneno de la sangre. Trousseau pretende, en efecto, que los síntomas de atrofia aguda (ictericia maligna) pueden existir sin lesion del hígado, que no puede determinar modificaciones en la sangre (1).

El Dr. Grainger Stewart nos ha hecho dar un paso más hácia delante en esta cuestion, refiriendo casos en los cuales, no sólo la atrofia aguda de los riñones puede coexistir con la atrofia aguda del hígado, sino que el proceso morboso de los riñones puede preceder al del hígado (2).

6.º — Cirrósis y atrofia crónica del hígado

En una de las lecciones anteriores os he dicho que en los últimos períodos de la cirrósis del hígado no es raro que la ictericia vaya acompañada de síntomas cerebrales y de hemorragias. Las deposiciones en tales casos están ordinariamente coloreadas por la bílis, y la patogenia de la ictericia es probablemente la misma que la de la atrofia aguda.

La ictericia suele ser ligera, gradual en su desarrollo y rara vez acompañada de dolor, pero sí de ascítis.

II. — *Debilidad ó desórden de la inervacion, que opone un obstáculo á las metamorfósis normales de la bílis ó aumenta su produccion*

Se sabe desde hace mucho tiempo que la ictericia puede tener un orígen nervioso. Se han publicado numerosos casos en los cuales sobrevino bajo la influencia de emociones violentas, como accesos de cólera, de terror, de disgusto ó un gran sufrimiento físico. Se sabe tambien que la conmocion cerebral puede producir el mismo efecto. Villeneuve refiere el caso de un jóven soldado que, habiendo sido insultado en público, se precipitó sobre su agresor; pero le detuvieron las personas que en aquel lugar se encontraban, y en medio de sus vanos esfuerzos para realizar la venganza fué repentinamente acometido de ictericia; bien pronto sobrevino delirio, y murió despues de grandes convulsiones. Cita tambien el caso de otro jóven que, aterrorizado al ver que un perro rabioso rompía la cadena y se preci-

---

(1) *Clinique Médicale*, t. III, pág. 287.
(2) Bright's, *Diseases of the Kidneys*, 1868, pág. 159.

pitaba sobre él, dió un grito violento, cayó sin conocimiento y se tornó amarillo como el azafran (1). El Dr. North ha publicado el caso de una mujer soltera que se hizo ictérica en breve tiempo porque se descubrió que estaba embarazada. Un jóven alumno de medicina, amigo del señor Tomás Watson, fué acometido de una ictericia muy pronunciada, que sólo pudo atribuirse á la ansiedad que le dominaba al tener que examinarse (2).

En los casos á que nos referimos existen dos circunstancias dignas de mérito:

1.ª La rapidez con que se desarrolla la ictericia; la piel y las conjuntivas se tornan amarillas casi instantáneamente, y áun ántes de que haya pigmento biliar en la orina.

2.ª Los síntomas cerebrales, como el delirio, el coma y las convulsiones, se unen algunas veces á la ictericia; entónces el enfermo suele morir casi constantemente.

Semejantes caractéres parecen incompatibles con la suposicion de que la ictericia pueda resultar de una obstruccion mecánica de las vías biliares ó de una congestion hepática, y hacen más probable un orígen hemático; es decir, que puede creerse que es debida á un desórden de las trasformaciones que se verifican en la sangre, provocado por el sistema nervioso. Ya os he dicho en otra leccion que los *pathemata mentis* constituyen una de las causas de tal estado morboso general, y del que la atrofia aguda del hígado es una de las manifestaciones locales.

Es probable, sin embargo (y en esto nos hallamos conformes con el Dr. Bence Jones) (3), que la ictericia tenga á veces un orígen nervioso de otro género. La circulacion y la secrecion de todas las glándulas están reguladas por los nervios que en ellas se distribuyen. Cláudio Bernard ha demostrado que si se excitan los filetes simpáticos de la glándula sublingual, la sangre de la glándula se torna muy oscura, y la saliva rara y concentrada; pero que si, por el contrario, se excita tan sólo la cuerda del tímpano, la sangre de la glándula presenta una coloracion arterial y la cantidad de saliva está aumentada, pero sólo contiene una pequeña proporcion de materia sólida. No es dudoso que se verifican en el hígado fenómenos análogos. La irritacion de los filetes simpáticos ó la parálisis de las ramas del pneumo-gástrico harían probablemente contraer los capilares y disminuir la secrecion de la bílis, miéntras que la parálisis de los filetes simpáticos ó la irritacion de las ramas del pneumo-gástrico haría relajar los capilares y activaría la rapidez de la circulacion á traves del hígado y la secrecion de la bílis. En tales condiciones, la ictericia sobrevendría del modo que os indicaré al tratar de la ictericia por congestion.

---

(1) *Dictionn. des sciences méd.*, 1868, art. *Ictère*, pág. 420.
(2) *Lectures on pract. of physic*, quinta edicion, t. II, pág. 682.
(3) *Saint-George's Hospital Reports*, 1866, t. I, pág. 193.

III. — *Desórdenes de las metamorfósis normales de la bílis por oxigenacion insuficiente de la sangre*

Todo lo que opone un obstáculo á que la sangre reciba la cantidad de oxígeno que le es necesaria, dificulta las trasformaciones incesantes que en dicho líquido se verifican, y puede tambien detener ó impedir la metamorfósis normal de la bílis absorbida, y por consiguiente determinar la ictericia.

Muchos casos de ictericia de los recien nacidos, con presencia de bílis en las deposiciones, sobrevienen probablemente por oxigenacion incompleta.

Segun el Dr. West, en el Hospital general de Dublin, en que se ponen los mayores cuidados para defender á los niños del frío y de la viciacion del aire, es raro observar la ictericia infantil, miéntras que en el Hospital de Niños de París la ictericia es tan comun que pocos enfermitos se ven libres de ella. Casi todos los niños admitidos en este último hospital han estado expuestos á la accion del frío durante su traslado al establecimiento, y han tenido que sufrir ademas la mala influencia de una atmósfera viciada por los enfermos ya existentes en el hospital, causas que dificultan seriamente el desempeño regular de las funciones de la piel y de los órganos respiratorios (1).

La ictericia que acompaña en ocasiones á la pulmonía aguda en el adulto, puede tener tambien un orígen semejante. En el curso de la pulmonía aguda la piel y las conjuntivas toman á veces un color ictérico, y se presenta pigmento biliar en la orina sin dejar de existir en las deposiciones. El asiento de la pulmonía en tales casos dista mucho de estar invariablemente fijo en el lóbulo inferior del pulmon derecho, como pretenden algunos autores. Entre 19 casos observados por Drasche, la inflamacion existía en el pulmon derecho siete veces, de ellas cinco en la base, una en el vértice y otra en todo el órgano; ocho veces estaba tan sólo enfermo el pulmon izquierdo, y en los cuatro restantes la pulmonía era doble (2). En tales condiciones la ictericia es independiente de toda obstruccion de las vías biliares, porque generalmente la bílis continúa pasando á las evacuaciones intestinales. Se ha explicado de distinta manera el modo de produccion de dicha ictericia; se ha atribuido á la congestion hepática determinada por el desórden de la circulacion pulmonar; pero esta congestion podría tambien ser producida por la irritacion del pneumo-gástrico pulmonar, trasmitida al hígado por accion refleja. El Dr. Bence Jones ha

(1) *Lectures on diseases of infancy and childhood*, quinta edicion, 1865, pág. 602.
(2) *Œsterrh. Zeitsch. f. prakt. Heilk.*, 1860, núm. 23.

emitido recientemente la opinion de que, en tales casos, la ictericia resulta de una suspension en la oxidacion de la sangre. Tales explicaciones no son, sin embargo, aplicables á todos los casos. En algunos de los más graves la proporcion de tejido pulmonar interesado por la inflamacion ha sido relativamente pequeña, y la ictericia va acompañada de síntomas tifoideos y de albuminuria. La orina en tales casos ofrece á menudo un color rojo claro; pero lo notable es que no da siempre con el ácido nítrico la reaccion ordinaria del pigmento biliar. Por consiguiente, la falta de pigmento biliar en la orina ha sido considerada como síntoma desfavorable en la pulmonía ictérica. De los 14 casos en los cuales Drasche encontró pigmento biliar en la orina, hubo tan sólo tres defunciones; y de los cinco individuos en quienes faltó el pigmento biliar, fallecieron dos (1). Es probable que en tales circunstancias la ictericia tenga el mismo orígen hemático que en el tífus y en la puohemia, de que ya nos hemos ocupado.

La oxigenacion insuficiente de la sangre que resulta de la respiracion en una atmósfera viciada, en habitaciones mal ventiladas ó húmedas, debe en ocasiones determinar *dolores de cabeza biliosos* y un desórden funcional del hígado, y hasta favorecer el desarrollo de la ictericia.

IV. — *Secrecion exagerada de bílis, de la cual se absorbe más cantidad de la que puede trasformarse normalmente*

Si puede suponerse que en un individuo en particular la oxigenacion y los demas procesos de metamorfósis que se verifican en la sangre son bastante suficientes para trasformar toda la cantidad de sangre absorbida, no es difícil comprender que, si llega aumentar esta cantidad, una parte podrá no trasformarse y resultará la ictericia. Esto es lo que ocurre probablemente en los casos de congestion hepática. Los vasos del hígado están distendidos; por consiguiente, la superficie de difusion aumenta y pasa á la sangre una cantidad de bílis más considerable que en estado normal. En muchos casos de congestion del hígado, la cantidad de bílis segregada aumenta tambien.

Hé aquí, pues, cuál parece ser la patogenia de la ictericia en la congestion del hígado. No hay obstruccion de las vías biliares, á ménos que exista al mismo tiempo inflamacion del duodeno ó de las vías biliares; hay algunas veces una diarrea biliosa. Si hubiera extreñimiento, la ictericia por congestion hepática sería probablemente más intensa, porque la bílis, en vez de ser expulsada, se acumularía en las vías biliares y sería absorbida en gran parte por los vasos distendidos.

---

(1) *Œsterrh. Zeitsch. f. prakt. Heilk.*, 1860, núm. 23.

El mercurio, el podofilino y los demas purgantes dan buenos resultados en tales casos, porque arrojan la bílis tan pronto como se forma, y quizá tambien porque estimulan por accion refleja las contracciones de la vesícula y de los conductos biliares. Segun he dicho en otro lugar, no está probado que tales sustancias hagan aumentar la secrecion biliar; si produjeran este efecto, serían más bien perjudiciales que útiles en los casos de ictericia por congestion hepática.

No creo oportuno hablar ahora de los síntomas, variedades y causas de la congestion hepática, porque de unos y otros nos hemos ocupado oportunamente.

V. — *Absorcion anormal de bílis en la sangre por extreñimiento habitual ó prolongado*

Ya hemos visto que el extreñimiento puede producir la ictericia por la presion sobre el conducto colédoco de las materias fecales acumuladas en el cólon. Aparte de esta presion, es muy probable que el extreñimiento contribuya á menudo á desarrollar la ictericia, ora dificultando la circulacion porta y produciendo la congestion hepática, ora ocasionando una acumulacion de bílis en las vías biliares y el duodeno, y favoreciendo de este modo su absorcion en la sangre.

En tales circunstancias se desarrolla con frecuencia ese *estado bilioso por torpeza del hígado*, caracterizado por languidez, cefalalgia, lengua sucia, flatulencia y extreñimiento, una sensacion de peso y de opresion despues de las comidas, y con bastante frecuencia hipocondría; aunque tales síntomas suelen persistir algun tiempo sin dar lugar inmediatamente á la ictericia, el último de ellos puede sobrevenir de repente por la ingestion de alimentos excitantes ú otras causas capaces de aumentar la congestion del hígado. En tales casos el hígado, en vez de estar *torpe*, segrega quizá demasiada bílis; por otra parte, el mercurio y otros purgantes dan buenos resultados, no, como generalmente se cree, activando la secrecion hepática, sino desembarazando al organismo de una gran parte de la bílis formada é impidiendo de este modo que sea absorbida.

TRATAMIENTO DE LA ICTERICIA INDEPENDIENTE DE UNA OBSTRUCCION DE LAS VÍAS BILIARES

El tratamiento de la ictericia independiente de la obstruccion, debe hallarse siempre en relacion con la etiología.

1.° En la ictericia por extreñimiento, ó en ese estado bilioso de que hablaba hace poco, que es muy parecido á la ictericia, se deben dar ante todo los purgantes, y entre ellos los mejores son algunas dósis de calome-

lanos, de píldoras azules ó de podofilino, con ciertas sales como el sulfato de sosa, el de potasa ó de magnesia, el citrato de magnesia, la sal de Sedlitz ó el bitartrato de potasa, ó las aguas de Friedrichshall, de Püllna ó de Karlsbad (1). Los alcalinos y sus sales con ácidos vegetales son igualmente útiles, en parte para corregir la acidez del estómago, pero sobre todo para favorecer la eliminacion por los riñones de los productos de trasformacion de la sangre y de los tejidos, cuya presencia en la sangre es la causa probable del estado de languidez y de los demas síntomas que acusa el enfermo. Al propio tiempo se prohibirán formalmente los licores fermentados, los vinos, las especias, la grasa y todas las sustancias alimenticias suculentas ó indigestas que irritan ó congestionan el hígado. Tales son los medios más apropiados para combatir la ictericia ó el estado bilioso resultante del extreñimiento. Pero el práctico debe ocuparse principalmente, en todos los casos, de hacer cambiar las costumbres y el régimen del enfermo, de modo que se asegure en lo posible un funcionamiento regular de los intestinos, sin que sea preciso recurrir constantemente á los medicamentos. Conviene recomendar un ejercicio metódico al aire libre, y el uso de ciertos alimentos á los cuales se reconoce, por lo general, un efecto laxante. En los casos en que los purgantes sólo producen una mejoría pasajera, se obtendrá un resultado más duradero con las aguas minerales purgantes, como Karlsbad, Friedrichshall, Harrogate, Cheltenham, Leamington y Loeches. Cuando se ha conseguido vencer el extreñimiento y sus efectos inmediatos, si el enfermo se queja de debilidad y experimenta síntomas de dispepsia atónica, se podrán obtener excelentes resultados con los ácidos minerales unidos á los amargos vegetales, como la nuez vómica, la quinina, la genciana, la cascarilla, ó á la pepsina; se tendrá cuidado de mantener libre el vientre con una píldora diaria de áloes, nuez vómica y jabon.

2.° El tratamiento que conviene en los casos de ictericia relacionada con una congestion hepática, ha sido ya examinado al tratar de la congestion considerada como causa de aumento de volúmen del órgano. Debemos recordar que algunos de los casos de ictericia que sobrevienen en el curso de las fiebres telúricas ó de otra índole, ó de una pulmonía, ó que tienen su orígen en el sistema nervioso, son debidos á una congestion hepática; conviene, por lo demas, modificar el tratamiento segun la naturaleza de la causa ó de la afeccion primitiva.

3.° En la ictericia resultante de una congestion insuficiente, el tratamiento debe tener por principal objeto hacer desaparecer la causa. En la ictericia infantil independiente de una obstruccion de las vías biliares es indispensable colocar desde luégo al niño en una atmósfera saludable y

---

(1) En España las de Loeches y alguna otra.

evitar que esté expuesto al frío. La ictericia desaparecerá entónces casi siempre de una manera espontánea y sin otro tratamiento; pero si persiste, una pequeña dósis de mercurio con creta *(hydrargyrum cum creta)* seguida de aceite de ricino acelerará su desaparicion.

4.° Finalmente, en los casos terribles de ictericia con accidentes cerebrales y estado tifoideo, que se presentan en el curso de las fiebres infecciosas ó palúdicas ó en la puohemia, la pulmonía ó la atrofia amarilla del hígado, ó en aquellos en que tiene un orígen puramente nervioso, es raro que el tratamiento tenga alguna influencia para impedir el desenlace fatal; pero los medios que más conviene emplear son los que he indicado al exponer el tratamiento de la atrofia aguda del hígado. Los vejigatorios (1) y los sinapismos en la nuca y en la piel del cráneo, los baños de piés sinapizados y los medicamentos destinados á favorecer la eliminacion por la piel, los riñones ó los intestinos, son á menudo útiles. Será necesario al mismo tiempo sostener las fuerzas del enfermo por los estimulantes difusibles y pequeñas cantidades de alcohol.

Los casos que vamos á enumerar, siquiera sea sumariamente, servirán de ejemplos de las observaciones expuestas sobre la ictericia independiente de toda obstruccion de las vías respiratorias.

La mayor parte de ellos se presentaron en mi clínica del hospital de los febricitantes de Lóndres, donde los ejemplos del estado tifoideo, no sólo en las diversas fiebres específicas, sino tambien en otras muchas enfermedades, son bastante más numerosos que en todos los demas hospitales de Lóndres reunidos.

Los tres primeros son casos de ictericia que sobrevino en el curso del *typhus fever*, fenómeno de excesiva rareza, segun ya hemos dicho. En dos de estos casos se encontró en la orina leucina y tirosina; en los demas no se investigó siquiera su presencia.

OBSERVACION CXXXIII. — *Tífus complicado con ictericia. — Muerte por el coma. — Leucina y tirosina en la orina, pero apénas urea. — Leucina y tirosina en el hígado.*

Roberto R..., de 33 años de edad, fué admitido el 26 de Agosto de 1862 en el hospital de febricitantes de Lóndres.

Al entrar en el establecimiento no se halla en disposicion para reseñar

(1) Conviene no recurrir á las cantáridas para producir la vesicacion en tales casos si la orina contiene albúmina. Pero se puede obtener una pronta vesicacion, áun en la cabeza, aplicando sobre la piel, durante tres ó cuatro minutos, una compresa empapada en una fuerte disolucion amoniacal y cubierta con tafetan. De este modo he producido la vesicacion, con los mejores resultados, en los casos de tífus complicado con albuminuria y accidentes cerebrales.

su estado. Pulso á 120, débil; lengua seca y oscura en la parte media; piel caliente y seca, con exantema tífico y un color amarillento general. Se le prescribió té de buey, leche, aguardiente (seis onzas), y una mixtura que contenía ácido sulfúrico, éter sulfúrico y quinina.

El enfermo se debilita más y más, y pierde el conocimiento.

El 28, ictericia marcadísima de toda la piel y de las conjuntivas. Se prescriben dos onzas más de aguardiente.

29 de Agosto. — Pulso á 120 y débil; el enfermo ha perdido casi por completo el conocimiento y tiene una gran tendencia al sopor. Pupilas contraidas. Ictericia pronunciada de la piel y de las conjuntivas, y al propio tiempo exantema típico petequial en el pecho y en el abdómen. Evacuaciones involuntarias; lengua sucia; deposiciones de color claro, pero con bílis; no hay sensibilidad en la region hepática. Orina de color bilioso, pero que no da la reaccion de los ácidos biliares, clara, ácida, sin sedimentos y sin albúmina, y de una densidad de 1.017. Se evaporaron seis onzas de orina, viéndose que el residuo contenía en abundancia masas globulares de leucina y cristales de tirosina en forma de agujas, y tambien cristales de fosfato triple. Tratando por el ácido nítrico una gota de orina, despues de la concentracion al duodécimo de su volúmen sólo se pudieron descubrir al microscopio algunos pequeños cristales de nitrato de urea.

Se aplicó un vejigatorio en la cabeza; pero el enfermo sucumbió el 30 de Agosto á las tres de la tarde, despues de haber estado sumido en un profundo coma.

Autopsia. — Color ictérico pronunciado de toda la superficie del cuerpo. Corazon y pulmones sanos; sangre flúida y oscura. El bazo pesaba siete onzas, muy blando. La vesícula biliar contenía bílis que se podía hacer pasar fácilmente al duodeno. El hígado pesaba 1.740 gramos: era algo pálido y muy friable; lóbulos distintos. El tejido hepático contenía numerosas masas globulares cristalinas de leucina y de tirosina; células glandulares, llenas de aceite y de pigmento biliar. Riñones gruesos, cada uno de ellos pesaba más de siete onzas; superficie lisa; la sustancia cortical hipertrofiada contenía cuerpos cristalinos semejantes á los encontrados en el hígado; tubos uriníferos llenos de epitelio. Intestinos sanos, y su contenido bien coloreado por la bílis.

Observacion CXXXIV. — *Typhus fever complicado con ictericia.*

Enrique B., de 42 años de edad, fué admitido en el hospital de febricitantes de Lóndres el 24 de Setiembre de 1862.

Ofrecía un notable estado de delirio y de estupor, por lo cual no pudo darnos la menor nocion acerca de su enfermedad; su cuerpo estaba cubierto de una erupcion tífica petequial, la lengua seca y oscura, y el pulso

á 120 y débil. Existía tambien una icteria muy marcada de la piel y de las conjuntivas, con pigmento biliar y albúmina en la orina. Abdómen distendido y timpánico, pero ninguna sensibilidad ni aumento de volúmen del hígado. Intestinos algo relajados y materias oscuras.

El tratamiento consistió en ácido nitro-clorhídrico, éter nitroso, té de buey, leche, vino, y más tarde aguardiente.

La ictericia aumentó, y aunque el pulso bajó á 84, el enfermo se debilitó más y más; fué preciso sondarle para hacerle orinar, y falleció el 27 de Setiembre.

Autopsia. — Los intestinos contenían bílis, y no había obstruccion de las vías biliares. Hígado pálido y algo grasoso. Bazo grueso y blando. Tubos uriníferos llenos de epitelio granuloso.

OBSERVACION CXXXV.— *Typhus fever.—Pleuro-pneumonía doble.* — *Ictericia.* — *Tirosina en la orina.*

Jaime P., de 47 años de edad, fué admitido en el mismo hospital que los dos sujetos anteriores el 23 de Febrero de 1864, con los síntomas ordinarios de un ataque grave de *typhus fever*. No pudo averiguarse la fecha del principio de la afeccion.

Al entrar el enfermo en el hospital, su pulso está á 128 y débil; erupcion tífica distinta; lengua seca y oscura; intestinos contraidos; ideas confusas, y en ocasiones delirio. Signos de congestion en la base de ambos pulmones. Prescripcion: acidos minerales con éter, seis onzas de aguardiente, leche, té de buey y un huevo. Cataplasmas de mostaza y harina de linaza en la parte posterior del pecho.

26 Febrero.—Temblores y sobresaltos; el enfermo está peor. Color ictérico muy marcado de la piel y de las conjuntivas, pero sin sensibilidad ni aumento de volúmen del hígado. La respiracion es fácil; sonoridad pulmonar á la percusion.

La orina dió un abundante depósito de uratos el 26 y el 27 de Febrero; éste último día 40 respiraciones; macidez con soplo tubario en el tercio inferior de ambos pulmones; ictericia más pronunciada. Se prescribe una mixtura de amoniaco, éter y sénega: aguardiente, 10 onzas.

El 28 de Febrero pulso á 128; respiraciones 40; la macidez pulmonar se ha extendido. La ictericia es más pronunciada, pero las evacuaciones contienen bílis en abundancia. La orina estaba coloreada por la bílis, y daba con el ácido nítrico la reaccion característica del pigmento biliar, pero no contenía ácidos biliares (por el reactivo de Harley); densidad, 1.018. Algo de albúmina (próximamente 1 por 16). Evaporando dicho líquido hasta darle una consistencia siruposa, se encontraron en él numerosos cristales de fosfato triple y glóbulos cristalizados de tirosina de color pardo amarillento.

El 29 de Febrero el pulso está á 140; 60 respiraciones; se disipa el exantema, pero el cuerpo queda cubierto de una abundante traspiracion.

El enfermo fallece á las ocho de la noche, probablemente á los 14 días de fecha de su afeccion.

Autopsia. — Color ictérico muy marcado de la piel y de las conjuntivas. Bílis en el duodeno; vías biliares perfectamente libres; hígado no congestionado, pero pálido, blando y muy friable; lóbulos distintos, pero células ganglionares llenas de aceite en su circunferencia. Bazo grueso y difluente. Los riñones parecían normales; con todo, la sustancia cortical era pálida, y las células epiteliales opacas y granulosas. No se encontró en el tejido hepático leucina ni tirosina, ni tampoco en los riñones. El lóbulo inferior y la parte inferior del lóbulo superior de ambos pulmones se encontraban en un estado de induracion gris, y la superficie pleurítica de los pulmones, inflamados, estaba cubierta de una delgada capa de linfa reciente.

En este último caso, la pulmonía doble contribuyó sin duda al desarrollo de la ictericia. En el siguiente la ictericia fué una consecuencia del tífus, y coexistió con una flegmasía *alba dolens* y una degeneracion grasosa del corazon, del hígado y de los riñones.

OBSERVACION CXXXVI. — *Typhus fever seguido de flegmasía dolens, de ictericia y de muerte.*

Rosa J..., de 42 años, fué admitida el 24 de Febrero en el hospital de febricitantes de Lóndres. Había caido enferma ocho ó nueve días ántes de su admision.

Desde el día de su entrada hé aquí cuáles fueron los síntomas predominantes: pulso á 120; postracion extrema; gran agitacion; delirio tranquilo con sopor; evacuaciones involuntarias; exantema tífico muy marcado. Lengua seca, sucia; extreñimiento. El tratamiento consistió en vino, carbonato de amoniaco y aceite de ricino para mantener libre el vientre.

Al cabo de cinco ó seis días despues de su entrada, hubo una gran mejoría en todos los síntomas.

El 6 de Marzo había recobrado sus fuerzas en un grado considerable; el apetito era bueno y el pulso á 80.

El 9 de Marzo, es decir, á los 24 días del principio de la fiebre y el sexto de la convalecencia, la enferma recayó. Pulso á 120 y pequeño; dolores perforantes en la pierna izquierda; piel caliente y seca; alguna rubicundez de la cara. Lengua húmeda y muy roja. Al siguiente día tumefaccion considerable y ligera sensibilidad de la pierna y del muslo izquierdo, pero poca ó ninguna dureza en el trayecto de la femoral. Movimientos del co-

razon agitados y tumultuosos, pero ningun ruido de soplo; respiracion corta y rápida; no hay síntomas cerebrales. Vejigatorio en la region precordial; vino, seis onzas; mixtura salina efervescente, con tintura de beleño, dos gramos cada cuatro horas; fomentos en la pierna izquierda, que se mantiene elevada.

No sobrevino ninguna mejoría.

El 12 de Marzo, á las cuatro de la mañana (el cuarto día desde el principio de los dolores en la pierna), la enferma se sintió fría y comenzó á tener escalofríos, postracion muy aumentada, pulso imperceptible, aunque los movimientos del corazon eran tumultuosos como ántes. Respiracion muy rápida; facultades mentales intactas; la piel y las conjuntivas ofrecían un color ictérico marcado; cara lívida. Sudores copiosos. No hay sensibilidad en la region del hígado, ni aumento manifiesto de la macidez hepática. Aguardiente y vino á altas dósis, pero la enferma declina gradualmente y muere aquella noche.

Autopsia.—Rigidez cadavérica muy marcada; color amarillo distinto de la piel en la cabeza, en el cuello y en el tronco; capa espesa subcutánea de grasa en el abdómen y en el pecho; numerosas manchas en el pecho; pierna izquierda hinchada: tiene cerca de nueve pulgadas de circunferencia al nivel de los maleolos, y ocho un cuarto en la otra; pantorrilla izquierda, 13 pulgadas; derecha; 11 1/2; muslo izquierdo, 17; derecho, 14 1/2. Membranas cerebrales medianamente congestionadas, y que se separaban fácilmente del cerebro. Líquido de los ventrículos y subaracnoides, de un color amarillo marcado; sustancia cerebral bastante dura, con puntos rojos en cierta extension. Media onza de serosidad amarilla en el pericardio. Corazon, ocho tres cuartos onzas; válvulas normales; cavidades izquierdas vacías, y las derechas casi vacías. Paredes del ventrículo derecho muy delgadas y casi grasosas; tejido cardiaco pálido y blando; al microscopio no se distinguen las estrías trasversas, y las fibras presentan un aspecto granuloso. La vena femoral izquierda y las venas iliacas están sanas, y no contienen ningun coágulo adherido. Cada pulmon pesaba unos 700 gramos; el izquierdo estaba adherido en todas partes y muy enfisematoso; el lóbulo inferior de ambos pulmones muy congestionado; no había induracion. Estómago é intestinos sanos. Hígado, 52 onzas (unos 1.740 gramos); la cápsula se desprende fácilmente; tejido pálido, muy blando y friable, de suerte que se rompe cuando se separa; ha desaparecido todo indicio de lóbulos; el corte presenta el aspecto de una pulpa del color de la médula. Al microscopio se ven gran número de células ganglionares llenas de aceite; otras parecen hallarse en vías de desorganizacion; se ven todavía gotitas oleosas libres y materia granulosa. Un poco de bílis espesa en la vesícula; vías biliares perfectamente libres. El bazo pesaba cerca de 370 gramos, blando y pulposo. Riñones gruesos: el derecho pesaba cerca de 200 gramos y el otro 212;

las cápsulas se separan fácilmente; superficie externa igual; tejido pálido y flácido; sustancia cortical pálida y granulosa, y algo hipertrofiada; tubos uriníferos llenos de epitelio oleoso.

Hé aquí ahora tres de los cuatro casos que he observado de fiebre tifoidea complicada con ictericia.

En el primero la ictericia sobrevino durante una recaida, y era probablemente catarral; en el segundo se manifestó en el período más agudo de la fiebre y persistió durante la convalecencia; en el tercero hubo coexistencia de trombósis de la vena femoral y albuminuria.

OBSERVACION CXXXVII. — *Fiebre tifoidea seguida de recaida, con ictericia.*

María A. C., de 43 años, fué admitida el 9 de Febrero en el hospital de febricitantes de Lóndres con una fiebre tifoidea.

Lengua roja, seca, hendida; diarrea y manchas rosáceas en distintos puntos del cuerpo. La enfermedad había comenzado nueve días ántes de la entrada de la paciente, y el día 25 de Febrero entró ésta en convalecencia.

La mejoría hizo rápidos progresos hasta el 5 de Marzo, en que reaparecieron los síntomas febriles y la diarrea, y el 8 de Marzo se observaron nuevas manchas rosáceas.

El día 11 de Marzo comenzaron á ponerse amarillas las conjuntivas y la piel.

El 14 la ictericia era intensa en todas partes. La orina ofrecía un color verde oscuro, depositaba uratos en abundancia, y contenía mucho pigmento biliar, pero no albúmina, ni leucina, ni tirosina. Desde la aparicion de la ictericia hubo poco extreñimiento, y las deposiciones eran arcillosas. La macidez hepática medía cuatro pulgadas en la línea mamaria derecha; no hay sensibilidad por debajo de las costillas derechas. Lengua seca; gran postracion, pero no delirio.

Tratamiento: ácido nitro-clorhídrico, genciana y cataplasmas sobre el abdómen.

El 16 de Marzo la ictericia comenzó á desaparecer.

El 21 no quedaba apénas ningun resto de ella, y la enferma entró de nuevo en una franca convalecencia.

El siguiente caso me fué comunicado por el enfermo mismo, que es miembro del Real Colegio de médicos de Lóndres.

OBSERVACION CXXXVIII. — *Fiebre tifoidea complicada con ictericia.*

« Hay un dato que me ha llamado la atencion en vuestro libro sobre las fiebres. Hablais de la extraordinaria rareza de la ictericia en la fiebre tifoidea; yo mismo he padecido esta complicacion en un grado muy intenso. Estaba en París en 1842. La ictericia sobrevino casi en el período más intenso de la fiebre. Cuando me vió el Dr. Rostan, que me asistía, dijo que *era una complicacion funesta* y que difícilmente curaría. Esta ictericia intensa persistió algun tiempo, en términos que, cuando ya curado, pude pasearme por el jardin de Luxemburgo, los habituales concurrentes al mismo me llamaban *el señor amarillo.* »

OBSERVACION CXXXIX. — *Fiebre tifoidea complicada con ictericia y trombósis de la vena femoral.*

El 12 de Diciembre de 1863 me llamó en consulta el Dr. Eduardo Newton para que viera al Sr. M. W..., de 54 años, que el día 30 de Setiembre fué acometido por una fiebre tifoidea. Presentó los síntomas habituales (diarrea, manchas rosáceas, etc.) hasta el 14.° día, en que quedó ictérico y albuminúrico. Durante la convalecencia sobrevino una trombósis de la vena femoral izquierda, con sensibilidad viva á lo largo de la vena; pero al cabo de 10 días se disiparon tales accidentes y cesó la albuminuria. Una semana, poco más ó ménos, ántes de mi visita, había dado un paseo por el campo en carruaje, del que descendió para pasear á pié durante cinco minutos. Al cabo de algunas horas reaparecieron el dolor y la hinchazon de la pierna, y cuando yo le ví había un edema considerable de la pierna izquierda, pero poca sensibilidad á lo largo de la vena. Orina turbia; densidad 1.013 con un octavo de albúmina, y cilindros epiteliales granulosos, pero apénas indicios de pigmento biliar, ni de leucina y tirosina. La impulsion del corazon apénas se percibe, y el primer ruido es corto y brusco como el segundo.

Tratamiento. — Hierro, quinina, régimen tónico y vino. El enfermo se encontró al principio bastante mejor, y el 9 de Enero apénas había hinchazon en las piernas; no existía ictericia, y sólo se observaba un indicio de albúmina en la orina; pero bien pronto comenzó á debilitarse, hasta que murió en Marzo de 1864 en San Leonardo. No se hizo la autopsia.

En los cuatro casos que siguen la ictericia se presentó en el curso de la escarlatina. En los tres primeros, dos de los cuales fueron mortales, los síntomas indicaron serios desórdenes sanguíneos; en el cuarto, la ictericia resultó probablemente de una simple congestion.

OBSERVACION CXL. — *Escarlatina.* — *Ictericia.* — *Coma mortal.*

Samuel W..., de 27 años de edad, fué admitido en el hospital de febricitantes de Lóndres el 6 de Marzo de 1863 con una fiebre y dolor en la garganta, que contaba cuatro ó cinco días de fecha. A su entrada, pulso á 120, débil; erupcion escarlatinosa, abundante, clara, punteada. La piel, sobre todo la de la cara y las conjuntivas, están muy amarillas. Lengua roja en los bordes, seca y oscura en el centro; anginas, amígdalas rojas y gruesas, no ulceradas; algunas veces hipo; ha tenido algunos vómitos y ligera diarrea ántes de su entrada. No hay flujo nasal; inteligencia en buen estado.

Prescripcion: carbonato de amoniaco y clorato de potasa, 32 centigramos de cada cosa cada cuatro horas; seis onzas de vino, té de buey y leche.

Durante aquella noche el enfermo perdió en absoluto el conocimiento; cara térrea y lívida.

Muerte el siguiente día, á las ocho y media de la mañana.

Autopsia. — Piel y tejidos profundamente ictéricos. Vías biliares libres al hacer un corte; el hígado presenta el aspecto de la nuez moscada; los bordes de los lóbulos están pálidos, sus vasos centrales contienen sangre; materia oleosa en las células glandulares, muy aumentadas. Riñones gruesos: el derecho pesaba próximamente 190 gramos y el izquierdo 225; cápsulas no adheridas y superficie lisa; sustancia cortical hipertrofiada, cinco á seis líneas de espesor, color rojo oscuro; tubos uriníferos llenos de epitelio finamente granuloso. La orina sacada de la vejiga tenía una densidad de 1.015, y ofrecía una considerable cantidad de albúmina y de pigmento biliar.

OBSERVACION CXLI. — *Escarlatina.* — *Ictericia.* — *Muerte repentina.*

Alfredo C..., de 19 años de edad, fué admitido en el hospital de febricitantes de Lóndres el 4 de Diciembre de 1863. Su enfermedad había comenzado cuatro días ántes por dolores en los miembros y angina, seguidos de una erupcion escarlatinosa, que estaba entónces en su período más intenso. Pulso á 130, lengua húmeda, con una capa blanca y bordes rojos; amígdalas gruesas y rojas, no ulceradas; no había flujo nasal; vientre libre. Prescripcion: quinina, 13 centigramos cada cuatro horas, leche y té de buey.

5 de Diciembre (sexto día). — Pulso á 136, débil; ha pasado una noche agitada; delirio en ocasiones, alternando con el sueño. Traga bien los líquidos. La erupcion es todavía visible. Vientre libre. Se prescriben 120 gramos de vino.

6 de Diciembre. — Noche agitada, pero sueño por intervalos. Esta

mañana el enfermero ha observado que los labios estaban algo lívidos, la cara y las conjuntivas; aparte de esto, el paciente no parecía peor. Dice el enfermero que deje enfriar el té porque está algo caliente. Diez minutos despues está sin conocimiento, con la respiracion rápida, y muere casi de repente á las ocho y treinta de la mañana.

Autopsia. — Todos los tejidos ofrecían un color amarillo, y los pulmones estaban medianamente congestionados por detras. El hígado y las vías biliares no ofrecían nada de anormal; el primero estaba pálido y algo grasoso. Riñones considerablemente congestionados; tubos uriníferos llenos de epitelio granuloso. La orina en la vejiga contenía una pequeña cantidad de albúmina.

OBSERVACION CXLII. — *Escarlatina.* — *Ictericia.* — *Curacion.*

Emilia S..., de 18 años, fué admitida el 5 de Abril de 1864 en el mismo hospital que los dos enfermos anteriores. Tenía desde el día anterior fiebre y dolor en la garganta. A su entrada, pulso á 120; piel muy caliente; exantema escarlatinoso punteado, de buen color y bastante intenso. Lengua roja con una capa blanca y seca en el centro; cámara posterior roja; amígdalas gruesas, sin ulceracion. No hay infarto de los ganglios del cuello.

Prescripcion: mixtura con clorato de potasa y cloro libre, té de buey, etcétera.

6 de Abril (tercer día). — Pulso á 120, débil. Tres ó cuatro deposiciones la noche anterior. Cuatro onzas de vino y un huevo.

7 de Abril. — Durante la primera parte de la noche anterior gran agitacion y delirio; pero la enferma ha dormido bastante bien despues de haber tomado una pocion opiácea. En el día de hoy pulso á 130; lengua seca; no hay ulceracion en las amígdalas; no existe el menor trastorno de la inteligencia; erupcion escarlatinosa intensa en los brazos.

9 de Abril. — Pulso á 120, muy débil; la erupcion se disipa. Toda la piel y las conjuntivas presentan un ligero color ictérico; no hay sensibilidad en el hígado; dos deposiciones por día: evacuacion amarilla pálida; lengua seca; comienza la descamacion en la cara. La enferma ha dormido mal y delira de vez en cuando. La orina contiene pigmento biliar, pero no albúmina. Se prescriben seis onzas de aguardiente.

11 de Abril. — Pulso á 76; piel más fresca; descamacion general; ictericia en el mismo estado; tres deposiciones de color amarillo claro; ideas más claras. El apetito reaparece y la enferma se siente mucho mejor. Se prescribe quinina y *pouding* con crema.

13 de Abril. — Descamacion abundante. La ictericia está en vías de desaparicion.

17 de Abril (14.° día).—La salud general se mejora. No hay ictericia. Existe todavía una ligera relajacion de los intestinos.

La paciente sale del hospital el día 29 en estado satisfactorio.

OBSERVACION CXLIII. — *Escarlatina.* — *Ictericia.* — *Duracion.*

Federico C..., de 27 años, fué admitido el 17 de Diciembre de 1861 en el hospital de febricitantes de Lóndres. Su mujer y un hijo están en el mismo hospital con una escarlatina bien marcada. La enfermedad comenzó el día anterior por molestia en la garganta, escalofríos y dolor de cabeza. Al entrar en mi clínica el pulso está á 114; ligero exantema escarlatinoso; lengua húmeda y sucia, roja en la punta y en los bordes; traga difícilmente; amígdalas gruesas y rojas, pero sin ulceracion; vientre libre. Prescripcion: mixtura ácida, alimentacion ligera y té de buey.

19 de Diciembre (cuarto día). — Cara algo amarilla; ligera sensibilidad en la region del hígado. Dos píldoras laxantes.

20 de Diciembre. — Ictericia más marcada; conjuntivas amarillas; lengua húmeda, limpia y roja; angina ménos intensa; tres deposiciones por día; bílis en abundancia en las evacuaciones; el exantema ha desaparecido; pulso á 84. El enfermo se siente mejor.

21 de Diciembre. — Ictericia más pronunciada; la orina contiene mucho pigmento biliar, pero no albúmina; algo de sensibilidad á la presion en la region hepática; ligero extreñimiento. Se prescribe una mixtura con nitrato de potasa y sulfato de magnesia.

23 de Diciembre. — Pulso á 66; ménos ictericia; no hay dolor en la region hepática; muchas deposiciones.

Desde esta fecha continuó progresando la mejoría hasta el 26 de Enero, en que el paciente salió del hospital. La ictericia desapareció al cabo de pocos días. Descamacion ligera.

Ya os he presentado muchos casos en los cuales la ictericia resultó de una puohemia, y en los que se encontraron abscesos múltiples en el hígado (Obs. LXVII á LXXIII). En el siguiente la ictericia fué debida asimismo á una puohemia, pero no había depósitos purulentos en el hígado, y al propio tiempo las vías biliares estaban perfectamente libres.

OBSERVACION CXLIV.—*Necrósis de las vértebras cervicales.*—*Puohemia.*—*Ictericia.*

Isabel A..., de 24 años de edad, fué admitida el 17 de Febrero de 1868 en el hospital de febricitantes. Había sido prostituta ántes de su matrimonio, y ofrecía en la íngle cicatrices de bubones.

Doce días ántes de su entrada sintió repentinamente dolores agudos detras del cuello, que no cesaron, que la impedían mover la cabeza, y acompañados de vómitos. Creyó que había sufrido un golpe en el cuello estando jugando con sus amigas, pero éstas no atribuyen ninguna importancia al hecho como causa de su enfermedad.

A su entrada la paciente presenta los síntomas generales de la fiebre, sin otro indicio de afeccion local, á no ser un gran dolor y sensibilidad excesiva detras del cuello y entre ambos hombros; este dolor aumenta por el movimiento, pero no hay ningun indicio de tumor ni de induracion. Pulso á 108; lengua húmeda y roja; ideas despejadas. Piel caliente, sin erupcion; alguna traspiracion; no hay escalofríos. Vejigatorio detras del cuello, y una mixtura con ioduro de potasio y carbonato de amoniaco (25 centigramos de cada cosa), y extracto de belladona (dos centigramos).

Algunos días despues de su admision hay tumefaccion vaga en la parte inferior del cuello, á cada lado de las vértebras cervicales; rubicundez circunscrita del carrillo izquierdo; lengua seca y sucia en el centro, por debajo; la enferma se queja de un gran ardor y sequedad de la garganta. Vómitos de vez en cuando. El pulso se eleva hasta 126.

El 28 de Febrero escalofríos; ligero delirio por la noche. Diarrea con deposiciones abundantes y acuosas; roce pericardiaco distinto, pero no albúmina en las orinas.

El 2 de Marzo ictericia de la piel y de las conjuntivas, y pigmento biliar en la orina; no hay aumento de volúmen ni sensibilidad del hígado; las deposiciones continúan siendo acuosas y conteniendo mucha bílis; pulso á 144. Los escalofríos y la traspiracion no han reaparecido. Tumor fluctuante, del volúmen de una naranja pequeña, algo por detras del oido izquierdo; se abre el 4 de Marzo, y sale cierta cantidad de pus espeso.

La enferma ofrece gran postracion, está agitada y apénas tiene conocimiento.

La intensidad de la ictericia fué aumentando hasta la muerte de la enferma, el día 5 de Marzo.

Autopsia. — Las láminas de todas las vértebras cervicales, excepto la primera y las dos últimas, están corroidas y nadando en pus; se ve igualmente pus en el conducto espinal y en el seno lateral izquierdo. El pulmon izquierdo contenía cinco ó seis pequeñas placas de pulmonía lobular en vías de trasformacion purulenta. El hígado parecía sano, si bien las células glandulares contenían mucha bílis; no estaba congestionado, y las venas biliares se hallaban completamenre libres. No hay ulceracion intestinal.

El siguiente caso es un ejemplo de ictericia que sobrevino en el curso de una pleuro-pneumonía aguda.

OBSERVACION CXLV.—*Pleuro-pneumonía aguda complicada con ictericia.*

El 23 de Mayo de 1867 fuí llamado en consulta por el Dr. W. H. Cook, de Hampstead, para ver á un sacerdote de 50 á 60 años de edad, constitucion débil, costumbres sobrias y enfermo ya algunos años de un asma espasmódico. Cinco días ántes había sentido un dolor violento en el hipocondrio derecho, presentándose síntomas febriles seguidos de tos y ligera ictericia, con orinas algo coloreadas por el pigmento.

Examinándole con el cuidado necesario, se encuentran todos los signos físicos de una pleuro-pneumonía de la mitad inferior del pulmon derecho; macidez, soplo tubario, crepitacion fina, roce y resonancia vocal aumentada. Tenía tambien tos, con dispnea considerable, esputos filamentosos y dolor en el costado derecho, con exacerbaciones durante la tos ó una fuerte inspiracion. Pulso á 120; 36 respiraciones. A estos signos de afeccion torácica se añadía una ictericia ligera, pero manifiesta, de la piel y de las conjuntivas, y la orina contenía pigmento biliar. El hígado pasaba media pulgada del reborde costal en la línea mamaria derecha; ligera sensibilidad en esta region; bílis en las deposiciones. Lengua seca y sucia. El enfermo sufre gran ansiedad por el resultado de su afeccion. Se prescribe carbonato de amoniaco, éter nitroso, estimulantes, opiáceos y otros calmantes para aliviar el dolor y procurar el sueño; cataplasmas de mostaza y de harina de linaza en el costado.

Al principio se observó una marcada mejoría en los signos físicos y en los síntomas generales; pero en los primeros días de Junio la pleuresía, y despues la pulmonía, invadieron el pulmon izquierdo, y entónces el enfermo comenzó á declinar gradualmente hasta la muerte el 14 de Junio.

Hasta el final hubo un ligero color ictérico de la piel y de las conjuntivas, pero las deposiciones contuvieron siempre bílis en abundancia. No se hizo la autopsia.

La observacion CXLVI me parece un caso marcado de ictericia por congestion hepática. La existencia de la ictericia consecutiva al reumatismo articular agudo, segun las observaciones de Graves, nos hizo buscar la ictericia; pero no encontramos ninguna erupcion de este género.

OSERVACION CXLVI. — *Ictericia por congestion hepática.*

Juana C..., de 30 años, fué admitida en el hospital de Middlesex el 2 de Abril de 1868. Había estado desde el 28 de Enero al 7 de Marzo en la sala Seymour padeciendo un reumatismo articular agudo con pericardítis.

Despues de haber salido del hospital, experimentó debilidad y dolores

reumáticos; pero poco á poco se encontró mejor hasta el 26 de Marzo, en que sintió dolor en la region del hígado por detras y por delante; el 28 este dolor se hizo más intenso y fué seguido al siguiente día de náuseas, vómitos y flatulencia, y el día 30 de ictericia. Los vómitos sólo duraron un día, pero la ictericia y el dolor continuaron aumentando.

Al entrar en el establecimiento, ictericia muy marcada de toda la piel y de las conjuntivas; la enferma siente gran dolor en el epigastrio y en el hipocondrio derecho; el dolor se extiende hasta el hombro derecho y parte inferior de la espalda; aumenta considerablemente apretando por debajo de las costillas derechas, y tambien cuando la enferma está acostada sobre el lado izquierdo; lo cual, dice, le corta siempre la respiracion. El área de la macidez hepática estaba aumentada; cinco y media pulgadas en la línea mamaria derecha, pasando una pulgada del reborde costal. Orina ácida y oscura, que contenía una proporcion considerable de pigmento biliar. Lengua gruesa; poco apetito; ha habido bastantes deposiciones despues de haber tomado la enferma polvos de jalapa compuesta. Bílis abundante en las materias fecales. Pulso á 96, y temperatura á 37°,7.

Ventosas secas en toda la region hepática, y despues cataplasmas de harina de linaza; pocion con sulfato de magnesia y sen, y mixtura diurética con bitartrato de potasa y éter nitroso. Dieta láctea y té de buey.

Al siguiente día por la mañana se presentaron las reglas por primera vez despues de cerca de cuatro meses que duraba la enfermedad; deposiciones biliosas frecuentes; dolor y sensibilidad de la region hepática, considerablemente disminuida.

El 8 de Abril la enferma no sentía dolor y la ictericia apénas era sensible. Mixtura de ácido nítrico y de genciana; un poco de pescado.

El 13 de Abril no hay indicios de ictericia; la macidez hepática en la línea mamaria derecha sólo es de cuatro pulgadas; no existe sensibilidad por debajo de las costillas derechas.

Al siguiente día la enferma sale del hospital.

El último caso de ictericia que tengo que referir es notable, no sólo por su persistencia, sino tambien por el carácter hereditario. Aunque cabe dudar si el color icteroide presentado en la tercera generacion por los descendientes es una verdadera ictericia, no puede negarse que fué real para la madre y sus dos hijos. Debemos confesar que la patogenia de la ictericia en tales casos es oscura. Verdad es que no hay obstruccion de las vías biliares, y lo más probable es que, ó bien el hígado produzca un exceso de bílis, ó bien se encuentre en un estado permanente de congestion. Pero, cualquiera que sea su patogenia, su relacion íntima con la gota es interesante bajo el punto de vista de la opinion que emitiré en otro lugar; á saber: que la gota tiene su orígen en un desórden funcional del hígado.

OBSERVACION CXLVII. — *Ictericia hereditaria y gota.*

El 18 de Febrero de 1875 tuve ocasion de observar el siguiente caso, gracias á la amabilidad del Dr. Moxon.

Roberto J..., de 30 años, dice que nació ictérico y que continúa estándolo. No ha sido nunca robusto, pero desde los 17 á los 27 años tuvo la costumbre de andar todos los días 20 millas (unos 32 kilómetros) á pié, expuesto á todas las intemperies y comiendo bastante mal. A los 21 años estuvo enfermo, por espacio de seis semanas, con fiebre. A los 27 padeció otra afeccion, despues de la cual llevó una vida más sedentaria, pero continuó bebiendo cerca de un litro y medio de cerveza por día. Desde los 27 años hasta la fecha ha padecido varias veces gota en los dedos de las manos y de los piés, aliviándose con el ioduro de potasio. La orina daba un sedimento abundante. Hace cuatro meses abandonó la cerveza y los demas estimulantes, encontrándose desde entónces algo mejor.

Hé aquí las notas que recogí acerca de este caso:

Cuerpo bien nutrido; el individuo llevaba una vida activa. Color ictérico marcado de la piel y de las conjuntivas. La orina contiene uratos en abundancia, y da claramente la reaccion del pigmento biliar. Hígado algo grueso, que medía cuatro pulgadas y tres cuartos en la línea mamaria derecha, nada sensible. Buen apetito; algunas veces flatulencia; ligero extreñimiento; evacuaciones bastante coloreadas por la bílis. Vértigos de vez en cuando.

El 9 de Octubre de 1876, el Dr. Moxon me escribe lo siguiente:

«R. J. sigue siendo sobrio como un individuo de la Sociedad de Templanza; pero la orina contiene pigmento biliar como ántes, y la ictericia persiste.

»R. J. tiene un hermano dos años y ocho meses mayor que él, tambien ictérico toda su vida, y que en Febrero de 1875 padeció la gota. Este hermano continúa bebiendo cerveza y es muy ictérico.

La madre de estos dos sujetos murió á los 54 años. Tenía costumbre de beber mucha cerveza, y durante los últimos 14 años de su vida había padecido mucho de gota, en términos que sus piés y todas las articulaciones de los dedos estaban deformadas. Durante este mismo período estuvo constantemente ictérica, con la esclerótica muy amarilla y frecuentes cólicos biliares. De sus siete hijos, cinco habían muerto en los primeros años. Sólo había tenido un hermano que murió de consuncion; pero su padre era gotoso, y estuvo enfermo del hígado.

»El padre de R. J. vive todavía (Octubre de 1876) y se encuentra bien; no ha tenido nunca gota ni ictericia.»

Sé igualmente por el Dr. Moxon que R. J. y su hermano han tenido varios hijos, todos los cuales se hicieron ictéricos dos días despues del na-

cimiento y de un color muy oscuro; con todo, dicho síntoma desapareció siempre al cabo de un mes.

Antes de terminar esta leccion debo llamar vuestra atencion acerca del *diagnóstico de las causas de la ictericia*, y más especialmente de la *investigacion de los ácidos biliares en la orina como elemento de diagnóstico.*

En 1858, Kuhne anunció que en la ictericia por oclusion del conducto colédoco la orina contiene siempre ácidos biliares, lo mismo que pigmento biliar; pero que en las circunstancias ordinarias, cuando las vías biliares están libres, los ácidos biliares son eliminados en gran parte por las heces y no se reabsorben en el intestino (1). El Dr. Harley, en sus *Ensayos sobre la ictericia* publicados en 1863, adoptando la opinion de que los ácidos biliares se forman en el hígado, miéntras que el pigmento biliar está previamente formado en la sangre, pretendió que la investigacion de los ácidos biliares en la orina era un medio para distinguir la ictericia debida á la obstruccion de la producida por la supresion de la secrecion. «En la ictericia por supresion, dice el Dr. Harley, el hígado no segrega bílis; por consiguiente, no se desarrollan ácidos biliares; miéntras que en la ictericia por obstruccion la bílis es segregada, y despues reabsorbida en la sangre, y los ácidos biliares, no trasformándose en la circulacion, son eliminados por los riñones y pasan á la orina.» De aquí se dedujo que la presencia ó la falta de ácidos biliares en la orina, en todos los casos de ictericia, debe decidir si es debida á la obstruccion ó á la supresion. El medio más fácil para averiguar la presencia de los ácidos biliares parece ser el reactivo de Pettenkofer. Añádase un pedacito de azúcar á ocho gramos de orina sospechosa, y despues déjense caer lentamente en el tubo de ensayo unos cuatro gramos de ácido sulfúrico concentrado, procurando que no se mezclen ambos líquidos. Si hay ácidos biliares, se observará, en el punto de contacto del ácido y de la orina, al cabo de algunos minutos, un color púrpura oscuro.

Se puede considerar este resultado como un indicio cierto de que la ictericia es debida á una obstruccion de las vías biliares; por otra parte, un color pardo oscuro en vez del color púrpura, indicará igualmente una supresion de la secrecion.

Si tales hechos estuvieran confirmados, la patogenia de la ictericia estaría considerablemente simplificada y la química fisiológica habría proporcionado una ayuda preciosa al diagnóstico. Pero despues de haber estudiado seriamente la cuestion, me parece que la teoría y la práctica fundada en ella merecen alguna objecion.

1.° Ya os he dicho que la teoría segun la cual la ictericia indepen-

---

(1) *Virchow's Archiv.*, Setiembre de 1858, y el *Préface* de la traduccion inglesa de Frerichs, Junio de 1860, t. I, págs. 14 y 15.

diente de la obstruccion biliar es debida á la supresion de la secrecion biliar, es por sí misma poco probable.

2.° Admitiendo que la teoría sea exacta, los ácidos biliares deben existir en la orina, á ménos que el hígado esté *enteramente* destruido ó su secrecion *completamente* suprimida, circunstancias que rara vez se presentan. Del mismo modo, en los casos de obstruccion que cuentan alguna fecha el tejido glandular del hígado, segun lo admite el Dr. Harley, puede estar destruido, y por consiguiente, no hay ácidos biliares en la orina, aunque la ictericia resulte primitivamente de la obstruccion. Golowin y otros recientes observadores han visto que, en los casos de ictericia por obstruccion, los ácidos biliares concluyen por desaparecer en absoluto. De aquí se deduce que, por muy exacta que sea la teoría, su aplicacion práctica puede hacer desconocer al médico la causa de la ictericia.

3.° Las pruebas clínicas en apoyo de la opinion segun la cual la ictericia por obstruccion se reconoce por la presencia de los ácidos biliares en la orina, son todavía insuficientes. Ni Scherer (1), químico notable, ni Frerichs, clínico ilustre, han encontrado nunca ácidos biliares en la orina en ninguna forma de ictericia; y aunque se hayan podido descubrir pequeñas cantidades por medio de reactivos delicados, tales como el de Hoppe, despues de haber separado los pigmentos urinarios, estos procedimientos son difícilmente aplicables para el diagnóstico. Entre los cinco casos de ictericia referidos por el Dr. Harley (2), en los cuales se analizó la orina bajo el punto de vista de los ácidos biliares, uno era un caso de ictericia por obstruccion del conducto colédoco; se observaron un día ácidos biliares en abundancia, pero diez días despues no se pudo descubrir el menor indicio; sin embargo, á las siete semanas, poco tiempo ántes de la muerte, reaparecieron en pequeña cantidad. Otro era una atrofia amarilla aguda del hígado, en el cual la orina dió una secrecion marcada de ácidos biliares. Este descubrimiento hubiera debido dar un golpe fatal á la significacion diagnóstica deducida de la presencia de los ácidos biliares en la orina, tanto más cuanto que, en la atrofia aguda, las vías biliares están perfectamente libres, y la enfermedad ha sido considerada por muchos autores como un ejemplo típico de la ictericia por supresion; pero el doctor Harley cree que la presencia de ácidos biliares en tales casos prueba que en la atrofia aguda la supresion está complicada con reabsorcion de la bílis.

4.° Desde que el Dr. Harley dió á conocer sus ideas he analizado la orina en gran número de casos de ictericia, y dudo mucho que el procedimiento del Dr. Harley (modificacion del de Pettenkofer), en el cual no es necesario comenzar por separar los pigmentos biliares, indique de una

---

(1) *Chemical Gazette*, 1845, t. II, pág. 208.
(2) *Op. cit.*, págs. 27, 38, 74, 94 y 111.

manera positiva la presencia de los ácidos biliares en la orina. El doctor Hilton Fagge ha llegado á establecer la misma conclusion (1). Todos recordareis haberme visto ensayar el reactivo sobre la orina de seis enfermos en mi clínica del hospital Middlesex. En tres de estos enfermos obtuve un color púrpura oscuro en el punto de contacto del ácido sulfúrico con la orina. Uno de los tres casos era una ictericia por obstruccion calculosa; en otros dos casos no había ictericia ni ningun síntoma de afeccion hepática, y sin embargo, cuando se colocaron los tres tubos, uno al lado de otro, fué imposible distinguir el color del primero y el de los últimos. Otros observadores, segun mis noticias, han obtenido resultados análogos. Así, Neubauër, en su excelente monografía sobre la orina (2), asegura que ciertos pigmentos de la orina producen un color violáceo oscuro, que se parece mucho al producido por la bílis cuando se añade á la orina una gran cantidad de ácido sulfúrico concentrado. La separacion de los pigmentos urinarios ántes de investigar los ácidos biliares sería un procedimiento muy molesto y difícil para la práctica corriente, áun suponiendo que la presencia ó la falta de los ácidos biliares pueda ilustrar la cuestion de la causa de la ictericia.

Aunque por todas estas consideraciones no puedo recomendaros el procedimiento que acabo de exponer, pues no siempre da una indicacion positiva acerca de la causa de la ictericia, la cuestion merece la pena de que os ocupeis seriamente de ella. De todos modos, las ligeras observaciones con que terminaré esta leccion os ayudarán, si las grabais bien en vuestro ánimo, á establecer bien el diagnóstico.

1.ª El principal indicio de obstruccion del conducto colédoco lo suministran las deposiciones. Cuando no hay obstruccion del conducto, las evacuaciones contienen bílis; pero cuando está obstruido la bílis no penetra en el intestino, y las materias fecales tienen un color arcilloso. Sin embargo, debemos recordar que existen aquí algunas causas de error. Ante todo, la ictericia persiste ordinariamente algun tiempo despues de haber cesado la obstruccion, y entónces — como ocurre con bastante frecuencia en los casos de cálculos biliares — las deposiciones biliosas pueden coexistir con la ictericia que ha resultado de la obstruccion de las vías biliares. Por otra parte, si las deposiciones son muy líquidas, acuosas, puede parecer que contienen bílis por la mezcla con la orina ictérica. Ademas, en algunos casos muy raros el conducto colédoco sólo está parcialmente obstruido, y pasa bastante bílis para colorear las materias fecales. Por último, ciertos casos de ictericia tienen un orígen complejo en el sentido de

---

(1) *Guy's Hopital Reports*, 1875, t. XX.

(2) Neubauër y J. Vogel, *De l'urine*, etc., traduccion de Gautier, primera edicion, pág. 59.

que puede haber á la vez oclusion del conducto y un estado morboso de la sangre.

2.ª Un tumor que corresponde á la region de la vesícula será un indicio de que la ictericia se debe á la obstruccion del conducto colédoco.

3.ª La ictericia persistente debida á una obstruccion, se hace muy pronto intensa; pero, bajo este punto de vista, debeis recordar un hecho acerca del cual he insistido varias veces; á saber: que áun cuando haya una obstruccion invencible del conducto colédoco, la intensidad de la ictericia variará en ocasiones segun la cantidad de bílis segregada por el hígado y el grado de actividad de los riñones, y que, en el período avanzado, la ictericia puede desaparecer para siempre por la destruccion del teiido glandular y la pequeña cantidad de bílis segregada.

4.ª La ictericia que aparece de una manera brusca en una persona de buena salud anterior, resulta probablemente de la obstruccion de las vías biliares por un cálculo, ó bien tiene un orígen nervioso.

En el primer caso irá precedida ó acompañada de cólico biliar y de vómitos, y las deposiciones serán arcillosas; en el segundo habrá habido alguna conmocion ó violenta emocion anterior, las evacuaciones contendrán bílis, y la ictericia irá á menudo acompañada de delirio y de otros síntomas cerebrales.

5.ª La ictericia que se manifiesta lentamente, pero que concluye por hacerse muy intensa, con desaparicion completa de la bílis en las deposiciones, resulta por lo general de una compresion ejercida sobre el conducto colédoco exteriormente, ó del desarrollo de un tumor en el interior del conducto.

6.ª Muchos ataques de ictericia pasajera con intermitencias distintas, indican la existencia de cálculos biliares si se trata de un adulto ó de una persona de edad avanzada; en los sujetos jóvenes esto indicará más bien un catarro del duodeno ó de las vías biliares.

7.ª Hay dolor en algunos casos de ictericia y no en otros. Puede haber muy poco ó ningun dolor en los casos en que la causa es una úlcera del duodeno, una simple estrechez del conducto, un infarto de los ganglios de la cisura del cuello, un envenenamiento por alguna fiebre específica. Conviene tambien recordar que, en casos muy raros, un cálculo ha podido obstruir el conducto colédoco y causar una ictericia permanente sin haber nunca provocado crísis de cólico biliar. Un dolor que se presenta por paroxismos violentos y se disipa despues, puede ser determinado por cálculos, hidátides, una úlcera duodenal y un aneurisma de la arteria hepática. La ictericia precedida inmediatamente de violentos paroxismos es debida, casi con seguridad, á cálculos biliares; la ictericia seguida de dolor paroxístico intenso, resulta más probablemente de un cáncer. Un dolor más ó ménos constante, con sensibilidad á la presion por debajo de las costillas derechas, indicará que la ictericia depende de una congestion

del hígado, ó de una hepatítis intersticial, ó de un catarro de las vías biliares, ó de puohemia con depósitos purulentos en el hígado, ó de cáncer del hígado, ó de atrofia aguda del mismo órgano (véanse los capítulos correspondientes). Finalmente, por lo que concierne á la coexistencia de la ictericia y del dolor, debeis recordar que el cáncer de la vesícula biliar no es raro despues de los cálculos biliares.

8.ª La ictericia que coincide con un aumento considerable de volúmen del hígado, es probablemente debida á un cáncer de dicho órgano; pero puede tambien coincidir con una degeneracion amiloidea del hígado cuando el conducto colédoco está comprimido por los ganglios de la cisura porta aumentados de volúmen, ó ser producida por abscesos múltiples del hígado ó por una hepatítis intersticial.

9.ª El diagnóstico de la causa de la ictericia será fácil muchas veces por la coexistencia de la ascítis. Cuando ambos estados morbosos se encuentran reunidos, encontrareis ordinariamente que existe un cáncer ó una cirrósis. Si una ictericia permanente, con falta completa de bílis en las deposiciones y una ascítis sin hidropesía en otros puntos, coexisten en el mismo caso, rara vez os engañareis al decir que la obstruccion de las vías biliares que produce la ictericia, y la obstruccion de la vena porta que determina la ascítis, son debidas á una misma causa. Esta causa no puede ser un cálculo, porque el cálculo obstruiría el conducto biliar, pero no opondría un obstáculo al curso de la sangre en la vena porta para producir la ascítis (1).

La doble obstruccion resulta las más veces de una presion ejercida desde fuera sobre el conducto colédoco y la vena porta, en el punto en que ambos órganos se encuentran yuxtapuestos en la cisura del hígado, por ganglios linfáticos aumentados de volúmen, por un tumor de la cabeza del páncreas ó por nódulos cancerosos que partan de la superficie misma del hígado. Sin embargo, es muy posible que estas lesiones determinen la ictericia sin ascítis. En el período avanzado de la cirrósis no es raro igualmente observar la coexistencia de la ictericia y de la ascítis; pero entónces el hígado es á menudo pequeño, y la ictericia es ligera; lo más importante es que el color de las deposiciones demuestra que hay todavía pigmento biliar segregado y que puede pasar al intestino. No hay falta completa del pigmento biliar en las materias.

10. En muchos casos de ictericia el pulso es más lento que en estado normal, y la temperatura no ha aumentado. Cuando la ictericia va acompañada de síntomas febriles, las causas probables son la inflamacion ó la ulceracion de las vías biliares ó alguna fiebre específica, ó la puohemia, ó los tubérculos, ó un hidátide inflamado.

---

(1) Véase tambien la Leccion XIII, obs. CLXVII.

11. El delirio, el estupor y otros síntomas cerebrales, coincidiendo con la ictericia, indican una atrofia aguda del hígado, ó un envenenamiento por el fósforo, ó alguna fiebre específica, ú otro veneno de la sangre, ó una conmocion nerviosa, ó una pulmonía. En todos estos casos los síntomas son los de una afeccion aguda, las deposiciones contienen bílis, y se observa á menudo la presencia en la orina de la leucina y tirosina, al mismo tiempo que una falta de urea. Sin embargo, tales síntomas pueden tambien sobrevenir en los casos de ictericia pertinaz por obstruccion de las vías biliares, en los cuales las materias no contienen bílis.

12. Cuando hay que diagnosticar la causa de la ictericia, es siempre importante tener en cuenta el estado en que se encontraba el enfermo ántes de la aparicion de dicho síntoma. En los casos de ictericia por cálculos biliares ó por conmocion nerviosa, el enfermo puede haberse encontrado ántes en un estado de perfecta salud. En la ictericia catarral el ataque va precedido, 8 ó 10 días ántes, de síntomas gástricos, con vómitos ó diarrea. El enflaquecimiento con pérdida del apetito, la flatulencia y los vómitos alimenticios ántes de que se haya presentado la ictericia, deben hacer creer en un cáncer del páncreas, del duodeno ó del píloro, y el dolor, dos ó tres horas despues de las comidas, con hematemésis y melena, indicarán una úlcera del duodeno. La ictericia que sobreviene en el curso de las fiebres específicas ó de la puohemia, irá precedida de los síntomas característicos de tales enfermedades. La ictericia en el primer período del embarazo puede ser debida á la congestion del hígado, producida por la supresion de las reglas; en un período más avanzado puede ser determinada por la presion del útero aumentado de volúmen sobre el conducto colédoco, ó por una atrofia aguda. Finalmente, la ictericia verdadera en los recien nacidos puede resultar de la respiracion en una atmósfera viciada, de una obstruccion del conducto colédoco por la bílis espesa ó por los cálculos, ó por la oclusion ó la falta congénita de este conducto.

LECCION DUODÉCIMA

ASCÍTIS

Signos de la ascítis. — Condiciones morbosas que simulan la ascítis, y cómo se distinguen: 1.ª, quiste del ovario; 2.ª, tumor hidatídico; 3.ª, quiste renal; 4.ª, distension de la vejiga; 5.ª, útero en estado de preñez. — Causas que producen un derrame de líquido en el peritoneo: I, peritonítis aguda; II, peritonítis tuberculosa; III, peritonítis crónica; IV, cáncer; V, tumor coloide; VI, hidropesía simple: 1.°, por lesion renal; 2.°, por lesion cardiaca ó pulmonal; 3.°, por obstruccion porta.

SEÑORES:

Continuando el plan que adopté al hacer la historia clínica del aumento de volúmen del hígado y de la ictericia, me propongo hoy exponeros las diversas causas bajo cuya influencia se desarrolla el líquido en el peritoneo, y los medios más sencillos de distinguirlas, más especialmente bajo el punto de vista de las enfermedades del hígado, de las cuales la ascítis es un síntoma tan comun.

Hé aquí cuáles son los signos que indican la presencia de líquido en la cavidad abdominal.

1.° Hay aumento de volúmen ó tumefaccion del abdómen.

2.° La percusion da un sonido macizo en el punto ocupado por el líquido. Muchas veces es consultado el médico por personas de edad mediana ó avanzada que se creen hidrópicas, cuando en realidad no hay en ellas más que una acumulacion de gases en los intestinos, ayudada quizá por un aumento en la proporcion de grasa subcutánea. La naturaleza del caso se averiguará fácilmente por la percusion, que dará hácia adelante un sonido claro en el intestino distendido. En casos más raros, que muchas veces se confunden con un embarazo, el abdómen está saliente y tim-

pánico, lo cual se debe á la contraccion anormal de algunos músculos abdominales, y particularmente del diafragma.

3.° Ruido especial ó sensacion de fluctuacion cuando se practica la percusion. Se percibe aplicando la mano izquierda de plano en un lado del abdómen, y golpeando entónces de una manera brusca pero ligera sobre el otro lado con los dedos de la mano derecha. Este estremecimiento es siempre muy marcado cuando la cantidad de líquido es considerable, y cuando la pared abdominal está delgada y tensa; pero un médico experimentado puede descubrir hasta la existencia de algunas gotas de líquido. Sin embargo, en tales casos no cabe esperar que el estremecimiento se propague de un lado á otro del abdómen; será preciso aplicar los dedos de la mano izquierda sobre el borde superior de la parte que da un sonido macizo á la percusion, y golpear en la parte maciza, ó algunas pulgadas por debajo, con los dedos de la mano derecha.

4.° La presion demostrará, algunas veces con evidencia indudable, que existe líquido en el abdómen. Si se ejerce la presion con la punta de los dedos bruscamente y en direccion perpendicular á la superficie, se experimenta muchas veces la sensacion del movimiento del líquido y se siente que los dedos están en contacto con algun cuerpo sólido, como un hígado ó un bazo aumentados de volúmen, ó un tumor.

5.° Cuando la cantidad de líquido es grande el funcionamiento del diafragma es difícil, lo mismo que el de los músculos abdominales; hay entónces más ó ménos dispnea y la respiracion es torácica.

6.° Cuando hay gran acumulacion de líquido el enfermo suele llevar la cabeza hácia atras, al estar de pié, para equilibrar el cuerpo. Se observa lo mismo que en el período avanzado del embarazo.

7.° La simple acumulacion de líquido en el abdómen comprimiendo las venas renales é iliacas, puede dar lugar á la albuminuria y á la hidropesía de las piernas; pero estos caractéres son muy importantes, por lo cual no tardaré en volver á cuparme de ellos.

Estados morbosos ú otros que pueden hacer creer en una ascítis

Despues de haber observado los caractéres que acabo de enumerar, podeis tener una completa seguridad de que se trata de una coleccion líquida en el abdómen; pero no bastan para indicar si el líquido está en la cavidad peritoneal ó si es un quiste distinto; éste es el punto que teneis que determinar.

Las condiciones patológicas ó fisiológicas que mejor simulan la presencia del líquido, son:

1.ª Un quiste del ovario;

2.ª Un tumor hidático;

3.ª Un quiste del riñon;

4.ª La distension exagerada de la vejiga;

5.ª Un útero en estado de preñez.

En la práctica es completamente indispensable no confundir la ascítis con ninguna de estas condiciones.

1.º — Quiste del ovario

Por su gran frecuencia, es la condicion patológica que más fácilmente se puede confundir con una ascítis. Miéntras el quiste es pequeño se puede percibir su contorno á traves de las paredes abdominales, siendo fácil el diagnóstico. La dificultad existe cuando el quiste es muy voluminoso y llena, al parecer, el abdómen (1).

Aun entónces se distinguirá fácilmente de la ascítis por los caractéres siguientes, la mayor parte de los cuales servirán para distinguir la ascítis de los demas quistes abdominales que contienen líquido:

1.º En la ascítis, el líquido, que tiene la facultad de moverse en todos sentidos entre los intestinos, ocupa siempre las partes declives; y los intestinos, que contienen gases, ofrecen cierta tendencia á ocupar la superficie, cualquiera que sea la posicion que tome el enfermo. Por consiguiente, en el decúbito dorsal habrá macidez á la percusion en los vacíos, y un sonido claro y timpánico en mayor ó menor extension alrededor del ombligo; ordinariamente más por encima que por debajo, tanto más cuanto que los enfermos tienen generalmente en la cama los hombros más elevados que la pélvis. Si se acuesta al enfermo sobre el lado derecho, la sonoridad se referirá al izquierdo; y si se acuesta sobre el izquierdo, la sonoridad se referirá al derecho. Se pueden descubrir tambien pequeñas cantidades de líquido haciendo que el enfermo doble los muslos sobre el vientre, porque entónces el líquido se acumulará alrededor del ombligo. En cualquier situacion la macidez á la percusion desaparecerá á menudo hácia sus límites comprimiendo á bastante profundidad. Por el contrario, en la hidropesía del ovario el quiste se coloca por delante de los intestinos, que no pueden ocultarle, pues están retenidos por el mesenterio y empujados por el tumor contra la columna. Por consiguiente, si existe sonoridad á la percusion será más bien en el vacío izquierdo ó en el derecho, ó en el epigastrio, y la region umbilical ofrecerá una marcada macidez; por otra parte, la situacion relativa que ocupa la macidez ó la sonoridad no variará con la posicion del enfermo.

2.º En la ascítis, la tumefaccion del abdómen es uniforme y simétrica

---

(1) Estas consideraciones sólo se aplican á los casos en que el tumor no está formado más que por un quiste. Se distinguen fácilmente de la ascítis los quistes del ovario multiloculares por su superficie desigual, su mayor dureza, la resistencia á la presion y su fluctuacion, que es relativamente oscura.

desde el principio, y cuando el enfermo está en decúbito dorsal el líquido se acumula, en virtud de su peso, á cada lado del abdómen, determina cierto arqueamiento y hace parecer el tronco más ancho. En el quiste del ovario la tumefaccion comienza por un lado, y durante mucho tiempo este lado es más voluminoso que el otro. Tambien en dicho período, cuando se comprime sobre el abdómen con la mano de modo que se perciba la parte inferior de la columna, se puede apreciar que el tumor desciende á la pélvis. Cuando el quiste es más voluminoso, aunque puede parecer que llena un lado del abdómen tanto como el otro, está más abombado hácia adelante que por los lados.

3.° En la ascítis, las distancias que separan el ombligo, el púbis y el esternon son las mismas, encontrándose el ombligo una pulgada, poco más ó ménos, más próximo al púbis que al esternon. Esta relacion se invierte generalmente cuando se trata de un tumor del ovario. En este último caso, pero nunca en la ascítis, la distancia comprendida entre el ombligo y la cresta iliaca no puede ser la misma en ambos lados; será mayor en el lado en que se ha desarrollado el tumor. En la ascítis, cuando el enfermo está acostado, la circunferencia mayor del abdómen corresponde ordinariamente al ombligo ó un poco por encima, miéntras que en el tumor ovárico se encuentra una pulgada ó dos por debajo de este punto.

4.° En la ascítis, y tambien en el tumor ovárico, el ombligo ha desaparecido muchas veces; pero en el tumor ovárico simple no hay nunca eminencia del ombligo, como se observa á menudo en la ascítis. Esto es á veces un signo de alguna importancia, porque puede indicar que la ascítis ha venido á unirse al tumor ovárico.

5.° El líquido sacado por la puncion presenta á menudo ciertas diferencias, segun que proceda de una ascítis ó de una hidropesía del ovario. En el primer caso es una serosidad clara, de color amarillo de paja, de unos 1.015 de densidad y que contiene gran cantidad de albúmina, ó, si ha habido una inflamacion del peritoneo, el líquido podrá ser turbio y contener copos de linfa; miéntras que el líquido que se saca de un quiste del ovario, aunque algunas veces es tenue y casi incoloro como el de la ascítis, suele ser filamentoso ó espeso, y de color parduzco ó chocolate por su mezcla con la sangre.

Si teneis en cuenta estas reglas, rara vez os será difícil distinguir una ascítis de una hidropesía del ovario. Hay, sin embargo, algunas causas de error de diagnóstico que importa no perder de vista.

a) Cuando la cantidad de líquido derramado en el peritoneo es muy grande, el mesenterio puede no ser bastante ancho para permitir á los intestinos que floten en la superficie, y por consiguiente, puede no haber en ninguna parte resonancia timpánica percutiendo el abdómen.

b) En la ascítis, las adherencias antiguas ó una lesion del epiploon que los fija á la columna puede impedir que los intestinos floten libremen-

te. Así, en los casos de peritonítis subagudas ó crónicas, los intestinos pueden estar aglomerados y fijos en la parte posterior del abdómen por antiguas adherencias, miéntras que el líquido se acumula entre ellos y la pared abdominal por delante. (Obs. CLII.)

c) En casos muy raros un tumor del ovario puede estar oculto por una asa intestinal, lo cual da lugar, cuando se percute, á una resonancia timpánica.

d) Un quiste del ovario puede contener aire, lo mismo que líquido, por la descomposicion de su contenido despues de la puncion, ó porque se ha establecido una comunicacion con alguna parte del intestino, como en la Obs. CXLVIII. — En tales circunstancias, puede haber un quiste del ovario con resonancia timpánica en el ombligo.

e) Algunas veces coincide en la misma persona la ascítis y el tumor del ovario. Entónces, cuando el enfermo está en decúbito supino, hay macidez en el ombligo lo mismo que en los vacíos; pero si se acuesta sobre el lado en que se encuentra el tumor ovárico, la percusion podrá dar en el lado opuesto un sonido timpánico. Finalmente, comprimiendo bruscamente con la punta de los dedos sobre el abdómen del modo que os he indicado, se experimenta la sensacion de un líquido que se mueve y de un tumor elástico que choca contra él.

2.º— Tumor hidático

Es bastante raro que un tumor hidático llene el abdómen en tal extension que se pueda confundir fácilmente con una ascítis; sin embargo, en ocasiones se comete semejante equivocacion.

Todos recordareis que en una de mis primeras lecciones (Ob. XXXVIII) os referí el caso de una jóven de 15 años, en la cual un tumor hidático del hígado había hecho aumentar de tal modo el volúmen del abdómen que la respiracion llegó á ser bastante difícil y que se podía temer una asfixia; este peligro inmediato se evitó por la paracentésis, que dió salida á cerca de seis y medio litros de líquido, si bien no se conoció la naturaleza real de la enfermedad hasta que se hizo la autopsia. Sin embargo, tales casos podrán distinguirse de la ascítis por los caractéres siguientes:

1.º Desde el principio la tumefaccion no es simétrica ó está limitada á una porcion del abdómen, generalmente la region hepática, ántes de hacerse general. Por lo general, un quiste hidático comienza en la region hepática y se desarrolla hácia abajo; pero no debemos olvidar que puede nacer en la pélvis y desarrollarse hácia arriba (1).

---

(1) Véase como ejemplo un caso referido por el Dr. Habershon en las *Pathological Transactions* (t. XI, pág. 155); el tumor llegaba hasta el ombligo, y se parecía exactamente á la vejiga distendida; en otro, citado por Bryant (*Ibid.*, t. XVII, pági-

2.° La porcion del abdómen, sonora á la percusion, no es siempre la más elevada, cualquiera que sea la posicion que tome el enfermo. En el caso que ya he citado había un sonido claro en ambos vacíos, miéntras que la porcion anterior del abdómen daba cierta macidez y fluctuacion.

3.° El líquido que se saca es claro y trasparente, muy impregnado de cloruro de sodio, pero sin albúmina ni urea.

4.° En los casos raros, ya mencionados, en que hay al mismo tiempo ascítis y tumor hidático, el diagnóstico será muy difícil.

3.° — Quiste del riñon

Un quiste renal adquiere á veces tal desarrollo, que determina un aumento considerable del volúmen del abdómen. Vosotros habeis tenido ocasion de ver un caso de este género (véase la Obs. VIII), en el cual un quiste del riñon derecho contenía cerca de seis litros de líquido.

Por muy enorme que sea un quiste de este género, se distinguirá siempre fácilmente de la ascítis por los siguientes caractéres:

1.° Los signos que indican la presencia del líquido están limitados á un lado del abdómen, y los intestinos, distendidos, van hácia el otro lado, cualquiera que sea la posicion que tome el enfermo.

2.° A menudo habrá habido anteriormente algun traumatismo renal.

3.° En ocasiones habrá habido ántes hematuria ó albuminuria, ó algun otro síntoma de irritacion urinaria. Es importante, sin embargo, recordar que pueden existir enormes quistes renales sin que haya ningun síntoma urinario.

4.° El líquido obtenido por la puncion puede contener urea, y tratando su extracto alcohólico por el ácido nítrico se obtendrán cristales de nitrato de urea. El Dr. Stanley ha citado dos casos de este género, en los cuales el líquido del quiste contenía urea (1).

Sin embargo, este carácter, aunque tiene cierto valor para indicar el orígen de un quiste circunscrito del abdómen, no basta para distinguir los casos de ascítis, porque en la hidropesía por lesion renal el líquido que se acumula en el peritoneo ó en otras partes contiene á veces urea en gran cantidad. Ademas, ya hemos visto que no siempre hay urea en el líquido de los quistes renales.

---

na 278), el tumor llegaba hasta el hueco del estómago, lo mismo que en el tercero, citado en mi *Mémoire sur les tumeurs hydatiques (Edinb. med. Journ.*, Diciembre de 1865, obs. X). En la mayor parte de los casos el tumor llega á constituir, tarde ó temprano, un obstáculo á la miccion.

(1) Reseña de dos casos de rotura de la uretra ó de la pélvis renal, *Med. Chir. Transact.*, 1844, t. XXVII, pág. 1.

4.° — Distension de la vejiga

Aunque á primera vista no parece probable que se confunda la vejiga distendida con una ascítis ó con cualquiera otra cosa, sin embargo, semejante error se ha cometido más de una vez, y no hay duda que la vejiga puede, en algunos casos, distenderse enormemente hasta el punto de elevar gran parte del abdómen y simular una ascítis ó tumores quísticos.

Sabemos por la autoridad de Sir Everard Home que J. Hunter hizo una vez la puncion de la vejiga distendida creyendo que se trataba de una ascítis; y, por otra parte, apoyándome en mi propia experiencia, creo, con Tomás Watson, que las equivocaciones de este género no son raras en la práctica privada (1).

Pueden presentarse tanto más probablemente, cuanto que el enfermo arroja á menudo una cantidad suficiente de orina normal. Conozco uno de nuestros más eminentes cirujanos que hizo la puncion de la vejiga creyendo que se trataba de un voluminoso tumor hidático. Podreis juzgar del volúmen que había tomado la vejiga en este caso cuando os diga que se sacaron más de 13 litros de líquido con un pequeño trócar, introducido á la mitad de la distancia que separa el ombligo del esternon. Este caso tiene tal importancia bajo el punto de vista del diagnóstico, que con mucho gusto lo enumeraré más adelante con algunos detalles. (Véase más adelante, Obs. CXLIX). La Obs. CL es otro ejemplo de la misma equivocacion. Podría citaros igualmente un caso que se presentó en mi práctica hace algunos años, en el cual una dilatacion sacciforme de la vejiga, en un hombre de 68 años, adquirió tal desarrollo que formó un tumor voluminoso en la region iliaca derecha, que comprimió la vena femoral y determinó una trombósis de este vaso, con tumefaccion dolorosa de la pierna (2).

Los casos de distension de la vejiga se distinguirán de la ascítis por los caractéres siguientes:

1.° Hay macidez en el ombligo, y los intestinos están empujados hácia arriba y á los lados.

2.° Antes de que la enfermedad haya avanzado, se observa un tumor central circunscrito que contiene líquido y se eleva desde el púbis.

3.° En la mayor parte de los casos habrá habido, en ciertos períodos de la enfermedad, síntomas de retencion de orina ó algun otro trastorno de las vías urinarias, aunque estos síntomas pueden haber cesado en el

---

(1) *Lect. on pract. of physic*, quinta edicion, t. II, pág. 445.

(2) En este caso el enfermo arrojaba libremente orina normal, y no tenía ningun síntoma urinario. El quiste se puncionó á la mitad de la distancia que existe entre el púbis y la espina iliaca, y se sacaron unos 320 gramos de orina. La operacion no tuvo ninguna consecuencia funesta. El caso está expuesto detalladamente en las *Pathological Transact.*, t. XIV, pág. 133.

momento en que el enfermo se presenta por primera vez á vuestra observacion.

4.° Los casos de este género son muy comunes en los viejos que padecen una atrofia de la próstata. Cuando existe alguna duda para saber si el aumento de volúmen es debido á la vejiga, se puede disipar introduciendo todo lo posible un largo catéter prostático. Con un catéter ordinario sólo se obtendrían algunas onzas de orina, lo cual no ejercería influencia sobre el tumor, porque, segun ha demostrado Deschamp (1) hace mucho tiempo, en tales casos la vejiga se encorva sobre sí misma; de modo que la mayor parte de esta víscera se encuentra separada del cuello, que está tambien bastante distendido para contener algunas onzas de orina.

5.° — Utero en estado de gestacion

Aunque, ademas del de la reina María, ha habido muchos y célebres casos de hidropesía abdominal que se confundió con un embarazo y recíprocamente, sería hoy un error imperdonable en un médico tomar un desarrollo del útero, acompañado de todos los síntomas constitucionales y de los signos locales del embarazo, por una hidropesía del peritoneo.

Causas de la ascítis

Cuando hayais comprobado que existe realmente líquido en el peritoneo, debeis ocuparos en seguida de determinar su causa ó su orígen.

La ascítis puede ser producida por:

I. Una peritonítis aguda;
II. Una peritonítis tuberculosa;
III. Una peritonítis crónica;
IV. Un cáncer del peritoneo;
V. Un tumor coloide del peritoneo;
VI. Una hidropesía simple.

I. La *peritonítis aguda* se distinguirá por:

1.° Su curso rápido;

2.° Los síntomas de inflamacion abdominal, fiebre, pulso pequeño, facciones contraidas, sudores viscosos y gran tendencia al colapso, vómitos, dolor agudo y sensibilidad del abdómen, respiracion torácica y piernas dobladas.

3.° La cantidad de líquido que se derrama en el peritoneo es pequeña,

---

(1) *Traité de l'opération de la taille*, t. I, pág. 224. Acerca de esta causa de error y modo de reconocerla, insistió mucho Syme, hace 30 años, en sus *Leçons cliniques*.

y á menudo insuficiente para producir una sensacion clara de estremecimiento ó de fluctuacion.

II. En la *peritonítis tuberculosa* hay tendencia á la formacion de adherencias sólidas de las vísceras abdominales una á otra, y entre ellas y la pared abdominal, sin acumulacion de líquido. El abdómen en tales casos está ordinariamente retraido. Algunas veces se forman, entre las asas intestinales adyacentes, colecciones circunscritas de líquido (por ulceraciones tuberculosas de la mucosa que terminan por perforacion ó por simple reblandecimiento de la materia tuberculosa); estas colecciones líquidas pueden adquirir un volúmen bastante grande para determinar un arqueamiento en la pared abdominal. En otros casos el líquido se reune en cantidad considerable en la cavidad peritoneal como resultado de una ligera peritonítis tuberculosa, probablemente debida á depósitos tuberculosos en los ganglios linfáticos que comprimen la vena porta. (Véase Obs. CLVI.) Yo mismo he visto dos casos de este género en los cuales hubo al propio tiempo una coleccion de líquido en una de las pleuras, y Leudet ha mencionado ejemplos semejantes (1). Lo que tienen de notable estos casos es que el líquido es reabsorbido muchas veces, sobre todo en los niños, y el enfermo cura. No es raro que el líquido se torne purulento en la peritonítis tuberculosa, y á veces se abre paso por el ombligo; más de una vez he visto curar al enfermo despues de semejante evacuacion. Se ha referido un caso muy notable, en el cual una peritonítis tuberculosa fué considerada como una enfermedad del ovario. Despues de haber sacado por la puncion nueve litros de líquido, el Dr. Spencer Wells abrió el peritoneo y le encontró sembrado de millares de tubérculos; en cuanto á los intestinos se hallaban aglomerados en conjunto, y fijos por debajo hácia la parte posterior y superior del abdómen. Se vació la cavidad y la herida curó. Despues de una viva peritonítis la enferma se restableció; al cabo de cuatro años se casó, y á los seis se encontraba sana y robusta (2).

Los síntomas de la peritonítis tuberculosa suelen ser oscuros; pero la afeccion se reconoce por los siguientes caractéres:

1.° Fiebre héctica, con enflaquecimiento y sudores nocturnos;

2.° Coincidencia de signos de tubérculos en otras partes del cuerpo;

3.° Diarrea bastante frecuente;

4.° En ciertas ocasiones dolor y sensibilidad en el abdómen, pero poco agudos;

5.° Se pueden sentir masas de epiploon endurecido.

III. La *peritonítis crónica* independiente del tubérculo ó del cáncer

(1) *Clinique de l'Hôtel-Dieu de Rouen.* París, 1874, pág. 506.
(2) Hilton Fagge, *Guy's Hospit. Rep.*, 1875, t. XX.

no es muy rara. Su patogenia no ha sido estudiada de una manera bastante satisfactoria. Unas veces parece que la inflamacion parte de las vísceras subyacentes; en otros casos el enfermo tiene una constitucion deteriorada; á menudo padece la enfermedad de Bright. En tales casos los intestinos se aglomeran y se fijan á la columna vertebral, y el líquido se acumula en cantidad considerable entre ellos y la pared abdominal. (Véase Observacion CLII.)

Los casos á que nos referimos se distinguen del modo siguiente:

1.° El aumento de volúmen del abdómen es simétrico y rara vez considerable.

2.° Hay una fluctuacion distinta, pero no un sonido timpánico á la percusion, á no ser en el epigastrio.

3.° En la mayor parte de los enfermos hay algo de fiebre, con dolor y sensibilidad del abdómen y respiracion torácica; en una palabra, los síntomas de una peritonítis aguda modificada en su forma. En ocasiones, al principio los síntomas son los de una peritonítis aguda.

4.° El diagnóstico puede ser fácil por la falta de las demas causas de ascítis, como una afeccion cardiaca, hepática ó renal.

Hay ciertos casos que parece sirven de lazo de union entre la inflamacion y la hidropesía del peritoneo, en las cuales la afeccion comienza por los síntomas de inflamacion sub-aguda para tomar despues, sobre todo, los caractéres de la hidropesía. Tales casos son más comunes en los niños y en las mujeres, y en estas últimas los accidentes son debidos no pocas veces á algun estado inflamatorio de los órganos contenidos en la pélvis ó á un quiste ovárico. En dichos enfermos el derrame ascítico puede desaparecer con rapidez á consecuencia del tratamiento. Yo he visto varios individuos que, siendo niños, habían tenido accidentes de este género, y á los cuales se había sacado por la paracentésis una gran cantidad de líquido; la curacion fué completa y permanente. Puede suceder que el proceso inflamatorio determine desde luégo la obstruccion de alguna de las venas mesentéricas, lo cual produce un derrame que desaparece cuando se ha disipado el obstáculo que comprimía la vena, ó cuando la circulacion se encuentra casi completamente restablecida por el desarrollo de las colaterales. A esta clase pertenecen los casos descritos por sir Tomas Watson con el nombre de *ascítis activa*, en la cual el líquido se derrama rápidamente en el peritoneo bajo la influencia de una exposicion al frío ó á la humedad, sin fiebre ni ningun signo de inflamacion, é independientemente de toda lesion hepática, cardiaca ó renal; dicho líquido se reabsorbe al cabo de poco tiempo. El profesor Leudet (de Rouen) ha publicado (1) asimismo en estos últimos años algunas interesantes observaciones que

(1) *Op. cit.*, pág. 516.

demuestran la curabilidad de la ascítis resultante de una inflamacion subaguda del peritoneo.

La observacion CLVIII parece ser un ejemplo de semejante forma de hidropesía.

IV. *Cáncer del peritoneo.* — Es bastante raro que el peritoneo sea invadido por el cáncer; pero, sin embargo, los autores citan observaciones de cáncer que comenzó por el peritoneo y permaneció limitado á dicho punto hasta la muerte. Lo que estos casos presentan de particular es que hay siempre más ó ménos dolor, con derrame de una cantidad considerable de líquido en la cavidad peritoneal, hasta el punto de necesitar á menudo la paracentésis para prevenir la asfixia; bajo este punto de vista, presentan un notable contraste con la peritonítis tuberculosa. Debereis sospechar que se trata de un cáncer del peritoneo cuando encontreis en personas de edad avanzada un derrame en el abdómen, acompañado de dolor en la misma region.

Yo he observado seis casos de este género, y por cierto que dos de los enfermos tenían ménos de 40 años. Más adelante os referiré detalladamente tres de dichas observaciones: la primera de ellas se refiere á una mujer de 51 años, la segunda á una mujer de 38, y la tercera á otra de 48 años. (Véanse las Observaciones CLIII á CLV.)

En la cuarta se trataba de una mujer raquítica, de 78 años de edad, que murió en el hospital de Middlesex el 10 de Octubre de 1860, y cuyo abdómen estaba considerablemente distendido por algunos litros de un líquido turbio y coposo; los intestinos estaban sembrados en su cara peritoneal de muchos pequeños nódulos de cáncer del volúmen de guisantes aplastados. Tres meses ántes de la muerte tuvo vómitos y dolor en el abdómen, con enflaquecimiento, y á las seis semanas ascítis, que aumentó rápidamente hasta la muerte.

El quinto caso se refería á un hombre de 39 años que murió el 19 de Febrero de 1861 en el hospital Middlesex, y en el cuál observé exactamente, al hacer la autopsia, las mismas lesiones que en el cuarto caso. Su enfermedad había comenzado, dos meses y medio ántes de la muerte, por sensibilidad y dolor en el abdómen seguidos de ascítis, que aumentó rápidamente.

En la sexta observacion se trataba de un hombre de 54 años, que estuvo durante algunas semanas del otoño de 1863 en mi clínica del hospital Middlesex, y cuya enfermedad comenzó, tres meses ántes de la muerte, por una lesion en el abdómen: en su peritoneo se encontró tambien una acumulacion considerable de líquido turbio y coposo, con nódulos de cáncer medular esparcidos en la superficie peritoneal de las diferentes vísceras.

Hé aquí los caractéres que os permitirán reconocer tales casos:

1.° Observareis fenómenos de caquexia cancerosa, y quizá antecedentes de herencia cancerosa.

2.° Acumulacion de gran cantidad de líquido en el peritoneo, independiente de toda afeccion hepática, cardiaca ó renal.

3.° Más ó ménos fiebre, con enflaquecimiento muy pronunciado, vómitos, extreñimiento, dolor intenso y sensibilidad en el abdómen, parecidos á los que se observan en la peritonítis aguda. Difieren, sin embargo, de esta última por la extension del derrame; en la peritonítis aguda ordinaria, la tendencia al colapso es más marcada y el curso de la afeccion es más rápido.

4.° No es raro que los nódulos de cáncer sean bastante voluminosos para que puedan percibirse á traves de las paredes abdominales; pero el diagnóstico se facilitará cuando se vea una masa de epiploon engrosado en la region umbilical.

V. La *degeneracion coloide* determina un aumento considerable del volúmen del abdómen sin derrame peritoneal. Encontrareis dos casos de este género referidos en las *Pathological Transactions* (t. IX, pág. 207, y t. XIII, pág. 90) por el Dr. Vanderbyl y el Dr. O'Connor. Recientemente habreis podido observar un caso semejante en Emma Barret, de 32 años de edad, admitida en el hospital de Santo Tomás el 10 de Julio de 1875, y que murió el 5 de Setiembre siguiente. A menudo se pueden reconocer estos casos por la circunstancia de que el abdómen se encuentra distendido por una masa sólida, nodulada, que reune todos los órganos, dando una notable macidez por delante, pero dejando un espacio claro en ambos vacíos. Pero en algunos casos el tumor coloide, lo mismo que el cáncer ordinario, produce un acúmulo considerable de líquido en el peritoneo, ora determinando una peritonítis, ora por la rotura de algunos quistes coloideos y la salida de su contenido, y es preciso recurrir á la paracentésis para que sea más libre la respiracion (Obs. CLXIV). Los síntomas, en tales casos, se parecen mucho á los del cáncer primitivo del peritoneo (Obs. CLXIII). El dolor y la sensibilidad del abdómen preceden á menudo á los signos de derrame durante muchas semanas y les acompañan siempre; en la mayor parte de los casos hay fiebre y vómitos; pero la tumefaccion es mucho más considerable que en la peritonítis aguda ordinaria. Desde el principio hay un enflaquecimiento rápido, y el caso termina generalmente por la muerte en los seis meses primeros desde el principio de los síntomas. Lo mismo que el cáncer, se observa esta afeccion en los sujetos de edad mediana ó avanzada; en los nueve casos referidos en las *Pathological Transactions*, la edad varió entre 37 y 75 años.

Pero la degeneracion coloide difiere del cáncer del peritoneo bajo los siguientes puntos de vista:

1.° Aun cuando el abdómen es muy grueso, la fluctuacion suele ser muy oscura.

2.° El líquido obtenido por la puncion es gelatinoso, y á veces tan viscoso que no puede salir por la cánula (1). Otras veces es tenue, pero turbio, contiene sangre y células de materia coloide.

3.° Se pueden sentir á veces, á traves de las paredes abdominales, masas irregulares ó tumores distintos.

4.° El enfermo arroja en ocasiones por el ano un líquido gelatinoso ó filamentoso, parecido á la clara de huevo (2).

VI. *Hidropesía simple del peritoneo.* — Si se eliminan las causas de derrame peritoneal que acabo de enumerar, sólo queda para explicar su presencia la hidropesía simple, cuyos caractéres son los siguientes:

1.° Hay, ante todo, los signos de derrame peritoneal ya mencionados en otro lugar.

2.° Falta de dolor y de sensibilidad persistentes en el abdómen, y ordinariamente tambien de aparato febril.

La hidropesía simple del peritoneo puede tener un triple orígen. Segun los casos, es debida á:

1.° Una enfermedad de los riñones;

2.° Una enfermedad de los órganos torácicos;

3.° Una enfermedad del hígado ó de la vena porta.

Algunos autores han descrito una forma de ascítis designada con el nombre de *idiopática*, para indicar que es independiente de cualquier lesion orgánica, ora del abdómen, ora de cualquier otra parte del cuerpo. Como estos casos terminan ordinariamente por la curacion, puede ser difícil establecer su patogenia real; pero la mayor parte de ellos son de orígen tuberculoso ó inflamatorio.

1.° — Hidropesía del peritoneo por afeccion renal

Las enfermedades de los riñones que con más seguridad pueden producir la hidropesía peritoneal, son:

a) La *nefrítis aguda,* consecutiva á la escarlatina ó resultante de un enfriamiento, cuando los riñones están hipertrofiados ó hiperemiados.

b) El *engrosamiento blanco del riñon* cuando la sustancia cortical está pálida é hipertrofiada, y los tubos uriníferos llenos de epitelio granuloso, y

---

(1) Esto es lo que ocurrió en un caso del Dr. Dickinson. (*Pathol. Trans.*, t. XII, pág. 92.)

(2) Así sucedió en dos casos referidos en las *Pathological Transactions*, uno por el Dr. Quain (t. III, pág. 319), y el otro por el Dr. O'Connor (t. XIII, pág. 90).

que no es á menudo más que un período avanzado de la nefrítis aguda; pero puede tambien serle extraño y resultar de un proceso inflamatorio crónico.

c) El *riñon grasoso*, en el cual el órgano está igualmente grueso y pálido, pero los elementos glandulares están llenos de aceite. La clínica y la anatomía patológica se hallan de acuerdo para demostrar que la degeneracion grasosa suele ir precedida de la forma morbosa llamada *engrosamiento blanco del riñon.*

Cada una de las tres enfermedades puede dar lugar á una ascítis que presenta los siguientes caractéres:

1.° Hay una anasarca del tejido celular subcutáneo, que desde el principio es *general* y que suele observarse primero en la cara;

2.° Se observan casi siempre los signos evidentes de líquido en las demas cavidades serosas, las pleuras y el pericardio, lo mismo que en el peritoneo.

3.° La orina es rara, turbia, llena de nubes; existe mucha albúmina y en ocasiones sangre. Al microscopio encontrareis ordinariamente epitelio renal y cilindros de tubos uriníferos de carácter variable, segun la especie de enfermedad renal, cilindros epiteliales, hemáticos, hialinos, en la nefrítis aguda; cilindros de epitelio granuloso en el riñon blanco, y cilindros grasosos en la degeneracion grasosa del riñon.

4.° La cara ofrece una palidez especial y una pastosidad casi patognomónica.

5.° Existe una disposicion á la uremia y al estado tifoideo, indicada por el estado de la lengua, seca y oscura, la fetidez del aliento, pérdida de la memoria, agitacion, delirio, coma y convulsiones.

Todos estos caractéres clínicos habreis podido observarlos en el caso de J. S..., que estuvo en mi clínica del hospital Middlesex. (Obs. CLX.)

Para establecer el diagnóstico conviene recordar que la mayor parte de las afecciones renales predisponen á la inflamacion de las serosas, y que los síntomas de la peritonítis pueden de este modo coexistir con los de la hidropesía renal; y tambien que la orina puede contener albúmina, aunque la ascítis sea independiente de una afeccion renal.

Hay dos formas de afeccion renal crónica que rara vez van acompañadas de hidropesía, y mucho ménos de ascítis. En el *riñon contraido, granuloso* ó *gotoso*, hay ordinariamente poca ó ninguna hidropesía en cualquier período de la enfermedad; por otra parte, en el *riñon amiloideo* ó *lardáceo* la anasarca no suele manifestarse hasta poco tiempo ántes de la terminacion fatal, y áun entónces no siempre es excesiva.

Ambas afecciones renales se distinguen porque la cantidad de orina está aumentada y porque no se observan en ella cilindros de tubos uriníferos; pero en el riñon contraido la densidad de este líquido es muy pe-

queña y no guarda proporcion con el grado de la dilucion; la albúmina existe en pequeña cantidad ó falta por completo; á menudo existen en tales casos antecedentes de gota y una marcada disposicion á la uremia. En la degeneracion amiloidea de los riñones la densidad de la orina es tambien muy pequeña, pero se halla en relacion con el grado de la dilucion, se observa bastante albúmina y hay poca tendencia á los síntomas urémicos; ademas, en la mayor parte de los casos se ven los signos de degeneracion amiloidea del hígado y del bazo, una diarrea que aniquila al enfermo, y ha habido anteriormente un flujo purulento prolongado.

2.° — Hidropesía del peritoneo por afeccion torácica

La ascítis resulta casi siempre de un obstáculo á la circulacion general por las diversas afecciones del pecho, y sobre todo por las lesiones valvulares del corazon.

Las lesiones de la válvula mitral y la insuficiencia de la tricúspide, ora sea secundaria á una lesion mitral, ora á la bronquítis crónica y el enfisema, son más aptas para producir la hidropesía y la ascítis que las lesiones de las válvulas aórticas. Un tumor que comprima la vena cava inferior por encima de su union con la vena hepática, puede producir el mismo resultado.

La hidropesía peritoneal debida á las afecciones que dificultan la circulacion á traves del corazon ó de los pulmones, presenta los siguientes caractéres:

1.° Antes de que exista la menor ascítis hay anasarca, que comienza por los piés y sube gradualmente; y áun cuando llegue á hincharse el vientre, la hinchazon de las piernas no guarda proporcion con la ascítis.

2.° Ha habido dispnea ántes de que el abdómen presente nada de particular. Cuando la ascítis, cualquiera que sea su causa, es considerable, hay ordinariamente más ó ménos dispnea por la presion del líquido, que dificulta la accion del diafragma y de los músculos abdominales.

La hidropesía de orígen torácico presenta la particularidad de que la dispnea precede á la ascítis, y de que su intensidad no guarda proporcion con la hidropesía del abdómen.

3.° Las afecciones intra-torácicas que causan la hidropesía dan lugar al mismo tiempo á más ó ménos lividez de los labios de la cara y de las extremidades.

4.° Hay los signos físicos y los síntomas de una afeccion valvular del corazon ó de una antigua enfermedad pulmonal. Aun cuando el sitio primitivo de la obstruccion exista en el centro circulatorio, habrá signos evidentes de congestion ó de edema pulmonal, ó de bronquítis, ó de apoplegía pulmonal, etc.

5.° En los casos de tumor que comprime la vena cava inferior, habrá:

a) Los signos físicos del tumor;

b) Indicios de su presion sobre otros órganos, como, por ejemplo, el esófago, el pulmon;

c) Un desarrollo y una progresion de la anasarca más rápidos que en los casos ordinarios de obstruccion cardiaca;

d) Gran desarrollo y flexuosidad de las venas superficiales del pecho y del abdómen.

3.° — Hidropesía peritoneal por lesion del hígado ó de la vena porta

La ascítis que resulta de un obstáculo á la circulacion en el tronco de la vena porta ó en sus ramas intra-hepáticas, es la que más debe interesarnos; así, no me limitaré á examinar los caractéres de la ascítis por obstruccion porta en general, sino que expondré tambien los que pertenecen á las diversas causas de dicha obstruccion.

Veamos, ante todo, cuáles son los caractéres distintivos de la obstruccion porta en general.

1.° La hidropesía por obstruccion porta no complicada, comienza por el abdómen. Las piernas sólo son invadidas despues á consecuencia de la presion del líquido ascítico sobre la vena cava inferior. Existen, sin embargo, algunas excepciones á esta regla. Ciertos enfermos os dirán que observaron una ligera hinchazon de las piernas tan pronto como el vientre comenzó á engrosar; pero es de advertir que en tales casos la hinchazon de las piernas es ligera y no guarda proporcion con la del abdómen, y que cuando el enfermo está en la cama disminuye ó desaparece enteramente, miéntras que la ascítis permanece estacionaria ó aumenta. Sin embargo, los tumores del hígado que forman eminencia en su superficie, como en el cáncer y la cirrósis, y que comprimen á la vez la vena porta y la vena cava inferior, en la parte posterior del hígado, pueden producir una hidropesía permanente de las piernas al mismo tiempo que del abdómen. Finalmente, hay casos de induracion crónica del hígado con obstruccion porta, los cuales son consecutivos á afecciones torácicas que dificultan la circulacion general, conforme hemos visto en otro lugar; en tales casos la ascítis irá precedida de hidropesía de las piernas, y apénas se podrá descubrir la obstruccion porta unida á la obstruccion general, á ménos que prepondere la hidropesía del peritoneo.

2.° No hay ningun signo de hidropesía en la cara, en los brazos ni en la parte superior del tronco.

3.° La dispnea acompaña á menudo á la hinchazon cuando ésta es considerable, pero no la precede á no ser en las circunstancias especiales que ya conoceis.

4.° No hay albuminuria si no existe una afeccion renal concomitante. Debemos indicar, sin embargo, bajo este punto de vista, una causa de error. La ascítis puede por sí misma, cuando es considerable á consecuencia de la presion que ejerce el líquido sobre las venas renales, hacer aparecer la albúmina en la orina, desapareciendo la albuminuria tan pronto como cesa la presion bajo la influencia de la paracentésis. Debeis recordar igualmente que la albuminuria no podrá recibir esta explicacion, á ménos que la ascítis sea tan considerable que determine una enorme tension de las paredes abdominales. Si hay al mismo tiempo cierta hinchazon de la cara, ó edema de los brazos ó de la parte superior, ó presencia de cilindros granulosos ó grasosos en la orina, apénas se podrá dudar de la existencia de una afeccion renal independiente.

5.° En la hidropesía de orígen hepático la orina suele ser escasa, muy coloreada, y cargada de uratos y de materias pigmentarias. La falta de estos signos sería un poderoso argumento contra el cáncer ó la cirrósis del hígado.

6.° La ascítis va acompañada de otros indicios de la obstruccion porta, como el aumento de volúmen del bazo, el desarrollo y la flexuosidad de las venas superficiales del abdómen, las hemorroides, una gastro-enterítis y hemorragias estomacales ó intestinales, de que ya os he hablado en otra leccion. El desarrollo de las venas superficiales del abdómen es debido á la circulacion colateral establecida por los plexos hemorroidales entre las ramas de la vena porta y las de la vena cava inferior; pero dista mucho de ser un indicio cierto de la existencia de una obstruccion porta. Se observa constantemente el mismo fenómeno en la ascítis por lesion cardiaca, y algunas veces cuando la ascítis resulta de la presion de un tumor ó de un derrame considerable sobre la vena cava inferior. Pero, en tales circunstancias, habrá al mismo tiempo un estado varicoso de las venas de las piernas, aunque en los casos de compresion de la vena cava inferior puede éste estar impedido en gran parte por un considerable desarrollo de la vena ázigos. No debemos olvidar tampoco que las venas epigástricas pueden, sin aumentar de volúmen, ser más visibles, cuando la ascítis es considerable, por la extension que adquieren las paredes abdominales y la reabsorcion de la grasa subcutánea.

7.° Hay poca ó ninguna fiebre, y el abdómen no está sensible á no ser al nivel del hígado.

8.° Podrán facilitar en gran manera el diagnóstico otros indicios de afeccion hepática, como un aumento ó diminucion de volúmen, presencia de nódulos, sensibilidad al nivel del hígado, ictericia, flatulencia; recordareis, por lo demas, que todos estos signos pueden faltar ó estar mal definidos.

9.° El líquido obtenido por la paracentésis es una serosidad clara, amarillo-pajiza, de una densidad que varía entre 1.012 y 1.016, y que

contiene gran cantidad de albúmina, pero no urea, ni sangre, ni productos inflamatorios.

Tócanos ahora examinar cuáles son las afecciones del hígado que mejor pueden determinar la ascítis. Ante todo, debemos consignar que hay ciertos estados morbosos del hígado que rara vez dan lugar á la hidropesía del peritoneo. La degeneracion grasosa y la hipertrofia simple del hígado no la producen nunca cuando no hay complicaciones, y la congestion simple muy rara vez, si no existe una obstrucion mecánica de la circulacion en el pecho. El absceso y el tumor hidático no suelen producir derrame peritoneal más que en los casos raros en que el tumor ejerce una presion directa sobre el tronco de la vena porta, hay rotura del quiste ó sobreviene una peritonítis.

La ascítis acompaña más bien á la degeneracion lardácea ó amiloidea del hígado que á ninguna de las demas afecciones de dicho órgano que vamos á indicar, pero tambien en ambas enfermedades es rara. Frerichs sólo la ha observado ocho veces entre 23 casos, y en cuatro de los ocho era debida á una peritonítis aguda intermitente. Cuando no tiene un orígen inflamatorio, se debe probablemente al infarto amiloideo de los ganglios linfáticos de la cisura del hígado, que comprime el tronco de la vena porta, ó bien á una peritonítis ó una cirrósis concomitante.

Se comprende que la degeneracion amiloidea del hígado pueda no ir acompañada de ictericia, porque son las ramas de la arteria hepática, y no las de la vena porta, las comprometidas en la enfermedad.

El derrame debido á una degeneracion amiloidea del hígado, se reconocerá por los siguientes caractéres:

1.° El hígado está aumentado de volúmen, es resistente, indolente, y su superficie es igual, aunque nodulada en muy raros casos.

2.° Aumento de volúmen del bazo.

3.° Gran cantidad de albúmina en la orina, con poca ó ninguna anasarca, y los demas caractéres de la orina que os he indicado en mi leccion sobre la afeccion amiloidea del hígado. Sin embargo, en esta enfermedad la albuminuria no es constante. Desde que os dí la leccion á que me refiero, habeis tenido ocasion de ver en las salas de mi clínica dos casos de infarto amiloideo considerable del hígado y del bazo, en los cuales los riñones estaban tan poco comprometidos que no había albúmina en la orina.

4.° Anemia profunda.

5.° Síntomas anteriores ó actuales de afeccion ósea ó articular, de úlcera supurante, de tísis ó de sífilis constitucional.

Las afecciones del hígado que con más frecuencia dan lugar á la obstruccion porta con ascítis, son:

1.° La cirrósis y las demas formas de hepatítis intersticial;

2.° El cáncer del hígado;
3.° La peri-hepatítis;
4.° La trombósis ó la obstruccion del tronco de la vena porta.

En la práctica tendreis ocasion de observar más á menudo las dos primeras, pues las demas se presentan muy rara vez.

1.° — Ascítis por hepatítis intersticial

La cirrósis y las demas formas de hepatítis intersticial son, con mucho, las causas más comunes de la obstruccion porta con ascítis consecutiva. No debemos olvidar que en tales casos el hígado no se halla necesariamente retraido, y que la extension de su macidez puede haber aumentado de un modo considerable.

Los caractéres clínicos de la ascítis por hepatítis intersticial, han sido expuestos en otro lugar.

2.° — Ascítis determinada por un cáncer del hígado

El cáncer del hígado va acompañado muchas veces de derrame en el peritoneo, pero la cantidad de líquido suele ser pequeña comparada con la que se observa en la cirrósis; por otro lado, el hígado es en la mayor parte de los casos grueso y nodulado. En ocasiones la ascítis tiene un orígen inflamatorio y va acompañada de dolor, de sensibilidad y otros síntomas de peritonítis durante la vida; en cuanto al líquido, contiene copos de linfa y áun de sangre por la rotura de la cápsula que cubre algunas de las masas cancerosas.

La presencia de nódulos aislados de cáncer puede determinar un aumento considerable de volúmen del hígado, sin que haya por esto ascítis, si la circulacion porta se verifica todavía bastante en las partes sanas de la sustancia glandular que rodea los puntos cancerosos. La ascítis no se desarrolla apénas en dichos casos más que cuando el tronco de la vena porta está comprimido en la cisura del mismo nombre por los ganglios linfáticos cancerosos, por una produccion cancerosa que parta de la sustancia misma del hígado, ó por el tejido conjuntivo de nueva formacion que resulta de la peri-hepatítis. (V. Obs. LXXXVI.) Pero en el cáncer infiltrado las divisiones intrahepáticas de la vena porta se van destruyendo á medida que la lesion progresa, y, por consiguiente, cuando ésta se extiende hay casi siempre ascítis.

Ya he indicado en otro lugar los caractéres clínicos de la ascítis resultante de un cáncer del hígado.

3.° — Ascítis resultante de una peri-hepatítis

Cuando la linfa plástica exudada en la cisura porta se organiza, puede ejercer cierta constriccion sobre el tronco de la vena porta y dar lugar á todos los fenómenos de la obstruccion porta. Por lo general, esta formacion del tejido conectivo se extiende á toda la superficie del hígado, y tambien á su interior, desarrollándose una de las formas de la hepatítis intersticial que ya he mencionado. Pero la peri-hepatítis es mucho más á menudo consecutiva á una afeccion del hígado, como la cirrósis ó el cáncer. Cuando es primitiva, tiene ordinariamente un orígen sifilítico. Segun el doctor Fagge, se observa en el Guy's Hospital un caso mortal de ascítis por peri-hepatítis por cinco de hidropesía por cirrósis, y la orina es mucho más albuminosa en el primer caso que en el segundo (1).

4.° — Ascítis por trombósis ú óbstruccion del tronco de la vena porta

Bajo la influencia de diversas causas pueden formarse en la vena porta coágulos que obstruyen su circulacion.

a) Una lesion de las túnicas de la vena porta puede determinar la formacion de estos coágulos. Se ha pretendido por algunos autores que los coágulos en la vena porta, lo mismo que en las demas partes del sistema venoso, resultaban casi siempre de una inflamacion de las túnicas de la vena, es decir, de una flebítis; pero en el estado actual de nuestros conocimientos es dudoso que la inflamacion de las paredes de la vena (indicada por el engrosamiento, la adherencia de su contenido, etc.), no sea á menudo la consecuencia, más bien que la causa, de la coagulacion.

Sin embargo, se han citado muchos casos en los cuales la calcificacion de las paredes de la vena porta trasformó el vaso en un tubo estrecho y rígido, que despues fué obstruido por un coágulo. Un interesante caso de este género ha sido referido por el Dr. Andrés Clark en el volúmen XVIII de las *Pathological Transactions* (pág. 61), habiendo reunido el Dr. Frerichs varias observaciones análogas (2).

b) En no pocos casos las trombósis de la vena porta son consecutivas á afecciones de la sustancia glandular del hígado que producen la obstruccion ó la destruccion de las divisiones del vaso; así obran las diversas formas de hepatítis intersticial y el cáncer infiltrado. La obstruccion en tales casos comienza por las ramificaciones y se extiende al tronco de la vena.

c) La trombósis de la vena porta puede depender de la compresion

---

(1) *Guy's Hos. Rep.*, 1875, t. XX.
(2) *Op. cit.*, pág, 703.

ejercida sobre la vena por un infarto ganglionar canceroso, ó amiloideo, ó tuberculoso, por el tejido conectivo de una peri-hepatítis antigua, tumores del hígado, del páncreas, del epiploon, etc. Si la compresion es bastante fuerte, el vaso puede estar aplastado y sus paredes se encuentran yuxtapuestas; por lo general, la compresion no hace más que retrasar la circulacion y favorecer la coagulacion.

d) Finalmente, en ciertos casos la trombósis de la vena porta resulta, al parecer, de una simple debilidad de la circulacion ó de una disposicion anormal de la sangre á la coagulacion.

Los síntomas de trombósis del tronco de la vena porta son los que ya hemos descrito como resultantes de la obstruccion ó de la obliteracion de las ramificaciones del vaso en la atrofia crónica, pero bajo una forma exagerada; á saber:

1.° Desarrollo rápido de una ascítis muy intensa que hace á veces necesaria la paracentésis para evitar la asfixia, y que se reproduce casi inmediatamente despues de la operacion.

2.° Desarrollo rápido de las venas superficiales del abdómen, que parecen cuerdas.

3.° Vómitos y diarrea incesantes.

4.° En no pocos casos hemorragias abundantes por el estómago y los intestinos. Este es á veces el primero y el más importante síntoma, y el enfermo muere por síncope ántes de que haya podido desarrollarse la ascítis, etc.

5.° Aumento de volúmen del bazo.

6.° La obstruccion del tronco de la vena porta es, en la mayor parte de los casos, rápidamente mortal; pero si así no sucede, produce la atrofia del hígado (1). Un hígado atrofiado puede muy bien ser la causa de la obstruccion porta.

He procurado, en las consideraciones que preceden, presentaros sucintamente, y quizá de una manera algo dogmática, los caractéres distintivos de la ascítis segun las diferentes causas que le producen. Debemos recordar, sin embargo, que en la práctica encontrareis casos en los cuales concurren muchas causas. Así, ya os he dicho más de una vez que la obstruccion porta puede ser consecutiva á la dificultad de la circulacion cardiaca ó pulmonal, y os he demostrado tambien que la ascítis puede resultar de una causa cualquiera y no de otra. Ademas, aunque, como hemos visto, la albuminuria puede ser producida por la ascítis, es posible encontrar una afeccion renal al mismo tiempo que una obstruccion porta. Los excesos alcohólicos, que son una causa tan poderosa de cirrósis hepática,

(1) Véase, por ejemplo, un caso referido por el Dr. Dickinson en las *Pathological Transactions*, t. XIV, pág. 63.

contribuyen tambien en muchos casos á producir la nefrítis ó la degeneracion grasosa de los riñones. Finalmente, la trombósis del tronco de la vena porta resulta á menudo de la obstruccion de las ramificaciones intrahepáticas del vaso, y cuando esto ocurre, los síntomas de obstruccion porta ligera pueden ir seguidos de los de obstruccion completa.

Tratamiento del derrame peritoneal

Dado un caso de derrame peritoneal, el tratamiento deberá hallarse completamente subordinado á la causa que le produce; comprendereis, pues, que importa reconocer en cada caso particular la causa, y si hay muchas, la que predomina.

Deseando concentrar vuestra atencion acerca de las enfermedades del hígado, sería ajeno á nuestro programa exponer el tratamiento que puede convenir á las diversas enfermedades capaces de dar lugar á la ascítis. Por otra parte, he descrito ya el tratamiento que conviene á la ascítis y á los demas síntomas resultantes de la obstruccion porta. Inútil creo recopilar las observaciones que expuse al hablar de la atrofia crónica del hígado.

Sin embargo, para gravar mejor en vuestro ánimo las consideraciones que acabo de exponer acerca de los caractéres distintivos del derrame peritoneal segun sus diversas causas, y las reglas que os he indicado en mis lecciones teóricas sobre el tratamiento de las diversas enfermedades que pueden dar lugar á la ascítis, voy á referiros las particularidades de algunos casos que — excepto tres — habeis podido ver en nuestra clínica.

La observacion CXLVIII demostró en un principio los puntos de distincion entre el líquido de un quiste del ovario y el líquido peritoneal; pero, más tarde, la penetracion del aire en la cavidad quística modificó notablemente los signos físicos. Un observador poco atento hubiera podido cometer fácilmente un error de diagnóstico en vista de la coincidencia de la albuminuria y de la hidropesía general. Este caso es notable, ademas, por su rara terminacion; en efecto, el quiste ovárico se abrió en el recto. Sólo he visto un caso semejante en todas las series de las *Pathological Transactions*. En el volúmen XIV (pág. 201) el Dr. Bristowe refiere un hecho clínico, en el cual había una comunicacion entre el recto y un quiste del ovario; pero en tal caso había una ulceracion tuberculosa extensa del intestino, y la perforacion se verificó desde el intestino al ovario. Debeis recordar que en el caso de Isabel C. pudimos diagnosticar, no sólo la existencia de un tumor del ovario, sino tambien la rotura del quiste en alguna porcion del intestino. Despues de haber dado salida á su contenido, el quiste se deprimió y se retrajo; de suerte que no puede formarse una idea, por la preparacion que se ha conservado, del volúmen del quiste ántes de su rotura.

OBSERVACION CXLVIII.—*Tumor quístico del ovario abierto en el recto.— Penetracion del aire en el quiste. — Atrofia del lóbulo derecho del hígado é hipertrofia complementaria del lóbulo izquierdo.*

Isabel C..., de 37 años de edad, fué admitida el 23 de Agosto de 1863 en el hospital Middlesex. Estuvo casada dos veces, pero sólo tuvo un hijo en 1852, que nació muerto. Ningun aborto ni parto prematuro. Menstruacion regular; la última cesó el día que la enferma entró en el hospital.

A los 16 años padeció una escarlatina que la obligó á estar en cama seis semanas; pero no puede decir si entónces tuvo alguna hidropesía. Despues ha tenido varias veces dolores en la espalda, y durante los últimos ocho años ha padecido una hidropesía general, con repetidas erisipelas en la cara. Hace 18 meses comenzó á observar en la parte inferior del abdómen una tumefaccion que progresó lentamente.

Al entrar la enferma en el hospital, su abdómen se halla considerablemente distendido por un tumor que se eleva por encima del púbis y llega hasta por encima del ombligo. Residía al parecer en la parte media del abdómen, pero se podía referir más bien al lado izquierdo de la pélvis que al lado derecho. Macidez y fluctuacion distintas; más allá del tumor, la percusion daba en ambos vacíos un sonido timpánico. Las extremidades inferiores estaban muy edematosas y sensibles, y la cara ligeramente hinchada. Signos cardiacos y pulmonales normales, pero la extension de la macidez del hígado y del bazo ha aumentado. Mucha albúmina en la orina, con cilindros epiteliales y grasos; densidad 1.016. Pulso á 96 y débil. Algunas veces vómitos.

El 25 de Agosto la enferma comienza á tener diarrea; sus deposiciones contenían sangre, y el tumor acusaba una viva sensibilidad.

El 31 del mismo mes continuaba la diarrea; no hay dolor durante la defecacion; lengua limpia y muy roja; aliento de mal olor.

El 10 de Setiembre la diarrea no se ha cohibido, á pesar del empleo de los astringentes. Lengua seca y oscura, y aliento muy fétido. La enferma se hallaba en una postracion extrema, somnolienta (quizá á causa del opio); algunas veces delirio. No hay escalofríos, ni traspiraciones, ni diminucion en el volúmen del tumor, cuya circunferencia es la misma que el día de la admision (36 pulgadas).

El 11 de Setiembre las deposiciones contenían cierta cantidad de pus, cuyo fenómeno continuó durante tres días.

El 17 de Setiembre todos los signos del tumor habían desaparecido; la percusion daba el mismo sonido timpánico por encima del púbis que en los vacíos.

Despues de esto, ligera diarrea.

La enferma continuó empeorando y dejó de existir el 19 de Setiembre.

Al hacer la *autopsia*, capa espesa de grasa subcutánea. Corazon y pulmones normales. El hígado pesaba próximamente 1.500 gramos. El lóbulo derecho se hallaba muy atrofiado; sus lobulillos eran bastante marcados: pero el lóbulo izquierdo, muy aumentado de volúmen, era tres veces mayor que el derecho; el tejido parecía sano. El bazo pesaba próximamente 560 gramos; era muy duro, y presentaba los caractéres típicos y la reaccion de la degeneracion amiloidea. Ambos riñones pesaban 520 gramos; eran lisos, de color amarillo de paja; su sustancia cortical muy hipertrofiada y las células glandulares llenas de aceite.

Abriendo el abdómen, no se veía tumor al principio; los intestinos estaban reunidos hácia el púbis; pero separando algunas asas intestinales se descubrió un quiste deprimido, casi del grosor de una nuez de coco, en el sitio que ocupa normalmente el útero. Examinando con más atencion, se ve que es un quiste del ovario izquierdo que se ha vaciado en el intestino, á cuatro pulgadas del ano, por una abertura del tamaño de una moneda de 50 céntimos; sus paredes eran fibrosas, y tenían cerca de media pulgada de grosor: contenía un poco de pus alterado muy fétido. La corvadura sigmoidea del tumor pasaba trasversalmente en el lado derecho sobre la parte superior del tumor, á la cual estaba sólidamente adherida. La extremidad libre del apéndice vermiforme ofrecía tambien adherencias. No había ulceracion de la mucosa del recto alrededor de la abertura del quiste ovárico.

El siguiente caso es muy notable: demuestra la dificultad que puede introducir en el diagnóstico un aumento considerable del volúmen de la vejiga. En una mujer, los signos físicos hubieran sugerido desde luégo la idea de un tumor ovárico; pero en un hombre sólo parecían explicables admitiendo un quiste hidático del hígado; por esta razon, el cirujano que asistía á dicho enfermo practicó la paracentésis. El gran volúmen del tumor, el afirmar el enfermo que había comenzado por encima del ombligo, la circunstancia de que la mayor circunferencia del abdómen se encontraba á tres pulgadas por encima del ombligo, y la falta completa de los síntomas urinarios, alejaban en absoluto la idea de que la vejiga pudiera ser el sitio primitivo del mal. Semejante caso no podría quizá haberse presentado en una mujer; la enseñanza que de él se desprende es que, siempre que encontreis los signos físicos que en dicho enfermo existían, sobre todo cuando se trate de un hombre de edad avanzada, debeis desde luégo introducir un catéter prostático en la vejiga, llevándole lo más léjos posible.

Conviene advertir, sin embargo, que en el caso á que nos referimos la puncion no fué seguida de extravasacion de la orina, ni de signos de peritonítis, y que la causa inmediata de la muerte pareció ser una hemorragia pasiva de la mucosa vesical por la sustraccion brusca de la orina.

OBSERVACION CXLIX. — *Aumento de volúmen del abdómen por distension de la vejiga, confundida con un tumor hidático del hígado. — Trece litros y medio de orina sacados por la paracentésis.*

M. F..., de edad avanzada, estatura baja, aspecto enfermizo y débil, consultó á principios de Junio de 1866 á un eminente cirujano ingles, á cuya galantería debo las particularidades del caso que voy á referir. Este señor aseguró que hasta tres años ántes había gozado siempre una salud perfecta y llevado una vida activa. Observó entónces por primera vez, *encima del ombligo*, un tumor que continuó aumentando, pero que no le ocasionó más que una ligera molestia hasta principios de Marzo último, en que la respiracion se tornó corta y el enfermo comenzó á adelgazar, á perder fuerzas y á hacerse nervioso. En los primeros días de Mayo, la pierna y el muslo izquierdos comenzaron á hincharse y á edematizarse; pero al cabo de dos semanas desapareció la tumefaccion. Durante muchos días experimentó frecuentes vómitos despues de las comidas. Con todo, se sentía con fuerzas para pasear diariamente á caballo, hasta el momento en que consultó al profesor.

Hé aquí cuál era su estado en aquella fecha. Presentaba la apariencia característica de una afeccion abdominal. Cara adelgazada y cadavérica, pero no ictérica; abdómen considerablemente desarrollado, ocupado por un tumor de superficie uniforme y forma oval, cuya extremidad menor se encontraba hácia arriba. El cartílago xifoides estaba elevado, lo mismo que las costillas inferiores, á derecha é izquierda; el tumor nacía, al parecer, detras de ellas, y llenaba por completo la porcion anterior del abdómen. La fluctuacion es distinta en todos los puntos, pero es más marcada por encima del ombligo; en todas partes se percibe la macidez; pero en ambos vacíos, cualquiera que sea la posicion que tome el enfermo, hay un sonido timpánico. La mayor anchura del abdómen existe á tres pulgadas *por encima* del ombligo, donde la circunferencia mide 43 pulgadas; la distancia del púbis al cartílago xifoides es de 21 pulgadas. Se ven algunas venas azules que cruzan las paredes abdominales. Ruidos del corazon débiles, pero normales bajo los demas puntos de vista. Orina abundante: densidad 1.010, ligeramente ácida y conteniendo indicios de albúmina. El enfermo ha orinado tres ó cuatro veces durante el día y una por la noche, siempre á chorro, y experimentando la sensacion de que había satisfecho por completo sus necesidades. El enfermo insistió en decir que nunca había experimentado el menor síntoma por parte de las vías urinarias, ni dificultad en la miccion; pero más tarde, cuando se hizo la puncion de la vejiga, recordó que algunos años ántes tenía la costumbre de sentarse para orinar, pues de este modo la orina salía más fácilmente.

El 5 de Junio se hizo la puncion del abdómen con un trócar capilar, á

la mitad de la distancia que separa el ombligo y cartílago xifoides, y se sacaron de este modo 13 litros y 600 gramos de orina; la evacuacion duró dos horas, y en este tiempo el tumor desaparecía lentamente. El líquido tenía un color amarillo de paja claro, densidad 1.010, era algo ácido, ligeramente albuminoso y ofrecía un olor urinoso. La muestra que se me remitió para hacer el análisis, contenía urea y algunos corpúsculos sanguíneos.

6 de Junio. — El enfermo ha pasado bien la noche, pero no ha orinado desde que se hizo la operacion. Por la mañana se saca por el cateterismo un cuarto de litro de orina *muy oscura*, y por la tarde tres cuartos de litro. El abdómen ha engrosado de nuevo.

7 de Junio. — El enfermo ha pasado bien la noche y no experimenta ningun síntoma general. Se sacan por la mañana tres cuartos de litro de orina oscura, y á las tres de la tarde otros tres litros; á medida que fluía la orina, el tumor se deprimía nuevamente y el vientre se tornaba plano. Se intentó fijar un catéter permanente, pero no tardó en escaparse. Durante la hora que trascurrió para vaciar la vejiga el enfermo se sintió muy débil, y bien pronto tuvo un escalofrío y cayó desvanecido al levantarse para intentar orinar; se administraron los estimulantes y no reapareció el síncope, pero pasó una noche agitada y vomitó muchas veces.

8 de Junio. — Se vacia la vejiga dos veces, por mañana y tarde, observando que había mucha sangre mezclada con la orina. El enfermo ha vomitado cuatro veces durante el día. Prescripciones: ácido gálico y hielo.

9 de Junio. — El enfermo se encuentra mucho más débil, y la orina sacada con el catéter es casi negra por la cantidad de sangre que contiene. A las ocho de la noche cae en un estado de colapso que persiste hasta la muerte, á las tres de la madugada siguiente.

Autopsia. — No hay signo de peritonítis; la vejiga está deprimida y aplicada contra los intestinos, llenando casi por completo la parte anterior del abdómen y estando su vértice á una y media pulgadas del cartílago xifoides. La peritonítis se reflejaba desde la vejiga á la pared abdominal á una pulgada del ombligo. Un puntito rojo parecido á una picadura de pulga, cerca del fondo de la vejiga, correspondiendo al sitio de la puncion. La vejiga contenía una considerable cantidad de orina sanguinolenta; su túnica muscular estaba engrosada; la mucosa presentaba pliegues salientes, que eran muy rojos y congestionados; los espacios comprendidos entre ambos eran pálidos. Uréteres dilatados; riñones en forma de saco; en el riñon izquierdo quedaba muy poco tejido glandular. Próstata enormemente hipertrofiada, pues llenaba casi por completo la cavidad de la pélvis.

El siguiente caso se presentó en mi práctica privada. Es semejante al que acabo de referir, si bien el enfermo era más jóven y se restableció

muy bien, resultado que yo considero como casi excepcional en tales circunstancias.

OBSERVACION CL. — *Distension de la vejiga confundida con una ascítis.*

El 3 de Marzo de 1876, Samuel L..., de 46 años, fué traido á mi consulta acusando vivos sufrimientos. Me refiere que dos médicos homeópatas, uno de ellos de gran renombre, habían diagnosticado una afeccion del hígado con hidropesía, anunciando á la familia del paciente que el caso era desesperado.

Examinándole encontré el abdómen considerablemente distendido, siendo la circunferencia en el ombligo de 38 1/2 pulgadas; había nueve pulgadas de distancia desde el cartílago xifoides al ombligo, y cinco y media desde éste al púbis. El tumor era sin duda debido á un líquido enquistado que se encontraba por delante de los intestinos, y se elevaba desde la pélvis hasta una pulgada del esternon. El quiste ocupaba el centro del espacio comprendido entre ambos vacíos, que eran sonoros á la percusion. El enfermo me dice que desde hace muchos años tenía una estrechez que nada le molestaba, y que había gozado buena salud hasta hace doce meses, en cuya época el vientre comenzó á engrosar poco á poco. Tres semanas ántes de entrar en mi clínica había tomado un baño frío, y desde entónces se veía obligado á orinar cada hora, con alguna dificultad. Sin embargo, arrojaba cada vez la cantidad ordinaria y la orina era normal. No se había hecho ninguna tentativa para sondarle. No existía ningun síntoma de afeccion del hígado.

Aconsejé al paciente que viera á un cirujano y que se hiciera sondar, pero no hizo nada de esto.

El 4 de Marzo, por la noche, fuí llamado á toda prisa para verle, porque creía que iba á morir. Por indicacion mia se mandó llamar al Dr. Berkeley Hill, el cual llegó con un cáteter apropiado El instrumento se detuvo un poco en el cuello de la vejiga, pero, sin embargo, penetró y se pudieron sacar unos cuatro litros de orina clara y normal. Inmediatamente se deprimió el tumor abdominal. Se creyó que era conveniente no vaciar por completo la vejiga, pero se aplicó un vendaje alrededor del abdómen, y al día siguiente por la mañana se sacaron todavía dos litros y medio de orina.

No hubo accidentes consecutivos. Se introdujo el cáteter dos veces al día.

El 15 de Marzo el enfermo se encontraba muy bien, en disposicion de dedicarse á sus antiguas ocupaciones.

En Octubre su salud continuaba siendo excelente, y el tumor no había reaparecido.

En el siguiente caso hubo un derrame peritoneal á consecuencia de una peritonítis aguda.

OBSERVACION CLI. — *Derrame peritoneal por peritonítis aguda debida á un puntapié sobre una hernia inguinal.*

H. R..., de 12 años, fué admitido en el hospital Middlesex el 28 de Octubre de 1866.

Tenía desde los ocho años una hernia inguinal en el lado derecho, pero no le había causado gran molestia. A parte de las afecciones propias de la infancia, el enfermo había gozado buena salud hasta dos días ántes de su admision.

La mañana del 26 de Octubre recibió un puntapié en el testículo derecho. De aquí resultó un dolor muy intenso en dicho órgano; sin embargo, el niño pudo ir aquel día á la escuela. Por la tarde, tuvo un escalofrío que duró media hora próximamente, seguido de diarrea, y más tarde de vómitos y dolor en el epigastrio, que se extendía á todo el abdómen.

Durante todo el día 27 y la noche siguiente tuvo frecuentes escalofríos y vómitos, y una diarrca intensa con deposiciones de color claro.

En el momento de su admision el pulso llega á 144, la temperatura á 40°; las respiraciones son en número de 34 y torácicas; el abdómen distendido y muy sensible, sobre todo en la íngle derecha. El testículo derecho es muy grueso y ofrece una sensibilidad excesiva; signos cardiacos y pulmonales normales. El niño no oía lo que se le hablaba y tenía las ideas confusas, sin duda por la fiebre que le devoraba. Se aplicaron cataplasmas laudanizadas al vientre, y en las 24 horas que siguieron á su admision tomó al interior 30 centigramos de opio. Bajo la influencia de este tratamiento los síntomas agudos se disiparon, el dolor y los vómitos disminuyeron y la diarrea cesó, pero no se observó ninguna mejoría material. La lengua se tornó seca y sucia, la postracion aumentó; los carrillos se ahuecaron, las facciones tomaron mal carácter; de vez en cuando delirio.

El 30 de Octubre la temperatura era normal (36°,6), pero el pulso llegaba á 132. El abdómen estaba todavía más distendido, y golpeando ligeramente se reconoció la presencia evidente del líquido. Extreñimiento; los vómitos han reaparecido.

El 1.° de Noviembre la temperatura es la misma que la antevíspera, pero el estado general no ha mejorado.

Se diagnosticó una peritonítis aguda, determinada por un traumatismo del escroto, habiéndose propagado la inflamacion desde el saco herniario al peritoneo. Sin embargo, un médico que asistía á mi visita emitió la idea de que una porcion del intestino podía muy bien sufrir la estrangulacion por el cuello del saco. Aunque esta opinion tenía en su apoyo el hecho de

que el niño no había defecado desde el día de su admision, debemos recordar que los días anteriores había habido diarrea y que el extreñimiento se explicaba perfectamente por la dósis de opio administrado despues. Un cirujano compañero de hospital, que vió al enfermo accediendo á mis deseos, creyó había una porcion de intestino ó de epiploon estrangulada por el saco herniario, y practicó en él una incision. Salió un poco de pus, pero no se encontró intestino en el saco.

El niño fué empeorando más y más, y murió el siguiente día á las ocho de la mañana.

Autopsia.—La lesion más notable era una peritonítis reciente y muy extensa: toda la superficie del hígado y de los intestinos se hallaba cubierta por una capa de linfa amarillenta. El peritoneo contenía un litro ó litro y medio de líquido purulento. No había ulceracion, ni gangrena, ni perforacion en ningun punto del estómago, del intestino ó del apéndice vermiforme, para explicar la peritonítis. Tampoco había intestino ni epiploon en el saco herniario, ni siquiera adherencia en las inmediaciones del orificio interno. Inyeccion vascular intensa de la superficie externa del testículo derecho.

En el siguiente caso sobrevino un derrame én el abdómen á consecuencia de una peritonítis sobre-aguda.

Pero el principal interes patológico consiste en que las lesiones encontradas en el hígado despues de la muerte correspondían por completo á las que se han descrito en estos últimos años como características de la sífilis constitucional; sin embargo, el sujeto aseguró con insistencia que no había padecido ninguna afeccion de esa índole.

OBSERVACION CLII.—*Derrame peritoneal por peritonítis crónica.—Atrofia crónica del hígado con nódulos fibroides (probablemente sifilíticos) en su sustancia.*

P. D..., de 67 años, fué admitido el 17 de Enero de 1867 en el hospital Middlesex. Este hombre es jornalero, casado desde hace 23 años y padre de siete hijos (de los cuales el mayor tiene 22 años), todos vivos y sanos. Su mujer no ha tenido ningun aborto ni mal parto. Un hermano del enfermo murió tísico, pero él ha gozado siempre buena salud. No ha padecido nunca reumatismo agudo, ni hidropesía, ni ictericia, ni vómitos, ni hemorroides; niega haber tenido nunca accidentes sifilíticos. Costumbres de templanza. Seis semanas ántes de su admision cayó un peso sobre su cabeza, le produjo una herida y determinó un desvanecimiento de algunos segundos. Los cuatro días siguientes tuvo que suspender su trabajo; se quejaba de dolor en la region hepática. El quinto día dedicóse de nuevo á sus ocupaciones, pero al cabo de algunas horas tuvo que abandonarlas.

Una semana despues del accidente observó que el abdómen comenzaba á engrosar, y al cabo de 15 días comenzó á vomitar sus alimentos inmediatamente despues de haberlos tragado. Entre esta fecha y la de su admision había adelgazado considerablemente.

En el momento de su entrada el enfermo está muy delgado; su aspecto expresa el sufrimiento. La lengua está húmeda y cargada de una capa amarillenta. No hay apetito, pero sí sed viva, aunque el paciente procura no beber, porque vomita cuanto toma al cabo de un cuarto de hora. Afirma, sin embargo, que no sufre ningun dolor entre el momento en que traga y el en que vomita. El abdómen está considerablemente distendido; su circunferencia mide 33 1/2 pulgadas en el ombligo. Signos manifiestos de derrame peritoneal. Macidez hepática en la línea mamaria derecha, tres pulgadas solamente. No hay ictericia. La macidez del bazo no ha aumentado; no hay desarrollo de las venas subcutáneas del abdómen. Inmediatamente por encima y por debajo del ombligo induracion oscura, mal limitada, y que daba en ciertos puntos un sonido claro á la percusion. El abdómen es generalmente sensible, pero no en estado agudo. Los músculos abdominales obran libremente durante la respiracion. El enfermo dice que no experimenta gran dolor, pero parece que se encuentra mejor cuando está acostado en decúbito supino y con las piernas dobladas.

Vientre libre. Pulso á 96 y regular; macidez cardiaca menor que en estado normal; ruidos del corazon normales; 26 respiraciones; grandes estertores crepitantes en la base de ambos pulmones, sin macidez ni soplo tubario. No hay el menor edema de las piernas, del tronco ni de la cara, ni albúmina en la orina.

Todas las tentativas hechas para evitar los vómitos, no han tenido resultado. El volúmen del abdómen permanece estacionario.

El 20 de Enero sobreviene el hipo, y á pesar de la administracion frecuente de las lavativas nutritivas, el enflaquecimiento aumentó rapidamente hasta el 28 de Enero, en que falleció.

Al hacer la *autopsia* se encontraron cuatro y medio litros de líquido turbio en la cavidad abdominal, por delante del intestino delgado, cuyas asas estaban aglomeradas unas con otras, formando una masa globulosa dirigida hácia el ombligo y que explicaba la sensacion oscura de tumor observada durante la vida. El peritoneo estaba por todas partes cubierto de una capa espesa de linfa reticulada, y el epiploon mayor muy engrosado é indurado; pero no había en los intestinos ni en las glándulas mesentéricas ningun indicio de depósito canceroso ó tuberculoso. Estómago muy contraido; su mucosa estaba roja en algunas pulgadas de extension á partir del píloro, plegada, y presentaba al microscopio un aspecto velloso muy marcado; la extremidad pilórica estaba rodeada y comprimida por el epiploon, considerablemente engrosado, pero no se pudo descubrir en parte

alguna en el espesor de sus paredes ningun indicio de cáncer. Hígado pequeño, que pesaba tan sólo unos 1.100 gramos; cápsula engrosada en ciertos puntos y adherida á las partes inmediatas; en su superficie algunas depresiones que parecían cicatrices. La sustancia del hígado estaba sembrada de muchos depósitos redondeados de color amarillo opaco, el mayor de ellos del volúmen de una cereza. Entre estos depósitos algunos se hallaban situados inmediatamente por debajo de la cápsula y no formaban eminencia en la superficie; otros se encontraban en el fondo de las depresiones ántes indicadas. Al corte presentaban un aspecto duro y como fibroso, y no daban jugo lechoso. Al microscopio se vió que estaban formados de tejido fibroso blanco con núcleos y pequeñas fibras-células y materia granulosa, pero no se encontró nada que indicara un cáncer. Bazo pequeño; pulmones congestionados y edematosos en la base; riñones ligeramente granulosos; corazon pequeño pero sano. No había depósitos parecidos á los del hígado en ningun otro órgano, ni tampoco cicatrices en el pene, ni en la íngle, ni en las piernas.

Los tres casos siguientes son notables ejemplos de derrame peritoneal por peritonítis cancerosa.

OBSERVACION CLIII.—*Cáncer primitivo del peritoneo que determinó un derrame considerable.*

Juana A..., de 51 años de edad, sirvienta, fué admitida el 22 de Julio de 1859 en mi clínica del hospital del Colegio Real de Lóndres.

Su estado general fué siempre bueno hasta que comenzó la enfermedad actual. No había padecido ninguna enfermedad importante, y sus costumbres fueron irreprochables. No se puede observar disposicion hereditaria al cáncer. Tres meses ántes de su entrada en el hospital comenzó á quejarse de dolor en la parte inferior del vientre, al nivel del ovario izquierdo y de la vejiga, y tambien en la espalda. El dolor por encima del púbis empeoraba despues de la miccion. Se creyó que había una inflamacion de la vejiga; se aplicaron sanguijuelas y el dolor calmó. Continuó dedicándose á sus ocupaciones hasta quince días ántes de su admision, en cuya fecha sobrevinieron repentinamente síntomas febriles, vómitos, dolor y sensibilidad en el abdómen, y una tumefaccion que aumentó rápidamente.

El día de su entrada la enferma está delgada; el abdómen, considerablemente distendido, mide 36 1/2 pulgadas en el ombligo y presenta todos los caractéres de un derrame peritoneal, con mayor ó menor sensibilidad á la presion, sobre todo en el lado izquierdo. Pulso á 92; lengua muy roja y limpia; extreñimiento, que se combate fácilmente por los medicamentos; algunos vómitos. No hay aumento de volúmen del hígado ni

del bazo, ni ictericia, ni anasarca de las piernas. Ruidos del corazon normales; orina rara y oscura, pero sin albúmina.

El tratamiento consistió en pociones efervescentes con ácido cianhídrico para disipar las ganas de vomitar; una píldora diurética que contenía escila y digital; píldoras azules y píldoras de coloquíntida con beleño para mantener el libre vientre. Al principio, los diuréticos aumentaron la cantidad orina y el volúmen del abdómen no continuó engrosando; pero á mediados del mes de Agosto comenzaron á perder su eficacia, el abdómen se tornó más voluminoso, miéntras que la porcion timpánica, que era siempre la más elevada, cualquiera que fuera la posicion que tomaba la enferma, era cada vez más pequeña.

El 27 de Agosto el abdómen medía 40 pulgadas de circunferencia, y la enferma sentía en él una constriccion y un dolor intensos. Respiraciones 38 y torácicas; dispnea considerable, á consecuencia de la presion del líquido sobre el diafragma; nada de anormal en los signos físicos de los pulmones. La lengua está siempre muy roja y muy limpia. Vómitos más frecuentes y *urgentes;* no hay deposiciones si no se emplean purgantes. Desde el principio la enferma continúa adelgazando; en la actualidad tiene manchas en los carrillos; duerme poco.

Se practicó la puncion del abdómen y se sacaron unos nueve litros de un líquido trasparente, de color amarillo-verdoso, cuya densidad era de 1.020, y que contenía mucha albúmina, y tambien numerosos copos blancos de linfa con fibrillas.

Durante los dos días siguientes, la enferma experimentó gran alivio; las náuseas, los vómitos y el dolor cesaron. No se pudo sentir ningun tumor en el abdómen despues la evacuacion del líquido.

En la mañana del 30 de Agosto la enferma fué acometida por vómitos violentos, y al propio tiempo se presentaron de nuevo el dolor y la sensibilidad del abdómen, que estaba muy distendido y timpánico; pero había tambien signos manifiestos de algo de líquido en el peritoneo. Los vómitos, el enflaquecimiento y el dolor abdominal persistieron á pesar del tratamiento. El estómago de la enferma no podía retener nada, excepto el hielo y el champagne; durante cuatro semanas se nutrió con lavativas de té de buey, de huevos y de aguardiente, con algunas gotas de láudano.

Se presentaron aftas en la lengua.

El líquido no se reprodujo en gran cantidad, pero en los primeros días de Setiembre se podían sentir á través de las paredes abdominales algunos pequeños nódulos.

El 18 de Setiembre se observó que la pierna y el muslo izquierdo estaban hinchados, y que había sensibilidad á lo largo de la vena femoral.

Despues de esto la enferma estvo varias veces *in articulo mortis;* pero resistió hasta el 28 de Setiembre, en que dejó de existir, notablemente extenuada.

Autopsia. — Se encontraron en el peritoneo unos 850 gramos de líquido claro, de color de paja. La superficie peritoneal de los intestinos, del hígado y de la vejiga, estaba sembrada de innumerables nódulos de cáncer, que variaban de volúmen desde el de una cabeza de alfiler al de una avellana. Los ganglios mesentéricos estaban tambien ligeramente infartados por un depósito canceroso. Las masas cancerosas exudaban, al hacer un corte, un jugo lechoso que contenía células cancerosas características. Los intestinos se encontraban unidos en varios puntos por débiles adherencias, y la curvadura sigmoidea estaba sólidamente fija á la vena iliaca por fuertes adherencias y por nódulos cancerosos. No había cáncer en la mucosa, ni en la túnica muscular del estómago y de los intestinos, ni tampoco en el útero, el hígado, los riñones ó los pulmones. En el vértice del pulmon derecho se encontraban algunos nódulos cretáceos. El hígado y el bazo ofrecían su volúmen normal. Las venas iliaca y femoral izquierdas, se hallaban obstruidas por coágulos adherentes.

OBSERVACION CLIV. — *Peritonítis cancerosa y tumor del epiploon.*

Catalina H..., de 38 años de edad, jornalera, fué admitida el 19 de Enero de 1869 en el hospital Middlesex. El padre murió de vejez, segun ella dice, á los 78 años. Su madre murió á los 40 de consuncion, lo mismo que dos hermanas, una de 39 y otra de 40. La tercera hermana vive todavía y se encuentra bien. No hay antecedentes de cáncer en la familia.

Si exceptuamos cierta tos de vez en cuando, la enferma ha gozado siempre buena salud hasta la afeccion actual. Hace 12 semanas comenzó á quejarse de plenitud y de tension en el estómago despues de haber comido, y al cabo de cuatro semanas sintió escalofríos, dolor lancinante en el abdómen y en el dorso, y vómitos de vez en cuando. Un mes ántes de su entrada los vómitos se hicieron más graves y la tumefaccion hizo tan rápidos progresos que fué preciso recurrir á la paracentésis para aliviar la dispnea. Había al mismo tiempo extreñimiento, enflaquecimiento, pero no sudores nocturnos. Orina en pequeña cantidad. Se descubrió igualmente un tumor entre el ombligo y el púbis.

Estado actual el día de su admision. — Enflaquecimiento, ansiedad; pero ni ictericia, ni dilatacion de los capilares de la cara. Hinchazon y dolor violento del abdómen, que mide en el ombligo 33 1/2 pulgadas y presenta signos distintos de fluctuacion; al mismo tiempo es muy sensible; de suerte que, apretando un poco, se produce un vivo sufrimiento. El dolor es constante, pero sujeto á exacerbaciones. La macidez hepática no se remonta á gran altura; el bazo no es grueso y las venas abdominales no están desarrolladas.

Entre el ombligo y el púbis se encuentra un tumor duro, distinto, y el tacto vaginal permite al Dr. Hall Davis observar que el volúmen del útero

ha aumentado, probablemente á consecuencia de un cáncer. Lengua húmeda, algo sucia, pero algo roja; frecuentes esfuerzos para vomitar; extreñimiento. Pulso á 108, débil; ningun ruido anormal en el corazon. Respiraciones 60, completamente torácicas; pulmones sanos. Densidad de la orina 1.024, sin albúmina.

Se prescriben seis centigramos de opio cada ocho horas y fomentos laudanizados sobre el abdómen.

Este tratamiento calmó durante algun tiempo el dolor y los vómitos; pero el 21 de Enero el dolor era tan intenso que fué preciso recurrir á las inyecciones subcutáneas de morfina; en términos que hácia el 11 de Febrero se inyectaron seis centigramos de morfina, tres veces al día.

El 25 de Enero, ligero edema de las piernas.

El 28 lengua seca, roja y lisa, con placas aftosas.

El 19 de Febrero la enferma siente gran dolor en el costado izquierdo, y á este nivel se percibe el roce pleurítico. El volúmen del abdómen no ha aumentado mucho, pero el enflaquecimiento y la inanicion son cada vez mayores.

Finalmente, la enferma falleció el 27 de Febrero.

Autopsia. — No se examinó más que el abdómen. El peritoneo contenía algunas tazas de suero sanguinolento. La cara interna de la pared abdominal estaba revestida de una capa rugosa de linfa reciente; los intestinos y el mesenterio se hallaban sembrados de nódulos cancerosos del tamaño de un guisante. El tumor que se había percibido durante la vida no era el útero, sino una masa cancerosa del epiploon.

OBSERVACION CLV. — *Peritonítis cancerosa. — Tumor del epiploon. — Pleuresía doble.*

María Ana P..., de 48 años de edad, fué admitida el 9 de Marzo de 1871 en el hospital Middlesex. Su padre (á la edad de 47 años), un hermano, una hermana y dos de sus hijos, habían muerto tísicos. Su madre murió á los 46 años: durante los tres últimos meses de su vida ofreció una marcada ictericia y tenía el hígado engrosado (¿cáncer?). Es casada, y ha tenido siete hijos y un aborto. Las reglas cesaron en la época ordinaria. Desde hace algunos años tose en invierno, y durante los últimos 12 meses enflaqueció, y tuvo frecuentes y copiosos sudores por la noche. Once semanas ántes de su admision quedó muy débil y perdió el apetito, y á los cuatro ó cinco días comenzó á tener eructos ácidos despues de las comidas, lo mismo que en otros instantes del día. Seis semanas ántes de su entrada comenzó á tener dolor en el epigastrio, en el lado izquierdo del abdómen y al nivel del omoplato izquierdo. Dos semanas más tarde el vientre comenzó á engrosar, y una quincena ántes de su entrada se hincharon las

piernas. Había extreñimiento. Los sudores nocturnos cesaron cuando comenzó á hincharse el vientre.

En el momento de su admision está la enferma muy débil y muy delgada. Se queja de dolor y de tumefaccion del abdómen, que mide en el ombligo 34 pulgadas. Presenta todos los signos de derrame peritoneal. En el lado izquierdo del abdómen se siente un tumor duro que se extiende desde por debajo de las costillas izquierdas hasta dos pulgadas por debajo del ombligo; es igual; no se siente en él la huella del bazo y no es sensible. No se puede sentir el hígado. Venas abdominales desarrolladas. El dolor parte del epigástrio y se extiende por debajo hasta el lado izquierdo, y por arriba hasta el hombro derecho; sobreviene á menudo de repente y con bastante intensidad, sin relacion con las comidas, y dura próximamente veinte minutos. No hay ictericia; lengua limpia; poco ó ningun apetito; el enfermo vomita con frecuencia los alimentos al cabo de media hora, y los alimentos sólidos provocan dolor hasta que son expulsados. Pulso á 84; ruidos del corazon normales; tos frecuente con expectoracion mucosa; dispnea considerable; extertores mucosos en ambos pulmones, sobre todo en el izquierdo. Temperatura 38°,6. Sueño bastante bueno. Orina alcalina; densidad 1.019, sin albúmina, ni pigmento biliar, ni uratos.

Se prescribe una mixtura de quinina, de hierro y de éter nitroso con vino. Al principio hubo mejoría; los vómitos cesaron, el dolor calmó; la enferma pudo comer carne y retenerla; el abdómen disminuyó de una manera gradual hasta el 24 de Marzo, en que su circunferencia no tenía más que 29 pulgadas; no había signo de derrame peritoneal ni de edema de las piernas. La macidez del bazo estaba separada del tumor por un espacio de una y media pulgadas de ancho, y se podía introducir el dedo entre el borde superior de éste y las últimas costillas izquierdas. No se podía apreciar la presencia de ninguna porcion del intestino por delante del tumor, y por detras la percusion daba un sonido timpánico. El tacto vaginal no permitió reconocer la menor relacion del tumor con el útero ó los ovarios.

A pesar de estos signos de mejoría las crísis de dolor se hicieron más violentas, en términos que el 31 de Marzo fué preciso recurrir por primera vez á la morfina.

El 12 de Abril se friccionó el abdómen con glicerina belladonizada.

El 26 de Abril había nuevamente líquido en el peritoneo y el abdómen medía 32 pulgadas.

El 28 de Abril la enferma vomitó por primera vez desde el día de su admision.

El 1.° de Mayo aumenta la dispnea, los labios están lívidos y hay macidez en el tercio inferior de ambos pulmones con respiracion débil. El edema de las piernas ha reaparecido. No hay fiebre. Se prescribe una píldora de digital y escila, y píldoras azules con morfina, dos veces al día.

El 5 de Mayo el abdómen mide 33 pulgadas; la macidez pulmonal se extiende á la mitad inferior de ambos pulmones, con respiracion débil. Los vómitos son frecuentes.

El 15 de Mayo diarrea (cuatro deposiciones por día).

El volúmen del abdómen disminuyó hasta 29 pulgadas, pero la enferma empeoró rápidamente y falleció el 31 de Mayo.

Autopsia. — Dos litros de serosidad coposa, turbia, en el peritoneo. Bridas fibrosas laxas unían los intestinos á las paredes abdominales, estaban fijos por adherencias y reducidos á una masa redondeada. Túnica peritoneal de los intestinos muy congestionada y sembrada de numerosos depósitos cancerosos de color blanco opaco. El tumor que se había sentido durante la vida en el lado izquierdo del abdómen, consistía en un engrosamiento considerable del epiploon por el cáncer infiltrado y el tejido fibroso, situado por delante del riñon izquierdo y del cólon descendente. Los dos ovarios tenían próximamente el volúmen de naranjas pequeñas, y contenían materia cancerosa blanda y quistes llenos de líquido gelatinoso. El hígado es pequeño, redondeado y duro; su cápsula está considerablemente engrosada, dos á tres líneas en ciertos puntos. Riñones sanos, lo mismo que el corazon. La pleura derecha contenía próximamente 600 gramos, y la pleura izquierda el doble, poco más ó ménos, de serosidad turbia. Ambos pulmones eran densos y carnificados; su superficie estaba cubierta de una capa rugosa de linfa plástica que se dejaba desprender con facilidad. No había depósito canceroso en ninguno de los dos órganos.

En los dos casos siguientes hubo un derrame peritoneal considerable por peritonítis tuberculosa.

El caso CLVI se parece á los dos precedentes por la circunstancia de que había un tumor del epiploon. El caso CLVII ofreció la particularidad de que el líquido desapareció y de que el tratamiento produjo la curacion.

OBSERVACION CLVI. — *Derrame peritoneal por peritonítis tuberculosa.— Tubérculos del epiploon. — Paracentésis. — Muerte.*

Cárlos A..., de 28 años de edad, trabajador en una fábrica de artículos dv goma, fué admitido en el hospital de Santo Tomás el 25 de Mayo de 1876. Su padre, su madre y cinco hermanos viven y gozan buena salud; cuatro hermanos y hermanas murieron en la primera infancia. No hay antecedentes de tísis en la familia. Si exceptuamos algunas crísis biliares, el enfermo no ha padecido ninguna afeccion, encontrándose bien hasta hace dos años.

Desde entónces ha bebido bastante cerveza y líquidos espirituosos, quejándose de palpitaciones y de dispnea. Hace seis semanas arrojó, al toser, un poco de sangre en varias ocasiones. Hace tres semanas comen-

zó á sentir un dolor que atravesaba la parte superior del abdómen, con náuseas, anorexia, y de vez en cuando vómitos de moco viscoso, sobre todo por las mañanas. Tuvo tambien alguna relajacion de los intestinos, seis ú ocho deposiciones por día, líquidas y muy oscuras. Trabajó hasta el día de su admision.

Al entrar en el hospital, está pálido y delgado; no hay ictericia ni venillas estrelladas en los carrillos. Abdómen considerablemente dilatado, que medía 35 pulgadas en el ombligo. Meteorismo muy pronunciado entre el ombligo y el cartílago xifoides; ascítis igualmente considerable. La macidez hepática se eleva hasta media pulgada de la tetilla; no puede sentirse el borde inferior. El bazo no está engrosado. No hay tumor apreciable ni sensibilidad en el abdómen; pero sí dolor considerable (aunque no continuo) en la parte superior de esta region. La diarrea persiste; pero los vómitos han cesado. No hay tos ni signos anormales en los pulmones. Pulso á 108; ruidos del corazon normales. Por la tarde la temperatura se eleva hasta 38°,8 y aún 39°,4. Orina muy coloreada, sin albúmina: densidad, 1.020.

Se prescriben los diuréticos y una alimentacion sustanciosa; más tarde la quinina y los ácidos minerales. La diarrea persistió, aumentando el derrame abdominal.

El 7 de Junio la circunferencia es de 37 1/2 pulgadas; dolor intenso en el abdómen y algo de dispnea. Se saca por la paracentésis cuatro y medio litros de líquido verdoso, claro y alcalino, pero que contenía copos de linfa fibrilar con algunos corpúsculos sanguíneos; densidad, 1.020.

Despues de la operacion, la respiracion mejoró y el líquido no volvió á formarse. Pero el abdómen continuó enflaqueciendo, y hácia el 12 de Junio le molestaba mucho la tos. Estertores de bronquítis en ambos pulmones.

Durante el resto del mes de Junio rubicundez héctica de los carrillos. La temperatura por la noche variaba entre 37°,4 y 38°,6. No hay sudores nocturnos marcados.

El 1.° de Julio la circunferencia en el ombligo no mide más que 31 pulgadas; se sentía una induracion oscura que residía, al parecer, en el epiploon, y que se extendía desde el ombligo á las costillas izquierdas. Su situacion no cambiaba durante una inspiracion profunda. Más adelante, el enflaquecimiento hizo rápidos progresos; se sentía una masa indurada que ocupaba la parte superior del abdómen y se extendía hasta las costillas derechas. Tos más frecuente; expectoracion de moco viscoso, que poco á poco se hizo puriforme. La diarrea persistió, los vómitos reaparecieron; pero no hubo nunca sudores nocturnos.

Muerte por inanicion el 31 de Julio.

Autopsia. — En el peritoneo tres litros de serosidad clara, amarilla; gran parte de ella estaba contenida en cavidades separadas, limitadas por

linfa. El epiploon mayor está por todas partes infiltrado de una masa tuberculosa, espesa, dura, adherida al peritoneo parietal y á los intestinos. Túnica serosa de los intestinos sembrada de pequeños nódulos de tubérculo y unida á los intestinos, lo mismo que á las partes inmediatas, por linfa friable; dos pequeñas úlceras tuberculosas en el ileon. Hígado algo grueso y grasoso. Pequeños depósitos de tubérculos, caseosos en el centro, esparcidos por ambos pulmones, y en la parte superior del pulmon izquierdo masas más voluminosas de tubérculos caseosos blandos, que formaban una cavidad. Vértice del pulmon izquierdo, fuertemente adherido y marcado por depresiones cicatriciales. Unos 450 gramos de serosidad en la pleura izquierda y 120 en la derecha. Corazon y otros órganos sanos.

OBSERVACION CLVII. — *Derrame peritoneal por peritonítis tuberculosa.— Tratamiento seguido de éxito.*

El 18 de Febrero de 1876 ví, en consulta con el Dr. A. Maclaren, á la Srta. M..., de 21 años de edad. Había estado siempre delicada, y en el otoño anterior había padecido una pleuresía del lado izquierdo que la obligó á guardar cama por espacio de cuatro ó cinco semanas. Cuatro semanas ántes de mi visita observó por vez primera un engrosamiento del abdómen; sentía algo de dolor, pero no muy intenso. Desde entónces fué adelgazando, se debilitó poco á poco y tuvo sudores nocturnos.

Examinándola, se encuentra el vientre tenso pero no sensible; contiene sin duda algo de líquido. La circunferencia es de 32 pulgadas al nivel del ombligo. No existen signos de tumor. Lengua sucia, buen apetito; no hay náuseas ni esfuerzos para vomitar. Extreñimiento. Pulso á 108. Temperatura entre 38°,3 y 39°,4. No hay tos, pero sí macidez; debilidad del murmullo respiratorio y estertores crepitantes por encima de la clavícula izquierda. Orina rara y oscura.

Se prescribe quinina y hierro con digital.

El 23 de Febrero hay mejoría; la orina es más abundante; el abdómen está ménos tenso; su circunferencia mide 31 pulgadas; pulso á 84; temperatura, de 36°,9 á 39.

El 28 de Febrero, circunferencia 29 1/2 pulgadas; pulso á 60 é irregular; temperatura, 37°,6 á 38°,6. El enfermo se siente todavía mejor. Continúa el hierro y la quinina, y se suprime la digital.

De vez en cuando se usa de nuevo la digital, y se prescribe tambien ioduro de potasio, jarabe de ioduro de hierro y aceite de hígado de bacalao.

El 13 de Marzo la circunferencia mide 28 1/2 pulgadas; pulso á 64; la temperatura no ha pasado de 37°,7 en ningun día de la semana.

El 20 de Marzo, circunferencia 27 pulgadas; no existen signos de der-

rame; se nota que los intestinos están pegados unos á otros. Temperatura. 37°,2.

10 de Abril: la temperatura no se ha elevado y la mejoría continúa. Se nota todavía que los intestinos están unidos entre sí. Hay aún macidez en el vértice izquierdo, pero no estertores húmedos.

La mejoría progresó y la enferma pasó bien el verano. Sin embargo, en Octubre tuvo nuevamente fiebre y estaba atacado el pulmon derecho.

La observacion CLVIII parece ser un ejemplo de los casos ya mencionados en otro lugar, en los cuales el líquido se acumula en el peritoneo bajo la influencia de un proceso inflamatorio subagudo.

OBSERVACION CLVIII. — *Ascítis. — Anemia (¿tubérculo?).*

Marta W..., de 11 años de edad, fué admitida en el hospital Middlesex el 17 de Julio de 1868.

Su padre había muerto tísico; su madre y una hermana se encuentran bien: no tiene hermanos. Hace algunos años padeció el sarampion y la coqueluche. En la primavera última tosió y expectoró durante algunos meses, pero no tuvo sudores nocturnos. La tos mejoró, pero un mes ántes de su admision el vientre comenzó á hincharse, y al cabo de tres días sobrevino una diarrea bastante intensa; la enferma adelgazó. Hace ocho días, puncion á una y media pulgada por debajo del ombligo; se sacan cuatro litros de un líquido trasparente. Tres ó cuatro días despues de la puncion cesó la diarrea.

Al entrar en el hospital, la niña está pálida y anémica; el abdómen se halla distendido por líquido, y mide 24 3/4 pulgadas en el ombligo. No hay edema, ni signos de afeccion del corazon ó de los riñones, ni aumento de volúmen del hígado, ni dolor en este órgano. Pulso á 120. No hay fiebre ni sudores nocturnos. Lengua limpia; buen apetito; intestinos regulares; algo de prolapso anal.

Se prescribe un buen régimen y percloruro de hierro, con éter nitroso. Bajo la influencia de este tratamiento la ascítis disminuyó de una manera lenta, y el día 15 de Agosto no quedaba ningun indicio. La circunferencia del ombligo no era más que de 21 1/4 pulgadas, y el estado general parecía bueno.

El siguiente caso es no ménos notable.

A pesar de la gran sensibilidad, la lentitud del pulso, el descenso de la temperatura y el carácter paroxístico del dolor nos hicieron admitir al principio una crísis de fuerte cólico. Sin embargo, su patogenia era probablemente parecida á la del último caso.

OBSERVACION CLIX. — *Síntomas de cólicos seguidos de signos de ascítis.*

Eduardo G..., de 21 años de edad, que había sido primero impresor, pero que trabajaba desde seis semanas ántes en casa de un grabador, fué admitido el 12 de Abril de 1868 en el hospital Middlesex. El 6 de Abril sintió repentinamente dolor violento en el abdómen y esfuerzos de vómito. El dolor no había cesado nunca, y había sufrido violentas exacerbaciones; los vómitos se presentaban todos los días, pero no con la misma intensidad que al principio. El intestino había funcionado el 8 y el 10, despues del empleo del aceite de ricino y de láudano. Poco tiempo ántes de esta crísis el enfermo había tenido una blenorragia, y aseguró que algunos años ántes había padecido una crísis de dolor abdominal, pero mucho ménos fuerte.

Al entrar en el hospital el enfermo se quejaba todavía de un dolor constante en el abdómen, con frecuentes exacerbaciones agudas; el menor movimiento le aumentaba. El abdómen ofrecía igualmente una viva sensibilidad, sobre todo al nivel del ciego: estaba distendido y timpánico, y la respiracion era enteramente torácica. Vómitos frecuentes de una materia biliosa; línea gingival roja oscura (no azul); lengua húmeda y ligeramente sucia; sed; no hay deposiciones desde hace dos días. Pulso á 84; piel fresca; temperatura debajo de la lengua, 36°,1. No hay albúmina en la orina.

Se prescribió al enfermo un baño caliente, fomentos calientes en el vientre, una lavativa de 1.500 gramos de agua de cebada con 16 de asafétida, y seis centigramos de tintura de opio cada cuatro horas. La lavativa produjo dos deposiciones abundantes, pero no calmó el dolor.

El 13 de Abril se prescriben dos centigramos de extracto de belladona cada tres horas; pero el día siguiente el dolor, la sensibilidad y la tension abdominal habían aumentado, aunque el pulso sólo llegaba á 72 y la temperatura á 36°,1. Se prescribieron de nuevo seis centigramos de opio cada cuatro horas, una pocion con aceite de ricino y láudano, y frecuentes lavativas.

Continuó hasta el 17 de Abril tomando 36 centigramos de opio por día, y desde esta fecha sólo tomó la mitad hasta el 23. Bajo la influencia de dicho tratamiento los intestinos funcionaron convenientemente, y los paroxismos de dolor fueron ménos intensos; pero hubo todavía de vez en cuando vómitos, el abdómen se puso más grueso y más tenso, y el 19 de Abril había signos manifiestos de derrame peritoneal. Dando un golpecito seco se desarrollaba un estremecimiento ondulatorio, que se propagaba de uno á otro lado, y cuando el enfermo estaba acostado se observaba en ambos vacíos una macidez que variaba segun la posicion. Hay todavía

de vez en cuando paroxismos de dolor, pero el vientre no es sensible. El pulso se mantiene á 72, y la temperatura rara vez pasa de 36°,6.

Los síntomas de derrame peritoneal con ligeros paroxismos de dolor persistieron hasta el 4 de Mayo. Despues disminuyó gradualmente, y el 18 de Mayo había recobrado sus dimensiones normales y no presentaba ningun signo de derrame.

El enfermo salió del hospital libre de su dolor.

La observacion CLX es un notable ejemplo de derrame peritoneal por lesion renal. Durante la vida se diagnosticó un riñon engrosado y blanco, consecutivo á una nefrítis y que pasaba al estado de riñon grasoso; y aunque se encontró al hacer la autopsia (por más que no se había previsto) uno de los dos riñones muy retraido por alguna enfermedad antigua, el otro tenía tres veces el volúmen y el peso de un riñon normal.

OBSERVACION CLX. — *Derrame peritoneal por afeccion renal. — Albuminuria y anasarca general. — Pericardítis y pleuresía. — Muerte por uremia. — Hipertrofia considerable del riñon izquierdo, y atrofia del derecho.*

Jaime S..., de 23 años, fué admitido el 12 de Marzo de 1868 en el hospital Middlesex. Si exceptuamos un ataque de *fiebre gástrica* hace dos años y medio, su salud ha sido siempre buena. No había tenido nunca la escarlatina; desde hace unos nueve años vive en una habitacion muy cálida, y consume grandes cantidades de Ginebra y de cerveza. Seis semanas ántes de su entrada dió un largo paseo por la ciudad y se mojó completamente. A los tres días observó una noche, al quitarse las botas, que sus piés estaban hinchados, y al día siguiente por la mañana había tambien hinchazon de las piernas, que siguió propagándose á los muslos, al tronco y hasta á la cara. Continuó trabajando, sin embargo, durante dos ó tres días, pasados los cuales se presentó en el hospital de San Bartolomé, donde permaneció un mes, pero saliendo más bien peor que mejor. Cuatro ó cinco días despues de su entrada en el hospital Middlesex, observó que la respiracion era corta.

En el momento de su admision la cara de dicho enfermo está muy anémica, hinchada, pastosa. Tumefaccion edematosa considerable del tronco, de las extremidades y del escroto. Palso á 84; macidez cardiaca ligeramente aumentada; ruidos débiles, pero casi normales. Macidez en el cuarto inferior de ambos pulmones, con murmullo respiratorio muy débil y lejano, y gruesos estertores crepitantes. Hígado y bazo de volúmen normal; no hay ictericia ni sensibilidad abdominal, pero sí derrame peritoneal manifiesto. Lengua gruesa; algunas veces se vomitan los alimentos; intestinos regulares. Orina rara y turbia que contiene mucha albúmina;

deposita un sedimento en el cual se encuentran numerosos corpúsculos sanguíneos, y algunos cilindros granulosos ó grasosos, pero no cilindros hialinos ó epiteliales. Ligero dolor apretando sobre la region renal.

Tratamiento. — Baños calientes ordinarios y baños de aire caliente, ventosas secas, sinapismos y cataplasmas en los lomos; drásticos, como los polvos de jalapa compuesta, las sales y el sen; más tarde el elaterio, el percloruro de hierro con fuertes dósis de licor de acetato de amoniaco, y más tarde los diuréticos, como el acetato y el bitartrato de potasa con la digital.

Al principio se observó una ligera mejoría, pero la anasarca y la hidropesía de las serosas aumentaron gradualmente.

Del 1.º al 8 de Abril doble ruido de roce pericardiaco, y cuando cesó se observó que la macidez cardiaca medía cuatro pulgadas (en vez de dos) trasversalmente, y que los ruidos cardiacos eran muy débiles.

El 8 de Abril la orina se coagula en masa por la ebullicion.

El 11 de Abril la macidez se extendía á toda la mitad inferior de ambos pulmones y había ortopnea. La ascítis había aumentado igualmente. El enfermo tiene un aspecto triste; memoria algo confusa. No ha descansado por la noche y ha tenido vómitos.

El 13 y el 14 de Abril la orina deposita numerosos corpúsculos redondeados, distendidos por aceite, de 1/800 de pulgada de diámetro, y muy análogos á los corpúsculos granulosos que se encuentran en el tejido cerebral reblandecido.

El 15 de Abril no hay deposiciones ni orina durante 24 horas; se sacan con el catéter 120 gramos de orina, que se coagula casi completamente por la ebullicion. Lengua seca y sucia; aliento muy fétido é ideas confusas. Aquella misma noche el enfermo tuvo un ligero ataque de convulsiones seguidas de coma, que, á pesar de los revulsivos al exterior y del aceite de croton al interior y los baños de aire caliente, persisten hasta la muerte, el 17 por la mañana.

Autopsia. — Cerebro anémico; una onza poco más ó ménos de serosidad clara, que contenía mucha urea, en los ventrículos laterales y en la base. Cerca de medio litro de serosidad turbia en el pericardio. Superficie del corazon cubierta de una capa rugosa algo adherida; corazon grueso, que pesaba 530 gramos; hipertrofia considerable del ventrículo izquierdo, pero válvulas normales. Cada pleura contenía próximamente medio litro de serosidad clara, y el lóbulo inferior del pulmon derecho se hallaba cubierto de una delgada capa de linfa reciente; pulmon muy edematoso. El peritoneo contenía algunas tazas de serosidad clara. Hígado, bazo y mucosa estomacal, muy congestionados. Riñon izquierdo muy grueso y que pesaba 425 gramos; superficie igual y cápsula no adherida; sustancia cortical muy hipertrofiada, y que medía en ciertos puntos dos tercios de pulgada entre la base de la pirámide y la superficie externa; pirámide con-

gestionada, pero sustancia cortical pálida; los tubos renales infartados, llenos de células epiteliales, la mayor parte muy granulosas, y otras llenas de aceite; en el interior de algunos tubos corpúsculos granulosos compuestos, gruesos, globulares, parecidos á los que se encontraron en la orina durante la vida. Riñon derecho muy pequeño, que apénas pesaba 45 gramos; superficie granulosa y cápsula adherente; sustancia cortical densa y atrofiada; atrofia de algunos tubos renales; otros contenían epitelio granuloso ó grasoso, ó corpúsculos granulosos compuestos. El uréter derecho no estaba obstruido y el cáliz no estaba dilatado; no existía ninguna obstruccion de la arteria renal derecha, pero se había contraido bruscamente y reducido á la mitad de su calibre hácia la parte central de su trayecto.

La observacion CLXI se refiere á una ascítis por hepatítis intersticial, consecutiva á una afeccion valvular del corazon.

OBSERVACION CLXI. — *Insuficiencia mitral. — Atrofia crónica del hígado. — Ascítis é ictericia.*

María T..., de 61 años de edad, entró en el hospital Middlesex el 24 de Febrero de 1868.

Desde los 20 años tosía mucho todos los inviernos, y desde los 15 se queja de palpitaciones y de dispnea cuando se entrega á cualquier esfuerzo muscular. Hace tres años la dispnea aumentó, y al cabo de algunos meses las piernas comenzaron á hincharse, en términos que se vió obligada á guardar cama por espacio de tres meses. Trascurrido otro año, observó por vez primera que su vientre se hinchaba; esta tumefaccion, lo mismo que la de las piernas, aumentó lentamente. La enferma asegura que nunca había padecido reumatismo agudo, pero que durante muchos años experimentó dolores en los miembros, y tambien frecuente diarrea. Sus reglas cesaron á la edad de 30 años. Algunas semanas ántes de su admision la piel se tornó ictérica.

El día de su entrada en el hospital, la enferma tiene la cara ansiosa; los labios y los carrillos están lívidos. Edema considerable de las extremidades inferiores y tension de la piel. Edema tambien notable del brazo izquierdo, pero no tumefaccion de la cara ni del brazo derecho. El abdómen está enormemente distendido por líquido peritoneal, y mide en el ombligo 39 pulgadas. Pulso á 120, pequeño y débil, pero regular. La punta del corazon late entre la quinta y sexta costillas, algo hácia la izquierda de la tetilla. La extension de la macidez cardiaca ha aumentado algo trasversalmente; mide tres pulgadas, siendo mayor el aumento en el lado izquierdo; en el punto en que se siente la impulsion cardiaca, se oye un ruido de soplo presistólico prolongado. Respiraciones 40, difíciles; tos

frecuente, con expectoracion de moco puriforme; estertores bronquiales en la mayor parte de ambos pulmones, y gruesos estertores bronquiales, con respiracion debilitada, en la mitad inferior y posterior de ambos pulmones. Lengua húmeda y sucia; sed viva; poco apetito; vómitos frecuentes despues de las comidas; sensibilidad en el epigastrio; tres ó cuatro deposiciones la noche ántes de su admision. Extension de la macidez hepática, muy disminuida; no pasa de tres pulgadas en la línea mamaria derecha; color ictérico marcado de la piel y de las conjuntivas, y reaccion evidente de pigmento biliar en la orina, que era rara, pero sin albúmina. Inteligencia clara. Sueño intranquilo, difícil, á causa de la ortopnea.

La enferma fué tratada por los diuréticos (éter nitroso, acetato de potasa y cocimiento de raíz de caña, con una píldora compuesta de digital, píldoras azules y escila) y los alcohólicos (230 gramos de Ginebra y 115 de aguardiente), y cataplasmas de mostaza y harina de linaza en el pecho. Sin embargo, la dispnea y la postracion aumentaron.

El 26 de Febrero el pulso llegaba á 86, era muy débil é irregular; respiraciones 48, pero interrumpidas por una tos frecuente; esputos amarillos, purulentos, numulares; venas del cuello turgentes, con ligera regurgitacion por debajo. Seis ó siete deposiciones la noche anterior. La hidropesía ha aumentado; la mano y el brazo derechos están muy edematosos.

Estos síntomas persistieron hasta la muerte de la enferma, que ocurrió el día 28, á media noche.

Autopsia. — El corazon pesaba 500 gramos; su orificio mitral está muy contraido: admite exactamente la punta del dedo; las puntas de la válvula están muy rígidas y engrosadas por un depósito fibroso y calcáreo que se encontraba en las válvulas aórticas, por más que éstas eran suficientes; orificio tricúspide ligeramente dilatado. Fuertes adherencias entre las caras opuestas de ambas pleuras; pleuras pulmonales engrosadas, y parte inferior de ambos pulmones condensada á consecuencia de las cintas fibrosas que la atraviesan, y que determinan el edema y la congestion del tejido pulmonal interpuesto. Ramificaciones bronquiales dilatadas; paredes gruesas é interior lleno de pus. El peritoneo contenía algunos litros de serosidad amarilla. Hígado muy pequeño y denso, con abundante depósito fibroso en su superficie, el cual se extendía tambien á algunos puntos de su sustancia; superficie externa granulosa en ciertas regiones, correspondiendo las depresiones al centro de los lóbulos. El hígado no pesaba más que 880 gramos. Mucosa estomacal fuertemente inyectada, con moco adherido y numerosas erosiones hemorrágicas. Riñones ligeramente granulosos.

Aunque en el caso siguiente el enfermo se creyó restablecido en tres ocasiones, de suerte que, por fortuna, no hubo ocasion de comprobar el

diagnóstico, apénas cabe duda de que el derrame peritoneal era debido, como en otros casos que ya conoceis (véanse lecciones IV y VIII), á una obstrucion porta por cirrósis hepática.

OBSERVACION CLXII. — *Alcoholismo. — Cirrósis hepática. — Aumento de volúmen del bazo. — Ascítis. — Gastro-enterítis. — Epistáxis y hematemésis. — Curacion de la ascítis en tres ocasiones por los diuréticos y otros medicamentos.*

Estéban D..., de 39 años, fabricante de pipas, fué admitido el 23 de Abril de 1868 en mi clínica del hospital Middlesex. Su madre vivía aún y tenía 76 años; pero su padre había muerto á los 61, y un hermano á los 28 á consecuencia de excesos en las bebidas. El enfermo acostumbra beber desde hace algunos años grandes cantidades de cerveza y líquidos espirituosos, sobre todo de estos últimos (aguardiente y ron).

Aunque no ha tenido ningun verdadero ataque de *delirium tremens*, suele temblar mucho por las mañanas.

A pesar de sus costumbres ha gozado siempre buena salud hasta tres meses ántes de su admision, en cuya fecha comenzó á experimentar cada ocho días dolores lancinantes en el abdómen seguidos de diarrea, que se cohibió con una mixtura de creta. Nueve meses ántes de su admision comenzó á tener vómitos por las mañanas, tres ó cuatro veces cada semana, y luégo padeció hemorroides que dieron mucha sangre. El año último sus encías sangraban con facilidad; había adelgazado mucho. Cinco semanas ántes de su admision los vómitos se hicieron más frecuentes, y comenzó á experimentar dolores agudos en el lado derecho del abdómen, caracterizados por una sensacion de torsion. Al cabo de unos 15 días cesaron los vómitos, pero continuó la diarrea, y el paciente observó por primera vez que el abdómen comenzaba á engrosar; esta hinchazon aumentó rápidamente, y durante la última semana ocasionó mucha dispnea. Sin embargo, el enfermo continuó, hasta el día de su admision, bebiendo mucho vino de Porto y aguardiente con agua.

Estado del enfermo el día de su entrada. — Cuerpo delgado; contornos salientes; aspecto triste; color ictérico marcado de las conjuntivas, pero no ictericia manifiesta en el tronco ni en las extremidades; capilares de la cara muy desarrollados. No hay tumefaccion de la cara ni anasarca de las extremidades. El enfermo se queja, sobre todo, de una gran debilidad, de hinchazon del vientre y del dolor que experimenta. El abdómen no es sensible, pero está muy distendido y mide 34 pulgadas en el ombligo. El aumento de volúmen se debe sin duda á una ascítis. Las venas abdominales son muy aparentes y algo más gruesas que en estado normal, sobre todo al nivel del ciego, donde forman una red distinta en relacion con las venas que suben hasta el pecho. La macidez hepática en la línea mamaria

derecha no puede apreciarse claramente, pero se siente bastante bien el hígado en el epigastrio á traves de las paredes abdominales; es muy duro y resistente, sin nódulos apreciables. La macidez del bazo ha aumentado; mide cuatro pulgadas verticalmente, y se extiende por delante hasta dos y media pulgadas más allá de la línea mamaria. Lengua cubierta de una gruesa capa amarillenta; mediano apetito; cuatro deposiciones por día de materias acuosas y amarillas. Pulso á 108; signos físicos del corazon y de los pulmones, normales. Orina ácida; densidad 1.017, sin albúmina, pero con una pequeña cantidad de pigmento biliar.

Prescripcion: cuatro dósis diarias de una pocion que contenía: acetato de potasa, 1,20 gramos; éter y cocimiento de sumidades de retama, 15 gramos; dos veces al día una píldora con escila, 3 centigramos; polvos de digital, 3 centigramos; y píldoras azules, 20 centigramos. Fricciones en el vientre con ungüento napolitano belladonizado. Prohibicion del alcohol bajo todas sus formas; régimen compuesto únicamente de leche, té de buey y algunas sustancias amiláceas. No se intentó cohibir la diarrea.

Al principio hubo mejoría; frecuentes cólicos adbominales; el 2, 3, 6 y 7 de Mayo, vómitos, y el 7 ademas epistáxis ligera. La cantidad de orina aumentó muy pronto, y la ascítis disminuyó, segun lo demuestran las siguientes medidas:

		Pulgadas
Circunferencia del ombligo	el 23 de Abril	34
—	el 27 —	33,6
—	el 4 de Mayo	31,75
—	el 6 —	30,75
—	el 11 —	29,25
—	el 22 —	28,25

El 22 de Mayo el enfermo se encontraba mucho mejor. El abdómen tenía su volúmen normal, y no había signos de ascítis. La diarrea y los vómitos habían cesado, el apetito era mejor, y el enfermo podía retener los alimentos. La macidez del bazo había disminuido, y la macidez hepática medía tres y media pulgadas en la línea mamaria derecha; este aumento aparente era debido quizás á que su borde inferior no estaba oculto por los intestinos meteorizados. En el epigastrio se sentía el hígado duro y vagamente nodulado.

El 22 de Junio el enfermo salió del hospital sin que hubiera reaparecido la ictericia. Había recobrado su gordura y buen aspecto.

No tardó en abusar nuevamente de la cerveza y de los espirituosos. Pero si exceptuamos una epistáxis y un ataque de diarrea durante el verano de 1869, gozó buena salud hasta los primeros días de Marzo de 1870, en que tuvo fuertes náuseas, vómitos por la mañana, dolor y sensibilidad en la region hepática; el vientre comenzó á engrosar de nuevo. Hácia fines

de Mayo las piernas se hincharon nuevamente, sobrevino dificultad en la respiracion, y una mañana el enfermo vomitó medio litro de sangre.

El 30 de Junio vuelve á entrar en mi clínica del hospital Middlesex.

Hé aquí los síntomas generales: mal color; viva comezon en la piel, pero no ictericia; vómitos frecuentes, pero el enfermo no rechaza los alimentos y tiene buen apetito; lengua muy lisa, desprovista de papilas y roja; dos deposiciones blandas durante el día. Circunferencia al nivel del ombligo, 34 1/2 pulgadas; ascítis considerable; hígado grueso y duro, pero sin desigualdades; la macidez hepática es de cinco y tres cuartos pulgadas en la línea mamaria derecha, y el borde inferior pasa de las costillas dos pulgadas y un cuarto. No hay aumento manifiesto de volúmen del bazo. Edema considerable de las piernas. Orina clara, que contenía indicios de pigmento biliar, pero no albúmina. Pulso á 76; ruidos del corazon normales. Respiracion difícil, pero ningun signo de edema pulmonal ni de derrame de la pleura. Se prescribe al principio el bismuto y la dieta láctea para combatir los vómitos; despues el tratamiento consiste en píldoras compuestas de píldoras azules, escila y digital; una mixtura de percloruro de hierro y de éter nitroso, y de vez en cuando purgantes salinos.

El enfermo mejoró de nuevo rápidamente, y el 28 de Junio salió del hospital con buen apetito, sin vómitos ni ascítis apreciable; la circunferencia en el ombligo era de 32 pulgadas, pero sin diminucion en el volúmen del hígado.

El 12 de Marzo de 1873 el enfermo fué admitido por tercera vez en el hospital, clínica del Dr. E. Thomson, con síntomas semejantes á los de sus dos primeros ataques, pero ademas una bronquítis generalizada y una induracion fibrosa del pulmon derecho. El hígado se extendía á una pulgada por debajo del ombligo, y su superficie estaba claramente nodulada.

El enfermo salió por tercera vez del hospital Middlesex el 29 de Mayo, encontrándose mucho mejor.

Algunos meses despues reapareció la hidropesía con anchas placas de esfacelo en las piernas, y el enfermo concluyó por sucumbir.

No se hizo la autopsia.

En una de las primeras lecciones de este libro (véase leccion VI) llamé vuestra atencion acerca de los casos de ascítis resultante de un cáncer del hígado. En el siguiente caso la ascítis sin ictericia fué producida por la compresion ejercida sobre la vena porta por una masa de ganglios cancerosos de la cisura porta, del mismo modo que vemos la ictericia, con ó sin ascítis, producida por semejante causa (leccion X).

OBSERVACION CLXIII. — *Cáncer del estómago y del epiploon. — Ganglios cancerosos que comprimían la vena porta y producían la ascítis. — Nódulos cancerosos en las paredes abdominales.*

Carlota H...., de 54 años de edad, fué admitida el 5 de Marzo de 1869 en el hospital Middlesex. Su padre vivió hasta los 84 años. Su madre y dos hermanas mayores, han muerto sin saber de qué enfermedad. Si exceptuamos una tos que padecía todos los inviernos desde hace seis años, nuestra enferma ha gozado buena salud hasta los primeros días del mes de Diciembre de 1868. Comenzó entónces á sentir dolor en la parte superior del abdómen, á vomitar despues de las comidas, á experimentar postracion y anorexia, y á enflaquecer. Hácia la misma época observó que el vientre y las piernas comenzaban á hincharse.

Al entrar en el hospital la enferma se halla sumida en una gran postracion; tiene vértigos, anemia marcada, edema moderado de ambas piernas, abdómen considerablemente distendido por líquido, pero poca ó ninguna sensibilidad. No hay tumor apreciable, ni aumento manifiesto del volúmen del hígado; por debajo de la piel de las paredes abdominales se sienten algunos nódulos duros del grosor de guisantes. Lengua limpia; mediano apetito; vientre libre; no hay vómitos, pero sí dolor intenso despues de las comidas. Púlso á 108; arterias rígidas; primer ruido del corazon, en la base algo prolongado; adormecimiento en el brazo izquierdo; es difícil distinguir lo que dice la enferma.

Despues de su admision, reaparecieron los vómitos bajo una forma imperiosa. El bismuto, la creosota, el opio y los vejigatorios espolvoreados con morfina, no produjeron buen resultado. Las materias vomitadas eran de color verde oscuro. El dolor en el epigastrio persistía. Se dieron lavativas de aguardiente y té de buey; pero la enferma fué empeorando rápidamente y falleció el 14 de Marzo.

Autopsia. — Tres litros de serosidad en el peritoneo. En el píloro se encontraba un tumor canceroso blando, que se extendía á cuatro pulgadas del estómago; su superficie interna profundamente excavada por una ulceracion, de modo que formaba una cavidad que comunicaba por arriba con el estómago y por debajo con el duodeno. Depósitos cancerosos extensos en los ganglios del epiploon menor; masas del grosor de un huevo de gallina que comprimían la vena porta. Ganglios retro-peritoneales situados por delante de la columna igualmente cancerosos, y formando una masa que comprimía la vena cava. Cara inferior del diafragma sembrada de pequeñas masas cancerosas; los nódulos que se sentían durante la vida en la pared abdominal, eran de la misma índole. Rigidez muy marcada en el borde fijo de las válvulas aórticas, que eran sin embargo, suficientes.

En el siguiente caso hubo una derrame peritoneal considerable, debido á la compresion de la vena porta por un tumor coloide. El líquido sacado por la paracentésis, contenía sangre y celulas de materia coloide.

OBSERVACION CLXIV. — *Ascítis. — Tumor coloide del estómago y del peritoneo.*

Daniel B..., ebanista, de 44 años de edad, fué admitido en el hospital Middlesex el 1.º de Diciembre de 1868. No hay antecedentes de tumores malignos en su familia. A la edad de 24 años tuvo accidentes sifilíticos primitivos, seguidos, al cabo de diez años, de exostósis de la tibia. Ha abusado á veces de los líquidos alcohólicos, pero no se le puede considerar como un verdadero bebedor.

Ocho meses ántes de su admision comenzó á quejarse de debilidad, pérdida del apetito y extreñimiento; cuatro meses más tarde sobrevino una ictericia que persistió un mes. Continuó estando débil hasta cerca de un mes ántes de su entrada, en cuya época observó que su vientre se hinchaba, y al cabo de algunos días hubo en el abdómen una crísis de dolor agudo que duró algunas horas. La tumefaccion aumentó rápidamente, y á últimos de Noviembre se sacaron por la paracentésis unos nueve litros de serosidad clara, color amarillo de paja. Esto produjo un alivio temporal, pero no tardó en reproducirse el líquido. Desde que comenzó la tumefaccion, el enfermo ha tomado varios purgantes y ha adelgazado rápidamente.

El día de su entrada no hay indicios de ictericia ni de edema de los tegumentos, pero el vientre está enormemente engrosado si se compara con el resto del cuerpo; está distendido por líquido peritoneal. La circunferencia en el ombligo mide 35 1/2 pulgadas. Venas de las paredes abdominales, dilatadas. La presion en el abdómen no determina dolor ni sensibilidad.

No existe tumor apreciable, pero la macidez del bazo ha aumentado, y la macidez hepática en la línea mamaria derecha sube hasta la sexta costilla, aunque no se puede sentir el borde inferior del hígado por debajo de las costillas. La lengua está muy roja y con algunas fisuras en el centro; las encías sensibles é hinchadas; vómitos frecuentes, que hacen devolver los alimentos y los medicamentos; intestinos muy relajados; unas doce deposiciones por día. Pulso á 96, regular y debil; respiracion torácica; pulmones y corazon, normales. Temperatura, 36°,8. La orina contiene uratos en abundancia, pero no albúmina ni pigmento biliar.

Prescripcion: hielo, hierro y digital, carbon vegetal y estimulante. La diarrea ha calmado, pero la hinchazon aumenta rápidamente.

El 4 de Setiembre se sacan cerca de cuatro litros de líquido turbio y pardo rojizo, cuya densidad es de 1.017; este líquido no contenía copos de linfa, pero sí numerosos corpúsculos sanguíneos y algunas gruesas cé-

lulas con contenido granuloso, exactamente parecidas á las que se encontraron en la materia coloidea despues de la muerte.

Despues de haber sacado el líquido no se pudo sentir el tumor, y el hígado no pareció engrosado. La operacion fué seguida de un alivio considerable, pero temporal. El líquido se reprodujo, los vómitos persistieron, y la postracion aumentó hasta la muerte, el 8 de Diciembre.

Autopsia. — Algunas tazas de suero sanguinolento. Depósito enorme de materia coloide en el epiploon mayor, formando una ancha masa que cubría los intestinos. Depósitos semejantes en la superficie interna de las paredes abdominales, aplicadas á la masa morbosa del epiploon, en la cara inferior del diafragma y en el hígado. Una ancha masa que se extendía á lo largo del epiploon menor en la cisura porta rodeaba y comprimía la vena porta, pero el interior del vaso no contenía ningun coágulo. La produccion morbosa no penetraba en manera alguna en la sustancia del hígado. A simple vista consistía, al parecer, en una aglomeracion de pequeños nódulos de materia gelatinosa traslúcida, y ofrecía la estructura habitual del cáncer coloide. En la extremidad pilórica del estómago, y extendiéndose hasta cinco pulgadas de la válvula, se encontraba un vasto depósito coloide que comprendía todas las túnicas. Por encima de él la mucosa había desaparecido por completo, dejando al descubierto el tejido morboso. El bazo estaba cubierto por el depósito coloide, pero era normal y no pesaba más que unos 150 gramos.

LECCION DÉCIMATERCERA

A) HEPATALGIA. — B) CÁLCULOS BILIARES. — C) AUMENTO DE VOLÚMEN DE LA VESÍCULA BILIAR

A) Hepatalgia simulada por: 1.° La pleurodinia. — 2.° La neuralgia intercostal.— 3.° La pleuresía. — 4.° La dispepsia gástrica. — 5.° El cólico intestinal. — 6.° El cólico nefrítico. — Variedades y causas de la hepatalgia verdadera.

B) Cálculos biliares: sus diversas consecuencias y sus síntomas.

C) Aumento de volúmen de la vesícula biliar: sus causas, sus caractéres clínicos y su tratamiento

A) — Hepatalgia

Señores:

El dolor es algunas veces el síntoma más saliente en ciertas afecciones del hígado, y á menudo constituye un precioso auxiliar del diagnóstico. Sin embargo, debeis tener en cuenta que muchos enfermos refieren constantemente al hígado un dolor que nada tiene de comun con él.

Cuando tengais que formular un diagnóstico en este sentido, no debeis perder de vista las diversas condiciones que pueden simular un dolor hepático, y que son principalmente:

1.ª La *pleurodinia.*
2.ª La *neuralgia intercostal.*
3.ª La *pleuresía.*
4.ª La *dispepsia gástrica.*
5.ª El *cólico intestinal.*
6.ª El *cólico nefrítico.*

1.ª La *pleurodinia*, ó reumatismo de los músculos intercostales, puede tener su asiento en el hipocondrio derecho, y entónces este dolor agudo,

aumentado por la presion, por los movimientos, por una profunda inspiracion ó por la tos, y acompañado de respiraciones cortas y por sacudidas, puede confundirse con el dolor observado en la peri-hepatítis; pero difiere:

a) En que el dolor es más localizado; á menudo se halla limitado á un punto entre dos costillas, y no hay sensibilidad á la presion en el epigastrio ni en ningun punto de la region hepática, á no ser en la parte que el enfermo indica como sitio del dolor.

b) Por la falta de síntomas febriles ó de trastornos generales.

c) Por la falta de cualquier signo ó síntoma de afeccion hepática.

d) En ocasiones, la coexistencia de reumatismo muscular en otras partes del cuerpo.

2.ª La *neuralgia intercostal* puede presentar—excepto que el dolor es más intermitente—muchos de los caractéres de la pleurodinia, y como ésta, hallarse localizada á la region hepática; pero, en suma, se observa principalmente entre el sexto y el noveno espacios intercostales del lado izquierdo, y mucho más en las mujeres.

Cuando se presenta en la region hepática, difiere de la hepatalgia verdadera:

a) En que el dolor se refiere principalmente á tres puntos en el trayecto del nervio; á saber: en la ranura vertebral, en la region axilar y en la terminacion anterior del nervio.

b) Por la frecuente coexistencia de la neuralgia de la glándula mamaria, la sensibilidad en una de la apófisis espinosas dorsales ó la hiperestesia cutánea.

c) Por la falta de cualquier otro síntoma ó signo de afeccion hepática.

No debeis olvidar, sin embargo, lo que os he dicho en una de las lecciones anteriores acerca de que la neuralgia intercostal puede tener un orígen hepático y ser consecutiva á un dolor que exista realmente en el hígado.

3.ª La *pleuresía* puede dar lugar á un dolor que, lo mismo que el de la pleurodinia, aumenta por la presion, los movimientos, la tos ó la inspiracion, pero que difiere de ella en que va acompañada de síntomas febriles más ó ménos marcados. Si la inflamacion tiene su asiento en la base de la pleura derecha, puede ser difícil distinguir su dolor del de la peri-hepatítis. Es probable que, en algunos de los casos designados con el nombre de *pleuresía diafragmática*, la inflamacion ocupe la cara inferior del diafragma más bien que la cara superior; por otra parte, las observaciones hechas en las salas de autopsia no permiten apénas dudar que en la mayor parte de los casos la inflamacion reside en ambos lados. La macidez á la percusion, ó el roce en la base del pulmon, ó la coincidencia de una pulmonía, facilitarán á menudo el diagnóstico de la pleuresía. Pero en los casos lige-

ros de pleuresía diafragmática puede no haber macidez, ni roce, y la peri-hepatítis da lugar algunas veces á un ruido de roce durante los movimientos respiratorios. (V. Obs. XVII.)

4.ª *Dispepsia gástrica.* — Los enfermos refieren comunmente el dolor resultante de diversos desórdenes del estómago á una afeccion hepática. Pretenden que el hígado está alterado, cuando, en realidad, la lesion existe en el estómago ó el duodeno. Por otra parte, hemos visto crísis de dolor que se atribuyen á la gastralgia, cuando, sin duda, no son más que ligeros ataques de cólico hepático.

a) El dolor que sobreviene despues de las comidas puede ser debido á un trastorno del estómago ó del duodeno, ó más rara vez á una congestion del hígado; pero no parece probable que sea su asiento el hígado, á ménos que exista sensibilidad á la presion en el hipocondrio derecho ú otros signos de la congestion del hígado que ya os he expuesto.

b) Ciertas crísis de dolor intenso *(gastrodinia)* sobrevienen en el estómago independientemente de la influencia de las comidas, y pueden simular los cólicos hepáticos ó la hepatalgia. Se distinguirán de los cólicos biliares por su sitio, por la pirósis que las acompaña en ocasiones, y por la falta de ictericia ó de pigmento biliar en la orina, ó de sensibilidad á la presion en la vesícula biliar. La neuralgia del estómago puede diferir tan sólo de la neuralgia hepática por el sitio del dolor.

5.ª Los *cólicos intestinales* se parecen á los cólicos hepáticos en que hay en ambos casos paroxismos de dolor abdominal intenso acompañados de vómitos y de escalofríos, pero sin que la presion despierte una viva sensibilidad.

Difieren por lo siguiente:

a) El sitio del dolor, que se refiere al ombligo más bien que al epigastrio y al hombro derecho.

b) La falta de ictericia ó de pigmento biliar en la orina.

c) La falta de toda sensibilidad cuando se aprieta sobre el fondo de la vesícula biliar.

d) Las circunstancias en que sobrevienen; á saber: el extreñimiento, alguna trasgresion evidente del régimen, la presencia de plomo en el organismo indicada por la línea azul de las encías, por los antecedentes de cólicos ó de parálisis saturnina, ó por la profesion del enfermo. Pueden coexistir unos y otros en individuos de constitucion gotosa.

6.ª En el *cólico nefrítico* hay tambien violentos paroxismos de dolor abdominal con vómitos y escalofríos, pero

a) El dolor se refiere principalmente á un riñon, y desde allí desciende al muslo del mismo lado, y tambien al testículo, que se retrae.

b) No hay ictericia.

c) Se observa sensibilidad en el riñon, pero no en el fondo de la vesícula.

d) La orina contiene sangre y cristales, que revela el microscopio, ó bien ha habido ya alguna hematuria ó paso de un cálculo por la uretra.

Teniendo bien presentes las causas de error que acabamos de mencionar, podemos ocuparnos de las variedades y causas del dolor del hígado. Bastará, en la mayor parte de los casos, mencionar simplemente las enfermedades en las cuales se observa el dolor, tanto más cuanto que ya he descrito los principales caractéres en las lecciones anteriores.

Debo recordaros, sin embargo, que ciertas enfermedades del hígado se hallan caracterizadas por la falta de dolor en muchos casos; entre ellas citaré la degeneracion amiloidea, la degeneracion grasosa, la hipertrofia simple, y la atrofia y el tumor hidático.

El dolor de orígen hepático puede presentar tres variedades:

I. Hay un dolor muy intenso que sigue un curso paroxístico, con intermitencias distintas, y va acompañado de poco ó ningun dolor, á no ser en la region de la vesícula, y con poca ó ninguna fiebre, pero á menudo acompañado ó seguido de ictericia. El dolor que corresponde á esta descripcion resulta de:

1.° La presencia de cálculos ú otros cuerpos extraños en las vías biliares.

2.° La obstruccion del conducto colédoco por una úlcera duodenal.

3.° Un aneurisma de la arteria hepática.

4.° Neuralgia hepática. La *neuralgia hepática* ha sido descrita por Andral, Frerichs (1), Budd (2), Anstie (3) y otros autores; y aunque es probable que en la mayor parte de los ejemplos referidos (sobre todo en aquellos en que hubo ictericia) el dolor fuera causado por cálculos que no franquearon las vías biliares, ó que las atravesaron sin que el médico ni el enfermo lo notaran, hay en cambio otros que, sobreviniendo en personas nerviosas ó en mujeres histéricas, á veces con intervalos bastante regulares de un mes, asociados con otros síntomas nerviosos y sin ictericia, parecen ser realmente casos de neuralgia de los plexos nerviosos hepáticos.

Debo añadir, sin embargo, que no recuerdo haber observado un solo caso auténtico de neuralgia hepática; y como ejemplo de la facilidad conque se comete semejante error de diagnóstico, podría citaros la historia de

---

(1) Frerichs, *op. cit.*, pág. 848.
(2) Budd, *Dis. of liver*, tercera edicion, pág. 380.
(3) *On Neuralgia*. Lóndres, 1871, pág. 62.

un enfermo de neuralgia hepática, y con motivo del cual dí hace algunos años una leccion clínica (1). El paciente estaba sujeto á violentos paroxismos de dolor en el hipocondrio derecho, que llegaban hasta atras y se remontaban hácia el hombro; sobrevenían casi todos los meses repentinamente y duraban un día entero, á veces acompañados de vómitos, pero nunca seguidos de ictericia ni de sensibilidad al nivel de la vesícula biliar. Dichos paroxismos continuaron reapareciendo durante muchos años, hasta que al fin se reconoció su naturaleza real por la existencia de una hematuria concomitante y el paso de oxalatos á la orina. A pesar del sitio anormal y de la irradiacion del normal, los paroxismos eran probablemente de orígen nefrítico.

II. Hay una segunda variedad de dolor en el hígado que no es violento, y ha sido descrito más bien como una sensacion de peso ó de distension, asociado á veces con dolor en el hombro derecho, que no es intermitente y que aumenta algo por la presion, por el decúbito izquierdo (2) ó despues de las comidas. Este dolor va acompañado á menudo de un ligero trastorno febril y de una ictericia más ó ménos marcada.

Se observa esta variedad:

1.° En las diversas formas de congestion del hígado.

2.° En los primeros períodos de la hepatítis.

3.° En el catarro de las vías biliares.

4.° En la obstruccion del conducto colédoco seguida de gran acumulacion de bílis en el hígado.

5.° El dolor de la atrofia aguda participa tambien algo de este carácter.

III. En la tercera forma el dolor es constante é intenso, se agrava considerablemente por la presion, los movimientos ó la tos; va acompañado de más ó ménos fiebre, pero pocas veces de ictericia. Con este dolor se puede observar un ruido de roce parecido al roce pleurítico y una tos seca; pero el caso se distingue por la sensibilidad marcada que se observa en toda la superficie del hígado, y por el hecho de que el dolor aumenta considerablemente cuando el enfermo está acostado sobre el lado izquierdo, lo mismo que sobre el lado derecho. Este es el dolor de la peri-hepatítis, que, como ya os he dicho, aunque algunas veces es una afeccion primitiva (y en tales casos suele tener un orígen sifilítico), depende con más frecuencia de otras afecciones del hígado.

---

(1) Este hecho ha sido indicado como caso de neuralgia hepática en la primera edicion de esta obra, obs. XC, pág. 497.

(2) Un aumento considerable del volúmen del hígado, cualquiera que sea su naturaleza, dará tambien lugar á un dolor con tracciones cuando el enfermo está acostado sobre el lado izquierdo.

La peri-hepatítis explica el dolor agudo que se observa en ciertas enfermedades, tales como la cirrósis, la degeneracion amiloidea ó el hidátide del hígado, cuyo curso normal está exento de dolor, ó bien puede agravar el dolor ya existente de un absceso ó de un cáncer. Cualquiera que sea la afeccion primitiva del hígado, el dolor que presente los caractéres que acabo de describir indica siempre una inflamacion de la cápsula, y cuando se observa suele ser un indicio de cierta importancia. Así, si sobreviene, por ejemplo, en un caso de hidátide del hígado, indica que el quiste está á punto de romperse ó de contraer adherencias con alguna víscera inmediata.

En las lecciones anteriores os he presentado una multitud de ejemplos de afecciones del hígado en las cuales el dolor era un síntoma predominante; ahora os ruego fijeis bien vuestra atencion en estos casos.

B) — Consecuencias patológicas de los cálculos biliares

En esta segunda parte debo deciros algo acerca de los cálculos biliares y de las enfermedades de la vesícula.

En una leccion anterior, al hablar de las causas de la ictericia, tuve ocasion de describir con algunos detalles los fenómenos determinados por el paso de los cálculos á traves de las vías biliares, ó por su detencion en el conducto colédoco. No por eso agoté la materia. Hoy me propongo llenar algunos vacíos que entónces dejé intencionadamente llamando vuestra atencion acerca de los diferentes puntos en que se encuentran los cálculos, del camino que siguen en sus tentativas para escaparse del organismo, y de los síntomas y peligros variables que pueden resultar. Los que deseen aún mayores detalles acerca de los cálculos biliares pueden consultar una concienzuda Memoria del Dr. Fauconneau-Dufresne (1), á quien la Academia de Medicina adjudicó un premio de 1.500 francos.

1.º — Los cálculos pueden estar retenidos en la vesícula.

La vesícula es la parte de las vías biliares en que con más frecuencia y en mayor cantidad se encuentran los cálculos; es evidente que pueden permanecer bastante tiempo en dicho punto sin dar lugar á ningun síntoma. Encontrareis constantemente concreciones de la vesícula, despues de la muerte, en personas que durante la vida no han ofrecido ningun sínto-

(1) *La bile et ses maladies* (Memorias de la Academia de Medicina, 1847, t. XIII, pág. 36).

ma de su presencia. Pero á veces, cuando las concreciones son numerosas y gruesas, determinan una sensacion de malestar, de peso, de tension ó de traccion en la region de la vesícula, sensacion que se hace más pronunciada despues de las comidas, despues de algun violento esfuerzo muscular, etc.

En estos momentos asisto á una señora que ha padecido cálculos biliares, y que dice experimenta la sensacion de un cuerpo algo pesado que rueda de un lado á otro en el sitio ocupado por la vesícula cuando se mueve en la cama. Fauconneau-Dufresne cita precisamente un caso semejante referido por Fabricio de Hilden (1).

Los cálculos que residen en la vesícula causan tambien de vez en cuando vómitos y otros desórdenes del estómago; su presion sobre esta víscera ha llegado á determinar todos los síntomas de una estrechez del píloro. Es muy posible que en las personas de temperamento nervioso sean, permitidme la frase, un centro de irritacion, punto de partida de sensaciones de malestar y de los síntomas de la enfermedad actual en puntos bastante lejanos, con gran depresion moral é hipocondría. Algunos casos de este género que he tenido ocasion de observar, han confirmado plenamente dicha opinion.

Cuando la vesícula está llena de concreciones forma algunas veces un tumor apreciable á traves de las paredes abdominales, y cuya naturaleza real se puede reconocer por su dureza y resistencia. Por la palpacion se puede sentir tambien, en casos raros, un chasquido particular, un ruido comparable al que producen las nueces cuando se menean dentro de un saco. El estetoscopio puede entónces ayudar bastante el diagnóstico.

Los cálculos biliares retenidos en la vesícula pueden tambien determinar la inflamacion y la ulceracion de la mucosa, como tambien las demas consecuencias de que vamos á ocuparnos.

2.º — Los cálculos pueden detenerse en el cuello de la vejiga ó en el conducto cístico.

Cuando un cálculo biliar pasa de la vesícula al conducto cístico, determina ordinariamente vómitos y los síntomas del cólico hepático que hemos expuesto; pero, ínterin no pasa del conducto cístico, no hay ictericia. Ocurre á veces que el cálculo no llega nunca al conducto colédoco: se fija en el conducto cístico ó bien cae en la vesícula, y en uno ú otro caso el cólico puede cesar sin que haya habido ictericia. En ocasiones, al hacer una autopsia, se encuentra el cuello de la vesícula obstruido por un cálculo detenido en dicho punto, aunque durante la vida ningun síntoma había hecho sospechar la existencia de cálculos biliares. La obstruccion perma-

(1) Fauconneau-Dufresne, *op. cit.*, pág. 274.

nente del conducto cístico por un cálculo puede producir el infarto inflamatorio de la vejiga, del cual nos ocuparemos oportunamente.

3.° — Pueden formarse cálculos biliares en los conductillos intra-hepáticos.

Es raro que se formen concreciones en las vías biliares intra-hepáticas, tanto más cuanto que la bílis no se halla sometida en dichos conductos á las condiciones de concentracion y de reposo que tanto contribuyen á su formacion en la vesícula. Sin embargo, se han encontrado en los conductos biliares intra-hepáticos dilatados, en los casos de obstruccion del conducto colédoco, y hasta se han referido ejemplos de tales concreciones en los conductos intra-hepáticos sin que hubiera obstruccion del colédoco. Dichas concreciones pueden ser numerosas, pero muy pequeñas, constituyendo lo que se llama la *litiásis biliar;* otras veces son gruesas y divididas como un trozo de coral, segun puede verse en una de las láminas del *Atlas* de Cruveilhier (1). Chopart ha encontrado un caso en que el hígado contenía tantas concreciones que no se podía cortar con un escalpelo (2). Las concreciones del hígado pueden producir obstrucciones biliares parciales, y la dilatacion de los conductos y abscesos múltiples del hígado. Tuckvell cita un caso en el cual se formó un vasto absceso del hígado que perforó el diafragma, y determinó el empiema y la gangrena del pulmon derecho (3).

Los síntomas de las concreciones intra-hepáticas son ordinariamente oscuros. No producen ictericia ni aumento de volúmen del hígado, y hasta la litiásis fina puede no determinar dolor. Pero de vez en cuando provocan una sensacion de peso ó un dolor sordo en la region del hígado, con crísis repentinas de dolor lancinante agudo ó violentos cólicos que atraviesan el hipocondrio derecho y se remontan al pecho ó van hasta el hipogastrio; en otros casos han ocasionado accesos de escalofríos (4), seguidos de calor y de traspiracion, que han simulado un acceso de fiebre intermitente. Fauconneau-Dufresne refiere un caso que fué diagnosticado por Trousseau porque se descubrieron en las deposiciones concreciones biliares, al mismo tiempo que habían sobrevenido crísis de dolor parecidas á las ya descritas (5).

---

(1) Entrega XIII, lámina V.
(2) Fauconneau-Dufresne, *op. cit.*, pag. 249.
(3) *Patholog. Transact.*, 1870, t. XXI, pág. 223.
(4) Frerichs, *op. cit.*, pág. 819.
(5) *Op. cit.*, pág. 270.

4.º — Los cálculos biliares pueden detenerse en el conducto hepático.

Esto no es raro. Una concrecion en tales circunstancias debe proceder de los conductos biliares intra-hepáticos, y si un cálculo ha conseguido franquear los pequeños conductos biliares intra-hepáticos, no es probable que encuentre un obstáculo serio á su progresion, ó que determine síntomas de alguna importancia en su paso á traves de los gruesos conductos.

No debe sorprendernos, pues, que se haya encontrado en ocasiones un grueso cálculo que obstruía el conducto hepático. Pero si este hecho se verificara durante la vida habría ictericia, aumento de volúmen del hígado, vómitos, cólicos biliares y otros síntomas de obstruccion del conducto colédoco, acerca de los cuales ya he insistido en otro lugar. El aumento de volúmen de la vesícula es lo único que se observa en los casos de obstruccion del conducto colédoco.

5.º — Los cálculos pueden detenerse en el conducto colédoco.

Este es, en efecto, uno de los sitios más frecuentes, y llegan á él, ora de los conductos intra-hepáticos, ora (más comunmente) de la vesícula. Por regla general, tarde ó temprano van á parar al duodeno, y su paso se marca por los síntomas de cólico biliar que he descrito en otra leccion. El paso del cálculo á traves del conducto cístico da lugar á un cólico intenso; pero tan pronto como penetra en el conducto colédoco la ictericia se une á los primeros síntomas, y siendo más grueso el calibre de este último, resulta que generalmente la intensidad del dolor disminuye para aumentar de nuevo, y hasta ser más fuerte cuando el cálculo llega al orificio duodenal, que es estrecho, y cesar á veces repentinamente, y como por encanto, cuando ha franqueado este orificio. Mas rara vez el cálculo se fija sólidamente en el conducto colédoco, y en tales casos llega á ser una de las causas de ictericia permanente.

Un cálculo anguloso y rudo pasará con más dificultad y determinará un dolor más vivo que otro más grueso, pero redondeado y liso; pero el primero podrá dejar pasar algo de bílis. Algunas veces se encuentra el conducto colédoco dilatado, formando una gruesa bolsa que contiene numerosos cálculos, y, sin embargo, la bílis puede pasar áun á los intestinos. Recientemente he observado un ejemplo de esta índole en una señora, de la cual volveré á ocuparme muy pronto (Obs. CLXV); otro ejemplo análogo se encuentra representado en una de las láminas de Cruveilhier (1). Morgagni refirió hace tiempo un caso en el cual el conducto colédoco

(1) *Atlas d'anat. pathol.*, entrega XXIX, lámina IV, fig. 3.

tenía casi el calibre de una botella pequeña y estaba lleno de cálculos (1), y recientemente Frerichs ha referido otro en el cual este conducto se había trasformado en un saco que medía ocho pulgadas de largo por cinco de ancho (2).

6.° — Los cálculos pueden determinar la inflamacion y la ulceracion de la mucosa de la vesícula ó de las vías biliares, y producir de este modo una perforacion y una peritonítis, ó la puohemia.

Miéntras los cálculos están en la vesícula ó en algun punto de las vías biliares, pueden dar lugar á otras consecuencias ademas de las que ya hemos mencionado. La presion que ejercen, la irritacion que causan, pueden provocar la inflamacion de la mucosa con la cual se hallan en contacto, extendiéndose dicha inflamacion al conjunto de las vías biliares. Debeis recordar que, cuando os hablé de la inflamacion de las vías biliares, indiqué la irritacion producida por la presencia de los cálculos como una de las causas, y os cité un caso de este género de inflamacion que se observó hace tiempo en nuestras salas. (Observacion LXVI.) Algunas veces, sobre todo cuando el conducto cístico está obstruido, los productos inflamatorios se acumulan en gran cantidad en la vesícula biliar, donde todo el pigmento biliar se reabsorbe, y la vesícula se encuentra trasformada en un tumor fluctuante, que simula un absceso y puede abrirse en diferentes direcciones ó ser abierto por el cirujano, como en la observacion CLXX. La presion de los cálculos biliares puede tambien determinar la ulceracion, que en ocasiones no está limitada á la mucosa, sino que perfora todas las túnicas de la vesícula ó de las vías biliares, y produce una peritonítis fatal por la caida de la bílis ó de las concreciones en el peritoneo. A la vista teneis algunos cálculos encontrados en una señora á quien asistí no hace mucho tiempo, y que murió repentinamente de una peritonítis por ulceracion y perforacion de la vesícula. (Observacion CLXIV.) El Dr. Ogle ha referido un caso semejante (3), y vosotros podeis consultar en la Memoria de Fauconneau-Dufresne otro en el cual la muerte por peritonítis fué debida á la rotura completa del conducto hepático (4). Trousseau habla tambien de un caso en que un cálculo y una cantidad considerable de bílis cayeron en el peritoneo á traves de una rotura del

(1) Trousseau, *Cliniq. médic.*, tercera edicion, t. III, pág. 223. Cuando se cita este caso, se dice generalmente que el conducto colédoco había adquirido las proporciones de un estómago humano; lo cual se debe, conforme advierte Vickham Legg, á que Morgagni, al citar el caso, tomándolo de Schenk, cambió las palabras *instar utriculi* por *instar ventriculi*.

(2) Frerichs, *op. cit.*, pág. 775.

(3) *Saint-George's Hosp. Rep.*, t. III, pág. 189.

(4) *Op. cit.*, pág. 273.

conducto colédoco (1). En algunos de estos casos la rotura parece ser extraña á la ulceracion y resultar simplemente de una presion ejercida sobre las paredes de las vías biliares, cuya resistencia disminuyó quizá por la inflamacion ó la degeneracion grasosa (2). Podría prevenirse quizás en estos casos una peritonítis mortal provocando la formacion de adherencias y estableciendo una fístula biliar; el mismo peligro puede evitarse si el cálculo, despues de haber salido de la vesícula, se enquista en sus inmediaciones con ayuda de la linfa organizada (3). Tambien se han mencionado casos en los cuales los cálculos fueron eliminados por la ulceracion de las vías biliares y pasaron á la sustancia del hígado, donde se encontraron en medio de un absceso que comunicaba con las vías biliares (4). Con más frecuencia ocurre que la ulceracion ó el esfacelo producidos por la presion ó la irritacion de los cálculos llevan á la sangre de la vena porta productos infecciosos, que son el punto de partida de abscesos puohémicos múltiples, segun hemos visto en otro lugar. Recordaré en apoyo de esta patogenia el caso de la señora á quien se refiere la observacion LXXI. Vereis tambien que un ataque que á primera vista no parece más que un cólico hepático calculoso puede ofrecer repentinamente y de una manera inesperada todos los síntomas de la peritonítis ó de la puohemia, y terminar por la muerte; si el práctico no tiene en cuenta este hecho al formular el pronóstico, corre peligro de un descrédito inmerecido.

7.° — Un cálculo que ha llegado al instestino, es evacuado por el ano.

La eliminacion natural del cálculo constituye el ideal que se propone todo tratamiento. Generalmente, todos los síntomas cesan tan pronto como el cálculo ha abandonado el conducto colédoco; pero puede tambien ocurrir, cuando las concreciones son gruesas, ó bien cuando, siendo pequeñas, hay numerosas concreciones reunidas por materia fecal en una masa voluminosa, que su evacuacion por el ano vaya precedida de cólicos intensos, de vómitos y de gran postracion. Fauconneau-Dufresne (5) y Frerichs (6) citan casos en los cuales tenían el volúmen de un huevo de paloma, y áun de un huevo de gallina, y se ven en el Museo del Real Colegio de los Cirujanos, de Lóndres, dos cálculos evacuados por el ano, de

(1) *Cliniq. médic.*, tercera edicion, t. III, pág. 224.
(2) Budd, *op. cit.*, pág. 234.
(3) Véase, por ejemplo, Simon, *Pathol. Transact.*, t. V, pág. 157, y Sharman, *Med. Times and Gaz.*, 1859, t. I, pág. 274.
(4) Fauconneau-Dufresne, *op. cit.*, pág. 340, y Tuckwell, *Pathol. Transact.*, 1870, t. XXI, pág. 223.
(5) Fauconneau-Dufresne, *op. cit.*, pág. 319.
(6) Frerichs, *op. cit.*, pág. 829.

los cuales uno mide una y media pulgada de largo y una y media de ancho, y el otro tiene cerca de dos pulgadas de largo (1). En 1868, el doctor Hilton Fagge presentó á la Sociedad Patológica dos concreciones biliares ovales evacuadas por el ano, y que medían dos y un cuarto, y una y media pulgadas (2). En este mismo, el Dr. J. Blackburn ha descrito y dibujado en *The Lancet* uno de los cálculos biliares más voluminosos que se conocen (3); tenía tres pulgadas y tres octavos de largo por una y media de ancho, y pesaba unos 52 gramos; parecía haber sido evacuado por el ano sin agravacion de los síntomas ordinarios de los cálculos. «En la mayor parte de los casos de estas voluminosas concreciones es probable que se hayan abierto paso al intestino, no por el conducto colédoco, sino por una fístula de la vesícula biliar, aunque Rokitansky observa que con la distension de que son capaces las vías biliares pueden atravesarlas los cálculos del volúmen de un huevo de gallina (4).»

8.° — Los cálculos biliares pueden ser arrojados por el estómago.

Estos casos son bastante raros. J. L. Petit refiere dos, en uno de los cuales el cálculo tenía dos y media pulgadas de largo (5); otros ocho han sido reunidos por Fauconneau-Dufresne (6); M. Jeaffreson, de Framlingham, refiere otro en las *Pathological Transactions:* el cálculo era más grueso que una nuez (7); y el Dr. J. S. Miles otro, en el cual los vómitos sarcinosos cesaron despues de la expulsion por el estómago de dos gruesos cálculos biliares (8). La eliminacion de los cálculos por el estómago va precedida ordinariamente, durante algunos días, de un vivo dolor en el estómago, y acompañado de vómitos violentos y prolongados. Generalmente se explican estos casos por una accion peristáltica del duodeno, pero en muchas ocasiones es probable que los cálculos se abrieran paso al estómago por una comunicacion fistulosa con la vesícula.

Esta opinion tiene en su favor:

1.° Que no se hace mencion de la ictericia en gran número de casos.

2.° Que muchos cálculos han sido vomitados de una vez (en un caso llegaron hasta 20).

---

(1) *Catalogue of calculi*, págs. 168 y 176.
(2) *Pathol. Transact.*, t. XIX, pág. 254.
(3) *The Lancet*, 1868, t. II, pág. 784.
(4) *Pathol. Anat.*, Syd. Soc. Transl., t. II, pág. 165.
(5) *Mémoires de l'Acad. de Chir.*, 1743, t. I, pág. 308.
(6) *Op. cit.*, pág. 306.
(7) T. XII, pág. 129.
(8) *The Lancet*, 19 de Enero de 1861.

3.° Que un enfermo vomitó cálculos en tres ocasiones diferentes, con intervalo de muchos años (1).

Con todo, es muy dudoso que un cálculo grueso pueda remontarse por el píloro.

9.° — Los cálculos, despues de haber pasado al intestino, pueden quedar fijos y ser una causa de obstruccion intestinal.

Puedo presentaros aquí una pieza anatómica (consistente en una porcion de ileon con un grueso cálculo biliar sólidamente fijo en su interior como un tapon), recogida en un sujeto que murió en el hospital Middlesex, hace algunos años, con todos los síntomas de una obstruccion intestinal (Obs. CLXVI), y la literatura médica nos proporciona cierto número de casos semejantes (2).

El intestino en tales casos se halla considerablemente distendido por encima de la obstruccion, pero contraido y vacío por debajo. Cuando el cálculo está fijo en el intestino delgado produce un extreñimiento pertinaz, vómitos primero alimenticios, despues biliosos, y finalmente, estercoráceos, dolor y sensibilidad en el abdómen y otros síntomas de peritonítis que persisten hasta la muerte ó hasta que el cálculo pasa al intestino grueso. Aunque estos casos son á menudo mortales, puedo decir que en muchas de las 25 observaciones que yo he reunido el cálculo fué evacuado por el ano, y el enfermo curó despues de haber tenido vómitos estercoráceos. En uno de estos casos (el del Dr. Omond) los vómitos

---

(1) Despues de haber dado esta leccion, la continuacion del caso de M. Jeaffreson ha sido publicada por su hermano el Dr. H. Jeaffreson; parece que el enfermo murió poco tiempo despues de haberse comunicado el caso á la Sociedad Patológica, y que el cálculo biliar se abrió paso por una ulceracion del estómago. (*Brit. Med. Journ.*, 30 de Mayo de 1868.)

(2) Cinco casos reunidos por Fauconneau-Dufresne, *op. cit.*, pág. 311; dos observados por Cruveilhier, *Traité d'anat. pathol.*, t. II, pág. 543; dos por Frerichs, *op. cit.*, pág. 830; uno por Oppolzer, *Zeitschr. d. Gesellschaft d. Aertze in Wien*, Noviembre de 1860; uno por Sir Th. Watson, *Lectures on pract. of phys.*, tercera edicion, t. II, pág. 465, que es el mismo que el caso de Mayo citado por Fauconneau-Dufresne (5.° caso); uno por el Dr. Omond, *London Med. and Surg. Jonrn.*, 1866; uno por Peacock, *Transact. Pathol. Soc.*, t. I, pág. 255; uno por Pye Smith, *ibid.*, t. V, página 163; uno por Baly, *ibid.*, t. X, pág. 185; uno por Potts, *ibid.*, t. XV, pág. 105; uno por Murchison, *ibid.*, t XX, pág. 219; uno por el Dr. Ezra Palmer, *Records Boston Med. Soc. U. S.*, t. III, pág. 106; uno por el Dr. P. Campbell, *Med. Times and Gaz.*, 1870, t. I, pág. 335; uno por M. Le Gros Clark, *Med. Chir. Transact.*, 1872, t. LV, pág. 1; uno por el Dr. J. S. Gray, *Clinic. Transact.*, 1873, t. VI, pág. 193; uno por el Dr. Crichton Brown, *Brit. Med. Journ.*, 1875, t. I, pág. 345; uno en el Museo del Colegio de los Cirujanos de Lóndres, *Pathol. Ser.*, núm. 1.182; uno en el Museo del Hospital de San Bartolomé, ser. XVI, núm. 84. Véanse tambien las observaciones CLXVI y CLXVII, y las indicaciones dadas en otro lugar acerca de las fístulas cístico-duodenales.

estercoráceos duraron más de tres semanas, y sin embargo, el enfermo concluyó por restablecerse.

Es poco verosímil que una concrecion biliar que ha encontrado medio de franquear el conducto colédoco se detenga en el intestino. Así, en la mayor parte de los casos de obstruccion intestinal por un cálculo biliar, éste último ha penetrado de la vesícula al intestino por una abertura fistulosa, y puede no haber existido anteriormente la ictericia, que hubiera ilustrado la naturaleza de la obstruccion. Esto es precisamente lo que sucedió en el caso cuyas preparaciones os he presentado. Por otra parte, recordareis que, segun Rokitansky, un cálculo tan voluminoso como un huevo de gallina puede pasar á traves de los conductos biliares. Abercrombie refiere el caso de un hombre que, despues de numerosas crísis seguidas de ictericia, murió el quinto día de una de esas crísis, á la cual se habían unido los síntomas del ileon. Se encontró un cálculo biliar que medía cuatro pulgadas por tres y media de circunferencia y obturaba el ileon. La vesícula biliar se hallaba inflamada y en parte desorganizada, pero no hubo fístula; ademas, el conducto colédoco estaba muy abierto y se podía introducir en él un dedo (1). En otro caso, publicado en las *Pathological Transactions* (volúmen XV, pág. 106), en el cual la concrecion encontrada en el ileon tenía cuatro pulgadas de circunferencia, no había habido ictericia ni se habían formado adherencias alrededor de la vesícula, que, sin embargo, no se examinó atentamente. En el caso del Sr. Le Gros Clark el ileon estaba obstruido por dos gruesos cálculos de una pulgada de largo y cuatro de circunferencia, y aunque no hubo ictericia no se observó nada que indicara que la concrecion había llegado de la vesícula al duodeno por una ulceracion. Es difícil explicar estos casos cuando no se observan con la mayor atencion. Se sabe, sin embargo, que las concreciones, una vez en el intestino, pueden aumentar de volúmen por el depósito de materia fecal y constituir el núcleo de voluminosas concreciones intestinales (2), y tambien que algunos cálculos biliares enormes pueden permanecer alojados en las bolsas del duodeno ó del yeyuno sin que resulte una obstruccion intestinal, que con todo puede aparecer (3).

El ileo por cálculo biliar se distingue de las demas formas de obstruccion intestinal en que sobreviene ordinariamente en mujeres de edad avanzada, en que ha habido síntomas anteriores de inflamacion en la region del hipocondrio, por la intensidad del dolor, los vómitos incesantes y violentos, las crísis frecuentes é intermitentes, que algunas veces indican,

---

(1) *Diseases of stomach*, tercera edicion, pág. 127.
(2) Véase el Dr. P. H. Watson, *Edinb. med. Journ.*, Mayo de 1868, pág. 989.
(3) Véase Duffin, *The Lancet*, 27 de Mayo de 1848, y G. Harley, *Path. Trans.*, t. VIII, pág. 235.

al parecer, la obstruccion calculosa en el intestino, y la rapidez con que la última crísis termina á menudo por la muerte (1).

Se han referido muchos casos en los cuales el recto estaba obstruido precisamente por encima del esfínter anal por algunas concreciones reunidas por materia fecal. De aquí resultó un extreñimiento pertinaz y un dolor muy intenso; pero un tratamiento apropiado los hizo arrojar y produjo la curacion completa.

10.—Los cálculos biliares pueden determinar la ulceracion ó la gangrena del intestino, y una perforacion por la cual pueden caer en el peritoneo ó salir al exterior.

Cuando existe una obstruccion del intestino delgado por concreciones biliares, la muerte sobreviene ordinariamente ántes de que haya podido verificarse una perforacion. Hay muchas más probabilidades para que sobrevenga una perforacion cuando la concrecion está situada en una parte del intestino, en la cual puede permanecer algun tiempo sin determinar la obstruccion. Así, se han citado algunos casos en los cuales las concreciones biliares del ciego habían producido la ulceracion, la gangrena, la perforacion y una peritonítis mortal. En casos raros los cálculos biliares penetran en el apéndice vermicular, y, como los demas cuerpos extraños que en él pueden encontrarse, determinan una ulceracion seguida de perforacion y de peritonítis mortal. En la mayor parte de los casos en que sobrevino una perforacion por concreciones biliares situadas en el ciego ó el apéndice vermicular, cabe preguntar si no se trataba de concreciones intestinales más bien que de cálculos biliares (2). Sin embargo, Budd ha observado un caso en el cual un cálculo que tenía su asiento en el apéndice vermicular causó una perforacion y una peritonítis mortal (3), y otro enfermo asistido por Trousseau murió en las mismas circunstancias (4). El Museo del hospital de San Bartolomé posee una pieza de la misma naturaleza (5). Hace algunos años, Adolfo Siry refirió un caso en el cual se formó un absceso circunscrito alrededor del apéndice; el cálculo se abrió paso, finalmente, por un trayecto ulceroso á traves de la pared abdominal (6). Finalmente, el Dr. Horacio Jeaffreson ha referido un caso en el cual dos cálculos biliares cayeron en una porcion del ileon ligeramente angular, precisamente por encima de la vesícula, y determinaron la irritacion y una ulceracion, cuyo resultado fué una perforacion y una peritonítis

(1) Brinton, *On intestinal obstruction*, 1867, pág. 75.
(2) Esta observacion debe aplicarse á la mayor parte, sino á todos los casos reunidos por Fauconneau-Dufresne, *op. cit.*, págs. 313 y 316.
(3) *Op. cit.*, tercera edicion, pág. 378.
(4) *Op. cit.*
(5) Ser. XVI, núm. 65.
(6) *Med. Times and Gaz.*, 1859, t. II, pág. 372.

mortal; sólo se encontró uno de los cálculos que había caido en el peritoneo (1).

11. — Los cálculos biliares pueden determinar comunicaciones fistulosas entrre las vías biliares y las partes adyacentes intra-abdominales.

Se forman adherencias entre la vesícula biliar y alguna víscera importante, y se establece entónces una comunicacion por ulceracion procedente de la vesícula ó por gangrena.

a) Ya os he hablado de las *fístulas que se abren en el estómago* y proceden de los cálculos biliares. Cruveilhier ha observado un caso en el cual se encontró una fístula que hacía comunicar el estómago con la vesícula, cerrada por un cálculo biliar (2). Oppolzer ha encontrado un caso en que una fístula se abría cerca del píloro (3), y Frerichs cita otros dos (4). Vosotros habeis visto recientemente un enfermo en el cual existía una comunicacion fistulosa entre un conducto biliar intrahepático dilatado y el estómago. (Obs. CXIX.) Ya os he dicho tambien que, probablemente á consecuencia de la misma lesion, se ven á veces cálculos expulsados por los vómitos. Cruveilhier, por su parte, admite que el solo hecho de un cálculo biliar vomitado es una prueba positiva de que existe una comunicacion fistulosa de dicha especie.

b) Las *fístulas que se abren en el duodeno* no son muy raras, y son casi invariablemente debidas á la ulceracion ó á la gangrena de las vías biliares producida por los cálculos. Ya habeis visto una pieza (que es una excelente muestra) recogida en un enfermo, del que os he hablado, y que murió á consecuencia de un ileo determinado por un grueso cálculo fijo en el intestino delgado. (Obs. CXVVI.) Consultando diversos autores, he podido reunir las historias más ó ménos detalladas de 34 casos, en los cuales existió una fístula semejante (5); en la mayoría de los casos, la

---

(1) *Brit. Med. Journ.*, 30 de Mayo de 1878, pág. 531.
(2) *Traité d'anat. pathol.*, t. II, pág. 541.
(3) *Zeitsch. der Gesellsch. de Aertze in Wien*, Noviembre 1860.
(4) *Op. cit.*, pág. 831.
(5) Ocho casos reunidos por Fauconneau-Dufresne, *op. cit.*, pág. 336; dos observados por Cruveilhier, *Traité d'anat. path.*, t. II, pág. 543; dos por Oppolzer, *Zeitsch. d. Gesellsch. d. Aertze*, Noviembre de 1860, pág. 767; dos por Frerisch, *op. cit.*, observaciones CLIII y CLIV; uno por Duffin, *The Lancet*, 27 de Mayo de 1848; uno por Blagden, indicado por Duffin, aunque la indicacion es inexacta; uno por Peackock, *Trans. Pathol. Soc.*, t. I, pág. 255; uno por J. W. Ogle, *ibid.*, t. V, pág. 161; uno por Pye Smith, *ibid.*, t. V, pág. 163; uno por Baly (?), *ibid.*, t. X, pág. 185; uno por el Dr. Ezra Palmer, *Records Boston Med. Soc., U. S.*, t. III, pág. 106; uno por el Dr. Crichton Brown, *Brit. Med. Journ.*, 1875, t. I, pág. 345; uno por Trousseau, *Cliniq. méd.*, t. III, pág. 223; tres por el Dr. J. W. Ogle, *Saint-George's Hosp. Rep.*, t. III; mi caso (Obs. CLXVI); uno en el Museo del Colegio de los Cirujanos, *Path. Ser.*, núm. 1.460; dos (?) en el Museo del Hospital de San Bartolomé, ser. XVI,

causa de la muerte fué la obstruccion del intestino delgado por un grueso cálculo biliar evacuado de la vesícula por una vía anormal.

Sin embargo, en algunos casos un grueso cálculo ha sido eliminado por el ano despues de haber determinado síntomas de obstruccion (Observacion CLXVII), y si el enfermo sobrevive algun tiempo á la formacion de la fístula, puede suceder que al morir no se fije en él la atencion, siendo por lo tanto la lesion más comun de lo que generalmente se cree. (Obs. CLXVII.) La abertura de la fístula existe casi siempre en el fondo de la vesícula; pero algunas veces, segun se ve en un caso referido por Frerichs (1), está en el conducto colédoco; la abertura duodenal se encuentra en su tercio inferior.

El calibre de la abertura varía segun el del cálculo á que ha dado paso, y el tiempo que ha trascurrido entre este paso y la muerte. Los síntomas que acompañan á la formacion de dichas fístulas son algunas veces oscuros. Los que indican los autores son principalmente vómitos y signos de peritonítis en la region de la vesícula biliar. En uno de sus casos, Frerichs observó una hematemésis y deposiciones sanguinolentas. Rara vez hay ictericia, porque, aunque el conducto cístico puede estar obstruido, el conducto colédoco está libre por lo general. Sólo por casualidad podrán facilitar el diagnóstico los antecedentes de cólicos hepáticos con ictericia. Una vez formada la fístula, puede suceder que nada revele su existencia; en efecto, á ménos que el cálculo sea bastante grueso para producir la obstruccion de los intestinos, la fístula puede no dar lugar á ningun síntoma importante, y tales cálculos pueden ser eliminados por el intestino sin causar los terribles sufrimientos que hubieran producido siguiendo las vías biliares; así nos explicamos que ciertos autores hayan podido pretender que los cálculos pequeños producen más dolor que los grandes al ser eliminados fuera del organismo. Pero si hay una obstruccion permanente del conducto colédoco y el conducto cístico está libre, la ictericia que existía ántes de que se estableciera la fístula desaparecerá, y las deposiciones contendrán bílis, á no ser que se hallen obstruidos los intestinos. Así, en el caso de Trousseau la bílis penetró en el intestino á traves de la fístula, despues de haberse obliterado el conducto colédoco. No es dudoso que en ciertos casos la fístula se forma como en la obs. LXXI.

c) Las *fístulas* por *cálculo biliar que se abren en el cólon*, son relativamente raras. Frerichs, Oppolzer y todos los autores competentes, son de

---

núm. 84, y ser. XIX, núm. 11; uno en el Museo del Hospital de Santo Tomás, número 1.412, y citado en *La Cirugía* de Chelins, editada por South, t I, pág. 716; uno en el Museo del Real Colegio de Lóndres, Dig. Syst., núms. 57, 259 y 272; uno en el Charing Cross. Hosp. Mus. G. 3, y otro en el Mus. of Med. Soc. Boston, U. S., número 565, *New Engl. Journ. of med. and Surg.*, 1825.

(1) *Op. cit.*, pág. 844.

la misma opinion. La inmunidad del cólon, comparado bajo este punto de vista al duodeno, se debe probablemente á que aquel intestino es más movible que éste. Sólo he podido encontrar nueve casos de fístula entre la vesícula y el cólon. En seis de ellos había un cáncer de la vesícula (1). Uno de los seis casos se presentó en mi práctica. (Obs. CLXXVI.) De los tres restantes, uno en el cual la fístula resultaba probablemente del paso de un cálculo biliar, será referido más adelante. (Obs. CLXVIII.) Otro de ellos ha sido publicado por el Dr. Ogle (2). El tercero es una pieza del Museo del hospital de San Bartolomé (3): existían dos fístulas, una en el intestino delgado, otra en el cólon; un grueso cálculo había pasado por la primera al ileon, y otro no ménos voluminoso al cólon, y había sido encontrado en el ciego. En un enfermo que murió hace algunos años en el hospital Middlesex observé un hecho que era probablemente de la misma índole, pero en un período más avanzado; la vesícula comunicaba con el duodeno, el cólon y la superficie exterior; no había cáncer, pero el orígen de la enfermedad era probablemente un cálculo biliar (Obs. CLXXI) (4). Pero cuando la fístula es cancerosa, es probable que el trabajo ulcerativo que conduce á su produccion sea determinado por cálculos biliares. En el caso que yo observé había habido anteriormente cólicos hepáticos é ictericia, y en cuatro de los casos restantes se encontraron cálculos biliares. En otro caso cuya pieza se conserva en el Museo de Boston, el enfermo, despues de haber ofrecido los síntomas de una obstruccion intestinal, evacuó por el ano, tres meses ántes de su muerte, un cálculo biliar que medía tres pulgadas y tres cuartos de circunferencia; los signos de cáncer no se presentaron hasta los dos meses. Entre 11 casos de cáncer de la vesícula reunidos por Frerichs, se encontraron en nueve cálculos biliares.

Los síntomas de fístula cístico-cólica serán principalmente los de la afeccion cancerosa, con la cual parece casi siempre relacionada. Se puede esperar que una fístula cístico-cólica simple producirá ménos desórdenes que una fístula cístico-duodenal, porque habrá ménos peligros si un cálculo voluminoso se fija en el intestino grueso que si se fijase en el intestino delgado. Su existencia es muy difícil de sospechar durante la vida, y más

---

(1) Dos casos por Fauconneau-Dufresne, *op. cit.*, pág. 338; uno por Durand-Fardel, en Frerichs, *loc. cit.*; uno por Cruveilhier, *Traité d'anat. path.*, t. II, pág. 543; uno por Murchison (véase Obs. CLXVI, pág. 532); una pieza del Museo de la *Med. Soc. of Boston, U. S.*, núm. 565. No he encontrado más que un ejemplo de fístula cancerosa entre la vesícula biliar y el duodeno, y tambien el orificio estaba formado por un cálculo. Cruveilhier, *op. cit.*, t. II, pág. 543.

(2) *Saint-Georges Hosp. Rep.*, t III, pág. 178.

(3) Ser. XVI, núm. 84.

(4) El Dr. Bristowe ha referido un caso bastante parecido, en el cual el conducto colédoco se encontraba obstruido por cálculos biliares, habiéndose establecido una comunicacion fistulosa entre dicho conducto y el duodeno, el cólon y la vena porta. (*Path. Trans.*, t. IX, pág. 285.)

de una vez ha pasado desapercibida al hacer la autopsia; con todo, es más frecuente de lo que generalmente se cree. (V. Obs. CLXIX.)

d) *Fístulas que se abren en las vías urinarias.* — Existen por lo ménos dos casos auténticos en los cuales los cálculos biliares fueron eliminados con la orina durante la vida, probablemente por la formacion de una fístula entre la vesícula y el cáliz del riñon derecho (1). Uno de los enfermos arrojó nueve cálculos pequeños y cuatro gruesos; el otro cerca de 200 cálculos pequeños en el espacio de una semana; en ambos enfermos fué necesaria una operacion para extraer un cálculo de la uretra. En ambos casos se analizaron los cálculos, y se vió que estaban formados de colesterina y de pigmento biliar; uno de dichos análisis fué hecho por el Dr. Gmelin, que encontró tambien pigmento biliar en la orina. Ninguno de dichos sujetos había tenido ictericia, y presentaron los síntomas de una afeccion más bien urinaria que hepática. Uno y otro curaron.

Con este motivo, creo oportuno recordaros el caso de un hombre que murió recientemente en el hospital Middlesex, en mi clínica, á consecuencia de una pielítis; la orina de este individuo contenía gran cantidad de colesterina y de pus, áun cuando no existía comunicacion entre las vías biliares y las urinarias (2).

e) *Fístula que se abre en la vagina.* — La única observacion que conozco de fístula formada entre las vías biliares y la vagina ha sido referida por Franck, y copiada en su libro por el Sr. Fauconneau-Dufresne; en tal caso, la vesícula, aumentada de volúmen y gruesa, contrajo adherencias con el útero en estado de gestacion y se abrió en la vagina durante el parto (3).

f) *Fístula que se abre en la vena porta.* — Es tradicional que Realdus Columbus encontró en la vena porta de Ignacio de Loyola, el fundador de la Orden de los Jesuitas, tres cálculos biliares que habían salido de la vesícula por una ulceracion (4). Cabe dudar si en tal caso las concreciones no eran flebolitos (5); sin embargo, se conocen algunas observaciones auténticas de comunicaciones fistulosas entre las vías biliares y la vena porta, con presencia de concreciones biliares en esta última. Dos casos de este género han sido referidos por Fauconneau-Dufresne (6) y Frerichs; el Dr. Bristowe cita un tercero (7), en el cual el conducto colédoco se abrió tambien en una cavidad que comunicaba con el duodeno y el cólon.

---

(1) Fauconneau-Dufresne, *op. cit.*, pág. 341, y *Gaz. méd. de Paris*, 18 de Abril de 1840.
(2) Este caso se halla indicado en las *Pathol. Trans.*, t. XIX, pág. 278.
(3) Fauconneau-Dufresne, *op. cit.*, pág. 159.
(4) Frerichs, *op. cit.*, pág. 832.
(5) Thudichum, *On Gall-Stones*, 1863, págs 11 y 268.
(6) *Op. cit.*, pág. 340.
(7) *Pathol. Transact.*, t. IX, pág. 285.

Otro caso, el cuarto, se presentó hace tiempo en mi clínica. (Observacion CLXXIV.) En todos ellos el conducto colédoco se hallaba obstruido por una concrecion, y los síntomas fueron los de la obstruccion porta—ascítis, aumento de volúmen del bazo, ó ambas cosas á la vez — y puohemia en la ictericia persistente.

g) *Fístulas que se abren en la pleura.* — Se conoce un caso de comunicacion fistulosa entre las vías biliares y la pleura. Esta lesion fué descubierta por el Dr. Cayley en un sujeto que murió en el hospital Middlesex el 2 de Marzo de 1866, en la clínica del Dr. Thompson, y cuya observacion detallada se publicó en las *Pathological Transactions* (t. XVII, página 161). Todos los conductos biliares se hallaban enormemente dilatados, quizá porque un cálculo se había detenido en el conducto colédoco, si bien pasó al intestino ántes de la muerte. El conducto colédoco hubiera podido admitir por el orificio duodenal la punta del dedo. La cavidad de la pleura izquierda contenía más de medio litro de bílis mezclada con pus, y en la mitad izquierda del diafragma se encontraba una perforacion bastante ancha para admitir el catéter número 4, que conducía á una cavidad irregular entre el lóbulo izquierdo y la cara inferior del diafragma, que á su vez comunicaba con una dilatacion de uno de los conductos biliares intrahepáticos.

Este caso ofreció ademas la particularidad de que no hubo signos manifiestos de obstruccion del conducto colédoco hasta 15 días ántes de la muerte, y que se presentaron los síntomas y las lesiones anatómicas de la atrofia aguda ó atrofia amarilla del hígado.

12. — Los cálculos biliares pueden salir de las vías biliares á traves de una fístula de las paredes abdominales.

Hace algunos años asistí á una señora que expulsó diez cálculos biliares á traves de la pared abdominal (Obs. CLXX), y por otro lado, encuentro, ora en la literatura médica, ora en los Museos patológicos, las relaciones ó piezas de 86 casos semejantes (1), que, con poquísimas excepciones, se presentaron en mujeres de edad mediana ó avanzada.

---

(1) Seis casos observados ó reunidos por J. L. Petit, *Mém. de l'Acad. roy. de Chrir.*, 1743, t. I, pág. 255; uno por Haller, *Physiologia*. Berna, 1764, t. VI, pág. 605; once casos por Sœmmering, *De concrementis biliariis corporis humani*, 1795, pág. 20; uno por Saunders, *Trans. of Coll. of Physic.*; diez y siete por Fauconneau-Dufresne, *op. cit.*, págs. 320 y 167; tres casos por Oppolzer, *Zeitschr. der Gesellsch. d. Aertze in Wien*, Noviembre de 1860, pág. 747; tres casos por Walter en Frerichs, *op. cit.*, pág. 831; tres casos por Budd, *Diseas. of liver*, tercera edicion, pág. 373; tres casos en la *Gazette des Hôpitaux*, 1846, 8 de Octubre, y 1847, pág. 212; dos por Cruveilhier, *Traité d'anat. path.*, t. II, págs. 567 y 570; dos por Trousseau, *Cliniq. méd.*, t. III, página 225; uno por Duplay, *Archiv. de Médec.*, segunda serie, t. I, pág. 381; uno por Frétin, *ibid.*, serie V, t. IV, pág. 86; uno por Obre, *Pathol. Transact. of Lond.*, t. I,

Por mi parte, recuerdo haber visto cinco casos de este género.

Dichas comunicaciones fistulosas se forman de dos modos. En algunos casos, el trabajo ulcerativo, que comienza en la vesícula ó en un conducto dilatado, sigue su camino gradualmente á traves de la pared abdominal, adherida hasta el nivel de la superficie exterior, miéntras que en otros la vesícula biliar, ó uno de los conductos biliares, comienza por aumentar considerablemente de volúmen á consecuencia de la acumulacion de los productos inflamatorios y se abre despues al exterior, ó bien la abre el cirujano creyendo que se trata de un absceso del hígado. El orificio exterior se encuentra generalmente al nivel del fondo de la vesícula; pero otras veces está en el ombligo, hácia el cual puede ser conducido por el ligamento suspensorio del hígado; otras á la izquierda de la línea media ó en la region inguinal, ó en el púbis, como en un caso observado en París hace algunos años (1), en el cual se practicó la ablacion de dos cálculos biliares que habían llegado hasta por encima del clítoris, donde se habían enquistado en el tejido subcutáneo. En casos raros, hay dos ó más orificios. El número de los cálculos evacuados por esta vía varía desde uno hasta más de 600. Cuando no hay más que uno, puede ser tan grueso como un huevo de gallina. Fauconneau-Dufresne cita uno que medía más de tres pulgadas de largo por una y pico de ancho. Los cálculos pueden ser evacuados tan pronto como se forma la fístula ó esperar años enteros. En ocasiones la fístula sigue abierta despues de haber sido eliminados todos los cálculos; pero con más frecuencia se cierra inmediatamente despues, á no ser que salga bílis al mismo tiempo. El líquido que sale por la fístula puede ser bílis pura, cuya cantidad eliminada diariamente varía de ocho onzas á 20 (2); otras veces sale pus ó un moco espeso, mezclado de vez en cuando

---

pág. 272; uno por Simon, *ibid.*, t. V, pág. 156; uno por Robinson, *ibid.*, t. V, página 158; uno por Everet, *ibid.*, t. XVIII, pág. 120; uno por Taylor, *ibid.*, t. XVIII, pág. 147; uno por Duckworth, *ibid.*, t. XXII, pág. 157; uno por Heberden, *Comment.*, cuarta edicion, pág. 210; uno por Santo-Nobili, *Schmidt's Jahrb.*, 1848, t. LVIII, página 62; uno por Schrœder, *Prag. Vierteljahr.*, 1854, sup., t. XLIV, pág. 70; uno por Callawai, *The Lancet*, 1827-8, t. II, pág. 296; uno por H. C. Stewart, *ibid.*, 1849, t. II, pág. 294; uno por Nesfield, *ibid.*, 1870, t. I, pág. 157; uno por W. R Barlow, *Med. chir. Transact.*, t. XXVII; uno por G. Robinson, *ibid.*, 1852, t. XXXV, página 471; uno por Mackinder, *Brit. Med. Journ.* 26 de Diciembre de 1857; uno por Hinton, *ibid.*, 4 de Agosto de 1860; uno por el Dr. G. H. Phillipson, *ibid.*, 1870, t. II, pág 382; uno por Alexander, *ibid.*, 1876, t. II, pág. 397; uno por Cockle, *Med. Times and Gazette*, 10 de Mayo de 1862; uno por el Dr. H. Baillie, *Indian Annals of med. scien.*, t. XII, pág. 295; uno por Hertz, *Berlin. Klin. Wochensch.*, 7 de Abril de 1873; uno por Krumptmann, *Lond. Med. Record.*, 30 de Abril de 1873; cinco por Murchison (véanse las observaciones CLXX á CLXXIV); tres piezas en el Museo del *Royal College of Surgeons*, Catal. des calculs, págs. 172, 176 y 178; una en el Museo de la *Med. Soc. of Boston, U. S.*, núm. 566; uno por Mac Pherson, *Amer. Journ. of med. sc.*, t. LXI, pág. 409.

(1) *Gaz. des Hôp.*, 8 de Octubre de 1846.

(2) Fauconneau-Dufresne, *op. cit.*, pág. 323, y otros casos por Haller, Heberden,

con un poco de sangre. En la mayor parte de los casos el conducto cístico está obstruido, y entónces no sale bílis por la fístula; en ocasiones se halla obstruido el colédoco, y entónces la ictericia causada por esta obstruccion desaparece en gran parte cuando se ha presentado la fístula, áun cuando no haya bílis en las deposiciones; finalmente, en casos raros las vías biliares están libres, y la bílis sale á la vez por la fístula y por el intestino.

Despues de la evacuacion de un cálculo biliar, el orificio externo de la fístula se contrae rápidamente y se dirige hácia el interior; por otra parte, el trayecto fistuloso que le une á la vesícula puede tener muchas pulgadas de longitud, y ser tambien muy tortuoso y rodeado de induraciones. No es raro que los cálculos se alojen en un fondo de saco de la fístula, ó bien se obstruyan completamente, produzcan la acumulacion de materia y determinen la formacion de nuevos abscesos.

Las adherencias entre la vesícula biliar y las paredes abdominales pueden ser muy extensas, pero á menudo son bastante limitadas. Semejantes comunicaciones fistulosas son muy graves por los inconvenientes á que dan lugar. Con todo, gran parte de los enfermos sobreviven algunos años á su formacion y hasta gozan buena salud; en algunos, la fístula cura por completo (1). Se puede pronosticar este resultado con la mayor confianza cuando no hay más que un grueso cálculo, cuando el orificio externo está directamente por encima de la vesícula, cuando no sale bílis y no hay ictericia. Hay pocas esperanzas de que la fístula se cierre de una manera permanente miéntras quedan cálculos en la vesícula si el conducto cístico está libre miéntras que el colédoco se halla obliterado.

En los casos en que la cantidad de bílis que se pierde es considerable (lo cual ocurre pocas veces por fortuna), el enfermo adelgaza rápidamente, pierde sus fuerzas y sucumbe en medio de un gran marasmo.

Cuando los cálculos son numerosos y la fístula tiene cierta longitud, es tortuosa y rodeada de callosidades, los orificios, aunque pequeños, pueden persistir algunos años, ofreciendo de vez en cuando cierta tendencia á la cicatrizacion, pero agrandándose de nuevo para dar paso á otro cálculo cuya salida provoca varios sufrimientos, áun cuando en los intervalos el enfermo goce buena salud.

Despues de esta larga enumeracion de las concreciones que producen los cálculos biliares, creo no caereis en el error de los que los consideran

---

Saunders, Barlow, Robinson, Hertz y Krumptmann. Como indicacion, véase la observacion CLXXII.

(1) El Dr. James Taylor, de Chester, me ha comunicado un caso en el que la fístula se cerró por completo despues de diez semanas. La enferma, de 53 años, había tenido diferentes crísis tópicas de cólico biliar ántes que se formara en la vesícula un absceso, que se abrió artificialmente.

como una enfermedad quizá dolorosa, pero nunca peligrosa, y comprendereis la necesidad de formular en todos los casos un pronóstico reservado.

TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES DETERMINADOS POR LOS CÁLCULOS BILIARES

1.° Cuando hay síntomas de cálculos biliares en la vesícula, se deben emplear los medios generales que os he indicado como eficaces para el tratamiento de la litiásis biliar, lo mismo que los medicamentos que pueden combatir los síntomas de una mala digestion. Se advertirá al enfermo al propio tiempo que un esfuerzo muscular repentino ó violento, ó la trepidacion de un carruaje por un mal camino, pueden empujar el cálculo á los conductos biliares.

2.° Ya he expuesto detalladamente los medios que pueden emplearse cuando los cálculos se encuentran en las vías biliares. Si hay motivos para creer que el cálculo ha entrado en el intestino, se puede administrar un ligero purgante, como el aceite de ricino, para facilitar su expulsion por el ano.

3.° Cuando los síntomas de inflamacion de la vesícula—fiebre, dolor, sensibilidad y dolor distinto — van á unirse á los de los cálculos biliares, el tratamiento puede resumirse en tres cosas, que indicaré por su órden de importancia: reposo, opio y sanguijuelas. El reposo es el más importante para provocar la formacion de adherencias é impedir que la inflamacion se extienda á la gran cavidad peritoneal. Un movimiento brusco puede producir la rotura de la vesícula cuando ésta se halla inflamada y reblandecida, de donde resulta una peritonítis mortal. Se puede dar el opio á dósis fuertes y repetidas; á menudo algunas sanguijuelas aplicadas por debajo de las costillas derechas calman el dolor. En cuanto á la puncion de la vesícula cuando ésta considerablemente aumentada de volúmen, no discutiré ahora su oportunidad.

4.° Cuando los síntomas de cálculos en la vesícula ó las vías biliares, ó de inflamacion de la vesícula, van seguidos de los del ileo, aunque la muerte es el resultado más frecuente, en ocasiones sobreviene la curacion despues de la expulsion de un grueso cálculo por el ano; por eso nuestros esfuerzos deben tener por objeto imitar estos casos espontáneos. Los baños calientes y los fomentos, el opio y la belladona á dósis fuertes y repetidas, las lavativas de agua caliente y de aceite, son los medios que pueden emplearse. Una presion suave y ciertas manipulaciones del abdómen han bastado en ciertos casos para conseguir que el cálculo varíe de lugar.

Sir Thomas Watson refiere que una señora que padecía un ileo experimentó en el vientre cierta sensacion, coincidiendo con el exámen que acababa de sufrir de tres médicos sucesivamente; miéntras dichos profesores se hallaban todavía en consulta, la paciente tuvo una deposicion líqui-

da, cuyas materias se parecían precisamente á las que acababa de vomitar, y al día siguiente expulsó un cálculo biliar del tamaño de una nuez (1).

Finalmente, en los casos en que ha podido creerse que la obstruccion intestinal es debida á una concrecion biliar, convendrá examinar el recto. La obstruccion se halla algunas veces situada inmediatamente por encima del esfínter, y se puede destruir con el dedo ó con la cucharilla.

5.° Las fístulas biliares están por encima de los recursos del arte; pero las que afectan los intestinos, y que son más comunes, apénas son peligrosas; algunas veces dan salida á cálculos bastante gruesos para obstruir el intestino.

6.° Cuando una fístula biliar externa da salida á un grueso cálculo redondeado, sin facetas, y el orificio externo se halla por encima del fondo de la vesícula, cura por lo general con bastante rapidez y sin que sea necesario intervenir. Pero cuando la vesícula contiene numerosos cálculos pequeños, y sobre todo cuando la comunicacion fistulosa es larga, estrecha, sinuosa y rodeada de callosidades, esta vía anormal podrá persistir años enteros y hasta no cerrarse nunca; de vez en cuando puede estar obstruida por un cálculo, cuyo paso determina mucho dolor y ocasiona la acumulacion de materias.

En tales circunstancias se presentará la cuestion de saber si es preciso dilatar ó incindir la fístula para facilitar la extraccion de los cálculos; en muchos casos se ha intentado esta operacion con éxito (2); pero, por otra parte, se han publicado algunas observaciones en las cuales la más ligera intervencion, como la introduccion de una pinza de curacion, ha determinado una peritonítis mortal. No hay regla general que pueda aplicarse á todos los casos; la cuestion de la operacion debe decidirse por las particularidades de cada enfermo.

Si sondando se siente que un cálculo está próximo al orificio externo y permanece allí mucho tiempo, debe procederse á su extraccion; pero si no se percibe ningun cálculo, y sobre todo si la fístula tiene una direccion directa hácia el peritoneo, los peligros de la intervencion deben compensar los inconvenientes de la fístula, y, por lo tanto, vale más esperar.

Cuando la bílis pura sale en gran cantidad por la fístula y no pasa en manera alguna al intestino, hay pocas probabilidades de que la fístula se cierre, y tampoco es de desear que así suceda, á ménos que, como ocurrió en la observacion CLXXII, se disipe al propio tiempo la obstruccion del conducto colédoco; pero si éste se halla libre y el enfermo se va aniquilando por la salida anormal de la bílis al exterior, se puede pensar seriamente en la oclusion de la fístula.

---

(1) *Lectures on pract. of physic.*, quinta edicion, t. II, pág. 549.

(2) Véase como ejemplo un caso referido por el Dr. H. Baillie, en el cual se sacaron por la operacion 15 cálculos biliares. *Indian Annals of Med. Sc.*, t. I, pág. 295.

Como ejemplos de algunas de las funestas consecuencias de los cálculos biliares, voy á referiros los casos siguientes:

OBSERVACION CLXV. — *Cálculos biliares en una dilatacion sacciforme del conducto colédoco y en la vesícula. — Ulceracion y perforacion de la vesícula biliar. — Peritonítis mortal.*

La Sra. C..., de 55 años, me consultó en diversas ocasiones, durante tres años, porque sentía ruidos en la cabeza y otros síntomas nerviosos que la inquietaban, los cuales se presentaron por vez primera despues de grandes tormentos morales, y sólo pude explicármelos por una debilidad de la circulacion, debida probablemente á una degeneracion grasosa del corazon.

A causa de estos desórdenes hacía muy poco ejercicio y pasaba casi todo el tiempo en la cama. A fines de Mayo de 1867 me hizo llamar de nuevo, y encontré la piel y las conjuntivas notablemente ictéricas, y la orina contenía mucho pigmento biliar. El volúmen del hígado era algo considerable. Se quejaba desde dos ó tres días ántes de paroxismos de dolor intenso en el hipocondrio derecho con vómitos. En los intervalos quedaba cierta sensacion dolorosa y había una ligera sensibilidad por debajo de las costillas del lado derecho. Sin embargo, el pulso no pasaba de 72 y la piel estaba fresca. Gracias á los paños calientes, á las dósis repetidas de morfina y á los laxantes, los síntomas agudos se disiparon en pocos días; al cabo de dos semanas la ictericia había desaparecido y la enferma se hallaba en buen estado.

El 24 de Junio reapareció del dolor en el abdómen.

Cuando la ví el 26 estaba de nuevo ictérica, y sus síntomas diferían de los del primer ataque en que el pulso llegaba á 96 y la piel estaba caliente; había algo más de sensibilidad por debajo de las costillas derechas, con tendencia al hipo. El dolor era todavía en gran parte paroxístico, y la morfina produjo cierta calma.

Durante dos días pareció que se encontraba mejor, pero el 28 por la noche empeoró de repente, y en mi visita del día siguiente ofrecía todos los síntomas de una peritonítis aguda; pulso á 136, pequeño y débil; respiracion corta, rápida y torácica; vómitos é hipos incesantes; abdómen considerablemente distendido y timpánico; dolor agudo y sensibilidad — sobre todo en el lado izquierdo — constantes, y que se exaltaban por el menor movimiento.

Desde entónces la enferma continuó empeorando hasta la muerte, que ocurrió el 12 de Julio por la noche.

Al hacer la *autopsia* se encontraron dos aberturas en el fondo de la vesícula, ambas con bordes desiguales y bastante anchas para admitir el dedo; á traves de dichas aberturas pasaba la bílis al peritoneo. Sólidas

adherencias del epiploon mayor á la pared abdominal habían conducido la bílis enteramente hácia el lado izquierdo del abdómen, donde se observaban los signos de peritonítis reciente, inyeccion vascular intensa, y linfa teñida de bílis. La mucosa de la vesícula, alrededor de los orificios, estaba ulcerada en una gran extension, probablemente por la presion de un cálculo biliar del tamaño de una cereza, que estaba yuxtapuesto y no había caido en el peritoneo. El conducto colédoco comunicaba con una bolsa tan voluminosa como un huevo de gallina, que contenía bílis y más de doce cálculos poliédricos, cada uno del grosor de media cereza; pero no se encontró ninguna concrecion que obstruyera el conducto entre la bolsa y el duodeno. No había abscesos en el hígado. Corazon, riñones é hígado, en vías de degeneracion grasosa.

Observacion CLXVI. — *Comunicacion fistulosa entre la vesícula biliar y el duodeno. — Obstruccion fatal del intestino delgado por un grueso cálculo biliar.*

A. M. D., de 46 años de edad, fué admitida en el hospital Middlesex, en la clínica del Dr. Stewart, el 29 de Enero de 1856.

Su salud había sido generalmente buena, si bien desde algunos años ántes solía padecer extreñimiento, teniendo que tomar con frecuencia píldoras laxantes. Había padecido ademas crísis biliosas, con vómitos de materia verde, amarga, inapetencia, flatulencia excesiva despues de las comidas, pero ninguna ictericia.

Doce días ántes de su entrada tomó dos píldoras antibiliosas, que produjeron buen resultado al día siguiente; al propio tiempo reaparecieron los vómitos, que persistieron despues casi sin interrupcion. Las materias evacuadas por arriba y por abajo, tenían un color verde. Sueño agitado.

Dos días despues sintió repentinamente un dolor intenso, agudo, en la region iliaca derecha, donde había tambien una viva sensibilidad á la presion. Este dolor continuó con remisiones hasta el día en que la paciente entró en el hospital. No tuvo ninguna deposicion durante 10 días, es decir, desde el 19 hasta el 29 de Enero.

A su entrada le administré una lavativa, consistente en medio litro de grama con un poco de aceite de ricino. Al cabo de poco tiempo, y no sin algun dolor, fueron arrojadas varias masas de escíbalas endurecidas. El abdómen quedó entónces flexible; había algo de macidez á la derecha del ombligo, pero en las demas partes resonancia perfecta. La enferma tenía la mirada algo triste y los carrillos rojos. Lengua seca y cubierta de una capa amarilla espesa en el centro, húmeda y limpia en los bordes; sed ardiente. Pulso á 80, muy pequeño; algunos ronquidos sonoros en el lado derecho del pecho; respiracion normal en el lado izquierdo; ruidos del

corazon normales. Se prescribe un baño caliente, seguido de fomentos de cabezas de adormideras en el abdómen, y una píldora de opio.

30 de Enero.—Noche bastante buena. La enferma no ha vomitado desde su llegada, aunque experimenta continuamente náuseas. Lavativa de un litro, que pasa sin dificultad ni dolor; es retenida media hora, y la enferma la devuelve sin indicios de materia fecal. Tension abdominal y meteorismo mucho más marcados; dolor á la presion en el abdómen.

Diez de la noche.—Cara ménos ansiosa; sed muy viva; las náuseas persisten y no hay vómitos. De repente siente una gran molestia, y vomita más de un cuarto de litro de líquido fecaloide muy oscuro y muy fétido; los esfuerzos de vómito continuaron durante muchos minutos, hasta que la enferma arrojó litro y medio de este líquido fétido. Pulso á 78.

31 de Enero.—Los vómitos no reaparecieron hasta las once de la mañana, en que la paciente vomitó todavía medio litro próximamente de líquido que tenía el mismo color, pero sin el olor fecaloide de la víspera. El abdómen está cada vez más distendido; el dolor ha aumentado; no hay deposiciones; había frecuentes esfuerzos de vómito; finalmente, sobrevino la inanicion, y la enferma sucumbió casi de repente aquella misma noche.

Autopsia.—Intestinos muy distendidos, y en algunos puntos adheridos entre sí por linfa reciente; el epiploon mayor está plegado y adherido á los intestinos. Separando estos últimos, se encontró un cuerpo sólido que tenía próximamente la forma y el volúmen de un tapon, que obturaba el intestino delgado. Al nivel de la obstruccion el intestino estaba replegado sobre sí mismo; las superficies peritoneales adyacentes se hallaban ligeramente adheridas por linfa reciente. El intestino parecía ser más pequeño inmediatamente por debajo de la obstruccion, pero por encima de dicho punto se hallaba bastante distendido y lleno de una materia fecal oscura, verdosa, en la cual se encontraron 10 pequeños cálculos biliares angulosos, del tamaño de media avellana. La porcion dilatada del intestino ofrecía un color oscuro, é incindiendo la mucosa se encontró muy congestionada y en algunos puntos cubierta de una falsa membrana adherente, con algunas pequeñas ulceraciones esparcidas en su superficie. El cuerpo obstruyente no era más que un grueso cálculo biliar; era perfectamente cilíndrico, medía cerca de cuatro pulgadas de circunferencia, y pulgada y cuarto de diámetro. Su superficie externa era uniformemente nodulada, y las extremidades bastante lisas. Presentaba al corte una textura cristalina.

Por debajo de la obstruccion el intestino estaba muy retraido y pálido en todas sus partes; no contenía más que un poco de moco bastante expeso. El cólon se hallaba casi vacío. El estómago contenía algo de materia fecal verdosa y un pequeño cálculo biliar anguloso. La vesícula biliar se hallaba sólidamente adherida al duodeno en el punto en que desciende para hacerse perpendicular, y existía una comunicacion bien distinta en-

tre ambas partes, bastante ancha para admitir el dedo. La vesícula se hallaba retraida y convertida en una pequeña bolsa fibrosa. No había duda posible; los cálculos habían pasado por esta perforacion, aunque el orificio era en aquel momento más pequeño que el cálculo que causó la obstruccion. El conducto colédoco estaba libre pero no dilatado; el conducto cístico estaba obturado. El hígado pesaba unos 1.640 gramos y parecía bastante sano, aunque algo oscuro. Corazon, pulmones y riñones, normales.

En el siguiente caso es bastante claro que el intestino delgado estuvo obstruido durante diez días por un grueso cálculo biliar que pasó de la vesícula al duodeno por una perforacion, pero que la obstruccion desapareció y el enfermo sobrevivió más de siete años. Este diagnóstico formulado durante la vida, aunque no se buscó el cálculo en las deposiciones, fué comprobado por la autopsia.

Bajo este punto de vista puedo citar el caso de una señora que me trajo hace algunos años un cálculo que medía cerca de dos pulgadas por una y media, y había sido arrojado por el ano despues de haber experimentado síntomas de obstruccion y de inflamacion intestinal.

Mas, por lo que se refiere al diagnóstico, el caso que voy á exponer tiene todavía mayor interes, pues nos presentó reunidas una ictericia por obstruccion del conducto colédoco, debida á cálculos biliares, y una ascítis por hepatítis intersticial, resultando esta última de la irritacion debida á los cálculos. Si se hubiera visto al enfermo por primera vez en un período avanzado de la afeccion, sin tener un conocimiento muy exacto del curso de los accidentes, la existencia de un tumor hubiera sido el diagnóstico más legítimo teniendo en cuenta dicha combinacion de síntomas.

La formacion de cálculos biliares en el interior de los conductos despues de la obliteracion de la vesícula, es igualmente un hecho digno de mérito.

Observacion CLXVII. — *Paso de un cálculo biliar de la vesícula al duodeno por ulceracion. — Obstruccion del intestino durante diez días. — Restablecimiento completo. — Muerte al cabo de siete años y medio á consecuencia de una obstruccion de las vías biliares y de ascítis.*

El 23 de Octubre de 1874, M. C..., de 66 años, vino á consultarme siguiendo las indicaciones del Dr. Leech, de Manchester. Siete años ántes estuvo enfermo de una obstruccion intestinal que duró diez días, acompañada de vómitos estercoráceos por espacio de dos días, que finalmente cedieron y fueron seguidos de la evacuacion de materias muy fétidas.

Durante los cinco años anteriores á la aparicion de esta enfermedad ha tenido el paciente muchas crísis de espasmos intensos, que comenzaban

en el epigastrio, y acompañadas de esfuerzos de vómitos. Cuando M. C... se restableció de su obstruccion, se encontró en estado de seguir dedicándose á sus tareas ordinarias; pero las crísis de cólico reaparecieron de vez en cuando, y se hicieron más frecuentes á los seis meses

En Junio de 1874 observó por vez primera la ictericia y tuvo crísis de cólico una ó dos veces por semana acompañadas de escalofrío, y seguidas de fiebre y delirio; temperatura á 39°,4; este aparato febril cedió á las 24 horas despues de abundantes traspiraciones. Cada crísis iba seguida de un aumento marcado en la intensidad de la ictericia, que en los intervalos desaparecía casi por completo. Al poco tiempo estas crísis eran ménos frecuentes. Muchas veces se habían examinado detenidamente las deposiciones, sin encontrar indicios de cálculo biliar.

Cuando yo le ví, M. C... estaba adelgazado y ofrecía una ictericia de color bronceado; viva comezon en la piel que causaba insomnio. El hígado no está engrosado; el punto que corresponde al fondo de la vesícula es sensible, pero no hay ninguna elevacion. Pigmento biliar en abundancia en la orina. El diagnóstico fué: cálculo voluminoso en el conducto colédoco y obstruccion anterior del intestino, probablemente debida á un grueso cálculo qne había pasado al duodeno por vía ulcerativa.

Durante las seis semanas que siguieron á mi consulta, M. C... se encontró al parecer algo mejor, y continuó dedicándose á sus ocupaciones ordinarias. La comezon era muy molesta, pero las crísis de dolor seguidas de escalofrío y de fiebre se hicieron ménos frecuentes y ménos violentas.

El 20 de Diciembre el Dr. L. observó por vez primera la existencia de líquido en la cavidad abdominal.

Una semana más tarde había edema de las piernas.

La ascítis y el edema aumentaron de una manera gradual, y la debilidad progresó hasta la muerte, que ocurrió el 23 de Febrero de 1875.

Durante las seis últimas semanas de su vida no hubo fiebre, pero sí ligero dolor. Una semana ántes de la muerte el Dr. L... sacó dos y medio litros de líquido para combatir la dispnea.

El Dr. L... tuvo la galantería de proporcionarme los datos referentes á los resultados de la *autopsia*. Algunos litros de líquido en el peritoneo. Mesenterio y túnicas intestinales engrosados y dolorosos; diafragma adherido á la cara superior del hígado por delante. Cólon trasverso adherido á la cara inferior del hígado, pero sin indicios de ulceracion ó cicatriz en su mucosa. En la cara interna del duodeno, á dos pulgadas próximamente del orificio del conducto colédoco, se encontraba una bolsa en cuyo fondo había una cicatriz arrugada; correspondía al punto en que el duodeno se adhería al hígado. El orificio duodenal del conducto colédoco era distinto y de calibre normal; pero más allá del duodeno el conducto se hallaba considerablemente dilatado y contenía un líquido pardo claro, saliendo uno ó dos cálculos biliares cuando se cortó el conducto para separar el

hígado. Esta porcion del conducto hubiera admitido fácilmente un tubo de media pulgada de diámetro; pero se había estrechado de una manera brusca precisamente al nivel de su entrada en el duodeno, en términos que allí apénas se podía hacer penetrar una sonda. No había indicios de cicatriz en su cara interna. Vesícula biliar reducida al volúmen de una nuez gruesa; conducto cístico obliterado; conductos biliares intrahepáticos considerablemente dilatados, conteniendo 15 cálculos biliares que nadaban en un líquido pardo claro. Todos estos cálculos tenían facetas; su volúmen variaba desde el de un grano de pimienta al de una avellana; el mayor de ellos tenía su asiento en el punto en que el conducto hepático entra en el hígado; paredes de los conductos engrosadas, pero sin ulceracion. Paredes de la porcion de la vena porta adyacente á los conductos dilatados, igualmente engrosadas y rojas, pero ningun coágulo sanguíneo. Hígado pequeño é indurado; ningun acceso. Corazon y pulmones normales.

No puede dudarse apénas de que en el caso siguiente la comunicacion fistulosa entre la vesícula y el cólon resultaba del paso de un cálculo.

Aunque la enferma murió á consecuencia de un epitelioma del útero, no había indicios de nueva formacion en las inmediaciones de la fístula.

OBSERVACION CLXVIII. — *Comunicacion fistulosa entre la vesícula biliar y el cólon.*

Una señora de 60 años de edad murió el 7 de Febrero de 1870 en el hospital Middlesex. Había gozado siempre de buena salud hasta cinco meses ántes de su muerte. En dicha época sintió vivos dolores en el abdómen, que se presentaban por paroxismos, é iban acompañados de náuseas y de esfuerzos de vómito. Guardó cama dos días, pero no tuvo ictericia y nada probó que había tenido un cálculo biliar.

Despues de esto padeció de la matriz, y la causa inmediata de la muerte fué un cáncer epitelial del útero y peritonítis consecutiva.

Al hacer la *autopsia* se encontró la vesícula reducida á ménos diámetro que uno de los conductos biliares; contenía una corta cantidad de moco no teñida de bílis; la luz del conducto cístico se hallaba obliterada y el fondo de la vesícula sólidamente adherido al cólon trasverso, con el cual comunicaba por un orificio circular de cuatro líneas próximamente de diámetro, y con los bordes limpios. Había en la region de la cisura hepática signos de una inflamacion antigua; la cápsula estaba engrosada, pero la cara externa era igual. El tejido del hígado era duro y fibroso, pero no había depósito canceroso ni en él ni en las inmediaciones de la vesícula ó del cólon.

A pesar de su oscuridad, el siguiente caso nos ofrece un ejemplo de

cierta consecuencia de los cólicos hepáticos, acerca de la cual no se ha llamado bastante la atencion en mi concepto.

Este hecho es mucho más digno de consideracion porque el enfermo es un ilustre compañero nuestro, que ha seguido y anotado cuidadosamente todos sus síntomas; por otro lado, los médicos á quienes dicho señor consultó emitieron opiniones bastante contradictorias, algunas de las cuales merecen ser expuestas.

Un médico que goza reconocida fama por su experiencia en las enfermedades de la India, atribuía el mal á una inflamacion crónica del ciego y del cólon ascendente; pero este diagnóstico pareció destruido por la falta de materias inflamatorias en las deposiciones, por la persistencia del mal durante algunos años despues de haber cesado toda diarrea, y porque no se hallaba de acuerdo con el orígen de los síntomas, que habían comenzado en una crísis inflamatoria durante el paso de los cálculos.

Sir Thomas Watson, que fué consultado en 1867, consideró la enfermedad como una neuralgia consecutiva á las crísis dolorosas. En efecto; ya he tenido ocasion de deciros que la neuralgia puede ser producida por los cólicos hepáticos; pero aquí el dolor (si así puede llamarse, porque el enfermo decía que no lo experimentaba) no tuvo un carácter neurálgico; no había sensibilidad en la region espinal. Por otra parte, la neuralgia no daba cuenta de la diarrea ni explicaba el alivio que experimentaba el enfermo cuando encogía su cuerpo.

Sir William Jenner, sin querer formular una opinion concreta, creyó que se podían explicar dichos síntomas por la presencia de adherencias entre la vesícula y las partes inmediatas. Esta opinion tiene algunas razones en su favor; explica el modo de orígen del mal y la influencia de la postura, pero no la diarrea que siguió inmediatamente á la crísis inflamatoria, y persistió más ó ménos durante cerca de cuatro años despues.

La opinion que, en mi concepto, da cuenta de la manera más satisfactoria de todas las particularidades del caso, es que en el ataque inflamatorio que sobrevino en Mayo de 1866, no sólo se formó una adherencia de la vesícula biliar, sino que se estableció un trayecto fistuloso entre ella y el cólon, conforme se observó en el caso CLXVIII. El paso de nueva bílis desde la vejiga al cólon se verificaba cuando el enfermo estaba de pié, y explicaba la sensacion de dolor á lo largo del cólon ascendente y tambien la diarrea. Cabe argüir, en verdad, que no se encontró en las deposiciones ningun cálculo biliar grueso despues del ataque inflamatorio de 1866; pero es fácil que pasara desapercibido; nada prueba, por otra parte, que un cálculo no pueda abrirse un camino (á ménos que sea muy voluminoso) desde la vesícula al intestino por vía ulcerativa.

Debo advertir ademas en apoyo de mi opinion que la última crísis de cólico biliar en Junio de 1866, casi la más intensa y prolongada que tuvo el enfermo, no fué seguida de ictericia en ningun grado. Esto es precisa-

mente lo que se debería esperar si el cálculo se hubiera abierto paso á traves de la comunicacion fistulosa de nueva formacion. Finalmente, la rareza de los síntomas experimentados por el enfermo á consecuencia de su crísis biliar se hallaba de acuerdo con el hecho patológico que ya he indicado en otro lugar; á saber: que las fístulas entre la vesícula biliar y el intestino producidas por cálculos biliares toman casi invariablemente la direccion del duodeno, y no la del cólon.

Sin embargo, esta sola circunstancia impide formular un diagnóstico positivo.

OBSERVACION CLXIX. — *Crísis repetidas de cólico biliar seguidas de dolor persistente en el lado derecho y de diarrea. — Fístula entre la vesícula biliar y el cólon* (?).

El Dr. N..., de 57 años de edad, me consultó dos veces en Setiembre de 1869. Más de tres años ántes había tenido durante tres meses una serie de crísis de cólicos hepáticos; desde el 12 de Marzo al 15 de Junio de 1866 tuvo 19 crísis, que duraron en totalidad 134 horas, y se encontraron en las deposiciones 8 á 10 cálculos.

Las crísis iban acompañadas de vómitos; pero en lo que podía recordar, y en este punto no estaba bastante cierto, no hubo ictericia pronunciada por primera vez hasta el 13 de Mayo, despues del decimoséptimo ataque de cólico, y desapareció en algunos días. Se encontraron muchos cálculos en las deposiciones ántes del 13 de Mayo; uno más grueso el 15, y otro el 19, dos días despues de la décimaoctava crísis de cólico.

El 20 de Mayo escalofrío intenso, que duró una hora y fué seguido de fiebre, de sensibilidad marcada al nivel del hígado y en todo el abdómen en general, vómitos y diarrea. Esta crísis le hizo estar en cama una semana.

La última crísis de cólico biliar sobrevino el 14 y 15 de Junio, y fué una de las más largas y de las más intensas. Esta crísis no fué seguida de ictericia, pero cuando terminó se encontró un pequeño cálculo biliar en las deposiciones. Total: ocho á 10 cálculos.

Despues de estas crísis de cólico biliar, el Dr. N... estuvo muchos meses sumido en una gran postracion; y aunque fué recobrando gradualmente sus fuerzas, se quejaba siempre de debilidad, de insomnio, de depresion moral, de gastrodinia y otros síntomas dispépsicos, pero particularmente de diarrea y de una sensacion de malestar y de molestia, no de dolor, en la region del ciego y del cólon ascendente. Este malestar se hizo permanente; sólo cesaba cuando el enfermo estaba acostado ó encogido, y aniquiló al paciente en términos que éste perdió su vigor y se vió obligado á suspender sus ocupaciones durante algunos meses. El enfermo relacionaba siempre el malestar y la diarrea con la crísis de diarrea seguida de fie-

bre y de sensibilidad en el abdómen que había experimentado el 20 de Mayo de 1866.

Examinado con cuidado el abdómen, no pude descubrir nada de anormal. No tuve ocasion de ver las deposiciones; eran diarréicas, pero no excedían de tres á cuatro por día. Ví muchos de los cálculos que habían sido evacuados en 1866; tenían el tamaño de guisantes, eran nodulados en la superficie, pero sin facetas, y compuestos de colesterina pura.

El enfermo continuó así sin encontrarse mejor hasta Marzo de 1870, en que comenzó el uso del opio. Tomó por la boca dos ó tres granos diarios; y como la dósis se iba aumentando gradualmente se sustituyó la morfina, no pasando nunca de tres gramos en las 24 horas. Este tratamiento fué seguido inmediatamente de una mejoría manifiesta. El dolor de costado calmó, aunque sin desaparecer por completo; la diarrea cesó en absoluto; el enfermo se encontraba apto para todo, se sentía completamente trasformado.

En Noviembre de 1872 recurrió á las inyecciones hipodérmicas de morfina, que continuó despues; de este modo inyectó 20 centigramos por día durante los dos últimos años. Este método le pareció preferible.

Los efectos del tratamiento fueron de los más recomendables, en términos que el enfermo puede hoy (Agosto de 1876) desempeñar sus deberes profesionales de una manera bastante activa. Sin embargo, cuando no se halla bajo la influencia de la morfina el dolor de costado gana en intensidad, y llegaría á ser insoportable sin el auxilio de dicho medicamento.

El siguiente caso ofrece un gran interes bajo muchos puntos de vista. Es un notable ejemplo del volúmen considerable que puede afectar á veces la vesícula á consecuencia de la inflamacion, y demuestra que fácilmente cabe confundir una inflamacion de la vesícula con un absceso del hígado. Antes del paso del cálculo renal, los antecedentes de la enfermedad y el hecho de que los síntomas tenían indudablemente el riñon por punto de partida, hicieron sospechar que un cálculo biliar había podido abrirse paso por ulceracion hasta la pélvis del riñon derecho y obstruía el uréter derecho, como en los casos que ya os he presentado; pero el exámen del cálculo no permitió dudar que la enferma padecía á la vez cálculos urinarios y biliares.

La coincidencia de ambas afecciones fué observada hace ya mucho tiempo por Baglivio y Morgagni (1), y recientemente ha sido objeto de nuevas investigaciones por parte del Dr. Sénac, de Vichy (2), el cual ha visto que entre 128 individuos enfermos de cólicos hepáticos, 98 habían padecido, ora al propio tiempo, ora ántes, la litiásis úrica.

---

(1) *De sedibus et causis morborum*, epist. XXXVII.
(2) *Op. cit.*, pág. 94.

OBSERVACION CLXX. — *Cólico hepático. — Obliteracion del conducto cístico. — Absceso de la vesícula. — Evacuacion de cálculos biliares por una fístula abdominal. — Evacuacion del cálculo renal.*

El 8 de Junio de 1867, la condesa..., de unos 54 años de edad, me consultó por una fístula de la pared abdominal y me refirió algunos puntos acerca de su enfermedad, respecto á la cual adquirí luégo detalles complementarios del Dr. Bickersteth, de Liverpool, que la había asistido anteriormente.

El otoño último había tenido una crísis de cólico hepático, con ictericia y vómitos, que terminó al cabo de dos ó tres semanas. A últimos de año sintió en la region del hígado un dolor persistente, que aumentó poco á poco, y fué acompañado de una fiebre considerable y otros síntomas generales, pero no de ictericia. Casi inmediatamente despues se observó un desarrollo anormal del hipocondrio derecho, y en los primeros días de Febrero existían todos los signos de un absceso profundamente situado por debajo de las costillas derechas, al mismo tiempo que el estado general era bastante alarmante. El absceso fué abierto por el Dr. Bickersteth con la potasa, despues de haber dividido los tegumentos. Al cabo de poco tiempo salió medio litro, poco más ó ménos, de un pus bastante loable, no mezclado con bílis. Todos los síntomas hepáticos cesaron y la enferma recobró sus fuerzas.

Algunas semanas despues se abrió otro pequeño absceso en el ombligo. La segunda abertura se cerró rápidamente, pero la primera continuó dando salida á pequeñas cantidades de pus y de líquido gleroso, y algunas veces un poco de sangre. Esta abertura se hallaba situada, próximamente, dos pulgadas por encima y á la derecha del ombligo, y á igual distancia, poco más ó ménos, del sitio ocupado normalmente por el fondo de la vesícula biliar. Tenía unas dos líneas de diámetro, estaba ligeramente deprimido por debajo de la superficie y rodeado por todas partes, en una extension de dos pulgadas, de una induracion de las paredes abdominales, que por arriba tenía casi la dureza de la piedra. Introduciendo una sonda, se sentía que la fístula tomaba, al parecer, una direccion ascendente; pero como esta manipulacion determinó dolor é hizo vomitar un poco de sangre, no me atreví á introducir el instrumento más que media pulgada.

La enferma se quejaba de una traccion dolorosa alrededor de la abertura y en el hipocondrio derecho; de vez en cuando sentía náuseas y dolores de cabeza, pero no se observaban en ella otros indicios de un desórden general del organismo.

Dados estos antecedentes, manifesté, desde mi primera entrevista con la enferma, la opinion de que el absceso no había estado en el hígado, sino en la vesícula, y me arriesgué á predecir que tarde ó temprano se tendría

la prueba por la evacuacion de cálculos biliares á traves de la abertura fistulosa. Se mantuvieron cataplasmas constantemente aplicadas sobre la abertura, y prescribí al interior quinina con ácido nítrico, y al propio tiempo algun purgante.

El 28 de Julio salió por la fístula el primer cálculo; era tan grueso como un guisante y presentaba varias facetas. Su paso á traves de la fístula fué acompañado de vivo dolor, que persistió algunos días, y seguido de la evacuacion de cierta cantidad de pus amarillo espeso.

El 15 de Agosto pasaron otros tres cálculos, uno de ellos algo más grueso que el primero, y los otros dos menores. Hubo tambien dolor vivo durante algunas horas, y despues del paso de los cálculos evacuacion de una materia espesa con un poco de sangre.

En Setiembre y Octubre pasaron dos ó tres cálculos más, y el 19 de Diciembre, despues de dos días y dos noches de dolor violento, siguió el mismo camino un cálculo poligonal de media pulgada de diámetro.

En Enero de 1868 pasó otra concrecion más pequeña (la novena).

Despues de esto, la induracion que rodeaba la abertura disminuyó considerablemente; pero existía todavía una masa de dureza petrosa, casi del tamaño de una nuez, inmediatamente por encima. La abertura no tenía más que una línea de diámetro, y estaba retraida en el fondo de una depresion profunda, con arrugas é induracion de la piel alrededor. Este cambio era principalmente debido al mayor grosor de la pared abdominal por depósito de grasa. Algunas veces (despues de la salida del noveno cálculo, y en los intervalos de la salida de los precedentes) la abertura ofreció una tendencia á cerrarse y fué preciso recurrir á los cáusticos. Se ensayó una vez la dilatacion por medio de un pedazo de esponja preparada; pero se determinó tal dolor cuando se quiso sacar esta sustancia hinchada fuera del trayecto sinuoso, que se renunció á dicho medio. La enferma recobraba la gordura y las fuerzas, tenía buen aspecto, excelente apetito, digería bien, y no tenía más que la molestia de un flujo por la fístula.

En los primeros días de Junio de 1868 pasó otro cálculo, el décimo y último. La abertura continuó dando salida á pus muy líquido, y no se cerró completamente hasta Agosto de 1869; pero desde entónces no ha vuelto á sentir la menor tendencia á la reabertura, ni hay dolor ni induracion en las inmediaciones de la cicatriz (1876).

El 27 de Setiembre de 1868, más de tres meses despues del paso del último cálculo, y miéntras que la abertura fistulosa estaba todavía libre, la enferma tuvo repentinamente escalofríos, vómitos y fiebre, acompañados de síntomas urinarios, miccion frecuente, ardor y dolor en el meato urinario, presencia de un poco de sangre, y más tarde de pus, en la orina.

Dichos síntomas desaparecieron al cabo de 15 días; pero el 8 de Noviembre el dolor, los vómitos y la fiebre reaparecieron con más intensi-

dad que ántes, y se pudo sentir en la íngle derecha, á igual distancia de la cresta iliaca y del púbis, un tumor muy sensible, profundamente situado y casi del volúmen de una naranja pequeña. La orina era completamente trasparente y no contenía sangre ni pus. El Dr. Enrique Thompson, que vió á la enferma en consulta conmigo, estuvo de acuerdo en que el tumor interesaba el uréter derecho.

Algunos días despues reapareció el pus en la orina, que contenía igualmente cristales de ácido úrico, pero ningun cálculo.

El 30 de Noviembre se sentía aún el tumor de la íngle; pero era mucho más pequeño y desapareció bien pronto por completo. La enferma recobró su salud habitual; sin embargo, la orina continuaba ofreciendo un poco de pus.

En Agosto de 1869, casi en el momento en que se cerró la fístula, desapareció el pus de la orina.

Desde entónces la condesa de ... gozó buena salud hasta el 7 de Setiembre de 1870, en que sintió repentinamente escalofríos, vómitos, dolor paroxístico violento en la region del riñon derecho (que se extendía alrededor de la cicatriz y hasta la cadera derecha), fiebre y miccion frecuente; pero la orina no contenía sangre ni pus, y no había induracion ni tumefaccion en las inmediaciones de la cicatriz.

Estos síntomas continuaron, bajo una forma más ó ménos intensa, hasta el 26 de Setiembre, en que la enferma arrojó repentinamente con la orina algunas onzas de pus puro, y al día siguiente por la mañana un cálculo fué expulsado por la uretra. Todos los síntomas graves cedieron desde luégo; sin embargo, la orina continuó conteniendo pus durante muchas semanas en bastante gran cantidad; pero este síntoma llegó tambien á desaparecer, y hasta 1876 gozó de buena salud, si bien experimentaba de vez en cuando dolores gravativos con tracciones en la region del hígado y del riñon derecho.

Hé aquí las dimensiones del último cálculo: dos quintos de pulgada de largo, un quinto de pulgada de ancho, y tres vigésimos de pulgada de espesor; peso, unos 20 centigramos. Fué analizado por el Dr. Tomás Taylor, que le encontró compuesto de ácido úrico.

El siguiente caso se presentó en el hospital Middlesex cuando yo era director de las autopsias del mismo, y fué publicado por mí en las *Pathological Transactions* (tomo XII, pág. 85).

Hé aquí cuál debió ser el curso sucesivo de los accidentes:

1.° Ulceracion del interior de la vesícula biliar por la presencia de un cálculo; perforacion de sus paredes y formacion de comunicaciones fistulosas entre ella, el duodeno y el cólon, por las cuales el cálculo había pasado al intestino, como en la pieza del Museo del hospital de San Bartolomé, que ántes he mencionado.

2.° Rotura, á consecuencia de un esfuerzo, de algunas de las adherencias entre los intestinos, y formacion de un absceso estercoráceo circunscrito que se abrió al exterior;

3.° Envenenamiento de la sangre, abscesos puohémicos, pulmonía lobular y pericardítis.

OBSERVACION CLXXI. — *Fístula en la pared abdominal, que se abrió en una cavidad circunscrita que comunicaba con el cólon y el duodeno, é indirectamente con la vesícula biliar.*

B. Z..., de 38 años de edad, fué admitida en el hospital Middlesex el 25 de Setiembre de 1860 y murió el 14 de Noviembre. Es casada en segundas nupcias, habiendo tenido ocho hijos y seis abortos ó partos prematuros.

Un año ántes, poco más ó ménos, sin ninguna causa aparente sintió de repente dolor de corazon, vómitos y una gran postracion, cuyos síntomas fueron seguidos de estado febril y de sensibilidad en el abdómen. El vientre estaba libre. Al cabo de algunas semanas se restableció y conservó su salud habitual hasta el 14 de Setiembre de 1860.

El 13 de Setiembre creyó que había hecho un gran esfuerzo con los músculos abdominales al sacar algunos cubos de agua bastante pesados. Al siguiente día por la mañana sintió en el abdómen un ligero dolor, que aumentó considerablemente por la tarde, y fué entónces acompañado de dolores de corazon, y de vómitos de un líquido verde y amargo. Decía que sentía el mismo dolor que si se le apretase el vientre con una cuerda. Los dolores de corazon se disiparon al cabo de tres días, cuando se administró un purgante, pero el dolor persistió y la enferma se debilitó considerablemente.

Al entrar en el hospital sensibilidad muy viva en el abdómen, sobre todo al nivel del ombligo. Inmediatamente á la izquierda del ombligo se encontraba un tumor circular, superficial, denso y duro en la circunferencia y pastoso en el centro. Deposiciones normales. Pulso á 144. Gran postracion.

Al día siguiente, 26 de Setiembre, comprimiendo sobre el ombligo se hacía salir por él un poco de pus amarillo, de olor estercoráceo, pero que, al microscopio, no contenía más que células de pus. Desde entónces la abertura continuó dando salida á grandes cantidades de pus fétido.

Desde el 30 de Setiembre al 17 de Octubre el pus se encontró mezclado con la materia fecal.

El 9 de Noviembre la abertura dejó de dar salida al pus.

Unas tres semanas, poco más ó ménos, ántes de la muerte comenzaron á formarse abscesos en diferentes puntos del cuerpo, en la parótida derecha, en las partes blandas de la cadera derecha, etc., y la enferma ex-

perimentó una gran dispnea y espectoró esputos purulentos. Fué imposible examinar el pecho, porque el más ligero movimiento, la más pequeña manipulacion causaban grandes dolores.

La postracion aumentó gradualmente y la enferma falleció el 14 de Noviembre.

Autopsia. — Enflaquecimiento muy pronunciado. En la cadera derecha absceso que contenía siete á ocho onzas de pus. En el ombligo, abertura fistulosa bastante ancha para admitir una pluma de ganso; se abría en una cavidad fungosa del volúmen de una naranja pequeña, que comunicaba con el cólon trasverso y el duodeno, é indirectamente con la vesícula. El orificio situado en el cólon era bastante ancho para admitir el dedo. En dicho punto el cólon estaba muy contraido, y su mucosa muy inyectada y ligeramente ulcerada. Inmediatamente á la derecha de esta abertura la fístula estaba muy adherida al cólon. La vesícula era pequeña y contenía unos ocho gramos de líquido semejante al suero de la leche, sin ningun color de bílis. El conducto cístico estaba obliterado, pero no había cálculo biliar. Entre el fondo de la vesícula y el cólon se encontraba una comunicacion fistulosa, cuya direccion era algo oblicua y bastante ancha para admitir el catéter núm. 1.

La cara interna de la vesícula alrededor de esta abertura, se hallaba marcada por una cicatriz radiada bastante extensa. La fístula existente entre el duodeno y la cavidad fungosa era bastante ancha para admitir una pluma de cuervo, y se abría en el duodeno inmediatamente por debajo del píloro. Las paredes abdominales, alrededor de la cavidad fungosa, habían contraido una adherencia invencible con las vísceras; no existía líquido en el peritoneo. Medio litro de líquido seroso claro en la cavidad pleurítica izquierda. Algunas antiguas adherencias en el vértice del pulmon izquierdo, que se hallaba en gran parte en estado normal; sin embargo, el lóbulo inferior contenía muchos nódulos de pulmonía lobular; los más gruesos eran del volúmen de una nuez, grises, granulosos y muy friables. Un litro á litro y medio de serosidad turbia, que contenía numerosos copos de linfa en la pleura derecha; pulmones aglutinados á las paredes torácicas, hácia delante y en el vértice, por linfa reciente. Lóbulo inferior del pulmon derecho deprimido, no crepitante, que se hundía en el agua, compacto al corte y muy resistente.

Ocho onzas de materia gelatinosa, opaca, amarillenta, puriforme en el pericardio; esta materia era semi-sólida, y, examinada al microscopio, se hallaba constituida por una sustancia fibrilar fina y numerosos corpúsculos de linfa, ó semejantes á los del pus, pero no verdaderas células de pus con los núcleos característicos. El pericardio estaba muy adherido al ventrículo izquierdo, en un espacio que medía pulgada y media de diámetro. Superficie externa del corazon cubierta de placas membranosas de linfa, gran número de las cuales estaban muy adheridas.

OBSERVACION CLXXII. — *Fístula biliar abdominal, que daba salida á la bílis.*

El 11 de Octubre de 1869 ví, acompañado de mi compañero el doctor Curling, á una señora de 40 años próximamente, que padecía una fístula biliar. Había padecido durante algunos años paroxismos repentinos de dolor intenso en el hipocondrio derecho, acompañados de vómitos pero no seguidos de ictericia.

En Marzo de 1869 observó por vez primera una tumefaccion dolorosa en el abdómen, por debajo de las costillas derechas y por delante. Los médicos á quienes esta señora consultó, manifestaron diversas opiniones respecto á la naturaleza del tumor. Uno veía un tumor fibroso, otro un hidátide. El tumor aumentó, y como la fluctuacion se hizo manifiesta se abrió en Mayo, saliendo algunas onzas de un líquido viscoso, opaco, amarillo, sin indicios de bílis.

El 3 de Junio pasó por la abertura una concrecion biliar no más gruesa que un cañamon, y otros cuatro en los primeros días de Setiembre, de ellos uno más grueso y con facetas distintas.

El 18 de Setiembre comenzó á experimentar un vivo dolor en la region hepática, por delante, pero que se extendía hácia atras en forma de semicírculo, y al cabo de dos ó tres días pasaron otras dos pequeñas concreciones, y calmó el dolor.

Una semana despues la enferma se despertó por la noche con un dolor atroz en el hipocondrio derecho y hácia atras, y violentos esfuerzos para vomitar.

Pasadas algunas horas, estos síntomas disminuyeron; pero dos noches despues (27 de Setiembre) reaparecieron, y al día siguiente la enferma encontró su camisa y la ropa de la cama inundadas de bílis.

Desde entónces hasta que volví á verla, pasados 14 días, hubo una evacuacion constante de bílis de color verde oscuro por la abertura fistulosa, que se hallaba situada á igual distancia del ombligo y del borde inferior de las costillas en la línea mamaria derecha. Salía por esta abertura una ó dos onzas de líquido por hora, algunas veces más, otras ménos. Ordinariamente, su cantidad aumentaba despues de las comidas; el líquido ofrecía todos los caractéres de la bílis pura, verde oscura.

La enferma adelgazaba y perdía sus fuerzas con bastante rapidez, y experimentaba mucho dolor y flatulencia despues de las comidas. La orina era oscura y contenía pigmento biliar; las deposiciones ofrecían un color arcilloso, sin indicio de bílis; ictericia apénas sensible de la piel y de las conjuntivas.

Tres días despues de mi primera visita pasó por la abertura otra pequeña concrecion biliar; pero no hubo mejoría en los síntomas generales,

y la enferma continuó debilitándose más y más hasta el 7 de Noviembre, en que tuvo otra crísis de dolor violento en el lado derecho, con vómitos, y el 8 observó que el flujo por el orificio de la fístula se había casi suprimido, y que existía bílis en abundancia en las deposiciones.

El estado general de la enferma mejoró gradualmente, y al cabo de algunas semanas se hallaba en estado de embarcarse para las Indias Occidentales; pero en Diciembre de 1872 quedaba aún un pequeño orificio fistuloso por debajo de las costillas que daba salida á un moco gleroso.

Hé aquí cuáles fueron, en mi concepto, las diversas fases de este notable caso:

1.ª Una concrecion que se había formado en la vesícula penetró en el conducto cístico, causando paroxismos de dolor hepático y vómitos. No llegó hasta el conducto hepático, y, por lo tanto, no hubo ictericia.

2.ª Obstruido el conducto cístico, la bílis no podía penetrar en la vesícula; la que ya se encontraba en dicho receptáculo fué absorbida; la vesícula se inflamó y fué distendida por un líquido viscoso, opaco, formando un tumor que era apreciable á traves de las paredes abdominales.

3.ª Se hizo una abertura en este tumor y fué evacuado su contenido, quedando un orificio fistuloso que dió salida á un líquido viscoso y á pequeños cálculos biliares.

4.ª Bajo la influencia de otro ataque de cólico biliar y de los vómitos, la concrecion del conducto cístico fué desalojada y pasó al colédoco, obstruyéndolo. De aquí resultó que la bílis no pudo penetrar en el intestino, y que, una vez en la vesícula, salió por la abertura fistulosa, y, por consiguiente, no hubo ictericia.

5.ª Bajo la influencia de una nueva crísis biliar con vómitos el cálculo pasó al duodeno, se restableció el curso de la bílis en sus vías normales y se cerró la comunicacion fistulosa.

Esta es, en mi sentir, la única explicacion posible de las particularidades del caso que hemos referido; pero, áun admitiéndolo así, es casi extraordinario que una concrecion que obstruyó el conducto cístico durante muchos meses concluyera por ser desalojada y pasara al conducto colédoco; y que este último quedara libre despues de hallarse obstruido completamente cerca de seis semanas por un cálculo biliar, era más de lo que se podía esperar en tales circunstancias. La cantidad de bílis segregada por el hígado en este caso no pareció menor de un litro en las 24 horas, y á pesar de ello la enferma perdió poco de su peso.

No la volví á ver más que una vez, y estaba muy molestada para que se pudiera experimentar la accion de los medicamentos sobre la secrecion de la bílis.

La observacion CLXXIII es otro ejemplo de fístula biliar externa producida por cálculos.

Ademas de los tres casos que os he referido, he tenido ocasion de ver dos: uno en una señora de 82 años que nunca había tenido ictericia; otro en una señora de más de 70 años que padeció dos crísis de cólico hepático con ictericia diez y cinco años ántes.

OBSERVACION CLXXIII. — *Numerosos cálculos biliares evacuados por orificios fistulosos situados en el ombligo.*

La señora G..., de 58 años, me consultó el 4 de Abril de 1872, siguiendo las indicaciones del Dr. J. C. Lynds, de Sudbury. Unos tres meses ántes, poco más ó ménos, había tenido repentinamente vómitos y dolor violento en la region del hígado. Bien pronto apareció entre las costillas derechas y el ombligo un tumor duro, doloroso, casi del grosor de un huevo de gallina, que al cabo de cuatro ó cinco semanas se abrió en el ombligo, dando salida á una corta cantidad de pus pero ninguna bílis.

Dos días despues salió un cálculo biliar, y posteriormente algunos centenares más, cuyo tamaño variaba entre el de un cañamon y un guisante. Conservaba 328 en una cajita. Los más gruesos habían ocasionado mucho dolor á su paso.

Cuando ví á esta señora tenía tres aberturas fistulosas rodeadas por un reborde rojizo, y que daban salida á un líquido viscoso, precisamente á la derecha del ombligo; la noche anterior había pasado un cálculo. La enferma había sufrido durante algunos años dolores de cabeza biliosos, pero no dolores en el lado derecho, ni ictericia.

25 Julio 1876. — Durante los cinco meses que siguieron á la primera visita que me hizo la Sra. G., pasaron por la fístula 27 nuevos cálculos biliares. Despues de esto la fístula se cerró, encontrándose la paciente en el mejor estado.

En el siguiente caso, aunque la enferma tuvo un cáncer del hígado, el principal interes patológico consistió en un cálculo biliar que se abrió paso hasta el interior de la vena porta.

OBSERVACION CLXXIV. — *Cáncer del hígado. — Penetracion de un cálculo en la vena porta por vía de ulceracion. — Flebítis. — Puohemia. — Peritonítis por rotura de un absceso hepático. — Endocardítis reciente.*

Ana L..., de 57 años de edad, fué admitida el 7 de Febrero de 1876 en el hospital de Santo Tomás. Su padre murió de consuncion á los 45 años; su madre vivió hasta los 70. Nuestra enferma ha tenido tres hermanos y siete hermanas, ninguna de los cuales vive; los tres hermanos murieron de consuncion. No existen antecedentes de gota, de reumatismo, ni de sífilis.

La enferma ha gozado siempre buena salud, si exceptuamos que á menudo ha tenido espasmos violentos en el abdómen despues de la menstruacion; las reglas cesaron á los 40 años, pero la paciente continuó experimentando vivos dolores lancinantes en el abdómen, sin vómitos ni ictericia. Dos años ántes de su admision comenzó á debilitarse y á enflaquecer, y por espacio de ocho meses sintió dolor en el epigastrio; de vez en cuando vomitaba los alimentos. Continuó, encontrándose así, ganando la vida como lavandera. Seis semanas ántes de entrar en el hospital, al ir á ponerse á lavar, vióse acometida repentinamente por un vivo dolor en el dedo pequeño del pié derecho, que no tardó en hincharse, ponerse rojo y sensible. Por consiguiente, se vió obligada á suspender su trabajo y á guardar cama la mitad del día.

Al entrar en el hospital se observa desde luégo que la enferma está demacrada; ligera ictericia de la piel y de las conjuntivas; gangrena limitada del dedo pequeño del pié derecho, con tumefaccion, lividez y ligera sensibilidad á lo largo del dedo externo del mismo pié. Pero la enferma se queja, sobre todo, de un dolor que reside en la parte superior del abdómen y en la espalda, incesante y marcado por fuertes exacerbaciones; náuseas persistentes, y de vez en cuando esfuerzos para vomitar. Lengua sucia y seca por debajo y en el centro; extreñimiento. No hay ascítis.

El hígado parece muy aumentado de volúmen y se extiende desde el nivel de la tetilla hasta por debajo del ombligo; aumento de volúmen uniforme; superficie dura, desigual y sumamente sensible; pulso á 96, débil; ruidos del corazon tambien débiles; no hay soplo. Falta la tos, pulmones sanos; temperatura 38°,4. Densidad de la orina 1,015, sin albúmina.

Despues de la entrada de la enferma, su temperatura volvió bien pronto á la cifra normal; pero la debilidad hizo rapidísimos progresos, y la muerte ocurrió el 13 de Febrero.

Autopsia. — Fuertes adherencias, consistentes parcialmente en tejido de nueva formacion, fijan el hígado á la pared abdominal y á los órgano. inmediatos, de modo que dividen la cavidad peritoneal en dos porciones. El espacio superior contenía cierta cantidad de líquido amarillo verdoso sucio, que parecía bílis mezclada con pus. La cara superior del hígado, que formaba una parte del tabique que separaba este espacio, presentaba todos los signos de una inflamacion reciente, aguda, y tambien dos placas irregulares, reblandecidas, con perforacion, de las cuales exudaba un líquido semejante al de la cavidad superior. El borde anterior del hígado estaba igualmente adherido á la extremidad pilórica del estómago y al páncreas; una gruesa masa irregular y nodulada de cáncer infiltraba y servía para reunir dichas partes. Esta masa ocupaba el lugar de la vesícula, y se extendía á la cisura porta y porcion adyacente del hígado. La vena porta y el conducto colédoco la atravesaban; el conducto contenía bílis y no parecía apénas obstruido. La vena porta, á una pulgada poco más ó

ménos por delante de su entrada en esta produccion morbosa, frente al cáliz del hígado, se ensanchaba formando una cavidad irregular de paredes oscuras, ulceradas, fungosas, que contenía un cálculo biliar oblongo; éste tenía media pulgada, poco más ó ménos, en su diámetro mayor. Dicha cavidad no tenía más desagüe que las ramas de la vena. Desde este punto las ramas de la vena porta se hallaban muy inflamadas y llenas en cierta extension por un coágulo adherente, parcialmente reblandecido en el centro; muchas de dichas ramas terminales estaban igualmente llenas por un coágulo adherente, en parte decolorado, y los puntos correspondientes de la sustancia del hígado ofrecían un color blanquecino ó amarillento, y estaban más ó ménos reblandecidas (como en abcesos puohémicos en su primer período) y rodeados de una zona de inyeccion. Dos espacios de este género, anchos é irregulares, en la cara superior del lóbulo derecho, presentaban una ulceracion fungosa de la porcion del peritoneo que los cubría, con muchas perforaciones que habían abierto camino hácia la cavidad peritoneal. Había tambien sembrados á traves del hígado, principalmente en el lóbulo izquierdo, muchos nódulos de nueva formacion, de un cuarto á tres cuartos de pulgada de diámetro, duros y aplanados, y deprimidos cuando se aproximaban á la superficie.

Bazo blando, que pesaba siete y media onzas: contenía algunos infartos recientes, en parte reblandecidos. Riñones pequeños, con embolias recientes y cicatrices profundas, y otras de fecha antigua. Muchos pequeños nódulos de nueva formacion, aplanados, en la cara inferior del diafragma. Pulmones sin infartos y sin productos de nueva formacion. Válvulas del corazon normales, si exceptuamos una pequeña vegetacion reciente en el centro de una de las válvulas aórticas, y las masas de vegetacion reciente en la cara auricular de la válvula mitral.

C) Aumento de volúmen de la vesícula biliar

En el diagnóstico de las enfermedades del hígado es importante no perder de vista las diversas causas de aumento de volúmen de la vesícula biliar.

Debo deciros, pues, ántes de terminar esta leccion, algunas palabras acerca de los caractéres distintivos de las diversas formas que este aumento de volúmen puede revestir, y que pueden, bajo el punto de vista clínico, referirse á las cinco clases siguientes:

I. Acumulacion de bílis;
II. Supuracion;
III. Hidropesía;
IV. Cálculos biliares;
V. Cáncer.

I. — Aumento de volúmen de la vesícula biliar por acumulacion de la bílis

El aumento de volúmen de la vesícula biliar por acumulacion de bílis es, como ya hemos dicho, una de las primeras consecuencias de la obstruccion del conducto colédoco, y se distingue entónces por los caractéres siguientes:

1.° Ictericia, que se hace gradualmente intensa;

2.° Falta de bílis en las deposiciones;

3.° Aumento general de volúmen y sensibilidad del hígado;

4.° Tumor elástico ó fluctuante, piriforme, algo sensible, que se proyecta desde el borde del hígado en la posicion ocupada por la vesícula.

El Dr. Bright ha referido un caso en el cual la vesícula formaba un tumor fluctuante que se extendía casi hasta la cresta del ileon (1). El doctor Babington ha publicado otro en el cual la vesícula contenía tres tazas de bílis (2), y Copland refiere una observacion en la cual contenía cuatro lítros de líquido, y era tan voluminosa que proyectaba hácia delante las costillas falsas de ambos lados (3). Es raro, sin embargo, que este órgano adquiera tales proporciones. El tumor puede desaparecer repentinamente por la evacuacion de gran cantidad de bílis, por las deposiciones y la desaparicion de la ictericia. Cuando la obstruccion del conducto biliar es permanente, la bílis es reabsorbida á menudo poco á poco, y al cabo de cierto tiempo la atrofia puede sustituir á la dilatacion. En ocasiones la vesícula biliar, distendida cuando sus túnicas están reblandecidas por el proceso inflamatorio ó la degeneracion grasosa, se romperá ó determinará una peritonítis mortal, como en la observacion CLXV.

Se han referido hechos raros en que un cálculo biliar, situado en el cuello de la vesícula ó en el conducto cístico, ha obrado como una válvula dejando entrar la bílis en la vesícula, pero impidiéndole salir, lo cual tenía por resultado la acumulacion de la bílis en la vesícula. En tales casos, la ictericia ni las deposiciones arcillosas no faltan; pero estos hechos se presentan tan rara vez, que apénas hay ocasion de preocuparse del diagnóstico.

En las lecciones precedentes he presentado ejemplos de aumento de volúmen de la vesícula por acumulacion de bílis. (Observaciones LXVI, CXXII, CXXIV y CXXVII.)

---

(1) *Abdomin. tumours*, Sydenh. Soc. Ed., pág. 271.
(2) *Guy's Hosp. Reports*, 1842-43, t. VII.
(3) *Diction. of pract. med.*, t. II, pág. 4.

II. — Aumento de volúmen de la vesícula biliar por supuracion

La vesícula biliar se encuentra algunas veces distendida por pus, que puede estar mezclado con bílis ó completamente semejante al de un absceso ordinario, como en la observacion CLXX. La inflamacion de la vesícula puede ser consecutiva á su distension exagerada por la bílis, como cuando el conducto colédoco está obstruido; pero en la mayor parte de los casos de supuracion el conducto cístico es el único obstruido y la inflamacion se halla limitada á la vesícula, y es debida á la irritacion producida por los cálculos ó á cualquier otra causa.

Hé aquí, pues, sus caractéres:

1.° Tumor que corresponde por su situacion y forma al procedente de una distension biliar, pero más sensible y más doloroso, y acompañado de trastornos febriles más pronunciados, y á menudo de escalofríos, fiebre y sudores nocturnos. Existen, en realidad, todos los caractéres de un absceso hepático, del cual no bastan á distinguirle su forma y su situacion.

2.° No hay ictericia.

3.° Las deposiciones contienen bílis.

4.° No existe aumento general de volúmen ni sensibilidad del hígado.

5.° En ocasiones, como en la observacion CLXX, hay antecedentes de cólico biliar.

6.° Sólo el absceso tropical del hígado podrá ser simulado por la supuracion de la vesícula, y por consiguiente el diagnóstico será fácil por la circunstancia de un tumor que corresponde á la descripcion que acabo de dar, y que sobreviene en un enfermo que no ha habitado nunca en los países cálidos.

El infarto inflamatorio de la vesícula biliar desaparece en ocasiones poco á poco bajo la influencia del tratamiento; algunas veces se abre exteriormente ó en el intestino.

III. — Aumento de volúmen de la vesícula por hidropesía

Cuando la vesícula biliar está distendida por pus, puede abrirse al exterior y formar una fístula biliar, ó bien en el intestino. Pero otras veces, en lugar de pus, se encuentra un líquido tenue, coposo, ó bien, si el proceso inflamatorio es ligero y afecta una forma crónica, el líquido puede presentar dichos caractéres desde el principio. Esto es lo que se entiende por hidropesía de la vesícula biliar, por más que no sea una *hidropesía* en el sentido estricto de la palabra, sino una inflamacion crónica.

El aumento de volúmen de la vesícula biliar procedente de esta causa ofrece todos los caractéres de la que tiene por orígen la supuracion, excepto que es apénas dolorosa, si lo es, y que no va acompañada necesa-

riamente de desórdenes febriles. Por consiguiente, esta forma de aumento de volúmen de la vesícula es la que más fácilmente puede confundirse con un hidátide pediculado, del cual se distinguirá sobre todo por su situacion y por el hecho de que su desarrollo va á menudo, aunque no necesariamente, precedido de antecedentes de cólico hepático. (Obs. CLXXII.)

IV. — Aumento de volúmen de la vesícula á consecuencia de la acumulacion de cálculos

Los cálculos se acumulan á veces en la vesícula en tal cantidad, que llegan á provocar la formacion de un tumor distinto. Esta forma de aumento de volúmen puede reconocerse por los caractéres siguientes:

1.° Es duro y algunas veces nodulado.

2.° Ordinariamente es movible.

3.° La presion no determina dolor, aunque puede haber cierta sensacion de malestar.

4.° En ocasiones se percibe una sensacion de chasquido cuando se mueve el tumor, ó bien el enfermo acusa una sensacion de peso, que va de un lugar á otro cuando cambia de posicion en la cama.

5.° En muchos casos hay ictericia ó antecedentes de cólico hepático.

6.° Su volúmen no varía apénas, pues su desarrollo es lento é imperceptible.

7.° Faltan los signos habituales del cáncer.

Dichos caractéres pueden encontrarse modificados cuando los cálculos provocan la ulceracion de la mucosa ó una peritonítis local. El tumor puede entónces ser doloroso y adherente, y aumentar de volúmen.

V. — Aumento de volúmen de la vesícula por depósito canceroso en el espesor de sus paredes

El cáncer de la vesícula es algunas veces consecutivo al cáncer del hígado, ó del páncreas (Obs. CXXV), ó de algun órgano más distante (Obs. CLXXV); ordinariamente la enfermedad comienza en la vesícula biliar, siendo atacados despues el peritoneo ó el hígado (Obs. CLXXVI). Una cosa notable es que en la mayor parte de los enfermos la vesícula biliar contiene cálculos, y el cáncer parece haber sido una consecuencia de los cálculos biliares. El aumento de volúmen de la vesícula biliar á consecuencia de un cáncer, presenta los siguientes caractéres:

1.° Hay un tumor duro, algunas veces nodulado, casi del grosor de una naranja, poco más ó ménos, en la region de la vesícula biliar. En ocasiones el tumor es algo blando en el centro por el reblandecimiento

de la materia cancerosa, ó porque el cáncer reside principalmente en el cuello, miéntras que el fondo contiene líquido. (Obs. CLXXV.)

2.° Es adherente y no movible.

3.° Es muy sensible á la presion, y ordinariamente ofrece fuertes dolores lancinantes.

4.° Su desarrollo puede ser rápido. Con frecuencia existen antecedentes de cólico hepático.

5.° La ictericia y los vómitos son síntomas comunes, debidos á la extension del cáncer al conducto colédoco ó á la presion del tumor sobre el píloro.

6.° Las comunicaciones fistulosas con el conducto digestivo, y particularmente con el cólon, no son raras; por consiguiente, el paso de un grueso cálculo biliar, con ó sin hemorragia, por el ano, acompañando á un tumor que ofrezca los caractéres que os he descrito, corroborarán en vez de disipar el diagnóstico de cáncer.

7.° Hay un enflaquecimiento rápido, con los fenómenos habituales de la caquexia cancerosa.

TRATAMIENTO DEL AUMENTO DE VOLÚMEN DE LA VESÍCULA

1.° El tratamiento de la distension exagerada de la vesícula por la bílis ha sido ya expuesto al hablar de la ictericia por obstruccion del conducto colédoco.

2.° En el curso de esta leccion os he indicado algunos medios á los cuales debeis recurrir en la inflamacion de la vesícula. Réstame exponer las siguientes advertencias:

a) Siempre que seais llamados en un caso de este género, convendrá desde luégo exponer al enfermo el peligro que puede resultar de un violento esfuerzo muscular ó de un traumatismo por ligero que sea. Se han referido casos en los que, bajo la influencia de tales circunstancias, se rompió la vesícula y sobrevino una peritonítis mortal (1).

b) Algunas veces será necesario puncionar la vejiga y vaciar su contenido (obs. CLXXV); pero no se debe recurrir á semejante operacion más que cuando el desarrollo del tumor es rápido y hay peligro inminente de rotura, ó cuando el organismo se halla profundamente debilitado por una fiebre héctica. Segun la opinion de respetables autores, es evidente que la operacion no puede aconsejarse cuando hay ictericia con falta de bílis en las deposiciones. Si no hay adherencias en el tumor, será necesario provocarlas por medio de la potasa cáustica.

---

(1) Véase en apoyo de esto una pieza del Museo del hospital de San Bartolomé, serie XIX, núm 14.

3.° La acumulacion de cálculos biliares en la vejiga debe tratarse de la manera ya expuesta.

4.° Finalmente, cuando el aumento de volúmen es de índole cancerosa, todo lo que puede hacerse es aliviar los síntomas más penosos y hacer más llevaderos los últimos días del paciente.

Para terminar voy á referiros dos casos de cáncer de la vesícula que observé hace ya algun tiempo, y que fueron publicados por mí en el volúmen VIII de las *Pathological Transactions*. En uno de ellos, el cáncer de la vesícula fué consecutivo á un cáncer del recto y del hígado; en el otro, el cáncer del hígado pareció ser consecutivo al de la vesícula biliar.

OBSERVACION CLXXV. — *Cáncer del recto. — Cáncer secundario del hígado, que comprendia la vesícula y obliteraba el conducto cístico. — Aumento de volúmen de la vesícula.*

A. B..., de 53 años, fué admitida en el hospital de Santa María de Lóndres el 29 de Agosto de 1856. Desde dos meses ántes padecía dolores en los riñones y en el abdómen, y á su entrada tenía tambien algo de ictericia y extreñimiento. El volúmen del hígado no había aumentado, pero un tumor del volúmen de una naranja pequeña partía del borde inferior, en el punto ocupado por la vesícula.

Estos síntomas aumentaron, y una semana despues la enferma tenía ademas vómitos incoercibles.

Todos los tratamientos fueron impotentes; la ictericia aumentó de una manera progresiva, lo mismo que el extreñimiento; la enferma se debilitó más y más hasta la muerte, el 28 de Setiembre.

Al hacer la *autopsia*, pequeños nódulos de cáncer esparcidos en la superficie peritoneal de los intestinos. Estrechez del recto por un depósito semejante, que comenzaba á una y media pulgadas del ano y se extendía á una altura de tres pulgadas. La única porcion del hígado que estaba enferma era el lóbulo cuadrado; este lóbulo contenía un depósito canceroso del volúmen de una naranja pequeña, que englobaba y había obliterado el conducto cístico. Las paredes de la vesícula estaban, en la cuarta parte de su extension á partir del conducto, engrosadas por el depósito canceroso; los tres cuartos anteriores no habían sido invadidos por la enfermedad; toda la vesícula biliar estaba pálida y muy distendida, hasta el punto de formar una elevacion de dos pulgadas por delante del borde anterior del hígado; contenía un líquido lechoso, coposo, que ofrecía al microscopio numerosas laminillas epiteliales, y dos cálculos biliares tan gruesos como cerezas. No había indicios de ulceracion en ningun punto de su membrana mucosa, ni adherencias entre su superficie externa y ninguna víscera. Bílis en el duodeno. La mucosa del estómago, el bazo, los riñones y los pulmones, estaban sanos.

OBSERVACIÓN CLXXVI. — *Destruccion de la vesícula por una ulceracion cancerosa, y comunicacion de la cavidad resultante con el cólon trasverso. Cáncer del hígado.*

S. P..., de 56 años de edad, pintor de carruajes, se confió á mis auxilios facultativos el 14 de Agosto de 1856. Me refirió que, siendo jóven, había tenido ictericia, precedida de violentos calambres en el estómago. Cuarenta años ántes de que yo le viese tuvo un ataque de fiebre reumática, seguido de palpitaciones y demas signos de afeccion cardiaca. Su padre había vivido hasta una edad muy avanzada, y su madre murió á los 86 años de un cáncer del útero. Era nuestro enfermo el último hijo de su madre, que le parió cerca de los 50 años.

Tres meses ántes de que yo le viera comenzó á experimentar un dolor en la region del hígado, pero continuó regularmente su trabajo hasta mediados del mes de Julio. Hácia esta época tuvo violentos dolores abdominales, vómitos y diarrea. Continuó todavía su trabajo durante 15 días, pero el 1.° de Agosto se vió obligado á guardar cama. El 7 de Agosto sobrevino la ictericia.

Hé aquí cómo le encontré en mi visita del día 14 de Agosto. Enflaquecimiento considerable, conjuntivas de color amarillo intenso; cara ansiosa; ofrece un aspecto caquéctico y expresa el sufrimiento.

Capa amarillenta en la lengua; los vómitos continúan; casi todo lo que el enfermo toma es arrojado inmediatamente, y algunas veces ántes de que haya habido dolores de estómago. Diarrea. Su mujer asegura que hace dos ó tres días el paciente evacuó cierta cantidad de materia negra como sangre mezclada con las deposiciones. Experimenta el enfermo en la region hepática un dolor agudo que le atraviesa (segun él dice), y se manifiesta por intervalos. La macidez hepática en la línea mamaria derecha se extiende á cuatro pulgadas por debajo del reborde costal, y se puede sentir un tumor en la region de la vesícula de dos á tres pulgadas de diámetro nada movible, al parecer relacionado con el hígado y muy doloroso á la presion. El enfermo no puede dormir á causa del dolor. Pulso á 100. Se oye un ruido de soplo diastólico en el centro del esternon.

Prescripcion: dieta láctea, vino, opiáceos y diversos medicamentos para suspender los vómitos, tales como el aceite de nafta y el ácido cianhídrico diluido.

Nada de esto fué eficaz: el enfermo se agravó gradualmente y murió el 19 de Agosto. Antes de la muerte las deposiciones habían adquirido un color y una consistencia completamente normales.

Autopsia. — Placas blancas en la superficie del corazon, y muchas pequeñas vegetaciones en las válvulas mitral y aórticas. Pulmones sanos. No había líquido en el peritoneo. Numerosas masas pequeñas de depósito

morboso esparcidas en la superficie del hígado y en su tejido, cuyo volúmen variaba desde el de un guisante al de una naranja pequeña. Las de la superficie eran umbilicadas en el centro, y de todas exudaba por la presion un jugo lechoso que contenía una multitud de las células llamadas cancerosas y núcleos libres. Las dimensiones de estas células variaban de 1/320 á 1/1.500 de pulgada; eran redondeadas, elípticas, fusiformes, piriformes, etc., siendo sus núcleos gruesos y bien distintos. Entre ellas se encontraban algunas células madres. Cólon trasverso sólidamente adherido al borde anterior del hígado en un punto que correspondía á la situacion de la vesícula. Abriendo el intestino, se vió que comunicaba, por una abertura del tamaño de una moneda de cinco céntimos, con una cavidad excavada en la sustancia del hígado, la cual medía dos y media pulgadas de delante atras, y una y media de un lado á otro. Las paredes de esta cavidad presentaban un aspecto irregular, fungoso; se hallaban constituidas por tejido hepático y canceroso desorganizado; su interior estaba lleno de un líquido pultáceo, de color pardo oscuro, el cual contenía un pedazo de patata y otros restos de los alimentos. Esta cavidad correspondía exactamente por su posicion al sitio ocupado por la vesícula biliar, cuyas paredes no se encontraron. Los restos del conducto y de la arteria cística, obliterados, estaban reunidos en una masa de depósito canceroso del volúmen de una castaña, que comprimía igualmente, pero no obliteraba, el conducto colédoco. Los bordes de la abertura en el cólon trasverso y toda la circunferencia de la posicion correspondiente del intestino estaban engrosados por un depósito que estrechaba el calibre del intestino, produciendo una estrechez que apénas admitía la punta del dedo. El intestino por encima de dicha estrechez estaba muy dilatado, y se veían en la superficie de su mucosa algunas úlceras superficiales circulares; las más anchas tenían las dimensiones de la tercera parte de una moneda de 50 céntimos más allá de la estrechez; el intestino estaba contraido. No había lesion de ninguna otra porcion del estómago ó de los intestinos, pero el píloro se hallaba comprimido por los depósitos cancerosos del hígado.

LECCIONES CROONIANAS

ACERCA

DE LOS DESORDENES FUNCIONALES DEL HIGADO

LEIDAS EN 1874

EN EL REAL COLEGIO DE LOS MÉDICOS DE LÓNDRES

LECCION DÉCIMACUARTA

Noticia acerca del Dr. Croone. — Las nociones actuales acerca de los desórdenes funcinales del hígado no son satisfactorias. — A. FUNCIONES DEL HÍGADO EN ESTADO FISIOLÓGICO. — Ojeada histórica : opiniones de Galeno; Bartolino entierra el hígado. Ideas modernas: triple funcion del hígado : 1.°, *sanguificacion y nutricion ;* 2.°, *desintegracion de la materia albuminoidea ;* 3.°, *secrecion de la bílis.* Composicion, orígen, cantidad y usos de la bílis. — B. DESÓRDENES FUNCIONALES DEL HÍGADO. — Objeciones á la clasificacion existente; clasificacion del autor: I. *Nutricion anormal*: 1.°, obesidad; 2.°, adelgazamiento. *a)* Falta de bílis ; *b)* diabétes ; *c)* otras variedades de enflaquecimiento.—II. *Eliminacion anormal:* síntomas de retencion biliar; colesterina.

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES:

Creo interesante para algunos de vosotros dedicar breves frases, á manera de prefacio, al fundador de las lecciones que voy á tener el honor de comenzar.

Los detalles biográficos que os daré á conocer están tomados de los *Archivos* del Colegio, editados por nuestro sabio colega el Dr. Munk.

El Dr. Guillermo Croone nació en Lóndres, é hizo sus estudios en un colegio de Cambridge. Llegó á ser miembro de este Colegio el 29 de Julio de 1675 y censor del mismo en 1679. En 1659 fué elegido profesor de retórica en el colegio Gresham. Dejó de ejercer este cargo en 1670, despues de haber sido designado para explicar un curso de Anatomía en la Sala de los Cirujanos. Murió en 1684, y fué enterrado en el cementerio de San Miguel, en Poultry. Dejó un programa para dos series de lecciones que él tenía intencion de fundar; uno de dichos cursos debía darse en el Colegio de los Médicos de Lóndres; el otro ante la Sociedad Real, versando sobre la naturaleza y las leyes del movimiento muscular.

Su testamento no contiene ninguna disposicion para dotar estas fundaciones; pero la viuda (que más tarde se casó con Sir Edwin Sadleir) completó las intenciones del Dr. Croone, legando la taberna de la Cabeza del Rey, en Lambeth Hille, Knight Rider Street; las cuatro quintas partes del producto de esta propiedad deberían adjudicarse al Colegio de los Médicos para fundar este curso anual, conocido con el nombre de *Lecciones croonianas*, y la quinta parte restante para fundar la Leccion crooniana de la Sociedad Real.

En 1738 el Dr. Woodford, profesor real de Medicina en Oxford, presentó al Colegio un precioso retrato del Dr. Croone; hoy se halla colocado en la Sala de los Censores.

El fundador de estas lecciones no fijó el asunto que había de ser objeto de las mismas, como lo había hecho en la Sociedad Real. Así, todos los que sucesivamente han estado encargados de ellas eligen temas de medicina práctica, que su experiencia especial les ha permitido dilucidar. El que yo he adoptado me parece muy digno de la atencion de este Colegio y de los profesores en general: me refiero á los *desórdenes funcionales* del hígado.

La opinion reinante sobre lo que constituye los desórdenes funcionales del hígado, es vaga y en manera alguna satisfactoria. Acaso no haya ninguna expresion más frecuente, entre el enfermo y el médico, que la siguiente: *el hígado se halla en mal estado;* constantemente se refieren ciertos síntomas á la bílis, sin tener en cuenta que pocos autores han intentado precisar cuáles son los síntomas característicos de una perturbacion hepática. Es de suponer que algunas veces se refieran al hígado síntomas que acaso no tienen nada que ver con él; y, por otra parte, cabe creer que ciertos síntomas atribuidos á primera vista á otros órganos, y aún las degeneraciones graves de los tejidos y las enfermedades orgánicas, no sólo del hígado mismo, sino tambien de todo el cuerpo, pueden referirse á desórdenes funcionales del hígado, aunque algunos entre estos últimos sólo se conocen de un modo bastante imperfecto.

Es notable ver que ningun autor de los que tratan de medicina en general, y áun de las afecciones hepáticas en particular, da á conocer los desórdenes funcionales del hígado.

Las siguientes páginas deben considerarse como una ligera tentativa en este sentido; en ellas nos proponemos estudiar, por medio de las luces que nos han proporcionado los recientes trabajos de algunos autores, los síntomas y condiciones morbosas que pueden atribuirse fundadamente á un hígado enfermo.

No pretendo resolver esta cuestion sobre una base sólida y definitiva; pero, llamando la atencion acerca de su importancia y provocando la

discusion, creo que se podrá conocer mejor este asunto y se llenará un vacío en la literatura médica.

A. — Funciones del hígado en estado fisiológico

Antes de comenzar á discutir los resultados de los desórdenes del hígado, creo necesario decir algo acerca de las funciones del mismo órgano en estado de salud.

No deja de ser notable que, por lo que concierne á las funciones normales del hígado, lo mismo que en lo referente á la patología de la fiebre y de la inflamacion, los trabajos modernos tiendan á reproducir, bajo una forma científica, ciertas opiniones primitivas emitidas por los más antiguos autores médicos.

Teniendo en cuenta su amplio volúmen y la vasta red sanguínea que está en relacion con él, los padres de la medicina pensaban que el hígado era asiento de muchas funciones importantes, y en realidad el órgano central de la vida vegetativa. Galeno, por ejemplo, enseñaba que el hígado era el foco del calor animal, el orígen de la sanguificacion y el punto de partida del sistema venoso. Asignaba á las venas que recorren el intestino la funcion de absorber los líquidos nutricios y de llevarlos, por el intermedio de la vena porta, al hígado, donde suponía que se verificaba el trabajo de la sanguificacion y la produccion del calor animal. Hacía despues caminar la sangre á traves de las venas hepáticas hasta el corazon; por consiguiente, consideraba, repetimos, el hígado como punto de partida del sistema venoso.

Durante más de 1.600 años estas opiniones de Galeno, más ó ménos modificadas, han sido adoptadas generalmente por los fisiólogos y los médicos, y áun sostenidas en el siglo XVII por Harvey. Pero el descubrimiento, en la primera mitad del siglo XVII, de los vasos lácteos y del conducto torácico, demostró que el quilo iba á la sangre independientemente de la vena porta y del hígado. Por lo tanto, este órgano cayó de su pedestal y dejó de desempeñar un papel importante en la sanguificacion. Tomás Bartolino, en su *Defensa de los vasos lácteos y linfáticos contra Riolano*, hizo un epitafio del hígado, en el cual se anunciaba el fin de su reinado y se indicaba que su funcion se reducía á la secrecion de la bílis.

Vivit, floretque pro bile separanda, sed, si sanguinem conficiendum spectemus, funeratum creditur. Ivimus illi exsequias, nunquam redituro. Nam...

> ..... *facilis descensus Averni,*
> *Sed revocare gradum, superasque evadere ad auras,*
> *Hoc opus, hic labor.*

Aunque no parece probable *à priori* que la glándula más voluminosa

de la economía, que recibe sangre en abundancia de diferentes orígenes y que goza relaciones particulares con la sangre que vuelve de la placenta en el feto, y del estómago y de los intestinos en el adulto, no tenga otra funcion que la secrecion de un líquido que probablemente tiene ménos importancia en la digestion que el jugo gástrico ó el jugo pancreático, sin embargo, durante cerca de dos siglos se creyó que el único papel del hígado consiste en la secrecion de la bílis; y áun hoy, cuando se habla de sus desórdenes funcionales, parece que se trata tan sólo de la secrecion biliar, modificada en su calidad ó en su cantidad.

Así, nuestro antiguo y sabio colega el Dr. Copland, uno de los pocos autores modernos que han discutido los desórdenes funcionales del hígado, los coloca en tres grupos diferentes; á saber: 1.°, diminucion de la secrecion de la bílis; 2.°, aumento de secrecion de la bílis; y 3.°, secrecion de bílis morbosa ó alterada (1); cuya clasificacion representa probablemente con bastante exactitud las ideas de la gran mayoría de los prácticos modernos. La creencia de que el hígado no tiene otra funcion que segregar la bílis, es la que ha hecho nacer la opinion tan comunmente empleada por los médicos, lo mismo que por el vulgo, al decir que *el hígado no quiere obrar*, cuando todo el mal consiste en el extreñimiento.

Pero los trabajos fisiológicos llevados á cabo en estos últimos 25 años han devuelto en gran parte al hígado la importancia que en otro tiempo se atribuía al hígado en el organismo; han demostrado que la formacion y la excrecion de la bílis distan mucho de ser la más importante de sus funciones (acaso sea la ménos), y, por consiguiente, han aumentado el número de sus desórdenes funcionales.

I. Ante todo, se sabe en la actualidad que el hígado es uno de los órganos principalmente interesados en el proceso de la sanguificacion. Ya en 1820, Tiedemann y Magendie demostraron que la absorcion de los materiales nutritivos en el intestino no se verifica tan sólo por medio de los vasos lácteos, sino que la vena porta arrastraba una parte de ellos (2); las investigaciones ulteriores de los fisiólogos han establecido que el hígado juega un papel bastante considerable en la asimilacion y la nutricion.

Lo que sabemos de más importante acerca de esta cuestion lo debemos á los estudios de Cl. Bernard y de otros observadores, los cuales han demostrado que el hígado tiene la propiedad de fabricar y de tener en reserva en sus células, durante cierto tiempo, la *glucógena* ($C^6H^{10}O^5$), sustancia análoga á la dextrina ($C^6H^{10}O^5$) en cuanto á su composicion y sus

---

(1) *Medical Dictionary*, t. II, pág. 273.

(2) *Versuche über die Wege auf welchen Substanzen aus des Magen und Darm-Canal in Blut gelangen.* Heidelberg, 1820.

reacciones, y susceptible como ella de trasformarse en azúcar bajo la influencia de los fermentos albuminoideos.

Esta sustancia existe siempre en el hígado en mayor proporcion durante la digestion que cuando el sujeto está en ayunas, y llega á su máximum cuatro ó cinco horas despues de la comida. Todavía no se han fijado los fisiólogos en la naturaleza de los materiales que contribuyen principalmente á formarlo, pero no es dudoso que su proporcion aumenta bajo la influencia de una alimentacion azucarada ó feculenta.

Se admite que el almidon de los alimentos ($C^6H^{10}O^5$) se convierte en azúcar de uvas ó glucosa ($C^6H^{12}O^6$) por la saliva y el jugo pancreático, miéntras que el azúcar de caña ($C^{12}H^{22}O^{11}$) es trasformado por el jugo intestinal en azúcar de uvas y otra especie de azúcar llamada *levulosa* ($C^6H^{12}O^6$). La glucosa y la levulosa son absorbidas por las venas intestinales y conducidas por la vena porta á la glándula hepática, donde se trasforman en parte quizá en grasa, pero sobre todo en glucógena, que queda en reserva en las células hepáticas y sirve para la nutricion de los tejidos durante el ayuno. Sin embargo, el hecho de que tambien se encuentra glucógena en cantidad variable en los animales que han sido alimentados exclusivamente con carne, prueba que dicha sustancia puede formarse tambien de las materias albuminosas. La albúmina de los alimentos es convertida por el jugo gástrico en peptona, que es igualmente absorbida por las venas intestinales y trasportada al hígado, donde se descompone en glucógena y en productos azoados, tales como la leucina ($C^6H^{14}NO^2$) y la tirosina ($C^9H^{11}NO^3$), que, finalmente, se resuelven en urea (CH^4N^2O) (1). La glucógena procedente de estos dos orígenes no permanece mucho tiempo en el hígado, porque la gran cantidad que de él se forma despues de las comidas disminuye rápidamente durante el ayuno. No es eliminada por los conductos biliares, porque la bílis no contiene ni glucógena ni azúcar, sino que, ora en estado de glucógena misma, ora más probablemente en estado de azúcar (2) (en el cual, segun C. Bernard

(1) Véase Fick en *Pflüger's Archiv.*, t. IV, pág. 40, y Schultzen y Nencky, *Zeitschrift für Biologie*, t. VIII, pág. 124.

(2) En apoyo de la diferencia de opinion que existe todavía en este punto, hé aquí lo que dice el Dr. Brunton en el Sanderson's *Handbook for the Phylosophical Laboratory*, 1873: « Miéntras que Bernard admite que la produccion de azúcar en el hígado se verifica de una manera incesante durante la vida, este hecho ha sido contradicho por Pavy, Ritter, Meissner y Schiff, que sostienen que no tiene lugar sino despues de la muerte ó en determinadas condiciones patológicas, como trastornos de la respiracion y de la circulacion durante la vida. Apoyan tal opinion en sus observaciones, segun las cuales se encuentra muy poco ó ningun azúcar en el hígado cuando se examina este órgano inmediatamente despues de la muerte, y más azúcar en las venas hepáticas que en la yugular ó la vena porta. Es perfectamente exacto que no se encuentra más que poco azúcar en los hígados frescos; pero esta débil proporcion se debe probablemente á la circulacion incesante de la sangre á traves del hígado, en la cual arrastra el azúcar á medida que se forma (Flint).

y la mayor parte de los demás fisiólogos modernos se trasforma en el hígado ó en la sangre bajo la influencia de un fermento albuminoide), penetra en la sangre por la vena porta.

La funcion glucogénica del hígado tiene, entre otros objetos, el de suministrar de un modo incesante una sustancia fácilmente oxidable, como el azúcar, que en presencia de una materia albuminosa se convierte rápidamente en los pulmones en ácido carbónico y en agua, y contribuye así al sosten del calor animal.

Aunque hay aún cierta divergencia de opiniones entre los autores más competentes en esta materia, es evidente que sólo una porcion de la glucógena formada con el hígado se trasforma en azúcar para quemarse en los pulmones, y que el sosten del calor animal dista mucho de ser su principal objeto. Hay buenas razones para admitir que la glucógena sirve para el desarrollo de las células; en efecto, así como vemos que la presencia del azúcar en las plantas contribuye al rápido desarrollo de las células, así tambien en los animales se puede encontrar glucógena allá donde se verifica un proceso activo de formacion de células. Bernard y Rouguet la han encontrado en abundancia en las células de la placenta y del amnios, y Rouguet en no pocos tejidos del feto, como el cartílago, el músculo y las células epiteliales de la piel (1); tambien se encuentra en los productos inflamatorios de la pulmonía, y en las neoformaciones cuando la produccion celular es activa. Hoppe-Seyler ha demostrado asimismo que es un principio constituyente de los leucocitos miéntras son activos; pero que, cuando han perdido su facultad de movimiento, la glucógena desaparece y es reemplazada por azúcar (2).

Con motivo de estas observaciones es importante consignar que la sangre, al salir del hígado, es mucho más densa y contiene mayor proporcion de materiales sólidos (aunque haya ménos fibrina), y tambien de corpúsculos blancos, que á su entrada en este órgano. Bernard, Lehmann y Mac Donnell han demostrado que la sangre de las venas hepáticas contiene 5 á 10 veces más leucocitos que la sangre de la vena porta (3);

» La opinion segun la cual la sangre de la vena porta contiene tanto azúcar como la de las venas hepáticas, se funda en experimentos erróneos por la omision de una ligadura sobre la primera cuando se quita el hígado; de suerte que, como las venas hepáticas no tienen válvulas, su sangre refluye á la vena porta. Cuando se evita esta causa de error, se encuentra mucho más azúcar en la vena hepática que en la vena porta. Para responder á la objecion de que el azúcar ha podido formarse despues de la muerte, se ha tomado sangre del corazon derecho ó de la vena cava, y la cantidad de azúcar que contenía se ha comparado con sangre recogida en la vena yugular. Se han tomado todas las precauciones para evitar los desórdenes circulatorios, y sin embargo, se ha encontrado azúcar en bastante más cantidad en el primero que en la última (Lusk).»

(1) *Journal de physiologie*, 1859, t. II.

(2) *Med. chem. Untersuchungem*, 1871, pág. 486.

(3) Véase Mac Donnell's, *Observat. on the functions of the liver*. Dublin, 1865.

por otro lado, Hirt de Zittau ha visto que la proporcion de leucocitos con relacion á los glóbulos rojos es en la vena porta : : 1 : 524 y en la vena hepática : : 1 : 136 (1). Los glóbulos rojos de las venas hepáticas tienen, al parecer, los contornos más marcados, una menor disposicion á aglomerarse, y se disuelven en el agua ménos pronto que los de la vena porta.

Podemos recordar igualmente las notables observaciones de Weber, confirmadas por Kölliker, respecto á la formacion considerable de corpúsculos sanguíneos en el hígado del embrion.

En los primeros tiempos de la vida fetal los corpúsculos sanguíneos se multiplican á traves de la masa entera de la sangre; pero cuando el hígado comienza á formarse cesa este proceso y se observa entónces en dicha víscera una activa formacion de leucocitos, trasformándose despues dichos corpúsculos gradualmente en hematíes por el desarrollo de materia colorante en su interior. Segun Kölliker, esta nueva formacion de corpúsculos sanguíneos en el hígado continúa miéntras dura la vida fetal en los mamíferos (2).

A juzgar por las observaciones ántes citadas, es probable que en el adulto el hígado continúe realizando las funciones que en el feto pertenecen á una multitud de tejidos diferentes; la glucógena producida en sus células se combina con el ázoe, y forma un protoplasma azoado que sostiene la nutricion de la sangre y de los tejidos. El Dr. Mac Donnell cree que una parte de la glucógena hepática se combina con el nitrógeno procedente de la destruccion de la fibrina de la sangre en su paso á traves del hígado, y que de aquí resulta una nueva sustancia protéica que entra en la circulacion. Nuestro querido colega el Dr. Pavy admite tambien que la glucógena es capaz de trasformarse en grasa. Es indudable que la introduccion en los alimentos de principios feculentos y azucarados determina la produccion de grasa en la economía; por otra parte, los experimentos de Pavy han demostrado que la ingestion de estos mismos principios va acompañada de un aumento marcado en la cantidad de glucógena del hígado (3).

La produccion de la glucógena puede, pues, considerarse como la primera fase de la asimilacion de las sustancias feculentas y azucaradas de nuestra alimentacion; y como se sabe que estos elementos conducen á la produccion de la grasa, la glucógena debe ocupar un lugar intermedio entre ambas. El proceso de la asimilacion puede llegar hasta la produccion de grasa en el hígado, ó bien puede ser debido á la formacion de otro

---

(1) Muller's, *Archiv*, 1856, y Carpenter's, *Principles of human physiology*, séptima edicion, pág. 228.

(2) Todd y Bowmann, *Physiology*, 1856, t. II, pág. 263; Carpenter, *loc. cit.*, página 214, y Kölliker, *Manuel d'histologie*

(3) Pavy, *On the nature and treatement of diabete*, segunda edicion, 1868, pág. 113.

principio que se elimina del hígado y se trasforma entónces en grasa. Finalmente, cabe pensar que la glucógena y el azúcar desempeñan cierto papel en la accion muscular; en todos los casos, se ha visto que la cantidad de azúcar contenida en la sangre disminuye considerablemente en su paso á traves de los vasos en contraccion (1). Segun Bernard, esta destruccion del azúcar en el músculo se debe á la fermentacion láctea (2).

Puede haber otras vías por las cuales el hígado contribuye á la asimilacion y á la nutricion, pero creemos haber dicho lo bastante para justificar, á pesar de la prediccion de Bartolino, la restitucion al hígado de esta importante funcion que le atribuían Galeno y sus antecesores; á saber: la sanguificacion.

En segundo lugar, segun las investigaciones modernas es probable que el hígado desempeñe una funcion no sospechada por Galeno, y que, bajo el punto de vista patológico, es todavía más importante que la que acaba de ocuparnos.

Una multitud de observaciones patológicas, lo mismo que fisiológicas, demuestran que el hígado es un órgano en el cual la sangre no sólo se forma, sino tambien se destruye, se purifica, y que contribuye en alto grado á la destruccion de los principios albuminoideos procedentes de la alimentacion y de los tejidos, y á la formacion de la urea y del ácido úrico, que ulteriormente son eliminados por los riñones.

A primera vista, parece poco dudoso que la albuminuria y la fibrina de la sangre se disocian en gran parte en el hígado. Lehmann y Bernard han demostrado que miéntras que la sangre de la vena porta contiene mucha fibrina, la sangre de las venas hepáticas contiene poca ó ninguna (3). Brown-Séquard ha calculado que unos 2.690 gramos de fibrina se pierden diariamente por la sangre, en su paso á traves de los órganos digestivos y el hígado (4). Si así es, podemos comprender fácilmente que cuando alguna circunstancia impide que se realice la destruccion de la fibrina, la proporcion de ésta contenida en la sangre aumentará rápidamente, como sucede en el reumatismo agudo y otros estados morbosos. Ademas, puede creerse que, miéntras los leucocitos tienen su orígen en el hígado, los hematíes se destruyen, y las materias colorantes azoadas de la orina resultan, en parte, de ese trabajo de destruccion. Gréhant ha observado que se destruye hemoglobina en el paso de la sangre á traves del

---

(1) Sanderson, *Handboock for the physiolog. Laborat.*, 1873, pág. 508.

(2) Lecciones dadas en el Colegio de Francia, *London Medical Record*. Octubre y Noviembre de 1873. — Véase tambien *Leçons sur le diabète*, pág. 426.

(3) Mac Donnell, *op. cit.*, pag. 29; G. Budd, *Diseases of the liver*, tercera edicion, 1857, pág. 47.

(4) *Journal de physiologie*, t. I, pág. 304.

hígado (1). Sabido es que los glóbulos rojos en contacto de una disolucion bastante fuerte de ácidos biliares (12 por 100, W. Legg) (2), miéntras que, segun los experimentos de nuestro antiguo colega Bence Jones, es muy probable que los diferentes matices que presentan los sedimentos de la orina, amarillo, pardo y rosado, sean debidos á diferentes grados de oxidacion del pigmento de la bílis (3). Ademas, es evidente que el hígado interviene activamente en la formacion de los productos azoados que son eliminados por los riñones.

1.° Un hecho bien conocido, y acerca del cual tendré ocasion de hablar más adelante con extensos detalles, es que se observa, como uno de los signos más constantes de los desórdenes funcionales del hígado, una formacion incompleta de urea, como lo prueba el depósito en la orina de ácido úrico ó de uratos, y una materia colorante parda íntimamente combinada con el ácido úrico.

2.° Cuando gran parte del hígado ha sido destruida por la enfermedad, la urea eliminada por la orina disminuye considerablemente ó desaparece por completo.

Por ejemplo, cuando un cáncer ha destruido una gran parte del hígado, se observa una gran diminucion de la urea (4). Hace treinta años, nuestro colega el Dr. Parkes examinó la orina en cierto número de casos de hepatítis y de abscesos del hígado en la India, encontrando que en algunos había abundancia de urea, miéntras que en otros se encontró poca ó ninguna. La causa de esta diferencia consiste, segun dicho autor, en la intensidad de la supuracion. Cuando ésta era excesiva, lo cual suponía que la sustancia glandular del hígado estaba casi completamente destruida, la proporcion de la urea había disminuido de un modo considerable, y en un grado proporcional á la extension de la destruccion del tejido glandular por el absceso. Por el contrario, cuando el hígado no supuraba, pero estaba congestionado y engrosado, lo cual implica una mayor actividad en el funcionamiento de sus células secretorias, se observaba el aumento de la urea y del ácido úrico á la vez (5). Del mismo modo, en esa singular enfermedad la atrofia aguda del hígado, en que las células hepáticas se disgregan rápidamente, todo indicio de urea desaparece en la orina y puede ser reemplazado dicho cuerpo por otras sustancias albuminoideas ménos

---

(1) Sanderson, *op. cit.*, pág. 498.

(2) Kuhne, *Arch. f. pathol. Anat.*, 1858, t. XIV, pág. 324; Robin, *Mém. de la Soc. de Biol.*, 1857, y W. Legg, *Saint-Barthol. Hosp. Rep.*, 1873, t. IX.

(3) G. Budd, *op. cit.*, pág. 34; Sanderson, *op. cit.*, pág 449. «La gran semejanza de pigmento urinario con bilifulvina, es un argumento poderoso en favor de un orígen hepático... Una prueba en favor del orígen hepático puede sacarse de la influencia de las enfermedades del hígado sobre el pigmento urinario.» (Parkes, *On the urine*, 1860, pág. 30.)

(4) Parkes, *On the urine*, 1860, pág. 330.

(5) E. A. Parkes, *On the dysentery and hepatitis of India*, 1846.

oxidadas, como la leucina y la tirosina, que tambien se encuentran en gran cantidad en el tejido hepático, como si marcaran la suspension ó el cambio de la trasformacion de la albúmina (1). Hay, finalmente, razones, que con frecuencia se trata de presentar, para creer que cuando los síntomas cerebrales sobrevienen en un caso de ictericia prolongada con destruccion del hígado, no son debidos, como generalmente se cree, á la saturacion del organismo por la bílis, sino á la no eliminacion de la urea.

Recientes observaciones confirman de una manera notable las conclusiones que pueden deducirse de este hecho.

El Sr. Genevoix, en una tésis publicada hace poco (2), deduce de sus propias observaciones, lo mismo que de las de los Sres. Charcot, Bouchardat y otros, que los desórdenes del hígado que no interesan seriamente su tejido glandular, como la congestion y ciertas formas de ictericia, producen un aumento en la excrecion de la urea, miéntras que las lesiones graves, como el cáncer, la cirrósis y la atrofia aguda, la disminuyen considerablemente.

El Dr. Brouardel ha llegado exactamente al mismo resultado en una notable Memoria publicada en los *Archives de Physiologie,* números 5 y 6 de 1876.

De dicho trabajo se deduce desde luégo que la cantidad de urea eliminada en las veinticuatro horas depende:

1.° De la actividad mayor ó menor de la circulacion hepática;

2.° De la integridad ó de la destruccion de la sustancia glandular del hígado, disminuyendo siempre mucho la cantidad en las afecciones del hígado que producen una gran destruccion de su tejido glandular, como la atrofia aguda, la cirrósis, la degeneracion grasosa, etc.

Resulta claramente de estas observaciones, segun Meissner, «que la atrofia y la destruccion del tejido hepático van acompañadas de una notable diminucion en la formacion de la urea» (3), y que la cantidad de urea eliminada por la orina suministra indicaciones de gran importancia para apoyar el pronóstico en numerosas afecciones hepáticas.

3.° La experiencia prueba indudablemente que la urea existe en gran cantidad en el hígado y que se forma en él. El Dr. Parkes, en las *Lecciones croonianas* para 1871 (4), nos dice que los trabajos de Heinsins y Stockvis, seguidos de los de Meissner, Bullar, Perls y otros, han establecido sobre una base experimental el hecho de que se puede encontrar mucha urea en el hígado. Por su parte, los experimentos más recientes de Cyon

---

(1) Frerichs, *op. cit.*, pág. 250; Murchison, pág. 271.
(2) Tésis de París, 1876, tiradas aparte. Delahaye, 1876.
(3) Henle's, *Zeitschr. für ration. Med.*, t. XXXI, pág. 246.
(4) *The Lancet,* 1871, t. I, pág. 469.

prueban, al parecer, que en el hígado mismo se verifica una produccion de urea.

Analizando la sangre obtenida por la introduccion de tubos en la vena porta y las venas hepáticas en un perro, Cyon ha visto que la sangre de estos últimos vasos contenía siempre más urea que la de la vena porta. En un experimento la sangre de ésta no contenía más que 0,08 gramos de urea en 100 centímetros cúbicos; pero despues de haber atravesado una vez la glándula hepática contenía 0,14, y despues de haberla atravesado cuatro veces, 0,176. Dicho fisiólogo se aseguró igualmente de que este aumento no era debido tan sólo al lavado del hígado, sino que se formaba realmente urea (1). Es importante añadir que la produccion de urea en el hígado aumenta siempre considerablemente despues de las comidas.

Tambien se ha encontrado varias veces ácido úrico en el hígado del hombre y de los mamíferos, pero siempre en pequeña cantidad; ademas, en los pájaros, en los cuales el ácido úrico reemplaza á la urea como gran emunctorio de nitrógeno, reemplaza igualmente á la urea en el hígado, segun se observa tambien probablemente en el hígado del hombre bajo la influencia de ciertas condiciones patológicas.

Todas estas observaciones prueban, pues, que el hígado juega un gran papel en la metamorfósis destructiva de la materia albuminoidea, cuyos productos son eliminados por los riñones (2), aunque es fácil que otros órganos glandulares y áun los corpúsculos en la sangre en circulacion, segun admiten Ludwig y Fuhrer (3), puedan contribuir á este proceso.

Conforme puede esperarse desde luégo, estos fenómenos de oxidacion y de disociacion, lo mismo que los debidos á la formacion de la bílis, van acompañados de produccion de calor. Siendo la temperatura media del cuerpo de 36°,6 á 37°, la del hígado en estado fisiológico llega á 40°, y algunas veces, segun Bernard, hasta 41° (4).

Cláudio Bernard ha demostrado tambien que, en los perros, la temperatura de la sangre en las venas hepáticas es mucho más elevada que en la vena porta, y que la temperatura en la parte superior de la vena cava es

---

(1) *Centralblatt f. die med. Wissensch.*, Agosto de 1870, pág. 580.

(2) Hemos visto que, en la ictericia por obstruccion del conducto colédoco, los actos nutritivos del hígado están debilitados ó suspendidos; pero no se deduce que debe haber por esto una diminucion correspondiente en las funciones destructivas del órgano. Por consiguiente, el hecho de que en la ictericia por obstruccion la eliminacion de la urea por los riñones está al principio ligeramente disminuida ó aumentada, no prueba en manera alguna que el hígado no contribuya á su formacion. Cuando la ictericia se prolonga bastante tiempo, no es raro que se suspenda la eliminacion de la urea y sobrevengan síntomas de intoxicacion de la sangre.

(3) Parkes, *The Lancet*, 1871, t. I, pág. 470.

(4) *On the Heat of the Body. The Gulstonian Lectures for* 1871, por S. Gee, *British med. Journ.*, 1871, t. I, pág. 330.

más elevada que la de cualquier otra parte del cuerpo. Esta alta temperatura se debe, sin duda alguna, á las activas trasformaciones químicas que se verifican en el hígado; y como el calor es absorbido durante la asimilacion y desprendido durante la disociacion, la alta temperatura producida en el hígado obliga á admitir que los fenómenos de descomposicion que en él se verifican dominan sobre los de formacion.

Por otra parte, cuando la actividad de los procesos del hígado es menor, como despues de la ligadura del conducto colédoco ó en la ictericia por obstruccion, la temperatura del organismo es á menudo menor de la normal, y en los animales no se encuentra elevacion de la temperatura en la sangre de las venas hepáticas. De aquí se deduce que la observacion precisa de los tiempos modernos ha confirmado la opinion emitida hace muchos siglos por Galeno, de que el hígado es un gran centro de calor animal.

III. La tercera funcion del hígado es la *secrecion de la bílis.*

La composicion de esta sustancia es compleja, y sus usos no se conocen todavía. La bílis humana, tal como se encuentra despues de la muerte, es ordinariamente un líquido de color pardo oscuro, de consistencia especial por la mucina que procede de la vesícula y de los conductos biliares; pero en estado fresco, tal como sale del hígado, es un líquido trasparente de color amarillo de oro como la yema de huevo, muy amargo, presentando una reaccion alcalina y una densidad de 1.018. Es untuosa al tacto y se mezcla en cualquier proporcion con el aceite ó la grasa. Contiene 9 á 17 por 100 de materias sólidas, siendo siempre su proporcion mayor despues de las comidas, y consistiendo en gran parte en principios particulares de la bílis. Dejando á un lado la mucina, estos principales compuestos son: 1.°, el pigmento biliar; 2.°, los ácidos biliares combinados con la sosa; 3.°, la colesterina y las grasas; 4.°, sustancias minerales, como los fosfatos de sosa, de potasa, de cal, de magnesia y de hierro, el cloruro de sodio é indicios de cobre.

El siguiente análisis de la bílis de un hombre de 22 años muerto á consecuencia de un accidente, ha sido hecho por Frerichs.

Agua	859,2
Residuo sólido	140,8
Glucocolato de sosa Taurocolato de sosa	91,4
Grasa	9,2
Colesterina	2,6
Pigmento biliar y moco (este último 1,4)	29,8
Sales	7,7

El pigmento amarillo se designa actualmente con el nombre de *bilirubina* ($C^{16}H^{18}N^2O^3$). Por el reposo se torna verdoso por oxidacion y se

convierte en *biliverdina* ($C^{16}H^{20}N^2O^5$), lo cual explica el color oscuro que presenta ordinariamente la bílis en la vesícula despues de la muerte y en la materias fecales. La biliverdina es tambien la principal materia colorante de la bílis de los hervíboros. Se sabe en el día que la bilirubina se forma del pigmento sanguíneo ó hemoglobina en las células hepáticas, durante el paso de la sangre á traves del hígado. Este orígen del pigmento biliar ha sido indicado, á fines del siglo último, por un miembro distinguido de este Colegio, el Dr. W. Saunders: « Siendo la bílis verde y amarga comun á todos los animales de sangre roja, y no existiendo más que en ellos, es probable que haya alguna relacion entre dicho líquido y la materia colorante de la sangre; los glóbulos rojos de esta última contribuyen, pues, más especialmente á la formacion de la bílis (1) ». Esta idea, defendida actualmente por Virchow, se apoya en la identidad aparente del pigmento biliar con el pigmento sanguíneo que se encuentra en las antiguas extravasaciones de sangre, y porque lo que parece ser el pigmento biliar puede ser producido por el pigmento sanguíneo, por medio de reacciones químicas (2); está apoyada tambien en el descubrimiento que han hecho los Sres. Frerichs y Zenker de cristales de hematoidina en la bílis espesa y en la bílis en un caso en que las orinas eran ictéricas (3); por la observacion de Gubler de que la bilirubina y la hematina dan la misma serie de colores con el ácido nítrico, excepto que el color verde es más persistente cuando se trata de la segunda (4); por el descubrimiento de Frerichs, Kuhne y otros, de que cuando alguna sustancia, tal como los ácidos biliares ó el agua, que tiene la propiedad de disolver los corpúsculos sanguíneos y dejar en libertad la hemoglobina, se inyecta en las venas, el pigmento biliar (bilirubina) aparece en la orina.

Por otra parte, segun ha observado Gréhant, la hemoglobina se destruye en parte en la sangre, durante su paso á traves del hígado (5). Ademas, cabe creer que el pigmento biliar se metamorfosea á su vez en pigmento urinario (6).

Se puede preparar una sustancia que presente los mismos caractéres espectroscópicos que los del pigmento urinario desoxidando la bilirubina, y puede creerse que en el organismo los pigmentos biliares son reducidos por el hidrógeno ó los demas agentes reductores que se encuentran en el

---

(1) *Treatise on the structure and diseases of the liver*, tercera edicion, 1803, página 147.

(2) Virchow, *Patología celular fundada en el estudio fisiológico de los órganos y tejidos*, version española del Dr. M. Carreras Sanchis. Valencia, 1878; Kühne, *Lehrb. der physiol. Chem.* Leipzig, 1866, pág. 89.

(3) *Jahresb. von der Gesellsch. für Natur und Heilkunde in Dresden*, 1858, página 53.

(4) *Gaz. médicale de Paris*, 1859, pág. 469.

(5) Sanderson, *op. cit.*, pág. 498.

(6) Bence Jones, en Budd, *op. cit.*, pág. 34; Parkes, *On the urine*, 1860, pág. 30.

intestino (1). Un hecho clínico bien conocido igualmente, es que nada ejerce tanta influencia sobre los caractéres del pigmento biliar como un desórden funcional ú orgánico del hígado. Ahora bien; si se considera esta circulacion osmótica que existe de una manera incesante entre el hígado, la sangre y el contenido de los intestinos, la glándula hepática parece ser muy bien el intermedio de la metamorfósis del pigmento sanguíneo en pigmento biliar, y de este último en pigmento urinario.

Los ácidos biliares de la bílis humana son el ácido glucocólico ($C^{26}H^{43}NO^{6}$) y el ácido taurocólico ($C^{26}H^{45}NO^{7}S$). Ambos derivan de la albúmina y contienen nitrógeno; el ácido taurocólico, al cual se debe el sabor amargo de la bílis, contiene todo el azufre de dicho líquido secretorio. Uno y otro ácido se encuentran en la bílis combinados con la sosa: esto constituye lo que se llaman ácidos conjugados, es decir, que están compuestos de ácido cólico ($C^{24}H^{40}O^{5}$) que no contiene nitrógeno ni azufre, en combinacion con la taurina, que contiene á la vez nitrógeno y azufre, y la glucocina ($C^{2}H^{5}NO^{2}$), en la cual hay nitrógeno, pero no azufre.

La colesterina ($C^{26}H^{44}O$) es una sustancia grasa que cristaliza bajo la forma de rombos incoloros, una de cuyas puntas es incompleta. Se encuentra en la sustancia nerviosa, en el bazo, en la sangre y en ciertas exudaciones morbosas, lo mismo que en la bílis. Un médico americano, el doctor Agustin Flint, ha demostrado que la colesterina se forma en gran parte, si no en totalidad, en el tejido nervioso, de donde la toma la sangre, y que una de las principales funciones del hígado es eliminar esta colesterina, cuya acumulacion en la sangre, cuando deja de verificarse el funcionamiento del hígado, va acompañada de síntomas cerebrales, y otras de intoxicacion de la sangre (2).

La bílis así constituida, ¿es constantemente segregada por el hígado? Reina todavía hoy una gran divergencia respecto al papel que juega el hígado en la formacion de la bílis. Generalmente se admite que los ácidos biliares se forman en y por el hígado; pero en cambio muchos fisiólogos y clínicos pretenden que el pigmento biliar se forma previamente en la sangre y que es separado de este líquido por el hígado, y explican los casos de ictericia en los cuales no hay obstruccion de los conductos biliares diciendo que el pigmento biliar se acumula en la sangre porque el hígado cesa de obrar, ó porque se suprime su funcion (3). Hace mucho tiempo que he opuesto graves objeciones á esta opinion (véase leccion IX).

. . . . . .

---

(1) Sanderson, *op. cit.*, pág. 499.
(2) *Recherches expérimentales sur une fonction du foie.* Paris, 1868.
(3) Budd, *op. cit.*, y G. Harley, *Jaundice, its Pathology and Treatment.* Lóndres, 1863.

Me parece, pues, insostenible por tales razones que el pigmento biliar se forme en la sangre.

Se ha demostrado experimentalmente que la cantidad de bílis segregada por el hígado aumenta de una manera repentina despues de las comidas, llega á su máximum al cabo de unas dos horas, disminuye luégo gradualmente, y durante la abstinencia está en pequeña cantidad. Bajo el punto de vista de los desórdenes funcionales del hígado, importa no olvidar que la cantidad de bílis segregada diariamente por un hombre que consuma una mediana cantidad de alimentos es mucho más considerable que la que pasa por los intestinos. Se ha calculado generalmente la cantidad de bílis segregada en el hombre en las 24 horas, en vista de las observaciones llevadas á cabo en perros con fístula biliar artificial (1), y hé aquí cuáles fueron los principales resultados. Segun Kölliker y Müller, un perro que consume diariamente la décimaquinta parte de su peso de carne, segrega en las 24 horas 23,13 de bílis por 1.000 de su peso. Bidder y Schmidt dicen que con una decimaséptima parte de su peso de carne, un perro segrega 19,19 de bílis por 1.000. Teniendo en cuenta el volúmen proporcionalmente más considerable del hígado en el perro que en el hombre (2), se deduce que la cantidad de bílis segregada en las 24 horas por un hombre de 160 libras de peso, y que come cuanto tiene hambre, es:

Segun Kölliker y Müller.	De 66,742 onzas.
— Scott.	De 42,763 —
— Bidder y Schmidt.	De 35,476 —

Experimentos análogos han sido practicados en los perros por Nasse, Platner y Stackman, y, segun sus resultados, Carpenter ha calculado que un hombre que pesa 134 libras debe segregar diariamente unas 40 onzas de líquido. Se puede, pues, admitir, por los experimentos practicados en los animales, que la cantidad de bílis segregada por el hígado humano en las 24 horas es de 40 onzas. Esta deduccion se halla plenamente confirmada por lo que se ha observado en los raros casos en que sobreviene una fístula biliar que da paso á la bílis, á consecuencia de un trabajo de ulceracion que ha producido la perforacion del fondo de la vesícula biliar, estando abierto el conducto cístico miéntras que el colédoco está cerrado; aunque en algunos casos la cantidad de bílis fué menor que en estado

(1) Sobre este objeto véase Bidder y Schmidt, *Die Verdauungssäfe und der Stoff*. 1852, pág. 186; doctor G. Scott, *Beale's Archives*, 1858, t. I, pág. 218; Carpenter, *Human. Physiol.*, séptima edicion, pág. 144; Wundt, *Elementos de Fisiología humana*, version española del Dr. M. Carreras Sanchis. Madrid, 1882

(2) El peso del hígado del perro es, segun seis observaciones de Bidder y Schmidt, la 26 del peso del cuerpo. Segun Quain, el peso del hígado en el hombre es la 30 del peso del cuerpo.

normal, porque el enfermo había enflaquecido mucho y tomaba ménos alimentos. Yo mismo he tenido ocasion de observar un caso de este género, cuyas particularidades merecen ser mencionadas.

Se trataba de una señora de 40 años, á quien ví en Octubre de 1869 en consulta con el Dr. Curling (véase Obs. CLXXII). Bajo la influencia de una obstruccion del conducto cístico por un cálculo biliar la vesícula se había inflamado, formándose un absceso crónico que se abrió al exterior. Resultó una abertura fistulosa que dió salida á un poco de líquido viscoso, incoloro, y á algunos pequeños cálculos biliares. Pero al cabo de cuatro meses sobrevino una nueva crísis de cólicos biliares con vómitos, y esta crísis fué acompañada de un cambio de lugar del cálculo, que desde el conducto cístico fué á parar al colédoco, obstruyéndole, segun lo probaron las deposiciones, que se tornaron grises, y la bílis, que salió en abundancia por la abertura fistulosa.

Tal estado de cosas continuó durante 41 días (teniendo siempre la enferma las deposiciones decoloradas, pero sin que hubiera apénas ictericia), cuando sobrevino otro ataque de cólico hepático y de vómitos, durante el cual el cálculo pasó al duodeno y el flujo de la bílis recobró su curso normal.

En este caso, la cantidad de bílis segregada durante las 24 horas fué un litro (más bien más que ménos), aunque la enferma apénas pesaba 130 libras y sólo comía moderadamente.

He reunido otras observaciones análogas, en las cuales los resultados estuvieron más ó ménos conformes con los que presentó mi enferma (1).

---

(1) Haller, en su *Fisiología*, cita el caso de un hombre que padecía una fístula biliar por la cual salieron cuatro onzas de bílis en seis horas; pero no dice si el conducto colédoco era permeable ó no. *(Physiologie.* Berne, 1764, t. VI, pág. 605.)

Heberden *(Commentaires,* cuarta edicion, pág. 210) refiere la observacion de una mujer de 50 años que evacuó una gran cantidad de líquido amarillo, durante cuatro horas, por una fístula situada en la pared abdominal.

En el volúmen IV de las *Transactions of the College of Physicians,* refiere el Dr. Saunders el caso de una mujer de 66 años, en la cual un grueso cálculo biliar se abrió paso á traves de las paredes abdominales. Durante tres semanas hubo un flujo continuo de bílis muy abundante, aunque el conducto colédoco no dejó de estar libre.

En el volúmen XXVII de las *Medico-chirurgical Transactions,* M. W. R. Barlow cita la observacion de un hombre de 54 años, en el cual. á consecuencia de un violento esfuerzo, el conducto colédoco estuvo obstruido temporalmente, quizá por un cálculo. De aquí resultó que en el espacio de 12 días se acumularon en la vesícula 13 tazas de líquido. El análisis demostró al Dr. Owen Rees que las cuatro quintas partes de este líquido eran bílis pura; de suerte que debió ser segregada una taza por día, aunque el enfermo fué sometido al tratamiento antiflojístico de aquel tiempo (1844), y sufrió muchas sangrías y aplicaciones de sanguijuelas.

En el volúmen XXXV de las *Medico-chirurgical Transactions* se cita el caso de una señora de 64 años que perdía diariamente ocho onzas de bílis por una fístula. Esta había resultado de la obstruccion del conducto colédoco por un grueso cálculo, y contaba medio año de fecha. Al cabo de este tiempo, la enferma murió de inanicion. La poca

Pero no me extenderé en detalles. Recordaré simplemente que Fauconneau-Dufresne, en su Memoria ya citada, observó que por las fístulas biliares externas á que dan lugar algunas veces los cálculos pueden salir enormes cantidades de bílis, de modo que inunden al enfermo. El mismo autor menciona un caso en que la cantidad diaria era de un litro.

Ademas, si, como parece probable, una gran parte de la bílis que penetra en el intestino es reabsorbida para atravesar de nuevo el hígado, es evidente que la cantidad que sale por una fístula biliar despues de la oclusion del conducto colédoco en el perro ó en el hombre, dista mucho de indicar la cantidad segregada en las circunstancias ordinarias. Esta opinion se halla apoyada por los experimentos de Schiff, que observó que cuando se introducía una cánula en la vesícula despues de la obliteracion del conducto colédoco, la salida de bílis no era nunca tan considerable como inmediatamente despues de la operacion, pero que se activaba en seguida cuando se introducía la bílis en las venas ó en el estómago (1).

Aunque la cantidad de bílis segregada diariamente varía de un individuo á otro y en la misma persona segun las circunstancias, pues sufre la influencia de la cantidad y calidad de la alimentacion, de la actividad de la respiracion y otras condiciones, es claro, dados los hechos que conocemos en la actualidad, que sólo se elimina por el intestino una pequeña porcion de la bílis segregada. Berzelius encontró, en 1.000 partes de materias fecales en estado fresco, nueve partes de una sustancia semejante á la bílis; lo cual, admitiendo que las heces lleguen á unos 160 gramos por día, da, poco más ó ménos, 1,50 gramos de bílis seca diaria (2). Ahora bien; como quiera que el hígado segrega, poco más ó ménos, 40 onzas de bílis por día, y conteniendo tan sólo el 5 por 100 de materia sólida, cuya cifra es bastante inferior de la cifra media, la cantidad de bílis seca segregada por día sería de 62 gramos; es decir, 40 veces la cantidad de bílis

---

cantidad de bílis en tal caso se debía á que la enferma era muy pobre y hacía uso de una alimentacion insuficiente.

El Dr. J. Hertz (de Kœnigsberg) ha referido recientemente la historia clínica de una señora de 28 años de edad, en la cual la cantidad de bílis que salía diariamente por una fístula era de 18 onzas. Cabe dudar, sin embargo, que toda la bílis formada pasara en realidad por la fístula, porque, aunque las deposiciones eran de color térreo, el curso de la bílis por el intestino se restableció despues de haber cerrado con alfileres la abertura exterior (pero no ántes de seis días, durante los cuales no apareció la ictericia); esto demuestra, al parecer, que la obstruccion del conducto colédoco no era completa. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 7 de Abril de 1873.)

Finalmente, el Dr. J. Krumptmann ha observado el caso de un hombre de 64 años, enfermo de fístula biliar por obstruccion calculosa, que evacuó durante 10 años por esta fístula un cuarto de litro por día. Cuando murió, á la edad de 74 años, la nutricion no había sufrido mucho, al parecer; de suerte que el autor tuvo quizá razon al decir que sólo salía por la bílis un quinto de la cantidad de bílis segregada. (*London Med. Rec.*, 30 de Abril de 1873.)

(1) Pflüger's, *Archiv*, 1870, r. 598.

(2) Budd, *op. cit.*, pág. 52.

evacuada por las deposiciones. Segun Bischoff, el hombre elimina por día unos tres gramos de ácidos biliares (alterados) por las deposiciones, miéntras que, segun Voit, se forman unos 11 gramos en el hígado; quedan, pues, ocho gramos que se emplean de otro modo (1). Bidder y Schmidt han visto tambien que no se elimina normalmente por las heces más que la octava parte del azufre contenido en la bílis (2). Se cree, por lo general, que todo el pigmento biliar es excretado por las materias fecales; pero sin duda no es así si se admite la realidad de los hechos de que hace poco os hablaba, segun los cuales el pigmento urinario procede del pigmento biliar. Por otra parte, un hecho clínico conocido por todos los observadores (á saber, que el pigmento biliar excretado por las heces aumenta en gran escala por los calomelanos y otros purgantes, sin que haya mayor formacion por el hígado) prueba, al parecer igualmente, que en las circunstancias ordinarias un buena porcion del pigmento biliar segregado por el hígado no es eliminado con las deyecciones alvinas. Se puede añadir que en los carnívoros y las serpientes, aunque el pigmento biliar sea segregado en abundancia por el hígado, la cantidad eliminada por las heces es relativamente menor que en el hombre (3).

Se trata, pues, de saber á dónde va la bílis que no es eliminada por el intestino; esta cuestion ofrece indudablemente gran importancia para la patología de numerosos casos de ictericia y de ciertos desórdenes funcionales del hígado.

La respuesta la tenemos en el hecho de que gran parte de la bílis segregada por el hígado es absorbida, ora por las vías biliares, ora por la mucosa intestinal. Dado lo que sabemos acerca de la difusibilidad de los flúidos á traves de las membranas animales, es imposible admitir que la bílis permanezca mucho tiempo en contacto con la mucosa de la vesícula, de los conductos biliares y del intestino, sin que una porcion considerable de ella pase á la circulacion general. La secrecion incesante y la reabsorcion de la bílis no es en realidad más que un fenómeno de esta circulacion osmósica que se verifica constantemente entre los flúidos del intestino y los de la sangre, y de la cual tenemos numerosas pruebas en nuestros trabajos patológicos y terapéuticos (4).

---

(1) Carpenter's, *Human Physiology*, séptima edicion, pág. 435.

(2) *Die Verdauungssäfte und der Stoffwechsel*, 1852, pág. 218.

(3) Liebig pretende que en los carnívoros es reabsorbida toda la bílis. Todd y Bowman opinan tambien que en los carnívoros no se encuentra más que poca ó ninguna bílis en los excrementos; y en la boa, aunque su hígado es voluminoso y segrega sin duda mucha bílis, los excrementos no contienen indicios de este líquido *(Physiology*, t. II, pág. 259). Aunque los excrementos de las serpientes presentan despues de haber tomado alimentos un color parduzco, y difieren de las masas blancas de ácido úrico que evacuan en otros momentos, Marcet, que es una autoridad indiscutible en esta materia, admite que los excrementos de la boa están casi completamente compuestos de uratos. *(Philosophical Transactions*, 1854, pág. 279.)

(4) La diarrea del cólera puede resultar de una suspension de esta circulacion in-

El Dr. Parkes llamó la atencion hace 18 años (en sus *Lecciones gulstonianas* dadas en este Colegio) acerca de dicho punto. «Se sabe en la actualidad, dice el Dr. Parkes (1), que existe en grados diversos una corriente incesante de líquido entre la sangre y el tubo digestivo, y una reabsorcion bastante rápida; la cantidad puesta en movimiento y absorbida en cada día es casi increible; esto constituye una circulacion secundaria ó intermedia, de la cual no llegó á tener idea el ilustre Harvey. La cantidad de jugo gástrico segregada en el estómago, para ser más tarde reabsorbida, se elevaba, en un caso observado por Grünenwal (2), á cerca de 23 pintas imperiales. Se puede admitir como cantidad media la de 12 pintas (algo más de seis litros).

»Segun Kræger, el páncreas segrega 12 1/2 pintas en las 24 horas, y las glándulas salivares unas tres pintas en el mismo tiempo. La cantidad de bílis es probablemente de más de dos pintas. En cuanto á la cantidad de líquido suministrada por la mucosa intestinal no se puede evaluar, pero debe ser enorme. La totalidad del líquido que atraviesa el tubo digestivo en las 24 horas es, pues, mayor que la de la masa de la sangre; en otros términos: cada porcion de sangre puede, y probablemente debe pasar muchas veces, á traves del tubo digestivo en las 24 horas. Este movimiento incesante de los líquidos ayuda notablemente las metamorfósis; la misma sustancia, más ó ménos cambiada, es rechazada y reabsorbida hasta ser propia para la reparacion de los tejidos ó hasta que es destruida.»

No podemos saber cuántas veces se efectúa este ciclo de movimiento ántes de que la bílis sea eliminada del organismo; pero en el curso de dicha circulacion osmósica una buena porcion de la bílis parece se trasforma en productos eliminados por los pulmones y los riñones, miéntras que esta misma circulacion concurre á la asimilacion de los materiales nutritivos procedentes de la alimentacion (3).

---

testinal, de una diminucion del poder de absorcion, más bien que de un aumento en la exhalacion intestinal. Muchos hechos prueban que, en el cólera, el poder de absorcion por el intestino está debilitado ó abolido.

(1) *Medical Times and Gazette*, 1855, t. I, pág. 333.

(2) Yo he publicado un resúmen de este caso, despues de leer la Memoria latina de Grünewald, en los *Archives of Medecine* de Beale, t. I, pág. 270.

(3) No es probable que el hígado saque de la sangre de la vena porta los materiales que despues son absorbidos por las ramas del mismo vaso. Pero se ha supuesto, quizá con demasiada facilidad, dado el volúmen relativamente grande de la vena porta, que da los materiales de la bílis. Aunque, cuando un vaso está enfermo, su funcion puede ser desempeñada en parte por otro, es probable que en las circunstancias ordinarias la vena porta sirva principalmente para las funciones de asimilacion del hígado, llevándole los materiales nutritivos absorbidos por sus ramas en el estómago y los intestinos, miéntras que la arteria hepática sirve para su funcion de secrecion, separándose los ácidos biliares y el pigmento biliar de la sangre arterial, del mismo modo que la urea y el ácido úrico se han separado de la sangre de la arteria renal.

Dicha opinion se halla fundada en los hechos siguientes:

1.° En las *Philosophical Transactions* de 1793 se cita un caso en el cual la vena

Desde luégo concurre á la absorcion de la grasa. Un hecho bien conocido es que, cuando en el hombre el conducto colédoco se halla obstruido por una causa cualquiera, la grasa se reabsorbe por todo el cuerpo. Bright y Owen Rees han demostrado igualmente, hace bastantes años, que se puede encontrar en casos de este género una cantidad extraordinaria de grasa en las deposiciones (1). Bidder y Schmidt han visto tambien que, ligando el conducto cístico en un perro, el animal absorbía ménos grasa que ántes, y que había tambien ménos materia grasa en el quilo del conducto torácico; la cantidad absorbida se calculó teniendo en cuenta la tomada con los alimentos y la arrojada con las deposiciones (2).

Puede creerse asimismo que la presencia de la bílis en el intestino facilita la absorcion de los principios albuminoideos de los alimentos. La bílis neutraliza el ácido que pasa del estómago al duodeno, y determina de este modo la precipitacion de las peptonas. Es difícil decir para qué sirve esta precipitacion; pero algunos experimentos han hecho admitir á Cl. Bernard que el jugo gástrico, cuando se halla mezclado con el jugo pancreático y la bílis, ejerce una accion más disolvente sobre las materias albuminoideas que el jugo gástrico solo (3).

El paso de la bílis al intestino parece tambien esencial para la formacion de la materia glucógena por el hígado. El Dr. Wickham Legg ha observado que la formacion del glucógeno cesaba siempre poco despues de la ligadura del conducto colédoco; en un gato se practicó la *picadura dia-*

---

porta pasaba directamente á la vena cava inferior sin entrar en el hígado, y sin embargo, se encontró bílis en la vesícula y en los intestinos. El Dr. Carpenter recuerda observaciones análogas. (*Principles of human Physiology*, quinta edicion, pág. 372.)

2.° Se conocen algunos casos en que hubo obstruccion completa de la vena porta, y en los cuales, sin embargo, continuó la secrecion de la bílis. En 1856, el Dr. Gintrac (de Burdeos) reunió 34 observaciones de obliteracion de la vena porta en el hombre; en ninguno de ellos se interrumpió la secrecion biliar. Véase tambien Frerichs, *op. cit.*, y Dickinson, *Patholog. Transact.*, t. XIV, pág. 63.

3.° Oré y otros experimentadores han ligado la vena porta en los animales, y con todo continuó la secrecion biliar. La diminucion de la cantidad puede haber sido causada por las fenómenos febriles resultantes de la operacion, ó por la falta de las materias grasas de la bílis que pueden ser suministradas por la vena porta. (Oré, *Journal de l'Anat. et de la Physiol.*, 1864, pág. 556; Carpenter, *Human Physiology*, séptima edicion, pág. 433, y *Comparative Physiology*, cuarta edicion, pág. 424.)

4.° Recíprocamente, Kottmeier y Küthe han visto que no se segrega bílis despues de la ligadura de la arteria hepática; sin embargo, Schiff, habiendo practicado esta operacion en un perro, no ha observado diminucion en la secrecion, y Röhrig no encontró más que una ligera diminucion en el flujo de la bílis despues de la obliteracion de la arteria hepática. (Carpenter, *Human Physiology*, séptima edicion, pág. 433, y Röhrig, en Stricker's, *Jahrb.*, 1873, segunda parte.)

5.° La sangre de la vena porta contiene muy poca colesterina, pero la de la arteria hepática contiene gran cantidad. (Trousseau, *Clinique*, t. III.)

(1) *Guy's Hospital Reports*, primera serie, t. I, pág. 610.)

(2) Sanderson, *op. cit.*, pág. 505.

(3) Budd, *op. cit.*, pág. 50.

bética seis días despues de la ligadura de los conductos biliares, pero no se llegó á encontrar azúcar en la orina (1). Sin embargo, la produccion de la urea en el hígado parece ser independiente del paso de la bílis al intestino, porque, en los casos de obstruccion permanente del conducto cístico, la cantidad de urea eliminada por la orina puede ser completamente normal.

Ademas, no cabe dudar que la bílis es en parte excrementicia, pues una porcion es eliminada por el intestino y sirve para desembarazar al organismo de algunos restos inútiles de la sangre y de los tejidos. Las sales de ácidos biliares se descomponen, y su descomposicion deja en libertad el álcali necesario para la precipitacion de las peptonas y la saponificacion de las materias grasas. Dicha descomposicion va todavía más allá, y la taurina, la glucocina y casi todo el ácido cólico entran en la circulacion, miéntras que sólo una porcion de este último pasa con las heces. La colesterina se descompone tambien en el intestino, y los productos de esta descomposicion son eliminados por las materias fecales. Segun el doctor Agustin Flint, la colesterina se trasforma en una sustancia descubierta por dicho autor en las heces, y que se llama *estercorina*; tiene tambien, al parecer, alguna relacion con otro principio encontrado en las heces por Marcet y designado con el nombre de *excretina*, aunque ésta contiene azufre. De cualquier modo que sea, Marcet ha visto que en los niños de poca edad la colesterina puede reemplazar á la excretina en las deposiciones (2). El pigmento biliar se trasforma tambien en su paso á traves del intestino; la bilirubina se convierte en biliverdina.

Finalmente, la bílis, en su paso á traves del intestino, estimula los movimientos peristálticos, y por sus propiedades anti-sépticas, que se pueden apreciar fuera del organismo, impide la fermentacion pútrida del contenido del intestino y el exceso de formacion de los gases.

Resulta de todo lo que hemos dicho que se pueden resumir las funciones del hígado del modo siguiente:

1.° La formacion de la materia glucógena, que contribuye al sostenimiento del calor animal y á la nutricion de la sangre y de los tejidos, y el desarrollo de los leucocitos;

2.° La metamorfósis destructiva de las materias albuminoideas, y la formacion de urea y otros productos azoados, que despues son eliminados por los riñones; estos fenómenos químicos contribuyen igualmente al desarrollo del calor animal.

3.° La secrecion de la bílis (la mayor parte de la cual es reabsorbida)

---

(1) Modificaciones que sobrevienen en el hígado despues de la ligadura de los conductos biliares. *(Saint-Bartholomew's Hospital Reports*, 1873, t. IX.)

(2) *Journal of the Chemical Society*, Octubre y Noviembre de 1862.

que concurre á la asimilacion de la grasa y de las peptonas, y probablemente favorece los procesos químicos que tienen lugar en el hígado y la circulacion porta, miéntras que una parte es excrementicia y, poniéndose en contacto del intestino, estimula sus movimientos peristálticos, al mismo tiempo que previene en ellos la putrefaccion.

B. — DESÓRDENES FUNCIONALES DEL HÍGADO

Teniendo en cuenta las funciones del hígado en estado fisiológico, tal como he procurado exponerlas á grandes rasgos, podemos discutir los síntomas resultantes de los trastornos de estas funciones.

Algunos autores que se han ocupado de los desórdenes funcionales del hígado, entre ellos el Dr. Copland (1), los han clasificado en la forma siguiente:

1.° *Diminucion de la secrecion de la bílis;*
2.° *Aumento de la secrecion de la bílis;*
3.° *Secrecion de bílis morbosa ó alterada.*

Pero esta clasificacion deja completamente á un lado las más importantes funciones del hígado, sin contar que, segun lo que hemos dicho, la cantidad y la calidad de la bílis evacuada por el intestino, en la cual se funda esta clasificacion, no indican de una manera cierta la cantidad y la calidad de la bílis segregada en el hígado. Siendo la misma la cantidad segregada, la cantidad evacuada por el intestino variará segun las circunstancias que activen ó hagan más lenta la absorcion. Una sustancia como los calomelanos ó el podofilino, y tambien ciertos alimentos, irritarán el principio del intestino delgado, arrastrarán la bílis ántes de que tenga tiempo de ser absorbida, y así aumentarán la cantidad de bílis evacuada por el intestino, sin que la secrecion hepática esté necesariamente aumentada. Ademas, á menudo debe ser imposible decir si las apariencias morbosas ó alteradas de la bílis en las deposiciones son debidas á que la bílis está realmente viciada, ó á las modificaciones que dicho líquido ha sufrido en su paso á traves del intestino.

Tales motivos me han determinado á proponer otra clasificacion de los desórdenes funcionales del hígado, fundada en la idea que hoy debe tenerse acerca de las funciones normales de esta glándula y en los síntomas que un hígado enfermo puede provocar en los diferentes sistemas fisiológicos del organismo.

---

(1) *Medical Dictionary*, t. II. pág. 723.

CLASIFICACION DE LOS DESÓRDENES FUNCIONALES DEL HÍGADO

I. *Nutricion anormal.*
II. *Eliminacion anormal.*
III. *Desintegracion anormal.*
IV. *Desórdenes de los órganos de la digestion.*
V. *Desórdenes del sistema nervioso.*
VI. *Desórdenes de los órganos de la circulacion.*
VII. *Desórdenes de los órganos de la respiracion.*
VIII. *Desórdenes de los órganos urinarios.*
IX. *Desórdenes de la piel.*

I. — Nutricion anormal

Los desórdenes funcionales del hígado pueden producir directamente:
1.° Un depósito anormal de grasa.
2.° El estado opuesto, el enflaquecimiento.
Indirectamente tambien la nutricion del cuerpo puede estar más ó ménos alterada por el desórden en las funciones de desintegracion del hígado.

1.° La *obesidad*, que tanto molesta á muchas personas, se debe á diversas causas. Así se observa á menudo en sujetos que consumen muchas materias grasas y hacen poco ejercicio. En tal caso, los vasos linfáticos absorben en el intestino más grasa que la que se necesita para suministrar el carbono que se quema en la respiracion, ó bien el organismo no consume bastante grasa. Sin embargo, no pocos hechos demuestran claramente que el acúmulo de grasa no se debe tan sólo á una llegada más considerable de grasa de orígen alimenticio y á su absorcion por los linfáticos. Así, de dos personas que consumen la misma cantidad de grasa y hacen igual ejercicio, una acumulará grasa y otra no. En algunos individuos la acumulacion de la grasa parece ser uno de los caractéres de la vejez, miéntras que otras, al llegar esta edad, se tornan delgadas y secas. Hay sujetos que, áun dirigiendo atentamente su régimen, no dejan de engordar, miéntras que otros que consumen mucha grasa, azúcar y sustancias feculentas continúan siempre delgados. Finalmente, es un hecho demostrado por gran número de observaciones en el hombre y en los animales, que una alimentacion que contenga mucho almidon y azúcar produce grasa en cantidad, y, segun lo que ya hemos dicho, parece que el hígado es el principal intermedio de semejante trasformacion.

Muchas de las personas más gruesas que he tenido ocasion de ver eran mujeres que desde mucho tiempo ántes habían comido poca ó ninguna

materia grasa, que consumían pocos alimentos sólidos, pero que habían contraido la costumbre de beber con frecuencia una mezcla de alcohol y de azúcar, tal como nos la presentan la cerveza, el Champagne y otros vinos, y que al propio tiempo hacían poco ejercicio y habían experimentado síntomas de desórdenes hepáticos.

El Sr. Dancel refiere el caso de una señora jóven que, viendo que engordaba mucho, y deseando preservar sus formas de un exceso de gordura, tomaba, cuatro días por semana, Champagne y castañas, creyendo ayunar. Pero con este régimen engrosó con una rapidez pasmosa, y sólo despues de usar un régimen racional recobró su aspecto ordinario (1).

La tendencia á engrosar ó á enflaquecer parece debida á alguna particularidad constitucional, trasmisible de los padres á sus descendientes, y segun lo que sabemos acerca de las funciones del hígado, es muy probable que este órgano sea la causa.

Puede suceder muy bien que haya una tendencia anormal — ó lo contrario — á la conversion del glucógeno en grasa de la manera indicada por el Dr. Pavy, ó bien, á consecuencia de ciertos desórdenes del hígado, una mayor proporcion de glucosa de los alimentos puede convertirse en grasa, ó bien en algunos casos la obesidad puede ser debida á una oxidacion insuficiente de las materias grasas. Aunque no podemos hacer más que suposiciones sobre la naturaleza exacta del proceso morboso, sabemos que en los animales que comen muchos principios feculentos, azucarados ú oleaginosos, la proporcion de partículas grasas en las células hepáticas es mucho mayor que en los animales que emplean una alimentacion frugal y hacen poco ejercicio.

Las personas que tienen una tendencia á la obesidad se hallan muy expuestas á la flatulencia, al extreñimiento, la pesadez y la fatiga despues de las comidas, y otros síntomas de trastornos del hígado. Concluyen por repugnar completamente los alimentos sólidos; se quejan de gran postracion y sofocacion, que les impide entregarse á un ejercicio muscular activo, y á menudo favorecen sus inclinaciones por las bebidas. Finalmente, mejorando el estado del hígado estos síntomas y áun la obesidad desaparecerán.

2.° El *enflaquecimiento* puede resultar de trastornos hepáticos de diversos modos.

a) A consecuencia de una formacion insuficiente de bílis, ó de un obstáculo á su paso al intestino, se halla contrariada la asimilacion de las materias albuminosas y grasas. Verdad es que se han citado casos en los cua-

---

(1) Citado por Chambers, *Clinical lectures*, 1864, pág. 547. Por mi parte no he podido encontrar este caso en el *Traité théorique et pratique de l'obésité*, por Dancel. París, 1863.

les el conducto colédoco se hallaba obliterado por un cálculo de una manera completa y permamente, de modo que no podía pasar la bílis al intestino; y, sin embargo, la nutricion se verificó al parecer, durante más de un año, de una manera satisfactoria (1). Sin embargo, hay pocas excepciones á la regla de que la obliteracion permanente del conducto concluye por producir la muerte casi siempre á los diez ó doce meses, si no ántes, produciendo una alteracion gradual de la nutricion. La mayor parte de los enfermos de obstruccion biliar repugnan la grasa y no pueden asimilarla, como lo indica su presencia en las deposiciones, segun hemos dicho. La falta de bílis en el intestino contraría tambien la absorcion de las peptonas; por otra parte, la observacion del Dr. W. Legg sobre la suspension de la funcion glucogénica del hígado en los animales á quienes se ha ligado el conducto hepático hace presumir que, cuando la bílis no llega al intestino, la nutricion sufre algo más que por la absorcion insuficiente de la grasa y de la albúmina. La insuficiencia de la secrecion biliar, ó un estado morboso del hígado, pueden probablemente producir el mismo efecto, aunque en menor grado.

b) En segundo lugar, el enflaquecimiento puede depender de un trastorno de la funcion glucogénica del hígado. La *diabétes*, en realidad, puede considerarse en muchos casos como un desórden funcional del hígado. No es éste el lugar oportuno para examinar las diferentes causas de la glucosuria (2); pero, en resúmen, se pueden colocar en las tres categorías siguientes:

1.ª *Glucogenia imperfecta del hígado.* — Una de las funciones del hígado en estado fisiológico, consiste en impedir el paso inmediato á la sangre de la glucosa procedente de los alimentos, trasformándola en glucógena. Así, Bernard ha demostrado que si se liga la vena porta de un animal de modo que la sangre del intestino, rica en glucosa, pase á la circulacion general sin atravesar el hígado, la orina se carga de azúcar, y en el hombre se ha observado la diabétes en casos de obliteracion de la vena porta (3). Del mismo modo, si se inyecta azúcar en la vena crural ó en el recto, aparece en la orina; pero si se inyecta en la vena porta, la orina no contendrá dicha sustancia (4).

---

(1) Budd, *op. cit.*, pág. 49.

(2) Han sido expuestas por el Dr. L. Brunton en sus lecciones publicadas en *The British medical Journal*, Enero y Febrero de 1874. — Consúltese tambien la monografía acerca de la *Etiología de la glucosuria*, por el Dr. J. Cyr, publicada por la BIBLIOTECA ECONÓNICA DE MEDICINA Y CIRUGÍA (primera época), y las notables *Lecciones de Patología general (Los grandes procesos morbosos)*, del Dr. J. J. Picot, version española del Dr. M. Carreras Sanchis. Madrid, 1879.

(3) Véase el resúmen de seis lecciones en el *London medical Record*, Octubre y Noviembre de 1873.

(4) Pavy, *Nature and treatment of diabetes*, segunda edicion, 1869, págs. 142 y 143, y Bence Jones, *Lectures on Pathology and Therapeutics*, 1867, pág. 42.

El poder que posee el hígado de trasformar el azúcar en materia glucógena no es ilimitado; así, si se ingiere azúcar en cantidad excesiva, pasa á la orina; lo mismo sucede si se consume mucha azúcar ó sustancias feculentas despues de un largo ayuno, lo cual se debe entónces á la rapidez de la absorcion intestinal, ó bien cuando, á consecuencia de una enfermedad de la edad avanzada, de lesiones del hígado, de una alimentacion poco conveniente ó de cualquier otra causa, está debilitada la funcion glucogénica del hígado. La glucosuria, á veces temporal, procedente de estas causas, no es rara. Segun Bence Jones, la mitad de los casos de diabétes es debida á una falta de trasformacion del azúcar de orígen alimentacion.

2.ª *Sobre-actividad de la trasformacion del glucógeno* en azúcar, siendo la misma la destruccion de esta última. — Al examinar las funciones del hígado he consignado que el glucógeno que produce se trasforma parcialmente en azúcar, que desaparece en los pulmones y los músculos, pero que probablemente se halla destinado sobre todo á concurrir á la nutricion de la sangre y de los tejidos á traves del organismo. Todo lo que favorece, pues, la metamorfósis del glucógeno en azúcar en más cantidad de la que puede quemarse en los pulmones y los músculos, producirá un exceso de azúcar en la sangre y su aparicion en la orina, y perjudicará al propio tiempo la nutricion general. Todo lo que activa la circulacion de la sangre á traves del hígado, particularmente en la arteria hepática, favorece la trasformacion del glucógeno en azúcar, probablemente aumentando la cantidad de fermento albuminoide de que ya he hablado; por consiguiente, todo lo que paraliza los nervios vaso-motores de los vasos hepáticos ora directamente, ora de una manera indirecta, dilata dichos vasos, aumenta el aflujo de sangre que los atraviesa y produce de este modo la diabétes. La tendencia del glucógeno á trasformarse en azúcar parece moderada, en estado de salud, por alguna influencia nerviosa cuya neutralizacion produce la hiperglucemia, y, por consiguiente, la glucosuria. Las recientes observaciones del Dr. Pavy (1) demuestran tambien que la sangre oxigenada tiene cierta influencia sobre el hígado, de modo que determina la glucosuria; esto se debe á que la sangre llega al sistema porta sin haberse desarterializado, como de ordinario, á consecuencia de la parálisis vasomotriz de los vasos del sistema quilo-poyético.

Así se provoca la diabétes por la irritacion de las raíces de los pneumo-gástricos, en la *picadura diabética* de C. Bernard, por ciertas lesiones y enfermedades del cerebro y de la médula en el hombre; los disgustos ó emociones fuertes, el envenenamiento por el curare, las lesiones de las extremidades periféricas del pneumo-gástrico en los pulmones, el hígado, el estómago ó los intestinos, pueden igualmente producirla.

---

(1) *Proceed. Roy. Soc.*, 1875, núms. 163 y 164.

3.ª *Diminucion de la combustion del azúcar.* — Si el azúcar procedente de la trasformacion del glucógeno producido por el hígado no desapareciera de la sangre, sería necesariamente uno de los principios constituyentes de la orina. No cabe dudar, pues, que la presencia anormal del azúcar en la orina depende, en ciertas circunstancias, de que faltan las condiciones que presiden á la trasformacion normal del azúcar.

En cuanto á la naturaleza de estas condiciones, no la conocemos todavía. Es probable, segun se desprende de ciertos experimentos, que el azúcar, bajo la influencia de un fermento, se trasforme en la sangre en ácido láctico y glicerina, que se queman y sirven de este modo para sostener el calor animal; por consiguiente, si llega á faltar este fermento el azúcar no se descompone, sino que es eliminado por la orina. Sea ó no exacta semejante explicacion, muchos hechos demuestran, casi hasta la evidencia, que la diabétes puede proceder de un estado morboso de la sangre. Así, la introduccion en la sangre de amoniaco, de éter, de cloroformo ó de ácido fosfórico va seguida de glucosuria, miéntras que la inyeccion de carbonato de sosa en la sangre impedirá que se presente dicho síntoma.

Se ha observado tambien varias veces la glucosuria en los casos de pulmonía, de coqueluche y de tísis, enfermedades que determinan una oxigenacion insuficiente de la sangre.

Conviene añadir que desde hace mucho tiempo se ha supuesto un antagonismo entre la gota y la diabétes. Se ha visto cesar la dispepsia gotosa y la gota habitual con la aparicion de la diabétes, y Sir C. Scudamore ha notado que los escoceses están más expuestos á la diabétes y ménos á la gota que los habitantes de Inglaterra propiamente dicha.

c) Es probable que otras enfermedades consuntivas sean debidas, en su orígen, á algun trastorno funcional del hígado. Cuando las funciones de desintegracion del hígado se hallan alteradas, la sangre y las secreciones que salen del hígado se cargan de productos de oxidacion, lo cual altera la nutricion de los tejidos y deteriora el organismo. En la *tísis*, áun ántes de que el tubérculo se deposite en los pulmones, hay signos evidentes de una asimilacion defectuosa de los materiales nutritivos y de una sanguificacion imperfecta, en cuyas funciones sabemos toma el hígado una parte activa. Del mismo modo las supuraciones prolongadas que preceden ordinariamente á la degeneracion amiloidea pueden causar una sanguificacion precoz é imperfecta, de donde resulta la anemia y la formacion de materiales albuminoideos poco susceptibles de organizacion.

II. — Eliminacion anormal

Al discutir las funciones del hígado, he demostrado que la bílis es en parte excrementicia, aunque desempeña un útil papel en la economía de la digestion. Fundándose en la opinion (áun hoy admitida por muchos

prácticos) de que la funcion principal del hígado consiste en excretar la bílis, se admite que la retencion de ésta en la sangre y los tejidos da lugar á graves síntomas. Así, cuando se observa delirio, estupor, temblores musculares, sobresaltos, carfología, parálisis de los esfínteres, coma, convulsiones, lengua oscura y seca en un caso de ictericia, en la atrofia aguda del hígado, ó en el período avanzado de la cirrósis, se acostumbra atribuirlos al envenenamiento de la sangre, que ha retenido los principios de la bílis. Se han hecho asimismo experimentos en los animales para demostrar que la bílis es un veneno mortal. Si bien se ven morir personas á consecuencia de la inyeccion en el tejido celular de bílis de otros animales, esto puede explicarse de otro modo que atribuyendo propiedades tóxicas á los elementos esenciales de la bílis. La inyeccion de moco en descomposicion, produciría probablemente el mismo resultado. La bílis pura, desembarazada de todo moco, ha sido inyectada varias veces en las venas de un perro por Frerichs y otros observadores, sin que sobrevinieran accidentes cerebrales ó malos resultados, á no ser que en algunos casos la entrada de aire en las venas determinó la muerte (1). La operacion ha sido practicada dos ó tres veces en el mismo animal, sin desórden duradero. Por nuestra parte, apénas creemos necesario recurrir á los trabajos experimentales en los animales para llegar á la evidencia en esta cuestion, tanto más cuanto que dichos experimentos presentan numerosas causas de error. Todo práctico debe saber que la sangre y los tejidos del organismo pueden estar saturados de bílis durante meses enteros, sin que resulten síntomas cerebrales ú otros de intoxicacion de la sangre, siempre que la sustancia glandular del hígado no se halle destruida y los riñones continuen desempeñando sus funciones. Despues de haber visto tales casos, es difícil creer que la bílis sea un veneno mortal.

Ya he expuesto la opinion de un fisiólogo americano, el Dr. Agustin Flint, quien ha publicado un trabajo para demostrar que los síntomas cerebrales que algunas veces sobrevienen en el curso de la ictericia y en las afecciones orgánicas del hígado son debidos á la retencion de la colesterina en la sangre (colesteremia). El Dr. Flint considera la colesterina como un producto excrementicio del tejido nervioso, y cree que el hígado está encargado de eliminarla del organismo. Segun dicho autor, al llegar al intestino la colesterina se trasforma en estercorina, por lo cual no se encuentra en las heces. Pero, cuando queda retenida en la sangre y los tejidos, obra como un veneno, lo mismo que la urea. Sin embargo, si la no excrecion de todos los elementos de la bílis no da lugar á síntomas cerebrales, es difícil comprender cómo estos síntomas pueden resultar de la retencion de la colesterina sola. Así, en los casos de obstruccion perma-

(1) *Op. cit.*, pág. 87.

nente del conducto colédoco, la colesterina no va desde el hígado al intestino; no se acumula en las vías biliares, y, si se encuentra en la sangre, no da lugar necesariamente á síntomas cerebrales (1).

Segun lo que ya hemos establecido, se puede admitir que los síntomas cerebrales que sobrevienen algunas veces en ciertos estados patológicos del hígado son independientes de la no excrecion de la bílis ó de alguno de sus principios constituyentes.

Más tarde volveré á ocuparme de estos síntomas cerebrales y de su causa real.

Los síntomas ordinariamente debidos á una eliminacion defectuosa de la bílis, son: un estado irregular de las funciones alvinas; generalmente extreñimiento; las deposiciones no están bastante coloreadas por la bílis: ofrecen un color amarillo claro, ó castaña, ó blanquecino; no hay apetito; la lengua está sucia ó con surcos amarillentos; el enfermo tiene en la boca un sabor desagradable, á menudo amargo, sobre todo por la mañana; hay flatulencia; el color de la piel es sucio, térreo (indicando, á no ser que haya al propio tiempo hiperemia del hígado, anemia más bien que ictericia); las conjuntivas están oscuras; se observa abatimiento, repulsion por los movimientos, cefalalgia frontal, estupor, pesadez, tendencia al sueño despues de las comidas, una gran depresion de las fuerzas, y algunas veces hipocondría; la orina suele dar por el enfriamiento depósitos de uratos.

Estos síntomas suelen ser producidos, sobre todo en las personas que han llegado al período medio de la vida, por los hábitos sedentarios ó indolentes, el uso de una alimentacion suculenta y de digestion difícil, la negligencia de las funciones intestinales, las emociones intensas y prolongadas, ó una atonía general debida á una enfermedad del corazon ó de cualquier otro órgano; la disposicion á estos síntomas es á veces hereditaria. Ordinariamente se atribuye, quizá con justicia, á lo que se llama la *torpeza del hígado;* pero la no excrecion de la bílis puede ser uno de los síntomas más bien que la causa del estado morboso, siendo la causa real la retencion en el organismo, no de la bílis, sino de los productos de descomposicion que los riñones están encargados de eliminar. Es probable, al mismo tiempo, que el infarto del hígado por la bílis dificulte el proceso normal de disociacion de la albúmina qne se realiza en esta glándula.

---

(1) *Lecciones de Patología general (Los grandes procesos morbosos)*, por el doctor J. J. Picot, version española del Dr. M. Carreras Sanchis. Madrid, 1879.

LECCION DÉCIMAQUINTA

III. *Desintegracion anormal:* 1.°, uricemia; 2.°, gota; 3.°, cálculos urinarios; 4.°, cálculos biliares; 5.°, degeneraciones de los riñones; 6.°, afecciones orgánicas del hígado; 7.°, degeneraciones de los tejidos por todo el cuerpo; 8.°, inflamaciones locales; 9.°, enfermedades constitucionales. — IV. *Desórdenes de los órganos de la digestion:* 1.°, lengua; 2.°, apetito; 3.°, gusto; 4.°, dispepsia; 5.°, extreñimiento y diarrea; 6.°, deposiciones anormales; 7.°, hemorragias intestinales; 8.°, hemorroides; 9.°, hepatalgia; 10, ictericia: su patogenia. — V. *Desórdenes del sistema nervioso:* 1.°, dolores *aching* en los miembros; 2.°, placas de ustion; 3.°, neuralgias; 4.°, calambres; 5.°, dolores de cabeza, jaqueca; 6.°, vértigos; 7.°, convulsiones; 8.°, manía; 9.°, parálisis; 10, ruidos en los oidos; 11, insomnio; 12, abatimiento; 13, irritabilidad; 14, estado tifoideo.

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES:

En la última leccion he procurado demostrar que la secrecion de la bílis es quizá la ménos importante de las funciones del hígado, y que el papel de este órgano consiste ante todo en contribuir poderosamente al proceso de la sanguificacion y de la nutricion de los tejidos, y ademas en el asiento principal de la desintegracion de las materias albuminosas, miéntras que la secrecion de la bílis, aunque este líquido es en gran parte excrementicio, se halla destinado sobre todo á facilitar la asimilacion de los alimentos. Si se admite que tales ideas son racionales, está demostrado que la clasificacion actual de los desórdenes funcionales del hígado, fundada en la cantidad ó la calidad de bílis evacuada con las deposiciones, es completamente ilógica. Así, he propuesto sustituirla por otra fundada en las funciones más importantes del hígado y en los desórdenes que esta glándula determina en otros órganos de la economía.

Ya he descrito los principales trastornos de la nutricion y de la eliminacion que pueden referirse al hígado; voy ahora á examinar los desórdenes más importantes que resultan de una descomposicion anormal.

III. — Desintegracion anormal

Las investigaciones modernas, en el dominio de la Patología lo mismo que en el de la Fisiología, demuestran que uno de los principales desórdenes funcionales del hígado, si no el principal, es una desintegracion incompleta de la materia albuminoidea, ó su no conversion en un producto soluble (urea), que puede ser fácilmente eliminado por los riñones.

Una enfermedad que viene á corroborar la justicia y exactitud de estas ideas es la atrofia aguda del hígado, que ya he mencionado. En dicha afeccion se verifica una destruccion rápida del elemento secretor del hígado, y el resultado es la desaparicion de la urea en la orina y la aparicion, en su lugar, de la leucina ($C^6H^{13}NO^2$) y de la tirosina ($C^9H^{11}NO^3$), productos de la descomposicion de la albúmina más complejos y ménos oxidados que el ácido úrico ($C^5H^4N^4O^3$) y la urea (CH^2N^2O), y que se encuentran tambien en abundancia en el tejido hepático en vías de destruccion.

La sustitucion de la leucina y de la tirosina á una porcion de la urea, en la orina, se observa en otras enfermedades del hígado, en las cuales la destruccion del tejido glandular es ménos rápida y ménos invasora que en la atrofia aguda, como, por ejemplo, en ciertos casos de cirrósis y de obstruccion del conducto colédoco. Esto mismo ocurre tambien en algunas afecciones febriles, como el tífus y la fiebre tifoidea, en las cuales el tejido hepático, á consecuencia del aumento de trabajo que tiene que desempeñar, sufre, al parecer, una disociacion parcial (1). Pero estas modificaciones importantes de la orina no se presentan, en nuestro concepto, más que en los casos en que existe una alteracion en la estructura del hígado. La orina puede sufrir otras modificaciones que indiquen una desintegracion ú oxidacion incompletas de la materia albuminoidea, modificaciones que resultan tambien de un desórden funcional del hígado, pero que no van necesariamente unidas á una lesion orgánica de estas glándulas. Las más frecuentes son los depósitos, despues del enfriamiento de la orina, de ácido úrico, de uratos y de materias pigmentarias; pero hay otras ménos frecuentes, poco estudiadas hasta la fecha; me refiero á la presencia de xantina, de cistina, de creatinina, etc.

No necesito recordar á un auditorio tan distinguido como el que me

---

(1) Véase Murchison, *Fièvres continues de la Grande-Bretagne*, segunda edicion, 1873, págs. 157, 210, 255, 533 y 629.

escucha que los depósitos en la orina de ácido úrico ó de uratos no son debidos á un estado morboso cualquiera de los riñones. Lo que yo creo conveniente indicar es que la presencia frecuente de estos depósitos debe considerarse siempre como un signo de trastorno funcional del hígado, procedente de causas algunas veces temporales y otras más ó ménos permanentes. Dejando á un lado los casos en que los depósitos de ácido úrico ó de uratos sólo se observan al cabo de 12 ó de 20 horas (entónces resultan de modificaciones espontáneas, á las cuales Scherer ha dado el nombre de fermento urinario) (1), y aquellos en que tales depósitos son debidos á una dilucion insuficiente de la orina, el ácido úrico, los uratos y los pigmentos anormales que se manifiestan en la orina tan pronto como se enfría, son determinados principalmente por las condiciones siguientes:

1.ª Las enfermedades febriles, en las cuales sabemos que se observa el aumento de volúmen y la congestion del hígado, y la invasion de las células glandulares del órgano por finas granulaciones, habiendo siempre aumento en la desintegracion de las materias albuminoideas. Así, todo el mundo ha visto los abundantes depósitos de uratos que son tan comunes durante un acceso de catarro febril ordinario.

2.ª No pocas afecciones orgánicas del hígado, y en particular las caracterizadas por un aumento de la cantidad de sangre del órgano; así la inflamacion, la cirrósis, el cáncer y la hiperemia simple, ora sea mecánica ó activa.

3.ª Los desórdenes funcionales del hígado, bien sean temporales ó permanentes.

Por ahora debo limitar mis observaciones á esta tercer causa de un exceso de ácido úrico en las orinas.

Lo que deseo establecer es que la *aciduria* (exceso del ácido úrico en las orinas), lo mismo que la glucosuria, resulta con frecuencia de un desórden funcional del hígado, por más que la glucosuria esté colocada en algunos tratados de Patología al lado de la albuminuria y de las enfermedades de los riñones. En otros términos, la desintegracion anormal de las materias albuminosas en el hígado puede conducir á un estado patológico de la sangre y de todo el sistema, que á menudo se manifiestan por acciduria.

Tal estado de la sangre puede designarse, en mi concepto, con el nombre de *uricemia*.

1.º *Uricemia.* — Cuando las oxidaciones se verifican mal, se forma ácido úrico y uratos insolubles en lugar de la urea que es el producto so-

(1) *Annal. d. Chemie and Pharm.*, t. XLII, pág. 171. El Dr. Bence Jones ha puesto en duda, de resultas de sus experimentos, la produccion de ácido úrico descrita por Scherer en sus *Lectures on Pathol. and Therap.*, 1867, pág. 206.

luble resultante de la última fase de oxidacion de las materias nitrogenadas. Ciertas personas que gozan ordinariamente de la mejor salud, pueden ofrecer estos depósitos en la orina á consecuencia de un exceso en la alimentacion ó bien despues de una comida ordinaria. Cuando la sangre recibe más materiales nutritivos que los que necesita para el sosten de los tejidos, el exceso es eliminado por los riñones, los pulmones y la piel, bajo la forma de urea, de ácido carbónico y de agua, ó bajo la forma de productos ménos oxidados, como el ácido úrico y el ácido oxálico. En tales circunstancias el hígado y otros órganos glandulares sufren una especie de cansancio, y de aquí resulta, entre otras cosas, que cierta cantidad de albúmina, en vez de trasformarse en urea, es eliminada por los riñones bajo la forma ménos oxidada del ácido úrico y de sus sales.

Pero lo que en la mayor parte de los individuos es el resultado accidental de una causa excepcional, es en otros un estado casi comun, ora porque su alimentacion sea siempre excesiva ó demasiado estimulante, ora á consecuencia de un vicio original del hígado, á menudo hereditario, en virtud del cual sus funciones fisiológicas pueden trastornarse por los detalles de alimentacion más insignificantes. Muchas personas tienen, al parecer, más hígado y tambien más pulmones de lo absolutamente necesario para el cumplimiento regular de sus funciones. Pero en otros sujetos, principalmente en los descendientes de los gotosos, el órgano, en su estado normal, parece justamente capaz para llenar sus funciones fisiológicas con el concurso de las circunstancias más favorables; así, los desórdenes funcionales son provocados por alimentos que casi todo el mundo digiere con facilidad.

Este trastorno funcional puede manifestarse por diversos síntomas de indigestion, por desórdenes de la circulacion, ó de otras funciones, pero sobre todo por depósitos de ácido úrico, de uratos y de pigmento en la orina. Estos depósitos faltan á menudo, y la orina puede contener al propio tiempo gran exceso de ácido úrico.

Sin duda alguna, segun ha demostrado el Dr. Bence Jones (1), una orina clara puede á veces contener más ácido úrico que la que se enturbia por el enfriamiento; pero el depósito frecuente de uratos demuestra que la oxidacion es ménos perfecta de lo que debía ser. Sin embargo, estos depósitos pueden formarse durante años enteros sin que el sujeto experimente ningun trastorno local ó general. Pero tarde ó temprano, á veces hácia la mitad de la vida, el ácido úrico y los uratos son producidos en tal exceso, no pueden ser eliminados por las vías urinarias, se acumulan, y determinan trastornos en diversas partes del organismo; entónces los depósitos urinarios comienzan á llamar la atencion más que ántes, porque van

(1) *Philosophical Transactions*, 1849, segunda parte, pág. 249.

acompañados de síntomas de *indigestion*, ó porque aparece alguna manifestacion local evidente, cuyo principio había sido insidioso.

Estos síntomas se presentarán con más seguridad cuando el sujeto lleva una vida sedentaria, hace poco ejercicio al aire libre, ó se dedica casi exclusivamente al trabajo intelectual.

Entre los síntomas á que hago referencia, los más comunes son los siguientes:

a) Sensacion de peso y de plenitud en el epigastrio y en la region del hígado.

b) Distension, flatulencia del estómago y de los intestinos.

c) Eructos ácidos.

d) Sensacion de opresion y á menudo de fatiga; dolores en los miembros; deseos invencibles de dormir despues de las comidas.

e) Lengua pastosa, á menudo ancha y dentada en los bordes; boca viscosa y sabor amargo ó metálico, sobre todo por las mañanas.

f) Apetito bastante bueno; otras veces anorexia y náuseas.

g) Secrecion excesiva de moco espeso en la garganta y en la cavidad posterior de las fosas nasales.

h) Extreñimiento; las materias tienen la forma de escíbalas, unas veces demasiado oscuras, y otras muy claras y áun blancas. En ocasiones alternativas de diarrea y de extreñimiento, sobre todo si se ha abusado del alcohol.

i) En ciertos enfermos accesos de palpitacion del corazon, ó bien irregularidad ó intermitencia del pulso.

k) En muchos enfermos, accesos accidentales de cefalalgia frontal.

l) En otros sujetos, insomnio ó pesadillas.

m) En otros, accesos de vértigo ú oscurecimiento de la vision, provocados á menudo por ciertos alimentos.

Todos estos síntomas pueden agravarse accidentalmente á consecuencia de los excesos de régimen. Poco á poco el enfermo aprende, por experiencia, á fijarse en lo que come y en lo que bebe, y se ve obligado á dejar una cosa y despues otra. Al principio renuncia á los licores de granos, descubre despues que el Porto, el Madera, Champagne y Borgoña no le convienen, y sólo bebe, durante algun tiempo, el Jerez seco. Con todo, á la larga ve que este último no le da tampoco buen resultado, y despues de un intervalo, durante el cual ha ensayado el vino de Burdeos ó del Rhin, el enfermo, siguiendo probablemente la opinion de un médico, se siente aliviado momentáneamente por el uso del cognac ó del whisky, diluidos en agua en lugar del vino. Finalmente (á no ser que siga las ideas hoy en moda, erróneas en mi concepto, segun las cuales el alcohol, bajo una forma ú otra, es necesario para la digestion ó para ayudar al trabajo físico ó intelectual), observa que lo que mejor le prueba es abstenerse por

completo del vino y de los espirituosos, y no beber más que agua pura.

El enfermo pasa por las mismas peripecias por lo que concierne á los alimentos sólidos; renuncia á un plato, luégo á otro, con frecuencia el que más le gusta, hasta que al fin, si está bien aconsejado y si tiene el buen sentido de seguir los consejos del profesor, se limita á los alimentos más sencillos, en cantidad moderada. Por regla general, los alimentos que con más facilidad perjudican son los que contienen mucha azúcar ó mucha grasa, y no, como podría creerse á primera vista, los alimentos albuminoideos simplemente cocidos.

En la mayor parte de los casos la digestion se verifica mejor por las mañanas, y el enfermo sólo se siente molesto por la tarde ó por la noche.

El cuadro imperfecto que acabo de trazar representa un estado morboso muy frecuente en nuestro país: á él se une cierta tendencia constante á los depósitos de ácido úrico y de uratos en la orina, y creo, por los motivos indicados, que tiene su orígen en un trastorno funcional del hígado.

2.º *Gota.* — No podemos ménos de reconocer que este cuadro representa un cortejo de síntomas mny comunes en los gotosos, en términos que se ha dado á este conjunto el nombre de *dispepsia gotosa, gota latente, suprimida, anormal* ó *irregular;* lo que yo pretendo demostrar es que son tambien muy frecuentes en sujetos que no tienen herencia gotosa ni han padecido nunca la gota.

La gota misma no es, sin embargo, más que un resultado de la uricemia. Gracias á los trabajos de nuestro colega el Dr. Garrod, sabemos en la actualidad que la artrítis es debida á diversas causas excitantes (cuya enumeracion no creemos oportuna), que producen localmente un depósito de urato de sosa, que existía anteriormente en cantidad anormal en la sangre, lo mismo que en el suero, que trasuda á todos los tejidos del organismo. La acumulacion de esta sustancia en la sangre será indudablemente favorecida por la no eliminacion resultante de una enfermedad de los riñones; pero en la mayor parte de los casos de gota los riñones se hallan al principio en buen estado, y la presencia en la sangre ó los tejidos de ácido úrico ó de sus sales resulta de una digestion imperfecta, ó más exactamente de un desórden funcional del hígado. La gota articular es, por decirlo así, un accidente local que, aunque determinado algunas veces por un traumatismo, puede manifestarse en individuos en los que se ha alterado el proceso anormal por el cual la materia albuminoidea se trasforma en el hígado en urea.

En otros términos: la gota, como la diabétes, resulta de un desórden funcional del hígado; y así como en muchos sujetos que no presentan ninguna apariencia de gota articular encontramos que un vicio original del hígado, en virtud del cual sus funciones se trastornan con una facilidad extraordinaria, se trasmite con frecuencia de los padres á sus descen-

dientes, así tambien la gota, que es una de las consecuencias de tal estado, llega á ser una enfermedad hereditaria.

Por eso creo que lo que se llama una *diátesis gotosa* es siempre un indicio, y resulta de un desórden hepático, y que los síntomas comunmente referidos á la gota se atribuyen con más motivo al desórden del hígado.

3.° Los *cálculos urinarios* son otra consecuencia de la uricemia, y por lo tanto de un desórden funcional del hígado. La mayoría de las concreciones que se forman en las vías urinarias se hallan al principio constituidas por el ácido úrico ó sus sales. Segun el Dr. Roberts, el ácido úrico constituye el 5 por 100 de todas las concreciones renales y de los cálculos vesicales que han descendido poco tiempo ántes de los riñones (1).

Las circunstancias que favorecen la precipitacion del ácido úrico son el catarro y otros estados patológicos de las vías urinarias y la acidez de la orina, pero sobre todo una eliminacion excesiva por los riñones del ácido úrico que existía anteriormente (en estado libre ó combinado) en exceso en la sangre, y que hemos visto se forma principalmente en el hígado. Hay tambien buenas razones para creer que los cálculos renales compuestos de otras sustancias que el ácido úrico tienen un orígen hepático.

La cistina ($C^5H^7NSO^2$), por ejemplo, que representa un proceso de oxidacion, difiere del que produce el ácido úrico, se parece mucho á la taurina, y como ella contiene una notable proporcion de azufre (2); añadiré que Scherer la ha encontrado en el hígado de sujetos enfermos de fiebre tifoidea (3). Parece, pues, que esos raros cálculos renales compuestos de cistina son debidos primitivamente á algun desórden funcional del hígado.

Asimismo, la xantina ($C^5H^4N^4O^2$), de la cual están formados ciertos cálculos renales en pequeño número, principalmente en la juventud, procede, al parecer, de una oxidacion incompleta de la materia albuminoidea. Sólo difiere del ácido úrico por un átomo ménos de oxígeno; de suerte que se halla probablemente formado tambien en el hígado; en efecto, Scherer la ha encontrado en este órgano, lo mismo que en la sanrge, el bazo y los músculos (4).

Aun el oxalato de cal, que el Dr. Bence Jones ha encontrado, ora solo, ora combinado con otras sustancias, en 163 entre 450 cálculos urina-

---

(1) Roberts, *Urinary and renal diseases*, segunda edicion, 1872, pág. 270.
(2) Roberts, *op. cit.*, segunda edicion, pág. 84.
(3) *Archiv f. pathol. anat.*, t. X, pág. 228.
(4) Roberts, *op. cit.*, pág. 88.

rios (1), puede ser debido en cierto modo á un desórden funcional del hígado, aunque en este punto no poseemos datos tan positivos como en las demas concreciones urinarias. No debo olvidar que una autoridad tan eminente como nuestro colega el Dr. Owen Rees sostuvo, en las lecciones croonianas dadas en este Colegio en 1856, que el ácido oxálico no es nunca excretado de la sangre, sino que se forma siempre en la orina por descomposicion del ácido úrico; semejante opinion ha sido apoyada después por otro miembro ilustre de nuestro Colegio, el Dr. Basham (2). Sin embargo, se conocen hechos que conducen á una conclusion opuesta. Así, el ácido oxálico y sus compuestos, cuando se introducen en el estómago, aparecen en la orina en estado de oxalato de cal, miéntras que, en un caso al ménos, el ácido oxálico ha sido encontrado en la sangre por el doctor Garrod (3). Se ha visto igualmente en la saliva, en el sudor y en el moco.

Los trabajos de Beneke (4) hacen igualmente probable que el principal, si no el único orígen del ácido oxálico, consiste en una suspension de las metamorfósis de los principios azoados de la alimentacion y de la sangre, miéntras que, segun su composicion ($C^2H^2O^4$), parece ser una de las penúltimas fases de la trasformacion de las materias orgánicas más complejas en ácido carbónico y agua.

¿Qué parte del organismo está en defecto en tales casos?

No es fácil encontrar, aunque sabemos con certeza que el hígado contribuye ampliamente á la descomposicion de la materia albuminosa; y no me parece improbable que, cuando se forme en el hígado un exceso de ácido úrico, una porcion de dicho ácido puede muy bien trasformarse en ácido oxálico. Wohler ha conseguido obtener el ácido oxálico por medio del ácido úrico fuera del organismo; por otra parte, Schunck (5) y otros químicos establecen claramente que el ácido oxálico se forma en el organismo por la oxidacion del ácido úrico. Cuando este último se oxida incompletamente, es probable que se descomponga en ácido oxálico y urea. Añadiré que el oxalato de cal suele coexistir ó alternar con el ácido úrico ó sus sales en la orina y en los cálculos urinarios, y que la oxaluria, conforme ha advertido hace tiempo el Dr. Prout (6), va asociada á menudo con síntomas análogos á los de la uricemia, como la irregularidad de la accion del corazon, la intermitencia del pulso, las palpitaciones, la flatulencia y la hipocondría.

Ahora bien; ¿cuál es el papel que juega el hígado en la oxaluria? No es dudoso que esta glándula sea el principal órgano que se halla en defec-

---

(1) *Lectures on Pathology and Therapeutics*, 1867, pág. 99.
(2) *Renal diseases*, 1870, pág. 187.
(3) *Medico-chirurgical Transactions*, 1848.
(4) *Zur Entwicklungsgeschichte d. oxaluria*, F. W. Beneke, 1852.
(5) *Proceedings of the Royal Society*, núm. 95.
(6) *On stomach and renal diseases*, pág. 62.

to en la mayoría de los casos de cálculos urinarios, y á él debemos dirigirnos, y no á los riñones, para prevenirlos y tratarlos. Esta idea teórica se halla confirmada, por lo demas, por la experiencia clínica. Una de las mayores autoridades modernas acerca de los cálculos urinarios asegura, en vista del resultado de sus observaciones, que los individuos atacados de una afeccion calculosa sólo mejoran temporalmente por las aguas de Vichy y Vals, que hacen la orina más diluida y alcalina, pero no curan de la enfermedad; que obtienen mejorías más duraderas con las aguas de Friedrichshall, Karlsbad y Püllna, que dan más actividad á todos los órganos digestivos y eliminan por las demas vías los restos orgánicos ántes excretados, bajo la forma de ácido úrico, por los riñones, pero que obran principalmente viniendo en ayuda del hígado sobrecargado, y restableciendo sus funciones normales.

4.° Los *cálculos biliares*, que se hallan constituidos en su mayor parte por colesterina y pigmento biliar, son otro resultado de los desórdenes funcionales del hígado. Se observan principalmente en los sujetos de mediana edad ó avanzada que han llevado una vida sedentaria; son frecuentes sobre todo en los que acostumbran vivir demasiado bien, que comen golosinas y se hallan predispuestos á la uricemia.

Parece difícil explicar de qué modo el trastorno funcional del hígado que produce la uricemia puede determinar tambien la formacion de concreciones de colesterina y de pigmento biliar en las vías biliares; pero la frecuente coincidencia de la discrasia úrica con los cálculos hepáticos, es un hecho clínico que pocas veces he tenido ocasion de demostrar. Dicha observacion explica la existencia de los cálculos biliares en los gotosos, y explica tambien el que á menudo se encuentren en un mismo individuo cálculos biliares y cálculos urinarios.

En este punto no me hallo de acuerdo con Frerichs, que considera dicha coincidencia como puramente accidental (1).

Hace ya bastantes años, Baglivio y Morgagni insistían en la frecuente coexistencia de los cálculos urinarios y biliares. El Dr. Prout ha observado tambien que la formacion de los cálculos biliares de colesterina se halla relacionada no pocas veces con una tendencia á los depósitos úricos en las orinas; y el Dr. Budd, en su obra clásica acerca de las enfermedades del hígado, dice que la costumbre de beber *porter* (cerveza fuerte), que conduce á menudo á la formacion de depósitos úricos y á una de las formas de gota más inveteradas, áun en los que no ofrecen ninguna disposicion hereditaria, puede tambien ocasionar con frecuencia la formacion de cálculos biliares (2). Finalmente, la relacion íntima que existe entre los

(1) *Op. cit.*, pág. 818.
(2) *Diseases of the liver*, tercera edicion, pág. 369.

cálculos urinarios, los cálculos biliares y la gota ha sido confirmada por la gran experiencia clínica del Dr. Trousseau (1); el Dr. Sénac, de Vichy, ha insistido igualmente, en estos últimos años, acerca de dicha cuestion (2).

Me parece útil decir, despues de las consideraciones que preceden, que en ciertos casos se ha encontrado ácido úrico en las concreciones biliares (3).

5.° *Degeneracion de los riñones.* — Resulta de lo expuesto que los riñones y el hígado se hallan íntimamente relacionados por sus funciones, siendo su principal papel el de eliminar ciertos productos que se segregan en gran parte en el hígado.

La alteracion de uno de estos órganos puede llegar á producir trastornos en el otro. Ante todo, la experiencia me ha hecho considerar la uricemia como una de las principales causas de la enfermedad de Bright ó nefrítis aguda. La mayor parte de los casos de esta afeccion son producidos por una escarlatina ó por el frío. Antes de los 20 años es raro que haya otra causa que la escarlatina.

En los adultos, cuando la nefrítis aguda sobreviene á consecuencia de un enfriamiento y no ha existido ántes escarlatina, se observará casi invariablemente que los enfermos han tenido ántes algunos desórdenes del hígado con uricemia, y que gran número de ellos han cometido abusos en las comidas y bebidas. Vemos asimismo que un desórden funcional del hígado, representado por la uricemia y con síntomas dispépsicos tales como los que yo he descrito, es una causa frecuente del riñon contraido, granuloso ó gotoso.

Nuestro colega el Dr. Jorge Johnson, una de los primeros especialistas de las afecciones de los riñones, escribe lo siguiente acerca de esta forma de enfermedad de Bright: « Con frecuencia se halla asociada á la diátesis gotosa, como lo indica uno de sus sinónimos, y se observa á menudo en las gentes que comen y beben con exceso, ó que, sin ser intemperantes, padecen ciertas formas de dispepsia sin complicacion de paroxismos gotosos.» Y más adelante añade: «La dispepsia se halla asociada á menudo con esta forma de enfermedad, algunas veces como causa, otras como consecuencia. Es frecuente oir á un enfermo con hábitos de templanza estricta que se queja, durante meses y años enteros, de dolores y malestar despues de las comidas, de distension flatulenta del estómago y de los intestinos, de una relajacion habitual ó de irregularidad del vientre, de alternativas de extreñimiento y diarrea. Con esto la orina es á menudo turbia, muy coloreada, excesivamente ácida, y deposita uratos en

(1) *Clinique médicale*, tercera edicion, t. III.
(2) *Op. cit.*, pág. 84.
(3) Frerichs, *op. cit.*, pág. 803.

abundancia. Pasado cierto tiempo, la orina, que había sido rara, se torna más abundante, de color claro, poco densa, y contiene albúmina y cilindros granulosos. En un caso semejante *la degeneracion renal es probablemente la consecuencia de la eliminacion, mucho tiempo continuada á traves de los riñones, de productos de una digestion defectuosa*. He visto estos hechos, uno despues de otro, con tanta frecuencia, que no dudo en manera alguna que existe entre ellos una relacion de causa á efecto. Los síntomas dispépsicos, tales como los he descrito, y la degeneracion renal que resulta, se excitan ó se agravan con los excesos alcohólicos habituales (1).

Numerosos casos que he podido observar y seguir atentamente, me han convencido de la justicia de las opiniones emitidas por el Dr. Jorge Jonhson; pero la dispepsia que precede tan comunmente á los primeros síntomas del riñon contraido es la que hemos dicho acompaña á la uricemia persistente, y consiste en un desórden, no tanto de la digestion gastro-intestinal, como del proceso de desintegracion que se verifica en el hígado.

La degeneracion crónica de los riñones con albuminuria es tambien algunas veces una complicacion de la diabétes, enfermando los riñones á consecuencia de la irritacion constante ejercida por la orina azucarada. Este es tambien un ejemplo de desórden funcional del hígado que produce una lesion orgánica de los riñones.

Hay tambien razones para creer que la albuminuria puede ser producida por un desórden hepático, á parte de toda lesion orgánica de los riñones. Sabido es que la albuminuria, áun cuando sea muy marcada y falte toda afeccion febril aguda, no indica necesariamente una afeccion renal. A menudo en estos casos la albuminuria es intermitente ó remitente, y la albúmina ofrece caractéres químicos particulares; así, si se añaden á la orina algunas gotas de un ácido mineral, se impide que la albúmina se coagule por el calor (2). Los excesos del régimen son una de sus causas más frecuentes. En algunas personas particularmente constituidas, la ingestion de ciertos alimentos, por ejemplo, de huevos crudos, determina siempre una albuminuria temporal. En ciertos casos he visto que la orina de la noche contenía albúmina, á menudo asociada con los uratos y de una densidad elevada, miéntras que por la mañana era clara, ofrecía poca densidad y no contenía albúmina. Del mismo modo, en algunos casos de bocio exoftálmico, la orina en ciertas horas del día, ordinariamente despues de la comida, está cargada de albúmina, miéntras que en otros momentos no la contiene; tal estado de cosas puede durar meses enteros y áun desaparecer por completo (3).

---

(1) *British medical Journal*, 1873, t. I, págs. 161 y 191.

(2) Véase Basham, *On Dropsy*, 1863, y *On renal diseases*, 1870, pág. 216; doctor Leared, *Med. Times and Gaz.*, 26 de Octubre de 1867, y Lorain, *De l'albuminurie*, 1860, pág. 57.

(3) Véanse algunos casos interesantes de este género referidos por el Dr. Warbur-

No se pretende sin duda que en todos estos casos el hígado sea el órgano principalmente enfermo, pero es cierto que en algunas ocasiones debe ser así; en efecto, esta albúmina no va acompañada de ningun otro síntoma de afeccion renal, su grado de intensidad varía considerablemente, á veces falta por completo y la orina está en cantidad normal, ofrece una densidad elevada, ordinariamente está cargada de uratos, de ácido úrico, de oxalatos y de pigmentos (1), y al propio tiempo hay frecuente coexistencia de erupciones cutáneas, de dispepsia y otros signos de trastornos hepáticos. He encontrado algunos casos de este género en los cuales el paciente estuvo sujeto á violentos ataques, que á primera vista podían considerarse como crísis de cólicos hepáticos, pero en los que no hubo ictericia y el paroxismo fué seguido de un aumento temporal, pero extraordinario, de uratos y de albúmina en la orina. Finalmente, á menudo he observado la albuminuria asociada con trastornos hepáticos, que desapareció por completo y de una manera permanente cuando se disiparon estos últimos; no puedo, pues, dudar del papel que juega el hígado como causa de albuminuria, acerca de cuyo asunto no se ha llamado todavía bastante la atencion (2).

La patogenia de la albuminuria en tales casos, puede ser semejante á la de ciertas diabétes de que ya me he ocupado; el hígado, recibiendo demasiados materiales nutritivos para trasformar, deja pasar un poco de albúmina bajo una forma que no puede ser directamente asimilada; ó bien puede suceder que la funcion de desasimilacion del hígado esté debilitada, y que, por consiguiente, las materias albuminoideas, en vez de ser trasformadas en urea, no pueden llegar á la fase del ácido úrico. Es posible que en varios de los casos de que aquí se trata la albuminuria indique un período primitivo no descrito todavía de riñon contraido ó gotoso; sin embargo, es lo cierto que este síntoma puede puede persistir ó reaparecer durante algunos años, sin que se una otro síntoma de afeccion renal y sin que el estado general se halle seriamente comprometido (3).

---

ton Begbie (*Edin. Med. Journ.*, Abril de 1874). En una carta dirigida al Dr. Begbie con motivo de uno de estos casos, dice el Dr. Jorge Johnson: « A menudo he visto casos en los cuales la orina sólo era albuminosa despues de las comidas ó del ejercicio.» En tales circunstancias, el Dr. Begbie y el Dr. Johnson han estado de acuerdo para pensar que la albuminuria era una albuminuria de *indigestion*, y no indicaba en modo alguno una alteracion anatómica de los riñones.

(1) El Dr. James Finlayson ha encontrado numerosos cilindros hialinos en una orina no albuminosa cargada de urato y de urea. (*Brit. and For. Med. Rev.*, Enero. 1876.)

(2) El Dr. W. Whitla ha llamado recientemente la atencion acerca de la influencia que el hígado puede ejercer bajo el punto de vista de la produccion de la anemia y de la albuminuria. (*Dublin Journ. of Medic. Scienc.*, Febrero, 1876.)

(3) El Dr. Basham me ha comunicado dos casos de este género que estuvieron sometidos á su observacion, uno durante 16 años y otro durante 10 años. En el último se trataba de un médico que desempeñaba de una manera satisfactoria sus deberes profesionales, y que, despues del principio de su enfermedad, se casó y tuvo cuatro hijos robustos.

6.° *Enfermedades orgánicas del hígado.* — Es muy probable que la alteracion del proceso de desintegracion que se verifica en el hígado pueda producir modificaciones orgánicas en esta glándula, lo mismo que en los riñones; ante todo, se sabe perfectamente que la degeneracion grasosa del hígado es frecuente en los que comen mucho, en los que se entregan á los excesos alcohólicos y llevan una vida indolente, y en los cuales la orina deja á menudo abundantes depósitos de uratos (1). Bajo la influencia de estas circunstancias la modificacion orgánica del hígado se halla algunas veces asociada á una modificacion análoga en la estructura del corazon ó de los riñones, ó á una corpulencia general.

Del mismo modo, en no pocos casos de ictericia catarral que sobrevienen hácia la mitad de la vida ó en una edad avanzada, los enfermos han padecido anteriormente la gota, ó bien han estado sujetos á la uricemia con algunos de los síntomas dispépsicos que ya he descrito. Añadiré tambien que aunque la cirrosis resulta generalmente de una irritacion directa del hígado por el alcohol, hay casos en los cuales no se puede admitir el mismo orígen, pero en los que estos síntomas han sido precedidos, durante años enteros, por la discrasia úrica y la dispepsia. Algunos hechos clínicos de este género se han presentado á mi observacion, y otros han sido descritos por Baglivio, Stoll, Scudamore y Trousseau como una *hepatítis crónica gotosa* (2).

Finalmente, si investigamos con cuidado los antecedentes patológicos de los enfermos de cáncer primitivo del hígado, encontramos que durante algunos años han sido biliosos, ó que han estado sujetos á síntomas dispépsicos acompañados de abundantes depósitos de ácido úrico ó de uratos en la orina, ora habitualmente, ora por la más ligera trasgresion de régimen. Este trastorno prolongado en las funciones de las células, ¿no podía producir al fin y al cabo una formacion celular anormal en las personas predispuestas al cáncer? Semejante opinion no me parece insostenible.

7.° *Degeneracion de los tejidos en general.* — Con la edad, los diferentes tejidos del organismo adquieren una disposicion á sufrir la degeneracion y el cansancio, sustituyendo la materia grasa, y á veces la calcárea, á los elementos anatómicos normales.

Hace más de 20 años, el Dr. Barlow (3) demostró que la *enfermedad*

---

(1) El hígado grasoso es tambien muy comun en una condicion patológica bastante diferente; es decir, en las enfermedades consuntivas, tales como la tísis y la disentería crónicas. Se supone que en tales casos la sangre se carga de la materia grasa que quita rápidamente á los tejidos del enfermo y que en el hígado se detiene una parte.

(2) Scudamore, *Nature and cure of gout*, cuarta edicion, 1823, páb. 43; Trousseau, *op. cit.*, t. III, pág. 341.

(3) *General observations on fatty degeneration. (Med. Times and Gaz.*, 15 de Mayo de 1852).

climatérica, descrita por un antiguo presidente de este Colegio, el Dr. Enrique Halford, y la *debilidad de las fuerzas vitales,* descrita por el doctor Marshall Hall, eran en gran parte debidas á dichas degeneraciones; este hecho se halla hoy completamente demostrado.

En ningun órgano se presentan estas degeneraciones de una manera tan marcada; en ninguna parte tienen tan grave pronóstico como en el corazon y en las túnicas arteriales, donde son una causa de apoplegía, de parálisis, de insuficiencia aórtica y de otras enfermedades de la edad avanzada. Se debe buscar la explicacion de tales lesiones en un desórden de los procesos de nutricion y de desintegracion, en los cuales el hígado juega tan gran papel, y en muchos casos, por no decir en todos, el hígado es el que parece primitivamente enfermo.

La nutricion de los tejidos se altera en parte, quizá por la llegada de materiales nutritivos defectuosos, pero sobre todo porque con la edad la actividad funcional del hígado se debilita, lo cual hace que la sangre y los líquidos del organismo se impregnen de cierta cantidad de materia albuminoidea descompuesta, no oxidada lo bastante para ser eliminada por los riñones. Pero lo que en muchos sujetos no es más que un efecto de la decadencia senil, puede, en ciertas condiciones, sobrevenir en una época más temprana. Numerosas observaciones me han demostrado que las personas que consumen habitualmente y á grandes dósis una alimentacion suculenta y estimulante, acompañada de bebidas alcohólicas, que hacen poco ejercicio, y cuya orina se halla constantemente cargada de ácido úrico y de uratos, están más predispuestas á la degeneracion grasosa. Hace mucho tiempo, Andral y Lobstein refirieron el ateroma arterial á «una alteracion particular de los tejidos, que se parece mucho á la gota» (1), y por su parte, los médicos que ejercen en los establecimientos minero-medicinales frecuentados por los gotosos han hecho una observacion, confirmada por mi experiencia personal; á saber: que el ateroma arterial, cuando sobreviene en una época prematura, ó las afecciones valvulares de la aorta que no son congénitas ni debidas á una lesion ó al reumatismo, se presentan más á menudo en los individuos sujetos á la discrasia úrica, ó que padecen la gota, que en los que no ofrecen tales disposiciones.

8.° *Inflamaciones locales.* — La uricemia predispone á las inflamaciones locales. Las personas que gozan buena salud, no sólo aparente, sino real, se hallan poco sujetas á las inflamaciones locales. Así, dado un número de personas expuestas al propio tiempo á una causa determinante, hay pocas que lleguen á padecerla, y cuando se hojean los antecedentes de ellas se ve que ántes del ataque agudo gozaban una salud normal.

---

(1) C. E. Hasse, *Diseases of the organes of circulation and respiration. (Sydenh. Soc. Transl.,* 1846, pág. 82.)

Este es un punto acerca del cual insistió mucho nuestro antiguo colega el Dr. Todd. Hé aquí lo que dice en una de sus notables lecciones clínicas: «La pulmonía simple en cierto sentido, es decir, absolutamente libre de toda complicacion é independiente de toda particularidad, es muy rara. Para mayor claridad pondremos un ejemplo. Si dos hombres, A y B, ambos en buena salud, se encuentran expuestos á alguna influencia nociva, tal como al frío, al mismo tiempo y con igual duracion, A padecerá una pulmonía y B nada. Ahora bien; á primera vista parece difícil concebir por qué la pulmonía ataca á uno y no al otro, porque tanto uno como otro se encontraban bien en el momento en que estuvieron expuestos al frío. Pero si examinamos con cuidado los antecedentes morbosos de ambos individuos, encontraremos que A ofrece una constitucion escrofulosa ó gotosa, ó alguna particularidad diatésica que B no posee; razon por la cual A padece una pulmonía en las mismas condiciones que no produce ningun efecto á B (1).»

La gota es una de las condiciones que predisponen á las inflamaciones locales; pero la discrasia que he designado con el nombre de uricemia, y de la cual la gota no es más que una de las manifestaciones locales, obra en el mismo sentido. Despues de haber estudiado con algun detenimiento esta cuestion, me he convencido de que los individuos enfermos de discrasia úrica están mucho más expuestos que los demas á los enfriamientos febriles ordinarios, lo mismo que á las inflamaciones locales más graves. Pueden parecer robustos y sanos hasta el momento en que son bruscamente acometidos por esta inflamacion, pero en realidad no se encontraban en un estado de salud normal. He tenido igualmente ocasion de observar que, en ciertas personas que suelen eliminar un exceso de uratos en la orina, dichas sales dejan de ser excretadas cuando sobreviene una flegmasía local ó un catarro febril ordinario, para reaparecer de nuevo en abundancia cuando ha cesado la pirexia. En tales casos, la retencion de los uratos en el organismo ha determinado probablemente la inflamacion local.

9.° *Enfermedades constitucionales.* — Cuando los venenos de la sangre penetran de fuera del organismo, el hígado es uno de los primeros comprometidos; pero creo haber demostrado claramente que los estados morbosos de la sangre ó las enfermedades constitucionales, como la gota y la diabétes, pueden ser engendrados en el hígado por los trastornos de los procesos de desintegracion y de nutricion que, en estado normal, se verifican en dicho órgano. Es probable, sin embargo, que otros estados morbosos de la sangre y otras enfermedades constitucionales tengan su

(1) *Clinical lectures on acute diseases*, pág. 397, 1860.

orígen en el hígado. En la atrofia aguda del hígado este órgano parece ser el punto de partida del proceso patológico; pero todos los fenómenos consecutivos demuestran que la enfermedad es esencialmente una afeccion de la sangre. He indicado varias veces en mis lecciones de medicina que, en ciertos casos de erisipela y de puohemia, la *materia morbosa* es engendrada en el organismo, y creo que podría demostrarse que, lo mismo que en la atrofia aguda, el hígado es el órgano que primero sufre.

Del mismo modo es bastante probable que la cantidad de fibrina encontrada en la sangre en el reumatismo agudo pueda resultar de que la fibrina no se ha destruido en el hígado en un grado suficiente. En el reumatismo articular agudo se observan con frecuencia antecedentes de desórdenes hepáticos, los cuales indican, al parecer, que una formacion defectuosa del glucógeno en el hígado, ó una trasformacion rápida y considerable del mismo glucógeno en ácido láctico, pueden ser una de las causas de que dicha sustancia se acumule en el organismo (1). Sabemos tambien que en ciertas condiciones del organismo, como despues de las operaciones quirúrgicas, despues del parto, á consecuencia de las enfermedades febriles agudas, la sangre se halla muy dispuesta á coagularse en los grandes vasos, y que, cuando estas coagulaciones se forman en el lado derecho del corazon, la muerte repentina puede ser su consecuencia. Nuestro colega el Dr. Fayrer ha demostrado que dichos fenómenos son mucho más frecuentes en la India que en nuestro país (2); y despues de haber comenzado estas lecciones, me ha escrito que, segun su opinion, esto podría ser debido á la mayor tendencia á los desórdenes hepáticos que se observa en los puntos tropicales.

Por otra parte, la insuficiencia de glóbulos rojos en la anemia, la clorósis, la escrofulosa y algunas otras enfermedades, pueden probablemente atribuirse, en primer término, á un desórden funcional del hígado.

Es indudable que los individuos que sufren un desórden funcional prolongado del hígado están á menudo muy anémicos, pálidos, demacrados, y soportan mal las pérdidas de sangre ó las enfermedades agudas. Hace ya muchos años, Todd y Bowmann observaron que los que padecen un desórden funcional del hígado suelen estar pálidos como si hubieran perdido sangre, aunque en realidad no hayan sufrido ninguna hemorragia; su nutricion está debilitada, la digestion alterada y el color ligeramente amarillo, como en los casos de enfermedad del hígado, y sin embargo, no se encuentra despues de la muerte ninguna lesion, á no ser un ligero infarto (3). En tales casos no puede convenir el hierro hasta que las funciones del hígado se hallen restablecidas en su estado normal.

---

(1) Balthazar Foster, *Clinic. Med.*, 1874, pág. 155.
(2) *Clinical and Pathological observations in India*, 1873.
(3) Todd y Bowman, *Physiology of man.*, 1856, t. II, pág. 264.

En verdad, parece probable que la mayor parte de las enfermedades llamadas constitucionales son debidas en primer término á algun defecto del hígado. El hijo de un gotoso no ha nacido con la *materies morbi* ó veneno de la gota en su sangre ó en sus tejidos, pero nace con una tendencia morbosa en su hígado á producir este veneno. Acaso pueda decirse otro tanto del cáncer y del tubérculo. Ambas afecciones son, sin duda alguna, como la gota, constitucionales y hereditarias; pero el hijo de un canceroso no ha nacido con la *materies morbi* el cáncer en su sangre ó en sus tejidos, sino solamente con una tendencia á cierta forma de nutricion anormal que produce un tumor canceroso. La disposicion morbosa que existía sin duda en el huevo entero, se halla en el adulto localizada problemente en los órganos destinados á la formacion y á la depuracion de la sangre, entre los cuales figura en primer lugar el hígado. No es un argumento contra esta opinion el decir que el hígado no es la parte del cuerpo que con más frecuencia padece el cáncer primitivo, porque tampoco es el sitio habitual de las determinaciones gotosas locales.

Los hechos y los argumentos que os he presentado me han conducido á la siguiente conclusion: el desórden funcional del hígado, dificultando la desintegracion normal de la materia albuminoidea, y produciendo sustancias perjudiciales que no son fácilmente eliminadas, y que, por consiguiente, se acumulan en el organismo, puede á la larga determinar las más graves enfermedades — agudas ó crónicas — á que se halla expuesta la especie humana.

Debo ahora proceder al exámen de ciertos síntomas que indican desórdenes de diferentes sistemas fisiológicos, pero que no constituyen enfermedades distintas, y que, en mi concepto, pueden resultar igualmente de desórdenes funcionales del hígado.

IV. — Desórdenes de los órganos de la digestion

1.° *La lengua.* — Conviene recordar que, á pesar de la existencia de un desórden funcional considerable del hígado, la lengua puede estar perfectamente limpia y normal, ó cuando más algo sucia por las mañanas; pero en muchos casos, sobre todo si la alteracion hepática cuenta alguna fecha, la lengua presenta el aspecto que generalmente se describe como característico de la dispepsia atónica. Es ancha, plana, flácida, dentada en su tercio anterior, miéntras que su superficie es blanca y las papilas oblongas, de modo que se parecen á los pelos. Si el hígado está algo congestionado se puede observar, ademas de lo que precede, que las papilas fungiformes en la punta de la lengua y en sus bordes son más gruesas y más rojas que en estado normal. En otros casos, sobre todo cuando hay al mismo tiempo más ó ménos catarro gástrico, toda la superficie de la

lengua está uniformemente cubierta de una capa espesa, algunas veces blanquecina, pero otras amarillenta ó parduzca.

Segun Sir James Paget, la gota puede determinar á veces un psoriásis de la lengua, difícil de distinguir del psoriásis sifilítico (1).

2.° El *apetito* puede ser excelente, áun cuando exista un serio desórden funcional del hígado con uricemia; de suerte que el enfermo tiene muchas veces tentaciones de comer lo que sabe por experiencia que no le puede convenir. Pero cuando falta el aflujo de bílis al intestino el apetito es malo, y hasta puede haber verdadera repugnancia por la grasa y los alimentos grasos. En los casos, bastante comunes, en que existe un desórden funcional del hígado, al mismo tiempo que una congestion hepática y catarro gástrico crónico, puede haber repulsion por los alimentos, pero no por estimulantes alcohólicos, que aumentan el mal existente, pero que, segun he indicado, pueden favorecer la acumulacion de grandes cantidades de grasas.

3.° *Sabor amargo.* — Las personas sujetas á la ictericia se quejan con frecuencia de un gusto amargo; pero este síntoma no es debido á la presencia en la sangre del pigmento biliar, el cual es insípido, sino al ácido taurocólico, que es sumamente amargo, ó á algun producto anormal de la descomposicion de la albúmina.

Esto puede explicar por qué muchos enfermos que padecen desórdenes funcionales del hígado, pero que no tienen ictericia, experimentan á menudo en la boca, sobre todo por las mañanas, un sabor amargo ó algunas veces cobrizo.

4.° *Dispepsia.* — La flatulencia es un síntoma frecuente de los desórdenes funcionales del hígado. Constituye uno de los resultados más frecuentes de la insuficiencia de bílis en el intestino, y cuando el conducto colédoco está completamente obliterado, rara vez falta la flatulencia. Este es tambien un síntoma frecuente en la uricemia, en la cual hay á menudo insuficiencia de bílis en el intestino, y en todos los casos en que la circulacion hepática es lánguida. En tales condiciones, á consecuencia de la escasa cantidad (en los intestinos) de un líquido dotado, como hemos visto, de propiedades antisépticas, las materias contenidas en el estómago fermentan y producen gases que se acumulan en dicho órgano, donde la distension llega á su más alto grado una á tres horas despues de la comida.

La acidez es tambien un síntoma comun en los uricémicos. Hay generalmente un sinnúmero de alimentos que no les convienen ó que les tor-

---

(1) *Brit. Med. Journ*, 1875, t. I, pág. 717.

nan *biliosos*. Cuando comen se despiertan al día siguiente con la boca seca ó sucia, sabor amargo, cefalalgia frontal ó vértigos, calambres ó dolores en las articulaciones.

5.° *Extreñimiento ó diarrea.* — En gran número de casos de trastorno funcional del hígado con uricemia, hay un extreñimiento más ó ménos marcado; existe probablemente insuficiencia de bílis en el intestino, cuya accion peristáltica no se halla entónces estimulada. Las heces ofrecen una notable palidez, ó bien son negras y en forma de bola, por la larga permanencia en el intestino y la accion que sobre ellas ejercen los jugos intestinales. Esta última apariencia de las deposiciones va acompañada á menudo de una depresion moral muy notable, que los autores antiguos describieron con el nombre de *melancolía*.

Los desórdenes funcionales del hígado pueden tambien estar acompañados de diarrea, ó de extreñimiento alternando con la diarrea. Generalmente se admite que esta diarrea es debida á un aumento de la secrecion biliar y de su evacuacion; en efecto, uno de los tres desórdenes funcionales del hígado descritos por el Dr. Copland (1) y otros autores, consiste en una *secrecion exceciva de bílis*, que se manifiesta por *evacuaciones alvinas abundantes, líquidas, muy coloreadas por la bílis, á menudo precedidas de náuseas y malestar general, y algunas veces de vómitos*. El Dr. Copland pretende que las circunstancias vienen en favor de dicha secrecion biliar excesiva, áun cuando esto no sea siempre evidente; por mi parte, sin negar la posibilidad de la hipersecrecion biliar que se observa algunas veces, y que puede tener una accion bastante irritante para provocar la diarrea, mi experiencia me ha hecho adoptar una explicacion diferente para los casos llamados de hipersecrecion biliar. En la mayor parte de ellos hay, sin duda, mayor ó menor congestion del hígado; la circulacion á traves de este órgano es difícil, y se nota un éxtasis sanguíneo general en las membranas del estómago y de los intestinos. Este éxtasis mecánico puede convertirse probablemente en una congestion activa ó una inflamacion catarral bajo la influencia de los *ingesta* estimulantes; de suerte que la más pequeña cantidad de un estimulante como el alcohol puede provocar diarrea y vómitos. En no pocos casos de *diarrea biliosa* las deposiciones contienen mucho moco, y tambien bílis.

Segun lo que hemos dicho en la leccion anterior, es claro que la gran cantidad de bílis evacuada por el intestino en tales casos no es un signo cierto de hipersecrecion biliar, sino que puede ser debida á que su absorcion ha disminuido á consecuencia de la irritacion de la mucosa.

6.° *Alteracion de las deposiciones.* — Una *secrecion biliar viciada* es uno

(1) *Medical Dictionary*, t. II, pág. 725.

de los tres desórdenes funcionales del hígado descritos por los autores didácticos. Aunque no hay duda alguna de que el aspecto de la bílis en la vesícula biliar despues de la muerte se halla sujeto á grandes variaciones, se ha atribuido quizá demasiado importancia á los caractéres de las deposiciones para indicar el estado del hígado.

No debemos olvidar que las variaciones en los caractéres de las heces pueden resultar de trastornos funcionales, ó de una enfermedad orgánica del tubo intestinal en su largo trascurso desde el punto en que recibe la bílis hasta el ano, y dependen igualmente de la rapidez ó de la lentitud con que las materias circulan en este conducto. Al recordar estas causas de error, se puede decir que, cuando penetra poca bílis en los intestinos, las deposiciones son pálidas, de un olor particularmente desagradable, á ménos que hayan permanecido mucho tiempo en el intestino, en cuyo caso pueden ser oscuras y en formas de bolas; pero cuando hay secrecion excesiva ó diminucion en la absorcion de la bílis, los intestinos están relajados, las deposiciones son líquidas y contienen mayor cantidad de bílis que en estado normal.

7.° *Hemorragia intestinal.* — Se sabe generalmente que algunas veces pueden sobrevenir abundantes hemorragias intestinales á consecuencia de una cirrósis y de otras enfermedades orgánicas del hígado que dan lugar á la obstruccion porta. Sin embargo, á menudo he observado casos de desórden hepático evidente sin que nada hiciera sospechar una afeccion orgánica. La mayor parte de los enfermos á que me refiero, habían pasado de la época media de la vida. Las hemorragias pueden reproducirse en la misma persona con intervalos de muchos años. El ataque va ordinariamente precedido de una sensacion de opresion, de peso, de algo que se mueve en los intestinos, y más rara vez de dolores neurálgicos intensos que dan la idea de cálculos biliares, de dolor en el hombro derecho, pérdida del apetito, náuseas y lengua sucia; despues del ataque suelen calmar ó cesar estos síntomas. Los calomelanos ó las píldoras azules con los laxantes salinos, suelen producir un gran alivio. En los intervalos los enfermos pueden gozar de una perfecta salud, si bien tienen que reglamentar la alimentacion. Con frecuencia presentan síntomas de discrasia úrica ó están sujetos á ataques de gota.

8.° *Hemorroides.* — En muchas personas que padecen hemorroides, la causa primitiva de éstas existe en el hígado. Se observan á veces hemorroides en los casos de lesiones orgánicas, como la cirrósis; pero á menudo acompañan tambien á los desórdenes funcionales, y sobre todo al infarto del hígado, tan comun en la uricemia.

9.° *Hepatalgia.* — Salva la excepcion de que acabo de hablar, el do-

lor en el hígado no es un síntoma ordinario de un desórden puramente funcional de este órgano. Puede tambien faltar por completo cuando hay una afeccion orgánica avanzada, á ménos que se complique con inflamacion del peritoneo ambiente, ó compresion de un nervio por el tumor morboso. Pero en los casos de uricemia prolongada existe con bastante frecuencia una sensacion de peso, de plenitud, de constriccion ó de ardor en la region del hígado. Cuando se descuidan los intestinos y el enfermo continúa haciendo uso de una alimentacion suculenta y estimulantes alcohólicos, el hígado se halla dispuesto á engrosar y á congestionarse, y puede ser asiento de un dolor que aumenta despues de las comidas, ó por el decúbito sobre el lado izquierdo.

10. *Ictericia.* — Para examinar si la ictericia puede resultar de un desórden funcional del hígado, es necesario entrar en detalles concernientes á la patogenia de esta manifestacion morbosa.

Todos los casos de ictericia pueden referirse, en mi concepto, á uno de los dos grupos siguientes:

1.° Casos en los cuales hay obstáculo mecánico al curso de la bílis en el duodeno, y en los cuales, por consiguiente, la bílis queda retenida en las vías biliares y despues es reabsobida por la sangre.

2.° Casos en los cuales no existe ningun obstáculo al paso de la bílis al intestino.

En otro lugar he presentado el cuadro de las causas de ictericia que corresponden á cada una de estas categorías.

. . . . . .

. . . . . .

V. — Desórdenes del sistema nervioso

1.° *Dolores en los miembros y laxitud.* — Sobrevienen una hora despues de las comidas, y á veces van acompañados de una tendencia irresistible al sopor; son síntomas muy frecuentes, y que resultan de un desórden hepático con uricemia. Al propio tiempo se observa á menudo flatulencia y otros signos de dispepsia atónica.

2.° Los gotosos se quejan con frecuencia de *placas de dolor quemante* en la palma de las manos, en la planta de los piés, y áun en otros puntos del cuerpo; los enfermos de uricemia independientemente de la gota, experimentan á menudo fenómenos dolorosos. La piel que cubre dichas placas está á veces fluxionada; comunmente no se ve nada de anormal. Estos fenómenos pueden persistir, pero muchas veces son pasajeros y se presentan con frecuencia.

3.° *Neuralgia.* — Todo el mundo sabe que los gotosos se hallan muy expuestos á la ciática, la neuralgia braquial ú otras neuralgias. Segun ha observado Sir James Paget, una neuralgia que se presente sucesivamente en puntos diversos, y que sobreviene en una persona de mediana edad ó de edad avanzada, debe siempre despertar la idea de la gota. En tales casos la neuralgia es determinada por trasgresiones de régimen, y se observa principalmente en los puntos que son asiento habitual de la gota, como el talon, la oreja, la lengua, el paladar, los dedos ó la mama.

En casos raros, el hígado mismo ofrece un dolor neurálgico. Muchas observaciones — probablemente la mayor parte de ellas — referidas con el nombre de *neuralgia del hígado* eran sin duda casos de cólico hepático, en los cuales el cálculo no pasó nunca del cuello de la vesícula ó del conducto cístico para producir la ictericia. Segun lo que he visto, cabe dudar del carácter puramente neurálgico de tal ataque, en el cual el dolor va seguido de ictericia, como ocurre en muchos de los casos citados.

Otros casos de pretendida neuralgia hepática eran probablemente cólicos nefríticos causados por cálculos renales, en los cuales el dolor, segun he observado, se irradia horizontalmente hácia delante, en vez de dirigirse, como de costumbre, hácia abajo, hácia el púbis. Pero, áun dejando á un lado estos errores de diagnóstico, quedan algunos hechos que parecen casos de verdadera neuralgia del hígado. Trousseau (1), Anstie (2) y otros autores, han descrito observaciones de este género; pero por mi parte no los he visto nunca. En tales casos los enfermos están sujetos á ataques repentinos, á menudo periódicos, de dolor intenso en el hipocondrio derecho, y que se irradia desde allí al hombro derecho, acompañado de sensibilidad, al nivel de una ó de muchas de las apófisis espinosas dorsales. Estos hechos se presentan, generalmente en los enfermos de temperamento nervioso y sujetos á dolores neurálgicos, en otros puntos del cuerpo; en la mayor parte de los casos, los ataques van acompañados de un gran abatimiento. Debe buscarse la causa de estos ataques en una disposicion neurálgica general más bien que en un desórden del hígado. Sin embargo, Trousseau advierte que el cólico hepático de orígen calculoso puede determinar una verdadera neuralgia. Despues de haber demostrado de qué modo la irritacion periférica de un diente falso puede provocar una neuralgia facial, añade (3): «Lo mismo sucede en los casos de cólico hepático. De repente se declaran horribles sufrimientos en el hueco del estómago, y en la region ocupada por la vejiga de la hiel y por el conducto colédoco. Hasta entónces no hay más que dolor local sin neuralgia, y la presion de las apófisis espinosas de las vértebras no es en manera alguna

(1) *Clinique médicale*, t. III, pág. 218.
(2) Anstie, *On neuralgia*, 1871, pág. 61.
(3) *Clinique médicale*, tercera edicion, t. II, pág. 379.

penosa; pero á menudo, despues de dos ó tres días de agudos sufrimientos, se declara un vivo dolor en el séptimo, octavo y noveno espacios intercostales, en el hombro, en el cuello y en el brazo del mismo lado; entónces se declara la neuralgia, y las vértebras se ponen muy dolorosas. »

4.° Los *calambres violentos* en las piernas y en diferentes partes del cuerpo, son un síntoma bastante comun en los individuos sujetos á la uricemia. A menudo sobrevienen por la noche, sobre todo en los días fríos y húmedos. Scudamore ha observado que, en ciertos gotosos, estos calambres son tan dolorosos que constituyen el carácter dominante de la enfermedad (1). Algunas veces preceden á un paroxismo de gota articular.

El Dr. Bence Jones ha referido dos notables casos de este resultado de la uricemia.

En el primero se trataba de un hombre de 40 años que estuvo sujeto durante muchos años á depósitos constantes de ácido úrico y de uratos en la orina. Fué acometido de ataques de dolores violentos en el estómago, que sobrevenían de una á cinco horas despues de la última comida. El dolor era espasmódico, de una manera intermitente; adquirió su mayor intensidad al cabo de medio minuto, disminuyó de nuevo, y volvió á ser tan fuerte como ántes á los dos minutos. Duró una hora, poco más ó ménos, y desapareció gradualmente, dejando cierta sensibilidad á la presion y una irritabilidad despues de la comida por espacio de dos ó tres días. Despues del ataque, la orina depositaba siempre cristales de ácido úrico. Estos ataques duraron algunos meses; pero, gracias á un régimen conveniente y al uso de los alcalinos, cesaron por completo bajo la influencia del tratamiento oportuno (2).

5.° La *cefalalgia* resulta á menudo de un desórden del hígado. Ordinariamente afecta la forma de un dolor pesado en la frente, más rara vez en el occipucio, que invade al paciente desde que despierta por la mañana, y que cesa rápidamente ó dura la mayor parte del día y áun muchos días. Estas cefalalgias son frecuentes en los uricémicos despues de una trasgresion de régimen, ó cuando hay extreñimiento. Su causa inmediata es probablemente la presencia en la sangre de algun producto anormal de la metamorfósis de la albuminuria; el desórden del hígado se halla indicado ordinariamente por dolor y peso en el hipocondrio derecho, flatulencia, y una orina muy oscura y cargada de uratos; la medicacion que da resultados está constituida por los calomelanos, los purgantes salinos y los diuréticos alcalinos.

---

(1) *Op. cit.*, cuarta edicion, 1823, pág. 532.
(2) *Lectures on pathology and therapeutics*, 1867, pág. 85.

Es necesario entre estas cefalalgias distinguir la jaqueca ó hemicránea, constituyendo la forma de cefalalgia á la cual se da el nombre de *biliosa* ó *con náuseas*. Esta es una neuralgia que probablemente la mayor parte de los casos no es debida á un desórden hepático, siendo los síntomas biliosos el resultado y no la causa del ataque; y la presencia de la bílis en los vómitos es, como en el mareo, debida simplemente á los esfuerzos para vomitar.

Aunque dicha opinion fué emitida hace dos siglos por Sydenham, y reproducida despues en muchas publicaciones médicas (entre las cuales mencionaré en particular las *Lecciones gulstonianas* del Dr. Simonds, dadas en este Colegio en 1858, y la excelente obra del Dr. E. Liveing (1), recientemente publicada) se acostumbra todavía atribuir estos ataques á un estado bilioso ó á un exceso de bílis en el organismo.

Pero, áun admitiendo por completo que la hemicránea no tenga ninguna relacion con la retencion biliar, me hallo de acuerdo con los autores que creen que ciertos casos de cefalalgia de dicha índole tienen un orígen tóxico y que son sintomáticos de la gota ó de algunas otras alteraciones. El Dr. Enrique Holland, en sus *Medical notes and reflections*, habla de las cefalalgias periódicas hereditarias asociadas á la gota, y añade: «Conforme á esta opinion, es lógico creer que los riñones son los órganos más apropiados para aliviar tales casos, principalmente aumentando la eliminacion del ácido úrico y de sus compuestos (2).»

La hemicránea, segun expone el Dr. Liveing, es algunas veces la expresion de lo que se llama una diátesis gotosa latente, ó en otros términos, de la uricemia. Un padre puede haber padecido la gota, y su hijo ser víctima de la hemicránea. En algunas enfermedades la hemicránea termina el acceso de gota. «La hemicránea, dice Trousseau, es en muchos casos una manifestacion de la diátesis gotosa, tanto más cuando que la gota articular y la hemicránea se observan en el mismo individuo, cediendo una cuando la otra aparece; á menudo es la única expresion de la predisposicion hereditaria en los hijos de padres francamente gotosos (3).»

Relativamente á estas observaciones debo llamar vuestra atencion acerca de ciertos casos que he tenido ocasion de examinar, en los cuales una cefalalgia intensa estuvo asociada á ese estado de los riñones que se llama *granuloso contraido;* éste es algunas veces el primer síntoma que obliga al enfermo á llamar al médico. La cefalalgia en estos casos tenía indudablemente un orígen tóxico, y en un enfermo se presentó un coma mortal despues de la inyeccion subcutánea de un cuarto de grano de mor-

---

(1) *On Megrim and some allied disorders*. Lóndres, 1873.
(2) *Medical notes and reflections*, 1839, pág. 288.
(3) Trousseau, *op. cit.*, tercera edicion, t. III, pág. 338.

fina. La cefalalgia es tan intensa, que más de una vez he visto diagnosticar en tales casos un tumor cerebral.

He encontrado con tanta frecuencia hechos de esta índole, que creo debe establecerse, como regla de utilidad, averiguar el estado de los riñones en todos los casos de cefalalgia neurálgica que sobrevenga por primera vez en personas de edad mediana ó avanzada, ántes de recurrir al tratamiento.

Se deduce, pues, que la hemicránea puede algunas veces referirse á un desórden hepático, consistiendo este desórden, no en una retencion de bílis, sino en ese estado del hígado que hemos visto produce la uricemia y conduce muchas veces á la gota; conforme á esta opinion, he visto muchas veces la jaqueca ocasionada por ciertos alimentos particulares, disipándose por los calomelanos, el podofilino y otros medicamentos que desembarazan el hígado.

6.° *Vértigo, ambliopia temporal, diplopia, etc.* — Los ataques repentinos de vértigo son en muchos casos semejantes á la hemicránea en cuanto á su patogenia, y en ciertos enfermos el vértigo reemplaza á la neuralgia. Pero, segun mi experiencia, el vértigo, asociado no pocas veces á diversos desórdenes visuales (puntos brillantes, ondulaciones), se halla en la mayor parte de los casos relacionado con algun desórden hepático, la uricemia, la gota, y acompaña al uso de ciertos *ingesta*, como el té, el Champagne, el limon, etc. Hace algunos años, el comentador de Boerhaave refirió el caso de un hombre que por espacio de dos años experimentó vértigos siempre que quería ponerse de pié. En vano los médicos más hábiles intentaron curarle. Un día tuvo un ataque de gota, de cuya afeccion no se había presentado hasta entónces ningun indicio. Desde aquella fecha quedó libre del vértigo (1). Un médico amigo mio, que ha padecido mucho tiempo de gota, siente un aturdimiento repentino cuando toma té ó Champagne; le parece que tiene la cabeza vacía y que todos los objetos giran á su alrededor; no pierde el conocimiento, pero caería si no buscara un punto de apoyo. Al cabo de algunos segundos ó algunos minutos el ataque se disipa, pero en otros enfermos es más persistente.

Otro amigo, que no padece ni ha padecido la gota, pero cuya orina está muchas veces cargada de uratos, tenía ambliopia y vértigos siempre que se ponía á escribir por las noches. Tomó hierro, quinina y otros medicamentos; pero en vez de mejorar empeoró. Se le aconsejó que abandonara por algun tiempo su profesion y que ensayara el cambio de aires. Pero ántes de tomar un partido tan serio tomó algunas dósis de píldoras azules; los síntomas desaparecieron de repente y para siempre.

---

(1) Trousseau, *op. cit.*, t. III, pág. 339.

Un tercer enfermo de mi clientela que durante años enteros había padecido la uricemia, pero que nunca tuvo la gota, observó de repente, estando escribiendo, la ambliopia con manchas que flotaban ante sus ojos; llegó á perder temporalmente el uso de un ojo. Tambien aquí produjeron mal efecto la quinina y el hierro; pero se disiparon los síntomas bajo la influencia de medicamentos que obraron directamente contra el hígado.

Muchos autores han referido á desórdenes del estómago ciertos ataques parecidos á los que me ocupan; así, Trousseau, que los ha descrito con el nombre de *vertigo a stomacho laeso* (1), habla de ellos como asociados á un dolor epigástrico que aumenta con los alimentos, la flatulencia, los eructos ácidos y el vómito de moco gleroso; pero admiten que el desórden gástrico, que supone ser el orígen del vértigo, puede no presentarse, lo cual se halla completamente de acuerdo con lo que yo he observado. Por otra parte, la asociacion frecuente del vértigo con la gota ó la uricemia, y el hecho de que los alcalinos y los purgantes, que son los mejores medicamentos para estas manifestaciones, son tambien los que mejor convienen para prevenir el retorno de los ataques de vértigo, hacen probable su orígen tóxico-hémico y permiten hacerle remontar al hígado, que es el órgano principalmente enfermo en tales casos.

7.° *Convulsiones.*—En Enero último ví á un señor de 54 años, enfermo de cirrósis hepática. Había abusado mucho tiempo de la comida y padecido de desórdenes del hígado desde algun tiempo ántes. Hace seis años sobrevinieron tracciones espasmódicas intensas en las piernas, acompañadas en tres circunstancias de crísis epileptiformes.

Poco tiempo despues del último acceso tuvo su primer ataque de gota, y desde entónces ha padecido con frecuencia de gota, pero ni las convulsiones ni las tracciones reaparecieron. No había signo manifiesto de enfermedad renal. Se han referido algunos casos análogos. Así, van Swieten refiere la observacion de un hombre que tuvo violentos dolores abdominales acompañados de delirio y de temblor general, y despues un fuerte ataque de epilepsia. Despues de esta época tuvo ataques repetidos de gota, pero no síntomas nerviosos (2).

Garrod refiere tambien observaciones análogas. Un señor que había tenido desde los 20 á los 52 años frecuentes ataques epilépticos, padeció por primera vez un violento acceso de gota en el dedo gordo del pié. Desde los 52 años hasta los 92 en que murió tuvo frecuentes ataques de gota, pero ningun ataque de epilepsia. En otro caso de *epilepsia gotosa* el Dr. Garrod (3) encontró ácido úrico en la sangre.

---

(1) Trousseau, *op. cit.*, t. III, pág. 5.
(2) Trousseau, *op. cit.*, t. III, pág. 339.
(3) *On Gout*, tercera edicion, 1876, pág. 460.

8.° La *manía*, como la epilepsia, puede algunas veces resultar de la diátesis úrica, y cesar repentinamente, quizá para siempre, tan pronto como aparece un ataque de gota.

9.° *Parálisis.* — Con frecuencia he visto enfermos que se quejaban de adormecimiento, pinchazos y una sensacion de frío ó de cosquilleo en las extremidades, en ambos lados ó en uno sólo. Estos síntomas suelen estar asociados con la cefalalgia, náuseas y abatimiento, y alarman á menudo sin necesidad, haciendo temer una parálisis inminente. Ademas, si están asociados, como ocurre no pocas veces, á la uricemia, á la oxaluria ó á alguna otra manifestacion de desórden hepático, pueden desaparecer por completo y de una manera permanente por el uso de los calomelanos, de los purgantes salinos, de los alcalinos y vigilando la alimentacion.

10. Los *zumbidos de oidos* son un síntoma frecuente en la gota (1), y tambien en la uricemia no dependiente de la gota. El enfermo siente como un viento violento que sopla en su oido; otro cree oir una corriente de agua, ó cantos, ó tiene verdaderos zumbidos; en otro los ruidos tienen un carácter pulsátil, y corresponden á los del corazon.

11. El *insomnio* puede proceder de causas diversas, entre las cuales figura el desórden del hígado que produce la uricemia. Cuando así sucede el enfermo experimenta pesadez y somnolencia despues de las comidas, y suele quedarse dormido áun ántes de acostarse; pero al cabo de una, dos, tres ó cuatro horas se despierta, y entónces, ó bien está despierto durante algunas horas, ó bien se vuelve á dormir, teniendo ensueños y pesadillas, y despertándose cuatro ó cinco veces en el espacio de una hora, hasta que, al llegar la mañana, cae en un sueño apacible que dura algun tiempo, ó se levanta con gran fatiga é irritacion.

Este insomnio, lo mismo que el vértigo de que ya hemos hablado, es producido con frecuencia por ciertos alimentos. Lo que en un enfermo determinará cefalalgia, aturdimiento ó desórdenes de la circulacion, producirá en otro el insomnio. Sin embargo, algunas veces se presentará este síntoma en personas que ponen gran cuidado en su régimen. Tambien importa advertir que, en la mayor parte de los casos, no hay signos manifiestos de dispepsia estomacal; el apetito puede ser bueno, y hasta muy bueno; los intestinos pueden estar libres; no hay á veces dolor, ni flatulencia, ni malestar despues de las comidas; pero se observará una marcadísima tendencia á los depósitos de uratos en la orina, y á menudo otros fenómenos de una llamada diátesis gotosa.

---

(1) Scudamore, *op. cit.*, pág. 376.

Esta forma de insomnio fué descrita hace un siglo por Cullen, el célebre nosólogo, de la manera siguiente: « Las personas que sufren una debilidad de estómago, como la que yo mismo he experimentado durante algunos años, saben que ciertos alimentos, sin que se explique por qué, les impiden dormir. Así, yo me he despertado unas cien veces á las dos de la mañana sin haber experimentado ninguna impresion particular; pero creo que esto era debido á una irregularidad en el funcionamiento de mi estómago, y entónces recordé lo que había tomado en la comida y qué había causado esta irregularidad. El Dr. Haller estuvo expuesto al mismo accidente, y en su gran obra describe las particularidades de su propio caso (1).»

Dicha afeccion ha sido tambien admirablemente descrita por el doctor Dyce Duckworth en algunas excelentes observaciones sobre las diferentes formas de insomnio (2). Sin embargo, esta forma de insomnio es generalmente mal comprendida; así, se perjudica mucho á los que la padecen administrándoles los opiáceos y otros soporíferos por ignorar la causa real de este insomnio. Con frecuencia dicho síntoma disminuye notablemente, si no cesa por completo, por un cuidado atento en el régimen, y sobre todo por la abstinencia del vino ó una gran moderacion; en algunos casos es útil dar una pequeña cantidad de carbonato de sosa al acostarse ó al despertar por primera vez.

Algunos enfermos en tal caso, me han dicho que se encontraron muy bien despues de tomar una dósis de calomelanos ó de píldoras azules.

12. *Abatimiento.* — La influencia del hígado sobre la moral ha sido reconocida por autores de todas las épocas. De las creencias que se tenían en este punto proceden los términos de hipocondría y melancolía. No se pretende, sin duda, que los estados morbosos del espíritu á que damos en la actualidad estos nombres tengan su orígen en el hígado, pero en muchos casos van indudablemente acompañados ó se agravan por los desórdenes de este órgano; asimismo es cierto que, independientemente de la hipocondría ó de la melancolía, las personas enfermas de desórdenes funcionales ú orgánicos del hígado están sujetas á accesos de gran abatimiento y á temores imaginarios de peligro inminente, que desaparecen cuando el hígado ha vuelto á su estado normal.

13. La *irritabilidad* del carácter es tambien un síntoma ordinario de desórden hepático, y algunas veces el primer indicio de la enfermedad. Un hombre que soportaba ántes sin quejarse todas las penalidades de la

---

(1) *Institutions of Medecine*, 1770.
(2) *British medical Journal*, 27 de Diciembre de 1873.

vida, que era amable con los que le rodeaban, comienza de repente á enfurecerse por las cosas más insignificantes, su imaginacion se perturba, hace desgraciada á su familia y él mismo se hace temible. Sus parientes, no viendo ningun otro indicio de indisposicion, y desconociendo la verdadera causa, atribuyen estos fenómenos á un desórden mental, al mal carácter, á la impotencia para hacer un esfuerzo moral; pero los medios terapéuticos propios para restablecer las funciones del hígado, si se emplean á tiempo, harán desaparecer con frecuencia esta irritabilidad, y entónces, ora la mejoría del enfermo bajo la influencia del tratamiento, ora un ataque de gota, resolverán la verdadera causa del mal carácter del enfermo.

Así, en sus *Psychological Inquiries*, Sir Benjamin Brodie nos habla en estos términos de un enfermo con exceso de ácido úrico en la sangre: «Le asaltan terribles ideas, se torna irritable y adusto, llegando á ser una molestia para sí mismo, y tambien para los que le rodean, si no ejerce un imperio suficiente sobre sus pensamientos y sus actos. Al cabo de algun tiempo se declara el mal de repente, como si se tratara de un veneno; tiene un violento acceso de gota en el pié. Se le somete á un régimen conveniente, y el organismo queda libre del ácido úrico que le molestaba. Entónces calma la gota. Ideas alegres reemplazan á las que ántes atormentaban al enfermo, y persisten hasta que cae en sus primeros hábitos y se declara un nuevo ataque de la enfermedad (1).»

14. *Síntomas cerebrales y estado tifoideo.* — Se sabe perfectamente que la agitacion, el delirio, el estupor, el coma, los sobresaltos, los temblores, las convulsiones, la lengua sucia y seca, y otros fenómenos del estado tifoideo, pueden presentarse en ciertas enfermedades del hígado, haya ó no ictericia. Dichos síntomas se atribuyen ordinariamente á la supresion de la secrecion biliar. Pero ya hemos visto que se halla desprovista de todo fundamento la opinion segun la cual los elementos de la bílis se hallan previamente formados en la sangre, de donde son separados por el hígado; y hemos visto tambien que la bílis dista mucho de ser, como muchos suponen, un veneno mortal, y que su presencia en la sangre, áun hasta la saturacion, no da lugar á accidentes cerebrales. Estos accidentes suelen ser más intensos cuando la ictericia es ligera ó cuando falta: se explican con facilidad conociendo las funciones de descomposicion de que se halla encargado el hígado. Cuando dicha funcion se halla suspendida ó seriamente comprometida, la urea no es eliminada en cantidad suficiente por los riñones; el ácido úrico y los productos deletéreos de la albúmina en vías de descomposicion, tales como la leucina y la tirosina, y quizás otros que sólo

(1) Segunda edicion, pág. 73, 1855.

conocemos de una manera imperfecta, se acumulan en la sangre y los tejidos; de aquí resultan síntomas de intoxicacion de la sangre parecidos á los que se manifiestan cuando los riñones no pueden eliminar los productos de descomposicion de la albúmina á consecuencia de una enfermedad de su tejido ó de una formacion de urea y otros productos, como sucede en muchas enfermedades febriles.

En la atrofia aguda, por ejemplo, el tejido hepático se halla destruido y sus funciones suspendidas; la leucina y la tirosina reemplazan á la urea en la orina, y se encuentran tambien en gran parte en el hígado, el bazo y los riñones, miéntras que los síntomas cerebrales y el estado tifoideo son los caractéres dominantes de la enfermedad.

LECCION DÉCIMASEXTA

VI. — *Desórdenes de los órganos de la circulacion:* 1.°, palpitaciones y latidos desordenados del corazon; 2.°, pulsacion exagerada de las gruesas arterias; 3.°, irregularidades é intermitencias del pulso; 4.°, circulacion débil; 5.°, anemia; 6.°, angina de pecho; 7.°, trombósis venosa. — VII. *Desórdenes de los órganos de la respiracion:* 1.°, catarro crónico de la cámara posterior de la boca; 2.°, bronquítis; 3.°, catarro espasmódico. — VIII. *Desórdenes de los órganos urinarios:* 1.°, depósitos de ácido úrico y de uratos en la orina; 2.°, cálculos renales; 3.°, enfermedades de los riñones; 4.°, cistítis; 5.°, uretrítis aguda; 6.°, uretrítis crónica; 7.°, orquítis. — IX. *Manifestaciones por parte de la piel:* 1.°, eczema, lepra, psoriásis y liquen; 2.°, urticaria; 3.°, forúnculos y ántrax; 4.°, placas de pigmento; 5.°, xantelasma; 6.°, prurito. — C. CAUSAS DE LOS DESÓRDENES FUNCIONALES. I. *Secundarias:* 1.°, enfermedades orgánicas del hígado; 2.°, desórdenes gástricos é intestinales; 3.°, enfermedades del corazon y de los pulmones; 4.°, pirexia. — II. *Primitivas:* 1.°, trasgresiones de régimen; 2.°, oxigenacion insuficiente; 3.°, temperatura elevada; 4.°, influencias nerviosas; 5.°, particularidades constitucionales; 6.°, venenos. — D. TRATAMIENTO DE LOS DESÓRDENES FUNCIONALES DEL HÍGADO: 1.°, régimen; 2.°, amplia oxigenacion; 3.°, diluyentes; 4.°, baños; 5.°, purgantes, colagogos; 6.°, alcalinos; 7.°, cloro, bromo, iodo y sus sales; 8.°, ácidos minerales; 9.°, tónicos; 10, opio. — CONCLUSION.

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES:

En mi última leccion he expuesto algunos de los más importantes síntomas y enfermedades procedentes de una desintegracion anormal de las materias albuminoideas en el hígado. Réstame hablar de ciertos desórdenes de la circulacion y de la respiracion, y de algunas manifestaciones morbosas por parte de la piel, todas las cuales pueden atribuirse á la misma causa. Indicaré algunas de las principales causas de estos desórdenes funcionales hepáticos, y terminaré por una sumaria exposicion de las reglas más importantes para el tratamiento de tales alteraciones.

VI. — Desórdenes de los órganos de la circulacion.

1.° *Palpitaciones y latidos tumultuosos* (flutterings) *del corazon.* — La mala digestion ha sido considerada durante mucho tiempo como una de las causas de palpitacion independientes de afecciones cardiacas. Muchos enfermos de este desórden funcional del corazon dicen que experimentan un desórden pasajero de los latidos del corazon, más bien que una palpitacion continua; y cuando se examina el fenómeno, se ve que parece ordinariamente producido por un choque enérgico de la punta del corazon, seguido de uno ó muchos latidos más débiles, ó una suspension marcada. En algunos de estos casos de palpitacion la flatulencia es el síntoma de la *indigestion*, y desde entónces se explican estos síntomas cardiacos por la presion que ejercen sobre el centro circulatorio, el estómago y los intestinos distendidos.

Tal explicacion se encuentra comprobada por el hecho de que con la desaparicion de la flatulencia cesan ó mejoran á menudo los síntomas cardiacos. Pero en otros casos la flatulencia puede desaparecer enteramente y persistir los desórdenes cardiacos, miéntras que en otros no se observa el menor indicio de flatulencia, lo cual no impide que los síntomas cardiacos cedan bajo la influencia de los medicamentos que obran de una manera favorable sobre el hígado, como los alcalinos y los laxantes. Parece, pues, probable que en algunos casos, si no en gran número de ellos, en que coexisten la flatulencia y las palpitaciones, no se encuentran en relacion de causa ó efecto, sino que resultan uno y otro de la misma causa. Las palpitaciones, y más aún los latidos desordenados y tumultuosos del corazon, son muy frecuentes en los gotosos, ora presenten ó no síntomas dispépsicos.

Todos vosotros habreis visto casos de este género. Scudamore refiere observaciones en las cuales los enfermos padecieron palpitaciones violentas durante seis meses sin que nada pudiera aliviarlas; cierto día sobrevino un ataque de gota, y las palpitaciones cesaron de repente y por completo (1). El Dr. Garrod, en su obra acerca de la gota, dice lo siguiente (2): «Uno de los síntomas más comunes producidos por la gota constitucional son las palpitaciones del corazon, á menudo acompañadas de irregularidad de su ritmo, y algunas veces de pulsacion en muchas de las gruesas arterias. En la mayor parte de los casos dichos síntomas se hallan subordinados á la dispepsia, pero pueden á veces ser producidos por un estado patológico de la sangre; he visto algunos enfermos en los cuales no

(1) *Op. cit.*, págs. 16, 98, 374.
(2) *Nature and treatment of gout*, 1859, pág. 510.

se pudo encontrar nada en el corazon, ni se observó ningun signo de desórden digestivo, y en ellos los síntomas en cuestion cedieron al aparecer la gota en las articulaciones.» Estos síntomas cardiacos son tambien muy comunes en los sujetos que padecen la uricemia ó la oxalura, pero que nunca han tenido la gota. Ellos son á menudo los primeros signos que llaman la atencion del enfermo y le advierten que su salud no es lo que debía ser; determinan un gran abatimiento; con frecuencia se agravan por un tratamiento irracional, sobre todo por el uso del hierro, que puede parecer indicado por la apariencia anémica del enfermo, pero que rara vez es tolerado hasta el momento en que el hígado vuelve á su estado normal por los alcalinos, los laxantes y una dieta severa.

Aunque en los casos de que me ocupo los síntomas cardiacos resultan de una irritacion del pneumogástrico por un veneno de la sangre, no debe olvidarse que este mismo estado morboso del líquido sanguíneo puede llegar á producir la degeneracion del músculo cardiaco, ó una degeneracion de las válvulas aórticas.

2.° *Pulsacion exagerada de las gruesas arterias.* — El Dr. Mateo Baillie, en una comunicacion que hizo á este Colegio el 2 de Diciembre de 1812, fué el primero en llamar la atencion acerca de la pulsacion aórtica, más marcada en la region epigástrica, simulando un aneurisma, pero que persiste en algunos casos 25 años y áun más, y resulta simplemente «de una congestion imperfecta en sujetos de constitucion irritable» (1).

Esta pulsacion exagerada no sólo de la aorta sino de otras arterias independientes del riñon contraido ó de la regurgitacion aórtica, es en la actualidad bien conocida, y resulta al parecer, entre otras causas, de un estado patológico de la sangre consecutivo á un desórden del hígado, y no pocas veces relacionado con la gota. Scudamore menciona observaciones de palpitaciones en la cabeza en sujetos que padecían desórdenes biliosos y gota, y que ofrecían alternativamente palpitaciones de corazon y pulsaciones de la aorta en el epigastrio (2). Garrod habla tambien de un estado de irritacion de la aorta y de la pulsacion de las gruesas arterias á consecuencia de la gota (3). La pulsacion anormal cede á menudo, en tales casos, al tratamiento dirigido contra el hígado.

3.° *Irregularidades é intermitencias del pulso.* — La intermitencia del pulso acompañada ó no de la sensacion de latidos desordenados y tumul-

---

(1) *Medical Transactions,* publicadas por el Colegio de Medicina, 1813, t. IV, página 274.
(2) *Op. cit.*, pág. 98.
(3) *Op. cit.*, págs. 510 y 511.

tuosos del centro circulatorio de que ya he hablado, puede resultar de diversas causas. Hé aquí las principales:

a) Afeccion valvular y otras enfermedades del corazon. Sin embargo, en las afecciones orgánicas del centro circulatorio la irregularidad del ritmo es más frecuente que una franca intermitencia del pulso.

b) La debilidad ó cierta irritabilidad del sistema nervioso, como se observa sobre todo en los sujetos de alguna edad, ó en el estado constitucional, ó como consecuencia de fiebres, de *delirium tremens*, de insomnio prolongado, de ansiedad, etc.

c) Estados patológicos de la sangre debidos á la gota, á la uricemia, ó á alguna otra manifestacion de desórden hepático. Se acostumbra á atribuir la intermitencia en estos últimos casos á la irritacion del pneumogástrico por la dispepsia ó la flatulencia; pero, conforme he indicado al hablar de los vértigos y de las palpitaciones, no suele observarse flatulencia ni otros signos de desórden gástrico; pudiendo admitir, en vista de mi experiencia, que en la mayor parte de los casos la irritacion del pneumogástrico tiene un orígen tóxico ó es debida á la presencia en la sangre de algunos materiales morbosos ó resultantes del desórden hepático.

¿Qué son estos materiales? No lo sabemos exactamente. No es raro que en la ictericia el pulso llegue á ser muy lento y áun irregular, y que presente intermitencias. Estos síntomas no parecen debidos á la presencia de pigmento biliar en la sangre, porque faltan en muchos casos de ictericia; pero los experimentos hechos hace años por Röhrig y Legg han demostrado que los ácidos biliares paralizan el corazon y hacen que sea más lenta su accion, pero que el pigmento biliar no tiene este efecto (1).

Es, pues, posible que la lentitud y la intermitencia del pulso sean producidas por la presencia en la sangre de ácidos biliares no descompuestos, áun en los casos en que no hay ictericia; pero es más probable que la intermitencia deba atribuirse á algun otro producto de la descomposicion de la albúmina, tanto más cuanto que á menudo se observa en relacion con la uricemia ó la gota, y que desaparece muchas veces de una manera repentina bajo la influencia de las píldoras azules, de los laxantes salinos, de los alcalinos y del régimen.

Un hecho digno de mérito en tales casos es que la tendencia del pulso á la intermitencia es la más marcada en estado de reposo, y que disminuye ó cesa por el ejercicio. Lo mismo que el vértigo ó el insomnio, la intermitencia suele ser provocada por el uso de ciertos alimentos. Puede durar algunos años, lo cual no impide que el enfermo goce buena salud y lleve una vida muy activa. Hace poco ví á un señor de 80 años de edad, que desde los 30 ofrecía una intermitencia del pulso. Había padecido gota

---

(1) Véase la leccion IX, pág. 327.

y dispepsia; pero, á pesar de su edad avanzada, era capaz de andar á pié largas distancias y subir las escaleras sin dificultad. Conviene advertir que la intermitencia del pulso puede durar años enteros y desaparecer despues en absoluto.

El profesor Lasègue, de París, que ha publicado una interesante Memoria acerca del pulso intermitente (1), cree que se observa principalmente en dos condiciones: ante todo, acompaña á algun estado morboso crónico general, que es el preludio de algo más agudo, cuyo desarrollo produce la cesacion de la intermitencia, y despues acompaña á un estado morboso general consecutivo á la primera invasion de una enfermedad local, la caquexia general, y la intermitencia del pulso desaparece al cabo de cierto tiempo, áun cuando persiste la afeccion local primitiva.

El siguiente caso, que me ha sido comunicado por el Dr. P. Jackson, constituye un notable ejemplo de la desaparicion completa de la intermitencia despues de muchos años de duracion y tambien de su orígen tóxico.

Hácia el año 1838, M. J. T., de 42 años, temperamento nervioso, buena constitucion y expuesto á desórdenes hepáticos, comenzó á experimentar intermitencias del pulso y latidos desordenados en el corazon. No tenía dispnea, ni ningun síntoma de enfermedad del corazon, ni ruido cardiaco anormal. Vió á gran número de médicos y no notó mejoría; al cabo de tres años sobrevino un ataque intenso de urticaria, á consecuencia del cual desaparecieron para siempre la intermitencia del pulso y los latidos desordenados. Vivió todavía 20 años, y aparte de algunos ataques de gota y de vértigo, gozó buena salud. Murió, por último, repentinamente, á la edad de 65 años, de una rotura del corazon.

Conviene añadir que cuando la intermitencia del pulso coexiste con una afeccion valvular del centro circulatorio, parece á veces debida á un trastorno hepático más bien que á la lesion cardiaca. Tomemos como ejemplo la insuficiencia aórtica. En esta lesion el ritmo del pulso suele ser regular; pero, en casos raros, es regular é intermitente. La aparicion de dicho síntoma hace formular á menudo un pronóstico más grave sobre el estado del enfermo, y sin embargo puede no haber ninguna agravacion de los demas síntomas cardiacos. El pulso puede ser regular despues del ejercicio, en vez de ser más intermitente, y la intermitencia desaparece por completo bajo la influencia de la misma medicacion, que da buenos resultados cuando no hay enfermedad del corazon. No debe sorprendernos en manera alguna que la intermitencia del pulso sea independiente de la lesion cardiaca que nos ocupa, cuando se recuerda que el ateroma arterial, que es la principal causa de la insuficiencia aórtica que

(1) *Des intermittences cardiaques. (Arch. génér. de Médec.*, Diciembre de 1872.)

sobreviene en una edad mediana ó avanzada (1), y la intermitencia del pulso, pueden resultar de la discrasia úrica.

La siguiente observacion sirve para confirmar lo que acabo de exponer.

En Julio de 1873 asistí á un antiguo soldado, de 56 años, enfermo al ménos, al parecer, de dolores musculares ó neurálgicos. Se vió que tenía una insuficiencia aórtica (sin haber experimentado nunca el menor síntoma de afeccion cardiaca, dolor, palpitacion ó dispnea). Había estado empleado en un establecimiento público, donde tenía que subir grandes cestos de carbon, lo cual no comprometió sensiblemente su salud. El pulso era regular; se le dió quinina, pero salió del hospital al cabo de algunas semanas sin estar mucho mejor, y volviendo á dedicarse á sus tareas. Vino á buscarme de nuevo en Diciembre, quejándose de dolor en el hombro derecho y de extreñimiento; su pulso era muy intermitente, y con frecuencia experimentaba tambien en el corazon latidos tumultuosos. No había ningun otro síntoma cardiaco, y cuando hacía algun ejercicio su pulso volvía á ser regular. Entónces le administré las píldoras azules, el cólchico, los laxantes, los alcalinos y el ioduro de potasio, y el dolor del hombro, los latidos tumultuosos, lo mismo que la intermitencia, desaparecieron rápidamente.

4.° *Debilidad de la circulacion.* — En algunos casos de desórden hepático prolongado no es raro observar síntomas de debilidad de la circulacion; pueden ser independientes de las palpitaciones ó de las irregularidades del pulso. El enfermo se queja de languidez, de debilidad, de frío en las extremidades. Se nota que el corazon late difícilmente, sin que haya ninguna lesion orgánica; pero existen signos manifiestos de desórden hepático y la orina deposita uratos. El hierro, la quinina y los estimulantes, que á menudo se prescriben en tales casos, pueden hacer empeorar al enfermo en vez de mejorarle, y el medio más seguro para conseguir aumentar la energía del corazon consiste en proscribir el alcohol y ocuparse del hígado.

5.° *Anemia.* — (Véase lo que hemos dicho anteriormente.)

6.° *Angina de pecho.* — La afeccion neurálgica designada con el nombre de angina de pecho reconoce probablemente diferentes causas, en cuyo número me parece puede colocarse la discrasia úrica.

Hace ya algunos años que un médico ingles, el Dr. W. Butter, describió ciertos casos de esta afeccion como gota diafragmática. Sus enfermos

---

(1) No recuerdo haber encontrado la intermitencia del pulso en casos de insuficiencia aórtica de orígen reumático.

se habían cuidado muy poco del régimen y abusaron de los licores fuertes; la orina depositaba uratos en abundancia; el ataque puede terminar por un acceso de gota (1). Numerosos autores han descrito despues una cardialgia gotosa, y más recientemente Trousseau ha observado que ciertos casos de angina de pecho no son debidos á ninguna enfermedad del corazon ó de los gruesos vasos, y sólo consisten en una manifestacion de la diátesis gotosa (2).

Yo he visto, no hace mucho tiempo, á un señor de 65 años que decía se despertaba, dos ó tres veces por semana, con un dolor violento en la region cardiaca que se extendía hasta el hombro y el brazo izquierdo. No pude encontrar ningun signo de enfermedad del corazon. Este sujeto me aseguró que seis años ántes había tenido, por espacio de algunos meses, ataques semejantes, que desaparecieron por un tratamiento apropiado.

No había sufrido nunca la gota, si bien su hermano padecía esta misma afeccion.

7.° *Trombósis venosa.* — Existen buenas razones para creer que el estado morboso de la sangre resultante de un trastorno funcional del hígado suele determinar la produccion de una trombósis venosa. Sir James Paget ha descrito casos de este género con el nombre de *flebítis gotosa.*

Lo mismo que en las demas formas de trombósis, el coágulo puede romperse y dispersarse sus fragmentos, y por consiguiente sobreviene un síncope y áun la muerte repentina por embolia de la arteria pulmonal. Esta forma de trombósis es muchas veces, como la gota, hereditaria; pero conviene recordar que puede ser producida por un desórden funcional del hígado en personas que nunca han ofrecido la menor manifestacion gotosa ni tienen antecedentes hereditarios gotosos.

VII. — Desórdenes de los órganos de la respiracion

1.° *Angina catarral crónica.* — Los enfermos de gota ó de uricemia se hallan muy expuestos á una hipersecrecion mucosa habitual de la faringe y de la cavidad posterior de las fosas nasales, que se acumula ordinariamente por la noche, y puede ir acompañada de una tos fatigante. Las trasgresiones de régimen aumentan por lo general esta hipersecrecion y llegan á provocar una extension del catarro, con ronquera de la voz; estos hechos explican, pues, la opinion de Scudamore; á saber: que un

---

(1) *Treatise on angina pectoris*, segunda edicion. Lóndres, 1806.
(2) *Op. cit.*, t. III, pág. 339. — Véase tambien t. II, págs. 508, 509 y 510.

acceso de gota va precedido á veces de tos y de hipersecrecion mucosa de la tráquea (1).

2.° *Bronquítis crónica.* — Los trabajos de Trousseau (2), los de nuestro colega el Dr. Greenhow (3) y los llevados á cabo por otros observadores, prueban claramente que en muchos casos la bronquítis tiene la misma patogenia que la gota, y por consiguiente procede de un desórden funcional del hígado. La gota y la bronquítis son muy comunes en una misma familia. La gota es frecuente en los bronquíticos, y ambas enfermedades alternan no pocas veces en el mismo sujeto, desapareciendo la gota cuando viene la bronquítis, y viceversa; una y otra ceden al mismo tratamiento. A esto se puede añadir que las personas que no han tenido nunca la gota y que no son de raza gotosa, pero que se hallan sujetas á la uricemia, están tambien muy dispuestas á la bronquítis.

3.° *Asma espasmódico.* — Aunque el asma espasmódico consiste esencialmente en una tendencia morbosa del sistema músculo-nervioso de las divisiones bronquiales á entrar vivamente en actividad, el estímulo de la contraccion parece ser en algunos enfermos de orígen tóxico, ó determinado por la presencia de un principio morboso en la sangre. « Cuando — dice el Dr. Todd — la *materies morbi* del asma ha sido engendrada, tiene por efecto irritar el sistema nervioso, no por completo sino en ciertas partes, tales como los nervios que presiden á la respiracion, el pneumogástrico y los nervios de los músculos respiratorios, ora en su extremidad periférica, ora en su extremidad central en la médula oblongada y espinal (4). » La naturaleza de esta *materies morbi* parece bastante análoga á la de la gota, y como ella puede proceder de desórdenes de las modificaciones sanguíneas que se verifican en el hígado.

El asma, lo mismo que la gota, es una enfermedad hereditaria. Es frecuente entre los individuos gotosos; en el mismo sujeto se halla muchas veces asociada á la gota, á los cálculos biliares ú otros desórdenes hepáticos; se sabe tambien que los ataques de asma alternan periódicamente con los ataques de gota. Ademas, un acceso de asma, lo mismo que un acceso de gota, de vértigo ó de insomnio, es provocado á menudo por una indigestion y por la ingestion de ciertos alimentos. Nuestro antiguo colega el Dr. Hyde Salter, que tanta luz ha derramado sobre la patología del asma, admitía que el acceso, en los casos de que se trata, es determinado por la «presencia momentánea en los vasos pulmonales de principios proceden-

---

(1) Scudamore, *op. cit.*, págs. 17 y 376.
(2) *Op. cit.*, t. III, pág. 341.
(3) *On chronic bronchitis*, 1869, pág. 55.
(4) *Medical Gazette*, Diciembre de 1850.

tes del estómago y de los intestinos » (1); pero, en mi concepto, la *materies morbi* es producida más probablemente por un desórden hepático consecutivo á la ingestion de alimentos perjudiciales, lo mismo que los ataques análogos de gota, de vértigo, etc.

VIII. — Desórdenes de los órganos urinarios

Las consideraciones que ya he expuesto me dispensan insistir más sobre la tendencia que ofrecen los desórdenes funcionales del hígado á producir síntomas urinarios. Sólo repetiré en este lugar que los desórdenes hepáticos son una causa comun de:

1.° Depósitos de ácido úrico y de uratos en la orina;
2.° Cálculos renales;
3.° Enfermedades de los riñones y albuminurias.

Debo ahora añadir que:

4.° La *cistítis* es producida en ocasiones por la diátesis úrica. A menudo va precedida de un exceso de ácido úrico en la orina, de la desaparicion de una erupcion eczematosa ó de un ataque de dispepsia. Este ataque suele ser notable por lo repentino de su invasion y la rapidez con que cede al tratamiento.

5.° *Uretrítis.* — La uricemia puede, no sólo modificar ó prolongar una blenorragia ordinaria, sino ser la causa primitiva de una uretrítis aguda. Bajo este punto de vista creo oportuno citaros la opinion de Sir James Paget: «La inflamacion aguda de la mucosa uretral acompañada de los signos ordinarios de la blenorragia (flujo purulento, ardor, miccion frecuente y erecciones dolorosas), puede ser determinada por la gota. He visto algunos casos auténticos que se presentaron sin que hubiera habido infeccion y sin que ellos mismos fueran infecciosos» (2).

6.° *Uretrítis crónica.* — Las erecciones persistentes y á veces dolorosas durante el sueño pueden ser un efecto de la uricemia, sobre todo en los individuos de alguna edad. Las he observado tambien en sujetos de 30 á 40 años, á los cuales causaban un sueño constantemente agitado; se calmaban por el empleo de las píldoras azules, los alcalinos y el bromuro de potasio.

7.° La *orquítis*, unas veces aguda y otras crónica, puede resultar de la

---

(1) *On asthma*, 1860, págs. 46 y 117.
(2) *Brit. med. Journ.*, 1875, t. I, pág. 701.

uricemia ó de la gota. La forma crónica va acompañada muchas veces de hidrocele y determina la produccion de masas induradas en el testículo ó el epidídimo, que se confunden con el tubérculo ó el cáncer, pero que desaparecen con el tiempo y el tratamiento.

IX. — Condiciones anormales de la piel

Es evidente que no pocas manifestaciones cutáneas tienen su orígen en un trastorno de los procesos de oxidacion ó de desintegracion que se verifica en el hígado.

1.° Casi todos los observadores se hallan de acuerdo para admitir que el eczema, la lepra, la psoriásis y el liquen pueden proceder de la uricemia. Hace algunos años, decía Sir E. Holland que «había visto tantas veces el psoriásis en las familias de los gotosos (algunas veces alternando con ataques agudos de gota, otras precediendo ó siguiendo á ésta), que es difícil no asignar la misma causa morbosa á tales resultados» (1). Vuestro antiguo y distinguido presidente, Sir Thomas Watson, en su *Practice of Medicine*, habla de la lepra y de la psoriásis como enfermedades de la sangre dependientes de algun veneno engendrado en el organismo (2). El Dr. Garrod indica asimismo la conexion frecuente del eczema y del psoriásis con la gota. Por otra parte, Sir James Paget ha visto que los enfermos en los cuales la aplicacion local de árnica sobre la piel va seguida de erisipela, de vivo dolor y áun de vesicacion y de descamacion, son siempre de constitucion gotosa (3). Mi experiencia me permite dudar de la exactitud de tales observaciones; pero en muchos casos estas manifestaciones cutáneas proceden, al parecer, de los desórdenes funcionales del hígado que á menudo preceden á la gota, aunque ni el paciente ni ningun miembro de su familia hayan padecido nunca esta enfermedad.

Bajo este punto de vista el Dr. Tilbury Fox, en su reciente obra acerca de las afecciones de la piel, hace las siguientes observaciones, por cierto muy juiciosas: «Todos los desórdenes debidos á la retencion de los *excreta* en el organismo y su circulacion en la corriente sanguínea, pueden constituir una causa de eczema. Este es un hecho clínico de la mayor importancia. Dada la tendencia al eczema, la trasmision del ácido úrico á traves de los capilares de la piel producirá un trastorno suficiente para agravar ó provocar de nuevo la erupcion eczematosa. En esto consiste el

---

(1) *Medical notes and reflections.*

(2) *Lectures on the principles and Pract. of Medic.*, quinta edicion, 1871, t. II, pág. 1.023.

(3) *Brit. med. Journ.*, 1875, t. I, pág. 633.

eczema gotoso; en términos que, alejando el ácido úrico de la circulacion, el eczema desaparecerá muchas veces y será ménos rebelde al tratamiento. En ocasiones se encuentran casos parecidos á los que ahora me ocupan y que duran años enteros; se satura á los enfermos con preparaciones arsenicales é hidrargíricas, pero sólo se les mejora cuando se ha reconocido que están complicados con una formacion y circulacion excesivas de ácido úrico, y se ha planteado un régimen que pueda impedir su continuacion (1).» El Dr. Fox llama tambien la atencion acerca del hecho de que los niños que padecen eczema suelen tener las deposiciones blanquecinas (2).

Anatómicamente, no hay ningun signo que permita distinguir estas erupciones cutáneas de las producidas por otros estados constitucionales; pero se observará á menudo que su aparicion es repentina y va acompañada de síntomas dispépsicos, y que son determinadas por la ingestion de ciertos alimentos.

2.° *Urticaria.*—Varias veces la he encontrado relacionada con la ictericia y otros desórdenes del hígado. Graves ha visto ocho á nueve individuos enfermos de reumatismo agudo, los cuales se tornaron repentinamente ictéricos por la invasion de una hepatítis (congestion del hígado), y en los cuales la ictericia fué seguida de urticaria (3). Entre las causas de la urticaria, el Dr. Tilbury Fox habla de «la circulacion de principios acres y excrementicios, tales como el ácido úrico, la bílis, etc., que, al ir á parar á la superficie cutánea, se oxidan y son más activos» (4). Conviene tambien advertir que se ha observado el asma asociado en cierto modo á la urticaria (5), lo cual se explica por las consideraciones anteriores. Scudamore habla de una violenta urticaria que duró dos días y que precedió á un paroxismo de gota (6); yo mismo he visto sujetos en los cuales ciertos alimentos ó bebidas producían casi invariablemente la gota ó la urticaria. Hace poco he asistido á un niño de nueve años, enfermo de urticaria *tuberosa* y de púrpura *urticans*, con complicacion de hemorragia intestinal y de hematuria, y exceso de ácido úrico en la orina, lo cual hacía suponer con fundamento que la causa primitiva era un desórden funcional del hígado.

3.° Algunas veces se observan *forúnculos* y *ántrax* debidos á la icte-

---

(1) *Skin diseases*, tercera edicion, 1873, pág. 175.
(2) *Op. cit.*, pág. 11.
(3) *Clinique médicale*, primera edicion traducida por Jaccoud, t. I, pág. 571.
(4) *Op. cit.*, pág. 120.
(5) *Op. cit.*, pág. 121.
(6) *Op. cit.*, pág. 103.

ricia, y determinados tambien por la presencia en la sangre, ora de la urea, ora de otros principios excrementicios. Es posible tambien ver en la relacion que existe entre el flemon ó el ántrax y la diabétes una prueba de la influencia de los desórdenes del hígado sobre las afecciones de la piel.

4.° Las *manchas pigmentarias* de diversa índole en la cara, las manos y otras partes del cuerpo, no son raras en los desórdenes funcionales del hígado; en ocasiones llegan á designarse con el nombre de *manchas de hígado* por el vulgo, que las da quizá demasiada importancia como signo de trastornos hepáticos. Pueden muy bien, segun advierte el Dr. Laycock, resultar de una oxidacion imperfecta ó de una produccion exagerada de carbono en los desórdenes del hígado (1), pero tambien suelen proceder de otras causas.

5.° El *xantelasma* ó *vitiligoidea*, que consiste en una degeneracion grasosa del tejido subcutáneo ó submucoso análoga al ateroma, es una notable afeccion de la piel asociada con frecuencia á un desórden hepático. (Véase lo que acerca de la degeneracion vitiligoidea hemos dicho en las lecciones VII y IX de esta obra.)

El *prurito* es un síntoma bastante molesto, que resulta muchas veces de un desórden del hígado. Sabido es que acompaña en ocasiones á la ictericia; pero no es debido en manera alguna á la presencia de la bílis en la sangre, porque falta en bastantes casos de ictericia, otras veces la precede, y cesa cuando ésta se declara. Ademas, con frecuencia he visto comezones intolerables en individuos enfermos de desórdenes funcionales del hígado sin ictericia.

El prurito puede invadir sucesivamente diversas partes del cuerpo ó ser general.

No va acompañado de ninguna erupcion. Es siempre más extenso en los países cálidos y con una alimentacion estimulante; del mismo modo aumenta cuando el enfermo se rasca. Es un síntoma habitual en los gotosos (2) y en los sujetos atacados de diátesis úrica. Desaparece en ocasiones bajo la influencia de un régimen severo, de algunas píldoras azules y de los alcalinos. Segun ha dicho el Dr. Bence Jones (3), «el prurito, la urticaria, el eczema y el herpes, son las manifestaciones exteriores de una hiperacescencia».

---

(1) T. Fox, *op. cit.*, pág. 404.
(2) Scudamore, *op. cit.*, pág. 103.
(3) *Lectures on Pathology and Therap.*, 1867, pág. 84.

C. — Etiología de los desórdenes funcionales del hígado

Las consideraciones que voy á exponer sólo se refieren á la funcion de desintegracion del hígado. Ya he hablado de las causas de la diabétes y de otros desórdenes funcionales del hígado.

El desórden hepático que produce la uricemia puede ser *primitivo* ó *secundario* á otros estados morbosos del organismo. Voy á ocuparme sobre todo del primero.

Se pueden recordar brevemente las principales causas de los desórdenes funcionales secundarios del hígado bajo la forma siguiente:

1.° *Todas las afecciones orgánicas del hígado* trastornan más ó ménos las funciones de este órgano. Ordinariamente se juzgan tan sólo estos desórdenes por la naturaleza de las evacuaciones alvinas, sin tener en cuenta las funciones, bastante más importantes, de sanguificacion y de depuracion verificadas por el hígado. Así, conviene recordar que en las afecciones orgánicas del hígado dichas funciones pueden estar seriamente comprometidas sin que haya modificacion sensible en las evacuaciones. En todas las afecciones orgánicas del hígado no acompañadas de fiebre, y en las cuales hay una destruccion bastante considerable de tejido glandular, se observa una tendencia á la diminucion de la urea y al aumento de los uratos en la orina, y esto mucho tiempo ántes de que el enfermo se haya vuelto anémico. Al fin pueden sobrevenir síntomas de intoxicacion de la sangre sin que por eso haya ictericia, y aunque la bílis pase libremente en las evacuaciones. Se ven muy bien estos fenómenos en la atrofia aguda del hígado, pero se pueden observar asimismo, aunque ménos marcados, en los abscesos, la cirrósis, el cáncer, etc.

2.° *Los desórdenes de la digestion gástrica é intestinal* producen muchas veces trastornos secundarios del hígado. Así, este órgano puede sufrir perturbaciones á consecuencia de una dispepsia estomacal ó de un extreñimiento prolongado debido á la atonía de los intestinos ó á la insuficiencia de secrecion intestinal; á veces es difícil establecer si el desórden hepático es primitivo ó secundario.

3.° *Las enfermedades del corazon y de los pulmones*, oponiendo un obstáculo á la circulacion y dificultando los fenómenos de oxidacion, son una causa frecuente de desórden funcional del hígado y áun de afecciones orgánicas de la misma víscera. Me parece inútil insistir aquí sobre el hecho de que muchas veces los síntomas de las afecciones valvulares del corazon se agravan por los de los desórdenes funcionales del hígado, y sobre

la necesidad que existe de plantear el tratamiento de la enfermedad primitiva.

4.° *Pirexia.* — En todas las enfermedades acompañadas de pirexia procedente de alguna causa general, como un veneno específico, ó de una inflamacion local, existe un desórden más ó ménos marcado del hígado. Este órgano, por lo demas, juega un papel predominante en la patología del proceso febril. Es uno de los pocos órganos que no se desgastan, digámoslo así, durante la fiebre; por el contrario, engruesa y se congestiona, miéntras que sus células glandulares se llenan de finas granulaciones albuminoideas.

Sabido es que estas modificaciones van acompañadas de un aumento en la desintegracion de la albúmina, y tambien en la produccion de la urea y de otros principios ménos oxidados. Cuando el proceso febril termina, el hígado recobra sus funciones normales; pero ocurre á veces que, despues de un violento ataque de fiebre, sus funciones se debilitan de una manera permanente. He visto no pocos casos en los cuales un grave ataque de tífus, de fiebre tifoidea, de escarlatina, produjo una tendencia permanente á los desórdenes del hígado en los sujetos que ántes se hallaban exentos de dicha disposicion.

Los desórdenes funcionales del hígado, cuando son *primitivos*, pueden reconocer variadas causas. Las principales son :

1.ª *Trasgresiones de régimen.* — No es dudoso que el género actual de vida, y sobre todo el uso, áun en cantidad mediana, de una alimentacion suculenta y de líquidos estimulantes, contribuyen en gran manera á trastornar el hígado. Generalmente se admite — y esto no sería difícil de probar — que muchas personas consumen más alimentos de los que necesitan para atender á la nutricion del organismo. Por fortuna, una buena parte de este exceso de alimentos no es asimilada y sale con las heces; pero á menudo pasa á la sangre más de lo que puede ser trasformado en tejido, ó pasar por los procesos ordinarios de la oxidacion preparatoria de la eliminacion. De aquí resulta que el exceso del consumo es rechazado, en un estado de oxidacion incompleta por los riñones, los pulmones, etc., ó se acumula en el organismo; al mismo tiempo se ha impuesto al hígado más carga de la que puede llevar, de donde resulta un desórden funcional de este órgano.

En cuanto á la naturaleza de los alimentos, se puede decir de una manera general que el hígado se perturba con más facilidad por las materias grasas y azucaradas, y es probable que pequeñas cantidades de estas sustancias produzcan una perturbacion del hígado, que conduce á la uricemia mejor que un exceso moderado de alimentos puramente azoados, como la

carne. Las sustancias alimenticias cocidas que contienen una notable proporcion de azúcar y de grasa á la vez, bastan seguramente para trastornar el hígado en muchos sujetos. El exceso de carbono contenido en estos alimentos debe, ó bien depositarse bajo la forma de grasa, ó bien absorber mucho oxígeno, de modo que queda muy poco para obrar sobre la materia azoada que procede de los tejidos ó de la alimentacion; por consiguiente, segun ha observado el Dr. Bence Jones al hablar de la gota, «con un régimen en el cual se halle en exceso el carbono la totalidad del ácido úrico de los tejidos puede atravesar la sangre sin haberse oxidado» (1). Hay tambien idiosincrasias con relacion á cierto número de alimentos, los cuales perturban siempre el hígado á determinadas personas, siendo nocivos para las demas.

Pero, entre todos los *ingesta*, las diversas bebidas alcohólicas son las propias para perturbar las funciones del hígado.

Obran en este sentido de dos modos:

1.° Pueden producir una congestion persistente del hígado. Las dósis más pequeñas de alcohol determinan en ciertos sujetos una congestion temporal del hígado; pero si el alcohol se toma en exceso ó con demasiada frecuencia, la congestion hepática llega á ser permanente y las funciones del órgano se perturban. Se pueden observar semejantes resultados con dósis de alcohol relativamente pequeñas en las personas que tienen, al parecer, una intolerancia constitucional para este líquido.

Por lo demas, si la congestion persiste algun tiempo puede resultar una alteracion orgánica.

2.° Los vinos y otras bebidas alcohólicas ocasionan á menudo un desórden del hígado que no produciría una cantidad equivalente de alcohol en sustancia, y que no puede explicarse por la presencia de ninguno de los principios de dicho líquido (ácido libre, éter, sales, goma, azúcar, materia extractiva). Creo, sin embargo, conveniente formular como regla general que la influencia nociva de las bebidas alcohólicas sobre el hígado aumenta en razon directa de la cantidad de azúcar y de alcohol que contiene. Parece, pues, que una mezcla de alcohol y de azúcar debe producir efectos perniciosos que no determina la adicion de mayor cantidad de azúcar ó de alcohol solo á la alimentacion. Segun estas ideas, las bebidas alcohólicas que la experiencia nos indican como más aptas para ejercer una influencia perjudicial sobre el hígado son las cervezas de todas clases, pero especialmente el *porter* y el *ale flojo*, el vino de Porto, el Madera, el Tokay, el Málaga, el Champagne azucarado, el Jerez dulce, los licores y el cognac; miéntras que los ménos perjudiciales son el Burdeos, el Rhin, el Mosela, el Jerez seco, la Ginebra y el whisky con agua.

---

(1) *Op. cit.*, pág. 142.

El desórden del hígado procedente de una alimentacion excesiva ó de otros abusos del régimen, suele sobrevenir hácia la época media de la vida, de los 35 á 45 años. Los individuos jóvenes que hacen mucho ejercicio, y cuyo organismo se halla aún en vías de desarrollo, necesitan más alimento y pueden comer casi sin inconveniente más de lo necesario. Pero al llegar á los 35 ó 40 años el cuerpo se halla completamente desarrollado, y muchos sujetos hacen ménos ejercicio que ántes á pesar de que comen más.

Inútil creemos consignar que, cualquiera que sea la edad del individuo, los abusos del régimen podrán perjudicar más al hígado si existe ya una debilidad constitucional en el funcionamiento de este órgano.

2.° *Insuficiencia de oxígeno.* — La falta de ejercicio muscular al aire libre puede trastornar las funciones del hígado. Sabido es que las costumbres sedentarias y el habitar en piezas mal ventiladas tiende á producir desórdenes hepáticos. Otro hecho de observacion diaria, es que los sujetos que comen y beben en abundancia pueden no padecer del hígado miéntras llevan una vida activa al aire libre; pero que tan pronto como, ora por el cambio de ocupacion, ora por otras causas, adquieren hábitos sedentarios sin modificar al mismo tiempo su régimen, el hígado no tarda en modificarse. Del mismo modo, muchos individuos que padecen desórdenes del hígado saben perfectamente que un día de caza ó de campo les da mejor aspecto y alivia sus síntomas.

La falta de ejercicio regular al aire libre produce desórdenes del hígado de dos modos:

1.° Siendo causa de que la llegada de oxígeno suministrado al organismo sea menor; por consiguiente, los procesos de oxidacion que se verifican en el hígado y en otras partes son incompletas, y se manifiesta una tendencia á la acumulacion en la economía de la grasa y de los productos no oxidados suficientemente, de la descomposicion de la albúmina. El oxígeno es, por decirlo así, el antídoto necesario contra la *materies morbi* (ácido úrico, etc.) procedente de la oxidacion incompleta de la albúmina.

2.° Haciendo que sea más lenta la circulacion de la sangre á traves del hígado. Desde la época de Haller (1) los fisiólogos han reconocido la influencia que ejercen los movimientos respiratorios sobre la circulacion de la sangre á traves del hígado; pero hace más de 30 años el Dr. A. Shaw, en una nota que sin duda se conoce poco (2), ha consignado más claramente de lo que hasta ahora se había hecho que la circulacion de la sangre á

(1) *Vires quæ sanguinis per hepar motum accelerant.* (*Physiologia*, 1764, t. VI, pág. 601.)

(2) *Medical Gazette*, 15 de Julio y 30 de Setiembre de 1842.

traves del hígado sufre notablemente la influencia de la expansion y la retraccion sucesivas del tórax durante la respiracion. El citado señor A. Shaw ha llamado la atencion sobre el hecho de que la vena porta, sin nada que pueda aumentar su poder, sin otra fuerza que la *vis a tergo* que pertenece á las venas en general, y aunque desprovistas de válvulas para impedir el reflujo de la sangre como las venas de las demas partes del cuerpo, se halla encargada de una funcion habitualmente encomendada á una arteria que, ademas de la impulsion que recibe del centro circulatorio, ofrece la elasticidad y la contractilidad de sus paredes para ayudar á distribuir la sangre. Dicho autor advierte que esta debilidad de propulsion para la sangre observada en la vena porta es compensada por una fuerza de succion comunicada á la corriente sanguínea por los movimientos de la respiracion. Cuando más profunda es la respiracion, mayor es la fuerza con que la sangre se precipita por las gruesas venas hácia la aurícula derecha.

Estas ideas han sido confirmadas por ciertos experimentos de Cláudio Bernard, quien ha visto que, cuando se incinde el hígado en un animal vivo, se puede ver salir la sangre de las venas hepáticas durante la espiracion, siendo aspirada con cada inspiracion profunda; de suerte que el animal muere bien pronto á consecuencia de la entrada del aire en el corazon. Ahora bien; en las personas que llevan una vida sedentaria esta fuerza auxiliar, destinada á favorecer la circulacion de la sangre al traves del hígado, se encuentra disminuida ó la sangre circula más difícilmente en dicho órgano, y el funcionamiento de éste se trastorna, resultado que será tanto más cierto si el hígado ha sido á la vez estimulado extraordinariamente por los abusos del régimen.

3.° Una *temperatura elevada* favorece la produccion de ciertos desórdenes funcionales del hígado, y en particular los que se refieren á la sanguificacion y á la desintegracion de la albúmina. Los desórdenes funcionales, lo mismo que la congestion y la inflamacion del hígado, suelen manifestarse más fácilmente en los climas cálidos que en la zona templada, y en nuestro propio país el hígado está enfermo más veces en verano y en otoño que en invierno. El régimen que conviene á un clima frío ó templado produce perturbaciones del hígado en las regiones tropicales. Estos efectos de una atmósfera caliente son debidos en gran parte al enrarecimiento del aire y á una diminucion correspondiente de la cantidad de oxígeno que llega al organismo. Cuanto más caliente sea el aire, ménos oxígeno habrá en un volúmen dado de aire respirado por los pulmones. Pero si bien esta razon es la principal, hay ademas algunas otras.

La experiencia ha demostrado que uno de los efectos de una temperatura elevada sobre los animales inferiores consiste en determinar la degeneracion del parénquina del hígado; sus células glandulares se llenan de

finas granulaciones, y presentan la misma apariencia que se observa despues de la muerte consecutiva á una afeccion febril (1).

Es, pues, posible que algunos de estos desórdenes funcionales hepáticos que se padecen en los climas tropicales sean debidos á degeneraciones semejantes, aunque no permanentes, de las células glandulares.

4.° *Influencias nerviosas.* — Muchos hechos demuestran la gran influencia que ejerce el sistema nervioso sobre los órganos glandulares. Sabido es que un terror repentino ó alguna emocion fuerte puede suspender la secrecion de la leche y de la saliva, y ya hemos visto que las lesiones traumáticas ú otras del tejido nervioso pueden producir la diabétes, trastornando la funcion glucogénica del hígado. Pero otros muchos estados morbosos del órgano hepático tienen un orígen nervioso. Una ansiedad ó un disgusto prolongados, un esfuerzo intelectual incesante, producen modificaciones no sólo en la secrecion normal de la bílis, sino tambien en el proceso de sanguificacion y las trasformaciones intrahemáticas, en las cuales el hígado juega tan gran papel, y producen la diátesis úrica con el cortejo de síntomas que hemos descrito. Se sabe que la litiásis y la gota son frecuentes en los que viven más para el sistema nervioso que para los músculos.

Todos estos resultados se observan más fácilmente cuando la alimentacion y las bebidas favorecen la perturbacion de las funciones hepáticas, como, por ejemplo, cuando para disipar un disgusto el enfermo ha abusado de los estimulantes y tiene al propio tiempo costumbres sedentarias.

Es tambien evidente que las influencias morales pueden producir, no sólo un trastorno funcional del hígado, sino tambien una lesion orgánica. La atrofia aguda, en la cual las células glandulares se disocian rápidamente y las funciones del órgano se suspenden, tiene en muchos casos un orígen puramente nervioso. Con frecuencia los primeros síntomas de la enfermedad se presentan despues de un disgusto violento ó de un acceso de cólera en sujetos que se encontraban en el mejor estado de salud.

Una impresion brusca sobre el cerebro puede trasmitirse al hígado y modificar su nutricion. Numerosas observaciones me han convencido de que la expulsion de los cálculos biliares fuera de la vesícula, lo mismo que su formacion, pueden referirse á una influencia puramente nerviosa. El Dr. Budd ha observado tambien que la ansiedad ó los tormentos de espíritu tienen gran influencia sobre la produccion de los cálculos biliares (2); por mi parte, he visto varias crísis de cólico hepático culculoso determinadas por una emocion repentina.

---

(1) Véase *Pathological Transactions*, 1873, t. XXIV, pág. 266.
(2) *Diseases of the liver*, tercera edicion, 1857, pág. 369.

Finalmente, hasta el cáncer mismo del hígado resulta, al parecer, de un trastorno funcional, provocado á su vez por una influencia cerebral. Algunos enfermos de cáncer primitivo del hígado refieren el principio del mal á los desórdenes digestivos que acompañan á los disgustos y á los sufrimientos prolongados. Los casos de este género han sido tan numerosos, que no puede admitirse que haya habido simple coincidencia entre estas influencias morales y el cáncer. Sir Roberto Christison y otras eminentes autoridades han hecho, segun parece, la misma observacion.

5.° *Particularidades constitucionales.* — En una exposicion de las causas de los desórdenes funcionales del hígado no debemos olvidar que existen ciertas particularidades constitucionales, hereditarias ó adquiridas, en virtud de las cuales el hígado se encuentra trastornado por causas que, en condiciones ordinarias, serían inofensivas. Muchas personas, segun dice el Dr. Budd (1), tienen más hígado, como se tiene más pulmon del necesario. Una porcion del hígado puede ser destruida por la enfermedad ó tornarse ménos activa, sin que se resienta la salud general. En otros sujetos el hígado no puede desempeñar, al parecer, sus funciones más que en condiciones favorables, y lo hace de una manera especial si tiene que luchar contra las malas condiciones de régimen, de costumbres ó de clima. Esta debilidad innata del hígado es á menudo hereditaria. Puede coincidir con una disposicion á los desórdenes biliares. La gota y la diabétes, que, segun hemos visto, proceden de los desórdenes del hígado, son afecciones hereditarias: el hígado enferma fácilmente en los individuos que ofrecen una disposicion hereditaria á la gota. Esta disposicion constitucional á los desórdenes del hígado se pierde de vista muchas veces, tanto por los enfermos como por los médicos. Generalmente se recomienda el empleo habitual del alcohol en casos patológicos diversos, sin tener bastante en cuenta las disposiciones individuales á los trastornos hepáticos; y así, el uso del alcohol con un objeto terapéutico puede llegar á producir funestas consecuencias.

Muchas veces encontrareis enfermos que os dirán: «el mal estado de mi hígado no puede proceder de lo que como ni de lo que bebo, porque soy muy sobrio en comparacion con tal ó cuál amigo, que de nada se queja y que no padece ninguno de mis achaques.» Estos individuos olvidan que lo que para unos es un alimento, constituye para otros un veneno. Ciertas personas, por ejemplo, pueden beber una botella de vino sin encontrarse mal, miéntras que en otras un solo vaso podía llegar á perjudicar el hígado.

---

(1) *Op. cit.*, tercera edicion, pág. 55.

6.° Ciertos *venenos* de diversa índole pueden ocasionar una perturbacion del hígado, cuya duracion dependerá del tiempo durante el cual el órgano ha estado sometido á su influencia. Uno de los primeros efectos de los venenos de diversas fiebres específicas se ejerce sobre el hígado. Así, cuando el organismo se halla mucho tiempo expuesto á la accion de los miasmas telúricos, el hígado se altera muchas veces, y de aquí resulta la anemia y la diátesis úrica. Así como ciertos casos de atrofia aguda del hígado tienen un orígen nervioso, es evidente que otros son producidos por un veneno procedente del exterior, ó algunas veces, como dice Budd, «engendrado en el organismo por una digestion ó una asimilacion viciosas». Se sabe tambien que el fósforo, á dósis suficientes, perturba las funciones del hígado, y que un resultado del envenenamiento por el fósforo consiste en producir en el hígado síntomas y lesiones que se parecen mucho á los de la atrofia aguda (1).

Del mismo modo, diversas sustancias ingeridas como alimentos, ó tomadas por cualquier circunstancia con éstos, pueden determinar desórdenes funcionales del hígado, siendo determinado con frecuencia el efecto tóxico por alguna particularidad constitucional del individuo.

Estas causas de desórdenes funcionales hepáticos obrarán por lo demas con mucha más intensidad si el órgano padece ya alguna lesion, ó si existe al propio tiempo alguna afeccion cardiaca ó pulmonal, ó algun estado morboso del estómago y de los intestinos.

D.—Tratamiento de los desórdenes funcionales del hígado

No puedo, y por cierto con sentimiento, daros más que una breve idea de los principios generales en que debe fundarse el tratamiento de los desórdenes funcionales del hígado; mis observaciones se aplicarán sobre todo á los desórdenes que resultan de una desintegracion y de una eliminacion anormales.

1.° *Régimen.*—En el tratamiento de los desórdenes funcionales del hígado se obtendrán los resultados más favorables regulando la alimentacion y las bebidas que dirigiéndose á los medicamentos. Con frecuencia —y esto no debemos perderlo de vista—lo que mata entra por la misma puerta que lo que alimenta y hace vivir; así, la mayor parte de los sujetos

(1) Se sabe que el plomo produce una acumulacion de ácido úrico en el organismo, pero más bien impidiendo su eliminacion por los riñones que aumentando su formacion en el hígado. (Véase Garrod, *op. cit.*, pág. 292.) Por otra parte, Bence Jones pretende que la acumulacion de uratos en el organismo producida por el plomo debe atribuirse á una diminucion de la oxidacion. (*Lectures on Pathology and Therapeutics*, pág. 289.)

se ven obligados para mantenerse en buen estado á poner freno á sus apetitos. Segun ha dicho muy bien el Dr. Benjamin Brodie, todos « estamos ávidos de obtener categoría, reputacion y fortuna; pero lo más que debe preocuparnos, no sólo por nosotros mismos sino por los demas, es mantener nuestras funciones en un estado que nos permita emplear convenientemente las facultades superiores y que despierte entre nosotros buenos sentimientos. El labrador que hace lo suficiente para alimentarse y vestirse bien él y su familia, y que ademas goza la ventaja de vivir al aire libre, puede considerarse más dichoso que el rico propietario de una espléndida morada, que tiene demasiado ácido úrico en la sangre » (1).

No debemos olvidar que el desórden del hígado que concluye por producir la diátesis úrica puede existir durante años enteros sin revelarse por otro síntoma que el depósito de uratos ó de ácido úrico en la orina, y en tales casos el régimen suele bastar para darnos la razon del hecho; pero si se descuida puede concluir por desarrollar la gota, alguna lesion orgánica del hígado ó de los riñones, ó alguna otra afeccion grave. La uricemia habitual debe, pues, combatirse siempre, y segun lo que ya hemos dicho, los alimentos que deben excluirse principalmente son los azúcares y los cuerpos grasos, y sobre todo las sustancias que contienen á la vez unos y otros. Los individuos que padecen la uricemia deben siempre evitar las sustancias demasiado suculentas y las que contienen mucha fécula. En ciertos casos se deben prohibir las patatas, el arroz, la sémola y los frutos, y sólo se permitirá el pan con moderacion. Se necesita ademas asegurar siempre si la uricemia es debida á alguna de las idiosincrasias en virtud de las cuales tal alimento particular es capaz de perturbar el hígado.

En la mayor parte de los casos de uricemia, lo que más conviene es un régimen compuesto de pan bien tostado, carnero cocido, pescado blanco, aves, huevos, una dósis moderada de legumbres verdes, y el te, chocolate ó café en pequeña cantidad; miéntras que otros enfermos necesitan un régimen compuesto de leche, harinas, legumbres verdes, y de vez en cuando el pescado.

El enfermo debe ocuparse con tanto cuidado de la cantidad de alimentos como de la calidad. La uricemia habitual resulta con frecuencia de que el sujeto toma más alimentos de los que pueden ser trasformados en tejidos ó descompuestos en el hígado. Segun ha observado el Dr. Bence Jones, en la gota, lo mismo que en la uricemia habitual, «debe tomarse la más pequeña porcion de alimentos albuminoideos, de modo que se produzca la menor cantidad posible de ácido úrico, y un mínimum de alimentos hidro-carbonados, de modo que el ácido úrico se oxida por completo» (2). En los casos rebeldes se puede aconsejar al enfermo que tome

(1) *Psychological inquiries*, segunda edicion, 1855, pág. 76.
(2) *Op. cit.*, pág. 142.

la principal comida por la mañana, cuando las fuerzas digestivas tienen más energía.

En todas las formas de la uricemia nos fiaremos poco de los estimulantes alcohólicos. Las cervezas, el Porto, el Champagne y otros muchos vinos, deben prohibirse en absoluto. En su lugar se permitirá una corta cantidad de Burdeos ó de aguardiente con agua, si bien será preferible abstenerse de todos los estimulantes.

No es éste el lugar oportuno para discutir si el alcohol es necesario á la nutricion del organismo en los sujetos que trabajan mucho, física ó mentalmente, ó si, considerando la masa de los individuos, la salud se mantendría mejor con los hábitos de templanza absoluta ó con un uso moderado del alcohol. El hecho que me propongo consignar en este momento es que en muchos sujetos las bebidas alcohólicas á dósis que, si no favorables á la salud, son compatibles con ella y distan mucho de afectar el cerebro, minan la salud trastornando el hígado, y que en ciertos individuos son perjudiciales las más pequeñas cantidades. En cuanto á los que han abusado de las bebidas alcohólicas, los peligros de una privacion brusca son menores, en mi concepto, de lo que se ha pretendido. A ménos que se haya observado una gran debilidad del corazon—que á su vez puede resultar del abuso del alcohol—los únicos efectos peligrosos de una abstinencia brusca son, segun he podido observar, sensaciones de desfallecimiento en el epigastrio y unos deseos invencibles del alcohol, que sólo calman temporalmente cuando se vuelve á usar dicha sustancia, pero que en cambio llegan á ser persistentes.

2.° *Amplia llegada de oxígeno.*—Este es, despues de la cuestion del régimen, el punto que más debe ocuparnos en el tratamiento de los desórdenes funcionales del hígado, sobre todo en el que produce una desintegracion incompleta de la albúmina. Un exceso de aire puro y fresco contrabalancearía, por lo general, los malos efectos de un exceso de alimentacion.

Aunque recientes observaciones, sobre todo las del Dr. Parkes, han demostrado que es errónea la opinion segun la cual el ejercicio muscular aumenta sensiblemente la cantidad de ázoe eliminada del organismo, no puede dudarse, sin embargo, que el ejercicio al aire libre activa la circulacion de la sangre á traves del hígado del modo que ya he explicado, y facilita las oxidaciones, y que, impidiendo así la acumulacion en el organismo de los productos imperfectamente oxidados de la albúmina, obra de un modo favorable en el tratamiento de los desórdenes funcionales del hígado acompañados de uricemia. Las observaciones de Beneke y otras autoridades han demostrado que el aire del mar es un agente oxidante de gran potencia, y que los tejidos que contienen ázoe y azufre se descompo-

nen con más facilidad bajo su influencia (1). Creo, pues, que muchos enfermos de desórdenes hepáticos y de uricemia obtendrían grandes ventajas por la permanencia á orillas del mar, donde podrían tomar algunos baños; desgraciadamente, los buenos efectos del aire marino tienen una triste compensacion en las habitaciones malsanas, y los alimentos mal cocidos y de mediana calidad.

3.° *Diluyentes.* — El uso de los diluyentes, tales como las aguas de Seltz naturales ó artificiales, es igualmente ventajoso, pues favorece la eliminacion fuera del organismo de los productos de descomposicion. Muchos enfermos con uricemia obtienen excelentes resultados bebiendo un vaso de agua fría ó de una agua alcalina por la mañana ó por la noche, al levantarse ó al acostarse.

4.° *Baños.* — En todos los casos de uricemia y de gota se deben entretener las funciones de la piel por baños frecuentes ó abluciones generales con agua tibia y jabon. Los baños fríos son á menudo perjudiciales, y provocan, ora dolores musculares gotosos, ora congestiones internas.

5.° *Purgantes, colagogos.* — En gran número de casos de desórdenes funcionales del hígado suele ser ventajoso el empleo frecuente de los purgantes, haya ó no tendencia al extreñimiento. Los purgantes arrastran, no sólo la bílis, sino tambien los productos de descomposicion contenidos en el líquido que circula entre el hígado y el intestino ántes de su elaboracion ulterior y su eliminacion por los pulmones y los riñones.

Los purgantes salinos, á causa de la rapidez de su accion y de la exhalacion acuosa considerable que determinan en la superficie del intestino, pueden considerarse como los mejores para llenar el objeto indicado. Ordinariamente se recurre al sulfato de magnesia (sal de Epsom, sal de la higuera), al sulfato de sosa (sal de Glauber), al tartrato de potasa y de sosa (sal de la Rochela), al fosfato de sosa (2) ó á las diversas combinaciones de estas sales con el cloruro de sodio y otros alcalinos, tales como los que se encuentran en las aguas minerales de Carlsbad, Friedrichshall, Püllna, Harrogate ó Cheltenham, ó en el manantial húngaro recien descubierto, Hunjadi Janos, ó en el agua de Loeches. La experiencia de todos los días nos demuestra los excelentes efectos que obtienen los uricémicos pasando una temporada en dichos establecimientos minerales, ó bien usando estas

---

(1) Parkes, *On urine,* 1860, págs. 115 y 129.

(2) El profesor Rutherford dice que, segun sus experimentos, el sulfato de sosa y el fosfato de sosa son poderosos excitantes de la secrecion biliar en los perros, pero que el sulfato de magnesia no produce el mismo efecto.

mismas aguas fabricadas artificialmente, y que deben tomarse tibias y por la mañana en ayunas.

Todas estas sales tienen poca ó ninguna afinidad por los tejidos del organismo; de suerte que producen escasas modificaciones, determinan una ligera irritacion de la mucosa intestinal y no excitan los movimientos peristálticos; de suerte que purgan sin causar el menor dolor. Obran probablemente impidiendo la reabsorcion del líquido, que es constantemente exhalado por los vasos sanguíneos en el intestino.

Algunos otros purgantes han gozado tambien cierta fama para activar la secrecion y la evacuacion de la bílis, y para combatir de un modo eficaz los desórdenes del hígado. Así, se les ha dado el nombre de *colagogos*. Entre estos medicamentos, el *mercurio* y sus preparaciones ocupan el primer término. En la actualidad, el mercurio ha perdido mucho de su fama de otro tiempo como colagogo y alterante, y su afeccion sobre el hígado ha sido apreciada de diverso modo. El práctico da una dósis de calomelanos, observa que la cantidad de bílis en las deposiciones ha aumentado considerablemente y que el estado de su enfermo es mejor, y deduce de aquí que el hígado ha sido excitado por el mercurio para producir una mayor cantidad de bílis, y que á esto debe atribuirse la mejoría del enfermo. Por otra parte, el fisiólogo liga el conducto colédoco de un animal, practica una fístula en la vesícula biliar, y observa que los calomelanos no producen ningun efecto sobre la secrecion de la bílis que sale por la fístula, sino la disminuye.

Creemos de algun interes recordar, aunque muy á la ligera, los principales experimentos hechos en este sentido.

Kolliker y Müller, en 1855, experimentaron la influencia de los calomelanos sobre la secrecion de la bílis en un perro provisto de una fístula biliar. Los resultados fueron algo contradictorios: una vez aumentó la bílis, y dos disminuyó, al parecer, bajo la influencia de los calomelanos (1).

Haciendo cuatro experimentos (1858) en un perro provisto de una fístula biliar, el Dr. Jorge Scott observó que en todos ellos la administracion de altas dósis de calomelanos fué seguida de una diminucion de la cantidad de la bílis y de sus principios sólidos constituyentes (2).

En el mismo año, el Dr. Mosler llevó á cabo análogos trabajos en dos perros con fístulas biliares. La administracion de los calomelanos no fué seguida de ningun aumento de bílis, ni se pudo descubrir mercurio en la secrecion biliar (3).

Diez años despues, en 1868, una Comision de la Asociacion médica británica, con el Dr. Hughes Benett (de Edimburgo) como presidente,

---

(1) *Würzburg Verhandlungen*, 1855, t. V, pág. 231.
(2) *Beale's Archives of Medicine*, 1858, t. I, pág. 209.
(3) *Virchow's Archiv*, 1858, t. XIII, pág. 29.

hizo algunos experimentos semejantes en perros, y llegó á la conclusion de que «el mercurio no aumentaba el flujo de la bílis, sino más bien lo disminuía» (1).

Vienen despues, en órden cronológico, los trabajos experimentales hechos (1873) por el Dr. Röhrig (de Kreuznach) en el Instituto patológico de Viena. Dicho autor dedujo que aunque las altas dósis de calomelanos aumentan, al parecer, un poco la secrecion de la bílis, la potencia del citado medicamento bajo este punto de vista era inferior á la del aceite de croton, la coloquíntida, la jalapa, el áloes, el ruibarbo, el sen y el sulfato de magnesia; el poder colagogo de tales medicamentos disminuye en el órden en que han sido enumerados, ocupando los calomelanos el último lugar de la escala (2).

Los experimentos más recientes son los del profesor Rutherford y el Dr. Vignal en cuatro perros diferentes, en ayunas. En tres de ellos la secrecion de la bílis disminuyó, y en uno se vió que no sólo había disminuido la cantidad total de bílis, sino tambien la proporcion de materiales sólidos. En el cuarto, la cantidad de bílis aumentó; pero no hubo razones para creer que el aumento fuera debido al efecto de los calomelanos (3).

Los resultados de los experimentos que acabamos de indicar han aumentado de un modo considerable el descrédito en que ya había caido el mercurio, demostrando á la vez su ineficacia para hacer reabsorber la linfa plástica en la mayor parte de los procesos inflamatorios; así, algunos eminentes prácticos han llegado á decir que el mercurio y sus preparaciones deberían borrarse de nuestra farmacopea (4). Pero se ha objetado con no poca razon que los resultados de los experimentos hechos con el mercurio en los perros no deben aplicarse necesariamente á los efectos producidos por este medicamento en el hombre. Por otra parte, áun cuando se demuestra que en el hombre el mercurio no aumenta la cantidad de bílis segregada en estado fisiológico, no debe deducirse que en el estado patológico no puede existir alguna condicion que se oponga á la formacion de la bílis, y que el mercurio la hace desaparecer.

Con todo, en mi concepto se pueden conciliar, hasta cierto punto, las diversas opiniones de los fisiólogos y de los médicos recordando la circulacion osmósica de que hablaba en una de las últimas lecciones, y que se verifica de una manera incesante entre la sangre y el contenido del intestino. Una gran parte de la bílis segregada por el hígado y derramada en el intestino es objeto de una reabsorcion continua, y vuelve de este modo al hígado. Por consiguiente, si se liga el conducto colédoco y se

(1) *British medical Journal*, 1868, t. II, págs. 78, 176 y 191.
(2) *Striker's Jahrb.*, 1873. segunda parte.
(3) *Brit. med. Journ.*, 13 de Noviembre de 1875.
(4) Véase Bennett, *British med. Journ.*, 1868, t. II, pág. 176.

practica una fístula en la vesícula, la cantidad de bílis que sale por la abertura fistulosa inmediatamente despues de la operacion, es mucho más considerable que en ningun otro momento ulterior (Schiff).

El mercurio y los purgantes del mismo género producen deposiciones biliosas, irritando la parte superior del intestino y arrastrando la bílis ántes de que tenga tiempo de ser reabsorbida. Se explica que Röhrig, en vista de estos experimentos, haya colocado el mercurio en la parte inferior de la escala de los colagogos á causa de la propiedad que acabo de indicar. En efecto; cuanto mayor es la cantidad de bílis arrastrada fuera del intestino, ménos es reabsorbida y ménos debe salir por la fístula biliar.

En cuanto á la accion especial del mercurio sobre el duodeno, está probada, no sólo por la cantidad de bílis que sale bajo su influencia, sino tambien por el hecho, descrito por Radziejewski, de que la leucina y la tirosina, que son productos de la digestion pancreática, y que en las circunstancias ordinarias se descomponen en el intestino, se manifiestan en las heces despues de la administracion de los mercuriales.

Resulta, pues, de lo que precede que el mercurio, activando la eliminacion de la bílis y disminuyendo la cantidad de este líquido, es despues de todo un verdadero colagogo y que alivia un hígado infartado de un modo bastante más eficaz que si obrara simplemente activando en el hígado la formacion de la bílis, segun se creía en otro tiempo y lo pretenden aún ciertas autoridades; si así no fuera, aumentaría la congestion hepática en vez de disminuirla (1). Tampoco es imposible que los buenos efectos del mercurio sobre el hígado, y en ciertas formas inflamatorias, sean debidos á la propiedad que posee de activar las descomposiciones. El mercurio tiene, al parecer, la propiedad de que la fibrina exudada sea ménos plástica y por consiguiente más apta para ser reabsorbida (2).

Algunos médicos contemporáneos de gran valía, y poco inclinados á aceptar fácilmente las virtudes terapéuticas de los medicamentos, han creido que el mercurio es siempre perjudicial en los individuos de constitucion escrofulosa. Si estas opiniones son exactas, parece asimismo bastante probable que el mercurio que penetra, segun hemos demostrado experimentalmente (3), en el hígado, puede ejercer en ciertas circunstancias una accion saludable activando la desintegracion de la albúmina ó ejerciendo alguna influencia sobre ella. Los notables efectos del mercurio sobre la sífilis constitucional se explican probablemente del mismo modo. La influencia del mercurio sobre la eliminacion del nitrógeno por los riño-

---

(1) Esta opinion, concerniente á la accion del mercurio sobre el hígado, fué expuesta hace algunos años en la primera edicion de mis *Lectures on diseases of the liver*, publicada en 1868, págs. 129, 309 y 404.

(2) Bence Jones, *op. cit.*, pág. 283.

(3) Authenrieth y Zeller han encontrado el mercurio en la bílis de los animales sujetos á las fricciones mercuriales. (Budd, *op. cit.*, pág. 57.)

nes, necesita todavía ser bien estudiada. Pero, cualquiera que sea la explicacion que se adopte y las pruebas clínicas de la eficacia del mercurio en ciertos desórdenes hepáticos, son para mí evidentes. Hablo de esto con tanta más conviccion, cuanto que he podido persuadirme de que el mercurio es un medicamento más que inútil, no sólo en las afecciones del hígado, sino tambien en la sífilis; no puede decirse, pues, que las convicciones impuestas á mi ánimo por la experiencia sean resultado de opiniones preconcebidas.

El *podofilino* es un medicamento que, al parecer, tiene una accion muy análoga á la del mercurio. El Dr. Rutherford ha demostrado que á pequeñas dósis aumenta la secrecion de la bílis, pero que á dósis francamente purgante, que suele ser la necesaria para aliviar el hígado, disminuye la secrecion biliar. Los experimentos del Dr. Anstie en los perros y los gatos me han demostrado que el podofilino tiene una afinidad especial por el intestino delgado, y principalmente por el duodeno. Refiriéndome á mi experiencia este medicamento es ménos seguro en su accion, y áun á dósis moderada produce evacuaciones mucosas con más facilidad que las preparaciones mercuriales. Sin embargo, es un buen sucedáneo del mercurio cuando éste se encuentra contraindicado.

La *coloquíntida*, el *áloes*, el *ruibarbo*, la *jalapa* y el *sen*, constituyen tambien buenos purgantes en los desórdenes funcionales del hígado, que se revelan por la uricemia, el extreñimiento ó la excrecion insuficiente de bílis. Los experimentos de Röhrig en los perros demuestran, al parecer, que aumentan momentáneamente la cantidad de bílis segregada por el hígado; por otra parte, se puede deducir de los de Rutherford y Vignal que, á excepcion del sen, son enérgicos colagogos.

La *ipecacuana*, de cuyos buenos efectos me he ocupado en otro lugar de este libro, me ha prestado grandes servicios en los desórdenes funcionales del hígado. Segun experimentos del profesor Rutherford, en los perros es uno de los más poderosos colagogos que se conocen.

El *cólchico* obra tambien en los perros, segun parece, como un colagogo; se asocia con ventaja á otros purgantes en el hombre para combatir ciertos desórdenes hepáticos acompañados de uricemia. Segun el doctor Garrod, «hay una verdadera ventaja en emplearle en los sujetos gotosos como colagogo, en vez de las preparaciones mercuriales» (1), tanto más cuanto que estas últimas suelen hallarse contraindicadas en la gota crónica con afeccion renal.

La *iridina*, que se saca del bulbo del *iris versicolor;* la *evonimina*, extraida del *evonymus atro-purpureus*, y la *sanguinarina* de la *sanguinaria*, gozan en América una gran reputacion, como colagogos y alterantes, en

(1) *Op. cit.*, pág. 410.

las afecciones del hígado. Segun los experimentos del profesor Rutherford, estas sustancias son tambien, al parecer, enérgicos estimulantes del hígado, de suerte que merecen ser experimentados seriamente en el hombre (1).

A estos medicamentos podemos añadir el diente de leon, al cual se ha atribuido durante mucho tiempo una accion específica sobre el hígado, pero que en el día se sabe es un ligero estimulante de este órgano, y que obra probablemente como un purgante suave. Cuando hay tendencia al extreñimiento se puede asociar ventajosamente, ora á los alcalinos, ora á los ácidos minerales.

6.° *Alcalinos.* — Despues de los purgantes, los alcalinos son los medicamentos más útiles en el tratamiento de las alteraciones funcionales del hígado.

En la uricemia, y en gran parte de los síntomas que de ella derivan, se obtienen grandes ventajas de un tratamiento por las sales alcalinas, como las de potasa, de sosa ó de litina, ó ciertas aguas minerales, como las de Vichy, Vals ó Ems.

El valor comparado de los diversos alcalinos para neutralizar los ácidos, varía de un modo considerable. Un grano de carbonato de litina ó de carbonato de amoniaco es casi igual á grano y medio de carbonato de sosa y á dos de carbonato de potasa.

Los buenos efectos de los alcalinos en el tratamiento de los desórdenes del hígado no se deben á que neutralicen la acidez, ni á una accion directa sobre el ácido úrico. En realidad, el ácido úrico se encuentra en los gotosos bajo la forma de urato de sosa. Los alcalinos obran, al parecer, combatiendo el estado patológico en virtud del cual se forma el ácido úrico. Parece que favorecen las oxidaciones y activan de este modo la descomposicion de la albúmina. Segun el Dr. Bence Jones, en el organismo, lo mismo que fuera de él, los alcalinos dan las pruebas más manifiestas de su influencia favorable sobre las oxidaciones (2). Los experimentos de Parkes con el licor de potasa han demostrado que tiene el poder de favorecer la disociacion de los principios sulfatados del organismo. Bajo su influencia, en efecto, se ha visto aumentar en la orina la proporcion de ácido sulfúrico y de urea. Por lo que concierne á la urea, Parkes añade que el resultado es más bien probable que probado por experimentos (3). De los que Nasse ha hecho en los perros con fístula biliar, dicho experimentador ha deducido que el carbonato de sosa ingerido con los alimentos dismi-

---

(1) *Experiments on the biliary secretion of the dog.* (*Journal of Anatomy and Physiology,* 1876, t. XI, parte primera.)
(2) *Op. cit.*, pág. 280.
(3) Parkes, *On the urine,* 1860, pág. 151.

nuía considerablemente la secrecion biliar (1), y Röhrig ha obtenido un resultado semejante inyectando la misma sal en los intestinos ó en las venas; la diminucion se observaba en la parte sólida lo mismo que en la parte acuosa de la bílis, y especialmente en las sales biliares. Nasse ha observado asimismo que despues de la ingestion de ocho gramos de carbonato de sosa, la orina en el hombre es muy rica en ácido hipúrico. La única conclusion que por el pronto podemos deducir de estos experimentos, es que los alcoholes ejercen una poderosa influencia sobre las trasformaciones químicas que se verifican en el hígado.

Cuando se administran los alcalinos en la uricemia conviene interrumpir de vez en cuando su uso, porque á la larga pueden perturbar la digestion gástrica; pero en los casos en que existe verdadera indicacion son soportados mejor de lo que generalmente se cree. En el volúmen V de las *Medico-chirurgical Transactions* he referido el caso de una jóven que tomó durante meses enteros carbonato de sosa á la dósis de 70 gramos, poco más ó ménos, por día. El apetito y las fuerzas aumentaron mucho, y su sangre, en vez de ser muy flúida, formaba un coágulo duro y abombado.

7.° El *cloro*, el *bromo* y el *iodo* tienen estrechas relaciones químicas, y al parecer favorecen las oxidaciones combinándose con el hidrógeno del agua y dejando el oxígeno en libertad. Una disolucion acuosa de cloro puede ser útil en ciertos casos de uricemia asociada á una debilidad general. Se sabe, por lo demas, que las diversas sales de cloro entran ampliamente en la composicion de las aguas minerales reputadas como más eficaces en los trastornos hepáticos. El bromuro de potasio podrá reducir ciertos infartos del hígado y del bazo, y administrarse con ventaja en los casos de uricemia acompañada de congestion del hígado é insomnio.

Entre los medicamentos de esta categoría, ocupa el primer lugar el cloruro de amonio. Goza de una reputacion considerable y bien merecida, en la India y otros puntos tropicales, para el tratamiento de la congestion hepática; por mi parte, lo he encontrado muy útil en los desórdenes funcionales del hígado acompañados de uricemia. A la dósis de 1,30 gramos, administrado tres veces al día, obra como diaforético y diurético, y ejerce una poderosa influencia sobre la circulacion porta. No se oxida y es eliminado como tal por las orinas. El profesor Rutherford no ha visto ningun efecto sobre la secrecion biliar en los perros; pero, segun los experimentos del Dr. Böcker, aumenta la cantidad de las materias azoadas de la orina (2); el aumento diario de urea bajo su influencia sería de 4,50 gramos, cantidad que indica una sobreactividad considerable de las meta-

---

(1) *Archiv für Wissensch. Heilk.*, 1864, t. VI, pág. 508.
(2) Parkes, *On urine*, pág. 165.

morfósis ó de la eliminacion, pero más probablemente de las primeras, segun sus buenos efectos sobre el hígado. El cloruro de amonio ofrece ademas la ventaja de que se puede asociar, ora á los alcalinos, ora á los ácidos minerales. (Véase tambien lo que hemos dicho en la leccion IV.)

8.° Muchos médicos han recurrido á los *ácidos minerales* en el tratamiento de los desórdenes funcionales del hígado. Así, se ha creido durante mucho tiempo que el ácido nítrico podía aumentar el flujo de bílis; pero faltan las pruebas clínicas ó experimentales. El profesor Rutherford dice que el ácido nitro-clorhídrico no tiene ningun efecto sobre la secrecion biliar en los perros. Segun mi experiencia, la accion de los ácidos minerales sobre el hígado es mucho ménos directa que la de los alcalinos. En todos los estados morbosos del hígado acompañados de congestion, y en la mayor parte de los casos de uricemia, ora no producen ningun resultado, ora agravan los síntomas. Sin embargo, pueden ser útiles cuando hay debilidad y falta de tono; pero el mayor bien que producen es probablemente mejorar la digestion gástrica.

En algunos casos es ventajoso dar á la vez los ácidos y los alcalinos, éstos ántes de las comidas y aquéllos despues.

9.° *Tónicos.* — La experiencia clínica nos ha demostrado que, á pesar de la debilidad y de la anemia, los tónicos pueden no convenir en algunos casos de desórden funcional del hígado. Esta observacion se aplica especialmente al trastorno hepático que aboca á la uricemia. Varias veces he visto enfermos que mejoraron en tales circunstancias recomendando en vez del hierro la quinina, los ácidos minerales y los estimulantes, la abstinencia de alcohol, los purgantes, las píldoras azules, los alcalinos y una alimentacion bien dirigida; las fuerzas, los colores y las carnes reaparecieron bajo la influencia de dichos medios.

Se han emitido diferentes opiniones acerca de la utilidad del hierro en la gota crónica. Segun el Dr. Bence Jones, el hierro es uno de los más poderosos medicamentos que poseemos para activar indirectamente las oxidaciones en la gota, lo mismo que en las demas enfermedades (1). Por otra parte, el Dr. Garrod cree que las preparaciones de hierro cuando se dan sin discernimiento á los sujetos gotosos pueden determinar una crísis paroxística de la enfermedad, por lo cual se hallan generalmente contraindicadas (2). Mi experiencia se halla completamente de acuerdo con la del Dr. Garrod; en la uricemia simple he visto que el hierro aumenta siempre la disposicion á los depósitos de uratos en la orina, produce ex-

---

(1) *Op. cit.*, págs. 143 y 279.
(2) *Op. cit.*, pág. 453.

treñimiento y agrava todos los síntomas que el enfermo puede haber sufrido anteriormente. Yo mismo he observado, por lo general, que los enfermos de gota crónica ó de uricemia no soportan bien las pequeñas dósis de quinina. Segun ciertos experimentos hechos con mucho cuidado por el Dr. Ranke, de Munich, la quinina posee, al parecer, la propiedad de disminuir la proporcion del ácido úrico en la orina (1). Los experimentos se llevaron á cabo en tres personas, y los resultados fueron los mismos. Se continuó observando el efecto dos días despues de una sola dósis de 1,20 gramos, y nada indicó que la excrecion hubiera aumentado despues de haber cesado la influencia de la quinina; de suerte que este medicamento obró probablemente disminuyendo la formacion de ácido úrico en el hígado ó trasformándole en otra sustancia. Se puede deducir de estos experimentos que la quinina y la quina son capaces de prestar grandes servicios en la gota crónica y en la uricemia, pero la experiencia clínica no ha confirmado semejante opinion (2).

Cuando se administran los tónicos en la uricemia, vale más recurrir á la genciana, á la cuasia, á la cascarilla y á la serpentaria que á la quinina y á las demas preparaciones de la quinina. Las mejores preparaciones de hierro son el hierro reducido, el citrato de hierro ó el tartrato de hierro y de potasa; estos preparados se combinan algunas veces ventajosamente con los alcalinos y los purgantes salinos. En muchos casos, acompañados ó no de flatulencia, he visto una gran mejoría despues del empleo de pequeñas dósis de nuez vómica y de estricnina. Cuando la uricemia va acompañada de una gran postracion nerviosa, he obtenido tambien buenos efectos del empleo del fósforo á la dósis de dos milígramos tres veces al día; los uratos desaparecieron de la orina y todos los síntomas mejoraron. En algunos de los citados enfermos las circunstancias indicaban, casi con seguridad, que la mejoría era debida al fósforo.

Algunos enfermos de uricemia que no pueden soportar el hierro obtienen buenos resultados del arsénico, que, como se sabe hace mucho tiempo, es muy útil en ciertas complicaciones de la gota.

1.° El *opio y sus preparaciones* se hallan contraindicadas en la mayor parte de los desórdenes funcionales del hígado, y en particular cuando hay una uricemia manifiesta. El opio dificulta la eliminacion por el intestino y por los riñones, y detiene tambien, al parecer, el proceso de desasimilacion que se verifica en el hígado. Generalmente se cree que disminuye la can-

---

(1) Parkes, *op. cit.*, pág. 167.

(2) Los experimentos de Ranke han sido repetidos por el Dr. Garrod, quien ha visto que la química no influye sensiblemente sobre la excrecion del ácido úrico. (*Op. cit.*, pág. 451.)

tidad de bílis segregada por el hígado, y esta opinion se halla apoyada por el hecho de que su empleo va seguido muchas veces de deposiciones poco coloreadas; sin embargo, los experimentos de Röhrig en animales con fístulas biliares han demostrado que el opio aumenta, al parecer, la secrecion biliar en vez de disminuirla; de suerte que probablemente la salida de bílis fuera del hígado sólo se suspende algun tiempo por una influencia que se ejerce sobre las túnicas de las vías biliares, y semejante á la que el opio ejerce sobre las túnicas del intestino. De cualquier modo que sea, no es dudoso que el opio extriñe, favorece la congestion porta y dificulta la eliminacion, no sólo de la bílis, sino tambien de los productos de desasimilacion que se forman en el hígado. Los trabajos de Böcker (1) y la experiencia clínica demuestran igualmente que el opio impide la eliminacion de las sustancias azoadas de la orina, y que su empleo en las lesiones orgánicas de los riñones puede tener consecuencias peligrosas y áun fatales. Estas consideraciones explican por qué en los desórdenes hepáticos acompañados de uricemia el opio se halla contraindicado para calmar el dolor, el insomnio y otros síntomas para cuyo tratamiento se prescribe generalmente.

Por otra parte, es de notar, como confirmacion del antagonismo supuesto de la gota y de la diabétes que ya he mencionado, que en el desórden del hígado que acompaña á esta última enfermedad el opio es tolerado á grandes dósis, y hasta tiene cierta eficacia para suspender la formacion del azúcar (2).

Sus buenos efectos son debidos probablemente en gran parte á alguna influencia sobre los nervios vaso-motores de los vasos hepáticos, cuya parálisis refleja es, como hemos visto, una de las causas de la diabétes.

Al terminar estas lecciones ruego al señor Presidente y á los dignos profesores que me escuchan acepten mi agradecimiento por el honor que me dispensaron al designarme para ocupar este puesto. Conozco muy bien las numerosas imperfecciones de mi trabajo, y para justificarme no puedo ménos de recordar la multiplicidad de mis tareas durante el tiempo dedicado á su preparacion. Sin embargo, estoy satisfecho á causa de la gran importancia del asunto que he desarrollado, y que merece más atencion que la que generalmente se le concede.

---

(1) Parkes, *op. cit.*, pág. 167.

(2) Esto no constituye un descubrimiento nuevo. Hace 63 años, el Dr. B. Brodie comunicó á la Real Academia de Medicina y Cirugía de Lóndres un caso de diabétes tratada por el opio. El enfermo tomó 1,50 gramos por día de opio, lo cual bastó para reducir la cantidad de la orina de cerca de 13 litros á 3 litros y medio, pero sin ninguno de los efectos habituales del opio. (*Medico-chirurg. Transact.*, t. V, pág. 236.)

En mi concepto, llegará un día en que, gracias al más completo conocimiento de las funciones fisiológicas del hígado y de los signos que indican sus desórdenes funcionales, llegaremos á prevenir ó suspender en su principio gran número de las más graves enfermedades á que se halla expuesta la humanidad, y añadir un capítulo al libro de la *Medicina preventiva.*

APENDICE

APÉNDICE

Despues de impresa la Leccion III, he tenido ocasion de observar el siguiente caso de hidátide del hígado tratado con éxito por la paracentésis:

OBSERVACION CLXXVII. — *Hidátide del hígado. — Paracentésis. — Curacion.*

Guillermo C..., de 31 años, tonelero, fué admitido el 5 de Diciembre de 1876 en el hospital de Santo Tomás. Costumbres sobrias; no ha tomado bebidas estimulantes desde hace 14 años; nunca ha salido de Inglaterra. Por lo general buenas digestiones, y ningun malestar despues de las comidas; con todo, desde hace más de un año el enfermo padece, con intervalos de una semana á un mes, crísis de flatulencia y vómitos, casi siempre por la noche.

Hace una semana observó por vez primera un grosor en el hipocondrio derecho, donde dos ó tres semanas ántes experimentó un ligero dolor. No suspendió sus ocupaciones. El tumor aumentó ligeramente.

Al entrar en el hospital se observa un tumor redondeado, igual, elástico, indolente en la region del epigastrio y en la del hipocondrio derecho, que produce un arqueamiento de las costillas y hace sobresalir el vientre del músculo recto derecho. Este tumor se halla indudablemente en relacion con el hígado. El borde inferior del tumor llegaba hasta el ombligo, y la macidez hepática en la línea mamaria derecha, comprendiendo el tumor, medía nueve pulgadas; el lado derecho del pecho, dos pulgadas por debajo de la tetilla, mide 17 $^{1}/_{4}$ pulgadas, y el izquierdo 15 $^{3}/_{4}$. Ligero dolor sordo en la region hepática. Todos los demas órganos sanos. Lengua sucia; mediano apetito; vientre libre; pulso á 84; temperatura normal.

13 de Diciembre. — Paracentésis con el trócar capilar. Salen unos 150 gramos de líquido claro; densidad 1.009; cloruros abundantes, pero sin albúmina ni equinococos. Algunas horas despues de la operacion crísis de dolor abdominal intenso; la temperatura sube desde 36°,6 á 38°,4. Una inyeccion subcutánea de dos centigramos de morfina calma el dolor.

Al siguiente día el enfermo se siente bien, aunque la temperatura ha oscilado entre 38°,4 y 39°,2.

El 15, temperatura normal y buen apetito. No hay ningun otro accidente.

Cuando el enfermo salió del hospital, el 23 de Diciembre, no se podía sentir el tumor, y la circunferencia de ambos lados del pecho era igual.

La siguiente observacion es la que ya indiqué en la Leccion IV, de hepatítis intersticial resultante de un enfriamiento. Debo sus detalles á la galantería y buena amistad del Dr. Wilson Fox, en cuya enfermería se encontraba el paciente.

Observacion CLXXVIII. — *Hepatítis intersticial resultante de un enfriamiento.*

J. C., de 45 años de edad, fué admitido en el hospital del Colegio de Medicina de Lóndres. Hacía cuatro años era cochero de plaza; ántes lo había sido de la Compañía de Omnibus. Se casó á los 27 años y tuvo cuatro hijos, que aún viven. Ha pasado toda su vida en Lóndres, siendo bastante sobrio; tomaba todos los días tres cuartos de litro de cerveza y 125 gramos de Burdeos ó Porto, rara vez algo de ron. Dijo esto de tal modo, que sus afirmaciones podían considerarse como verdaderas. No existe afeccion hereditaria; su padre murió á los 55 años. Siguiendo la historia de nuestro enfermo, diremos que su salud anterior ha sido siempre buena; no ha padecido nunca sífilis; no tiene dispepsia ni ganas de vomitar por las mañanas. Dos meses ántes de su admision se mojó por completo estando en su carruaje, en cuyo pescante permaneció seis ó siete horas. Al entrar en su casa sintió grandes escalofríos, y tuvo por la noche dolores en las piernas y en los maleolos, que á la mañana siguiente estaban hinchados. Aquella tarde se sintió peor, y experimentó dolores en los hombros, á traves del pecho y en la region del hígado. Perdió el apetito, adelgazó, fué debilitándose y tuvo repetidos vómitos; durante los 15 días que precedieron á su admision, vomitó todos sus alimentos sólidos. Algunos días ántes de su entrada tuvo una crísis de dolor intenso en el epigastrio con sensacion de constriccion, que se extendía hasta los lomos y duraba 24 horas. Vientre libre. Desde el principio de la enfermedad se vió obligado á no salir de su casa, y muchos días á guardar cama.

Al entrar en el hospital, el enfermo se queja principalmente de vómitos, debilidad y dolor en la region hepática. Enflaquecimiento y palidez considerables; color ictérico de las conjuntivas, pero no ictericia manifiesta ni anasarca. Mediano apetito; sed; lengua gruesa; vientre libre; ligera sensacion de plenitud en el epigastrio; poca ó ninguna ascítis. La macidez hepática se extiende, en la línea mamaria derecha, desde la sexta costilla hasta dos pulgadas por debajo del reborde costal, y en la línea media á dos traveses de dedo del ombligo; superficie igual, dura y sensible. No se siente el bazo por debajo de las costillas falsas, pero la macidez llega hasta el octavo espacio intercostal.

Durante casi todo el tiempo que el enfermo permanece en el establecimiento, orina en cantidad normal; densidad 1.010 á 1.020; no hay albúmina ni azúcar; indicios de pigmento biliar, y en una ocasion cristales de leucina y de tirosina, encontrado despues de la evaporacion. Al final la orina era rara, muy coloreada, y depositaba uratos en abundancia. El pulso varió de 80 á 100. Durante algunos días temperatura normal, pero otras veces oscilaba entre 37°,5 y 38°,6. No hay periodicidad en la elevacion de la temperatura. Algunas veces traspiraciones, aunque poco copiosas; no se observan temblores.

Tres semanas despues de su entrada, el enfermo fué acometido de pleuro-pneumonía en la mitad inferior del pulmon izquierdo; la temperatura subió á 39°,4 y el enfermo curó en 15 días. El dolor y la sensibilidad en la region hepática persistieron, siendo de intensidad variable, pero no muy violentos. Vómitos de vez en cuando, y materias vomitadas algunas veces estriadas de sangre.

Al cabo de otras tres semanas sobrevino una diarrea que se cohibió fácilmente, pero que reapareció por intervalos; en dos ocasiones hubo sangre en las materias fecales, sin que existieran hemorroides. Epistáxis moderada, casi al mismo tiempo que la hemorragia intestinal.

En el espacio de un mes, la eminencia formada por el hígado encima del ombligo se hizo más pronunciada, y la macidez hepática se extendía una pulgada más arriba en el pecho. En dos ocasiones se introdujo el aspirador á bastante profundidad en diferentes porciones del hígado, pero sin resultado. Las venas epigástricas se hicieron más salientes, pero no hubo ascítis.

Hácia el fin la diarrea se hizo más frecuente y rebelde, hasta que, por último, nada pudo cohibirla. La ictericia aumentó, aunque no llegó á ser intensa; deposiciones pálidas.

El enfermo falleció aniquilado seis meses despues de su entrada en el hospital.

Autopsia. — Hígado muy grueso, que se extendía hasta cuatro y media pulgadas por debajo del cartílago ensiforme y dos pulgadas por debajo de las costillas en la línea mamaria derecha; por delante, hasta el cuarto es-

pacio intercostal. Peso, cerca de 2.400 gramos; superficie externa algo granulosa; tejido hepático un poco indurado, blanco en ciertos puntos, reluciente y reemplazado por tejido fibroso; en otros puntos se observa que el tejido fibroso interlobular ha aumentado. Ramas de la vena porta dilatadas. La bílis penetraba libremente en el duodeno. Bazo grueso é indurado. Estómago é intestinos muy congestionados. Pulmones enfisematosos, con algunos antiguos nódulos calcificados. Los demas órganos sanos.

En el siguiente caso, en que la hepatítis produjo la atrofia cirrósica, la enfermedad tuvo probablemente su orígen en un enfriamiento. Este caso ofrece tambien interes por la poca edad del enfermo. Frerichs refiere el caso de un niño de 10 años en el cual la atrofia procedía, al parecer, igualmente de un enfriamiento durante un baño (1).

OBSERVACION CLXXIX. — *Hepatítis intersticial causada por un enfriamiento, y que terminó por una cirrósis atrófica en una niña de 12 años.*

El 22 de Setiembre de 1876 fuí consultado para ver á la señorita Elena F..., de 12 años de edad, acerca de la cual su madre y el Dr. Lewis Mackenzie, que la asistía, me proporcionaron los siguientes detalles:

Existen antecedentes gotosos en el padre y en la madre. Desde la infancia la enferma ha tenido el hígado torpe. Hace dos ó tres meses las deposiciones comenzaron á tornarse decoloradas y la piel ligeramente ictérica. A la edad de seis años, despues de un baño de mar, sintió un violento dolor abdominal que duró 12 horas y la arrancaba gritos. Las tres semanas siguientes no fueron muy buenas; la niña tuvo deposiciones decoloradas, etc. Despues recobró su salud habitual hasta el otoño de 1874, en que se presentó por primera vez una ictericia bien caracterizada. Apareció lentamente y fué acompañada de dolor por espacio de dos días, poco más ó ménos. El vientre se hizo muy saliente, y las venas que surcan su superficie muy desarrolladas; el hígado llegaba por debajo casi hasta el púbis. De vez en cuando guardaba cama por espacio de un día ó dos. Al cabo de tres ó cuatro meses el estado general mejoró, pero despues la niña ha estado siempre delicada; temperamento irritable, apetito caprichoso, vientre relajado, orina en pequeña cantidad, oscura y cargada de uratos, color algo verdoso. Hace algunas semanas las deposiciones tomaron un color arcilloso, sin indicios de bílis. Desde el mes de Marzo de 1876 las materias han contenido moco y á veces sangre rutilante.

El Dr. M., que la vió por primera vez en Marzo de 1876, encontró el bazo grueso, pero la macidez hepática ménos extensa. En el momento

(1) *Op. cit.*, pág. 325.

en que yo la ví el hígado no estaba engrosado; el bazo pasaba de las costillas dos y media pulgadas; ictericia ligera, pero sin ascítis; vómitos, dientes movedizos; no hay signos de sífilis ni antecedentes alcohólicos; enflaquecimiento y debilidad muy pronunciada; pero en las últimas semanas el estado general había mejorado.

Escribí al Dr. M. lo que sigue: «La señorita F... presenta una enfermedad que ciertamente no es comun; pero, teniendo en cuenta la historia de la afeccion, no dudo que se trata de una forma de hepatítis intersticial crónica que ha producido una obstruccion porta. La falta de la causa habitual destruye la existencia de una cirrósis verdadera, y nada indica tampoco que la hepatítis sea sifilítica. En mi concepto, la crísis de dolor abdominal violento despues de un baño tiene cierta importancia, porque hace referir el orígen de la enfermedad á un enfriamiento.

Pero aunque la causa sea oscura, el estado del hígado debe probablemente ser el que sigue: engrosamiento de la cápsula, con bridas fibrosas que atraviesan la sustancia del hígado y obliteran numerosas ramificaciones de la vena porta.

El 12 de Diciembre de 1876 murió la señorita F... Tres semanas ántes de su muerte se había sentido muy mal; diarrea con hemorragia; pulso á 120, que se elevó al fin hasta 140; la temperatura, que llegó á 39°, descendió despues hasta 35°; aliento fétido, de olor especial, como si se acabara de abrir un hígado. Delirio y excitacion marcada, y más tarde respiracion irregular, estupor y coma.

Autopsia, hecha por el Dr. Mackenzie. — Hígado pequeño y redondeado, que no pesaba más que 460 gramos; superficie arrugada é irregular. Cápsula engrosada; tejido duro y denso, y atravesado por bridas fibrosas. Bazo grueso. Porcion inferior de los intestinos muy congestionados; mucosa sembrada en varios puntos de pequeñas extravasaciones. Venas mesentéricas infartadas de sangre. Los demas órganos normales.

En la observacion CLXXX me parece que la explicacion más verosímil de la ictericia era la presencia de distomas en las vías biliares, y que el poco cáncer que se encontró en el duodeno y en los linfáticos portas se había desarrollado en la época en que se observó un enflaquecimiento rápido, ascítis y un dolor violento, que se presentaron cinco á seis meses ántes de la muerte.

Segun lo que sabemos acerca de la marcha de otros casos, es probable que en la primera fase de la enfermedad hubiera un gran número de distomas en el hígado, y es tambien posible que fueran distomas lo que el enfermo observó en las deposiciones, encontrándose en Malvern en Junio de 1874. La presencia de los distomas en el conducto hepático pudo haber determinado una peritonítis localizada que produjo la obliteracion del conducto. Se ha observado con frecuencia que los distomas producen un

engrosamiento y una induracion considerables de las paredes de los conductos biliares. El *fasciola* hepático, aunque muy comun en el hígado del carnero y de otros animales, es muy raro en el hígado humano. Puede suceder que haya una verdadera equivocacion. Segun Cobbold, sólo se ha observado unas 20 veces en la especie humana (1).

OBSERVACION CLXXX. — *Ictericia por la presencia de distomas en las vías biliares, seguida de cáncer del duodeno y de los linfáticos de la cisura porta. — Ascítis y muerte.*

El 8 de Mayo de 1874, accediendo á la invitacion del Dr. J. T. Williams, de Barrow-in-Furness, ví á Cárlos B., de 39 años de edad. Este señor tenía costumbres sobrias y había gozado una excelente salud hasta cinco meses ántes, en que se tornó ictérico á consecuencia del exceso de trabajo. La ictericia se presentó gradualmente, acompañada de pérdida del apetito, abatimiento, pero sin dolor ni vómitos. Tuvo fuerte comezon en la piel y evacuaciones alvinas irregulares. Deposiciones poco coloreadas y orina oscura. Desde que se presentó la ictericia, pero no ántes, el enfermo fué enflaqueciendo á razon de una libra por semana. No hay antecedentes de afeccion maligna en la familia. El padre murió asesinado y la madre á los 73 años; un hermano murió loco.

Era un hombre de singular aspecto, muy nervioso y excitable, y profundamente ictérico. Se quejaba sobre todo de debilidad, de anorexia y de un sabor cobrizo en la boca. Hígado algo grueso; macidez vertical, cuatro pulgadas y tres cuartos en la línea mamaria derecha. Pero lo que más llamó mi atencion fué una eminencia ligera, pero distinta, por delante de los cartílagos costales, á la derecha de la extremidad inferior del esternon; ligera sensibilidad en este punto, pero nada que se pareciera á la fluctuacion.

La naturaleza de este caso era sin duda oscura; pero al escribir al doctor W. discutí la posibilidad de un cáncer, de un hidátide ó de una ictericia catarral. El cáncer podía desecharse por la edad del enfermo, la falta de los síntomas ordinarios, y sobre todo por el hecho de que el enfermo se había encontrado bien y no había adelgazado ántes de la aparicion de la ictericia. En suma, me incliné á pensar que, á pesar de su duracion, el caso tomaría el aspecto de una ictericia catarral, aunque la eminencia podía indicar un hidátide.

No volví á ver al enfermo, pero tuve noticias de él en diferentes ocasiones por el Dr. W.

El 18 de Julio de 1874 supe que, encontrándose en Malvern unos 15

---

(1) *Lect. on Pract. Helminth.*, 172, pág. 143.

días ántes, había experimentado como un chasquido en la region del hígado, y al día siguiente por la mañana había encontrado en las heces una cucharada de sopa de bolas de goma y pequeñas vesículas. El Dr. W. creyó que eran hidátides, pero yo no tuve ocasion de verlas. El estado de las deposiciones varió mucho; algunas veces tenían el color y la consistencia del mastic, otras eran casi normales. La comezon y el arqueamiento á la derecha del esternon habían disminuido. El enfermo había perdido siete libras. La ictericia era siempre la misma.

El 13 de Octubre de 1874 hé aquí cuál era su estado: desde hace algunas semanas la ictericia es más intensa ó la piel más irritable; las deposiciones son muy claras y la orina muy oscura; no hay cambio en la eminencia de las últimas costillas derechas; el apetito es bueno y el enfermo se halla mejor dispuesto para el trabajo; no hay dolor ni malestar en la region del hígado.

El 3 de Febrero de 1876 me escriben lo siguiente: «Mejoría bajo muchos puntos de vista; aumento de las fuerzas, del peso y del apetito, y aunque el enfermo se encuentra habitualmente muy abatido, no por eso deja de dedicarse á sus ocupaciones ordinarias. Consistencia y color de las deposiciones, normales. No hay irritacion de la piel, que está ménos amarilla, pero algo bronceada, como en la enfermedad de Addison. No hay arqueamiento apreciable de los cartílagos costales derechos.»

Siguió en el mismo estado y continuó dedicándose á sus tareas hasta el mes de Agosto de 1876, en que comenzó á aumentar su estatura. La tumefaccion, que era debida á la ascítis, aumentó lentamente y fué acompañada de dolor intenso en la extremidad inferior del esternon y de enflaquecimiento rápido. Las deposiciones eran claras y contenían á menudo mucho pus; orina cargada de bílis.

Hácia el fin de Diciembre el Dr. W. puncionó el abdómen y sacó cerca de nueve litros de líquido seroso, amarillo. Despues de esto gran alivio; pero, con todo, el enfermo continuó adelgazando y debilitándose, y sucumbió el 26 de Enero de 1877.

Despues de la muerte se me aseguró que M. B. se había alimentado muchas veces con almejas crudas, pero no consumió moluscos de agua dulce.

Autopsia. — Unos tres cuartos de litro de líquido en el peritoneo. El Dr. W. tuvo la bondad de enviarme el hígado, el duodeno y los riñones. Hígado ligeramente granuloso en la superficie; tejido denso; hiperplasia del tejido fibroso interlobular. Conducto colédoco y conducto cístico, completamente obliterado por la retraccion cicatricial del tejido fibroso en la cisura porta. Dos ó tres ganglios linfáticos de la cisura porta aumentados de volúmen como del grosor de avellanas, y que comprimían el tronco de la vena porta. Vesícula biliar considerablemente distendida, que contenía 10 onzas de serosidad incolora, con copos. Los conductos biliares intrahepá-

ticos medianamente distendidos; uno de ellos contenía un notable ejemplo de distoma *(fasciola hepática)* (1). Se lavaron los conductos con cuidado, pero no se encontró ningun otro parásito. La mucosa duodenal, no léjos del orificio del conducto colédoco, presentaba una placa de depósito morboso del tamaño de una moneda de un franco. Dicho depósito no estaba ulcerado ni penetraba en el espesor de la túnica muscular; pero el Dr. Greenfield observó que este depósito, lo mismo que los ganglios infartados de la cisura porta, eran cancerosos. No había indicio de cáncer en ninguna otra parte. El riñon izquierdo presentaba un grueso quiste, que se rompió cuando se quiso desprender, y cuya naturaleza no se pudo examinar.

---

(1) Esta pieza está en el Museo del hospital de Santo Tomás.

FIN

INDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN ESTA OBRA

Páginas

LECCION III

AUMENTO DE VOLÚMEN DEL HÍGADO

(Continuacion)

LECCION IV

AUMENTO DE VOLÚMEN DEL HÍGADO

(Continuacion)

LECCION V

AUMENTO DE VOLÚMEN DEL HÍGADO

(Continuacion)

LECCION VI

AUMENTO DE VOLÚMEN DEL HÍGADO

(Continuacion)

LECCION VII

AUMENTO DE VOLÚMEN DEL HÍGADO

(Continuacion)

LECCION VIII

DIMINUCION DE VOLÚMEN DEL HÍGADO

Páginas

LECCION IX

ICTERICIA

LECCION X

ICTERICIA

(Continuacion)

LECCION XI

ICTERICIA

(Conclusion)

LECCION XII

LECCION XIII

A) HEPATALGIA. — B) CÁLCULOS BILIARES. — C) AUMENTO DE VOLÚMEN DE LA VESÍCULA BILIAR

LECCIONES CROONIANAS

ACERCA

DE LOS DESÓRDENES FUNCIONALES DEL HÍGADO

LECCION XIV

LECCION XV

LECCION XVI

FIN DEL ÍNDICE

C. MURCHISON

ENFERMEDADES DEL HIGADO