

10 Dic 77. 37-3-

TRATADO PRÁCTICO

DE LAS

ENFERMEDADES DEL HÍGADO

DE LOS VASOS HEPÁTICOS

Y DE LAS VÍAS BILIARES

POR

FR.-THÉOD. FRERICHS

Profesor de Clínica médica en la Universidad de Berlín, miembro del Consejo superior de Instrucción pública.

TRADUCIDO DEL ALEMÁN POR LOS DOCTORES LUIS DUMENIL y J. PELLAGOT.

TERCERA EDICION

*Reciada y corregida, y puesta al alcance de los progresos de la ciencia*

Por el doctor LUIS DUMENIL

PROFESOR DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE ROUEN.

Con 158 figuras intercaladas en el texto.

VERTIDA AL CASTELLANO

Por D. ESTEBAN SANCHEZ DE OCAÑA

Catedrático de Clínica médica de la Facultad de Medicina de Madrid, etc.

OBRA PREMIADA POR EL INSTITUTO DE FRANCIA (ACADEMIA DE CIENCIAS).

*Cuaderno*

MADRID

CÁRLOS BAILLIÉ-BAILLIÈRE

Librero de la Universidad central, del Congreso de los señores Diputados y de la Academia de Jurisprudencia y Legislación.

LIBRERÍA EXTRANJERA Y NACIONAL, CIENTÍFICA Y LITERARIA

Plaza de Santa Ana, número 10.

Paris, J. B. Baillière é hijo.—Londres, Baillière.

1877.

7230

LIBRERIA EXTRANJERA Y NACIONAL DE C. BAILLY-BAILLIERE.

— Plaza de Santa Ana, núm. 40, Madrid. —

*Tratado de las Enfermedades infecciosas: Enfermedades de los pantanos, Fiebre amarilla, Enfermedades tifoideas, Fiebre Petegual ó Tifus de los ejércitos, Fiebre tifoidea, Fiebre recurrente ó de recaídas, Tifoidea biliosa, Peste, Colera:* por W. CRIESSINGER, profesor en la facultad de Medicina de la Universidad de Berlín. Traducido por el doctor G. LEMATTRE. — *Segunda edición*, revisada, corregida y anotada por el doctor E. VALLÍN, médico mayor de primera clase de los hospitales militares, profesor de higiene en la escuela de Medicina militar de Val-de-Grace. Vertido al castellano por D. Mariano Salazar, médico de número del Hospital de la Princesa, presidente de la sección de Medicina de la Academia Médico-Quirúrgica Española, socio corresponsal de la Academia Médico-Farmacéutica de Barcelona. Madrid, 1877. (En prensa).

*Tratado de la Impotencia y de la Esterilidad en el hombre y en la mujer*, que comprende la exposición de los medios recomendados para remediarlas, por el doctor Félix ROUBAUD. *Tercera edición*, puesta al nivel de los progresos más recientes de la ciencia. Traducida al castellano por el doctor D. Francisco Santana y Villanueva, antiguo disector anatómico y profesor clínico de la Facultad de medicina de la Universidad central.

La obra del doctor Roubaud, de la que se han agotado ya dos numerosas ediciones y acaba de ver la luz pública la tercera, es una obra concienzuda, *séria*, basada puramente en la ciencia; y como en España no tenemos ninguna que trate científicamente sobre materias que atañen tan de cerca al bienestar y á la salud de las familias, no hemos titubeado en ofrecer á los Profesores del arte de curar una obra que se recomienda por la importancia que encierra.

Esta obra está escrita en un lenguaje al par que sencillo honesto; así que todo el mundo puede leerla sin ruborizarse, y hace que los extraños á la ciencia puedan estudiar esta materia tan delicada y espinosa de por sí en beneficio propio y de la humanidad en general.

Esta obra constará de un tomo de unas 800 páginas en 8.º prolongado, impresión clara y buen papel, dividido en cuatro entregas, cada una de 12 pliegos (192 páginas), al precio de 2 pesetas 50 cént. cada entrega en Madrid y 2 pesetas y 75 céntimos en provincias, franco de porte.

**Saldrá con regularidad una entrega mensual.**

*Se ha repartido la primera entrega.*

*Tratado de Patología interna:* por S. JACCOUD, profesor agregado á la Facultad de Medicina de París. Obra acompañada de 36 grabados y 28 láminas en cromolitografía; traducida al español por D. Joaquín Gassó, segundo ayudante médico honorario de Sanidad militar, etc., y D. Pablo León y Luque, antiguo interno de la Facultad de Madrid. *Segunda edición*. Madrid, 1875. Dos magníficos tomos en 8.º, en rústica, 25 pesetas en Madrid y 27 en provin., franco de porte.

*Tratado de Patología interna*, precedido del curso de Patología médica (lección de apertura de 31 de Enero de 1877). Por S. JACCOUD, profesor agregado á la Facultad de Medicina de París, etc. Tomo III (*Suplemento á las dos ediciones españolas*) con 4 láminas: traducido por el doctor D. Pablo León y Luque. Madrid, 1877.

Este tomo constará de unas 548 páginas con 4 láminas, y se publicará en dos cuadernos. Precio de este tomo, 7 pesetas en Madrid y 7 pesetas y 50 cént. en provincias, franco de porte, pagadas al recibir el primer cuaderno.

**Se ha repartido el primer cuaderno.**

*Advertencia.*— Todos los que han comprado los dos tomos de esta obra, sea de la primera ó segunda edición, podrán adquirir este *Suplemento* como complemento indispensable.

*Lecciones de Clínica médica*, explicadas en el hospital Lariboisiere; por S. JACCOUD. Obra acompañada de 10 láminas cromolitografiadas. *Segunda edición*. Madrid, 1877. Un tomo en 8.º, 12 pesetas y 50 cént.

*Lecciones de Clínica médica*, explicadas en el hospital de la Caridad, é ilustradas con láminas, por S. JACCOUD. *Segunda edición*. Madrid, 1877. Un tomo en 12.º, 12 pesetas y 50 cént.

Además de estas observaciones precisas se encuentran en la literatura médica algunas otras que pertenecen probablemente á la misma categoría, pero que no han sido descritas con bastante exactitud para que se las pueda juzgar con seguridad. Citarémos aquí las preparaciones del museo de Zurich, mencionadas por W. Meyer (1) y las del museo de Praga, á que hace referencia Dittrich (2).

## II.—Historia natural médica.

Hay formas de equinococos del hígado en las que las hidátides no se encuentran reunidas en una vesícula madre, sino que se desarrollan en gran número unas al lado de otras. Forman de esta manera tumores voluminosos, de estructura alveolar, en los que se verifica ordinariamente una descomposición central.

Estos tumores están constituidos por un estroma fibroso, que presenta los caracteres habituales de un tejido conjuntivo sembrado de células fusiformes y reticuladas, haciéndose adiposas á veces en algunos puntos, y en otros, sobre todo en la periferia, circunscribiendo porciones de parénquima hepático fuertemente pigmentado. Este estroma encierra cavidades redondeadas, prolongadas, anfractuosas ó de forma irregular, cuyo volumen varía entre el de un grano de mijo, ó aun menos, y el de un guisante (3); las cavidades comunican, por lo comun, entre sí por aberturas de diámetro variable.

Los alvéolos encierran vesículas gelatinosas, cuyas paredes anhistas están formadas de capas concéntricas, y presentan, como las de los equinococos, finas estrías paralelas sobre un corte transversal. Las vesículas, que contienen granulaciones y gotitas adiposas muy finas, son pocas veces redondeadas; se hallan ordinariamente en vía de destruccion y plegadas en el interior; presentan en ocasiones divertículos laterales recibidos en cavidades accesorias, y otras tambien muchas estrangulaciones. Las grandes cavidades contienen frecuentemente dos ó más vesículas yuxtapuestas, y diseminadas en varios puntos, masas gelatinosas, que se extienden fácilmente en forma de membranas en el agua, y en las que se aíslan pequeñas vesículas perfectamente cerradas, del volumen desde un grano de mijo al de un cañamon. Estas parecen encajadas en las primeras.

(1) Meyer, *Zwei Rückbildungsformen des Carcinoms*. Inaugural-Dissertation. Zurich, 1834.

(2) Dittrich, *Prager Vierteljahrsschrift*, t. III.

(3) Virchow ha fijado las dimensiones de las cavidades pequeñas en  $\frac{3}{100}$  y  $\frac{15}{100}$  de milímetro, y el de las mayores en  $\frac{3}{10}$  y  $\frac{1}{10}$  de milímetro; algunos alvéolos tenían 6 milímetros de largo y 2 á 3 milímetros de ancho.

Las membranas de las vesículas sufren cambios análogos á los de los equinococos ordinarios; toman frecuentemente un aspecto vítreo y presentan depósitos formados por granulaciones brillantes, como las adiposas, ó por pigmentos. Al lado de las vesículas y entre ellas se encuentran muy á menudo esferas con estrías concéntricas y algunas veces radiadas, de centro simple ó múltiple; están formadas de una base orgánica impregnada de sales calcáreas, y se distinguen por su volúmen de los corpúsculos calcáreos pertenecientes á los equinococos ordinarios. Se ven tambien en muchos casos cristales aciculares ó en haces, y hematoidina en granos ó cristalizada.

En algunas vesículas, sobre todo en las que ocupan los alvéolos mayores, se observan á simple vista puntos blancos muy finos, y con el microscopio equinococos con sus coronas de ganchos y sus corpúsculos calcáreos, y que en nada se diferencian de los que hemos descrito anteriormente (1); pero la mayor parte de las vesículas son estériles.

En todos los casos observados hasta ahora, el centro del tumor se hallaba en descomposicion. En el interior existe una excavacion cuyo volúmen suele ser el de un puño, y á veces excede al de la cabeza de un hombre (2), llena de un líquido purulento, amarillo ó verde súcio; este líquido deja precipitar por reposo un depósito blanco-amarillento, mezclado con membranas grisáceas y pequeñas vesículas, y formado esencialmente de gotitas adiposas, de algunas células granulosas y de cristales. La membrana interna de la cavidad presenta una superficie anfractuosa cubierta de grietas; forma divertículos que terminan en cavidades accesorias, y está bañada de un depósito amarillento. Estas cavidades accesorias contienen vesículas gelatinosas, que á veces adquieren el volúmen de un cañamón; en los alvéolos de las paredes hay alojadas otras análogas.

Además del tumor principal, suelen encontrarse otros mas pequeños en el parénquima hepático; Virchow ha visto tambien líneas en forma de rosario, semejantes á raíces, que se irradiaban del tumor hasta la superficie de la glándula, enviando prolongaciones hácia la vena porta. Algunas de ellas, acompañadas de la cápsula de Glisson, se extendian aun 6 centímetros mas allá hasta la inmediacion del intestino. Estas líneas, en forma de rosario, se veian en todas las partes del órgano, acompañaban á los conductos biliares y la vena porta, cuyas paredes elevaban de trecho en trecho, formando así prominencia en el interior de los vasos. Los conductillos

(1) Virchow ha buscado inútilmente los ganchos en algunos equinococos aislados.

(2) En el caso de Griesinger, el diámetro transversal de la cavidad se elevaba á 30 centímetros, y contenia un líquido purulento.

del hígado, conductos biliares, vena porta, venas y arteria hepáticas, presentaban de trecho en trecho, en todo el campo de la formación patológica, estrecheces y una compresión lateral.

Friedreich (1) descubrió por el exámen microscópico, en partes en que el tejido hepático no presentaba aun ninguna alteración á simple vista, pequeñas vesículas, ora redondas, ora en forma de rosario, y á veces tambien con eminencias ó yemas laterales. Las células hepáticas que rodean inmediatamente á estas neo-producciones están infiltradas de materia biliar, y aun han sufrido un grado bastante adelantado de degeneración adiposa, hallándose mezcladas con pequeñas masas de hematoidina.

En los casos descritos por Dittrich y Buhl, algunas aglomeraciones gelatinosas acompañaban igualmente á la vena porta; Griesinger ha encontrado la principal división de la rama derecha de este vaso obliterada.

En la observación de Friedreich, no solo los gruesos vasos biliares que se dirigían al tumor, sino el mismo conducto hepático y el colédoco, hasta su desembocadura en el duodeno, estaban llenos de vesículas de equinococos. Una masa habia ascendido del tronco principal á la rama izquierda del conducto hepático. El contenido de estos gruesos conductos biliares presentaba la misma composición que las vesículas de equinococos encerradas en los alvéolos del tumor.

En el caso de Féréol (2), la vena cava estaba englobada en el tumor, en una extensión de 3 centímetros. Sus paredes se hallaban muy hipertrofiadas y el calibre estrechado hasta debajo de la obliteración completa. Al nivel de esta se encontraba transformada en un cordón blanco, duro, difícil de aislar y que se presentaba al corte formado de un tejido blanco mate, sembrado de alvéolos, en general apenas perceptibles. La embocadura de la vena hepática derecha estaba completamente obliterada por la masa morbosa. Una de las ramas de la división derecha de la vena porta se hallaba convertida en cordón análogo al que llenaba la vena cava. Tres de las principales divisiones de la arteria hepática se encontraban llenas de vesículas gelatinosas, entre las que existían algunos tabiques completos formando alvéolos. Las vías biliares se hallaban libres.

### III.—Asiento.

La lesión ocupa, por lo común, el lóbulo derecho del hígado. En tres casos (Virchow, Ott, Ducellier) se habia desarrollado en el izquierdo.

(1) *Loc. cit.*

(2) *Carrière, loc. cit.*

4280

Esta afeccion ha coincidido siempre con un aumento de volumen del bazo; en los casos de Zeller y de Griesinger, dicho órgano habia triplicado; contenia un foco hemorrágico en la observacion de Virchow.

En la cavidad peritoneal existe ordinariamente serosidad ó pus.

No debe dudarse en referir esta formacion patológica á los equinococos y atribuirle á la emigracion de los embriones de ténia al hígado; pero falta saber por qué afecta en su desarrollo esta forma particular, de dónde vienen estas innumerables hidátides que así se multiplican unas al lado de otras, si cada una tiene su gérmen propio ó proceden todas de un pequeño número de embriones de ténia por gemmacion y separacion. Virchow deduce, del modo de distribuirse el producto morbozo observado por él, así como por Buhl y Dittrich, que esta forma de equinococos se desarrolla en los linfáticos del hígado, y que la propagacion de las vesículas en direcciones determinadas, así como su pequeño volumen dependen de la resistencia de las paredes de los linfáticos. Küchenmeister <sup>(1)</sup> participa de esta opinion, y explica la gran cantidad de hidátides por la estrangulacion del quiste primordial en el interior de los vasos linfáticos, donde se desarrolla. Friedreich y Schreöder van der Kolk colocan el origen de la enfermedad en las vías biliares, Leuckart en los vasos sanguíneos, Heschl en los acini del hígado. Pero este punto exige nuevas investigaciones para que se le pueda juzgar con perfecto conocimiento de causa.

#### IV.—Etiología.

Esta enfermedad se desarrolla de preferencia en la edad media de la vida. En las observaciones en que se indica la edad, los sujetos tenian de veinte y cuatro á sesenta y seis años. El sexo masculino constituye una predisposicion marcada; en 16 casos habia 12 hombres y 4 mujeres. La afeccion es mas comun en la Alemania del Sud, y sobre todo en Wurtemberg, que en ninguna otra parte.

#### V.—Sintomatología

El principio es latente y los síntomas no aparecen de ordinario hasta una época en que las lesiones han adquirido un desarrollo bastante considerable. La pérdida de fuerzas y una sensacion de laxitud marcan por lo comun el primer período de la enfermedad. En 10 casos, de 12, se han notado dolores abdominales, pero con

(1) Küchenmeister, *Loc. cit.*, p. 478.

caractéres variables, en diversos grados de intensidad y en épocas diferentes del padecimiento. En las observaciones de Griesinger y de Zeller, indicaron el principio de la dolencia. A veces no perciben los enfermos mas que una simple sensación de peso ó de tension; en otros casos son mas agudos; pueden ser intermitentes, ó continuos y progresivos.

La ictericia es uno de los síntomas mas constantes, aunque falta algunas veces; de 13 casos no se observó en 2, y en otro fué sumamente ligera. En todas las demás observaciones adquiere grande intensidad y persiste hasta la muerte. Es, por lo comun, el primer síntoma que llama la atención del enfermo.

De 13 casos, en 7 se ha observado ascitis, edema de las extremidades inferiores sin ascitis en 3, y edema con ascitis 5 veces. Ott ha visto un edema cutáneo, difuso, en diversos puntos de los tegumentos y movable en su asiento; en todos los hechos se halla aumentado el volúmen del hígado, y aun frecuentemente se llega á producir un abultamiento del hipocondrio derecho con distension del abdómen, sin necesidad de que exista ascitis. En un caso (Carriere) estaba tumefacto solo el lóbulo izquierdo. Los límites del hígado varían de la cuarta costilla por arriba á la cresta iliaca y el ombligo por abajo.

La consistencia de las partes del hígado accesibles á la palpacion se encuentra aumentada, presentándose á veces tan duras como el cartilago ó la piedra. En 5 casos, la superficie del órgano estaba lisa, sin eminencias; en otros 5 habia desigualdades ó abolladuras mas ó menos marcadas, duras ó reblandecidas. El borde es algunas veces desigual, cortante. En un enfermo (Griesinger) existia fluctuacion.

El hígado estaba hipertrofiado en 10 casos de 12.

Las funciones digestivas pueden presentar diversas alteraciones. Hay ordinariamente anorexia, estreñimiento; en casos mas raros, diarrea.

En algunas historias se hace mérito de hemorragias por diferentes vías, como se las observa muy á menudo en las ictericias intensas y prolongadas.

Teniendo en cuenta el período latente de la enfermedad, puede decirse que su duracion es siempre larga y su curso muy lento. Ha durado once años en un caso; 7, seis años; de seis á trece meses en otros; pero en estos últimos no se ha calculado la duracion sino á partir de las primeras manifestaciones apreciables.

## VI —Diagnóstico.

El diagnóstico durante la vida ofrece grandísimas dificultades. El desarrollo de una ictericia, por lo comun sin prodromos, gradual, apirética, rebelde ó intensa, una tumefaccion progresiva del hígado y del bazo, sin ascitis ó con una ascitis tardía, podrian autorizar á creer en la existencia de equinococos multiloculares.

Los quistes hidatídicos ordinarios, el cáncer, el hígado sifilítico, la degeneracion amiloidea, la cirrosis hipertrófica, son las enfermedades cuyo diagnóstico diferencial exige mayor estudio y atencion.

Los quistes hidatídicos ordinarios se distinguirán fácilmente por la existencia de un tumor bien circunscrito, fluctuante, que presenta con frecuencia el estremecimiento característico; por la ictericia tan rara en esta forma como comun en la multilocular. No obstante, si como en un caso observado por Sommerbrodt <sup>(1)</sup>, los quistes hidatídicos múltiples formasen en el hígado tumores resistentes, de consistencia elástica, formando elevacion en la mitad derecha del abdomen, y el órgano desarrollado ocupase el espacio comprendido de la sexta costilla al ligamento de Poupart, el diagnóstico podria presentar grandes dificultades.

La enfermedad del hígado, con la que es mas fácil confundir el equinococo multilocular, es el cáncer. Los elementos principales del diagnóstico consistirán en la frecuencia mucho menor de la ictericia, la falta ordinaria de tumefaccion del bazo, la existencia de abolladuras mucho mas acentuadas y la mayor rapidez del curso en el cáncer.

En el hígado sifilítico, además de los antecedentes, se encontrarán depresiones y abolladuras mas marcadas, falta de demacracion, y por lo comun ictericia bien acentuada.

La degeneracion amiloidea se reconocerá fácilmente, porque no existe ictericia, ni ascitis, y hay al mismo tiempo en algun punto supuracion prolongada, enfermedades del tejido óseo, tuberculosis, sífilis.

En la mayoría de los casos será imposible distinguir el equinococo multilocular de la cirrosis hipertrófica. La ictericia, la ascitis tardía, la tumefaccion del bazo, el abultamiento con induracion del hígado, la lentitud del curso de la enfermedad, son síntomas comunes á ambas afecciones. Si los dolores peritonícos por ataques agudos, febriles, parecen pertenecer mas bien á la cirrosis hipertrófica,

(1) Sommerbrodt, *Ueber zwölf in einer menschlichen Leber beobachtete Echinococceen im Zustande der reinen Scolexproduction Arch. f. path. Anat.*, 1866, t. XXXVI.

es este un elemento demasiado variable para que pueda servir de base cierta en el diagnóstico.

La existencia en las deposiciones de vesículas pequeñísimas con señales de proliferación exógena suministraria, según Friedreich, un signo cierto de la enfermedad; pero hasta ahora no se le ha comprobado.

#### VII.—Terminaciones.

La enfermedad ha terminado por la muerte en todos los hechos observados; no puede decirse si es susceptible de retrogradar y de curarse.

#### VIII.—Tratamiento.

El tratamiento se reduce á combatir los síntomas. La punción, á que podríamos inclinarnos cuando existe fluctuación, lejos de provocar el encogimiento de los quistes y la curación, no haría más que activar la descomposición y la fiebre hética.

### Art. VIII.—Pentastoma denticulado del hígado.

(*Pentastoma denticulatum*).

#### I.—Historia.

El pentastoma se encuentra más frecuentemente en el hígado que los equinococos; no ha sido observado en el hombre hasta estos últimos tiempos, y como no ocasiona ninguna alteración, carece de importancia clínica. Pruner <sup>(1)</sup> es el primero que ha demostrado este parásito en el hígado humano. En dos negros, en el Cairo, encontró enquistado en el hígado un parásito cuya naturaleza no determinó bien. Bilharz y de Siebold <sup>(2)</sup>, han reconocido que es un pentastoma que designaron, como especie nueva, con el nombre de *Pentastoma constrictum*. Zenker <sup>(3)</sup> observó por primera vez, en Alemania, la presencia de este parásito en el hígado del hombre; este no es, sin embargo, el único órgano en que se desarrolla; se le encuentra también en los riñones y en el tejido submucoso del intestino delgado (Wagner). No es raro en Alemania; Zenker le ha visto 9 veces en 168 autopsias, en Dresde; Heschl, 5 veces en 20, en Viena; Wagner, una vez en 40, en Leipzig; Virchow le cree más común en Berlín que en la Alemania central; en Breslau le he encontrado

(1) Pruner, *Krankheiten des Orients*, 1847, p. 243.

(2) Siebold, *Zeitschrift f. wissenschaftliche Zoologie*, t. IV, p. 63.

(3) Zenker, *Zeitschrift f. rationelle Medicin.*, 1854, t. V, p. 224.

en un semestre 3 veces en 17 cadáveres disecados. Los pentastomas de nuestro país no son, sin embargo, lo mismo que los de Egipto, es el *pentastoma denticulatum* de Rodolphi.

## II.—Historia natural médica.

Encuétrase en el hígado, mas comunmente en la cara superior del lóbulo izquierdo, con menos frecuencia en el derecho, y de ordinario entonces en la inmediacion del ligamento suspensorio, algunas veces tambien en la cara inferior de la glándula, pero casi nunca en su espesor, un núcleo ligeramente prominente, de una línea á línea y media de largo, formado por una cápsula fibrosa, resistente y fácil de enuclear. En general, este núcleo es único; mas excepcionalmente hay dos ó tres. La cápsula encierra al animal encorvado sobre sí mismo, de una línea á línea y media de longitud, incrustado de sustancia calcárea, y tan fuertemente unido á su envoltura, que cuesta mucho trabajo desprenderle íntegro. Por medio del ácido clorhídrico debilitado se consigue desembarazarle de las sales calcáreas y precisar los caractéres del parásito.

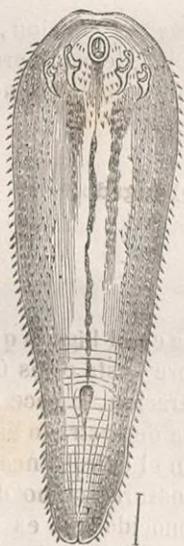


Fig. 119.—Pentastoma denticulatum visto de vientre con un aumento de 10 diámetros. Una línea colocada al lado marca el tamaño natural, según Zenker (Davaine).

Bajo la cubierta tegumentaria del animal (fig. 119), ligeramente parduzca, presenta espinas dispuestas en líneas circulares transversales y paralelas; cada una de estas líneas se compone próximamente de 160 espinas agudas, delgadas, dirigidas hácia atrás, con una longitud de 0<sup>mm</sup>,02 á 0<sup>mm</sup>,03. En cada lado del animal, cuya forma es la de un óvalo aplastado, se ve una série de orificios redondos que representan estigmas. Bajo la extremidad anterior, truncada transversalmente, está situada la boca, de forma oval, pequeña, circundada de un rodete de quitina, delgado y amarillento. Ambos lados de la boca están ocupados, en direccion oblicua hácia abajo y afuera, por un par de ganchos amarillentos, voluminosos, fuertemente encorvados y encajados, por una base anchamente escotada, en bolsas particulares. Cada uno de ellos está armado de un aparato de soporte especial, en el que se incrusta el gancho. Este aparato parece ser una envoltura desprendida de la bolsa de los

ganchos y transformada en quitina, cuya extremidad superior se estiraría para formar una punta, que Küchenmeister ha denominado cubre-punta. El ano se encuentra en la extremidad de la cola.

El pentastoma denticulado es, como sospechó Gurlt, y como ha demostrado Leuckart <sup>(1)</sup> experimentalmente, un primer grado del *pentastoma tonioides*, que vive en las fosas nasales, en los senos frontales del perro y de otros animales. Se encuentra con bastante frecuencia el *pentastoma denticulatum* en el reino animal, en la cabra, el conejo, el buey, el gato, etc.; no se sabe aun exactamente cómo penetra en los órganos del hombre.

### III —Asiento.

Su asiento habitual en la superficie del hígado parece indicar que llega al estómago con los alimentos, y camina á través de las paredes de este órgano hasta el lóbulo hepático izquierdo, donde se fija debajo de la cubierta peritoneal, y se enquista para morir muy poco despues.

## Art. IX.—Cáncer del hígado.

### I.—Historia.

Hasta principios de nuestro siglo no se encuentra en ninguna parte descrito el carcinoma del hígado con separacion de los demás tumores y degeneraciones de esta glándula. Se conocían ya desde Hipócrates <sup>(2)</sup> los cánceres de las partes externas y de la mama; pero se ignoraban las condiciones principales de su existencia y su desarrollo en los órganos internos, donde no sufren ordinariamente la destruccion ulcerosa.

Bajo la denominacion de *escirro del hígado* se comprendían hasta aquí todas las especies de induracion de este órgano, la simple y la granulada, así como el cáncer, que resultaban de la degeneracion del escirro bajo la influencia de condiciones desfavorables. Esta enfermedad era considerada como una consecuencia de la hepatitis, y mas tarde se la hizo éntrar en la gran clase de las obstrucciones del hígado. Encontramos ya hechos considerados de esta manera en Galeno <sup>(3)</sup> y en Areteo <sup>(4)</sup>. «Verum si a phlegmone hepar non suppura-

<sup>(1)</sup> Leuckart, *Bau und Entwickelungs Geschichte der Pentastomen*. Leipzig, 1860

<sup>(2)</sup> Hipócrates, *Œuvres complètes*, trad. E. Littré. *Maladies des femmes*, lib. II, 155, Paris, 1855, t. VIII, p. 285.

<sup>(3)</sup> Galeno, *Œuvres*, trad. por Ch. Daremberg. *De la méthode thérapeutique*, à Glaucon, lib. II, ch. vii. Paris, 1856, t. I, p. 764.

<sup>(4)</sup> Areteo, *De causis et signis morborum diuturn.*, lib. I, cap. xiii, p. 42.

»tur, nemini dubium fuerit, tumorem durum subsidentem in scirrhum mutari ac stabiliri, etc.» Bianchi (1) hace notar: «Pertinatio hepatis frigida sive lymphatica obstructio, præsertim post diuturnos in rebus naturalibus errores, quandoque in scirrhum convertitur, cum pituitosus humor in volumen inertius indurescit.» Fr. Hoffman (2) emite las mismas opiniones, así como Boerhaave y Van Swieten (3). «Atque rursus si post inflammationem jecinoris adsunt condiciones, scirrhus ibi nascitur, qui tumore, duritie, incremento et suam sedem et vicina lædit; mollibus non auscultat, acribus in cancrum horrendum vertitur, etc.» Morgagni (4) describe algunos casos de carcinomas del hígado en términos convenientes, pero no emplea la expresion *cáncer*; usa unas veces la de *esteatoma*, y otras la de *tumores duros*. «Abdomine diducto, jecur longe maximum inventum est, steatomatibus plenum. Ventriculus intus fuit nigris maculis distinctus, in pyloro callosus. Venter, ubi exhausta fuit effusa aqua, jecur ostendit multis albis nec tamen perduris tumoribus intus extraque obsessum, in pancreate autem similem unum, sed duriorem (5).» Habia, pues, al mismo tiempo, en el primer caso, un cáncer del estómago, y en el segundo del páncreas. Encontramos observaciones análogas en Ruysch (6), Stoll (7), etc.

Mathieu Baillie (8) ha representado y descrito con cuidado el carcinoma del hígado bajo el nombre de *tubérculos ó nudos blancos y voluminosos*, cuya semejanza con el escirro de otras partes habia conocido. Colocaba, sin embargo, tambien entre los tubérculos de este órgano la cirrosis, como constituida por nudosidades que invaden la generalidad de la glándula, los tubérculos propiamente dichos como núcleos escrofulosos, y en fin, otras masas blandas y pardas cuya naturaleza no puede precisarse.

La misma confusion se encuentra en Portal respecto al cáncer del hígado (9); no le pinta en ninguna parte como una forma particular

(1) Bianchi, *Historia hepatica*. Génova, 1723, lib. I, p. 356.

(2) Hoffmann, *Dissertatio medica de hepatis scirrho*, 1772. *Opera omnia suppl.* Génova, 1748, II, p. 357.

Fr. Hoffmann ha basado su descripcion del escirro del hígado en un caso en el cual el enfermo curó despues de la abertura de un absceso á través de las paredes abdominales.

(3) Van Swieten, *Comment. in Hermanni Boerhaavii Aphorismos*, lib. III, p. 117, seq.

(4) Morgagni, *Epist.* xxx, p. 14.

(5) Morgagni, *Epist.* xxxviii, p. 28.

(6) Ruysch, *Observ. anat. chirurg.*, p. 43 y 86.

(7) Stoll, *Ratio medendi*, t. III, p. 1.

(8) Baillie, *Anatomie pathologique des organes les plus importants du corps humain*, trad. por Guerbois. Paris, 1815, p. 178.

(9) Portal, *Maladies du foie*. Paris, 1815.

de enfermedad hepática, y solo se ocupa de él accidentalmente y de un modo superficial con ocasion de las diferentes terminaciones de la hepatitis: «Se ve, por estas observaciones, dice, que la supuracion, la induracion ó el escirro, el cáncer, la gangrena ó esfacelo son terminaciones frecuentes de la inflamacion del hígado.»

Bayle (1) fué el primero que describió exactamente el carcinoma del hígado, demostrando su gran frecuencia. Probó que los tumores de este órgano, designados hasta entonces con los nombres de esteatomas, cuerpos blancos, tubérculos, escirros, etc., eran verdaderos cánceres. Las razones que da son: la analogía de su estructura anatómica con la del cáncer de la mama, la analogía de transformaciones, la coincidencia de carcinomas en otros órganos, y además la perniciosa influencia que ejercen sobre todo el organismo.

En el período que media desde esta época hasta nuestros dias, aparecieron un gran número de excelentes trabajos, que establecian de una manera mas ó menos precisa la historia del cáncer hepático (2), su estructura microscópica, sus fenómenos precursores y los de su declinacion, sus diversas formas, y en fin, los síntomas que le acompañan.

Los carcinomas del hígado presentan ordinariamente los caracteres de los cánceres simples ordinarios, y, segun el grado de desarrollo del estroma fibroso y la mayor ó menor abundancia del jugo canceroso, pertenecen por su blandura ó su dureza, ya á los cánceres medulares, ya á los escirros. Mucho mas raro es encontrar la forma pigmentada que constituye el cáncer melánico ó la vascularizacion abundante del fungus hematodes. Los cánceres císticos y los verdaderos cánceres colóides no son menos excepcionales.

En algunas circunstancias muy raras se encuentran productos nuevos, que se parecen á los sarcomas en todas sus partes.

(1) Bayle y Cayol, *Diction. des sciences médicales*, art. CÁNCER. Paris, 1812, t. III, págs. 557 y 655.

(2) Los mas importantes de estos trabajos son los siguientes: Cruveilhier, *Anat. patholog.*, entrega XII, pl. II y III; entrega XXII, pl. I; entrega XXIII, pl. V; entrega XXXVII, pl. IV.—Andral, *Clinique médic.*, t. IV, p. 188; *Anatomie patholog.* Paris, 1859, t. II, p. 604.—Abercrombie, *Pathological and practical researches on Diseases of the stomach, the intestinal canal, the liver*. Edimburgo, 1828.—Farre, *The morbid Anatomy of the liver*. Lóndres, 1812.—Bright, *Guy's hospital reports*, I.—Hope, *Principes and illustrations*. Fig. 90 á 109.—Carswell, *Patholog. Anatom.*, entrega II, pl. IV; entrega IV, pl. I.—Budd, *Diseases of the liver*. Lóndres, 1854.—Rokitansky, *Patholog. Anatom.*, t. III, p. 554.—Oppolzer, *Prager Vierteljahrschrift*, 1845, pág. 59.—Bochdaleck, *ibid.*, 1846.—Dittich, *ibid.*, 1846 y 1848.—Waller, *Zeits. der Wiener Aerzte*, 1846.—Lebert, *Traité d'anatom. pathologique générale et spéciale*. Paris, 1855-1862, t. I, p. 321.—Spaeth, *Arch. f. path. Anatomie*, Band XXXV, 1866.—Naunyn, *Ueber die Entwicklung der Leberkrebs* (Reichert's u. du Bois-Reymond's *Archiv*. 1866).

I. *Parénquima hepático*.—La materia cancerosa se halla ordinariamente reunida en el parénquima hepático, en forma de masas ó nódulos más ó menos voluminosos; es mas raro que el tejido glandular se encuentre infiltrado uniformemente en grande extension, sin línea de demarcacion bien distinta. Los ingleses admiten dos variedades, bajo los nombres de *tubera circumscripta* y *tubera diffusa*, variedades que los franceses llaman *tubérculos cancerosos* y *tumores cancerosos difusos*.

Los nódulos, cuyo volúmen varía desde un grano de mijo hasta el de una manzana ó una cabeza de niño, son por lo comun redondeados; no se aplanan hasta que llegan á la superficie del órgano en contacto con la cubierta peritoneal; entonces presentan frecuentemente una depresion umbilicada, y en estos puntos el peritoneo está opaco y engrosado. Estos nódulos se encuentran ordinariamente aislados; algunas veces se les ve diseminados en grandisima cantidad en el parénquima hepático y ocupando la profundidad del órgano lo mismo que su superficie. Su número está en razon inversa de su volúmen; cuando se han desarrollado consecutivamente á una alteracion de la misma naturaleza, existente en otros órganos, son por lo comun numerosos; permanecen por el contrario mas bien aislados, cuando se forman primitivamente en el hígado. Al lado de un tumor canceroso muy desarrollado, se encuentran á menudo otros pequeños que parecen de fecha mas reciente.

El cáncer del hígado tiene de ordinario una consistencia lardácea, rara vez firme y cartilaginosa; en ocasiones, por el contrario, recuerda la blandura de la pulpa cerebral y da una fluctuacion aparente (1). Los carcinomas ordinarios presentan, cuando se los corta, un color blanco mate sembrado de un número mas ó menos grande de puntos y de estrías rojas, segun la cantidad de vasos sanguíneos que el tejido encierra. La presion hace salir un jugo lechoso tanto mas abundante cuanto mas blanda y parecida á la pulpa medular es la sustancia cancerosa. Luego que se ha exprimido así el jugo, se hace mas aparente la trama fibrosa del tumor.

La perifería de las nudosidades cancerosas se encuentra muy raras veces aislada por un quiste distinto (2); mas comunmente el

(1) El profesor Cruveilhier ha descrito, bajo el nombre de *abscesos cancerosos*, tumores fluctuantes del hígado, de que se hacia salir por medio de la puncion un líquido cremoso, y que estaban limitados por paredes análogas á las de los quistes y divididos por gran número de trabéculos. Estos tumores se habian desarrollado en el curso de un cáncer uterino.

(2) Los tumores medulares blandos del hígado son los que han presentado particularmente un quiste apreciable, del que se les podia enuclear por completo ó separar

nuevo producto se pierde de un modo insensible en el parénquima que le rodea; esta particularidad, así como las relaciones de los elementos del parénquima glandular con el carcinoma, aparecen sobre todo cuando se examinan atentamente rebanadas muy finas del tumor con un fuerte aumento. En mi *Atlas*, lámina VII, fig. 4, se ve una preparacion de esta naturaleza. Representa un cáncer que se extiende de la cápsula de Glisson al parénquima hepático inmediato. El centro de la preparacion demuestra la cápsula engrosada y guardecida de células estrelladas de tejido conjuntivo; este envuelve á los ramos de la vena porta inyectados en amarillo, los de la arteria hepática inyectados en azul, los vasos biliares y los nervios. En la circunferencia se ve la sustancia cancerosa penetrando el tejido glandular de la periferia de los lóbulos hácia el centro; se observan diseminadas en varios puntos algunas células aisladas procedentes del parénquima; mas lejos, en un lado de la figura, se encuentran restos mas considerables, y en este sitio la red capilar de las venas hepáticas y de la vena porta está llena por la inyeccion. La masa cancerosa grisácea va desapareciendo gradualmente hácia los bordes de la preparacion; allí no invade mas que la periferia de los acini, cuyo centro se conserva íntegro. En el mismo *Atlas*, lámina VIII, fig. 2, donde se representa el borde de un cáncer blando voluminoso, se ve el modo cómo los primeros elementos del cáncer del hígado invaden el tejido conjuntivo interlobular, para propagarse de allí hácia el centro del lóbulo, sustituyendo á las células glandulares. En los sitios en que la transformacion cancerosa es completa, se reconoce aun, en la disposicion del estroma fibroso grisáceo, la estructura primitiva del tejido interlobular; solo que las mallas están llenas de células cancerosas cargadas de grasa, en lugar de estarlo de células hepáticas. En ciertos casos, es difícil decidir si se tienen á la vista células hepáticas infiltradas de grasa ó células cancerosas, cuando no existe el pigmento para reconocer las primeras (fig. 120).

En el desarrollo del cáncer del hígado, los elementos cancerosos se substituyen, pues, á las células glandulares, tomando generalmente por punto de partida el tejido conjuntivo interlobular; por consi-

con una corriente de agua la masa cancerosa sin interesar el tejido sano que le rodeaba. Laënnec, Wardrop, Bright (*Guy's hospital Reports*, vol. I, p. 658), Schrøder van der Kolk (Backer, *De hepatis structura*, 1845, p. 59), Rokitansky (*Pathol. Anatom.*, t. VII, p. 358) refieren casos análogos. En una observacion de Bright, un vaso voluminoso, aislado, pasaba de la pared del quiste al tumor; la pared misma tenia un aspecto reticulado, el parénquima que la rodeaba se hallaba condensado. En otro caso se encontraron sobre la cápsula, de aspecto liso, vasos aplastados por la compresion. Cruveilhier ha publicado observaciones semejantes.

guiente, no hay aquí una separación y compresión de los acini, como en los equinococos y otros productos de nueva formación (1).

Naunyn (2) piensa que el cáncer primitivo del hígado tiene por punto de partida el epitelio de los canalillos biliares. Deduce, además,



Fig. 120.—Glóbulos del cáncer del hígado —a, a, núcleos de los glóbulos cancerosos.— b, b, glóbulos cancerosos de paredes concéntricas.—c, célula cancerosa presentando seis paredes de envoltura.—d, célula madre que encierra muchos núcleos.—e, e, núcleos prolongados de glóbulos cancerosos. (Lebert, *Anat. patholog.*).

de sus observaciones, que el cáncer de este órgano puede presentar una estructura glandulosa muy análoga a la del parénquima hepático y la de los tumores adenoideos.

II. *Aparato vascular*.—Al mismo tiempo que se verifican estos cambios en el parénquima del hígado, el aparato vascular de los puntos invadidos sufre también transformaciones esenciales. El aumento del tejido interlobular lleva consigo el desarrollo de las ramas de la arteria hepática y la atrofia correlativa de las de la vena porta (3). Esta no envía más que algunos ramos aislados a la masa cancerosa, cuyo estroma está por el contrario recorrido por fuertes

(1) La compresión y condensación de la sustancia glandular ambiente solo se observa en algunos casos de cánceres enquistados.—Hodgkin y Bright (*Guy's hospital Reports*, vol. I, p. 639), así como Schröder van der Kolk, habían reconocido que el punto de partida del cáncer se encuentra por lo común en el tejido conjuntivo interlobular. Walshe, por el contrario, le coloca en el interior de los acini; yo he encontrado diseminada en varios puntos, en el centro de los lóbulos, una sustancia gris granujienta, rodeada de células hepáticas, en parte sanas y circuidas de capilares de la porta, y en parte incrustadas en un estado fibroso, fusiforme y atrofiadas. Este modo de desarrollo del cáncer es más raro que el primero.

(2) *Loc. cit.*

(3) En los casos en que los tumores cancerosos se encuentran en gran número ó tienen un volumen considerable, el tronco mismo de la arteria hepática presenta mayor calibre.

divisiones arteriales. En todas partes en que las células del hígado se hallan reemplazadas por los elementos morbosos, la red capilar de las venas porta y hepática, pertenecientes á la estructura normal del órgano, desaparece, mientras que se desarrolla un nuevo aparato vascular, cuya distribución diferente corresponde al sistema arterial (1). El número de estos vasos presenta muchas variedades; frecuentemente están diseminados en pequeña cantidad en el tumor de un blanco lechoso; pero algunas veces, y con particularidad en los cánceres blandos, son tan numerosos y se encuentran tan juntos, que dan al producto patológico una coloración roja mas ó menos oscura. Las paredes de estos vasos son ordinariamente delgadas, y á pesar de su calibre, semejantes á las de los capilares; tambien se dislaceran con facilidad, y de estas roturas resultan derrames sanguíneos que se limitan por lo comun á la masa cancerosa; pero que sin embargo, en casos excepcionales hacen irrupcion en la cavidad peritoneal, rompiendo la envoltura del hígado. El *Atlas*, lámina IX, fig. 3, representa un hígado sembrado de nudosidades de diferentes tamaños; algunas de estas se encuentran tan llenas de extravasaciones sanguíneas redondeadas y ocupando las mallas del estroma, que se parecen á las bayas del escaramujo; otras dejan ver aun restos de la masa cancerosa blanquecina, cuyos vasos han sido inyectados por la arteria hepática.

Los focos apopléticos de los carcinomas sufren las mismas modificaciones de color consecutivas que los demás derrames sanguíneos parenquimatosos.

Las hemorragias, abundantes en el interior de los carcinomas del hígado, aumentan rápidamente el volúmen, provocando algunas veces al mismo tiempo los signos de la anemia.

Cuando el cáncer ha destruido la envoltura peritoneal del hígado, puede sobrevenir una hemorragia, que se hace mortal en algunas

(2) Distan mucho de hallarse acordes las opiniones de los observadores acerca del estado del aparato vascular de los cánceres del hígado. Mientras que Cruveilhier fija el asiento del cáncer en los capilares venosos, y que Th. Meyer considera la vena porta como el punto de partida de la formación del producto morbozo (*Carcinome der Leber*. Basel, 1848, p. 20), Schröder van der Kolk (*Observationes anatomico-patholæogicæ*, 1826, entrega I, p. 46) y Bérard (Cruveilhier, *Anatom. patholog.* en fólío, cuaderno XII, p. 6), apoyándose en el exámen de piezas inyectadas, niegan absolutamente la participación del sistema venoso en la enfermedad. He examinado un gran número de cánceres del hígado que habian sido inyectados por los tres órdenes de vasos de la glándula; pero el sistema de la vena porta solo me ha presentado algunos gruesos ramos que costeaban el tumor ó le atravesaban sin producir capilares. El producto morbozo no estaba alimentado mas que por la arteria hepática, y esta fué la única que se pudo inyectar hasta los capilares.

horas por su abundancia (*Observacion LXXXIX*). Farre <sup>(1)</sup> y Cruveilhier <sup>(2)</sup> refieren cada uno un hecho análogo.

Las modificaciones que el aparato vascular del carcinoma del hígado sufre, despues de una larga duracion de la enfermedad, no han sido aun suficientemente estudiadas. Cuando han producido la transformacion adiposa y el reblandecimiento, he visto extenderse la materia inyectada por todas partes en las mallas que llenaba la sustancia blanda, mientras que las porciones que habian permanecido consistentes dejaban ver perfectamente sus capilares. Me parece mas que verosímil que los vasos se encuentren tambien interesados en las otras formas de evoluciones del cáncer; en la fibrosa he encontrado muchas veces, sobre las partes atrofiadas, vasos obliterados y llenos de pigmento.

III. *Venas hepáticas*.—Los gruesos ramos de la vena porta, que pertenecen á la estructura normal de las partes invadidas por el carcinoma, se conservan á veces intactos durante largo tiempo; atraviesan ó costean el tumor, y su luz no se encuentra obliterada; las paredes permanecen sanas. Mas frecuentemente se las ve aplastadas ó con deformaciones angulosas; además, no es raro hallarlas llenas y obliteradas por masas de materias cancerosas. J. F. Meckel <sup>(3)</sup>, Otto <sup>(4)</sup>, despues Cruveilhier <sup>(5)</sup>, Schröder van der Kolk <sup>(6)</sup>, Rokitansky, etc., han dado ya descripciones mas ó menos exactas de esta alteracion de la vena porta; yo puedo referir cinco casos recogidos en mi práctica personal. El cáncer de la vena porta es de ordinario resultado de la propagacion del cáncer hepático á la pared venosa; luego se desarrolla en la cavidad del vaso. Las membranas de la vena se engruesan, sufren la degeneracion, y brotan en el interior del vaso vegetaciones, que se adhieren por una base mas ó menos ancha, y llenan en parte ó en totalidad el conducto vascular. La degeneracion invade algunas veces toda la circunferencia de un ramo de la vena porta, y le transforma en una masa cancerosa que hace desaparecer completamente el conducto. De los puntos primitivamente afectos, el nuevo producto se propaga por el tubo vascular y llena bastante gradualmente una extension considerable hasta los capilares. A los tumores que tienen sus raices en la pared del vaso, y que, primitivamente lisos y revestidos de la túnica in-

(1) Farre, *loc. cit.*, p. 45.

(2) Cruveilhier, *Anat. pathologique*, in folio, liv. XXXVII, p. 4.

(3) Meckel, *Handb. der patholog. Anatomie*. Band II, p. 552.

(4) Otto, *Lehrbuch der patholog Anatomie*. 1850, t. I, p. 559.

(5) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, in-folio, liv. XII, p. 6.

(6) Backer, *De structura hepatis*, p. 66.

AMAGNE A V  
Voir ci-dessous

STATIONS

7 58  
7 47  
7 36  
7 25  
7 14

6 46  
6 35  
6 24  
6 13  
6 02

BLAGNY (halte) ...  
SACHY (halte) ...  
GARGIGNAN ...  
POURRAU-BARVILLE ...  
DOUZA ...  
BAZELLES ...  
PONT-MAUGIS ...

MEZIERES-CHAR-  
LEVILLE (B) dep.  
NOUZON ...  
BRAUX-LEVREZY ...  
MONTHERMÉ. (arr.)

CHARLEVILLE A RIVET

horas por su abundancia (*Observacion LXXXIX*). Farre <sup>(1)</sup> y Cruveilhier <sup>(2)</sup> refieren cada uno un hecho análogo.

Las módificaciones que el aparato vascular del carcinoma del hígado sufre, despues de una larga duracion de la enfermedad, no han sido aun suficientemente estudiadas. Cuando han producido la transformacion adiposa y el reblandecimiento, he visto extenderse la materia inyectada por todas partes en las mallas que llenaba la sustancia blanda, mientras que las porciones que habian permanecido consistentes dejaban ver perfectamente sus capilares. Me parece mas que verosímil que los vasos se encuentren tambien interesados en las otras formas de evoluciones del cáncer; en la fibrosa he encontrado muchas veces, sobre las partes atrofiadas, vasos obliterados y llenos de pigmento.

III. *Venas hepáticas*.—Los gruesos ramos de la vena porta, que pertenecen á la estructura normal de las partes invadidas por el carcinoma, se conservan á veces intactos durante largo tiempo; atraviesan ó costean el tumor, y su luz no se encuentra obliterada; las paredes permanecen sanas. Mas frecuentemente se las ve aplastadas ó con deformaciones angulosas; además, no es raro hallarlas llenas y obliteradas por masas de materias cancerosas. J. F. Meckel <sup>(3)</sup>, Otto <sup>(4)</sup>, despues Cruveilhier <sup>(5)</sup>, Schröder van der Kolk <sup>(6)</sup>, Rokitansky, etc., han dado ya descripciones mas ó menos exactas de esta alteracion de la vena porta; yo puedo referir cinco casos recogidos en mi práctica personal. El cáncer de la vena porta es de ordinario resultado de la propagacion del cáncer hepático á la pared venosa; luego se desarrolla en la cavidad del vaso. Las membranas de la vena se engruesan, sufren la degeneracion, y brotan en el interior del vaso vegetaciones, que se adhieren por una base mas ó menos ancha, y llenan en parte ó en totalidad el conducto vascular. La degeneracion invade algunas veces toda la circunferencia de un ramo de la vena porta, y le transforma en una masa cancerosa que hace desaparecer completamente el conducto. De los puntos primitivamente afectos, el nuevo producto se propaga por el tubo vascular y llena bastante gradualmente una extension considerable hasta los capilares. A los tumores que tienen sus raíces en la pared del vaso, y que, primitivamente lisos y revestidos de la túnica in-

(1) Farre, *loc. cit.*, p. 45.

(2) Cruveilhier, *Anat. pathologique*, in folio, liv. XXXVII, p. 4.

(3) Meckel, *Handb. der patholog. Anatomie*. Band II, p. 552.

(4) Otto, *Lehrbuch der patholog. Anatomie*. 1850, t. I, p. 559.

(5) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, in-folio, liv. XII, p. 6.

(6) Backer, *De structura hepatis*, p. 66.

terna, acaban por perforarla, se agregan mas pronto ó mas tarde coágulos sanguíneos, de donde pueden nacer en poco tiempo trombosis extensas que se acompañan de los trastornos circulatorios propios de esta clase de alteraciones.

El cáncer de la vena porta no es siempre el resultado de la extension del carcinoma del tejido hepático inmediato. Se ven casos en que simples trombus de las venas presentan los elementos del cáncer mezclados á las partes constitutivas ordinarias de los coágulos de antigua fecha, sin que exista perforacion, y en que hay necesidad de admitir que las células cancerosas se han desarrollado en el trombus mismo. Las alteraciones de esta clase han sido descritas bajo el nombre de flebitis (\*).

Algunas veces el cáncer llena completamente el tronco y los ramos de la vena porta en toda su extension; es sin embargo mas frecuente que solo se encuentren obliterados algunos de ellos. Por lo comun el vaso presenta en los sitios enfermos un ensanchamiento uniforme ó en ampolla.

Es notable que los ramos de las venas hepáticas permanecen ordinariamente libres de la infiltracion cancerosa, hecho sobre el que han llamado la atencion Cruveilhier y Schröder van der Kolk, y que el último trata de explicar por la mayor riqueza arterial de la cápsula de Glisson, que suministra una vaina á la vena porta. Yo he encontrado, sin embargo, coágulos sanguíneos simples en las venas hepáticas, en los puntos en que se hallaban comprimidas por el cáncer del hígado. La compresion alcanza algunas veces tambien á la vena cava (*Observacion XCIII*).

Despues de la vena porta, los mas frecuentemente atacados en el cáncer del hígado, son los vasos y las glándulas linfáticas, especialmente las que ocupan la raiz de la glándula, donde forman tumores infiltrados de materia encefaloídea, comprimen frecuentemente los conductos biliares inmediatos y dificultan el curso de la bilis.

En dos casos he visto los linfáticos llenos de sustancia encefaloídea fungosa, formar sobre la superficie del hígado cordones nudosos del diámetro de una pluma de ganso, que emanaban de nódulos cancerosos situados sobre el borde anterior del órgano, y que se dirigian al posterior; los gánglios del mediastino estaban voluminosos. Otras veces he podido seguir estos cordones á partir del surco transversal, en el ligamento hepato-duodenal, á lo largo de la vena porta, hasta detrás del páncreas y el píloro, donde desembocaban

(\* Véase Rokitansky, *Patholog. Anatom.* Viena, t. II, p. 651; M. Meyer, *Zeitschrift für rationelle Medizin*, neue Folge, t. III, p. 456; Virchow, *Gesammelte Abhandlungen*, página 155.

erna, acaban por perforarla, se agregan mas pronto ó mas tarde coágulos sanguíneos, de donde pueden nacer en poco tiempo trombosis extensas que se acompañan de los trastornos circulatorios propios de esta clase de alteraciones.

El cáncer de la vena porta no es siempre el resultado de la extension del carcinoma del tejido hepático inmediato. Se ven casos en que simples trombus de las venas presentan los elementos del cáncer mezclados á las partes constitutivas ordinarias de los coágulos de antigua fecha, sin que exista perforacion, y en que hay necesidad de admitir que las células cancerosas se han desarrollado en el trombus mismo. Las alteraciones de esta clase han sido descritas bajo el nombre de flebitis (').

Algunas veces el cáncer llena completamente el tronco y los ramos de la vena porta en toda su extension; es sin embargo mas frecuente que solo se encuentren obliterados algunos de ellos. Por lo comun el vaso presenta en los sitios enfermos un ensanchamiento uniforme ó en ampolla.

Es notable que los ramos de las venas hepáticas permanecen ordinariamente libres de la infiltracion cancerosa, hecho sobre el que he llamado la atencion Cruveilhier y Schröder van der Kolk, y que al último trata de explicar por la mayor riqueza arterial de la cápsula de Glisson, que suministra una vaina á la vena porta. Yo he encontrado, sin embargo, coágulos sanguíneos simples en las venas hepáticas, en los puntos en que se hallaban comprimidas por el cáncer del hígado. La compresion alcanza algunas veces tambien á la vena porta (*Observacion XCH*).

Despues de la vena porta, los mas frecuentemente atacados en el cáncer del hígado, son los vasos y las glándulas linfáticas, especialmente las que ocupan la raiz de la glándula, donde forman tumores infiltrados de materia encefaloidea, comprimen frecuentemente los conductos biliares inmediatos y dificultan el curso de la bilis.

En dos casos he visto los linfáticos llenos de sustancia encefaloidea fungosa, formar sobre la superficie del hígado cordones nudosos del diámetro de una pluma de ganso, que emanaban de nódulos cancerosos situados sobre el borde anterior del órgano, y que se dirigian al posterior; los gánglios del mediastino estaban voluminosos. Otras veces he podido seguir estos cordones á partir del surco transverso, en el ligamento hepato-duodenal, á lo largo de la vena porta, hasta detrás del páncreas y el píloro, donde desembocaban

(') Véase Rokitansky, *Patholog. Anatom. Viena*, t. II, p. 631; M. Meyer, *Zeitschrift für rationale Medizin*, neue Folge, t. III, p. 156; Virchow, *Gesammelte Abhandlungen*, pagina 155.

Table with columns for names and dates. Includes entries for PARIS, TROYES, CHIAMONT, YLLESTREZ, LUNEVILLE, SAINT-ÉLÉMENT, and NANCY with various dates and initials.

en las glándulas celiacas. La propagacion de la degeneracion puede verificarse contra la corriente de la linfa.

IV. *Conductos biliares.*—Los conductos biliares son susceptibles de experimentar diversas clases de alteraciones bajo la influencia del cáncer hepático; los mas pequeños desaparecen sin dejar vestigios, como las células hepáticas: los mas gruesos están comprimidos ó presentan un engrosamiento de sus paredes. Se encuentran en algunos puntos dilataciones, al nivel de las cuales pueden romperse los conductos y verter la bilis en el tejido canceroso que les rodea (1). No es raro ver gruesos conductos biliares, que atraviesan el cáncer, sin haber sufrido alteracion; algunas veces, por el contrario, y esto sucede especialmente en el conducto hepático y la vena biliar, se desarrollan debajo de la mucosa nódulos cancerosos, en forma de discos planos, que dificultan la libre circulacion de la bilis.

Estas alteraciones de los conductos biliares, y el catarro que á ellas se une, explican la frecuencia de la ictericia y de los cálculos en el cáncer del hígado.

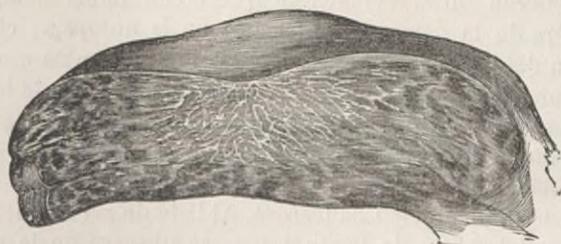
V. *Envoltura serosa del hígado.*—La cubierta serosa del hígado está casi siempre enferma, cuando la degeneracion ocupa la superficie del órgano. Se engruesa y toma un color blanquecino en los sitios en que reviste los nódulos cancerosos, particularmente cuando estos presentan una depresion umbilicada. Se desarrolla á veces una peritonitis latente que de ordinario no se generaliza, y limitándose por lo comun á la glándula, determina adherencias con los órganos vecinos, facilitando así la propagacion de la enfermedad. Muy frecuentemente se encuentran en el peritoneo depósitos cancerosos en forma de nudosidades tuberosas redondeadas, ó de discos planos. Estos depósitos se observan sobre todo en la inmediacion del hígado, pero pueden tambien desarrollarse en toda la extension del peritoneo.

De la cara convexa del hígado, la enfermedad se extiende á veces al diafragma y á la pleura derecha. Cruveilhier ha visto morir á un sujeto á consecuencia de una pleuresia crónica que no reconocia otra causa (Véase *Observacion LXXXVII* y otras).

La peritonitis general determina de ordinario derrames serosos, que contienen algunos raros copos fibrinosos; excepcionalmente, se hace purulenta, en los casos de cánceres blandos, de desarrollo rápido, que ocasionan fuertes congestiones del hígado.

(1) Brigh (Guy's hospital Reports, t. I, p. 631), ha descrito de estos aneurismas de los conductos biliares.

Los progresos del cáncer son mas ó menos rápidos, segun su naturaleza. Los cánceres blandos, que contienen mucho jugo, crecen rápidamente; los escirros duros tienen, por el contrario, una marcha lenta. Farre refiere un caso en que se valuó en 5 libras el aumento que había tenido un cáncer en el espacio de diez dias (<sup>1</sup>). El



*Fig. 121.*—Corte de un cáncer marchito del hígado. Se ve en medio de los nódulos cancerosos una depresión umbilicada, debajo de la cual las fibras de la red se encuentran apretadas unas contra otras, y las mallas estrechas, habiendo desaparecido en parte, mientras que, hácia la periferia, son anchas y llenas por las células cancerosas.

exámen atento de los enfermos demuestra que los progresos no se verifican ordinariamente de un modo continuo, sino con ciertas intermitencias, como por brotes, habiendo tiempos de suspension que alternan con los de desarrollo, en los que los tumores se ponen mas dolorosos y aumentan rápidamente de volúmen.

El desarrollo del cáncer tiene sus límites en el hígado, como en todas partes donde puede desenvolverse; cuando es antiguo, se encuentran generalmente los vèstigios de un trabajo de retrocesion y de decadencia. Estos cambios se caracterizan por el estado adiposo del cáncer, su atrofia y su retraccion. Las células situadas en las mallas de la trama fibrosa se llenan de gotitas de grasa, se ponen blanquecinas y opacas y dan al producto morboso un aspecto reticulado; ó bien se forman masas de apariencia tuberculosa en los puntos en que se atrofian simultáneamente grupos considerables de células. Las células que se han hecho adiposas, pueden luego por los progresos de la descomposicion, llegar al estado de una sustancia emulsiva, que es reabsorbida poco á poco. Este trabajo tiene lugar mas especialmente en el centro del tumor; en las partes que son asiento de él, las fibras de la trama reticular se aproximan, las mallas se estrechan y acaba por no quedar mas que un tejido cicatricial denso, del que no puede exprimirse jugo canceroso.

(<sup>1</sup>) Farre, *loc. cit.*, p. 28.

La superficie de los nódulos presenta á este nivel una depresion umbilicada, debida á la retraccion gradual de la masa fibrosa contráctil.

Se ha considerado esta transformacion del tejido canceroso como un principio de cicatrizacion y de curacion; Oppolzer y Bochdaleck (1) refieren observaciones en que creen haber comprobado, á la cabecera de la cama del enfermo y en la autopsia, el trabajo de curacion del cáncer del hígado. No es dudoso que en muchos casos debe considerarse la condensacion y la retraccion de los nódulos cancerosos como el resultado de una evolucion retrógrada, limitada al accidente local (2), ó, si se quiere mejor, como un principio de cicatrizacion; pero hay mucha distancia de esto á una curacion verdadera de la ulceracion cancerosa. Al lado de estas felices transformaciones del centro de los tumores, se observa en la circunferencia una marcha progresiva, un crecimiento que prueba que no se han suspendido los progresos del mal y que no ha hecho mas que sufrir una perturbacion local. Jamás he podido comprobar un caso de verdadera curacion de cáncer del hígado, ni durante la vida, ni en la autopsia. Los hechos citados por Oppolzer y Bochdaleck tienen otra significacion; hay aquí un error que resulta de la confusion de las cicatrices sifilíticas del hígado, que ya hemos descrito anteriormente, con el carcinoma.

Además de la atrofia parcial del cáncer, se encuentran aun otras dos clases de modificaciones incomparablemente mas raras, el reblandecimiento y la inflamacion. En el primer caso se forman en el interior del tumor cavidades llenas de un líquido que contiene una mezcla de moléculas adiposas, de granulaciones y de restos de la trama fibrosa (*Obs.* LXXXIX). Mas excepcional es aun ver al cáncer impregnado de exudados purulentos, como lo han observado Cruveilhier (3) y Bennett (4).

El tejido hepático que el cáncer ha respetado no se conduce siempre de la misma manera. Parece habitualmente sano; el único cambio que en él se observa es la disminucion de volúmen, frecuente-

(1) Bochdaleck, *Prager Vierteljahrsschrift*, 1843, t. II.

(2) La depresion umbilicada de los cánceres superficiales del hígado, no es siempre resultado del trabajo que acabamos de indicar. Se la encuentra frecuentemente en nódulos cancerosos, jóvenes aun, en que es imposible reconocer los caracteres de la evolucion retrógrada. Creo que puede explicarse este fenómeno por el grado mas pronunciado de contractilidad del tejido conjuntivo que se desarrolla el primero en las partes centrales del tumor y en la disminucion del jugo canceroso, por efecto del obstáculo que el desarrollo de los bordes del tumor opone á la llegada de la sangre.

(3) Cruveilhier, *Anat. pathol.*, lib. XXXVII, pl. IV, p. 2.

(4) Bennett, *Cancerous and canceroid Growths*. Edinburgh, 1849, p. 59.

mente notable que presenta, despues que se le ha separado de los tumores cancerosos; puede entonces no tener mas que la tercera ó aun la séptima parte del peso normal (1). En otros casos, la nutricion del tejido glandular se encuentra activada, se desarrolla una hipertrofia que hace que, despues del aislamiento del carcinoma, el hígado ofrezca un volúmen y un peso algunas veces doble del ordinario. Esto se observa en ocasiones con los cánceres encefaloideos blandos, de marcha rápida y acompañados de congestion.

En la periferia de los nódulos, el tejido glandular sufre frecuentemente la transformacion adiposa; algunas veces tambien se encuentra condensado y atravesado por lineas de tejido conjuntivo; mas á menudo aun se observan hiperemias parciales.

Las partes en que se han obliterado los ramos de la vena porta sufren una atrofia, cuando ha faltado durante algun tiempo el aflujo de sangre. Cuando los gruesos conductos biliares son obliterados por el cáncer, el parénquima hepático toma un tinte amarillo ó verde oliva, y se manifiestan todas las consecuencias del éxtasis biliar. La induracion cirrótica coincide rara vez con el carcinoma (*Observacion LXXXVI*); frecuentemente se encuentra la cápsula de Glisson engrosada, simplemente hipertrofiada ó cancerosa. La figura 4 de la lámina VII del *Atlas* representa esta alteracion de la cápsula, los vasos y los conductos biliares están envueltos por una gruesa vaina de tejido conjuntivo, sin que haya disminuido su calibre (*Observaciones XCVI y XCVII*).

Además de estas dos variedades habituales, el cáncer del hígado presenta otras cuya estructura ofrece algunas particularidades. Son las siguientes:

1.º El fungus hematodes (*carcinoma telangiectodes, Gefasskrebs, Blutschwamm*).—Se distingue por el desarrollo de una gran cantidad de vasos que, teniendo un calibre notable y paredes delgadas, se rompen fácilmente y ocasionan esos derrames apoplectiformes que ya hemos descrito. Es preciso distinguir bien esta variedad de cáncer de los casos raros representados por Farre (2) y Cruveilhier (3), en los que algunas partes del carcinoma estaban formadas de un tejido eréctil, semejante á los tumores de este nombre. Es esta una

(1) Despues de la separacion de los tumores cancerosos, el hígado de un hombre de cuarenta y tres años no pesaba mas que 0k,51.

(2) Farre, *loc. cit.*, pl. IV.

(3) Muchas masas cancerosas ofrecian, en una parte de su extension, una trama eréctil completamente análoga al tejido del cuerpo cavernoso; esta trama estaba llena por un líquido de color de heces de vino (Cruveilhier, *Anatom. pathol.*, liv. XII, láminas II y III).

combinacion de dos especies de tumores, cuyo desarrollo tiene puntos comunes, segun ya hemos demostrado mas arriba.

2.º El cáncer melánico (*carcinoma melanoideo*, *melanotischer Krebs*).—El hígado está aquí sembrado de pequeños nódulos de forma irregular, de contornos mal determinados, pocas veces bien limitados, en parte pálidos, y en parte teñidos por pigmento amarillo, pardo ó negro. El órgano presenta un aspecto granítico.

El pigmento ocupa en su mayor parte las células cancerosas, pero se le encuentra tambien en el jugo, bajo la forma de granulaciones aisladas ó reunidas en grupos. Esta variedad se distingue por la rapidez con que se desarrolla y se propaga.

Los productos morbosos pigmentados, de nueva formacion, no concuerdan siempre por su estructura con el cáncer. Ya he descrito detalladamente (*Observacion LXXXVIII*) un caso que debo á la bondad de mi colega Hermann Lebert; es notable, porque los elementos de los tumores estaban representados exclusivamente por las células fusiformes, en parte pálidas, en parte pigmentadas, que se parecian completamente al sarcoma.

Playne (1) ha observado tambien un caso de esta naturaleza. El sujeto tenia, desde hacia diez y siete años, delante de la tibia una excrecencia pigmentada. En la autopsia se encontraron en el hígado, el pulmon y las glándulas bronquiales tumores del tipo del sarcoma, de células fusiformes.

Murchison (2) ha observado igualmente un sarcoma del hígado con células fusiformes, pero sin complicacion de melanosis. El sueto era un hombre de treinta años, á quien á los veinte y siete se le habia extirpado un ojo por un sarcoma fuso-celular procedente de la coróides. El tumor del hígado era de la misma naturaleza. La historia clínica reproduce mas bien los caractéres de las hidátides que los del cáncer.

3.º El cáncer cístico (*carcinoma cysticum*, *Cystenkrebs*).— En esta variedad, los tumores cancerosos presentan cavidades redondeadas, del tamaño desde una lenteja al de una nuez, llenas de una serosidad clara y revestidas de una membrana lisa de aspecto seroso.

Frecuentemente las cavidades están mal limitadas, falta la membrana serosa, y el contenido es un líquido mucoso y viscoso.

Naunyn (3) refiere un caso de cistosarcoma del hígado, que compara al cistosarcoma de la mama. En ambos se encuentra un sistema completo de cavidades formadas por los conductos excretorios

(1) Playne, *The Lancet*, 1873, t. I.

(2) Murchison, *The Lancet*, 1873, t. I.

(3) Naunyn, *Ueber eine eigenthümliche Geschwulstform der Leber*, loc. cit.

ensanchados y la proliferacion del tejido conjuntivo que les rodea. El cistosarcoma del hígado se propaga, segun dicho autor, por gemacion del epitelio de las vías biliares y extension de la lesion á los espacios celulares de la sustancia hepática.

4.º El cáncer alveolar ó gelatinoso (*carcinoma alveolare, Alveolar oder Gallertkrebs*).—El verdadero cáncer alveolar del hígado es muy raro, y la ciencia solo posee un corto número de ejemplos rigurosamente observados (1). No he tenido ocasion de verle mas que una sola vez. El caso era el de un hombre de cuarenta y dos años, que fué admitido en mi clínica de Breslau el 19 de julio de 1836, profundamente estenuado, con una tumefaccion del bazo y los síntomas de una pulmonía del lado izquierdo; murió á la mañana siguiente de su entrada. Además de la hepatizacion gris del pulmon izquierdo y el enorme desarrollo del bazo, encontré en el lóbulo izquierdo del hígado, al lado del ligamento suspensorio, un tumor redondeado, de cierto volúmen, cuya superficie tenia una depresion umbilicada. El corte de este tumor presentaba una trama areolar, de armadura fibrosa, cuyos elementos partian, en forma de ródios, de un ramo obliterado de la vena porta, y formaban en todo su curso mallas de dimensiones variables. Las mayores de estas aréolas estaban llenas por una masa gelatinosa hialina, homogénea, que se

(1) Una parte de las observaciones que se encuentran en la literatura médica, dejan dudas acerca de si se las debe referir á esta variedad de cáncer ó á los equinococos múltiples. De este número son los casos del museo de Praga (Dittrich, *Prager Vierteljahrsschrift*, 1848, t. III, p. 117), los del museo de Zurich (Meyer), de Guy's hospital (J. Wilks, *Transact. of the pathol. Soc.*, vol. X). Boettcher ha hecho ver (*Arch. f. pathol. Anat.*, t. XV, p. 535), cuán difícil es distinguir estas dos enfermedades del hígado, demostrando, en una preparacion del museo de Dorpat, que presentaba por el aspecto y la estructura la mas perfecta analogía con el caso de cáncer colóides del hígado, descrito por Luschka, la existencia de corpúsculos calcáreos, ganchos y capas estratificadas de los tenioideos. Boettcher va, sin embargo, demasiado lejos cuando pone en duda la existencia del cáncer gelatinoso del hígado. Es incontestable que se encuentran en esta glándula tumores cuya estructura es la misma que la del cáncer gelatinoso en otros órganos. A esta última categoría pertenecen el caso de Luschka (*Arch. f. pathol. Anat.*, t. II, p. 400), otro recogido en mi práctica particular, y probablemente tambien el de van der Byl (*Transact. of the pathol. Soc.*, t. IX). He buscado en vano, en la preparacion de que mi colega Luschka ha tenido la bondad de enviarme una parte, los elementos de los tenioideos.

Seria, sin embargo, bueno emprender de una manera completa el exámen comparativo del cáncer gelatinoso y del equinococo múltiple, tanto más cuanto que Wurz ha hecho la importante observacion de que la sustancia gelatinosa de un cáncer colóideo del pecho, observado por Lebert, era muy pobre en ázoe, y se parecía á la chitina (*Archiv. f. pathol. Anat.*, t. IV, p. 205); Lucke (*ibid.*, t. XIX, p. 190) ha demostrado recientemente, por el análisis elemental, que esta particularidad pertenece tambien á las membranas de los equinococos.

dejaba dividir fácilmente cuando se la había extraído por presión. Por medio del microscopio se descubrieron núcleos prolongados, por lo común adiposos, que estaban situados entre las fibras de la red y también, en parte, dispuestos concéntricamente en la sustancia gelatinosa. Diseminados, sobre todo en los puntos en que la trama fibrosa, que se parecía mucho á la de los pulmones, era mas densa, se observaban también núcleos redondos y células de uno, y á veces de muchos núcleos, un gran número de las cuales se hallaban en vía de transformación adiposa. Algunas células tenían la forma de mazas, estaban llenas de gotitas adiposas y encerraban un glóbulo hialino en el lugar del núcleo.

La sustancia glandular del hígado, cuyo volúmen se hallaba considerablemente aumentado, presentaba los acini hipertrofiados, y las células cargadas de grasa y de pigmento.

Las paredes del ciego ofrecían la misma alteración que el hígado; estaban invadidas por un cáncer gelatinoso, enteramente igual por el aspecto y la estructura al que acabamos de describir; solo la consistencia de la materia gelatinosa era mayor y tal, que extraída por presión recobraba, como una bola elástica, la forma del alvéolo.

La observación de Luschka (1) es relativa á un enorme cáncer gelatinoso del hígado, que se había propagado al estómago, al colon transverso y al epiploon.

El hígado se hallaba transformado en una masa informe, redondeada, de unas 5 libras de peso, de color blanco sùcio, de superficie abollada, y presentando engrosamientos parciales de su envoltura serosa. En la cara inferior del órgano había una innumerable cantidad de eminencias transparentes, apretadas las unas contra las otras, como los granos de un racimo de uvas, del volúmen de una lenteja y aun de una nuez, llenas de un líquido gelatinoso y limitadas por paredes delgadas muy fáciles de romper. La vejiga de la bñlis y la raiz del hígado habían desaparecido sin dejar vestigios; del parénquima hepático no quedaba mas que una pequeña porción del lóbulo izquierdo, que había sufrido la transformación adiposa. El tejido glandular se hallaba reemplazado por una armadura fibrosa que circunscribía innumerables cavidades llenas de una masa gelatinosa. Por el exámen microscópico encontró Luschka, además de un gran número de cristales semejantes á pequeños bastoncillos, corpúsculos granulados y placas parecidas al epitelio, y luego células fusiformes y otras redondeadas de núcleos simples ó múltiples.

El sujeto era un hombre de sesenta y tres años, que había sufrido

(1) Luschka, *Archiv f. pathol. Anat.*, t. IV, p. 400.

trastornos digestivos durante largo tiempo, muriendo estenuado.

La observacion que refiere van der Byl <sup>(1)</sup> no es mas que un caso de alteracion de la superficie del hígado que interesaba al mismo tiempo los ligamentos y la vejiga biliar; el parénquima tomaba poca parte en la lesion. El asiento principal del cáncer gelatinoso era aquí el peritoneo y el epiploon.

5.º El cáncer epitelial. — En un hígado presentado á la Sociedad de biología, por Longuet <sup>(2)</sup>, el lóbulo derecho contenia en la periferia solamente núcleos amarillos, que el exámen microscópico demostró estar constituidos por un epitelio de células cilindricas. Mallassez y Ranvier piensan que este epitelio se ha desarrollado á expensas de los canalillos biliares. Toda la sustancia hepática estaba atacada de esclerosis hipertrófica y de inflamacion intra y extra-lobular difusa.

Tales son las formas con que se presenta el cáncer en el hígado, y tales los cambios que hace sufrir á cada uno de los elementos de la glándula.

Las modificaciones exteriores que este órgano experimenta, muy importantes bajo el punto de vista del diagnóstico, revisten formas diversas.

El volúmen del hígado se encuentra por lo comun aumentado en proporciones enormes; puede llegar á tener 40, 46, 20 libras y aun mas de peso <sup>(3)</sup>. En 34 casos de mi práctica, su volúmen se halló aumentado 22 veces, disminuido tres, y en estado normal 6. En 60 casos pertenecientes á otros observadores, se ha descuidado la apreciacion del volúmen de la glándula 45 veces; 38 se encontraba aumentado, y de estos casos, en 46 variaba el peso de 8 á 20 libras. En 3 observaciones se dice que el hígado era pequeño, y en 4 que tenia el volúmen normal. Si añadimos á estos 4 últimos casos los 45 citados mas arriba, en que falta la determinacion, tendremos 49 entre 60, ó 25 en 94, en que el volúmen del hígado no se apartaba sensiblemente del estado ordinario.

El cáncer modifica por lo comun la forma de la glándula; el órgano se pone irregular, su superficie y sus bordes presentan eminencias tuberculosas, marcadas en su mayor parte por una depre-

(1) Van der Byl, *Transact. of the pathol. Soc.*, t. IX, p. 207.

(2) Longuet, *Gaz. hebdom.*, 1874.

(3) Véanse las tablas páginas 57 y 58. Colliny (*Arch. générales de médecine*, 1856, 2.ª série, t. X) ha descrito un cáncer del hígado de 20 libras de peso; yo he visto otro en que el órgano llenaba toda la cavidad torácica, excediendo su peso de 20 libras; como pertenecia á la práctica privada, no pude, desgraciadamente, determinar el peso con exactitud.

sion umbilical, ó bien tumores hemisféricos renitentes. Es mucho mas raro encontrar sin alteracion la forma de la glándula y su superficie lisa é igual; esto solo sucede cuando los nódulos cancerosos encajados en el parénquima no sobresalen al exterior en ningun punto. Los casos de esta naturaleza, que se han presentado tres veces á mi observacion, pueden muy bien confundirse con otras tumefacciones del higado, especialmente con el estado céreo (*Observacion LXXXVIII*).

La consistencia del órgano se halla de ordinario profundamente alterada; por lo comun las eminencias tuberculosas son mas duras que el tejido normal, pero algunas veces los nódulos cancerosos presentan bastante blandura para simular la fluctuacion, exponiendo á que se tome el cáncer por un absceso ó un quiste <sup>(1)</sup> (*Obs. LXXXIX*).

## II. — Desarrollo y curso.

La enfermedad rara vez se limita al hígado, por lo comun se encuentran alteraciones análogas en otros órganos. La relacion de estas últimas con el cáncer del hígado puede variar en dos sentidos: ora la afeccion hepática es el punto de partida, y la lesion de los otros órganos debe mirarse como consecutiva; ora, por el contrario, se invierte esta relacion; el cáncer del hígado es secundario, y debe su origen á la degeneracion de alguna otra víscera.

El desarrollo de los síntomas que indican las fases de la enfermedad, las relaciones anatómicas que permiten apreciar el grado de antigüedad de las alteraciones, la direccion en que el cáncer se propaga, todas estas circunstancias hacen distinguir de ordinario con facilidad el cáncer primitivo del secundario del hígado. Pero hay casos excepcionales en que el padecimiento ataca tantos órganos, y en que las relaciones de edad de estas diversas lesiones son tan difíciles de determinar, que no puede formarse un juicio seguro. En ciertas circunstancias no se puede explicar la generalizacion del padecimiento mas que por la existencia de una diátesis particular.

Los cánceres primitivos del hígado invaden rara vez una grande extension del organismo; bajo este punto de vista, difieren mucho de los de las mamas y el útero. El cáncer hepático se multiplica sobre todo en su sitio; al lado de tumores voluminosos y antiguos, se encuentran casi siempre en el mismo órgano otros mas pequeños y mas recientes. La invasion se verifica generalmente por continuidad, sirviendo de intermedio el peritoneo que reviste al hígado, la

(1) Conozco un caso en que un cirujano puncionó un tumor en estas condiciones, determinando una hemorragia mortal.

degeneracion invade los órganos inmediatos, el diafragma, el duodeno, el estómago, el páncreas, la hoja parietal de la serosa abdominal; del diafragma puede extenderse á la pleura, etc. Se propaga á veces siguiendo las adherencias nuevamente formadas. Los linfáticos y las venas suministran otra vía por la que se extiende el cáncer del hígado á partes mucho mas distantes. Siguiendo los linfáticos, la degeneracion llega á los gánglios de la raiz del órgano y del mediastino, á los celiacos, y algunas veces, por el conducto torácico, hasta las glándulas cervicales profundas. Cuando el cáncer sigue las venas, lo que es mucho mas raro, se le encuentra en los pulmones, pero por lo comun solo en forma de nódulos aislados.

Los cánceres secundarios del hígado son ordinariamente consecuencia de carcinomas que afectan á los órganos en que se distribuye la vena porta: el estómago en primer término, luego el intestino, el páncreas, etc. La enfermedad se propaga ordinariamente al hígado por el intermedio de la corriente venosa, y se desarrolla entonces bajo la forma de nódulos diseminados (1); ó bien sigue los vasos linfáticos, y llega, acompañando á los ligamentos hepato-gástrico y duodenal, hasta la raiz del hígado, por donde penetra en la glándula con la cápsula de Glisson (*Observaciones* XCVI y XCVII). Sin embargo, consecutivamente á los cánceres de las diversas partes del cuerpo, pueden formarse en el hígado depósitos secundarios; en efecto, este órgano rara vez permanece intacto cuando una enfermedad cancerosa ha tomado mucha extension. Se le encuentra con bastante frecuencia comprometido en los casos de cánceres de la mama; casi siempre entonces la alteracion se repite tambien en los pulmones (2). La misma complicacion se observa en el curso del carcinoma del útero, de los ovarios, de los huesos, de la piel, etc.

Respecto á la frecuencia con que se presenta el cáncer del hígado como lesion primitiva ó consecutiva, y en cuanto á la parte que en este último caso toman en la produccion de la enfermedad los diferentes órganos, mis observaciones dan los resultados siguientes: De 31 casos, el cáncer se hallaba limitado al hígado y á las glándulas linfáticas inmediatas 5 veces; 2 veces habia al mismo tiempo cáncer de los pulmones; otras 2, del epiploon menor y de las glándulas celiacas y cervicales, y una vez del pericardio y de la pleura. En todos estos casos, simples por lo demás, el grado poco avanzado

(1) Meyer (*Zeitschrift f. rat. Medizin, neue Folge*, III, p. 136) pudo, en un caso, seguir la propagacion de un cáncer del piloro por la vena porta hasta la superficie del hígado, donde se presentaba en forma de nódulos redondeados.

(2) En un caso he visto el cáncer del hígado desarrollarse nueve años despues de la extirpacion de un cáncer del pecho.

de la degeneracion de estos órganos podia hacerla considerar como una consecuencia de la enfermedad del hígado.

Al lado de estos 10 hechos de cáncer primitivo, se encuentran 21 en que era evidentemente secundario; 10 veces tenia su punto de partida en un cáncer del estómago; 1, en un escirro del páncreas; otra, en un escirro del recto; 2, en un cáncer del pecho; otras 2, en un cáncer cístico del ovario; 1, en un fungus medular de la retina; otra, en un cáncer del cerebro; y 3, respectivamente, en el de las glándulas retro-perineales, el mediastino y la piel del talon.

Las 60 observaciones que he tomado de otros autores no permiten un análisis tan completo, porque la descripcion de la enfermedad, frecuentemente muy complicada, no da siempre las garantías de exactitud necesarias. Pueden, sin embargo, considerarse como rigurosos los datos siguientes: En estos 60 casos, 24 veces existia un cáncer del estómago (2 veces en la corvadura menor, 3 en la mayor, 40 en el píloro, y en 9 no se indica el sitio preciso); en 9 enfermos, la degeneracion invadia los otros órganos en que se ramifica la vena porta; el intestino 5 veces, el páncreas 3 (en un cuarto caso, la enfermedad de este último órgano era evidentemente secundaria); el bazo, una vez (en un segundo caso, la alteracion que existia en el bazo y el hígado era consecuencia de un cáncer de los huesos del cráneo).

En 60 casos de cáncer del hígado, encontramos, pues, 34, en que la degeneracion afectaba los órganos situados en la esfera de la vena porta. De los otros 26 casos, habia 14 en que la enfermedad tenia su asiento en otros órganos: 5 veces, en las mamas; 3, en el útero; 2, en el ovario; 1, en el ojo; 3, en los huesos, como el esternon, los huesos del cráneo, los innominados, etc.; de suerte que, de los 60 casos, no quedan mas que 12 que se puedan considerar como cánceres primitivos del hígado.

Si añadimos á estas cifras nuestras propias observaciones, encontramos que de 91 casos de cáncer del hígado, 46, es decir, la mitad, estaban acompañados de carcinomas de los órganos que vierten su sangre venosa en aquella glándula; 35 de estos cánceres pertenecian al estómago. Entre los mismos 91 casos, 33 presentaban en otros órganos carcinomas, que debian considerarse como primitivos; en resumen, restan en todo 22 casos en que el hígado ha sido el punto de partida de la enfermedad. En la totalidad de los cánceres hepáticos, hay, pues, una cuarta parte aproximadamente primitivos y tres cuartas partes secundarios; entre estos últimos, la mitad va acompañada de carcinomas pertenecientes al sistema de la vena porta, y una cuarta parte, de carcinomas de otros órganos.

Además de las lesiones semejantes á las que existen en el hígado

do, se encuentran otras que tienen relaciones mas ó menos remotas con la enfermedad de la glándula hepática. Figuran entre ellas la ictericia, los derrames de diversa naturaleza en la cavidad del abdómen, el catarro gastro-intestinal, los exudados pleuríticos, la nefritis crónica, etc., estados cuya frecuencia, modo de desarrollo é importancia serán objeto de un estudio especial en la sintomatología.

### III. — Etiología.

La génesis del cáncer del hígado no es mas conocida en su esencia que la del carcinoma en general. Solo sabemos las circunstancias exteriores que acompañan al desarrollo de estos pseudoplasmas, y se considera, por consiguiente, que tienen relacion con ellos, aunque sea remota. Las principales de estas circunstancias son las siguientes:

I. *Edad.*—El carcinoma del hígado pertenece, con especialidad, al periodo avanzado de la vida, rara vez se le encuentra durante la infancia. Farre menciona 3 casos en que se manifestó el padecimiento en la primera edad; en todos ellos era secundario. El primer enfermo, niño de tres meses, tuvo un cáncer del hígado y de los pulmones consecutivo á otro de las glándulas retro-peritoneales; el segundo, un niño de dos años y siete meses, afectado de un cáncer del testículo, y el tercero, de dos años y medio, que padecía un cáncer de la pélvis. Los sujetos mas jóvenes en quienes yo he observado el cáncer del hígado, son: un hombre de veinte años, atacado de un fungus medular del testículo, y una mujer de veinte y dos, á la que se habia extirpado un cáncer del ojo. Treinta y un casos, tanto de mi práctica particular como de la de otros médicos, dan, respecto á las diferencias de edad, los resultados siguientes:

	DE 20-30 AÑOS.	DE 30-40 AÑOS.	DE 40-60 AÑOS.	DE 60-70 AÑOS.	DE 70 años Y MÁS.
Observaciones personales. . . . . 51	2	4	13	8	2
Observaciones no personales. . . 52	5	10	26	11	»
TOTAL. . . . . 85	7	14	41	19	2

II. *Sexo.*—No parece que ejerce ninguna influencia en el desarrollo de la enfermedad que nos ocupa. La encontramos casi tan fre-

cuentemente en los hombres como en las mujeres. De 31 casos de mi práctica, 10 enfermos eran varones y 21 hembras; en 60 casos recogidos en la literatura médica, 35 se observaron en personas del sexo masculino y 25 en las del femenino; los 91 hechos reunidos representan, pues, 45 hombres y 36 mujeres (1).

III. *Causas diversas.*—Ignoramos las influencias particulares que provocan el desarrollo del cáncer del hígado. Se le observa en individuos anémicos del mismo modo que en los pletóricos, en los que tienen una existencia tranquila y regular como en condiciones opuestas. No he podido confirmar por mi experiencia personal la asercion de Budd, que pretende que el cáncer del hígado ataca con mas frecuencia á los individuos que viven desahogadamente.

Las bebidas alcohólicas que modifican con tanta facilidad la nutricion del tejido hepático, no ejercen ninguna influencia en la produccion de la enfermedad que nos ocupa. Lo mismo podemos decir del clima; el cáncer del hígado se presenta lo mismo en los países cálidos que en los frios, sin que sea mas comun en los unos que en los otros.

En ciertos casos se hace remontar el origen del padecimiento á una contusion, como en los cánceres de la mama, los labios, etc.; las observaciones que poseemos no permiten en rigor decidirse en pro ó en contra de esta opinion. Sin embargo, es verosímil que, existiendo condiciones favorables al desarrollo de la enfermedad, una violencia exterior pueda ser el punto de partida de un trastorno en la nutricion del hígado.

Willigk (2) refiere un caso en que un cáncer primitivo del hígado parece haber tenido por origen el tejido conjuntivo que rodeaba los conductos biliares dilatados por cálculos.

Los datos que en la actualidad poseemos no bastan para atribuir á la herencia un influjo bien apreciable.

#### IV.—Sintomatología.

I. *Síntomas en general.*—El aparato sintomatológico con que se manifiesta el cáncer del hígado durante la vida, es susceptible de grandísimas variaciones, debidas á que los síntomas locales, únicos capaces de darle á conocer, ora son evidentes desde el principio, ora, por el contrario, mal determinados, ó aun se conservan comple-

(1) Van der Byl (*Transactions of the pathol. Society*, t. IV) ha contado, en 20 enfermos, 15 hombres y 7 mujeres; la edad media de los primeros era cuarenta y un años, y la de las segundas cincuenta.

(2) Willigk, *Beitrag zur Pathogenese der Leberkrebses* (*Archiv f. pathol. Anatomie*, t. XLVIII, 1869).

tamente latentes. Hay casos, raros en verdad, en que faltan todos los signos de una afección del hígado, ó no se encuentran mas que indisposiciones de naturaleza indeterminada, trastornos digestivos, flatulencia, estreñimiento con perturbaciones en la inervación: aparato sintomatológico que frecuentemente nos contentamos con designar bajo la denominación de hipocondría; entonces solo los progresos de la caquexia, que acaba por determinar la muerte, pueden demostrar la existencia de una lesión profunda. Otras veces, los síntomas de las enfermedades consecutivas, los de la peritonitis crónica, de la ascitis, de la pleuresía derecha, etc., ocupan la primera línea y enmascaran la lesión principal.

En ciertos casos, los trastornos ocasionados por la enfermedad primitiva, de que la lesión del hígado no es mas que la consecuencia, sobre todo el cáncer del estómago, son los que absorben exclusivamente la atención y dejan pasar desapercibida la participación que tiene la glándula hepática en la enfermedad. Son estas, sin embargo, excepciones. Ordinariamente el cáncer del hígado se acompaña de una serie de síntomas bastante característicos para permitir que se reconozcan con seguridad las fases del mal.

Los sujetos, en el período medio de la vida, ó ya mas avanzados en edad, se quejan al principio de disminución del apetito, de flatulencias, estreñimiento, tensión y sensibilidad en el epigastrio ó en el hipocondrio derecho. Después de haber durado estos fenómenos cierto tiempo de un modo continuo ó intermitente, á veces tambien desde que empiezan ó aun antes que se manifiesten, puede comprobarse en la región hepática la existencia de un tumor, por lo comun doloroso espontáneamente y por la presión. La superficie y los bordes de la glándula rara vez se encuentran lisos; mas á menudo, por el contrario, están sembrados de nudosidades de tamaño variable, bastante consistentes, rara vez blandas; su volumen aumenta de un modo lento ó rápido. No es raro ver agregarse á estos síntomas una ictericia, una ascitis, á veces tambien edema en los piés. De tiempo en tiempo aumentan los accidentes, los dolores se hacen mas vivos, se irradian hácia el hombro ó los lomos; las paredes abdominales se ponen tensas, la piel caliente y seca, la respiración mas ó menos difícil, el pulso frecuente, etc. Estas exacerbaciones, que dependen de un desarrollo considerable del cáncer ó de una complicación de accidentes inflamatorios en las partes inmediatas, son pasajeras. Los enfermos, que habian presentado el aspecto caquético, se demacran, pierden gradualmente las fuerzas y el ánimo, y acaban por morir estenuados y marasmódicos. Algunas veces la enfermedad termina en una fase menos avanzada, por la invasión

de una peritonitis ó de una pleuresia, por una hemorragia, una disenteria, etc.

II. *Desarrollo, frecuencia é importancia de cada síntoma en particular.*—A.º *Estado del hígado.*—El aumento de volúmen, las desigualdades de la superficie, la sensibilidad, constituyen los síntomas mas importantes de la degeneracion cancerosa del hígado, síntomas que es fácil apreciar por la percusion y la palpacion.

La tumefaccion de la glándula puede presentar todos los grados, y ser bastante considerable para que el tumor llene casi la cavidad abdominal (1).

Se encuentran las nudosidades, ya sobre el reborde costal del lado derecho, ya en el epigastrio ó en el hipocondrio izquierdo, y aun á veces encima del estrecho superior de la pélvis. Por lo comun son duras, mucho mas excepcionalmente blandas y como fluctuantes. Se las percibe con facilidad siguiendo el borde cortante del hígado con la extremidad de los dedos y palpando la superficie del órgano sobre el borde del músculo recto.

La exploracion es mucho mas difícil en los sitios en que el órgano está cubierto por los músculos rectos del abdómen; además, la tension de los haces carnosos y de los tendones de estos músculos puede inducir fácilmente á error. No es raro ver á los núcleos cancerosos del hígado dibujarse á través de las paredes del abdómen en forma de tumores desiguales que se aplanan en la inspiracion y ascienden en la espiracion. Aplicando la mano se puede percibir á veces, sobre todo en una respiracion muy profunda, un roce manifiesto que se traduce tambien por un ruido apreciable al exámen estetoscópico.

La sensibilidad del órgano presenta grandes diferencias de intensidad; es mas fuerte ó mas débil, segun que el desarrollo del cáncer se verifica con mayor rapidez ó lentitud, y que se produce ó no un trabajo inflamatorio en las partes inmediatas. Una percusion fuerte hace aparente la sensibilidad en sitios en que no la habia despertado el simple tacto.

Los cambios que acabamos de mencionar por parte del hígado, no son, sin embargo, síntomas constantes del cáncer de este órgano. Segun mis observaciones, el aumento de volúmen falta en más de una cuarta parte de los casos; los hechos tomados de otros autores dan el mismo resultado.

(1) En el caso de cáncer enorme del hígado, que hemos citado mas atrás, la cavidad del vientre estaba tan completamente llena, que en el último periodo del padecimiento parecia imposible determinar si los tumores cancerosos tenian su punto de partida en el hígado, el bazo, los riñones ó los ovarios.

Cuanto menos desarrollado se encuentre el volúmen del órgano, mas difícil es comprobar la existencia de las desigualdades, porque entonces la mayor parte, y aun con frecuencia la totalidad de la glándula, está oculta debajo de las costillas. En estos casos tiene gran valor, bajo el punto de vista del diagnóstico, la existencia de una sensibilidad persistente desarrollada por la percusion. Las desigualdades pueden faltar por completo en la superficie del hígado; en tres casos de mi práctica, la glándula estaba perfectamente igual y lisa.

Tampoco existe algunas veces sensibilidad, pero es raro que suceda así en toda la duracion del padecimiento (2 casos de 31); mas frecuentemente falta solo durante algunos dias ó algunas semanas.

2.º *Ictericia*.—La ictericia solo acompaña al cáncer del hígado cuando los tumores están dispuestos de modo que obran sobre los principales conductos biliares, ó cuando se desarrolla al mismo tiempo en estos una afeccion catarral. La coloracion de la piel y de la orina es poco pronunciada si no hay mas que algunos ramos de los conductos biliares destruidos ó cuando la compresion es incompleta; esta coloracion puede hacerse, por el contrario, muy intensa; entonces hay la seguridad de que el cáncer opone obstáculo al curso de la bilis en el hígado ó entre este y el duodeno.

La ictericia que depende de un cáncer hepático es permanente; persiste hasta el fin, y se distingue por esto de las que se desarrollan de un modo accidental como consecuencia de un catarro ó de cálculos biliares.

Por lo demás tiene poco valor como síntoma del cáncer del hígado; falta, en efecto, la mayor parte de las veces; de 31 casos de mi práctica, solo la he observado en 43. En 60 observaciones, tomadas á otros autores, existia en 26 casos. Este síntoma falta, pues, 52 veces de 91.

3.º *Ascitis*.—El cáncer del hígado puede producir derrames serosos en la cavidad abdominal, de muchas maneras. La causa mas frecuente de ellos es la peritonitis crónica, que se extiende del hígado al resto del peritoneo; en casos mas raros son ocasionados por una obliteracion del tronco ó de los gruesos ramos de la vena porta; la hidrohemia tiene tambien en su produccion una influencia que, no por ser menos pronunciada, deja de ser positiva. En la mayor parte de los enfermos he encontrado la serosidad mezclada con copos fibrosos; frecuentemente tambien existe sangre; en un sujeto, la cavidad abdominal estaba llena hasta la mitad de sangre pura vertida por un fungus medular á través de una dislaceracion de la envoltura del hígado.

No es raro que la ascitis llegue á tal punto que sea preciso practi-

car la paracentesis para facilitar la respiracion. Anticipa entonces la terminacion funesta, siempre rápida en tales circunstancias. Es muy excepcional que este derrame desaparezca, y solo sucede así en los casos en que la exudacion es consecuencia de una irritacion pasajera del peritoneo. Debemos guardarnos de combatirla por remedios enérgicos, como los drásticos, porque no se conseguiria otra cosa que estenuar prematuramente á los enfermos.

Respecto á la frecuencia del derrame, en 31 casos he visto á la cavidad peritoneal contener 18 veces grandes cantidades de líquido; 5, era serosidad pura; 8, serosidad fibrinosa; 4, un líquido sanguinolento, y una vez sangre pura. Las 60 observaciones pertenecientes á otros autores han presentado la ascitis 30 veces; faltaba en 49 casos, y en 11 no se hace mencion de este fenómeno.

4.º *Estado del bazo.*—Al contrario de lo que sucede en muchas otras afecciones del hígado, el cáncer de este órgano se acompaña excepcionalmente de tumefaccion del bazo. Este síntoma no se ha observado más que 12 veces en 91 enfermos; en todos los demás casos, el volúmen del bazo era normal ó poco menos. Es esta una circunstancia que debe tenerse en cuenta cuando se trata de diferenciar el cáncer del hígado de la transformacion cérea y de la cirrosis.

5.º *Alteraciones digestivas.*—Las funciones del estómago y de los intestinos se encuentran ordinariamente alteradas en el cáncer del hígado. Muy desde el principio desaparece por lo comun el apetito; despues de las comidas, los enfermos se quejan de inflazon, mal-estar y todos los demás síntomas que caracterizan la indigestion; las deposiciones son dificiles, y mas adelante presentan con frecuencia un aspecto arcilloso; contienen poca bilis, se acompañan de gases en mayor ó menor cantidad, etc.; no he observado la regularidad de las funciones del estómago mas que 6 veces, y la de los intestinos solo 3; en todos los demás casos se hallaban alteradas; en 4 casos hubo diarrea, que presentó en un enfermo los caractéres de la disenteria.

6.º *Alteraciones de la respiracion.*—La respiracion sufre, en algunos casos de cáncer del hígado, trastornos que provienen ordinariamente, ó de la extension de la degeneracion cancerosa al diafragma, ó de una pleuresía del lado derecho. No he encontrado nunca depósitos cancerosos secundarios en bastante cantidad en los pulmones para que dificultasen la respiracion. En el último periodo del cáncer, como en las demás caquexias, se ve frecuentemente morir á los enfermos á consecuencia del edema pulmonar, ó de una pneumonia consecutiva.

Es de notar que la tuberculizacion de los pulmones acompaña po-

casos veces al cáncer del hígado; solo en 3 casos he encontrado tubérculos que se hallaban en vía de evolucion retrógrada.

7.º *Cambios en la constitucion y el aspecto exterior.*—Es excepcional que los sujetos afectados de cáncer conserven el aspecto de una buena nutricion; no he visto mas que 2 casos, y en ambos existia un fungus medular (1) (*Observacion LXXXIX*).

Ordinariamente el aspecto exterior presenta los caractéres que anuncian una alteracion profunda de la nutricion y una disminucion en la masa de la sangre. Los enfermos están pálidos, tienen un color térreo, se demacran y pierden las fuerzas. La piel presenta algunas veces una palidez clorótica; no se pone icterica mas que cuando existe algun obstáculo á la excrecion de la bilis, y su matiz puede variar entonces del amarillo mas claro al amarillo oscuro y al verde oliva.

Los trastornos de las funciones nutritivas tienen un curso rápido ó lento, segun el grado de accion de las causas que los producen.

Las mas importantes de estas son las siguientes: por consecuencia del crecimiento de los tumores, se consume una masa de sustancias albuminoideas, que es sustraída á la sangre; la pérdida es tanto mas considerable cuanto mas rápidamente se verifique el desarrollo del cáncer (2). Así, el escirro, que hace su evolucion lentamente, ejerce menor influencia que el cáncer blando. Deben tenerse tambien aquí en cuenta los derrames sanguíneos en la masa cancerosa, circunstancia capaz de producir una estenuacion rápida.

Las alteraciones en la digestion y en la reparacion de la sangre constituyen una segunda causa de anemia; la tercera consiste en los derrames serosos, que llenan frecuentemente muy desde el principio la cavidad abdominal.

Mucho mas difícil es apreciar la pérdida que resulta, para las funciones nutritivas, de la desaparicion de una gran parte del parénquima hepático; solo en un pequeño número de casos la destruccion se encuentra compensada por la hipertrofia del resto de la glándula, y precisamente en ellos es en los que la nutricion me ha parecido menos comprometida.

No está demostrado que la reabsorcion del jugo canceroso tenga

(1) Oppolzer no ha observado en algunos de sus enfermos mas que un ligerísimo grado de demacracion.

(2) Budd (*Diseases of Liver*, p. 410) cita un caso en que en el espacio de cinco meses se desarrolló una masa cancerosa del hígado de unas 5 libras de peso, y calcula que su formacion absorbió las materias albuminoideas de 20 libras de sangre. Farre (*loc cit.*, p. 28) ha creído poder estimar en 5 libras el crecimiento que habia tenido un cáncer del hígado en diez dias.

sobre el organismo otros efectos que la propagacion del cáncer á órganos mas ó menos distantes.

En fin, debemos indicar las hemorragias que sobrevienen en el último periodo del cáncer del hígado, y aceleran la estenuacion. Son de diferentes especies. Prescindiendo de las extravasaciones sanguíneas que se producen en el interior de los tumores, y de allí hacen irrupcion en la cavidad abdominal, se observan tambien á veces hemorragias del estómago y de los intestinos, debidas á una obliteracion de la vena porta. He visto un caso en que este accidente determinó la muerte en pocos dias. Se verifican tambien por las membranas serosas hemorragias que acompañan á los derrames de la pleura y del peritoneo.

Se observan además hemorragias semejantes á las de la púrpura y el escorbuto; tienen lugar en la piel, en forma de equimosis y de petequias, por la boca, la nariz, la vagina y el intestino; su abundancia abate á los enfermos y determina rápidamente la muerte. He visto cuatro veces accidentes de esta naturaleza, y en todos los casos habia una ictericia muy intensa; es frecuente asimismo el delirio y somnolencia. Podria muy bien encontrarse la causa de estas hemorragias en condiciones análogas á las que ocasionan los fenómenos de disolucion de la sangre, acompañan á la atrofia aguda del hígado, y que hemos descrito mas atrás.

#### V.—Duracion y curso.

No es posible determinar exactamente la duracion de esta enfermedad, porque siempre se desconoce su principio. Si se establece teniendo en cuenta el tiempo que media entre la aparicion de los primeros síntomas y la terminacion, se encuentran grandísimas diferencias. Hay casos que producen la muerte en el espacio de cuatro á ocho semanas; entonces la enfermedad se acompaña de una fiebre casi continua en todo el tiempo de su duracion (1); otras veces la vida se prolonga años enteros, llegando el marasmo á su grado máximo. El primer modo se observa en los sarcomas medulares; el segundo en el escirro. El curso no es, sin embargo, nunca perfectamente regular; hay alternativas de exacerbacion y de remision; á los periodos de un crecimiento rápido del tumor, de aumento de los dolores, de reaccion febril, suceden otros en que el producto morboso queda estacionario, ó bien sufre una evolucion retrógrada.

(1) Véase la *Observacion* LXXXIX. Bamberger refiere un caso en que la enfermedad recorrió todas sus fases bajo la forma de una hepatitis y terminó por la muerte en ocho semanas.

La muerte es la terminacion constante; nadie hasta ahora ha presentado un caso de curacion que no pueda ponerse en duda. Las transformaciones retrógradas, que suelen comprobarse anatómicamente en los tumores, solo tienen una importancia exclusivamente local; no preservan de ninguna manera al organismo de la fatal influencia del padecimiento.

#### VI.—Pronóstico y diagnóstico.

El pronóstico es siempre mortal; todo lo que puede esperarse es prolongar la vida cierto tiempo por un tratamiento conveniente, en los cánceres duros, que crecen con lentitud.

Es fácil reconocer el cáncer del hígado, cuando el órgano es accesible á la exploracion y pueden apreciarse los cambios que hemos indicado mas atrás. Si bien se puede aun en estas condiciones confundirle con otras enfermedades de esta glándula y de los órganos inmediatos, se consigue, sin embargo, fácilmente evitar el error. No sucede lo mismo cuando el hígado no está aumentado de volúmen y permanece oculto debajo del reborde costal. Aquí pueden faltar todos los signos de una afeccion de este órgano, no encontrarse mas que los síntomas del marasmo, consecutivos por lo comun á alteraciones digestivas.

En este caso, la sensibilidad persistente del órgano, provocada sobre todo por la percusion de la region hepática, la ascitis incipiente y la falta de toda otra causa de caquexia, legitiman la sospecha de un cáncer del hígado; debemos confesar, sin embargo, que no puede establecerse este diagnóstico con certidumbre.

Es difícil reconocer la enfermedad en su principio, porque entonces no existen las eminencias tuberculosas, y solo hay un abultamiento sensible á la presion.

Lo mucho que dura este aumento de volúmen, la edad de los enfermos, el aspecto caquético y, en fin, la exclusion de toda otra causa de tumefaccion del hígado, deben hacer suponer en estas condiciones la existencia de un cáncer de este órgano.

Las enfermedades del hígado, con las que mas frecuentemente hay peligro de confundir el cáncer, son las siguientes:

1.º *La degeneracion cérea del hígado.*—Tambien existe aquí aumento de volúmen, pero sin desigualdad y sin dolor; se nota por lo comun al mismo tiempo una tumefaccion del bazo y albuminuria; además, la enfermedad puede referirse á causas bien determinadas, como la cáries, la necrosis, etc.

La equivocacion es mucho mas fácil en los casos en que el pade-

cimiento se complica con cirrosis, porque entonces el hígado presenta una superficie irregular y se pone doloroso de tiempo en tiempo, como en el cáncer. Ordinariamente, sin embargo, las nudosidades son mucho menos voluminosas en la cirrosis; la sensibilidad á la presión es periódica y coincide con las exacerbaciones de la inflamación.

2.º *La hepatitis sífilítica.*—El error es fácil cuando la formación de cicatrices ha puesto al órgano desigual y lobulado. La diferencia esencial se encuentra entonces en la consistencia, que está siempre modificada en el carcinoma, mientras que en la inflamación sífilítica conserva, al nivel de las protuberancias, los caracteres del tejido hepático normal, á menos que, como sucede algunas veces, no haya sufrido la glándula al mismo tiempo la degeneración cética; pero en este caso el bazo se halla también por lo común interesado, así como los riñones. Además, existen á la vez cicatrices sífilíticas en la faringe, etc. Hay casos en que no puede establecerse un diagnóstico positivo sino después de una observación prolongada. (Véase *Observación LXXXVI*).

Hechos de esta naturaleza han inducido á Oppolzer y Bochdaleck á creer, equivocadamente, en la posibilidad de la curación del cáncer del hígado.

3.º *La estrangulación del hígado.*—He visto sujetos en quienes el borde del lóbulo derecho del hígado, empujado hácia abajo por un surco debido á la constricción, formaba un tumor redondeado y resistente que se había tomado por un cáncer.

La falta de la caquexia y de pequeñas nudosidades, la poca intensidad del dolor, la posibilidad de percibir el surco por la palpación, pueden permitir que se evite la equivocación.

4.º *Los equinococos.*—Tienen una influencia mucho menos funesta en la constitución; presentan por lo común una fluctuación evidente y forman tumores globulosos, cuya sensibilidad es nula ó solamente pasajera; tienen además un curso mucho más lento (véase *Observación LXXXII*).

5.º *Los abscesos del hígado.*—No hay más que los cánceres blandos de evolución rápida que tengan alguna semejanza con la hepatitis supurada. Pero las causas y la marcha de las dos afecciones presentan diferencias esenciales; además, la formación del pus se manifiesta desde el principio por la fiebre de supuración, y más adelantado por una fluctuación evidente, etc.

6.º *La dilatación de los conductos y la vejiga de la biliar ocasionada por la obstrucción de los conductos hepático y colédoco.*—Esta lesión es ordinariamente fácil de distinguir del cáncer simple del hígado

por la falta de nudosidades duras. El diagnóstico ofrece mayores dificultades, y aun á veces es imposible cuando el cáncer ha invadido el hígado siguiendo la cápsula de Glisson, porque entonces no se encuentran abolladuras en la superficie; el tumor ovoideo formado por la vejiga de la bilis, que pasa el borde del hígado, solo puede ser tomado por un cáncer por observadores muy ligeros ó poco prácticos.

7.º *El cáncer del epiploon.*—El diagnóstico es fácil de ordinario, teniendo en cuenta la forma y los límites del tumor, que se apartan mucho de los contornos del hígado. Esta regla tiene, sin embargo, excepciones, como puede verse en la figura 122; hay cánceres del

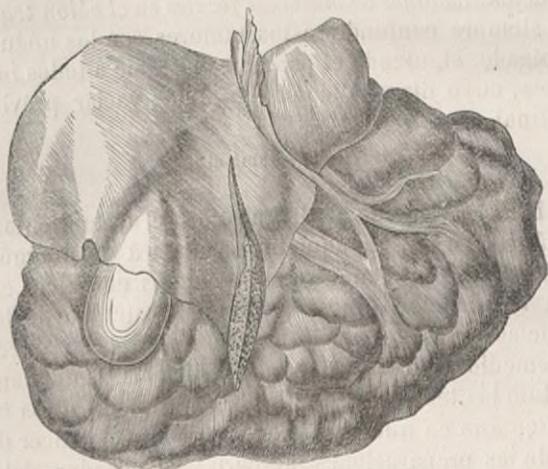


Fig. 122.—Cáncer del epiploon menor, imitando la forma del hígado.

epiploon menor que representan rigurosamente la forma del hígado, y cuyo asiento preciso es imposible reconocer. Existen además cánceres hepáticos, que llenan tan completamente la cavidad abdominal, que no puede determinarse el punto de partida del tumor.

8.º *El cáncer del estómago.*—Cuando el tumor tiene su asiento en el lóbulo izquierdo del hígado ó en el borde del lóbulo derecho, es frecuentemente difícil decidir si es esta glándula ó el estómago el que se encuentra afectado de la degeneracion. La percusion que da un sonido oscuro ó timpánico, segun que se trate del hígado ó del estómago, puede prestarnos aquí datos muy útiles. Habrá que guiarse tambien por el grado de intensidad de las alteraciones digestivas; en el cáncer del estómago el vómito es mucho mas persistente <sup>(1)</sup>, las

(1) Andral ha visto, sin embargo, vómitos rebeldes ocasionados por un cáncer del hígado que comprimía el píloro.

materias vomitadas se encuentran mezcladas con sangre, el malestar aumenta despues de cada comida. La palpacion sola es por lo comun insuficiente para distinguir el cáncer del estómago del de el hígado.

9.º *El cáncer del riñon derecho.*— Ordinariamente el tumor canceroso desarrollado en el riñon derecho está separado del hígado por un asa intestinal, pero no siempre sucede así. He visto un caso en que no se podian distinguir los dos órganos por la percusion, y solo se logró determinar el sitio del tumor por otros medios, tales como la falta de dislocacion en la inspiracion.

10. *Las acumulaciones de materias fecales en el colon transverso.*— Se evitará siempre confundir estos tumores con los nódulos cancerosos del hígado, siguiendo el precepto aplicable á todos los tumores abdominales, cuyo diagnóstico ofrece duda: vaciar préviamente el tubo intestinal.

#### VII.—Tratamiento.

Una vez bien establecido el diagnóstico, el tratamiento tiene que ser sintomático. Lo que da aquí importancia á un diagnóstico preciso; es que permite evitar el uso de medios enérgicos capaces de acelerar la terminacion funesta, y que por otra parte da á conocer las tumefacciones del hígado que son curables y pueden ceder al uso de remedios convenientemente aplicados. Condenamos de un modo absoluto las tentativas que se han hecho en otros tiempos, y que se repiten aun en nuestros dias, para curar el cáncer del hígado por medio de las preparaciones mercuriales y yodadas, del arsénico, de las aguas de Carlsbad y de otras de la misma especie. Todos estos tratamientos anticipan algunos meses ó algunos años el fin de los enfermos. Mientras se conserven dudas acerca de la naturaleza de una tumefaccion dolorosa del hígado, puede recurrirse á las emisiones sanguíneas locales, á los purgantes salinos, á las aguas alcalinas de Carlsbad, de Marienbad y de Kissingen <sup>(1)</sup>, á las curas por las frutas ó el suero, dirigiendo estos tratamientos segun las exigencias de la constitucion. Pero inmediatamente que se haya fijado la naturaleza del mal, se abandonará toda terapéutica debilitante, contentándose con remediar las alteraciones digestivas, precaver el empobrecimiento de la sangre, combatir en cuanto sea posible los accidentes que hacen mas penosa la enfermedad y que aumentan sus

(1) En Francia, las principales aguas como las de Kissingen, son: Balaruc, Bourbon-l'Archambault, Hammam, Meskoutin, Salins; las principales aguas alcalinas como Karlsbad y Marienbad son: Vichy, Vals, Miers, Plombières, etc. Véase *Dictionnaire des eaux minerales*, Durand-Fardel, Lebrét y Lefort. Paris, 1860.

peligros. Para regularizar la digestión, recomendamos especialmente los extractos amargos disueltos en una infusión aromática, y asociados, en caso de necesidad, á los antiácidos; se obra sobre las funciones intestinales por medio del ruibarbo, el áloes y demás sustancias análogas. Cuando la bilis no llega al intestino, puede emplearse el colecto de sosa para facilitar las digestiones y moderar el desarrollo de gases. Para oponerse á los progresos de la caquexia, hay que prescribir un régimen que sea á la vez ligero y nutritivo; el extracto de quina, el lactato de hierro, las aguas ferruginosas, etc. Los dolores exigen el uso de las cataplasmas, las fricciones narcóticas, los baños calientes; solo cuando las fuerzas se conservan en buen estado se puede recurrir, con prudencia, á las emisiones sanguíneas locales.

Hay mas inconvenientes que ventajas en combatir la ascitis por los drásticos y los diuréticos; en caso de necesidad vale mas recurrir al trócar. Se procurará moderar, por medio del tanino, el alumbre, el percloruro de hierro, etc., las hemorragias que amenacen estenuar al enfermo.

#### VIII.—Observaciones.

Aquí encontrarán un lugar oportuno algunas observaciones, á fin de que sirvan de ejemplo y hagan mas apreciables ciertas particularidades.

##### 1.º—Cánceres primitivos de la sustancia del hígado.

*OBSERVACION LXXXIII.—Icteria hacia muchos años, mas tarde fiebre intermitente tenaz complicada con hidropesia; parálisis del brazo derecho; tumores redondeados dolorosos, de crecimiento rápido en el epigastrio. Alteraciones en las funciones del estómago, anasarca, albuminuria, pulmonía del lado izquierdo; muerte por edema pulmonar. Autopsia: hígado enormemente desarrollado presentando gran número de tumores cancerosos, dilatación de la arteria hepática; hepatización del lóbulo inferior del pulmón izquierdo; enfermedad de Bright en un periodo avanzado.—Isabel Goetz, viuda de un artesano, de sesenta años de edad, estuvo en tratamiento del 3 al 10 de febrero de 1858.*

La enferma habia gozado siempre de buena salud hasta la edad de treinta y dos años; entonces, despues de su segundo parto, á consecuencia de una contrariedad, fué acometida de una ictericia que, sin impedirle continuar la lactancia de su hijo, duró seis semanas, desapareciendo gradualmente con el uso de los eméticos, que hicieron evacuar mucha bilis.

Posteriormente tuvo otros cuatro partos sin que reapareciese la ictericia.

A los dos años de esta primera enfermedad, sufrió una fiebre intermitente de tipo cotidiano y cuartánario, que duró muchos meses y se complicó con hidropesia; tanto la afección principal, como sus consecuencias, desapare-

cieron sin embargo con un tratamiento conveniente. Quedó debilidad y una respiración corta sin tos. Las reglas se suprimieron en la época ordinaria, coincidiendo con la aparición de una tos y de una expectoración sanguinolenta, que se repetía cada cuatro semanas y se acompañaba frecuentemente de vómitos. La tos persistía todavía cuando se examinó a la enferma, pero la expectoración era puramente catarral.

En estos últimos tiempos se había ocupado con frecuencia en lavar, y de repente, estando en su trabajo, fué acometida de una parálisis del movimiento y la sensibilidad en el brazo derecho, que tardó mucho en disiparse, imposibilitándola de continuar en este oficio y aun de levantar con dicho brazo pesos ligeros. Sentía al mismo tiempo punzadas continuas en los pulpejos de los dedos. Esta extremidad no se demacró, y el miembro abdominal correspondiente se conservó íntegro.

En la primavera de 1857, esta mujer advirtió en el epigastrio un tumor nudoso que la dolía, obligándola á entrar en el hospital, donde solo estuvo catorce días.

Muy poco después advirtió nuevos tumores, que se desarrollaban rápidamente debajo del primero. La paciente continuó pidiendo limosna con una vida ambulante, hasta que en fin, una hidropesía general desarrollada hacia algunas semanas y la pérdida de sus fuerzas la obligaron á entrar de nuevo en el hospital el 3 de febrero de 1858.

Desde el primer día se la encontró excesivamente demacrada; edema ligero en la cara y el brazo derecho, muy pronunciado en las piernas y el abdomen. No había sonido á macizo en la parte anterior del torax; en la región superior é izquierda, debilidad considerable del murmullo respiratorio, estertores sonoros á la derecha en toda la altura de la cavidad torácica. En la parte posterior é inferior de ambos lados, á partir del ángulo del omóplato, la resonancia estaba un poco debilitada y no era claro el murmullo respiratorio; tonos del corazón puros; choque sensible entre la tercera y cuarta costilla.

El abdomen estaba elevado, habiendo desaparecido completamente el ombligo; entre él y el apéndice sifóides, las venas considerablemente desarrolladas.

En muchos puntos del vientre se veían eminencias globulosas de diferente tamaño. A partir del reborde costal derecho hasta la cresta iliaca, y en el lado izquierdo hasta la fosa del mismo nombre, se percibía un tumor que presentaba gran número de eminencias nudosas y sensibles. Con la extremidad de los dedos, dirigidos transversalmente en la cavidad abdominal, era fácil seguir la extremidad inferior de este tumor, que era movable y descendía manifiestamente en la inspiración.

El sonido macizo medía 25 centímetros de altura en la línea mamilar, 16 en el epigastrio y 30 en el lóbulo izquierdo; el espacio que separa la línea axilar izquierda de la derecha medía transversalmente, al nivel del ombligo, 43 centímetros.

Poco apetito, lengua de un color amarillo sucio, deposiciones raras; orinas poco abundantes, cargadas de albúmina, y conteniendo una gran cantidad de cilindros muy pálidos en su mayoría, sin epitelio ni moléculas adiposas.

Disnea muy intensa, expectoracion mucosa poco abundante, pulso pequeño, 100 pulsaciones.

*Prescripcion.*—Cocimiento de poligala con extracto de quina y licor amoniacal anisado.

8 de febrero.—Dolor en la parte inferior y posterior izquierda del torax; en la misma region, sonido á macizo á partir del omóplato; soplo bronquial; tos penosa sin expectoracion. Pulso frecuente, 110 pulsaciones; por la tarde la temperatura era de 39°,4.

*Prescripcion.*—Cataplasmas calientes, cocimiento de poligala con ácido benzóico.

9.—Pulso casi imperceptible, 130 pulsaciones, persistencia de los dolores; no habia aumentado el sonido á macizo; estertores consonantes ruidosos, inteligencia despejada.

10.—Muerte por edema pulmonar.

*Autópsia.*—Bóveda del cráneo un poco gruesa, dura madre adherida; coágulos consistentes en el saco longitudinal, sustancia del cerebro moderadamente inyectada, normal por lo demás.

Mucosa de la faringe livida, esófago sin alteracion, vías aéreas de un rojo poco intenso.

Glándula tiróides poco desarrollada; los gánglios bronquiales presentaban un ligero tinte melánico. Los dos pulmones estaban fijos por adherencias antiguas, el izquierdo se hallaba edematoso en su parte superior, y presentaba algunas retracciones cicatriciales en el vértice; en la parte inferior existia una infiltracion fibrinosa; el parénquima estaba consistente, denso y privado de aire. El pulmon derecho edematoso y fuertemente pigmentado.

El pericardio y el corazon no presentaban alteraciones, solo la válvula mitral se hallaba un poco engrosada.

En la cavidad del vientre habia muchas libras de líquido ligeramente opalino. El diafragma estaba empujado hácia arriba hasta la mitad del quinto espacio intercostal. El hígado se hallaba íntimamente unido á la pared del abdómen, en la region epigástrica, y al colon transverso por su borde inferior. Pasaba de la base del apéndice sifóides en una extension de 7 1/2 pulgadas, y el reborde costal derecho 4 1/2. La forma general del hígado no diferia de la normal; el lóbulo derecho presentaba un surco transversal, rodeado de gruesos nódulos cancerosos; el izquierdo estaba aun mas alterado; existian en él gran número de tumores, del volúmen desde una avellana al de una nuez, y alguno de los cuales presentaba en el centro una retraccion cicatricial.

Los vasos de la cápsula estaban fuertemente inyectados; las glándulas de la raiz del órgano moderadamente infiltradas. El duodeno se hallaba íntimamente adherido por tejido conjuntivo á la vejiga de la bilis y á la cara inferior del hígado, sobre todo al nivel de la raiz. La vejiga biliar presentaba una renitencia elástica; en su pared posterior habia un depósito de cáncer medular. La vena porta no contenia coágulos; la cava estaba un poco estrechada; sus paredes en estado normal. La arteria hepática y las vías biliares se hallaban fuertemente dilatadas.

El bazo tenia 5 1/2 pulgadas de largo, 3 de ancho y 1 1/2 de espesor;

su cápsula estaba ligeramente engrosada, y su parénquima contenía poca sangre.

El estómago se hallaba cubierto de numerosos equímosis; los intestinos delgados muy retraídos, la mucosa del ciego tumefacta.

El páncreas y las glándulas retroperitoneales en estado normal.

La superficie de los riñones granulada como en el tercer estadio de la enfermedad de Bright; la sustancia cortical había desaparecido.

La vejiga se hallaba fuertemente contraída y presentaba celdas en su bajo fondo; el útero y los ovarios atrofiados.

Los nervios y los músculos del brazo derecho paralizado se encontraban en estado normal, las glándulas de la axila no estaban tumefactas.

OBSERVACION LXXXIV.—*Dispepsia, ictericia, demacracion; tumefaccion dolorosa del hígado con desigualdades en la superficie; diarrea, estenuacion, muerte.*—*Autopsia: Tinte icterico de la dura madre, de las vías biliares, del endocardio, de los riñones. Hígado sembrado de nódulos cancerosos, ingurgitados de sangre, en parte flácidos y reticulados. Estrechez de la vena porta y del conducto hepático por bridas celulosas; exudados fibrinosos sobre la mucosa del íleo y del recto.*—Isabel Penschorn, mujer de un cordonero, de sesenta y ocho años, fué admitida en el hospital el 4 de junio de 1856, y murió el 18 del mismo mes. Hasta entonces su salud había sido siempre buena; en el otoño último advirtió en el hipocondrio derecho un tumor que los esfuerzos hacian un poco doloroso. En el mes de marzo perdió el apetito; desde hacia ocho semanas se había presentado una ictericia que, en la época de su ingreso en el establecimiento, era sumamente intensa. Pérdida de fuerzas, y habiendo aparecido en los últimos tiempos diarrea, la demacracion hizo rápidos progresos. Dos pulgadas por debajo del borde costal derecho se tocaba el borde del hígado duro, transformado en un tumor redondeado, medianamente doloroso; en la parte izquierda del epigastrio se encontraron tambien muchas elevaciones mas pequeñas y sensibles.

*Prescripcion.*—Tintura de nuez vómica, vino tinto, caldo, etc.

La diarrea no cesó y las fuerzas disminuyeron cada vez más hasta la muerte, que tuvo lugar el día 18, despues de una larga agonía.

*Autopsia* á las ocho horas de la muerte.

La dura madre, un poco engrosada, tenia un tinte amarillo, el cerebro estaba pálido y de poca consistencia.

En la glándula tiróides existian pequeños quistes gelatinosos, las glándulas bronquiales se hallaban en estado normal, la mucosa de las vías aéreas de un color amarillo claro. Los pulmones anémicos en su parte superior, edematosos é ingurgitados de sangre en la inferior, pero sin ninguna otra alteracion.

El endocardio presentaba un color icterico intenso, las válvulas estaban un poco engrosadas; la aorta ligeramente ateromatosa, la sangre en coágulos consistentes.

La cavidad abdominal contenia unos 3 litros de serosidad amarilla, sanguinolenta.

La mucosa del estómago estaba ligeramente tumefacta, hiperemiada en algunos sitios.

Por la parte del duodeno, los conductos pancreático y colédoco se halla-

ban permeables. El intestino delgado era asiento de una fuerte hiperemia hacía la válvula ileo-cecal el color se hacia rojo aterciopelado, uniforme, y la mucosa estaba tapizada por exudados de formacion reciente. En los intestinos gruesos la membrana interna se hallaba tumefacta en algunos sitios, con inyeccion reciente, sobre todo en el recto; se encontraron algunos depósitos de exudados ligeros, pero en ninguna parte ulceraciones.

El bazo estaba pequeño, su cápsula engrosada, oscura, su parénquima coriáceo.

El hígado presentaba en su superficie gran número de tumores cancerosos, la mayor parte umbilicados, algunos de los cuales eran del diámetro de una peseta, y tenian en su interior un aspecto reticulado, debido á una mezcla de hiperemia y de coloracion amarillo intensa. Sobre el borde del lóbulo derecho, en la region de la vejiga, habia una infiltracion cancerosa de muchas pulgadas de diámetro, cartilaginosa, y que ocupaba todo el espesor del hígado. La envoltura serosa se hallaba fija en todos lados, por gran número de adherencias vascularizadas, al duodeno, al arco del cólon y al páncreas. El tejido de estas adherencias, difciles de romper, estrechaba un poco el conducto hepático y la vena porta, al primero lo bastante para que hubiese resultado una evidente dilatacion de los conductos biliares y su replecion por un moco mezclado de bilis. El parénquima hepático estaba blando y fuertemente icterico. La vejiga de la bilis dividida en dos células, cada una de las cuales contenia un cálculo de color oscuro.

Los riñones de volúmen normal y de un tinte amarillento.

Las trompas y los ovarios adheridas al fondo del útero.

*OBSERVACION LXXXV.—Fiebre intermitente durante cuatro semanas, trastornos digestivos, náuseas, vómitos, ictericia sin decoloracion de las materias fecales, tumefaccion dolorosa del hígado sin desigualdades en la superficie. Derrame seroso de la cavidad abdominal; muerte por estenuacion.—Auptósia. Gran número de nódulos cancerosos en el hígado. Degeneracion carcinomatosa de la membrana interna de los conductos biliares y de la vejiga, dilatacion de la rama izquierda del conducto hepático, cuyas divisiones estaban llenas de un liquido icoroso y de coágulos tubulados; derrame sanguineo en la cavidad peritoneal.—Rosina Wittkowitz, viuda, de cincuenta y un años, entró en el hospital el 6 de mayo y murió el 11 de junio de 1856. No habia tenido mas padecimientos que una fiebre intermitente cotidiana que duró cuatro semanas, un año antes de la época á que se refiere la historia. La afeccion actual empezó en el mes de marzo de este año, advirtiendo al principio la enferma una sensacion de presion en el epigastrio, náuseas, á veces vómitos, pero sin vestigios de sangre; el apetito y las fuerzas disminuyeron, de modo que la paciente tuvo que quedarse en cama hacia cuatro semanas.*

A los catorce dias se presentó una ictericia que continuaba aun; las evacuaciones presentaban un color pardo, la orina contenia mucha materia colorante biliar. El hígado pasaba dos traveses de dedo el reborde costal derecho; estaba duro, pero su superficie era lisa y sensible á la presion; el sonido á macizo se hallaba casi circunscrito á los límites normales. El bazo, ligeramente tumefacto, se percibia debajo del borde de las costillas. Cora-

zon y pulmones sanos. Lengua cubierta de una capa grisácea; apetito completamente nulo.

*Prescripción.*—Infusion de ruibarbo con tintura de cáscaras de naranja y éter acético.

Las evacuaciones presentaron ulteriormente un color rojo pardo y una consistencia arcillosa; pero no se encontraban en ellas glóbulos sanguíneos. La ictericia permaneció estacionaria; la enferma se demacró, manifestándose dolores intensos en la region del hígado, que se calmaron por medio de cataplasmas calientes. Se formó un derrame en el vientre, y luego se presentó edema en los piés, al mismo tiempo que disminuyeron las fuerzas; la emi-nencia dura formada por el borde del hígado, aumentó lentamente, y poco á poco se fueron dibujando en el epigastrio pequeñas desigualdades.

14 de junio.—Muerte por estenuacion.

*Autopsia* siete horas y media despues de la muerte.

Bóveda craneana lisa, dura madre fuertemente icterica, un poco de serosidad amarillenta debajo de la aracnóides. Sustancia cerebral consistente y con poca sangre.

Glándula tiróides pálida; melanosis de los gánglios bronquiales; vías aéreas de un amarillo pálido, pulmones secos y enfisematosos, edema considerable en los lóbulos inferiores.

Una pequeña cantidad de serosidad en el pericardio, coágulos blandos, endocardio de un amarillo oscuro; ligero engrosamiento de las válvulas, tejido muscular sano.

Esófago pálido; mucosa del estómago amarillenta; hácia la mitad de la curvatura mayor, ulceracion plana, del diámetro de dos reales, de fondo liso y bordes cortados perpendicularmente. Materias de un gris pardo en los intestinos; mucosa de estos íntegra por todas partes.

Líquido sanguinolento en cantidad moderada en la cavidad del abdomen. El peritoneo presentaba, en la inmediacion del hígado y en los pliegues de Douglas, coágulos extensos, adheridos, de diferentes edades, y diseminados en varios puntos pequeños núcleos cancerosos acompañados de una inyeccion intensa. Bazo consistente, de un rojo pardo oscuro, un poco tumefacto.

El hígado tenia en sus dos caras gran número de núcleos cancerosos del volúmen desde el de una lenteja al de una nuez, cubiertos aun en parte de una capa de parénquima; así, parecian completamente lisos al tacto y formaban muy pocas eminencias. El tejido del hígado estaba blando y de un color pardo verde sucio; al cortarle se veian por todas partes conductos biliares llenos de pus, y que presentaban de trecho en trecho dilataciones sacciformes; la mucosa que le tapizaba era asiento de vegetaciones cancerosas. Estas se hallaban en gran número á la entrada de la rama izquierda del conducto hepático, donde formaban un obstáculo bastante considerable, para que los conductos biliares del lóbulo izquierdo hubiesen sufrido una dilatacion, que llegaba hasta 4 centímetros de circunferencia; estos conductos estaban llenos de un licor pardo sucio y de coágulos tubulados del mismo color; sus paredes eran delgadas y lisas.

Las vegetaciones cancerosas se extendian, siguiendo los conductos biliares,

hasta la vejiga, cuyas paredes estaban infiltradas; esta contenía dos cálculos, del volúmen de una avellana y una materia parduzca en estado de papilla que la presión pudo hacer salir al duodeno por el conducto colédoco.

Entre la vejiga y el duodeno se encontró una glándula del volúmen de un huevo de gallina, infiltrada de materia cancerosa y unida á estos dos órganos. El conducto de Wirsung estaba dilatado.

Los riñones tenían su volúmen normal, y presentaban un color icterico intenso con estrías de un pardo verdoso oscuro. Su consistencia era normal.

La vejiga se hallaba vacía y pálida.

Útero un poco voluminoso; su parénquima decolorado. Ovarios atrofiados:

OBSERVACION LXXXVI. — *Tos persistente, disnea, síntomas que indicaban la existencia de una caverna en el vértice del pulmon derecho, hígado doloroso, abollado, pero sin aumento de volúmen, tumefacción del bazo; ascitis; buen apetito, deposiciones raras, puncion; muerte por estenuacion.*—Autopsia: *huesos del cráneo gruesos, dilatacion bronquial é induracion del vértice del pulmon derecho, engrosamiento y osificacion parcial de la válvula mitral. Cicatrices sobre el velo del paladar y á la entrada de la vagina, induracion granulada del hígado con cicatrices sifilíticas y nódulos cancerosos; bazo en estado céreo, úlceras del estómago curadas.*—Carlota Pest, mujer de un obrero, de cincuenta y nueve años, entró el 23 de junio y murió el 19 de setiembre de 1854.

Esta enferma, con las apariencias de una buena nutricion y de un torax bien conformado, tosia desde hacia algunos años, pero nunca había expectorado sangre, advirtiendo solo por grados un poco de opresion. Hace ocho años tuvo una fiebre intermitente que se repitió muchas veces. Desde hacia algunas semanas se quejaba de dolores en el abdómen, notándole tumefacto.

El lado izquierdo del torax se dilataba mejor que el derecho; este daba en la parte superior un sonido timpánico con respiracion anófrica; en el lado izquierdo y en la parte inferior del derecho, respiracion vesicular fuerte; ruidos del corazon puros, frecuencia normal de los latidos.

La region del hígado estaba dolorosa, se percibía el borde duro y abollado del órgano que pasaba de la última costilla, midiendo 17 centímetros en la línea esternal, 10 en la vertical del pezon, 12 en la axilar y 7 en la escapular. El abdómen contenía una cantidad moderada de líquido; deposiciones difíciles, las materias arrojadas despues de la administracion del álces eran oscuras; la orina poco abundante; el sonido macizo esplénico un poco extenso; se conservaba el apetito y no había fiebre.

Durante todo el curso de la enfermedad, los fenómenos de auscultacion que dió el pulmon derecho se conservaron absolutamente los mismos; la tos era poco intensa, la expectoracion mucoso-purulenta. La accion del corazon era á veces irregular; la enferma no perdió completamente el apetito, y el álces produjo evacuaciones satisfactorias; la orina fué siempre poco abundante, oscura y ácida.

La ascitis aumentó hasta el punto de dificultar la respiracion y obligar á que se practicase la puncion abdominal el 26 de julio; el líquido que se obtuvo era incoloro y claro. Al lado derecho se percibían sobre el hígado indurado, gruesas abolladuras dolorosas, que se creyó fuesen de naturaleza cancerosa.

Las fuerzas se deprimieron rápidamente, á pesar del cuidado con que se alimentó á la enferma; los medicamentos fueron elegidos esencialmente entre los tónicos, empleándose con particularidad el extracto de quina, al que se unió el ruibarbo y el áloes para facilitar la defecacion. Muy en breve hubo que renunciar á los drásticos empleados con objeto de detener el desarrollo de la ascitis, porque la digestion comenzaba á alterarse.

La muerte se verificó el 19 de setiembre despues de una largaagonia.

*Autopsia*, el 20 de setiembre.

Edema considerable de las extremidades inferiores. Bóveda craneana muy gruesa y compacta; dura madre muy adherida á los huesos; aracnóides opaca en muchos sitios, infiltracion moderada del tejido sub-aracnoideo; inyeccion en la pia-madre, vasos un poco flexuosos. Sustancia del cerebro de consistencia normal, conteniendo un poco mas de sangre que en el estado sano.

Glándula tiróides normal, ligero edema de los ligamentos ariteno-epiglóticos; mucosa de la tráquea y de los bronquios fuertemente inyectada.

Dos libras de serosidad clara en la pleura izquierda; pulmones enfisematosos en su parte superior, conteniendo poca sangre, comprimidos en su region inferior. Fuertes adherencias en el vértice del derecho; el lóbulo superior presentaba en su parte anterior una cavidad del volúmen de un huevo, y cuyas paredes estaban recorridas por trabéculos; el parénquima inmediato á la mayor parte del contorno de la excavacion, se hallaba duro, privado de aire, de un gris negruzco, sin tubérculos; se encontraron en él muchas dilataciones bronquiales con una inyeccion intensa. El lóbulo inferior presentaba enfisema por delante, é hiperemia y edema por detrás.

Un poco de serosidad en el pericardio, muchas manchas opacas en el ventrículo derecho. Dilatacion de la aurícula de este lado, ventrículo y válvulas en estado sano; ventrículo izquierdo globuloso, paredes consistentes, válvula mitral engrosada; cuerdas tendinosas adheridas y encogidas en muchos sitios; depósitos calcáreos en la cara inferior de la lengüeta mas larga de la válvula.

Aurícula izquierda dilatada, llena de coágulos; aorta y válvulas aórticas sin alteracion.

La cavidad abdominal contenia una gran cantidad de líquido transparente, amarillo claro; el peritoneo, ligeramente engrosado, tenia en algunos sitios un tinte gris apizarrado.

Bazo algo tumefacto, arrugado, seco, pardo, mas resistente que en estado normal (bazo lardáceo).

El hígado estaba disminuido de volúmen; en la superficie del lóbulo izquierdo existian eminencias uniformemente desarrolladas, que tenian el tamaño de un guisante; la serosa estaba opaca, el parénquima compacto, pardo, granulado; los bordes adelgazados.

El lóbulo derecho presentaba depresiones profundas y un número igual de elevaciones, la mayor parte blanquecinas; su borde era cortante y servia de asiento á un tumor del tamaño de una nuez; en la cara cóncava existia otro tumor semejante.

Cuando se cortaba el parénquima, se presentaba blanco, sumamente compacto, con la resistencia del tejido fibroso; solo en un pequeño número de

puntos se encontró granulado. Por un exámen atento, se vió que el tejido blanquecino representaba una red formada de cordones de un blanco amarillento, que no eran otra cosa que tejido conjuntivo muy denso, y que circunscribían partes ligeramente deprimidas de un blanco mate, donde no existía, generalmente, mas que grasa en masas amorfas, y diseminados en varios sitios los elementos del cáncer. No podia dudarse de la presencia de estos últimos en las eminencias antes mencionadas, cuya parte esencial formaban. La superficie de seccion de la sustancia cancerosa era blanco grisácea, homogénea, presentaba una débil resistencia y dejaba fluir mucho jugo lechoso.

La vejiga biliar contenía una gran cantidad de bilis líquida de color pardo claro.

El velo del paladar presentaba dos cicatrices blanquecinas; la mucosa del esófago estaba inyectada, el estómago contraído; sobre la pared posterior se veían muchas cicatrices radiadas que alcanzaban también á la serosa, la cual se hallaba engrosada en algunos puntos, de un gris apizarrado, y cubierta de un moco bilioso.

El intestino estaba sano, la mucosa del ciego color de pizarra, y las materias fecales eran arcillosas y de un tinte amarillo claro.

Páncreas consistente, pequeño, granuloso, grisáceo.

Riñones un poco atrofiados, sin desigualdades en la superficie, de poca consistencia, sin infiltraciones apreciables. Vejiga en estado normal.

Ovarios atrofiados; un pólipó muy vascular en el fondo del útero, cuyo tejido estaba por lo demás sano; cicatriz de úlcera sifilítica en el orificio de la vagina.

Este caso es notable, porque presenta el desarrollo del cáncer en un hígado afectado de induración consecutiva á una inflamación sifilítica.

OBSERVACION LXXXVII.— *Tumor doloroso en el hipocondrio derecho, y mas tarde en el epigastrio; alteraciones digestivas, demacracion, síntomas de pleuresia derecha, muerte.—Autópsia: tumores cancerosos blandos y duros del hígado, cálculos biliares, pleuresia purulenta, nódulos cancerosos en el pulmon derecho.*—Cristina Siegelkorn, mujer de un cordonero, de cincuenta y siete años, entró en el hospital el 17 de octubre de 1856 y murió el 1.º de enero de 1857.

Había disfrutado siempre de buena salud; hacia tres meses notó por primera vez una tumefacción en el hipocondrio derecho, que fué aumentando gradualmente de volumen y se hizo dolorosa; la enferma perdió el apetito, y disminuyeron las fuerzas.

Cuando ingresó en el establecimiento, se percibía debajo del borde derecho de las costillas un tumor del volumen de un puño, duro, desigual, doloroso al tacto; pertenecía indudablemente al borde del hígado.

La demacración era considerable; la piel y la orina tenían su color normal. *Prescripción:* tintura de quina compuesta.

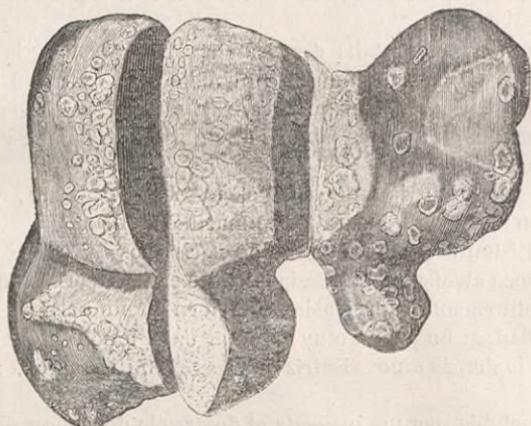
Se desarrolló también gradualmente en el epigastrio un tumor duro y doloroso. Las funciones digestivas presentaban alteraciones variadas, las fuerzas iban siempre disminuyendo, y los piés se pusieron edematosos.

El 30 de diciembre se observaron fenómenos febriles acompañados de dolo-

res en el lado derecho del torax, de sonido á macizo y falta de ruido respiratorio en la misma region. La muerte se verificó rápidamente el 1.º de enero en un estado de colapso.

*Autopsia* el 2 de enero.—Nada de anormal en el cerebro y sus membranas. Glándula tiróides hipertrofiada.

Vias aéreas pálidas; pulmones fuertemente adheridos; la cavidad pleurítica derecha contenía un líquido purulento en copos, que llegaba hasta el nivel de la tercera costilla, y comprimía el lóbulo inferior del pulmon; este presentaba al mismo tiempo algunos núcleos cancerosos. En el pulmon izquierdo se observó un ligero edema.



*Fig. 125.*—Hígado dividido en dos porciones por una estrangulación y sembrado de nódulos cancerosos.

Las válvulas del corazón estaban un poco engrosadas.

El hígado descendía 5 pulgadas y media por debajo de la base del apéndice sifóides. Se hallaba íntimamente unido al diafragma por la parte superior, y á las asas intestinales por la inferior. El lóbulo derecho presentaba un surco profundo de constricción, y la parte aislada por la estrangulación era mas particularmente asiento de tumores cancerosos, voluminosos y duros.

El lóbulo derecho tenía 8 y  $\frac{1}{4}$  pulgadas de largo; 6 y  $\frac{1}{2}$  de ancho y 3 y  $\frac{1}{4}$  de espesor. El izquierdo, 5 y  $\frac{1}{2}$  de largo por 4 de ancho.

Algunos de los nódulos cancerosos eran muy consistentes y presentaban en ciertos sitios manchas amarillas, otros eran blandos y de color mas claro; en el lóbulo izquierdo se encontraron gran número de tumores mas pequeños; la vejiga de la bilis contenía cálculos y un poco de moco amarillo grisáceo, algunos conductos biliares estaban dilatados y llenos de una bilis clara.

El bazo tenía 3 y  $\frac{1}{2}$  pulgadas de longitud, 2 de ancho y 11 líneas de espesor; estaba pálido y de mediana consistencia; la mucosa del estómago decolorada; el ciego presentaba una inyección de los gruesos vasos; en todo lo demás los intestinos se hallaban sanos.

El páncreas era pequeño y flácido.

Los riñones contenían poca sangre, la mucosa vesical se hallaba pálida; el útero pequeño, atrofiado, y lo mismo los ovarios.

OBSERVACION LXXXVIII.—*Alteraciones digestivas persistentes, tumefaccion considerable del hígado, pero sin dolores ni desigualdades en la superficie; colapso rápido; muerte.—Autopsia: hígado voluminoso y pesado; tumores amarillos y negruzcos numerosos en su espesor. Algunos nódulos en las glándulas retro-peritoneales, los pulmones y la pleura; células de tejido conjuntivo constituyendo esencialmente los tumores; trombus antiguo en la rama izquierda de la vena porta.*—Juana Spanier, viuda de un albañil, de cincuenta años de edad, entró en el hospital Allerheiligen el 4 de octubre de 1860. Había gozado de buena salud en su juventud, sin padecer nunca intermitentes, ni sífilis. Se casó á los veinte y dos años y parió ocho hijos vivos. Las reglas cesaron á los cuarenta y tres. Desde esta época había sufrido de tiempo en tiempo dolores en la region del estómago, conservándose sin embargo el apetito, y no existiendo vómitos ni abultamiento de vientre. A los cuarenta y cinco años, fué tratada en el hospital por un tífus, saliendo completamente curada, en términos de que pudo entregarse en seguida á trabajos penosos; continuaba, sin embargo, sufriendo dolores en el epigastrio, pero sin ninguna otra incomodidad. La enferma no se demacraba y sus fuerzas se mantenían en buen estado. Durante el último verano, los dolores aumentaron considerablemente, haciéndose muy vivos, sobre todo durante los esfuerzos, perdió el apetito y se demacró. En el mes de agosto se apercebió por primera vez que el vientre estaba duro y tumefacto. Desde entonces tuvo que renunciar á su trabajo y se trasladó á la clínica.

*Estado actual.*—La demacracion era poco considerable; no había ictericia. El pecho, aplanado, daba á la percusion, en la parte anterior y derecha, un sonido claro hasta el borde superior de la sexta costilla; á este nivel comenzaba la falta de resonancia hepática; nada de anormal en el lado izquierdo; la extension del sonido á macizo precordial no estaba aumentada. El choque del corazón se percibía en el sexto espacio intercostal, sobre la vertical del pezón; los ruidos normales de este órgano eran puros. Por detrás, en los límites regulares de los pulmones, sonido claro y respiracion vesicular.

La macidez hepática comenzaba debajo del pezón en el borde superior de la sexta costilla, se extendía por abajo hasta 4 centímetros mas allá del ombligo. Desde este último punto hasta el púbis, sonido oscuro, que tomaba á la percusion fuerte el carácter del sonido timpánico sordo. Inmediatamente por debajo del ombligo, la macidez hepática se extendía de un lado á otro á través del mesogastrio hasta el hipocondrio izquierdo. En la mitad izquierda de las regiones meso é hipogástrica, sonido timpánico.

A simple vista se notaba que la mitad derecha del abdómen y toda la region epigástrica estaban fuertemente elevadas.

Por el tacto se percibía un aumento de resistencia de las paredes abdominales, debajo del reborde costal derecho.

Esta resistencia no procedía de las paredes mismas, que se dislocaban fácilmente y no estaban tensas; pero detrás de ellas se tocaba un tumor duro que se extendía á la region hipogástrica, terminándose precisamente en el arco del

púbis. Este tumor llenaba por completo la mitad derecha del abdomen. Inmediatamente por debajo del ombligo, se le pudo seguir con los dedos al través del mesogastrio hasta el borde anterior de la undécima costilla. Se distinguían en el tumor un lóbulo derecho mas voluminoso y otro izquierdo mas pequeño; su forma y su situacion eran las de un hígado enormemente tumefacto.

La superficie del tumor estaba lisa, sin que el tacto pudiese descubrir ninguna desigualdad; la flacidez de las paredes abdominales y la facilidad con que se las deprimia, permitian coger en la mano los dos lóbulos del tumor. El derecho, que era el mas grueso, tenia los bordes obtusos, redondeados; los del izquierdo, mas pequeños, eran, por el contrario, delgados y cortantes, como sucede de ordinario en el hígado lardáceo. El tumor se dislocaba fácilmente, descendiendo aun mas abajo en las grandes inspiraciones. Su consistencia, uniforme por todas partes, era bastante considerable; no se percibia en ningun sitio blandura ó fluctuacion. La presion mas enérgica no pudo desarrollar dolor; solo existia un poco de sensibilidad al tacto debajo del apéndice sifóides en una extension como la palma de la mano.

El sonido macizo esplénico, en la línea axilar, se extendia del borde inferior de la novena costilla al superior de la undécima. Entre los límites del bazo y el hígado se encontraba el sonido timpánico estomacal. La mitad izquierda de las regiones meso é hipogástrica, estaba flexible y no presentaba nada de anormal.

El útero, examinado por el tacto vaginal, tenia su volúmen y su situacion ordinarias; la pequeña pélvis se hallaba completamente libre. La posicion de la matriz no se modificaba en modo alguno por los movimientos ni por la presion ejercida de arriba abajo sobre el tumor.

La excrecion de la orina era fácil, y este líquido tenia un color pardo oscuro, no era albuminoso. Deposiciones raras, apetito nulo, lengua cubierta de una capa grisácea. Pulso á 76; 20 respiraciones.

El uso de la tintura acuosa de ruibarbo, durante algunos dias, hizo reaparecer el apetito y produjo un poco de alivio en el estado de la enferma. Esta no excretaba, en las veinte y cuatro horas, mas que una pequeña cantidad (libra y media) de una orina oscura con sedimento abundante, formado en gran parte de uratos y que presentaba al microscopio glóbulos aislados de pus. Pasados algunos dias, la enferma sintió violentos dolores en los riñones que la hacian prorumpir en gritos. Durante este tiempo, el hígado, tumefacto, permanecia insensible á la presion; los dolores fueron aumentando, sin que apenas se les pudiese calmar con la morfina; la defecacion los exacerbaba en alto grado. Las materias de las deposiciones eran duras y teñidas por la bilis. Las fuerzas se abatieron rápidamente, verificandose la muerte en un estado de colapso general.

*Autopsia* diez y nueve horas despues de la muerte.

Demacracion no muy considerable; los miembros inferiores estaban un poco edematosos; los tegumentos decolorados, sin tinte icterico.

Los vasos de la dura madre ingurgitados de sangre, poca serosidad en la cavidad de la aracnóides y en los ventrículos. Sustancia cerebral pálida, consistente.

Algunas dilataciones venosas en la mucosa esofágica; coloracion amarilla en la laringe y en la tráquea, que por lo demás se hallaban normales; no habia tumefaccion de las glándulas bronquiales. Los bordes de ambos pulmones se hallaban muy enfisematosos, particularmente el derecho; los lóbulos inferiores estaban infiltrados de serosidad. En la pleura pulmonar del lóbulo inferior izquierdo se encontró un tumor del volúmen de un guisante, que se

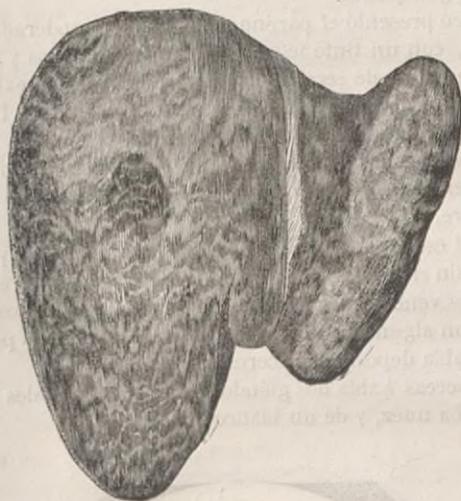


Fig. 124.—Sarcoma melanado del hígado; la superficie externa se ha conservado lisa.

pudo enuclear fácilmente sin dislacerar la membrana serosa. Tenia bastante consistencia, y la superficie de seccion era blanco-grisácea; el microscopio demostró tejido conjuntivo, sin produccion abundante de células. En el lóbulo inferior del pulmon izquierdo existian igualmente, diseminadas en el espesor de su parénquima, nudosidades del tamaño de una cabeza de alfiler, que se dejaban enuclear con facilidad y presentaban al microscopio la misma estructura que el pequeño tumor de la pleura; no habia infiltracion en las demás partes de los pulmones.

El corazon tenia  $3\frac{1}{2}$  pulgadas de largo por 3 de ancho, su sustancia carnosa estaba flácida, los orificios y sus válvulas, normales.

Al abrir el abdomen se vió el hígado enormemente desarrollado que descendia hasta la pélvis. Su superficie presentaba un gran número de pequeños tumores negros y amarillos, pero que no pasaban, sin embargo, el nivel de las partes inmediatas, de suerte que la glándula estaba completamente lisa. El hígado pesaba  $13\frac{3}{5}$  libras. El lóbulo derecho tenia 14 pulgadas de altura, y el izquierdo, 9; el máximum de espesor del primero era 5 pulgadas, y el segundo, 3; siendo el ancho respectivamente de 9 y de 5 pulgadas.

En la superficie lisa del órgano se veian los nódulos negros y amarillos de que hemos hablado; su grosor variaba desde el de un cañamon al de una gra-

jea; estaban en parte aislados y en parte reunidos en grupos. El tejido del hígado que separaba estos numerosos depósitos, era de un color amarillo claro ó de naranja, y presentaba líneas muy finas que parecían dividirlo en lóbulos y estrias rojizas, debidas al aumento parcial de la vascularización. En el ligamento suspensorio se veía una rica red venosa.

La vejiga de la biliar estaba vacía, los conductos biliares no se hallaban comprimidos en ningún punto.

Un corte fresco presentó el parénquima hepático moderadamente ingurgitado de sangre, con un tinte icterico en algunos puntos y de bastante consistencia. La superficie de seccion de los tumores dejaba exudar, por la presión, un líquido turbio, mezclado con sangre, que tenía en la de estos tumores, que eran negruzcos, un color pardo oscuro.

El bazo medía 3  $\frac{1}{2}$  pulgadas de largo, 2  $\frac{1}{2}$  de ancho, y 6 líneas de espesor. Su cápsula presentaba una mancha lechosa. El parénquima era consistente y tenía poca sangre.

La mucosa del estómago se hallaba teñida de amarillo, inyectada en algunos sitios, pero sin erosiones; en la de los intestinos delgados existían un gran número de vasos venosos; los folículos no estaban tumefactos. Los intestinos gruesos contenían algunas materias fecales, duras y teñidas por la biliar. En el mesenterio no había depósitos cancerosos.

Detrás del páncreas había dos glándulas retro-peritoneales infiltradas, del volumen de media nuez, y de un blanco grisáceo.

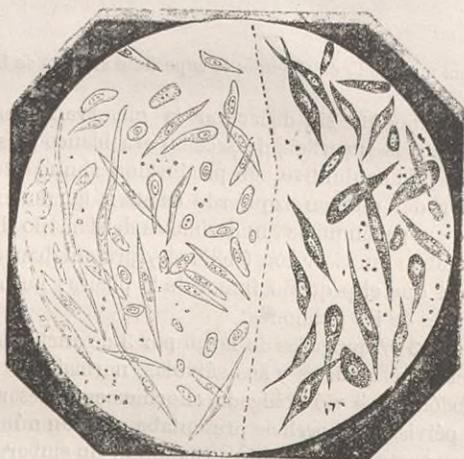


Fig. 123.—Células del sarcoma melánico; algunas son pigmentadas.

Utero y ovarios atrofiados, pero sin nada más de particular. Riñones y vejiga en estado normal; no existían coágulos en las venas iliaca y crural derechas.

Por el examen microscópico se descubrieron, como elemento esencial, en

las nudosidades amarillas, células de tejido conjuntivo de formas variadas (figura 123). Solo algunas se aproximaban á la forma redonda ú oval con un pequeño núcleo de  $0^{\text{mm}},005$  á  $0^{\text{mm}},075$ . La inmensa mayoría de ellas se parecían completamente á los corpúsculos afilados del tejido conjuntivo de formación reciente. Estas células prolongadas eran de diversa longitud; una parte de ellas tenía prolongaciones filamentosas muy largas y de  $0^{\text{mm}},005$  á  $0^{\text{mm}},008$  de ancho; solo las más pequeñas estaban desprovistas de núcleo, las otras tenían un núcleo oval ó dos núcleos redondos, en vía de separación y unidos uno á otro en medio de la célula. Todos contenían uno ó dos pequeñísimos nucleolos, cuyo diámetro apenas llegaba á  $0^{\text{mm}},002$ .

En ninguna parte, en las numerosas preparaciones que examinamos, pudieron encontrarse los voluminosos núcleos y corpúsculos de núcleo de las células cancerosas ordinarias. En las células pigmentadas de las nudosidades negruzcas, la materia colorante negra afectaba la forma de pequeñas moléculas del mismo color. En ciertos puntos, el tejido había tomado ya el tipo del tejido conjuntivo perfecto, con sus fibras prolongadas y sus corpúsculos afilados en forma de cola y sin núcleos.

Las células del hígado se hallaban completamente intactas, presentándose muchas de ellas solo teñidas de amarillo claro por la materia colorante de la bilis; algunas células aisladas contenían mayor cantidad de moléculas adiposas.

Este caso ofrece interés bajo muchos puntos de vista. El producto de nueva formación de que se trata es, en su estructura elemental, esencialmente diferente de las formas de cáncer descritas hasta ahora, y se asemeja á los tumores celulosos del tejido conjuntivo, á los sarcomas. Tiene de común con los cánceres la multiplicidad, la extensión á las glándulas linfáticas y á los órganos distantes. El diagnóstico de esta afección del hígado presentaba grandes dificultades, porque las modificaciones anatómicas exteriores del órgano diferían esencialmente de las que se presentan en el cáncer. La superficie de la glándula estaba lisa é igual, y había conservado su forma; faltaban completamente las abolladuras y la irregularidad de forma que revelan el cáncer; jamás se encontró la sensibilidad característica de los tumores cancerosos.

La tumefacción regular del hígado, su superficie lisa, la falta de dolores, de ictericia y de ascitis debían hacer creer antes que en nada en una degeneración cética, si las circunstancias que preceden á este padecimiento, y las que le acompañan, como la tumefacción del bazo y la albuminuria no hubiesen faltado.

La dureza uniforme del tumor, la no existencia de fluctuación y de deformación de la glándula, no permitían que se pensase en un saco de equinococos.

Los progresos rápidos de la caquexia, á falta de toda otra altera-

cion funcional, eran el principal motivo que se tenia para referir el abultamiento del hígado á la afeccion cancerosa.

**OBSERVACION LXXXIX.**—Sensibilidad en el epigastrio, alteraciones digestivas, ictericia poco intensa; hígado enorme, sembrado de tumores fluctuantes, un poco doloroso; derrame líquido en la cavidad abdominal, que aumentó rápidamente; colapso y muerte.—Autópsia: numerosos fungus medulares en el hígado; transformacion adiposa y reblandecimiento del órgano; irrupcion de excrescencias fungosas á través de la cápsula del hígado con derrame de sangre en la cavidad peritoneal; cáncer de la rama izquierda de la vena porta; trombus antiguo de la derecha; compresion angulosa de la vena cava; dilatacion de la rama izquierda del conducto hepático; cáncer de la pared posterior y de la curvadura menor del estómago; compresion de la vena esplénica, trombus decolorado en este vaso; tumefacción poco pronunciada del bazo; algunos equimosis en el mesenterio.—Teófilo Gunther, jornalero, de cincuenta y un años, entró en el hospital Allerheiligen el 24 de mayo de 1864 y murió el 7 de junio. El enfermo, corpulento, robusto, en un estado de nutricion satisfactorio, no parecia hallarse anémico. En 1850 habia sufrido ya una ictericia acompañada de dolores en el lado derecho del vientre, que duró muchas semanas. Desde entonces gozó de buena salud, pudiendo entregarse á trabajos penosos hasta catorce dias antes de su entrada en el establecimiento. Habia conservado buen apetito y no sentia molestia alguna despues de las comidas; las deposiciones eran regulares; soportaba muy bien una faja fuertemente apretada alrededor del vientre.

Desde hacia catorce dias le molestaba continuamente, pero sobre todo despues de las comidas, una sensacion de calor urente y de opresion en el epigastrio; el apetito era nulo, y las deposiciones muy raras.

La conjuntiva ligeramente icterica, la orina poco abundante, contenia una pequeña cantidad de materia colorante biliar, pero no albúmina. Nada de anormal por parte de los pulmones y del corazon; no habia aceleracion del pulso ni elevacion de la temperatura. La lengua estaba cubierta de una capa amarillenta, el vientre tumefacto, la vena epigástrica derecha un poco dilatada; fluctuacion en la parte inferior del abdómen. En el epigastrio se percibia un tumor bastante regular, elástico, redondeado, cuyo borde inferior cortante se encontraba inmediatamente por encima del ombligo. La mano pudo abrazar el borde del tumor por la parte superior, tocándose entonces mas profundamente otra eminencia elástica. Pudo seguirse este borde hácia la derecha y abajo, donde el derrame abdominal acabó por sustraerle al tacto. Al nivel de este borde, y sobre todo inmediatamente debajo de él, en la parte media del abdómen, la percusion dió un sonido timpánico; las partes laterales le daban macizo. El límite inferior del tumor subia y bajaba en la respiracion, el sonido á macizo llegaba hasta la cuarta costilla, de modo que presentaba al lado del esternon una altura de 8 pulgadas. Este hígado enorme no ofrecia al tacto una sensibilidad bien pronunciada.

El bazo estaba ligeramente tumefacto y empujado hácia atrás.

Las materias fecales eran un poco descoloridas, unas veces semilíquidas y otras amoldadas. El enfermo no se quejaba mas que de debilidad, sensacion

viva de presión y ardor en el epigastrio, y una sed exagerada. Nunca había tenido náuseas, vómitos, ni dificultad en la deglución. *Prescripción:* tintura acuosa de ruibarbo con extracto de belladona.

La ictericia fué aumentando gradualmente, la piel se puso amarilla, y desde el 4 de junio se presentó sensibilidad en el vientre, creciendo la sensación de presión en el epigastrio, al mismo tiempo que disminuían las fuerzas. Cataplasmas, ventosas, ácido fosfórico.

Pulso pequeño y depresible, 96 pulsaciones; aumento del derrame abdominal; algunas náuseas, pero sin vómitos.

6 de junio.—Edema de las extremidades inferiores, mayor debilidad, pulso muy pequeño, manos frías; en las últimas veinte y cuatro horas había crecido extraordinariamente el derrame del abdómen.

Por la tarde, pérdida de conocimiento; el pulso se puso pequeñísimo, las extremidades frías.

Muerte el 7 á las cinco de la mañana.

*Autopsia*, siete horas despues de la muerte.

Fuerte corpulencia, ligero tinte icterico, edema de las extremidades inferiores, gran número de manchas cadavéricas.

Bóveda del cráneo gruesa, compacta, exangüe; un poco de sangre líquida en el seno longitudinal, dura madre ligeramente desigual y teñida de amarillo. Las membranas del cerebro contenian poca sangre; una media onza de serosidad en las fosas occipitales; la sustancia del cerebro, de consistencia normal, un poco exangüe. La mucosa laríngeo-traqueal estaba pálida, la glándula tiróides pequeña y consistente; los gánglios bronquiales tenian un tinte melánico y se hallaban un poco tumefactos.

En las cavidades pleuríticas habia solo una pequeña cantidad de líquido seroso; los pulmones estaban libres de adherencias; los lóbulos superiores enfisematosos en sus bordes, los inferiores presentaban edema y congestión hipostática.

Una onza de serosidad clara en el pericardio; volúmen del corazon normal; válvulas sanas, ligeramente teñidas de amarillo, así como la membrana interna de la aorta. Las cavidades del corazon solo contenian una pequeña cantidad de sangre en coágulos blandos. De la cavidad del vientre salieron unas doce libras de un líquido rojo oscuro, sanguinolento, mezclado con coágulos en forma de copos.

El hígado, muy voluminoso, ascendia hasta la cuarta costilla, ocupando una altura de 8 pulgadas en la pared abdominal anterior; el lóbulo izquierdo se hallaba unido á la corvadura menor del estómago, el derecho al cólon transversal, distendido por los gases. El borde del órgano era cortante y fácil de coger en el lado izquierdo, un poco redondeado en el derecho. La cara convexa presentaba en su porcion izquierda cuatro tumores blandos, aproximados, desiguales, del tamaño de un huevo de gallina. Su superficie estaba surcada por numerosas ramificaciones vasculares de ancho calibre. Habian comprimido la sustancia glandular en términos de no dejar mas que algunos restos de ella, y se presentaban tambien en la cara inferior del lóbulo izquierdo en forma de eminencias aplastadas. Estos tumores eran muy blandos y fluctuantes, tenian un color amarillo de azufre y un aspecto reticulado. Los conductos

biliares del lóbulo izquierdo, bastante anchos, estaban llenos de bilis de un verde pálido; la rama izquierda principal de la vena porta se hallaba obstruida por una masa cancerosa de color blanco grisáceo, que se pudo seguir hasta los ramos pequeños, y que contenía, con gran número de células granulosa gruesas, células de cáncer de núcleos múltiples. Esta producción cancerosa de la vena porta nacía por una base ancha de las paredes infiltradas del vaso, cerca del sitio en que se divide en dos ramas principales.

En el lóbulo derecho, principalmente en la parte superior, y por el lado en el borde redondo, existían cierto número de eminencias fluctuantes de estructura análoga á la que acabamos de describir, y que llegaban á tener hasta el volúmen de un huevo de ánade. Muchas de estas elevaciones estaban completamente reblandecidas en su centro, que presentaba una cavidad llena de un líquido lechoso. En la extremidad derecha del lóbulo (fig. 126, *d*), se veían dos nudosidades que habían dislacerado la cubierta peritoneal.

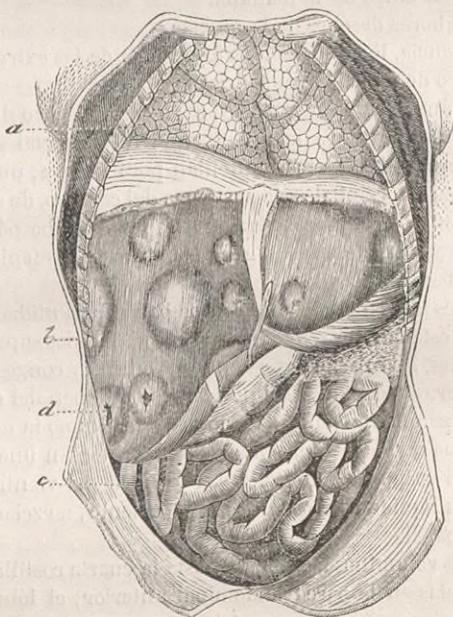


Fig. 126.—Fungus medular del hígado.—*a*, cuarta costilla.—*b*, tumor fluctuante.—*c*, intestinos.—*d*, tumores abiertos en el peritoneo.

La masa cancerosa pululaba en el abdomen bajo la forma de pequeñas vegetaciones en coliflor, cubiertas de coágulos sanguíneos recientes. De aquí era de donde debía venir la gran cantidad de sangre derramada en la cavidad abdominal.

Estando los conductos biliares del lóbulo derecho un poco dilatados y llenos de bilis amarilla, el parénquima se hallaba congestionado, de un rojo negruz-

co, y como empapado de sangre coagulada en la inmediación de los núcleos cancerosos que se encontraban dislacerados. La rama derecha de la vena porta estaba llena y distendida hasta sus ramificaciones finas, por coágulos negros, medio secos y sólidamente adheridos.

La sangre contenía muchas granulaciones blancas, formadas de glóbulos blancos y de algunos cristales aciculares.

La cara inferior del hígado presentaba también gran número de tumores cancerosos prominentes. Dos de ellos comprimían la vena cava, inmediatamente antes de la embocadura de las dos venas hepáticas, de modo que la daban la forma de un embudo. Los gánglios linfáticos de la raíz del hígado no estaban tumefactos. La cabeza del páncreas presentaba un tumor canceroso, redondeado, blando, del volúmen de un huevo de gallina, que comprimía fuertemente á la vena esplénica. Esta se hallaba obliterada por un antiguo coágulo sólido, en el que existían numerosas granulaciones del volúmen de un grano de mijo, blanquecinas, formadas de glóbulos blancos de la sangre. El conducto colédoco estaba dislocado y con un calibre doble del normal.

La vejiga biliar retraída, y conteniendo una bilis verde y viscosa.

El bazo poco tumefacto y muy adherido al diafragma; su tejido era oscuro y algo consistente.

Páncreas blando, flácido, pequeño. Se practicó en el estómago, adherido al lóbulo izquierdo del hígado, una incisión longitudinal que partía del cárdias. Inmediatamente al lado de este orificio, comenzaba una masa cancerosa, fungosa, muy vascular, semejante á una coliflor, que ocupaba 3 y  $\frac{1}{4}$  pulgadas de extensión en la pared posterior y hasta 4 líneas de espesor. El peritoneo de la corvadura menor estaba elevado por tumores blanquecinos, aplanados, del volúmen de un huevo de paloma, bien aislados de los nódulos cancerosos del hígado. Las adherencias eran simplemente celulosas y fáciles de romper. El resto de la mucosa estomacal estaba apizarrada y tumefacta.

El peritoneo, normal en lo demás, presentaba algunos equimosis en el mesenterio y el mesocólon.

La mucosa del conducto intestinal no ofrecía nada de particular; las materias fecales, de regular consistencia, tenían poco color.

Los riñones estaban algo duros, la cápsula muy adherida, la superficie lisa, el parénquima ligeramente icterico.

Vejiga y próstata sanas.

Glándulas mesentéricas y retroperitoneales en estado normal.

OBSERVACION XC.—*Dolores en el hipocondrio izquierdo sin alteraciones digestivas, demacración rápida, tumor duro, sensible á la presión sobre el borde costal izquierdo; otro tumor semejante en el lado derecho. Muerte repentina por estenuación.—Autopsia: úlcera cancerosa de la corvadura menor del estómago, adherencias con la cara inferior del hígado; cáncer de las glándulas celiacas y hepáticas, sin compresión de los conductos biliares ni de los vasos del hígado; gran número de tumores cancerosos en el hígado, muchos de los cuales tenían el volúmen del puño; exudado peritoneal poco abundante, mezclado con copos fibrinosos.—Juana Glæser, viuda de un albañil, de setenta y dos años, fué tratada en la clínica del hospital Allerheiligen del 7 al 15 de noviembre.*

Aseguraba haber gozado siempre de buena salud hasta tres meses antes de su entrada; desde esta época sufría dolores en el hipocondrio derecho, pero sin alteración del apetito, náuseas ni vómitos. Esta mujer estaba muy pálida y anémica; las extremidades frías, pulso pequeño, 108 pulsaciones; los pulmones y el corazón funcionaban bien y no presentaban ninguna lesión aparente.

El lado izquierdo del epigastrio, debajo del reborde costal, se hallaba elevado por un tumor plano, duro, sensible á la presión. Mas abajo presentaba un borde cortante, de convexidad inferior, debajo del cual podía penetrar la mano fácilmente; sobre este borde se percibían muchos pequeños tumores desiguales. A la derecha había un surco; mas hácia afuera, inmediatamente debajo de las costillas falsas, otro tumor duro y desigual. El abdomen estaba blando é indolente; no existía ictericia, orina pálida; materias fecales con poco color.

*Prescripción:* tintura vinosa de ruibarbo; régimen tónico.

En la noche del 14 al 15, la enferma se debilitó muy rápidamente, muriendo en un estado de completa estenuación, á las seis y cuarto de la mañana.

*Autopsia,* cuatro horas y media después de la muerte.

La bóveda craneana, las membranas del cerebro y la sustancia de este órgano contenían muy poca sangre; la consistencia era normal. La glándula tiroidea estaba pálida, los ganglios bronquiales pequeños; los pulmones, ligeramente adheridos, contenían poca sangre en su parte superior y en la anterior; se hallaban ligeramente edematosos por detrás.

Dos onzas de serosidad en el pericardio; corazón poco voluminoso y con una pequeña cantidad de sangre en coágulos consistentes; válvulas y tejido muscular en estado sano.

Esófago pálido. La corvadura menor del estómago fuertemente pronunciada, estaba adherida á la cara inferior del hígado, por intermedio de un gran número de glándulas linfáticas cancerosas. Su cara interna presentaba en el centro de la corvadura menor una pérdida de sustancia oval, de 3 pulgadas de longitud por 2 de latitud, con bordes cortados perpendicularmente y que formaba un grueso rodete canceroso; el fondo, un poco desigual, estaba sembrado de algunos coágulos recientes. El resto de la mucosa, pálida y un poco tumefacta.

Los intestinos delgados contenían materias de un rojo pardo y negruzco, su mucosa estaba pálida; lo mismo sucedía con la de los intestinos gruesos, donde se encontraron materias fecales grises.

El páncreas se conservaba sano en medio de los ganglios linfáticos degenerados. Los ganglios mesentéricos estaban poco desarrollados. El bazo tenía el volumen y la consistencia del estado normal, y su parénquima presentaba un color oscuro debido al pigmento.

El lóbulo izquierdo del hígado pasaba, en el epigastrio, 4 y  $\frac{1}{2}$  pulgadas del vértice del apéndice sigmoideo; contenía un tumor canceroso del volumen de un puño, que penetraba todo su espesor. En este mismo lóbulo existían además, un gran número de otros nódulos cancerosos mas pequeños. En el lóbulo derecho también había muchos tumores, pero menos voluminosos; el parénquima estaba exangüe por todas partes, de un color pardo uniforme y de consistencia normal.

En la cara inferior del lóbulo derecho del hígado se encontró la vejiga de la bilis completamente atrofiada, no conteniendo mas que una pequenísima cantidad de moco blanquecino y fuertemente adherida al duodeno; en la raiz del hígado existia un paquete de gánglios linfáticos, muy infiltrados y blandos, que dejaban libres los conductos biliares y los vasos.

Los dos riñones estaban pequeños, exangües y consistentes; la vejiga, pálida; útero y ovarios, igualmente pálidos y arrugados. La cavidad abdominal contenia una cantidad no muy considerable de serosidad turbia, mezclada con copos fibrinosos.

*OBSERVACION XCI.—Alteraciones digestivas, deposiciones ténues, sanguinolentas de tiempo en tiempo; aplanamiento rápido; tumefaccion considerable del hígado con abolladuras y sensibilidad; dilatacion de las venas abdominales, ascitis, ictericia poco intensa. Muerte en medio de síntomas de compresion del cerebro.—Autópsia: hígado voluminoso y muy congestionado, conteniendo un gran número de tumores cancerosos, flácidos y grasientos; cáncer poco extenso de la pared posterior del estómago. Tumefaccion del bazo. Apoplejia de la pia madre cerebral.—Cárlos Priefer, limpia-botas, de sesenta y un años, permaneció en el hospital Allerheiligen del 10 al 20 de diciembre de 1856.*

El enfermo habia notado, desde san Miguel, un cambio en su estado de salud, caracterizado por una disminucion tal del apetito y de las fuerzas, que tuvo necesidad de guardar cama durante seis semanas. Desde hacia cosa de un mes tenia diarrea, á veces sanguinolenta. Los piés estaban edematosos, y la infiltracion era al presente bastante pronunciada; el abdómen se hallaba tambien tumefacto.

Demacracion considerable, aspecto caquéctico, inteligencia despejada; corazon y pulmones en estado normal. El vientre, notablemente tenso, estaba surcado por venas dilatadas y lleno de líquido en su mitad inferior. Los hipocondrios y el epigastrio se hallaban invadidos por el hígado enormemente desarrollado; el borde y la superficie de este órgano duros, sembrados de gran número de tumores y un poco dolorosos al tacto. Dos deposiciones diarias, blandas, un poco descoloridas y grisáceas. Orina oscura, transparente, sin albúmina.

*Prescripcion.—Tintura de quina compuesta.*

Se conservaba bastante bien el apetito, pero las fuerzas disminuian rápidamente; á partir del 14, se notó un ligero tinte icterico en los tegumentos; la inteligencia continuaba completamente libre.

En la noche del 20, el enfermo perdió de pronto el conocimiento, se puso agitado, la respiracion se hizo estertorosa, y murió á las cinco de la mañana.

*Autópsia seis horas despues de la muerte.*

Al abrir el cráneo y los senos salió una gran cantidad de sangre. Las membranas del cerebro presentaban en algunos sitios una opacidad muy pronunciada, debida á engrosamientos de antigua fecha; serosidad abundante debajo de la aracnóides. En la base del cerebro, desde el chiasma hasta la cisura de Sylvio, en el lado derecho y las anfractuosidades inmediatas, se encontró un derrame sanguíneo en las mallas de la pia madre. Era de formacion reciente y tenia 4 ó 2 líneas de espesor; la sustancia cerebral, que ocupaba es-

tos límites, y los vasos del cerebro no presentaban nada de anormal; el resto del órgano estaba congestionado, húmedo y sin ninguna otra alteración.

Glándula tiroídes sana, gánglios bronquiales negruzcos, cartílagos de la laringe osificados, conductos aéreos inyectados, con algunos equimosis.

La pleura derecha contenía serosidad parduzca en no mucha cantidad; el lóbulo superior del pulmón derecho se hallaba edematoso, ingurgitado de sangre, y el inferior comprimido. Adherencias en el lado izquierdo, parénquima edematoso é inyectado en algunos sitios.

Un poco de serosidad en el pericardio; corazón pequeño y casi desprovisto de grasa; la sangre estaba en coágulos blandos, las válvulas ligeramente engrosadas; la sustancia carnosa tenía un color pardo oscuro, y su consistencia normal. La aorta se hallaba ligeramente ateromatosa. La punta del corazón correspondía al cuarto espacio intercostal.

En la cavidad del abdomen existía una gran cantidad de serosidad amarilla (5 ó 6 libras), de la que se separó, al contacto del aire, un poco de fibrina. El bazo tenía 5  $\frac{1}{2}$  pulgadas de largo, 3 de ancho y 1 de espesor; su cápsula estaba arrugada, y su tejido pardo claro.

El hígado pasaba 7 pulgadas la base del apéndice sifóides; llenaba el epigastrio y los hipocondrios; su lóbulo derecho tenía 9  $\frac{1}{4}$  pulgadas de ancho, 9  $\frac{3}{4}$  de delante atrás, y 5 de espesor. El lóbulo izquierdo medía 5 pulgadas de un lado á otro y 7  $\frac{3}{4}$  en el sentido antero-posterior. Estaba sembrado de una gran cantidad de tumores cancerosos, cuyo volumen variaba desde el de un guisante hasta el de un huevo de gallina; parte de ellos eran umbilicados, y presentaban en su interior puntos amarillentos de transformación adiposa. El tronco de la vena cava, el de la vena porta, así como los ramos de estos dos vasos, se hallaban libres; la raíz del hígado no contenía tumores ganglionares; el conducto cístico estaba permeable. El parénquima del hígado, que separaba los tumores, se encontraba casi por todas partes ingurgitado de sangre, pero normal en lo demás.

La mucosa del estómago estaba generalmente un poco hiperemiada, la mitad pilórica de la curvadura menor presentaba una infiltración cancerosa, no solo de la membrana, sino del tejido submucoso, que tenía 3 líneas de largo, 2 de ancho y 1 de espesor: el píloro se hallaba enteramente libre; los gánglios linfáticos inmediatos no estaban infiltrados.

El conducto intestinal, muy retraído, su mucosa pálida, contenía un moco grisáceo con poca bilis; en los intestinos gruesos había materias fecales en forma de papilla de un gris amarillento.

Páncreas, glándulas mesentéricas y retro-peritoneales en estado sano.

Riñones muy congestionados, de estructura normal. La orina presentaba la reacción del pigmento biliar; próstata sana, vejiga pálida. Las venas del muslo no contenían coágulos; las dos extremidades inferiores se hallaban infiltradas de serosidad.

*OBSERVACION XCH.—Trastornos en las funciones del estómago, deposiciones raras, ascitis. Eminencias abolladas apreciables á través de las paredes abdominales. Aumento de la ascitis. Disnea; muerte.—Autopsia: Gran número de cánceres hemorrágicos en el hígado, la cara inferior del diafragma, el mesenterio y el peritoneo. Tu-*

*mor canceroso del volumen de la cabeza de un niño, formado por los ganglios celiacos, que tenia su asiento en la curvadura menor del estómago, penetrando en la cavidad de este órgano por una ulceracion. Nódulos cancerosos en el ovario derecho.*— Juana Dressler, viuda de un cordonero, de cuarenta y cinco años, entró en el hospital el 15 de noviembre. Aseguraba no haber padecido otras enfermedades que una inflamacion de pecho y algunos accesos de fiebre intermitente; la menstruacion se estableció á los doce años, y fué regular hasta los cuarenta y tres; desde esta época, las reglas se hicieron menos abundantes, separadas por intervalos mas largos hasta que cesaron por completo. La enferma habia tenido cuatro partos regulares y un aborto hacia once años. Segun ella, la alteracion de su salud no databa más que de tres semanas; desde esta época sufría dolores en los riñones y en la region umbilical, y escalofrios alternados con calor. El apetito era nulo, y las deposiciones consistentes y raras; catorce días antes de su entrada en el hospital habia notado una tumefaccion en el bajo vientre.

Este, en efecto, se hallaba fuertemente abultado, con sonido á macizo hasta la region umbilical, fluctuante; en el hipocondrio derecho, debajo de las costillas, se percibia el borde del hígado engrosado y sembrado de tumores dolorosos; en el hipocondrio izquierdo se tocaba también por la palpacion un tumor voluminoso, redondeado, sensible á la presion, y que se extendia por abajo hasta el ombligo. El volumen del bazo no estaba aumentado. Por el tacto vaginal se comprobó que la pélvis se hallaba libre; en la parte vaginal del útero habia un polipo pediculado. Lengua cubierta de una capa grisácea, pérdida de apetito, náuseas; dolores intensos en los riñones, estreñimiento desde hacia tres días, pulso pequeño, 78 pulsaciones.

*Prescripcion.*—Infusion de ruibarbo con agua de laurel cerezo; lavativa.

Algunas evacuaciones de materias pálidas, conteniendo poca bilis. Continuaban lo mismo la sensibilidad del epigastrio y regiones lumbares, aunque habia disminuido un poco la tumefaccion del vientre. En la region umbilical se tocaban tumores duros del volumen de un huevo de gallina, muy movibles, cuyo asiento parecia ser el epiploon mayor.

*Prescripcion.*—Cataplasmas calientes, vino, y régimen analéptico.

La enferma se aplanó rápidamente; el 19 de noviembre, pulso pequeño y apenas perceptible, 80 pulsaciones; extremidades frias, abdómen muy tenso, disnea, agitacion.

Muerte el 19 de noviembre.

*Autópsia.*—Membranas y sustancia cerebral pálidas, la consistencia de esta última, normal. Algunos quistes de paredes óseas en la glándula tiróides. Pulmones fuertemente edematosos.

El volumen del corazon y su aparato vascular se hallaban en las condiciones normales; las fibras musculares pálidas; la sangre en coágulos consistentes. Bazo sano.

El hígado estaba uniformemente sembrado de nódulos redondeados, cuyo volumen variaba, desde el de un guisante al de una nuez. En la superficie del órgano se presentaban abollados y revestidos por la cápsula de la glándula infiltrada de sangre. La seccion de estos tumores dió á conocer, al mismo

tiempo que gran número de vasos, extravasaciones sanguíneas del diámetro de una lenteja, redondeadas, confluentes, separadas unas de otras por tabiques delgados y distribuidas con bastante regularidad. Estos derrames daban á algunos de los tumores mas pequeños un color negruzco. En otros estaban dispuestos en forma de ródios, dejando en medio un espacio blanquecino, recorrido por los vasos. Segun todas las apariencias, los tabiques que separaban estos derrames se hallaban formados por las mallas del estroma canceroso. El volúmen del hígado habia aumentado poco, su parénquima, ingurgitado de sangre, estaba por lo demás normal.

Se encontraron gran número de tumores semejantes en la cara inferior del diafragma, en el mesenterio y la hoja parietal del peritoneo. Un tumor del volúmen de la cabeza de un niño se extendia de la corvadura menor del estómago al páncreas y al cólon transverso. Su interior presentaba una cavidad del volúmen de un puño, llena de sangre oscura y líquida.

Existia en el estómago, hácia la corvadura menor, una ulceracion prolongada, oval, que correspondia directamente al tumor de que acabamos de hablar; en lo demás, la mucosa gástrica estaba íntegra. La del intestino y el contenido de este no ofrecian nada de particular.

Riñones pálidos y pequeños. Una pequeña nudosidad cancerosa sobre la cubierta serosa del ovario derecho.

Utero y vejiga en estado sano.

Cantidad considerable de serosidad oscura en la cavidad del abdomen.

*OBSERVACION XCIII.—Alteraciones digestivas; alternativa; de estreñimiento y de diarrea; hematémesis y deposiciones sanguinolentas; edema de los piés. Tumor voluminoso, abollado y dolorido en el hipocondrio izquierdo y en el epigastrio; distension de las venas epigástricas; muerte en medio de síntomas de parálisis del cerebro.—Autopsia; gran número de tumores cancerosos en el hígado; compresion de la vena cava á su paso por el surco de este órgano. Escirro de la corvadura menor del estómago, presentando en varios sitios una infiltracion cancerosa de las glándulas retroperitoneales.*—Cárlos Andritshke, obrero, de sesenta y un años, dado al abuso de las bebidas alcohólicas, permaneció en el hospital del 12 de junio al 1.º de julio de 1856. Desde hacia seis meses sufría trastornos digestivos con alternativas de estreñimiento y de diarrea; en este último caso, las deposiciones solian estar mezcladas con sangre. En las últimas ocho semanas la enfermedad habia aumentado notablemente; el vientre estaba tumefacto, habia edema en los piés, y las fuerzas iban disminuyendo poco á poco de un modo apreciable.

Cuando el enfermo ingresó en el establecimiento tenia un aspecto anémico y no se quejaba mas que de falta de apetito y ahogo. Las extremidades inferiores estaban edematosas hasta las rodillas; el vientre meteorizado, pero sin ascitis. El hígado se hallaba notablemente aumentado de volúmen y doloroso á la presion, sobre todo en el epigastrio. No se percibia el borde del lóbulo derecho, pero se encontraba en la region epigástrica un tumor abollado que descendia en la inspiracion; se prolongaba hasta el hipocondrio izquierdo, y su borde inferior ocupaba el mismo nivel que el límite del sonido macizo del lóbulo derecho. El bazo no parecia tumefacto; no se observaba dilatacion

venosa en la pared abdominal. Las materias de las evacuaciones eran pardas y contenian mucha bilis. La orina no presentó nunca albúmina. Ruidos del corazon puros, 82 pulsaciones; en el aparato respiratorio no se observó mas que enfisema.

*Prescripcion.*—Tintura acuosa de ruibarbo, agua de almendras amargas, espíritu nítrico etéreo.

20.—Apatía muy pronunciada, aumento del edema de los piés, materias fecales pardas y de consistencia de papilla.

23.—Algunas epistaxis desde hacia muchos dias; mejor apetito.

25.—Grandes angustias durante la noche; accesos de sofocacion, sensacion de calor interior, palpitaciones, epistaxis poco abundante, pulso á 96.

26.—Suspiros durante toda la noche, vómitos de sangre de color oscuro y recientemente derramada, coágulos negruzcos mezclados á las deposiciones que eran tambien oscuras. Ascitis evidente.

*Prescripcion.*—Pildoras ferruginosas, cataplasmas frias, acetato de plomo con opio.

27.—Persistencia de las hemátémisis, el uso del opio disminuyó los suspiros. Timpanizacion considerable; las costillas falsas se hallaban desviadas hácia adelante. El tumor del epigastrio estaba movible como anteriormente. No se habia verificado ninguna deposicion desde la víspera. Apatía muy pronunciada. Pulso á 78.

28.—No habia vómitos; reaparicion de los suspiros. La sensibilidad del hipocondrio izquierdo impedia el decúbito sobre este lado. Estreñimiento desde hacia dos dias. Inteligencia despejada, poco sueño; pulso muy pequeño, apenas perceptible; 88 pulsaciones. *Prescripcion:* analépticos.

30.—Nada de vómitos, un poco mas de sueño, síntomas subjetivos como anteriormente; somnolencia.

1.º de julio.—Muerte con síntomas de parálisis del cerebro. No se observó ictericia.

*Autopsia*, diez y ocho horas despues de la muerte.—Infiltracion edematosa de las extremidades inferiores. Bóveda del cráneo normal, sangre en coágulos blandos en el seno longitudinal, dura madre engrosada y desigual; cinco gramos de serosidad clara en la base del cráneo. Sustancia cerebral muy brillante, un poco infiltrada de serosidad.

Faringe y esófago palidos. Tinte rojo claro en la laringe, mas pronunciado en la tráquea y los bronquios. Glándula tiróides tumefacta por una masa coloidea.

Pulmon izquierdo fijo por antiguas adherencias, muchas libras de serosidad clara en la pleura derecha. El vértice del pulmon izquierdo presentaba algunos puntos en que el tejido, de un gris apizarrado, no contenia aire; sus partes inferiores y posteriores estaban edematosas. En el vértice del pulmon derecho habia tambien una induracion apizarrada; el lóbulo inferior se hallaba comprimido y privado de aire.

Coágulos consistentes en los ventriculos del corazon. Fibras musculares y válvulas en estado normal.

El hígado llenaba completamente el epigastrio, el ligamento suspensorio estaba dislocado á la izquierda de la línea media. El lóbulo derecho tenia 6 pul-

gadas  $\frac{3}{4}$  de un lado á otro, 7 y  $\frac{1}{2}$  pulgadas de delante atrás, y 6 pulgadas de espesor. Su superficie presentaba tumores de volúmen variable, desde el de un guisante hasta el de una nuez. Los bordes eran obtusos y redondeados; la vejiga de la bilis pasaba una media pulgada del borde anterior. En la cara inferior existían nódulos semejantes á los de la superior.

Bazo pequeño y pálido; su cápsula estaba arrugada.

El estómago se hallaba adherido al lóbulo izquierdo del hígado; á través de la serosa, en la inmediacion del píloro, se veía un tumor de la misma clase con un aspecto gelatinoso en algunos sitios. Su superficie de seccion era brillante y de un blanco grisáceo. Las paredes del estómago se hallaban en general muy engrosadas, llegando á tener hasta una pulgada en la corvadura menor, donde la infiltracion gelatinosa era mas considerable. En otros puntos de estas vísceras la degeneracion era simplemente escirrosa. Sus límites no pasaban del píloro.

En el mesenterio no se encontraron alteraciones. Intestinos delgados y ciego pálidos; la mucosa de la válvula ileo-cecal estaba un poco tumefacta, y las glándulas solitarias del ileo muy desarrolladas.

Riñones pequeños y descoloridos; en el izquierdo habia un pequeño quiste.

La vejiga contenia un poco de orina, de un color amarillo rojizo con depósito considerable de uratos.

Algunas glándulas retroperitoneales estaban cancerosas.

Las venas crurales se hallaban libres; la cava muy estrechada á su paso por el hígado. Algunos tumores formaban prominencia en su interior, sin perforar, sin embargo, en ninguna parte sus paredes. No se encontraron trombus. La pared interna de la vena estaba lisa en toda su extension.

*OBSERVACION XCIV.—Dolores de estómago y vómitos de fecha muy antigua; síntomas de peritonitis por perforacion. Muerte.—Autopsia: derrame purulento en el peritoneo, perforacion del estómago por una úlcera cancerosa; tumores cancerosos del hígado.*—Luisa Dremieler, de cuarenta y dos años, fué recibida en el hospital, y murió el 12 de noviembre de 1857.

La enferma se presentó con todos los signos de una peritonitis por perforacion; pudo, sin embargo, venir á pié y subir la escalera. Refirió que sufría desde hacia largo tiempo calambres de estómago, que habia vomitado mucho, y que desde las últimas cuarenta y ocho horas tenia intensos dolores en el vientre. Pulso pequeño, filiforme, piel fria, de una palidez cadavérica, respiracion lenta; sensacion de extrema debilidad; inteligencia despejada. Violento dolor en el epigastrio, estreñimiento desde hacia algunos dias, vientre muy distendido; piés medianamente infiltrados.

Muerte, dos horas despues de su entrada.

*Autopsia.*—Nada de anormal en la cavidad del cráneo. Sustancia del cerebro exangüe.

Infiltracion coloidea de la glándula tiróides, vías aéreas pálidas; pulmones enfisematosos en los bordes con edema en la parte posterior.

Corazon sano, coágulos abundantes en las cavidades derechas.

Al abrir el abdómen se escaparon gases en gran cantidad, y en el interior se encontró un líquido purulento, gris súcio y fétido. Intestinos delgados ad-

heridos entre sí. Levantando el lóbuló izquierdo del hígado, se descubrió una úlcera perforante del diámetro de dos reales, sobre la pared anterior del estómago en la inmediación del cárdias; esta úlcera estaba rodeada de una infiltración medular de las tónicas de la viscera. En el borde del hígado, inmediatamente al lado de la vejiga de la bilis y mas arriba aun, existian muchos tumores cancerosos del volúmen, desde el de un huevo de paloma al de uno de gallina; la glándula estaba un poco amplificada, y su parénquima muy infiltrado de grasa.

Bazo pequeño, pálido, flácido.

Materias excrementicias normales en el tubo intestinal, mucosa pálida.

Riñones descoloridos, con su volúmen ordinario.

Vejiga vacía; atrofia del útero y de los ovarios.

*OBSERVACION XCV.—Dolores en el hipocondrio izquierdo, disminucion del apetito y de las fuerzas, diarrea. Tumores en el epigastrio y el hipocondrio derecho apreciables á simple vista, que descendian en la inspiracion; edema de los piés, derrame en la pleura y el peritoneo. Muerte por estenuacion.—Autopsia: tumores fungosos de las paredes del estómago; cáncer del hígado, nódulo canceroso que ocupaba la raíz del bazo y habia invadido el órgano, cáncer del epiploon y del peritoneo.*—Juan Schikorra, obrero, de sesenta y tres años, entró en el hospital el 2 y murió el 15 de febrero de 1856; hacia remontar el principio de su enfermedad al mes de noviembre último. Al principio tuvo dolores en el hipocondrio izquierdo con disminucion del apetito y de las fuerzas; sin embargo continuó trabajando hasta el 20 de enero, época en que se presentaron vómitos mucosos sin mezcla de sangre, y diarrea.

El enfermo parecia anémico; el corazon y los pulmones estaban sanos; en el hipocondrio derecho y debajo del apéndice sifóides se veian tumores prominentes, que bajaban 1 á 2 centímetros en la inspiracion y ascendian en la espiracion. Eran dolorosos al tacto, y daban la sensacion de nudos duros, ocupando el hígado y con la forma de esferóides aplanados. El estómago parecia pequeño por la percusion; el sonido macizo era bastante extenso en la region inferior izquierda del torax. Apetito muy poco desarrollado; deposiciones acuosas que contenian poca bilis.

*Prescripcion.*—Tintara de quina compuesta, láudano por la noche.

Cesó la diarrea, pero el enfermo se aplanó muy rápidamente; los piés se pusieron edematosos, verificándose á la vez derrames serosos en el abdómen y las pleuras; la inteligencia se debilitó, sucumbiendo el enfermo el 15 por la mañana.

*Autopsia,* ocho horas despues de la muerte.

Membranas del cerebro poco congestionadas, edema de la pia-madre, sustancia cerebral anémica, brillante, edematosa.

Glándula tiróides pequeña, pálida, gánglios bronquiales negruzcos. Vías aéreas descoloridas; cartílagos de la laringe osificados.

Pulmones sin adherencias, secos y enfisematosos, comprimidos por detrás y por debajo por un doble derrame de serosidad clara, que pesaba unas dos libras en cada lado.

Dos onzas de líquido en el pericardio; corazon pequeño, coágulos lardá-

ceos en las cavidades derechas, tejido muscular y válvulas en estado normal.

En el peritoneo existían unas cuatro libras de serosidad mezcladas con coágulos fibrinosos poco abundantes; algunos nódulos cancerosos aislados y lisos en el peritoneo.

El bazo estaba fijo á las costillas, en la parte anterior y en la inferior, por un tumor canceroso, como del volúmen de un puño, duro é inmóvil; este tumor se hallaba íntimamente unido á la cara cóncava de la glándula en la mitad de su extensión, y había un punto en que se hundía en el parénquima, mientras que en todos los demás estaba aislado por la cápsula que se conservaba íntegra.

El bazo exangüe, arrugado, de consistencia normal; el tumor tenía los caracteres del cáncer fibroso.

El fondo de saco del estómago presentaba vegetaciones voluminosas, blanduzcas, lívidas, en forma de cresta de gallo, que tenían hasta una pulgada de ancho, y presentaban al corte un color blanco y el aspecto del tejido medular. En su intervalo, las paredes del estómago, uniformemente infiltradas, presentaban algunas ulceraciones.

Más á la derecha, hácia el píloro, existían otras tres vegetaciones semejantes, sostenidas por pedículos con la estructura normal de la mucosa.

La membrana interna del estómago era de un gris lívido; el píloro y el cárdias se encontraban libres.

El epiploon, retraído contra el cólon transversal, contenía muchos nódulos de cáncer medular, cuyo grosor variaba desde el de una avellana hasta el de una nuez; los gánglios linfáticos, que ocupan la raíz del hígado, habían sufrido la misma degeneración.

El hígado descendía 3 pulgadas más bajo que el apéndice sigmoideo y pulgada y media que el borde costal; además de los tumores cancerosos apreciables á la vista y al tacto durante la vida, la glándula contenía un gran número de otros deprimidos en el centro y del tamaño desde un guisante al de una nuez; se les encontraba lo mismo á la derecha que á la izquierda, en la cara superior que en la inferior. La vena porta y los conductos biliares estaban libres. Las células hepáticas pálidas y llenas por aglomeraciones de moléculas pigmentarias de un pardo verdoso. En las partes menos alteradas del parénquima no contenían apenas vestigios de grasa; esta llenaba, por el contrario, las células en la inmediación de los tumores, donde el tejido del hígado estaba muy congestionado y de un color oscuro.

La sangre del corazón derecho dió 3,78 por 100 de extracto etéreo, rico en colesteroína. El extracto alcohólico no contenía leucina.

Habiéndose inyectado la arteria hepática con una sustancia de color rojo y la vena porta con otra amarilla, la primera penetró manifiestamente por todas partes en las masas cancerosas; la inyección amarilla no se encontró en ningún sitio de ellas.

Materias fecales descoloridas y de consistencia de papilla en los intestinos; mucosa de estos conductos pálida; glándulas mesentéricas normales.

Riñones exangües, de volúmen y de consistencia ordinarios.

Vejiga moderadamente distendida por orina clara, próstata normal.

2.º.—Cánceres del hígado consecutivos á un cáncer de la cápsula de Glisson y del estómago.

**OBSERVACION XCVI.**—*Accesos repetidos de dolores en la parte superior del abdomen y en la region lumbar; alteraciones en la digestion estomacal, estreñimiento rebelde, ictericia, tumor liso del hígado. Pigmento biliar y albúmina en la orina, edema de los piés, demacracion, pérdida de fuerzas, delirio, somnolencia. Muerte.—Autópsia: cáncer duro del ligamento hepato-duodenal, que penetraba en el hígado con la cápsula de Glisson y acompañaba á los vasos y los conductos biliares hasta sus últimas ramificaciones. Obliteracion del conducto colédoco; nódulos cancerosos en las paredes de la vena porta, en la serosa del hígado, del duodeno, de la cavidad de la pelvis; engrosamiento escirroso del conducto pancreático; residuos de una peritonitis local limitada á la pelvis; infiltracion inflamatoria de los dos riñones.*—N. N., mujer de cincuenta y tres años, en buenas condiciones higiénicas, sufría de tiempo en tiempo, desde hacia tres años, en la parte superior del abdomen, dolores intensos semejantes á los cólicos. A mediados de octubre de 1858 tuvo un ataque, durante el cual, los dolores se concentraron en el hipocondrio derecho y la region lumbar; al mismo tiempo desapareció el apetito, las deposiciones se hicieron raras, en términos de tardar á veces seis y siete dias en verificarse; la enferma se desmejoró. El 20 de noviembre se presentó ictericia, y el 22 entró esta mujer en el hospital.

Ictericia muy pronunciada, debilidad y demacracion, dolores persistentes en el hipocondrio derecho, sordos, pero que en algunos instantes se hacian muy vivos. El hígado, muy voluminoso, se extendia en la vertical de la línea mamaria, desde la quinta costilla hasta 9 pulgadas por debajo del reborde costal; su superficie era lisa y estaba sensible á la presion.

El bazo tenia un mediano desarrollo. Lengua seca y parda, falta de apetito, deposiciones grises y arcillosas; orina de un pardo oscuro, ácida, conteniendo pigmento biliar y albúmina de 1,018 de densidad; pulso pequeño, 60 pulsaciones.

*Prescripcion.*—Electuario de sen; cataplasmas calientes, régimen nutritivo. Durante el curso de la enfermedad aumentó el sonido á macizo hepático, así como los dolores de la region lumbar; la orina se cargó de mayor cantidad de albúmina y de cilindros, al mismo tiempo que disminuía su cantidad.

*Prescripcion.*—Agua de Vichy para bebida; ruibarbo como purgante.

A principios de diciembre se presentó edema en los piés y ascitis; la demacracion y el aplanamiento de las fuerzas hicieron rápidos progresos. A partir del 16 de diciembre se alteró la inteligencia, manifestándose delirio que alternaba con ligero sopor; la muerte se verificó el 19 con síntomas de parálisis del cerebro.

*Autópsia* treinta y seis horas despues de la muerte.

Cadáver demacrado é icterico, el cerebro y sus membranas exangües, serosidad amarillenta en pequeña cantidad en las pleuras, en mayores proporciones en la cavidad abdominal. En el aparato respiratorio no se encontraron alteraciones notables.

La superficie del hígado estaba lisa; solo la parte convexa del lóbulo dere-

cho presentaba algunos nódulos prominentes del volumen de una avellana.

El órgano tenía 11  $\frac{1}{2}$  pulgadas de ancho; la altura del lóbulo derecho era de 8  $\frac{1}{4}$ ; la del izquierdo 6  $\frac{1}{2}$ ; el máximo del espesor era de 4  $\frac{1}{4}$ . El epiploon gastro-hepático se hallaba considerablemente engrosado por un tejido canceroso, consistente y blanquecino. Los gánглиos linfáticos de la raíz del hígado, degenerados, formaban una masa cancerosa que englobaba los conductos biliares y los vasos del hígado. Las paredes de los conductos hepático y cístico se hallaban de tal modo confundidas con el producto patológico, que en lugar de ser conductos membranosos, no representaban mas que canales estrechos, excavados en el tejido canceroso. No se pudo seguir el conducto colédoco hasta su abertura en el duodeno, y pareció que se perdía en una masa cancerosa. El calibre de la vena porta se hallaba estrechado y anguloso; el interior de este vaso presentaba en algunos sitios nódulos cancerosos prominentes, redondos y lobulados; la arteria hepática no había sufrido alteraciones esenciales.

En todo su curso al través del hígado, los ramos de la vena porta y de los conductos biliares se hallaban rodeados del mismo tejido escirroso que se extendía hasta los acini, dándoles un aspecto manchado. Los conductos biliares presentaban en algunos sitios dilataciones sacciformes y estaban llenos de una bilis viscosa, de color amarillo ambarino. Las paredes de las venas hepáticas no habían sufrido alteración. La cubierta serosa de la glándula presentaba pequeños tumores blanquecinos, diseminados, algunos de los cuales llegaban hasta el volumen de un guisante; otros semejantes existían en la superficie del estómago. El tumor canceroso, unido al duodeno y al páncreas, no interesaba el tejido de este último órgano; pero las paredes del conducto pancreático estaban engrosadas y envueltas por el tejido canceroso; en la serosa del duodeno había algunos nódulos del tamaño de una judía; su mucosa, como la de todo el tubo gastro-intestinal, se hallaba sana.

En la pequeña pélvis, y especialmente en los pliegues de Douglás, se encontraron muchos tumores cancerosos del tamaño de una judía, con engrosamiento del peritoneo; el útero, los ovarios y el recto, estaban adheridos entre sí; los ligamentos anchos, encogidos y arrugados; estas últimas alteraciones eran debidas á una peritonitis localizada en la pélvis.

El volumen de ambos riñones se hallaba aumentado; la sustancia cortical gruesa y de un gris amarillento; el órgano en general, flácido y reblandecido.

Debo esta observación á la amabilidad del doctor Lebert.

*OBSERVACION XCVII.—Alteraciones digestivas, vómitos de sangre coagulada y más tarde de un líquido parduzco, estreñimiento, ictericia, tumefacción y sonido á macizo en el epigastrio y en el hipocondrio derecho, sin tumor apreciable al tacto. Muerte por estenuación. — Autopsia: ulceración muy extensa en la región pilórica del estómago, de fondo liso y bordes elevados; el fondo y el contorno de esta ulceración eran cancerosos. Extensión del cáncer hasta la raíz del hígado y el interior de este órgano por intermedio de la cápsula de Glisson; compresión del conducto hepático, degeneración cancerosa de sus paredes, dilatación de los conductos biliares, compresión de la vena porta, dilatación de las venas de los intestinos delgados; nada de tumefac-*

*cion del bazo.*—Cárlos Leber, carpintero, de treinta y ocho años, permaneció en el hospital del 22 al 28 de febrero de 1856. Desde hacia seis meses sentía dolores en la region del estómago que aumentaban sobre todo despues de las comidas; no tuvo vómitos hasta cinco semanas antes de su entrada en la clínica. Desde este momento, en que dice haber vomitado una gran cantidad de sangre coagulada, casi todos los dias se repitieron los vómitos de materias oscuras; al mismo tiempo se demacraba mucho, y desde hace catorce dias se presentó una ictericia que fué aumentando gradualmente.

El límite inferior de los pulmones descendia un poco mas abajo que de ordinario; pero en lo demás, estos órganos estaban sanos; los ruidos del corazon no ofrecian nada de anormal.

El epigastrio se hallaba tenso y sensible, sobre todo en su mitad derecha. El abdómen presentaba una elevacion que tenia la forma del estómago, y la percusion daba un sonido á macizo en toda la extension de ésta prominencia; solo en el lado izquierdo, sobre el reborde costal y por encima, se encontró un sonido claro, timpánico.

En ninguna parte se notó tumor bien apreciable; el bazo y el hígado parecian tener su volúmen normal. ictericia intensa; la orina contenia mucho pigmento biliar; las materias fecales eran de color amarillo grisáceo, las evacuaciones, raras. Todos los dias se producian muchos vómitos de un líquido pardo agrisado, sucio, generalmente muy abundante; despues de esta evacuacion, el abdómen parecia menos tenso.

La inteligencia estaba despejada. Debilidad extrema, síncope frecuentes cuando se levantaba el enfermo; apetito completamente perdido.

*Prescripcion.*—Vino; caldo con yema de huevo, hielo, tanino.

Las fuerzas continuaban disminuyendo, las extremidades estaban frias; pulso pequeño, 80 pulsaciones.

Muerte por estenuacion el 28 por la tarde.

*Autópsia* diez y siete horas despues de la muerte.

Coloracion icterica oscura de los tegumentos, bóveda del cráneo y dura madre teñidas de amarillo; sangre coagulada en los senos, sustancia cerebral y membranas en estado normal.

Glándula tiróides voluminosa, sembrada de pequeños quistes gelatinosos; gánglios bronquiales negruzcos; mucosa de la laringe, de la tráquea y de los bronquios de un rojo poco intenso.

Pulmones fuertemente distendidos, algunas adherencias ligamentosas en el lado derecho; parénquima seco; hipostasis medianamente pronunciada en la parte posterior y en la inferior solamente.

El pericardio contenia algunas dracmas de serosidad amarillenta; en las cavidades derechas del corazon habia muchos coágulos duros y blandos en las izquierdas, válvulas y tejido muscular en estado normal.

El estómago, considerablemente distendido, llenaba el hipocondrio izquierdo; su corvadura mayor descendia á 3 pulgadas por encima de la sínfisis pubiana. El piloro estaba profundamente oculto debajo del hígado y adherido á la cara cóncava del lóbulo izquierdo; la mucosa de fondo de saco mayor tenia un color amarillo sucio y se hallaba sembrada de manchas lívidas con-

fluentes, huellas de antiguas sufusiones hemorrágicas. Delante del piloro se encontró una pérdida de sustancia que comprendía las tres cuartas partes de la circunferencia del órgano, de bordes cortados perpendicularmente y rodeada por la membrana mucosa que formaba un rodete prominente y duro. El fondo de esta ulceracion, consistente y bastante liso, presentaba gran número de manchas hemorrágicas antiguas ó recientes, y raspándole con el escalpelo se obtuvo un jugo lechoso que contenía los elementos del cáncer. A este nivel, así como mas allá de los bordes de la úlcera, en una estension bastante considerable, todas las tunicas del estómago, exceptuada la mucosa, eran asiento de una infiltracion cancerosa que tenía 6 líneas de espesor; la túnica muscular estaba muy hipertrofiada. El cáncer penetraba en el espesor del lóbulo izquierdo del hígado, pero en una extension que no excedía del diámetro de una cereza; unía el estómago al páncreas sin interesar directamente la sustancia glandular de este órgano. Un tumor canceroso, duro, abollado, partía del estómago, y siguiendo el epiploon gastro-hepático, iba hasta la raíz del hígado, por donde penetraba en la profundidad del órgano, siguiendo la cápsula de Glisson.

No solo el conducto hepático estaba comprimido por este tumor, sino que sus paredes, por encima de su bifurcacion, se hallaban infiltradas por el producto morboso. Los conductos mas inmediatos á este punto estaban fuertemente dilatados; todo el hígado tenía un tinte icterico intenso, sin cambio de consistencia; la superficie era lisa y los bordes cortantes. La vejiga biliar pequeña y estaba llena de un moco grisáceo, pero sin presentar degeneracion cancerosa. La vena porta se encontraba un poco estrechada por el tumor que hemos descrito anteriormente; las raices de la vena meseráica se hallaban distendidas sobre el intestino delgado; la mucosa de esta parte del tubo digestivo se presentaba fuertemente hiperemiada; las materias contenidas en su interior tenían un color gris amarillo sucio. Los intestinos gruesos estaban retraidos y su superficie interna cubierta de un moco incoloro.

Páncreas consistente; su conducto excretor contenía un poco de líquido claro. Glándulas mesentéricas pequeñas.

Bazo de volúmen normal, pálido, consistente, coriáceo.

Riñones duros, de un amarillo grisáceo uniforme; su superficie era lisa.

La vejiga contenía una pequeña cantidad de orina, su mucosa estaba amarillenta y la próstata era pequeña.

La sangre de la vena cava inferior y de las venas hepáticas dió 0,919 por 100 de un extracto etéreo, rico en colestérina. Tratada por el alcohol esta sangre, dió leucina. La sangre recogida en las cavidades derechas é izquierdas del corazon, dió 0,462 por 100 de extracto etéreo, formado en gran parte de colestérina y también de un poco de leucina.

3.º—Cáncer del hígado consecutivo á un cáncer del recto.

OBSERVACION XCVIII.—*Infiltracion de toda la circunferencia del recto con exudacion feúda, ligero infarto de los gánglios inguinales, dolor en el trayecto del nervio ciático, ningun sintoma de afeccion del hígado, marasmo, muerte.—Autopsia:*

*cáncer del recto, del lóbulo izquierdo del hígado, de los gánглиos lumbares, hipogástricos é inguinales. Nódulos cancerosos en las paredes del corazón.*—Godofredo Heibert, de sesenta y siete años de edad, fué tratado en la clínica de Breslau desde el 26 de noviembre hasta el 25 de diciembre de 1856.

El enfermo aseguraba que hasta las diez últimas semanas anteriores á su entrada en el hospital, habia gozado siempre de buena salud, sin haber sentido nunca molestia durante la defecacion; las deposiciones eran regulares. La enfermedad actual se desarrolló gradualmente, manifestándose por evacuaciones de moco y algunas veces de una pequeña cantidad de sangre con un tenesmo frecuentemente repetido.

El exámen del recto dió á conocer la existencia de un rodete anular agrietado, doloroso al tacto y que impregnaba el dedo con que se hacia la exploracion de un olor sumamente fétido. La emision de la orina no era dolorosa, ni difícil, pero existian dolores en ambos miembros inferiores, sobre todo en el izquierdo, siguiendo el trayecto del nervio ciático. Gánглиos inguinales ligeramente tumefactos, poco dolorosos, movibles; no habia edema en los piés. El hígado no presentaba tumores apreciables ni era asiento de ninguna sensibilidad. Hernia escrotal muy voluminosa desde hacia veinte años.

Apetito mediano, apirexia, color caquético de la cara, demacracion muy pronunciada. El enfermo no pudo soportar las lavativas de belladona, que determinaron un aumento en el tenesmo.

*Prescripcion.*—Infusion de ruibarbo.

8 de diciembre.—Salida por el recto de una gran cantidad de líquido fétido; no habia alteraciones digestivas.

*Prescripcion.*—Extracto de quina con ruibarbo y belladona.

15.—La demacracion hacia rápidos progresos; el paciente se quejaba algunos ratos de dolores intensos en la pantorrilla derecha; poco apetito; deposiciones en forma de cinta.

22.—Fué preciso aislar al enfermo á causa del olor fétido que desprendia. Murió el 27 en el marasmo.

*Autopsia.*—Nada en el cráneo ni en su contenido digno de notarse.

Algunas dracmas de serosidad en el pericardio. En la pared de la aurícula derecha, inmediatamente debajo del epicardio, habia un núcleo blanquecino del volúmen de un guisante; las paredes de las cavidades derechas eran muy delgadas, las válvulas estaban sanas. El ventriculo izquierdo tenia su capacidad normal; las válvulas se hallaban un poco opacas; la aorta fuertemente ateromatosa.

El bazo se encontraba encogido, arrugado, pardo claro, coriáceo.

Los gánглиos linfáticos, situados sobre el trayecto de la columna vertebral, estaban infiltrados de cáncer; formaban tumores, cuyo volúmen variaba del tamaño de una avellana al de un huevo de paloma, y que se prolongaban por abajo hasta la pequeña pelvis y por arriba hasta la raiz del hígado.

Este tenia su volúmen normal, el lóbulo izquierdo estaba sembrado de gruesos nódulos cancerosos; el derecho les contenia tambien, pero eran mas pequeños; bilis clara de un pardo oscuro.

Estómago pequeño, mucosa lívida; cicatriz antigua en medio de la pa-

red posterior, que habia producido una ligera estrechez; no existia cáncer.

Mucosa del intestino delgado pálida; los intestinos gruesos un poco dilatados y conteniendo materias duras.

Partiendo del ano, á 6 líneas próximamente por encima del esfínter, se llegaba á una excavacion llena de un líquido icoroso, fétido; la pared anterior del recto tenia 5 líneas de espesor y estaba infiltrada por una masa cancerosa dura, que se prolongaba hasta la próstata; en la pared posterior existia una ulceracion cancerosa, profunda y sinuosa.

Riñones y vejiga en estado normal.

4.º—Cáncer del hígado consecutivo á un cáncer de los ovarios.

OBSERVACION XCIX.—*Alteraciones dispépticas, ictericia, demacracion; dos tumores voluminosos encima del estrecho de la pelvis; hígado voluminoso, abollado, presentando surcos de constriccion; sensibilidad del bajo vientre. Muerte por estenuacion.—Autopsia: cáncer cístico de los dos ovarios; cáncer del hígado, linfáticos de este órgano llenos de células cancerosas, degeneracion de la misma naturaleza en los ganglios de la raiz del hígado, compresion de la vena porta, dilatacion de la arteria hepática; cáncer de los ganglios celiacos y lumbares; nódulos cancerosos en la mucosa de la vejiga, hidronefrosis del riñon derecho, infiltracion medular del izquierdo.—Amelia Stein, mujer de un carpintero, de cuarenta y ocho años de edad, estuvo en tratamiento del 8 al 12 de julio de 1854.*

La enferma habia tenido cinco años antes una ictericia que desapareció despues de haber durado muchas semanas, pero dejándola siempre enfermiza; desde entonces se queja de dolores en el bajo vientre. La menstruacion, que habia sido siempre regular, cesó hacia dos años. Esta mujer habia tenido doce hijos, el último hacia doce años.

En los últimos seis meses, alteraciones en la digestion estomacal; se presentaron dolores en el epigastrio, especialmente despues de la ingestion de alimentos salados; las deposiciones eran raras. Hacia ocho semanas se presentó ictericia, y al mismo tiempo disminuyeron las fuerzas de un modo notable.

La enferma estaba muy demacrada; su piel tenia un color amarillo de limon y una transparencia de cera; se quejaba de prurito muy molesto. Pulso pequeño, 72 pulsaciones. No se observó ninguna anomalia en los órganos torácicos.

El bajo vientre se hallaba notablemente tumefacto, sobre todo en su mitad derecha; á simple vista se notaban ya tumores desiguales que descansaban en uno y otro lado sobre el ileon, descendiendo hasta la pequeña pelvis. Eran movibles y del volúmen de la cabeza de un feto; el derecho un poco mayor; la mano podia penetrar profundamente en el espacio que les separaba uno de otro. Por encima de estos tumores pelvianos se percibia el borde anterior del hígado, sembrado de eminencias redondeadas, sensibles á la presion, del mismo modo que las que recubrian su superficie. Debajo del reborde costal derecho se encontró por la palpacion una depresion prolongada (surco de constriccion).

No se observó nada de anormal en el estómago; las materias fecales no

contenían bilis, las evacuaciones eran raras. La orina de un pardo oscuro, sin azúcar ni albúmina.

Los dolores abdominales aumentaron á pesar de la morfina y las cataplasmas. La muerte se verificó el 12 de junio, conservando la enferma íntegras sus facultades intelectuales.

*Autopsia*, ocho horas despues de la muerte.—Bóveda craneana delgada y exangüe, dura madre engrosada, de un amarillo oscuro. Una pequeña cantidad de sangre en coágulos blandos en el seno longitudinal; pia-madre débilmente inyectada; un poco de serosidad amarillenta en las fosas occipitales. La cara convexa del hemisferio izquierdo presentaba una extravasacion sanguínea, delgada, de poca extension. La sustancia del cerebro normal en cuanto á su consistencia y grado de vascularizacion.

La pleura derecha contenía cuatro libras, la izquierda dos, y el pericardio media onza de una serosidad amarillenta. La mucosa de la faringe y del esófago estaba teñida de amarillo y con gran número de venas varicosas.

La aorta torácica, de calibre normal, se hallaba ligeramente ateromatosa.

Mucosa de la laringe pálida; tráquea ligeramente inyectada, cubierta de moco grisáceo; glándula tiróides exangüe; gánglios bronquiales negruzcos. Pulmon derecho infiltrado de serosidad amarillenta, lóbulo inferior aireado, con poca sangre, en estado de esplenizacion en sus bordes; bronquios un poco dilatados, conteniendo en algunos sitios un moco amarillo oscuro. Pulmon izquierdo edematoso en el vértice, congestionado por hipostasis en la base.

Pericardio teñido de amarillo, con algunas placas lechosas; corazon pequeño, ligeramente adiposo, con coágulos un poco consistentes en las cavidades derechas y blandos en las izquierdas. Todas las válvulas se hallaban en estado normal.

La cavidad del abdómen contenía unas cinco libras de serosidad; el peritoneo estaba inyectado y opaco en algunos sitios, y presentaba copos fibrinosos diseminados.

El hígado subía hasta la cuarta costilla, el borde inferior de los pulmones bajaba hasta la sexta. El lóbulo hepático derecho tenía 9 pulgadas de largo y 4 de espesor; se hallaba cortado en su parte media por un surco transversal, en cuyo fondo se veía la serosa opaca y engrosada. Toda la superficie del órgano estaba desigual, abollada, cubierta de tumores de volúmen variable, desde el de un guisante al de un huevo de paloma.

En la superficie del hígado se veía, como inyectada de cera amarilla la red de los vasos linfáticos, que partiendo de los focos cancerosos se extendían por la cara convexa del órgano hasta el ligamento suspensorio. Aislado algunos de estos cordones se hacía salir de ellos, por medio de la compresion, una sustancia amarillenta, vermiforme, compuesta de células cancerosas perfectamente desarrolladas, de núcleos y del contenido de las células (4).

Los bordes y la cara inferior del hígado presentaban igualmente gran nú-

(4) La opinion de un gran número de autores, que creen que la reabsorcion de la bilis se verifica por los linfáticos y no por las venas, está en desacuerdo con esta observacion. Vemos aquí, en efecto, una ictericia intensa, aun cuando los linfáticos estaban obliterados por masas cancerosas.

mero de tumores, todos excavados, duros, amarillos, de aspecto fibroso al cortarles. Los gánglios linfáticos de la raíz del hígado estaban infiltrados de cáncer; el conducto cístico contenía un tapon negruzco de bilis espesa. La arteria hepática se hallaba dilatada, la vena porta contraída, y su cavidad era angulosa estando sanas las paredes. La vejiga contenía bilis parecida á brea.

Entre los nódulos cancerosos, los acini del parénquima hepático estaban amarillos en el centro y rojos en la periferia. Los conductos biliares presentaban en muchos puntos dilataciones sacciformes, de paredes lisas y poco coloreadas, llenas de un líquido viscoso, claro y apenas teñido.

El bazo, ingurgitado de sangre, tenía su volúmen normal. La mucosa del estómago estaba equimosa en algunos puntos y cubierta de un moco grisáceo; el páncreas duro y sólidamente fijo; los gánglios inmediatos á él infiltrados de cáncer. El mesenterio presentaba gran número de tumores del tamaño de una lenteja; las venas mesentéricas no estaban dilatadas. No había infiltración en las glándulas del mesenterio, hallándose muy limitada en las retroperitoneales.

La parte inferior de la cavidad abdominal, así como la pequeña pélvis, estaban llenas por dos tumores; el derecho, mas voluminoso que el izquierdo, tenía el tamaño de la cabeza de un hombre. Estos tumores se hallaban formados de muchos quistes redondeados; algunos, que eran los mayores, llenos de un líquido gelatinoso, y los otros de masas cancerosas. La superficie serosa de estos últimos estaba frecuentemente umbilicada y surcada de gran número de divisiones vasculares. Las trompas alojaban en ambos lados la cara anterior de estos tumores; su extremidad se hallaba franjeada como en el estado normal, pero las franjas un poco inyectadas y adheridas á los tumores.

Se encontraron algunas pequeñas nudosidades cancerosas sobre la cubierta peritoneal del útero y el labio posterior del cuello; el tejido uterino estaba un poco duro y la mucosa sana.

La vejiga presentaba, en la inmediación del orificio de los uréteres, tres placas cancerosas en forma de eminencias aplanadas, redondas, duras, del diámetro de un real y de color amarillo oscuro. El uréter derecho estaba muy distendido, la pélvis dilatada, el riñon atrofiado; el riñon izquierdo se encontraba blando, su cápsula se desprendía fácilmente, y su tejido presentaba una infiltración de tejido medular grisáceo, que penetraba el parénquima en forma de cuña.

Nada de anormal en el tubo digestivo.

5.º—Cáncer del hígado consecutivo á un cáncer del cerebro.

OBSERVACION C.—*Herida de la cabeza, apatía, pérdida de conocimiento, cefalalgia, lentitud del pulso, caída del párpado y hemiplejía del lado izquierdo, evacuaciones involuntarias. Muerte en medio de los síntomas de parálisis del cerebro.—Autopsia: cáncer quístico del volúmen de una manzana en el lóbulo anterior derecho del cerebro; cáncer del volúmen de una naranja sembrado de derrames sanguíneos en el lóbulo derecho del hígado.*—Juana Gernt, mujer de un albañil, de treinta y ocho años, estuvo en la clínica de Breslau del 17 al 22 de junio de 1856.

La enferma aseguraba, que fuera de algunos dolores de cabeza pasajeros, había disfrutado siempre de buena salud. El 18 de mayo, según dijo el marido, la cayó un pedazo de palastro sobre la parte derecha y anterior de la cabeza. Los parientes pretendían que era el mismo marido quien la había causado esta contusión. Perdió inmediatamente la memoria, su inteligencia se puso obtusa, y sus actos eran irrazonables; vomitaba frecuentemente y se quejaba de dolores intensos de cabeza. Desde el 3 junio se la colocó en otro departamento del hospital, y allí, además de la cefalalgia, se observó una grande apatía moral, lentitud del pulso, temperatura normal, estreñimiento; podía sin embargo andar, y hablaba razonablemente.

El 14 de junio se observó una caída del párpado izquierdo.

17.—60 pulsaciones, 20 respiraciones, falta de movimientos en la mitad izquierda de la cara y el cuerpo; la lengua se inclinaba á la izquierda, y el párpado de este mismo lado estaba caído; apatía y somnolencia, evacuaciones involuntarias, no había vómitos, dolores en la region frontal. Abdómen flexible é indolente; hígado y bazo de volúmen normal.

Los derivados al tubo intestinal y las sanguijuelas á las regiones temporales, calmaron momentáneamente los dolores.

22.—Pulso frecuente, 130 pulsaciones; temperatura elevada, pérdida completa de conocimiento; estertores sonoros en ambos pulmones; muerte á las siete de la tarde.

*Autopsia*, diez y seis horas despues de la muerte.

No se encontró nada de anormal en el cuero cabelludo; pequeña cicatriz plana, de fecha antigua, sobre la protuberancia occipital; los huesos del cráneo se hallaban íntegros y no presentaban señal alguna de herida.

La dura madre estaba muy tensa, sus senos contenían coágulos blandos; la cara interna de esta membrana se hallaba ligeramente adherida á las otras meninges que estaban muy inyectadas; no había serosidad en la base.

En el lóbulo anterior derecho del cerebro se encontró una superficie en parte amarillenta y en parte de color rojo pardo, de pulgada y  $\frac{1}{4}$  de extensión, y en la cual las circunvoluciones estaban completamente aplanadas é imposibles de reconocer. Al hacer un corte salieron de esta parte dos onzas de un líquido seroso, amarillo rojizo, que se coaguló al aire, y no contenía otro elemento sólido que los glóbulos sanguíneos. Este líquido venía de una cavidad del tamaño de una manzana pequeña, cuyas paredes eran vellosas y de un gris rojizo. Procediendo de dentro afuera, se encontró primero una capa ténue de sangre derramada, luego la sustancia gris periférica, que parecía amarilla y reblandecida; en seguida venía la pared de la cavidad constituida por una masa cancerosa, formando una capa de 4 á 5 líneas de espesor, grisácea, poco consistente, y conteniendo muchos vasos. El exámen de esta sustancia reveló un estroma fibroso muy fino, de mallas llenas de gruesas células de formas variadas.

Todo el resto de la sustancia cerebral estaba muy inyectado, consistente, y en lo demás perfectamente normal.

Glándula tiróides pálida, gánglios bronquiales pequeños. Pulmones congestionados y un poco edematosos en su parte posterior, sanos en el resto de su

extension. Corazon adiposo conteniendo coágulos blandos, válvulas y aorta en estado normal.

Esófago, estómago, intestinos, páncreas y glándulas mesentéricas sin alteraciones esenciales. Bazo pequeño y exangüe, algunos equimosis en su pulpa.

El hígado, de forma normal y superficie lisa, presentaba sobre la parte convexa del lóbulo derecho un fungus medular del volúmen de una naranja, blando, grisáceo, fuertemente vascularizado; era perfectamente redondeado y se separaba por una línea bien marcada del parénquima hepático inmediato. El exámen microscópico demostró la misma estructura que en el cáncer del cerebro. Este tumor del hígado estaba sembrado de gran número de derrames sanguíneos, pardos y negros.

El resto del tejido hepático no ofrecía ninguna otra alteracion mas que un estado adiposo poco pronunciado. La bilis era viscosa y de color oscuro.

Riñones y vejiga en estado normal. Uréter derecho un poco dilatado por el útero, que se encontraba inclinado á la derecha y adherido al ovario por cicatrices; en lo demás estaba sano. Los ovarios eran voluminosos y contenian muchos cuerpos amarillos.

6.º—Cáncer del hígado consecutivo á un cáncer de la piel del talon.

OBSERVACION CI.—*Cáncer desarrollado primitivamente sobre el talon izquierdo, que se extirpó por la gálvano-cáustia, reproduciéndose al cabo de un año; caquexia general; muerte.—Autopsia: úlcera cancerosa muy extensa del talon, teniendo por base el periostio del calcáneo; nódulos secundarios sobre el trayecto de los vasos linfáticos de la pierna y del muslo en la pia-madre y los pulmones; cáncer quístico del hígado.*—Cristian Kruger, conductor de correos, de setenta y cuatro años de edad, entró en el hospital el 1.º de diciembre de 1857 y murió el 21 de mayo de 1858.

El enfermo fué operado de un cáncer en el talon izquierdo por la gálvano-cáustica en 1856, y salió curado del hospital. El tumor se reprodujo pasado un año, atribuyendo el enfermo esta recidiva al roce de la bota. La debilidad general y el infarto secundario de las glándulas de la íngle impidieron que se intentase de nuevo la operacion.

Curas con agua clorurada y tratamiento puramente higiénico hasta la muerte. Falta de apetito; no habia vómitos, estreñimiento pertinaz.

El enfermo no se habia quejado nunca de dolores en el vientre. El volúmen del hígado estaba aumentado, pero su superficie se conservaba lisa y era poco sensible á la presion. Orinas normales, nada de ictericia. Durante largo tiempo tuvo tos con una expectoracion mucosa, en la que no se observó nunca sangre ni pus. La demacracion y la debilidad fueron haciendo rápidos progresos en los últimos tiempos. El enfermo se hallaba en un estado de apatía casi continuo, y perdió el conocimiento en las últimas veinte y cuatro horas. No hubo espasmos ni parálisis.

*Autopsia.*—En el calcáneo izquierdo existia un tumor del volúmen de un puño, de superficie desigual, que cuando se le cortó parecia formado de sustancia medular de un gris rojizo. Estaba fuertemente adherido sobre un punto circunscrito al periostio, que se aislaba fácilmente del hueso reblande-

cido al que cubría. Los otros huesos del tarso se hallaban en estado normal.

En la pierna se percibía un cordón nudoso que se pudo seguir hasta debajo de la corva; en la parte interna del muslo se encontraron algunos tumores de volumen variable, formados de una sustancia medular grisácea y con las cavidades llenas de un líquido sanguinolento. La vena y la arteria femoral estaban libres hasta sus ramificaciones; las nudosidades no seguían el trayecto de la vena, sino el de los linfáticos; eran subcutáneas y no se las encontró en los músculos. Las venas inmediatas á ellas no presentaban coágulos; no había edema en los pies. En el otro lado no existían estas alteraciones.

Los gánglios linfáticos prevertebrales, así como los mesentéricos, estaban sanos. Algunos exóstosis en los cuerpos de la última vértebra dorsal y de la primera lumbar.

La dura madre se hallaba íntimamente adherida á la bóveda craneana y engrosada. En el tejido sub-aracnoideo y los ventrículos existía una gran cantidad de serosidad; el ventrículo del tabique estaba distendido, presentando el aspecto de una vejiga. Algunos quistes en los plexos coroideos; sobre dos puntos de la pia-madre se encontraron tumores de un gris súcio, del volumen de un guisante á una judía, análogos á los del muslo izquierdo.

Los gánglios linfáticos del cuello no estaban tumefactos.

Los pulmones se encontraban sembrados de nódulos de un blanco grisáceo, del volumen desde un grano de mijo al de una avellana; algunos estaban situados inmediatamente debajo de la pleura; en otros sitios se observaron infiltraciones de un blanco agrisado, que tenían pulgada y media de extensión.

Pericardio y corazón en estado normal.

Bazo pequeño, pálido y atrofiado.

El hígado estaba un poco tumefacto, aumentado sobre todo su espesor. En la superficie existían un número considerable de tumores de grosor variable, visibles á través de la serosa, y que daban una fluctuación semejante á la de los abscesos. Disecándoles, se vió que formaban nódulos redondeados, desde media pulgada á 2 y  $\frac{1}{2}$  de diámetro, limitados exteriormente por una cápsula de tejido conjuntivo. Tenían una armazón radiada y encerraban quistes serosos redondeados de 3 á 11 líneas de diámetro, llenos de serosidad sanguinolenta. Se encontraron también algunos quistes sobre el borde de los nódulos cancerosos. El parénquima hepático presentaba su color pardo rojizo ordinario. La degeneración se extendía uniformemente á los dos lóbulos. La vejiga biliar retraída, encerraba, además de un moco gris amarillento, una masa consistente, blanquecina, formada por una vegetación cancerosa.

Estómago, intestinos, riñones, en estado normal.

#### Art. X.—Mixoma del hígado.

Esta clase de tumores en el hígado, solo está representada por una observación debida á Cornil y Cazalis (<sup>1</sup>), cuyos principales detalles son los siguientes:

(<sup>1</sup>) Cornil y Cazalis, *Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie*, t. IV, 2.<sup>a</sup> série, 1872.

OBSERVACION CII.—Una niña de ocho meses fué conducida al Hotel-Dieu de Paris y sometida á la observacion el 1.º de enero de 1872. No presentaba nada de apreciable en el momento del nacimiento; pasados cinco meses bajo la influencia de un mal régimen, advirtió la madre que tomaba un aspecto ético; el vientre estaba voluminoso y los miembros muy demacrados, tenia una diarrea abundante. Los cuidados que en esta época se la prodigaron produjeron algun alivio en el estado general, pero el abdómen se conservó siempre muy abultado. Esta dilatacion era regular, y afectaba una forma oval con su eje mayor en sentido vertical. Partiendo del lado izquierdo del apéndice sifóides, se notaba una depresion que se dirigia hácia el ombliigo, inclinándose en seguida á la derecha horizontalmente. Encima de este hundimiento se percibia un tumor duro, sin fluctuacion. Debajo, sobre la línea media y á la derecha, existia un tumor mal limitado, duro, y que daba un sonido macizo como el anterior. No se advertia fluctuacion; las venas subcutáneas estaban dilatadas; habia un poco de disnea. Los padres no tenian antecedentes sifilíticos.

Una puncion exploradora produjo un poco de líquido cetrino, que se coaguló por el calor y el ácido nítrico, y aun se convirtió en jalea espontáneamente. La cánula penetró en una cavidad, cuya pared se sentia á muy poca distancia.

Se practicaron cuatro punciones con aspiracion; la una dió próximamente 250 gramos de líquido análogo al primero; en las otras tres, solo salieron algunas gotas; la aguja encontró una parte dura, muy próxima á la pared abdominal.

El volúmen del vientre fué aumentando de dia en dia, las venas se dilataron, los miembros continuaron demacrándose, la disnea se hizo intensa, y la enferma murió el 8 de febrero de 1872.

*Autópsia.*—Las venas cutáneas del lado derecho del pecho estaban muy dilatadas, existia una bronco-pneumonia doble de los lóbulos inferiores del pulmon, mas marcada en el lado izquierdo que en el derecho; el corazon estaba sano.

La dilatacion de las paredes del abdómen era enorme, la forma regular; las venas superficiales estaban muy dilatadas; las paredes muy delgadas, y todas las capas que las componen tenian poquísimo espesor. El hígado descendia hasta la depresion antes indicada, pero se continuaba directamente con un tumor que invadia todo el abdómen hasta debajo del pubis y empujaba los intestinos hácia el lado izquierdo. El hígado y el tumor pesaban reunidos 2 kilogramos 590 gramos; no existian adherencias entre ellos y los demás órganos ó las paredes del vientre. El peritoneo revestia toda la superficie del tumor, exceptuando la parte superior que estaba cubierta por el hígado; no habia mas líneas de demarcacion que una ligerísima depresion que separaba el hígado del tejido morbosos por delante; pero por detrás, en la extension de algunos centímetros, existia una ranura marcada entre el borde posterior de dicho órgano y el tumor; sin embargo, la coloracion de la parte superior de la pared de este era absolutamente lo mismo que la del hígado, y esta apariencia no cesaba bruscamente, sino que iba disminuyendo poco á poco, de suerte que parecia que el tumor se hallaba revestido en la parte su-

perior por una prolongacion del tejido hepático. El tumor no se adhería por arriba mas que en el lado derecho, porque la vejiga de la bilis estaba libre, así como la vena porta; pero la division izquierda de esta vena pasaba debajo de aquel para hundirse en el surco transversal, de manera que para seguirla, fué preciso cortar con el escalpelo el peritoneo y un tejido subperitoneal bastante grueso.

Hendiendo el tumor por una seccion vertical y de delante atrás, se vió que el hígado, muy adelgazado, le formaba una calota, que por delante se prolongaba sobre él hasta la mitad de su altura y con un espesor de 2 á 3 milímetros; luego el revestimiento, que se continuaba sobre toda la pared, era evidentemente la continuacion de la cápsula de Glisson muy engrosada con el peritoneo; esta envoltura encerraba gran número de vasos, y no se la pudo separar del resto del tumor con el que formaba un todo único.

El tejido fundamental de esta produccion se presentaba bajo el aspecto del tejido coloideo; su consistencia era la de una gelatina sólida, su color amarillo; bastante transparente, este tejido contenía gran número de fibras blanquecinas mas ó menos abundantes, segun los puntos examinados; la presion hizo fluir una cortísima cantidad de un liquido seroso amarillento. La superficie de seccion era limpia é igual, se veían en ella vasos poco numerosos, pero algunos de un calibre importante.

Este tumor estaba sembrado de cavidades redondeadas, mas ó menos regulares; dos de ellas tenían el tamaño de una naranja pequeña, las otras variaban de volúmen, desde el de un albaricoque al de un guisante, y su número era tal, que no podía decirse si la parte líquida del tumor ocupaba un espacio mas considerable que la parte sólida. Estas cavidades estaban llenas de una serosidad análoga á la que se extrajo por las punciones. Sus paredes eran muy lisas y parecían formadas por una membrana blanquecina, transparente.

No había ascitis. Los demás órganos del abdómen parecían completamente sanos.

El exámen histológico de la pieza fresca demostró que el tejido del tumor se componía de fibras finas y raras, circunscribiendo alvéolos llenos de un líquido que contenía glóbulos de pus y células irregulares, voluminosas, de largas prolongaciones, conteniendo uno ó muchos núcleos y bastante cantidad de granulaciones adiposas. Esta estructura correspondía evidentemente al tejido mixomatoso. La pared de las cavidades parecía formada por el entrecruzamiento de fibrillas muy apretadas, como si la presion exterior del líquido las hubiese comprimido las unas contra las otras; sin embargo, Cornil, que hizo este exámen, no pudo en este momento descubrir los vestigios de epitelio en sus paredes.

Examinando la pared superior del tumor por debajo de la depresion, que parecía marcar la terminacion del hígado, se vió que existía en ella una capa de células que presentaban absolutamente todos los caracteres de las hepáticas, pero un poco deformadas por la compresion y encerrando un número considerable de granulaciones adiposas.

Es, pues, evidente que el tumor se había desarrollado en el interior mismo

del hígado, puesto que al crecer habia empujado y comprimido alrededor de sí el tejido de este órgano, toda vez que, aun en la actualidad, se hallaba revestido en una parte notable de su periferia por una capa delgada, compuesta de células hepáticas en continuacion directa de tejido con el resto de la glándula.

Un segundo exámen practicado sobre piezas endurecidas en el alcohol, confirmó el primero.

#### Art. XI.—Enfisema del hígado.

A los productos patológicos de nueva formacion del hígado añadiremos una alteracion particular de este órgano, que se ha denominado *enfisema*.

Hay casos en que el hígado contiene tal abundancia de gases, que sobrenada en el agua y da á la percusion un sonido claro.

##### I.—Causas.

Este estado puede ser debido á muchas causas.

Por lo comun son abscesos ó quistes hidatídicos que, despues de haber evacuado su contenido en el estómago ó los intestinos, se encuentran llenos por los gases del tubo digestivo bajo la influencia de la presion de las paredes abdominales y de las contracciones de la túnica muscular de aquellos conductos. Graves <sup>(1)</sup>, Haspel <sup>(2)</sup> y otros autores han descrito hechos de esta naturaleza. Haspel tuvo ocasion de observar el curso de estos fenómenos en el hígado de un buey á quien se acababa de matar; un absceso comunicaba con el cólon por una pequeña abertura, y se habia llenado de gases y de materias excrementicias; el parénquima que rodeaba al absceso presentaba además algunos vacúolos.

Sin necesidad de alteraciones del hígado, los gases pueden tambien penetrar en las vías biliares, cuando por consecuencia de estados morbosos se halla considerablemente aumentada la presion de los gases contenidos en los intestinos. He encontrado la vejiga de la bÍlis del volúmen de un huevo de ganso, en la autopsia de un hombre de cuarenta y cuatro años, que habia muerto con los síntomas de un íleo consecutivo á una caida de caballo. La parálisis de algunas circunvoluciones intestinales confucionadas y cubiertas de sangre derramada, habia determinado una detencion y estancamiento de las materias fecales, y una distension timpánica enorme de las paredes del vientre. De aquí habia resultado el paso de los gases á la vejiga

<sup>(1)</sup> Graves, *Dublin Journ.*, junio 1839.

<sup>(2)</sup> Haspel, *Maladies de l'Algérie*. Paris, 1850, t. I, p. 200.

de la bilis por el conducto colédoco; al abrirla, se escaparon con un silbido particular, y la vejiga, que no contenía bñlis, se aplanó. El cadáver no presentaba los caracteres de la putrefaccion, y durante la vida no se habia observado sonido á macizo en la region hepática. Morgagni hace mencion de una vejiga biliar llena de gas.

Se encuentran casos mucho mas difíciles de explicar, en que el parénquima del hígado se halla uniformemente sembrado de cavidades del tamaño de un grano de mijo al de un guisante, llenas de gases, de paredes lisas y que dejan exudar por la presión un líquido sanguinolento. He visto esta alteracion en una mujer de treinta y dos años, que murió de una artritis purulenta; la muerte habia sido precedida, á un corto intervalo, de un aborto y de una erupcion petequial. Stokes (1) ha hecho la misma observacion en un individuo que murió de la rotura de un aneurisma aórtico en el esófago. Louis (2) ha visto igualmente este hecho en un tuberculoso; Cambay (3) en el curso de una disenteria grave complicada de peritonitis; Piorry (4) en un varioloso. En ninguno de los casos, á excepcion del de Louis (5), existian signos de putrefaccion.

La causa de este desarrollo particular de gases, cuya naturaleza no se ha determinado, continúa siendo oscura. La opinion de Piorry, quien supone que los gases de los intestinos llegan al hígado por una erosion de las raicillas de la vena porta, no me parece admisible. Es mas racional buscar la explicacion de estos hechos en un trabajo de descomposicion local favorecido, en ciertas circunstancias, por las metamorfosis complexas de que es asiento el hígado, cuando contiene una gran cantidad de sustancias hidrocarbonadas.

## II.—Diagnóstico.

Son necesarias observaciones ulteriores para decidir perentoriamente si, como pretenden haber demostrado Louis y Piorry, el enfisema del hígado se desarrolla durante la vida y puede diagnosticarse por la desaparicion del sonido macizo hepático.

(1) Stokes, *Traité des maladies du cœur*, trad. por Senac. Paris, 1864, p. 587.

(2) Louis, *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la phtisie*, 2.<sup>a</sup> edic. Paris, 1845, p. 150.

(3) Cambay, *la Dysentérie*, p. 150.

(4) Piorry, *Gaz. des hôpitaux*, p. 535.

(5) Louis deduce del poco desarrollo del hígado, que los gases se habian formado en la glándula durante la vida.

## LIBRO II.

### ENFERMEDADES DE LA ARTERIA HEPÁTICA.

El tronco y los ramos de la arteria hepática presentan alteraciones mas frecuentes de lo que se creia en otro tiempo. Esta arteria participa de la mayor parte de las degeneraciones de que puede ser atacada la glándula, pero es bastante raro encontrarla aisladamente enferma.

#### Art. I.—Hipertrofia de la arteria hepática.

En todas partes donde se desarrollan masas de tejido conjuntivo nuevo en el hígado, y á medida que los capilares de la vena porta desaparecen, se forman nuevos vasos pertenecientes al sistema de la arteria hepática, é inyectables por esta última. En la induración granulada simple se encuentran, en medio de tractus de tejido conjuntivo, ricas redes arteriales, y los ramos inmediatos de la arteria, y aun frecuentemente su tronco mismo, están notablemente dilatados. Lo mismo sucede con los carcinomas, en los que he visto una dilatación de los ramos, y aun en muchos casos del tronco de la arteria, lo propio ocurre con las obliteraciones antiguas de la vena porta, etc. Este hecho se explica por las modificaciones ocurridas en la nutrición de la sustancia del hígado, y por el aumento de la corriente sanguínea suplementaria, que resulta de la oclusión de un aparato vascular que comunica en una porción de puntos, por sus capilares, con las raicillas de la arteria hepática.

#### Art. II.—Obstrucción de la arteria hepática.

Debe notarse la frecuente existencia de un pigmento negro en los ramos de la arteria; hasta ahora no habia llamado la atención este hecho. Con la cirrosis y con los productos de nueva formación, he visto muchas veces ciertos ramos de la arteria hepática completamente obstruidos por una masa de color negro; en otros casos, la obstrucción solo era parcial. Semejante estado hace sospechar alteraciones circulatorias, que deben producirse frecuentemente en las ramificaciones arteriales bajo la influencia, ya de la contractilidad del tejido conjuntivo que se encuentra en la sustancia hepática, ya por otras causas.

Hasta el presente, no se ha observado una oclusión, una embolia

de la arteria hepática por un coágulo que hubiese sido acarreado; la dirección en que emergen de la aorta las arterias celiaca y hepática, no es favorable á este fenómeno.

### Art. III.—Obliteracion y aneurisma de la arteria hepática.

La obliteracion de la arteria hepática y su aneurisma son muy raros; solo por excepcion se encuentra aqui el ateroma de las paredes vasculares, que sirve de intermedio habitual á la produccion de estas lesiones (1).

Gendrin (2) ha descrito una obliteracion ya antigua de la arteria hepática en una jóven de veinte y tres años; Ledieu (3) refiere un segundo caso en que la oclusion de la arteria era debida á un aneurisma. Se trataba de una mujer de cincuenta y cuatro años, afectada de bronquitis crónica con enfisema y albuminuria, y que sucumbió á una hidropesía general. En la autopsia, el hígado, de un volumen ordinario, pareció ligeramente cirrótico; la vena porta estaba normal. De los ramos del tronco celiaco, la arteria coronaria estomática y la esplénica se hallaban sanas; la arteria hepática, por el contrario, un poco por encima de la insercion del píloro, que se conservaba permeable, presentaba un tumor muy duro y del tamaño de una ave llana. Cerraba completamente la luz del vaso, y ni por arriba ni por abajo se podia hacer pasar la sonda. Este tumor estaba formado por un aneurisma lleno de coágulos sólidos. La bilis contenida en la vejiga era normal. Ledieu deduce de esta observacion, que el hígado puede nutrirse y continuar funcionando por medio de la vena porta sola. Sin embargo, es claro que las anastómosis de la arteria pilórica bastan para suministrar al hígado sangre arterial.

Stokes, Sestier, Wallmann, Lebert han descrito aneurismas de la arteria hepática; tres de ellos se abrieron en la cavidad abdominal ó en la vejiga, el quinto produjo la muerte por estenuacion. Sestier (4) encontró sobre el ramo derecho de este vaso, muy cerca del sifio en que tiene lugar la division, un aneurisma del tamaño de una ave llana, y lleno de coágulos sanguineos decolorados; la vejiga estaba gangrenada en muchos puntos. Durante la vida, el enfermo se ha-

(1) Crisp no ha encontrado en 552 casos de aneurisma mas que uno de la arteria hepática. Los mismos resultados arrojan las tablas estadísticas en que Lobstein, Bizot y Rokitansky han establecido el grado de frecuencia de los diversos aneurismas.

(2) Gendrin, *Traité de médec. pratiqu.*, t. I, p. 485.

(3) Ledieu, *Journal de Bordeaux*, marzo 1856. *Schmidt's Jahrbücher der gesammten Medicin*, t. XCIII, p. 56.

(4) Sestier, *Bulletin de la Société anatom.*, t. VIII, p. 55.

bia quejado de accidentes de una afeccion dolorosa del estómago de curso crónico; habia muerto de extenuacion.

Stokes (1) refiere dos casos. En el primero, debido á Beatty (2), el hígado empujado por el saco aneurismático se hallaba notablemente amplificado, y recobró su situacion normal luego que se rompió el aneurisma; la enfermedad habia durado año y medio. En el segundo enfermo, la glándula estaba tambien comprimida y dislocada; el aneurisma ocupaba la porcion de la arteria cubierta por la cápsula de Glisson; su presion habia producido una ectasia de las vías biliares y una ictericia persistente.

La muerte fué debida á la rotura del saco en la cavidad abdominal; el volúmen del hígado habia disminuido.

Las observaciones de Wallmann y de Lebert son mucho mas precisas.

OBSERVACION CIII.—La enferma de Wallmann (3) era una mujer de treinta y seis años, que desde hacia tres meses sentia en la region abdominal superior dolores intensos, que se repetian con uno ó muchos dias de intervalo, y que poco á poco se habia ido poniendo demacrada y débil. Se comprobó una tumefaccion del bazo; el hígado estaba duro, pasaba tres traveses de dedo del reborde costal; no habia ascitis ni fiebre. Muchas veces al dia se producian paroxismos dolorosos, durante los cuales la enferma se agitaba como una mujer furiosa. La region hepática se ponía durante ellos sumamente sensible á la presion, fenómeno que desaparecia con el acceso. Deposiciones raras; materias fecales sólidas y pardas; poco á poco las deposiciones tomaron un tinte gris blanquecino; la vejiga de la bilis se puso prominente, formando un tumor liso, y el hígado aumentó de volúmen. Diez dias antes de la muerte se declaró una ictericia intensa, y se creyó deber diagnosticar el padecimiento de cálculos biliares. En fin, los dolores se hicieron continuos, se desarrolló fiebre, se abultó el vientre sin que hubiese derrame, y luego, de repente, sobrevino el colapso y la muerte. En la autopsia se encontró el hígado notablemente hipertrofiado, subiendo hasta el cuarto espacio intercostal, blando y friable. La vejiga estaba llena de una bilis espesa y oscura, el conducto cístico se hallaba impermeable; el hepático, muy dilatado en su mitad superior, presentaba á unas 6 líneas por encima de su confluencia con el conducto cístico, un engrosamiento de las paredes, y estaba obstruido por una materia fibrosa y tenaz. Entre el estómago y el hígado, y colocado en direccion oblicua, habia un tumor del tamaño de la cabeza de un niño; por el lado derecho ascendía hasta la vejiga de la bilis, y en el izquierdo tocaba el borde superior del estómago, ocupando así una gran parte del epiploon y extendiéndose por abajo hasta el cólon transversal. Su forma era ovoidea; en su extremidad inferior,

(1) Stokes, *Traité des maladies du cœur*, trad. por Senac. Paris, 1864, p. 624.

(2) Beatty, *Observation d'anévrysme de l'aorte abdominale* (Dublin, *Hospital Reports*, tomo V).

(3) Wallmann (*Archiv. für patholog. Anatom.*, t. XIX, p. 589).

cerca del cólon, existía una abertura de pulgada y cuarto, de donde salía un tapon sanguíneo negrozco. El saco que circunscribía el tumor estaba lleno por capas concéntricas de sangre y de fibrina coaguladas, que pesaban libra y cuarto; su pared tenía 2 á 3 líneas de espesor, era resistente, y su cara interna estaba cubierta de tabiques incompletos y de vegetaciones vellosas. Sobre la pared posterior del quiste descansaba una especie de cordon sólido que encerraba á la arteria hepática; esta presentó en su parte anterior una hendidura prolongada, de bordes lisos y redondeados, que medía un centímetro de larga por 4 de ancha. Distaba 7 milímetros de la dicotomizacion de la arteria hepática y comunicaba con el saco que descansaba sobre este vaso. Los conductos hepático y colédoco se hallaban en parte incrustados en la pared anterior del saco, y la vena porta estaba íntimamente adherida á la posterior. Bazo voluminoso y duro. No habia desórdenes notables en el estómago ni en los intestinos.

Véase ahora la observacion de Lebert (1).

OBSERVACION CIV.—*Aneurisma de la arteria hepática con rotura de la vejiga de la hiel y hematemesis abundante seguida de extenuacion y de muerte.—Autopsia.*

Una mujer de treinta años de edad, bien reglada desde los quince, habia tenido hacia tres años una fiebre tifoidea, y hacia cuatro meses un reumatismo articular agudo, de que se hallaba completamente curada. Desde principios de mayo se quejaba, sin causa conocida, de dolores frecuentes y de una sensacion de peso en la region del estómago, sobre todo despues de las comidas, cuando el 28 de mayo por la mañana fué acometida repentinamente de dolores muy vivos en la region gástrica, náuseas y cinco vómitos de sangre sucesivos; aseguraba haber arrojado cada vez casi un litro de sangre pura y de color rojo vivo; al dia siguiente tuvo otros tres vómitos semejantes, seguidos muy luego de deposiciones sanguinolentas que se reprodujeron dos ó tres veces cada dia, hasta el 7 de junio en que ingresó en el hospital. Muchas veces tuvo accesos convulsivos y desvanecimientos ó vahidos, de los que se repetian cuatro ó cinco ataques diarios. El 8 de junio se la encontró sumamente pálida y anémica, con un ligero color icterico mas notable en las conjuntivas; el pulso era muy pequeño y frecuente, 116 pulsaciones; se oia un ruido de fuelle suave en el corazon y un zumbido continuo en las dos yugulares; los órganos de la respiracion estaban sanos, 20 respiraciones por minuto. El hígado no presentó nada de anormal. El epigastrio, y sobre todo la region pilórica, estaban muy dolorosos á la presion, lo que impedia examinar si habia algun tumor profundo; lengua blanquecina, apetito casi nulo. La enferma habia tenido el dia anterior dos deposiciones líquidas sanguinolentas. Cuando se levantaba sentia zumbidos de oidos, se la nublabá la vista, y si continuaba en la posicion vertical, caía sin conocimiento con ligeras convulsiones en los miembros superiores; estos accesos duraban cinco minutos, y conducida á su

(1) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1861, vol. II, p. 322; y pl. CXXXVIII, figuras 1-5.

cama recobrava el uso de sus facultades intelectuales. Tenia una sed intensa. Se prescribió de hora en hora una pildora compuesta de 3 centigramos de ergotina con otros 3 de nitrato de plata y 6 de polvo de raiz de belladona, una lavativa con 20 centigramos de nitrato argéntico y 10 gotas de láudano, y en fin, el uso casi continuo del hielo en pequeños pedazos. En los dias siguientes, las deposiciones se hicieron mas sólidas, pero estaban siempre teñidas de sangre. Los accesos se repetian dos ó tres veces en las veinte y cuatro horas. Los dolores de estómago eran vivos y urentes; la mujer se encontraba extraordinariamente débil y se quejaba de dolores de cabeza y vértigos; las orinas contenian un poco de materia colorante de la bñlis. El 12 de junio dejó de presentarse sangre en las deposiciones; la enferma tuvo un vómito no sanguinolento; se sentia mejor y habian disminuido los dolores de estómago; pero el 14 fué acometida de delirio; estaba muy agitada, quejándose de palpitaciones y de vértigos. Pulso á 120, piel caliente; vientre meteorizado, estómago doloroso; cuatro deposiciones sanguinolentas. Al dia siguiente se encontraba de nuevo un poco mejor, la circulacion se habia calmado algo bajo la influencia de la limonada sulfúrica. Durante algunos dias se sostuvo el alivio; pero siempre reaparecian las deposiciones sanguinolentas de un rojo oscuro tirando á pardo; la molestaban sobre todo los dolores de estómago y las palpitaciones. A causa de su extremada anemia se la administraron dos veces al dia 10 centigramos de hierro reducido por el hidrógeno, que soportó muy bien. Hacia el 20 de junio desaparecieron los accidentes eclámpicos; el pulso se desarrolló un poco y descendió á 100 pulsaciones; habia algo de somnolencia, continuaba la debilidad, pero la enferma empezó á tener un poco de apetito; la ictericia desapareció casi por completo; toleraba muy bien el hierro, sin embargo de lo cual no aumentaron las fuerzas. El 26 sufrió un acceso eclámpico, á consecuencia del cual quedó en un estado soporoso. Tuvo vómitos y diarrea, pero sin arrojar sangre. El 28 de junio se observó una fuerte impulsión del corazon y un ruido de fuelle sistólico muy prolongado en la base; 120 pulsaciones. Todos los dias tenia dos ó tres vómitos sin sangre y luego tres deposiciones sanguinolentas muy líquidas; soportaba muy mal el alimento, lo que impedia que se entonase; llegó á no poder tomar más que leche ó caldo. A pesar de todos los astringentes y hemostáticos, se reproducian con mucha frecuencia las deposiciones sanguinolentas, de modo que la enferma se iba debilitando cada vez más. Siempre llamó la atencion la persistencia de estas deposiciones mezcladas con sangre, sin que existiesen fenómenos de una enfermedad intestinal séria. Los vómitos, que se reproducian irregularmente cada veinte y cuatro horas, eran mas bien rosados ó ligeramente teñidos de rojo. Despues de haber llegado así á una debilidad, á una demacracion y á una palidez extraordinaria, esta mujer murió el 6 de julio de 1855 á las cuatro de la mañana.

*Autopsia hecha treinta y seis horas despues de la muerte.*—Cerebro y meninges anemiadas, conteniendo muy poco líquido. Los pulmones, enfisematosos en sus bordes anteriores, estaban muy anémicos. El pericardio completamente adherido al corazon, y además de las antiguas adherencias celulosas habia una infiltracion como gelatinosa entre sus mallas. El ventrículo derecho con-

tenia coágulos blandos, rojizos; estaba cubierto de gran cantidad de grasa en su superficie, la sustancia muscular era pálida y tenia 6 milímetros en su mayor espesor. El ventrículo izquierdo presentaba 16 milímetros de espesor hacia la base, 10 en la parte media y solo 5 en la punta. La válvula mitral se hallaba un poco engrosada en su borde y cubierta de pequeñas vegetaciones granuladas. El corazón en su totalidad tenia el volumen normal. En el estómago no existía trabajo ninguno ulcerativo; la mucosa se hallaba reblandecida y muy delgada en su curvadura mayor, y cerca del píloro estaba ligeramente engrosada, mamelonada y de buena consistencia. El hígado media 28 centímetros de ancho, 20 de alto y 8 de espesor á la derecha, 16 de alto y 8 de espesor á la izquierda. Su tejido, rojo pardo, parecia normal; los conductos biliares se presentaban generalmente un poco dilatados y contenian una bilis amarillenta y espesa. Delante de la vena porta y sobre el trayecto de la arteria hepática, se encontró una dilatacion aneurismática, colocada transversalmente, del volumen de un huevo de paloma, llena de capas concéntricas de coágulos fibrinosos. Este aneurisma, cuya membrana interna se encontraba íntegra, habia contraído adherencias con la vejiga de la bilis hacia su tercio inferior, vertiendo una gran cantidad de sangre en este receptáculo; la mucosa de la vejiga estaba engrosada é ingurgitada de sangre. La ulceracion que conducia del aneurisma á dicho reservorio se hallaba rodeada de pequeñas erosiones superficiales, existiendo tambien algunas en el fondo de la vejiga. En los conductos cístico y colédoco habia coagulaciones sanguíneas muy fáciles de desprender; por esta vía era, pues, por donde la sangre habia penetrado en los intestinos y refluído en parte al estómago. Nada de anormal en el bazo y los riñones. La membrana mucosa de los intestinos estaba sana, presentándose solo un poco ingurgitada de sangre en su parte inferior.

Los síntomas producidos por el aneurisma de la arteria hepática son, por consiguiente, de tres especies. En primer lugar, el tumor que á veces se hace considerable y disloca el hígado; luego vienen los dolores neurálgicos producidos por la presión sobre el plexo hepático; en fin, la ictericia, debida á la compresion de los conductos biliares. La terminacion fatal se verifica ordinariamente por consecuencia de una hemorragia interna. Es sumamente fácil confundir esta enfermedad con los cólicos hepáticos.

## LIBRO III.

### ENFERMEDADES DE LA VENA PORTA.

Aun cuando á partir de Jorge Ernesto Stahl<sup>(1)</sup>, y gracias á su doctrina sobre las afecciones de la vena porta, el sistema circulatorio del hígado, tomando un lugar importante en la patología, hubiese suministrado la clave de no pocas alteraciones desconocidas; sin embargo, se habian recogido escasísimo número de hechos anatómicos que pudiesen servir de base á las ideas de Stahl, de Boerhaave, de Van Swieten, de Kampf, etc., acerca de la plétora abdominal, los infartos, los infartos glandulares, las hemorroides y otras afecciones. Esta doctrina se conservó, pues, esencialmente en estado de pura teoría y ejerció sobre los progresos de la ciencia un influjo tanto mas pernicioso cuanto mayor y mas durable era la autoridad de sus autores.

Como prueba de la dilatacion de la vena porta, Stahl<sup>(2)</sup> solo podia citar la observacion de Vesalio sobre la amplificacion de las venas hemorroidales, coincidiendo con la induracion del hígado, y las de Wedel, de Stange, de Hiller, acerca de la tumefaccion y la abertura de los vasos cortos en el estómago, observadas con la hematémesis. Ya anteriormente habia dicho Meibomius<sup>(3)</sup> que á veces el volúmen de los ramos de la vena porta aumentaba hasta el doble y el triple del normal. Mercatus y Matthieu Martini<sup>(4)</sup> habian hecho la misma observacion. En resumen, los hechos materiales continuaron siendo insuficientes y desproporcionados relativamente á las teorías á que servian de base; se limitaron á algunos datos aislados, entre los cuales deben colocarse las observaciones de Vesalio, Schenckius, Testa, Meli, acerca de la rotura de la vena porta; las de Ruysch, Lobstein, Otto, sobre su osificacion; en fin, las referentes á su obliteracion, etc., etc.

El progreso verdadero no comenzó hasta la época en que la fisiología vino á desvanecer las tinieblas que rodeaban á las afecciones del hígado, haciéndose evidente la imposibilidad de la doctrina de los infartos, de la atrabilis, de las physconias, etc. Poco á poco se

(1) Stahl, *De vena portæ, porta malorum*, etc., 1698. La traduccion francesa de este tratado ha sido publicada por M. Julio Brongniart á continuacion de *Considérations sur la dyscrasie veineuse*. Tesis para el doctorado. Paris, 1860.

(2) Stahl, *loc. cit.*, págs. 28 y 29.

(3) Meibomius, *Dissert. de sanguinis e duct.* Helmstadt, 1647, § 40.

(4) Martini, *Affectionum hypochondriacarum historie et curatio*. Halle, 1645.

llegaron á determinar las condiciones de que depende el movimiento de la sangre en los vasos hepáticos. Fué preciso entonces reconocer, despues de haberlo negado antes, que allí reinaban tambien las leyes que presiden á la circulacion general; en lugar de la existencia de fuerzas oscuras é hipotéticas, se demostró la influencia que el trastorno de la actividad del corazon y de los pulmones, así como las numerosas alteraciones de textura del hígado ejercen sobre el sistema circulatorio de este último. Por primera vez se investigó con cuidado en qué límites influian en la propulsion de la sangre de la vena porta, los músculos de la pared abdominal y del intestino, y los músculos y los nervios de los vasos (1).

Se notaron igualmente las consecuencias de la plétora de la vena porta y se restringió de un modo considerable la importancia patológica que la habian atribuido los médicos antiguos. Se vió que sus consecuencias inmediatas son los catarros gástricos intestinales con su numeroso cortejo de alteraciones digestivas, secretorias y nerviosas; luego los derrames hidrójicos en la cavidad abdominal y, en fin, las extravasaciones sanguíneas en el estómago y los intestinos. Además, como consecuencia de la exageracion de la presion ejercida por la sangre, se comprueba una disminucion en la absorcion de los productos de la digestion por las raices de la vena porta.

Así es que progresivamente se establecieron ideas precisas y fundadas respecto á la vena porta, y que se apartaban considerablemente de la teoria de los antiguos; sin embargo, parece que la época contemporánea, arrastrada por una tendencia anatómica exagerada, ha ido á veces demasiado lejos. Se han descubierto en estos últimos tiempos ciertos hechos que hablan en favor de los cambios en la composicion de la sangre de la vena porta, á los que Stahl, y sobre todo Boerhaave y Van Swieten daban tanta importancia y que deben ser objeto de un exámen atento. La existencia de corpúsculos sanguíneos incoloros, de partículas de pigmento, de productos diversos de transformacion, coincidiendo con ciertas afecciones del bazo (2), la influencia ejercida sobre el hígado por las materias que la digestion hace penetrar en la sangre de la vena porta (3), son hechos que unidos á diversas circunstancias, relativas á la circulacion, á la inervacion y á la secrecion en el dominio de este vaso, abren seguramente á la ciencia un vasto campo de investigaciones.

(1) Véase HIPEREMIA DEL HÍGADO, ESTADO ADIPOSEO, ATROFIA, HÍGADO PIGMENTADO, CIRROSIS, INDURACION, ESTADO CÉREO, etc.

(2) Véase HÍGADO PIGMENTADO.

(3) Véase Beau, *Etudes analytiques de physiologie et de pathologie sur l'appareil spleno-hepatique* (*Arch. de médecine*, abril 1851); y p. 222 de esta obra.

Al emprender J. Hunter, Sasse y otros, á principio de este siglo, sus estudios sobre la piliflebitis, establecieron la verdadera base sobre que descansa el edificio anatómico de las enfermedades de la vena porta. No se tardó en reconocer que, en esta, como en las demás se producen inflamaciones que determinan ora la supuración, ora la obliteración, el engrosamiento, la osificación de la pared venosa. En un espacio de tiempo relativamente corto, se acumularon las observaciones sobre la inflamación de la vena porta y de las venas hepáticas y sus diversas consecuencias. Estas observaciones presentan por lo demás en parte, las mismas oscuridades que reinan en la doctrina de la flebitis. Hasta estos últimos tiempos no se han empezado á distinguir las coagulaciones sanguíneas venosas, independientes de una inflamación, consiguiéndose determinar de una manera clara las diversas condiciones de estas dos clases de coágulos.

A la obstrucción de la vena porta referimos en primer término la dilatación de este vaso y las alteraciones en la nutrición de sus paredes que son mas ó menos conexas con la piliflebitis crónica, como por ejemplo: la osificación, la degeneración adiposa y la rotura de la vena porta.

Además de los trombus y de los productos que de ellos se derivan, se han encontrado en la vena porta carcinomas, cuyo modo de desarrollo se ha estudiado con gran cuidado.

La literatura médica se ha enriquecido poco á poco con una abundante colección de hechos relativos á la sintomatología y al diagnóstico de estos diversos estados morbosos. Al tratar de cada afección en particular indicaremos los mas importantes de estos trabajos.

#### Art. I.—Concreciones sanguíneas é inflamación de la vena porta <sup>(1)</sup>.

Trombosis de la vena porta. Piliflebitis adhesiva (Pfortader-Obturation).

##### I.—Etiología.

Las concreciones sanguíneas encontradas en la vena porta se han explicado de diferentes maneras segun las épocas. Mientras que los

(1) Farre, *Morbid Anatomy of the Liver*. London, 1810.—Bouillaud, *De l'oblitération des veines et de son influence sur la formation des hydropisies partielles* (*Archives générales de médecine*, 1825, primera série, t. II, p. 198 y 199).—Honoré, *Archives de médecine*, 1825, 1.<sup>a</sup> série, t. III, p. 155.—Reynaud, *Journal hebdomadaire*, 1829, pág. 170.—Duplay, *Journal hebdomadaire*, 1850, t. VI.—Aullier, *Journal hebdomadaire*, febrero,

antiguos hacian proceder los infartos de una estancacion de la sangre; mas adelante, bajo la influencia de la teoría de la piliflebitis, se trató de explicar la formacion del coágulo por una enfermedad de la pared venosa, asegurándose que esta obstruccion vascular reconocia por causa constante una inflamacion de la vena porta que, segun su modo de terminacion, se dividió en adhesiva y supurativa.

La experiencia de estos últimos tiempos ha probado claramente, que la mayoría de las concreciones sanguíneas de este vaso se producen con independéncia de la inflamacion de las paredes venosas, que esta última es muy á menudo secundaria, y que constituye el punto de partida del trabajo morboso en un número de casos relativamente muy pequeño.

Muchas veces, cuando la alteracion se encuentra ya avanzada, se hace difícil determinar qué relaciones de causalidad existen entre las modificaciones del contenido y las de la pared de la vena, cuál es allí el fenómeno primitivo y cuál el consecutivo. La dificultad es aun mayor, cuando falta una descripción anatómica detallada; así no se puede sacar todo el partido posible de un gran número de hechos consignados en la literatura médica.

En el exámen del asunto que nos ocupa, empezaremos por exponer las formas simples, para pasar luego á la descripción de las complicadas.

Las concreciones sanguíneas en la vena porta se desarrollan como en las otras venas.

1.º *A consecuencia de una debilidad de la circulacion, de una disminucion en la energia del centro cardíaco, del marasmo.*—Esta causa es aquí mas rara que en las otras venas. He observado dos casos de esta especie. El primero, de que ya he hablado mas atrás,

1850.—Gendrin, *Traité de médecine pratique*. Paris, 1838, t. I, p. 253.—Stannius, *Ueber die Krankhafte Verschlussung grosserer Venenstamme des menschl. Körpers*. Berlin, 1859.—Puchelt, *Das Venensystem, in Sein. Krankhaften Verhältnissen*, segunda edic. Leipzig, 1844, t. II.—Carswell, *Pathological Anatomy*. London, art. Atrophia.—Andral, *Clinique médicale*, t. II, p. 315.—Rokitansky, *Pathologische Anatomie*, t. III, p. 551.—Devay, *Gazette médicale*. Paris, 1845, p. 17.—Craigie, *Patholog. Anatom.*, página 127.—Pressat, *Bulletin de la Société anatomique*. Paris, 1856, p. 60.—Stokes, *Leçons sur le traitement des maladies internes*.—Schuh, *Zeitschrift der Gessellsch. Wiener Aerzte*, 1846, t. II, p. 555.—Raikem, *Mémoires de l'Académie royale de médecine de Belgique*, t. II, p. 58.—Frison, *Gaz. des hôpitaux*, 1848, p. 420.—Monneret, *Union médicale*, 1849, p. 49.—Dowell, *The Dublin quarterly Journal*, 1851.—Barth, *Bullet. de la Soc. anatomique*, 1851, p. 534.—Jones Handfield, *Médic. Times and Gaz.*, 1855, página 184.—Duchek, *Prager Vierteljahrsschrift*, t. XII.—Giastac (E), *Observat. et recherches sur l'oblitération de la veine porte*. Bordeaux, 1856.—Virchow, *Verhandlung der physico-medic. Gesellsch. in Würzburg*, t. VII, p. 21.—Ziegler, *De venæ portæ obstructione*. Dissert. inaug. Regiomont., 1860.

se refería á un hombre de cuarenta y tres años, que despues de haber sufrido durante muchos meses de disnea y palpitaciones, y haber espectorado sangre varias veces, fué admitido en el hospital, presentando ya un estado anémico muy avanzado y con los piés edematosos. El exámen demostró que los pulmones estaban exentos de tubérculos; en el lado izquierdo, hácia el cartilago de la quinta costilla, se oía un fuerte soplo sistólico. Pocos dias despues de su entrada, aumentando la disnea y la ansiedad, se presentó un vómito compuesto de líquido verdoso mezclado con copos negruzcos; al mismo tiempo el vientre se puso sensible, las deposiciones eran ténues, líquidas, sanguinolentas, y tomaron luego un tinte rojo pardo. En la autopsia se encontró una inflamacion de la arteria pulmonar y una oclusion casi completa de su calibre por trombus muy extensos, unos recientes, otros muy antiguos y adheridos á la pared vascular engrosada (fig. 85). La vena porta estaba, no solo en su tronco, sino tambien en sus ramos y ramillos, completamente obstruida por coágulos recientes de color rojo negruzco, que se desprendian con facilidad de la pared vascular que se hallaba sana.

La membrana serosa de los intestinos delgados y del mesenterio estaba sembrada de un gran número de pequeños equimosis rojos, muy próximos entre sí; la mucosa del estómago, en la que se encontraron copos de sangre negra, presentaba erosiones hemorrágicas de fecha reciente; la del intestino delgado estaba de un color rojo súcio, tumefacta y cubierta de un moco sanguinolento; los intestinos gruesos se hallaban poco modificados. En la cavidad abdominal habia un derrame abundante de suero rojo parduzco. Hígado pequeño, blando y flácido; bilis en bastante cantidad. Bazo grueso, conteniendo mucha sangre y un poco pigmentado.

El coágulo sanguíneo se habia formado en la vena porta algunos dias antes de la muerte, anunciándose por el abultamiento doloroso del vientre, las deposiciones y los vómitos sanguinolentos. La coagulación tuvo lugar cuando la obstrucción de la arteria pulmonar llegó al punto de anular casi por completo la circulación venosa. No existían ni en la vena porta, cuyas paredes estaban normales, ni en el hígado, cuya única alteración era un aplanamiento, resultado de los obstáculos al aflujo de la sangre, causas locales capaces de explicar la trombosis.

En el segundo caso observado por mí, no se formó el coágulo hasta el momento de la agonía; así las lesiones consecutivas al éxtasis eran poco considerables y no se habian revelado durante la vida por síntoma alguno. El enfermo era un hombre de veinte y tres años, que se presentó el 30 de junio de 1855 en la clínica de Breslau, con

todos los signos de una tuberculización subaguda de los pulmones. Ocho días antes de la muerte se vió aparecer un edema de la mitad izquierda de la cara y del brazo del mismo lado; esta infiltración hizo rápidos progresos invadiendo el velo del paladar y la úvula. La muerte se verificó con accidentes de asfixia. Además de la tuberculización de ambos pulmones y la ulceración de los intestinos gruesos, se encontró en la autopsia el corazón derecho fuertemente dilatado por coágulos sólidos, que se prolongaban hasta muy adelante en los vasos; entre las columnas del ventrículo izquierdo había antiguas vegetaciones de forma globulosa. Las venas yugular y subclavia izquierda estaban llenas por trombus duros; las hepáticas y la porta contenían coágulos de un rojo negruzco que llenaban también las venas meseraica y esplénica. Hígado ingurgitado de sangre, un poco aumentado de volumen; vejiga biliar edematosa, dilatada por la bilis, de un amarillo naranja. Bazo de doble volumen que el normal, blando y de color rojo pardo. La serosa del intestino delgado era asiento de una viva inyección; su mucosa, así como la del estómago, estaba tumefacta y cubierta en algunos sitios de una espuma sanguinolenta.

Una causa de trombosis de la vena porta mas frecuente que el marasmo, es:

2.º *Una perturbación local que sobreviene en el curso de la sangre consecutivamente á las enfermedades del hígado, que producen, ya la destrucción de gran número de capilares, ya una estrechez de los ramos de la vena porta.*

El trabajo morbo en este caso es de larga duración; se verifican en la masa del trombus y en la pared venosa cambios múltiples; las alteraciones consecutivas se hacen mas marcadas en los órganos en que se distribuye la vena porta, siendo por esta causa posible el diagnóstico durante la vida.

La induración hepática simple ó granulada y la cirrosis, así como la atrofia crónica, son las lesiones que, principalmente cuando llegan á un grado avanzado, producen la obstrucción de la vena porta (1).

En este caso la trombosis se limita rara vez á algunos ramillos de este vaso, ordinariamente invade las ramas y el tronco. Puede ser solo incompleta y no hacer mas que estrechar el calibre (Gintrac); con mas frecuencia es completa y obstruente.

La masa del trombus, que generalmente se adhiere íntimamente

(1) Véase página 561. Es frecuentemente difícil determinar el grado de acción que bajo este punto de vista tienen las alteraciones de la circulación en los capilares, la estrechez de algunos ramos vasculares aislados y la propagación de la flegmasia crónica á la pared de los vasos.

á la membrana interna del vaso, solo por excepcion es blanda y friable (Dowell, Gintrac); de ordinario es consistente, dura, difícil de dislacerar, y aun en ciertos puntos organizada en tejido célula-vascular (Reynaud). Tiene un color rojo grisáceo, pardo, negruzco, ó como lo ha visto Carswell, icterico. Se observan además coágulos dispuestos en capas concéntricas, decolorados al exterior y negros interiormente (Gintrac); existen tambien concreciones mas recientes que se adhieren á los antiguos trombus prolongándose (Frisson). La vena se encuentra de ordinario ensanchada (Carswell) (1); su pared presenta las señales de una inflamacion crónica producida por la presencia del trombus; está engrosada, adherida exteriormente á las partes inmediatas, interiormente rugosa, desigual, rubicunda (Reynaud y Gintrac). Frecuentemente se descubren en la pared venosa placas óseas que tienen la forma, ya de escamas aisladas y delgadas, ya de láminas fuertes y anulares (Frisson, Dowell, Gintrac).

Algunos ejemplos suministrarán mas amplios detalles.

OBSERVACION CV.—Un hombre de cincuenta años, que habia sufrido en otros tiempos fiebres intermitentes y tenia un color pálido, una constitucion debilitada, se puso icterico y fué acometido de vómitos biliosos abundantes, diarrea, ascitis, disnea. Las venas superficiales del abdómen se hallaban dilatadas y estaban muy aparentes sobre todo en el lado derecho.

*Autopsia.*—Existian exudados fibrinosos en ambas pleuras, un derrame turbio y con copos en la cavidad del peritoneo que tenia un color rojo pardo. Circunvoluciones intestinales adheridas, glándulas mesentéricas aumentadas de volúmen; las venas del abdómen estaban tumefactas, flexuosas, y en algunos puntos llenas de coágulos sólidos. Mucosa gástrica é intestinal de un rojo oscuro; bazo muy voluminoso; hígado pequeño, duro, cubierto de exudados; la vejiga contenia 90 gramos de líquido; vena porta enteramente osificada, formando una especie de vaina llena por una masa dura y rojiza, que se prolongaba á lo lejos en forma de coágulos semi-sólidos (2).

Monneret (3) refiere otro caso que no es impropio de este lugar.

OBSERVACION CVI.—Un tenedor de libros, de cuarenta y dos años, que habia residido en los climas cálidos, sufriendo en ellos muchas enfermedades graves, y de los que habia vuelto con un tumor del bazo, fué acometido de hematómesis, diarrea sanguinolenta y ascitis; las venas subcutáneas del abdómen se pusieron varicosas.

*Autopsia.*—Hígado atrofiado, de consistencia dura, amarillo, pero no granulado; la vena porta dilatada, estaba llena por un trombus muy consistente, de

(1) Craigie (*Pathol. Anatom.*, p. 127) ha encontrado en un caso una estrechez de la vena porta que se prolongaba hasta las venas esplénica y mesentérica.

(2) Frisson, *Obs. de phlébite oblitérante de la veine porte* (*Gaz. des hôp.*, 1848, p. 420).

(3) Monneret, *Observ. d'ossification de la veine porte* (*Union médic.*, 1849, p. 49).

color rojo con algunos puntos blanquecinos, que se adherían íntimamente á la pared interna del vaso, la cual se encontraba rugosa, gruesa y rubicunda. La vejiga contenía dos cálculos y su pared presentaba una consistencia cartilaginosa; el bazo se hallaba aumentado de volúmen.

Dowell (1) ha observado los dos casos siguientes:

OBSERVACION CVII.—Un enfermo de mediana edad, afectado de ascitis y de anasarca, y que por último fué acometido de una erisipela de las extremidades inferiores. Su hígado granulado estaba atrofiado; el tronco y las ramas de la vena porta, exceptuando la vena esplénica, se hallaban como cerradas por una masa blanda, que parecía constituida por la fibrina. Esta misma sustancia existía también en las ramas hepáticas de la vena porta, adhiriéndose fuertemente á la pared vascular.

En un segundo caso análogo á este, la vena porta, cuya pared engrosada y blanca estaba guarnecida interiormente de laminillas óseas, contenía un coágulo duro.

Gintrac (2) refiere cinco hechos recogidos en su práctica, tres de los cuales pueden encontrar aquí un lugar oportuno.

OBSERVACION CVIII.—J. Dudon, de cuarenta y siete años, había padecido muchas veces fiebres intermitentes, cuando en julio de 1846 empezó á sentir dolores persistentes en los hipocondrios, acompañados de una fiebre ligera. El abdómen se abultó y sus paredes adelgazadas se cubrieron de venas dilatadas. Edema de los piés, deposiciones ténues, orina escasa y rojiza, apetito mediano. Después de la punción que dió salida á una gran cantidad de un líquido amarillento un poco turbio, se reprodujo rápidamente la ascitis, apareciendo anchas equimosis en la region inguinal izquierda.

Segunda punción, muerte.

*Autopsia.*—Mucho líquido amarillo en la cavidad abdominal, peritoneo liso, no inflamado; mucosa gástrica sana, algunos vasos dilatados en los intestinos. Hígado pequeño, granulado, consistente, amarillo; vejiga llena de bilis; vena porta enteramente obstruida por un coágulo duro, de un gris blanquecino. Bazo bastante desarrollado, riñones normales.

OBSERVACION CIX.—A. Fauquet, de cuarenta y cinco años de edad, pastor, ordinariamente mal alimentado, y que había sufrido muchos ataques irregulares de fiebre intermitente, fué acometido primero de dolores en la region lumbar, y luego de edema en las extremidades interiores y de ascitis. Esta última desapareció de pronto, pero volvió á reproducirse en seguida acompañada de una ectasia de las venas abdominales; poco apetito, demacracion, orina abundante, sin albúmina. Después de haber administrado sin éxito la digital, la escila y la escanonea, se practicó la punción; pero desde la mañana

(1) Dowell, *The Dublin quarter. Journal of medic. science*, agosto 1831, p. 201.

(2) Gintrac, *Observations et recherches sur l'oblitération de la veine porte*. Bordeaux, 1836.

siguiente se reprodujo la ascitis. Diarrea abundante, dolores en el abdómen, apnea, muerte.

Mucho suero con algunos copos en la cavidad abdominal; peritoneo inyectado; hígado pequeño, anfractuoso, cirrótico; conductos biliares normales. La vena porta estaba llena en su bifurcacion por una masa blanda, de color amarillo parduzco, de consistencia de papilla, que la obturaba completamente y se adheria á la pared vascular un poco rubicunda. Mucosa gástrica de color rojo pardo, la intestinal inyectada; los demás órganos estaban normales.

OBSERVACION CX.—P. Carriot, de sesenta y seis años, sufría desde los sesenta y tres de hemorróides; mas recientemente habia sido acometido de retencion de orina y dolores en la region lumbar, que fueron seguidos muy en breve de edema de los piés y ascitis. Falta de apetito, deposiciones normales, orina albuminosa. Se practicó la puncion, comprobándose por el exámen ulterior la existencia de un tumor del bazo. Repeticion de la paracentesis, diarrea y vómitos que se hicieron continuos, produciendo la muerte por extenuacion. Mucho líquido amarillo en la cavidad del abdómen; el bazo voluminoso y duro; hígado pequeño, coriáceo, de color amarillo; vejiga llena de bilis verdosa. La vena porta, incrustada de gran número de placas óseas, un poco delante de su bifurcacion, se hallaba obturada en parte por un coágulo pardo y sólido; su pared interna estaba cubierta, en un espacio muy extenso, por una sustancia membranosa de color amarillo.

Además de la cirrosis, el cáncer del hígado y los tumores adenoi-deos pueden tambien convertirse en causa de una obturacion de la vena porta. En este caso, el trabajo morboso queda limitado á los ramos aislados que se hallan comprimidos por el carcinoma ó se pierden en medio de él; rara vez se generaliza la trombosis. La vena encierra, ya simples coágulos sanguíneos, transformados ó no, ya sustancia cancerosa (<sup>1</sup>).

Los abscesos del hígado solo excepcionalmente producen coágulos sanguíneos en la vena porta; cuando esto sucede, el trombus sufre ordinariamente una descomposicion purulenta y se ven producir metástasis.

Mas raro es aun encontrar ectasias de los conductos biliares por la presión que ejercen la inflamacion y la estrechez de la vena porta, como sucedió en un caso referido por Virchow (<sup>2</sup>).

OBSERVACION CXI.—Un jornalero, de sesenta y seis años, que habia sufrido en otros tiempos hematuria é ictericia, fué acometido de nuevo de esta última enfermedad y de diarrea. Salud general poco alterada, orina cargada de pigmento, deposiciones descoloridas; en poco tiempo la tintura de opio hizo desaparecer la diarrea, la orina se puso mas clara y disminuyó la ictericia, pero

(<sup>1</sup>) Véase *observ.* XCVI, XCVII, CIV.

(<sup>2</sup>) Virchow, *Verhandlungen der physik.-medizin. Gesellschaft in Würzburg*, t. VII, página 21.

no tardó en volverse á presentar. Poco á poco se produjo una ascitis y edema en los piés. Aunque la digestion se conservaba regular, el estado caquéctico hizo progresos y la coloracion amarilla se convirtió en una ictericia negra. Debilidad considerable, somnolencia, delirio, muerte.

La autopsia suministró los resultados siguientes:

El bazo, muy grueso, se adheria al diafragma y á la pared abdominal; sus arterias y sus venas estaban fuertemente engrosadas y dilatadas. Hígado de color verde, granuloso, un poco arrugado; vejiga de la bilis dilatada, conteniendo muchos cálculos; conductos cístico y colédoco anchos y muy flexuosos; este último contenia en su porcion terminal muy amplificada, inmediatamente antes de su abertura en el intestino delgado, un cálculo redondo del tamaño de una bala de fusil que debia haber sido la causa de la ictericia. Conductos biliares dilatados, parénquima hepático blando y verde, acini pequeños. Los ramos de la vena porta que se distribuyen en el hígado eran anchos y permeables. En el tronco de este vaso, la pared interna se hacia cada vez mas gruesa á medida que se acercaba al hígado, resultando de aquí una verdadera estrechez del calibre de la vena. Cerca del lóbulo derecho, esta pared tenia un centímetro de espesor; en este sitio formaba una masa densa, como estratificada y semicartilaginosa, que se habia hecho en gran parte calcárea, dejando solo un paso muy estrecho para la sangre. Hacia el lóbulo izquierdo, el engrosamiento parietal era menos considerable; sin embargo, existia tambien una estrechez notable del vaso. A partir de este punto, descendiendo hacia atrás, la vena se dilataba; en la terminacion, su tronco se hallaba de tal modo amplificado y grueso que parecia un aneurisma arterial. Las arterias celiaca y hepática, pero sobre todo la esplénica, estaban muy dilatadas, y su pared interna gruesa y arrugada. La vena ácigos se hallaba transformada en una sucesion de ampollas voluminosas y llenas de sangre; algunas de ellas llegaban á ponerse en contacto con la vena esplénica, que presentaba igualmente en este sitio dilataciones sacciformes, tres de las cuales comunicaban con las ampollas de la vena ácigos. Habia así una vâriz anastomótica entre estas dos venas.

Virchow cree que el obstáculo primitivo al curso de la sangre en la vena porta procedia de la dilatacion considerable de los conductos biliares, y se inclina á pensar que la concrecion biliar, en el momento en que ocupaba una posicion mas elevada, habia provocado una inflamacion crónica de la pared de la vena, de donde procedian las demás alteraciones consecutivas.

3.º *A consecuencia de una compresion de la vena porta debajo del hígado por tejido contráctil y tumores de diversas especies.*

Ya he referido (Observacion LXXVII) un hecho en que, á consecuencia de una úlcera perforante del duodeno se habia desarrollado tejido conjuntivo que estranguló el tronco de la vena porta. En este caso, el vaso estaba lleno por un trombus estratificado de consistencia caseosa en su centro y que se prolongaba hasta muy

adentro en el hígado. La muerte fué producida por hemorragias del estómago y del intestino. El bazo no habia cambiado de volúmen.

Tambien se ve producir de la misma manera la estrechez y la trombosis de la vena porta á consecuencia de una peritonitis crónica; así lo prueba el hecho siguiente:

OBSERVACION CXII.—*Muchas contusiones en el epigastrio, dolores violentos y persistentes en la region abdominal superior, dilatacion considerable del vientre, venas abdominales ingurgitadas y dilatadas, hígado pequeño y dislocado hácia arriba, diarrea. Puncion; reproduccion rápida del derrame, diarrea persistente; muerte por extenuacion.*—Autopsia: Restos de una peritonitis crónica, adherencias sólidas del bazo, del hígado y del páncreas, con los órganos inmediatos; compresion de la vena porta por placas de tejido conjuntivo; trombus sólido en el interior de este vaso. Hígado pequeño y duro, bazo tumefacto, dilatacion de las venas del mesenterio; tumefaccion y coloracion livida de la mucosa del estómago y del intestino delgado, derrame turbio y con copos en la cavidad abdominal.—Juan Greillich, obrero, de cuarenta y seis años, estuvo en tratamiento del 27 de enero al 7 de febrero. Hacia once años se dió un golpe en el epigastrio contra una barra. Esta region se hinchó y se puso dolorosa, además tuvo vómitos frecuentes y dolores intensos de riñones, que no le impidieron andar. El enfermo se restableció poco á poco y disfrutó buena salud hasta hacia diez y ocho semanas, época en que cayó enfermo. Tambien esta vez pretendia haber recibido un golpe en el epigastrio, al levantar un fardo pesado. Sintió vivos dolores en esta parte, que se puso tumefacta, presentándose una diarrea frecuente. No mencionaba ningun otro fenómeno morboso.

En el momento del exámen se encontró al enfermo en bastante buen estado de nutricion; no habia ictericia, lengua limpia, 84 pulsaciones, ligero edema de los piés. El vientre estaba abultado y fluctuante. El sonido macizo hepático comenzaba en el borde superior de la cuarta costilla, y media en la vertical mamaria 10 centímetros; falta completa de sonido macizo en el epigastrio. El hígado se hallaba dislocado hácia atrás y un poco hipertrofiado. En la region epigástrica y los hipocondrios se observó un desarrollo considerable de las venas; la cicatriz umbilical, distendida por el líquido, formaba una eminencia globulosa; estaba situada á 21 centímetros del apófisis sifóides y á 19 de la sínfisis.

Ruidos del corazon débiles, pero puros; el sonido macizo precordial normal. En la parte posterior del pecho, y en el lado izquierdo, la oscuridad del sonido subia hasta la octava vértebra dorsal; lo mismo sucedia en el lado derecho. Soplo vesicular áspero en los dos vértices. Orina desprovista de albúmina, deposiciones pardas.

2 de febrero.—Se evacuaron por la puncion abdominal 21 libras de líquido. Inmediatamente despues se comprobó que el hígado era poco voluminoso; el enfermo se quejaba de un dolor intenso en el epigastrio, que no le dejaba descansar. El líquido evacuado tenia un color amarillo sucio, algunos copos, y estaba cargado de albúmina. Por la tarde se habia ya reproducido en gran parte el derrame; la secrecion urinaria continuaba siendo muy escasa;

84 pulsaciones; sueño turbado por el dolor; facultades intelectuales despedajadas.

El 3.—El estado del enfermo se habia mejorado un poco; la orina continuaba siendo escasa; dos deposiciones ténues y acuosas diariamente. El vientre estaba tan tenso como antes de la puncion; dolores vivos en la region hepática; lengua limpia, sed moderada.

El 4.—Disnea intensa por efecto de la ascitis. Muy poco edema en los piés; cinco deposiciones claras.

Bajo la accion de una diarrea persistente, el enfermo se fué debilitando cada vez más, hasta el 7 de febrero en que murió sin haber perdido el conocimiento.

*Autopsia.*—Nada de anormal en el cráneo ni en su contenido. En las cavidades pleuríticas derecha é izquierda habia libra y media próximamente de un líquido claro; en el lado derecho el pulmon se hallaba casi completamente adherido.

La mucosa de la faringe y del esófago estaba rubicunda y cubierta de materias amarillas procedentes del estómago.

La de la laringe y de la tráquea era de un rojo intenso; glándula tiróides pequeña; gánglios bronquiales melanóticos, pulmon izquierdo un poco edematoso, el derecho lo estaba más, esplenizados en la parte inferior.

Corazon y su envoltura sin alteracion notable; 16 libras de un líquido turbio en la cavidad abdominal; el bazo se hallaba rodeado de una materia como membranosa, sólida, completamente organizada, muy desarrollada, sobre todo en la raiz del órgano; la glándula se adheria íntimamente á la pared costal y al fondo de saco del estómago; la arteria y la vena esplénica estaban permeables y sin coágulos. El órgano pesaba 990 gramos, tenia 6 y  $\frac{1}{2}$  pulgadas de largo, 4 y  $\frac{3}{4}$  de ancho y 1 y  $\frac{1}{4}$  de espesor; el parénquima era duro, muy brillante y contenia mucha cantidad de sangre.

La porcion pilórica del estómago se hallaba sólidamente fija por falsas membranas; la vena porta, notablemente estrechada, presentaba una abertura angulosa, y estaba rodeada de tejido conjuntivo duro y resistente; cerca de ella, la arteria hepática se encontraba igualmente aplanada. El tronco de la vena porta, en la cisura del hígado, tenia una estrechez inusitada; estaba lleno de coágulos friables de color rojo negruzco, que se extendian hasta los ramos que se distribuyen en el interior del hígado, tomando un tinte rojo negruzco homogéneo. Solo en un punto se adheria el trombus á la pared de la vena, que no habia perdido su brillo normal. Cápsula del hígado engrosada, adherida al diafragma; volúmen de la glándula un poco disminuido; parénquima duro y uniformemente pardo; venas hepáticas sin coágulos. El páncreas estaba envuelto por tejido conjuntivo, duro y resistente, con el que se hallaba casi confundido. La mucosa del estómago tenia un color lívido, y se encontraba cubierta de copos de pigmento, residuos de infiltraciones hemorrágicas.

En el mesenterio y el mesocólon las venas estaban medianamente dilatadas, la serosa del intestino delgado era asiento de una viva inyeccion; su mucosa negruzca, y un poco menos oscura la de los intestinos gruesos. Los apéndices epiplóicos se hallaban edematosos. Las materias contenidas en el

intestino eran líquidas y de un amarillo pálido; en la cavidad de la pélvis habia un líquido purulento.

Los riñones contenian mucha sangre, pero se hallaban por lo demás normales.

Vejiga vacía.

El doctor Barth <sup>(1)</sup> ha referido un hecho semejante á este que observó en una mujer de veinte años, en la que sobrevino la muerte diez meses despues del parto por consecuencia de una peritonitis crónica. La cavidad abdominal estaba llena por un líquido turbio; la vena porta, antes de su entrada en el hígado, se hallaba rodeada de un tejido conjuntivo apretado, sus ramos estaban llenos de coágulos <sup>(2)</sup>.

En algunos casos se produce la obstruccion de la vena mesentérica sola por la inflamacion del mesenterio, cuando el trabajo morbosoinvade la pared vascular, ó cuando la luz de la vena se encuentra estrechada por tejido conjuntivo contráctil. Cohn <sup>(3)</sup> ha publicado una observacion de esta especie.

Una causa de obstruccion mas frecuente que la peritonitis se encuentra en los productos de nueva formacion, que estrechan bastante el calibre de la vena porta, en la porcion situada debajo del hígado, para que puedan producirse coagulaciones. Así es como obran sobre todo los carcinomas que se desarrollan en el estómago, el páncreas, el epiploon y las glándulas retroperitoneales donde forman depósitos. Gendrin <sup>(4)</sup> y Bouillaud <sup>(5)</sup> han descrito casos semejantes, en los que se hallaba obstruido el tronco de la vena; yo mismo he visto muchas veces formarse concreciones en ciertos ramos de la vena porta, tales como la vena esplénica, cuando el páncreas estaba canceroso, ó en la vena mesentérica superior, cuando el cáncer tenia por asiento el epiploon, las glándulas retroperitoneales, etc. Ordinariamente el proceso morbosoinvade primero los pequeños ramillos, donde se forma un trombus globuloso que aumenta progresivamente de volúmen, y que los coágulos nuevos van prolongando á lo lejos sin que, á pesar de esto, el vaso se halle por lo comun completamente obstruido <sup>(6)</sup>.

<sup>(1)</sup> Barth, *Bulletin de la Société anatomique*, 1851, p. 334.

<sup>(2)</sup> Véase además Ziegler, *De venæ portæ obstructione*. Regiomont, 1860, p. 26.

<sup>(3)</sup> Cohn, *Embolische Gefaskrankheiten*. Berlin, 1860, p. 688.

<sup>(4)</sup> Gendrin, *Traité de médec. prat.*, t. II, p. 253.

<sup>(5)</sup> Bouillaud, *Archiv. de médec.* Paris, 1823, t. II, p. 198 y 99.

<sup>(6)</sup> En estas circunstancias el trombus puede ser simple ó contener los elementos del cáncer. Bamberger (*loc. cit.*, p. 635) cita un caso de formacion endógena de cáncer en la vena porta, que existía sin que hubiese ningun otro producto canceroso en el

Ofrece tambien un interés particular el estudio de esas obliteraciones que, limitadas á ciertos ramos aislados de la vena porta, producen la atrofia de las porciones correspondientes del parénquima hepático. Se encuentran en la glándula partes deprimidas que están formadas por un tejido fibroso condensado, y cuyo número es á ve-



Fig. 127.—Retracciones cicatriciales á consecuencia de una flebitis adhesiva.

ces bastante considerable para dar al órgano un aspecto lobuloso (1). Si por medio de la diseccion se sigue la vena porta hasta estas cicatrices, se ve que los ramos y ramillos que aquí se distribuyen están obliterados.

Aun no se ha explicado suficientemente el modo de desarrollo de este trabajo de obliteracion; le he visto producirse muchas veces á consecuencia de fiebres intermitentes rebeldes y con antiguos tumores del bazo; así considero como probable, que la oclusion de los ramos de la vena porta sea producida frecuentemente por la emigracion de un coágulo procedente del bazo ó de uno de los órganos en que tienen su origen las raices de la vena porta. Sin embargo, no puedo presentar una prueba segura de mi opinion. Schuh (2) refiere

resto del cuerpo. Toda la extension de la vena porta hasta sus ramificaciones mas finas estaba llena por un coágulo pultáceo formado de células de núcleos, voluminosas y de forma variable.

Véase tambien Virchow, *Archiv. für pathol. Anatom.*, t. II, p. 597.

(1) Véase figura 127, donde la porcion posterior del lóbulo derecho está representada con esta clase de cicatrices. Es preciso, sin embargo, distinguir estos casos de la lobulacion del hígado que acompaña á la hepatitis circunscrita (fig. 69) y de la lobulacion congénita, por otra parte muy rara, de que presenta un ejemplo la figura 128.

(2) Schuh, *Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte in Wien*, t. II, p. 435.

dos casos de esta especie; uno de ellos encuentra aquí lugar oportuno.

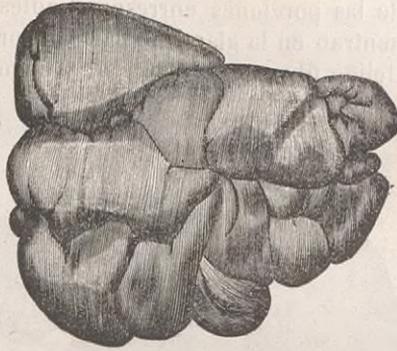


Fig. 123.—Lobulacion congénita del hígado.

OBSERVACION CXIII.—J. Schenk, carnicero, de treinta y nueve años, de constitucion robusta, no habia tenido nunca en su infancia mas enfermedad que una fiebre intermitente que sufrió á los nueve años. Desde hacia siete años se quejaba frecuentemente de dolores en los hipocondrios, que se hicieron persistentes acompañándose de fiebre en las últimas semanas. Color térrico; bazo é hígado sensibles á la presion, ambos hipertrofiados; un acceso febril todos los dias despues de las doce. *Prescripcion:* sanguijuelas en la region esplénica, cataplasmas, y posteriormente quinina. Poco á poco se desarrolló ascitis. Pasadas algunas semanas se reprodujo la fiebre acompañada de una sensibilidad muy viva en el bazo y de un rápido aumento de la ascitis. Se prescribieron los calomelanos. La fiebre presentaba intermisiones evidentes; disminuyó un poco, pero pasajeramente, el derrame abdominal.

En un período mas avanzado del padecimiento, la fiebre se hizo continua, el vientre se puso doloroso, se presentaron vómitos verdes, sucumbiendo el enfermo á los seis meses de su admision.

*Autopsia.*—La cavidad abdominal contenia muchas libras de un líquido amarillo y con copos; peritoneo opaco y engrosado, con alguna inyeccion disseminada y cubierto de exudados. El hígado era pequeño, el borde anterior de su lóbulo derecho se hallaba atrofiado; en la cara convexa existia un gran número de retracciones cicatriciales profundas. Sustancia glandular parda, coriácea, dividida en lóbulos, que tenian el volúmen desde un grano de mijo al de una judía, y estaban envueltos en un tejido como tendinoso. Muchas de las ramificaciones principales de la vena porta se hallaban obliteradas y transformadas en cordones fibrosos. El bazo pesaba cuatro libras, llegaba hasta el ileon, era friable, de color pardo rojo, estaba engrosado por detrás en una extension como del diámetro de un puño, duro é ingurgitado de sangre.

## II.—Síntomas.

El trabajo de obstrucción en la vena porta no se anuncia ordinariamente por ningún síntoma local. Es raro que la inflamación de la pared venosa sea bastante intensa para producir dolor. La mayor parte de las veces la enfermedad presenta los caracteres siguientes:

Después de una duración bastante larga de los accidentes propios á las enfermedades que de ordinario preceden á la afección de la vena porta, tales como la cirrosis, la atrofia crónica, el cáncer del estómago ó de otros órganos, se ven aparecer de pronto los síntomas de un éxtasis considerable en las partes de donde proceden las raíces de este vaso. Se desarrolla una ascitis que en pocos días adquiere grandísimas proporciones y que se reproduce inmediatamente después de la punción; las venas subcutáneas abdominales se dilatan, surcan en forma de cordones muy anchos el vientre y la parte inferior del torax, subiendo hácia la axila. Al mismo tiempo se exagera el volumen del bazo y se produce una diarrea compuesta de materias mucosas, acuosas, frecuentemente también sanguinolentas, que á menudo se acompañan de vómitos; la orina es extraordinariamente escasa y densa; los enfermos se aplanan rápidamente, toman un aspecto caquéctico, se hinchan los piés, etc., etc.

Estos diversos síntomas no son siempre igualmente marcados; se caracterizan más ó menos, según que la obstrucción de la vena es completa ó incompleta, que se forma rápida ó lentamente, que la circulación colateral compensa ó no el efecto del éxtasis.

El análisis de 28 observaciones de obstrucción de la vena porta ha dado los resultados siguientes, bajo el punto de vista de la sintomatología:

La ascitis solo faltaba en tres casos; en un hombre que sucumbió por hemorragias profusas del estómago y del intestino, no pude comprobar ni ascitis, ni tumefacción del bazo, aunque el tronco y las ramas de la vena porta estaban completamente obstruidas. En este caso, la hemorragia habia impedido al éxtasis producir una trasudación serosa. Por esta misma razón, no encontró Handfield Jones (1) ascitis en una mujer que, afectada de cirrosis y obstrucción de la vena porta, habia tenido hematemesis.

El desarrollo de las venas subcutáneas se produjo 13 veces en los 28 casos. Era sobre todo muy marcado en las observaciones de Reynaud y Stokes; estaba obturada, no solo la vena porta, sino también la cava.

(1) Handfield Jones, *Medical Times and Gazette*, agosto 1855, p. 184.

La tumefaccion del bazo ha faltado en 4 casos, en parte a causa de la degeneracion atrófica ó cérea de este órgano, y en parte tambien porque la presion sanguínea habia sido compensada por una hemorragia.

Al contrario que el bazo, se encontró el hígado de volúmen normal ó hipertrofiado solo en 4 casos; se trataba entonces principalmente de cánceres hepáticos, complicados luego con una obstruccion de la vena porta. No se observó ictericia mas que en 4 enfermos. Respecto al estado de las funciones gástricas é intestinales, resulta que existia diarrea en todos los casos, á excepcion de 3, y en una tercera parte de los enfermos las deposiciones eran sanguinolentas ó aun estaban constituidas por sangre pura; solo 4 veces hubo vómitos sanguinolentos. Los demás accidentes, como la disnea, la disminucion de la secrecion urinaria, etc., solo desempeñan un papel secundario y son fáciles de explicar.

### III.—Diagnóstico.

El diagnóstico de la obstruccion de la vena porta resulta naturalmente de lo que acabamos de decir. Puede establecerse con seguridad cuando existen todos los síntomas del éxtasis; se hace mas difícil si faltan muchos de ellos. En este caso, hay que guiarse sobre todo por la reproduccion extraordinariamente rápida de la ascitis, despues de la paracentesis; en ninguna otra afeccion de las que dan lugar á un derrame abdominal, es tan marcado como aquí este fenómeno.

La enfermedad conduce casi infaliblemente á la muerte. No poseemos ninguna observacion positiva que demuestre que una circulacion colateral puede compensar el efecto del éxtasis bastante completamente para que se conserve la vida; en todo caso no podia suceder así mas que en las formas simples, debidas á una peritonitis crónica y no en las que se acompañan de una degeneracion del hígado.

El pronóstico se deduce naturalmente de estas nociones.

### IV.—Tratamiento.

Tiene por objeto oponerse, en cuanto sea posible, á las alteraciones que resultan de la oclusion de un vaso importante.

Se procurará moderar la diarrea, así como las hemorragias gástricas é intestinales, por medio de la ratania, del ácido tánico, de los astringentes metálicos; habrá que oponerse á la depresion de las fuerzas, á la ascitis por medio de alimentos ligeros, nutritivos y fá-

eiles de digerir. Es inútil emplear los diuréticos contra la hidropesía porque ante la disminucion en la presión ejercida por la sangre arterial, no puede esperarse excitar la actividad de los riñones, y se debe temer mas bien alterar las funciones digestivas. Ensayar los drásticos seria acelerar el aplanamiento y la extenuación; resta, pues, la punción que se diferirá todo lo mas que se pueda, no repitiéndola hasta que se haga inminente la asfixia.

#### Art. II.—Obturacion de la vena porta.

En el artículo consagrado á los cálculos hepáticos y á los entozoarios de las vías biliares, hablaremos de la obturacion de la vena porta por cálculos (Jacob Camenicens y Devay) y de la presencia del distoma hepático en este vaso.

#### Art. III.—Dilatacion de la vena porta.

Se la observa ya en el tronco, ya en los ramos ó las raíces de este vaso, pero rara vez ocupa todas estas partes á la vez <sup>(1)</sup>.

##### I.—Causas.

Su causa, como la de todas las flebectasias, es, ora un éxtasis de sangre venosa, ora una lesion en la nutrición de la pared por consecuencia de una flebitis crónica, etc., etc.

##### II.—Síntomas.

La dilatacion de la vena porta coincide á menudo con la destruccion, en el interior del hígado, de gran número de capilares de este vaso, como sucede en la atrofia crónica <sup>(2)</sup> y en la cirrosis (véase estas enfermedades). M. Linas refiere un singular ejemplo de esta última especie <sup>(3)</sup>:

<sup>(1)</sup> En los autores antiguos solo se encuentra un pequeño número de ejemplos de dilatacion de la vena porta. Entre ellos deben figurar los hechos, ya mencionados, que refieren Meibom, Mercatus, Martin, y las observaciones de Vesale, Wedel, Stange, Hiller, citados por Stahl-Gaetke (*De vena portæ*. Halæ, 1698. Traducida en francés por Julio Brongniart. Paris, 1860); y en esta se trataba de un hombre que sufrió largo tiempo hipocondria, tuvo vértigos, pulsaciones abdominales, dolores en los hipocondrios y flujo hemorroidal; la muerte se verificó con delirio y convulsiones. Se encontraron el bazo y el hígado muy voluminosos: la vena porta dilatada, tenia el diámetro del intestino delgado, y este presentaba el color livido de la gangrena.

<sup>(2)</sup> Hemos descrito muchos casos de esta especie en el lugar correspondiente.

<sup>(3)</sup> Linas, *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris*, octubre 1835, t. XXI, p. 92.

**OBSERVACION CXIV.**—Un muchacho de diez ocho años, que dos años antes habia sufrido una fiebre tifoidea, sucumbió á consecuencia de una disenteria. El hígado estaba cirrótico, encogido, atrofiado, de un color pardo amarillento; todas las venas abdominales se hallaban flexuosas, alternativamente dilatadas y estrechadas; las venas esplénica, mesentérica, epigástrica é iliaca externa, eran tan anchas como la vena cava inferior; por el contrario, las venas cutáneas se hallaban solo moderadamente dilatadas. En toda la extension del intestino existian extravasaciones sanguíneas; glándulas intestinales, tumefactas; inflamacion viva del recto; ni una gota de líquido en la cavidad abdominal.

El mismo efecto se produce en la oclusion de la vena porta por trombus (Carswell), carcinomas ó cálculos (Devay).

La dilatacion varicosa es mucho mas rara que la uniforme. Solo he visto una vez varices de las venas gástricas coincidiendo con una oclusion de la vena porta. En muchos casos he observado varices en los intestinos delgados, consecuencia de la compresion y de la obliteracion que habian hecho sufrir á las venas meseráicas las bridas de tejido conjuntivo, producidas por una inflamacion del mesenterio. La mucosa del intestino delgado, bruscamente doblada en estos puntos, se hallaba, en toda la extension en que se prolongaban las raices de las venas, comprimida, de un negro azulado y cubierta de un moco oscuro.

En el caso de estrechez y de osificacion de la vena porta que hemos mencionado mas atrás, describe Virchow varices de la vena esplénica, cuyas paredes estaban adelgazadas en unos sitios y engrosadas en otros; en las inmediaciones de la raiz del órgano, sus ramos tenian 2 á 2½ centímetros de diámetro, y el tronco de 5 á 7 centímetros, el de la vena porta tenia 7 centímetros de perimetro.

#### Art. IV.—Osificacion de la vena porta.

Numerosas observaciones <sup>(1)</sup> prueban que en determinadas circunstancias la pared de la vena porta puede osificarse. Por lo comun

(1) Las mas importantes de ellas son las siguientes: Ruysch, (*Observat. Anat.*, n° LXX, Thèse n° 58) ha encontrado en un hidrópico, además de tubérculos en el peritoneo, la vena porta osificada en parte; dicho autor ha representado este caso en (*Observat. Anat.*, fig. 58; Otto (*Pathol. Anat.*, p. 558); Biermayer (*Museum anat. pathol. nosocomiei universitatis Vindobonens.*, 1816, p. 102), y Rokitsansky (*Pathologische Anatomie*, t. I, p. 656) han descrito las preparaciones anatómicas de osificacion de las venas porta y esplénica, pertenecientes al Museo de Viena. Lobstein (Ploëbus, *De concrementis venarum osseis et calculosis.* Berolini, 1832) ha visto el seno de la vena porta que presentaba en una grande extension una lesion análoga á la de las arterias. Bourdon y Piedágnel (*Encyclopédie des scienc. médicales*, t. V, p. 86. Paris, 1835), han observado la osificacion completa de la vena porta en un sujeto que tenia

se encuentran solo algunas escamas calcáreas, situadas en las túnicas interna y media; rara vez llega la lesión á la externa y se osifica la pared circularmente ó en grande extension. Las placas calcáreas tienen una superficie lisa, son mas gruesas en su parte media y se adelgazan hácia los bordes. El vaso enfermo presenta, además de estos puntos osificados, otros que están aumentados de grosor, como cartilaginosos y que se parecen á los que se encuentran en las arterias ateromatosas. Virchow (1) ha visto la pared interna de la vena porta á su entrada en el hígado, adquirir progresivamente el espesor de un centímetro.

Esta pared estaba constituida por una materia cartilaginosa, estratificada y en parte osificada. La causa de esta degeneración de la pared de la vena porta es, como en las arterias, una inflamación crónica.

La osificación de este vaso se ve producir en las mismas circunstancias que la piliflebitis, sobre todo á la vez que la obstrucción de la vena, ya sea esta consecutiva á la cirrosis, á una peritonitis crónica, ó á una inflamación de la cápsula de Glisson.

Es notable que el estado adiposo no se haya observado nunca en las paredes de la vena porta, mientras que es la degeneración mas frecuente en las arterias. Sin embargo, la *Observacion CV*, nos probará que esta degeneración puede encontrarse igualmente en la vena porta.

#### Art. V.—Rotura de la vena porta.

Es un hecho raro del que solo se encuentran un cortísimo número de ejemplos en la literatura médica (2).

un tumor esplénico y hematémesis. Presac (*Gazette medicale de Paris*, 1836, p. 546) ha visto al mismo tiempo que un cáncer del estómago, las paredes de la vena porta llenas de una materia medular, incrustadas de depósitos calcáreos. En estos últimos tiempos, Raikem (*Mémoires de l'Académie de médecine de Belgique*, t. I, p. 38), Frisson, Dowell, Giutrac, Virchow (*loc. cit.*) han hecho descripciones precisas de osificaciones de la vena porta, que todas coincidían con la obstrucción de este vaso. Puchelt, (*loc. cit.*), t. III, p. 272, Oppolzer y Bamberger refieren tambien observaciones de esta naturaleza.

(1) Virchow, *loc. cit.*, p. 24.

(2) And. Vesalius (*Epistol. de radice chinæ. Opera omnia*. Lugdun. Batav, 1723, t. II, p. 674) refiere la autopsia de un jurisconsulto que sucumbió repentinamente estando comiendo. « Quumque ipsum dissecarem, reperi mox universum corporis sanguinem, adhuc impense calidum, in peritonæi amplitudinem confluisse. Hujus sanguinis fluxui occasionem præbuerat induratus quidam in venæ portæ candidæ abscesus, qui parte quadam suppuratus, effractusque sanguini viam dederat. » El hígado estaba granulado, el bazo muy engrosado. Schenckius (*Observat. medic. raræ*) ha encontrado en un hombre que habia sufrido durante largo tiempo gastralgias y melena,

Yo he tenido una vez ocasion de observar un enfermo cuya muerte fué debida á esta causa; la vena porta presentaba en ciertos puntos una degeneracion adiposa muy avanzada.

OBSERVACION CXV. — *Alteraciones de la digestion, accesos de calambres de estómago, diarrea; abuso de los alcohólicos; dolores intensos, sensacion de rotura en el epigastrio, síncope, sintomas de hemorragia interna; muerte á los dos dias.—Autopsia: extravasacion considerable de sangre entre las hojas peritoneales que rodean la vena porta y la esplénica; degeneracion adiposa extendida de las paredes de la vena porta á sus ramos; estado grasoso muy avanzado del páncreas; hígado adiposo, hipertrofia de su tejido conjuntivo.*—Otto Pfennig, litógrafo, de cuarenta y un años, fué admitido en el hospital Allerheiligen el 6 de junio de 1846 y murió el 8 del mismo mes.

El enfermo, pálido y descarnado, dijo que sufría hacia mucho tiempo alteraciones digestivas, calambres frecuentes en el estómago y una diarrea rebelde. Había tenido muchas veces ictericia. Desde hacia un gran número de años, no podía soportar mas que alimentos ligeros y poco abundantes; el mas pequeño exceso en el régimen le era muy perjudicial. Algunos meses antes de su ingreso en el establecimiento, vomitó, sin toser, una gran cantidad de sangre; confesó que tenia la costumbre de beber aguardiente. Su enfermedad, al ser admitido, no databa mas que de veinte y cuatro horas; el 5 de junio por la mañana, durante un acceso de calambres de estómago, experimentó como una sensacion de rotura y de derrame de líquido en la region abdominal superior; muy poco despues se sintió sumamente débil, no pudo permanecer de pié y perdió el conocimiento.

El 6 de junio, dia en que se examinó al enfermo por primera vez, se quejaba de calambres intensos en las pantorrillas y dolores en las regiones pilórica é ileo-cecal; la inteligencia estaba despejada, la cara cianótica, las extremidades frias y el pulso imperceptible. El vientre se encontraba tenso y dilatado, el diafragma empujado hácia arriba en la extension de un espacio inter-

el estómago medio lleno de sangre y una dislaceracion de la vena porta en la superficie cóncava del hígado (?). Testa (*Delle malattie del cuore*) cita una observacion de Folchi en que se trataba de un muchacho que murió repentinamente despues de haber comido. La cavidad abdominal contenia una masa de sangre líquida, y el intestino estaba cubierto de coágulos; la vena porta, que á su entrada en el hígado parecia dilatada, presentaba una herida abierta de media pulgada de extension. Todo el resto estaba normal. Meli (*Sulle febbri biliose*, 1822). Lobstein (*Traité d'anal. pathol.* Paris, 1833, t. II, § 1127) ha encontrado en la autopsia de un hombre muerto de una fiebre biliosa, el seno de la vena porta con una rotura de 8 lineas de longitud y de bordes vueltos hácia afuera. La pared del vaso estaba reblandecida y fácil de dislacerar con los dedos.

Toulmouche (*Arch. de méd.*, octubre, 1857, 3.<sup>a</sup> série, t. III, p. 228) ha visto un enfermo atacado de epilepsia que sucumbió á consecuencia de una rotura de la vena esplénica; esta tenia las paredes muy delgadas y de un color rojo intenso. La dislaceracion ocupaba el sitio en que esta vena, antes de penetrar en el bazo, se divide en muchos gruesos ramos.

costal; hígado colocado de canto é inaccesible á la percusion. No se pudo comprobar la existencia de un derrame en la cavidad abdominal. Entre los órganos torácicos, el corazon no presentaba alteraciones; en el vértice del pulmon izquierdo se advertía un sonido macizo limitado, y el ruido respiratorio, oscuro. Orina muy escasa, sin albúmina ni materia colorante biliar.

*Prescripcion:* cataplasmas frias, láudano.

El 7 de junio.—El enfermo se quejaba de dolores en la region ileo-cecal, vientre fuertemente tenso, extremidades frias, vómitos de una materia líquida verdosa; dos deposiciones grises y arcillosas. Por la tarde las percepciones se hicieron confusas; por la noche somnolencia. Muerte á las siete. La piel habia tomado en los últimos momentos un tinte amarillento.

*Autopsia*, veinte horas despues de la muerte.—Nada de anormal en el cerebro ni en sus membranas. Mucosa de las vías aéreas un poco rubicunda; gánglios bronquiales voluminosos y pigmentados, pulmon izquierdo fijo por adherencias antiguas, sembrado de tubérculos en su vértice; el derecho sin alteracion. El corazon contenia coágulos sólidos y amarillos.

El estómago y el conducto intestinal se hallaban muy distendidos por gases; el hígado, fuertemente empujado hácia arriba, tenia su borde cortante vuelto á las costillas. Debajo de él se descubrió un tumor de un color rojo parduzco que llegaba hasta la vejiga; otro igual existia en el hipocondrio izquierdo, en la cara inferior del bazo. Por medio de un exámen mas atento, se vió que estos tumores estaban formados por sangre, en parte líquida, en parte coagulada, que se habia reunido en la inmediacion de las venas porta y esplénica, entre las hojas desprendidas del epiploon menor, de los ligamentos hepato-duodenal y gastro-esplénico, y en fin, del mesocólon. La extravasacion descendia en ambos lados hasta los riñones, y transversalmente ocupaba la region abdominal desde la vena porta á lo largo del páncreas, hasta la raiz del bazo. El tronco de la vena porta y de la esplénica, el de los ramos mas pequeños que de ellas emanan, presentaban una modificacion particular en su pared. Tenia esta en ciertos puntos un color amarillo de azufre, debido, segun demostró el exámen microscópico, á una degeneracion adiposa. Los puntos amarillos del vaso estaban blandos y friables. No pudo descubrirse en el tronco de la vena porta ni de la esplénica, rotura ninguna por donde se hubiese verificado la hemorragia; pero continuando la investigacion en los ramos de estos vasos, especialmente en los vasos breves, á partir de la vena esplénica, se vió que estos iban á perderse en la masa del coágulo; lo mismo sucedia con algunos de los ramos venosos que desembocan en la coronaria derecha. La aorta, el tronco celiaco y sus ramos no ofrecian nada de anormal, así como tampoco la vena cava ascendente.

El páncreas era voluminoso y de consistencia blanda; dando en él un corte se notó una especie de red formada por líneas mas ó menos anchas de color amarillo blanquecino, que estaban constituidas principalmente por gotitas de grasa y de nucleolos. Hácia la cabeza del órgano se encontró un foco extenso de la misma naturaleza, con un aspecto purulento y constituido por un detritus adiposo. Cerca de este foco habia una pequeña vena afluyente á la porta, obturada por un coágulo rojo y aun ya blanquecino en ciertos sitios; las pa-

redes de esta vena estaban amarillas é invadidas por una degeneracion adiposa muy avanzada. Alrededor habia una masa enorme de sangre coagulada. La envoltura del conducto de Wirsung estaba cubierta de un depósito adiposo blando.

El hígado se hallaba hipertrofiado, blando y tenaz, de color amarillo claro; su tejido conjuntivo se hallaba hipertrofiado, las células contenian mucha grasa. La vejiga biliar estaba llena de una bilis oscura. Bazo pequeño, pardo rojo, blando.

El estómago contenia moco amarillo; la mucosa se encontraba pálida.

La serosa de los intestinos delgados tenia un gris de pizarra; su membrana interna estaba lívida, tumefacta, surcada por venas muy desarrolladas. En los intestinos gruesos habia materias fecales grises y sólidas; mucosa de un rojo pardo en ciertos sitios, especialmente en la inmediacion del derrame sanguíneo.

Riñones exangües, pero en lo demás normales.

#### Art. VI.—Inflamacion purulenta de la vena porta <sup>(1)</sup>.

(Pyléphlebitis supurativa).

En la inflamacion purulenta de la vena porta, los cambios que sufren las paredes y el contenido del vaso enfermo presentan una fisonomía diferente de la que tienen en la afeccion que acabamos de describir, la trombosis y la piléphlebitis adhesiva.

(1) Sasse, *De vasorum sanguiferorum inflamm.* Disertacion. Halæ, 1797.—Bichat, *Anatomie générale*, t. I, p. 70.—Dance, *De la phlébite* (*Arch. gén. de méd.*, diciembre 1828; enero y febrero 1829).—Arnott, *Sur l'inflammation des veines*.—Balling, *Zur Venenentzündung*. Würzburg, 1829, p. 510.—Borie, *La Clinique*, 2 de mayo de 1829.—Baczynsky, *De venæ portæ inflamm.* Disertacion inaugural. Turici, 1858.—Fauconneau-Dufresne, *Gazette médicale*. Paris, 1859, p. 724.—Mohr, *Medic.-centr.-Zeitung*, año noveno, núm. 29.—Cruveilhier, *Anatomie pathologique du genre humain*, cuaderño 16, lám. 5, en folio; y *Traité d'anatomie pathologique générale*, Paris, 1852, t. II.—Schönlein, *Klinisch. Vorlesung. von Guterbock*. Berlin, 1842.—Messow, Kaether y Sander, *De pyléphlebitide*. Disertacion inaugural. Berlin, 1844.—Walter, *Zeitsch. der Gesellsch. Wiener Aerzte*, 1846, t. III, p. 585.—Frey, *Heidelberg Annalen*, t. X, 2.—Niess, *Heilderberger Annalen*, t. XII, 5.—Lambron (Ernest), *Observation d'inflammation des veines du foie* (*Arch. de méd.*, 1842, 5.<sup>a</sup> série, t. XIV, p. 151).—Gluge, *Atlas der pathologischen Anatomie*, Jenæ, 1845, 47.—Budd, *Diseases of the liver*, p. 176.—Ormerod, *Lancet*. London, mayo 1840.—Kesteven, *London medical Gazette*, diciembre 1830.—Hillairet, *Union médicale*, 1849, p. 262.—Marotte, *Revue médico-chirurgicale*. Paris, marzo 1850.—Law, *Dublin quarterly Journal*, febrero 1851, p. 258.—Reuter, *Ueber Entzünd. der Pfortader*. Disertacion inaugural. Nürenberg, 1851.—Breithaupt, *Preuss. Vereinszeitung*, núm. 47, 1851.—E. Leudet, *Archives de médec.*, febrero 1855, 5.<sup>a</sup> série, t. I.—Buhl, *Zeitschrift für rationelle Medicin.*, 1854, 9.<sup>a</sup> série, t. IV, p. 5.—Langwaagen, *De venæ portæ inflamm.* Disertacion inaugural. Lipsæ, 1853.—Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1861, t. II, en folio con láminas.—Bristowe, *Transact. of the patholog. Society*, t. IX, p. 279.

Aquí se encuentra la vena dilatada; permanece abierta después que se la incinde, sus paredes están engrosadas, reblandecidas é impregnadas de exudado. En la vaina misma del vaso se descubre una coloración ó una infiltración serosa, fibrinosa ó purulenta. La túnica media de la vena ha sufrido análogas modificaciones; en cuanto á la túnica interna su color está alterado, presenta tintes rojos, pardos, amarillo-verdosos; se encuentra arrugada, con bastante frecuencia rota y cubierta de capas de fibrina ó de pus líquido.

El trombus contenido en la vena no tarda en descomponerse, se reblandece en el centro, se transforma en una pulpa de un rojo gris sucio, y acaba por convertirse mas ó menos completamente en un líquido purulento (\*).

Estas diversas alteraciones se manifiestan de una manera acentuada en ciertos puntos de la vena, que varían con el asiento primitivo de la enfermedad y con la causa que la ha producido; pero no permanecen jamás circunscritas, é invaden una extensión considerable de este aparato venoso. En general están comprometidos los ramos de la vena porta; se encuentra su luz obturada hasta en sus ramificaciones mas finas por coágulos de sangre, fibrina ó pus, ó bien se hallan dilatados y llenos de un líquido purulento, de suerte que, cuando se da un corte al órgano, forman cavidades semejantes á los abscesos. No es raro ver aquí, como en las otras especies de flebitis, partículas de trombus arrastradas á lo lejos, y que dan lugar á la formación de abscesos metastáticos del hígado; estos se manifiestan entonces, según su grado de desarrollo, ya en el estado de infartos de un rojo pardo, ya en el de cavidades llenas de pus y teñidas de amarillo. Es raro que la metástasis pase del hígado; en 25 casos no habia mas que 4 con focos purulentos en órganos distantes; Dance ha encontrado pus en la parótida, el músculo deltóides, la articulación del hombro y los pulmones; Walter le ha descubierto en el cerebro, los riñones y el pulmón; Breithaupt, en el bazo, etc., etc.

Las raíces de la vena porta se encuentran menos frecuentemente interesadas que sus ramos; hay casos en que todas están mas ó menos enfermas y llenas de sangre coagulada, de fibrina ó de pus; hay otros en que un gran número de ellas se conservan sanas, mientras que algunas aisladamente son asiento de un trabajo inflamatorio que ha recorrido todas sus fases. Todo esto depende principalmente del

(\*) Una simple rubicundez de la pared interna de la vena porta no basta para caracterizar á la inflamación. Así es que no consideramos como casos de filiflebitis las observaciones referidas por Andral (*Clinique médicale*, t. IV, p. 201), en que solo existia este signo á la vez que una inflamación crónica del intestino.

punto de partida de la piliflebitis y de las causas que la han producido.

I—Etiología.

La inflamacion purulenta de la vena porta es casi siempre una afeccion consecutiva, provocada por un trabajo de supuracion existente en los órganos que el vaso atraviesa ó donde toma origen. Son muy raros los casos en que no puede llegarse á demostrar este modo de desarrollo, y en que se ve al padecimiento depender de una causa exterior tal como el traumatismo.

Segun lo que yo he podido observar hasta ahora, la piliflebitis supurante es producida:

1.º *Por una herida de la vena porta.*—La literatura médica no posee mas que un solo ejemplo de piliflebitis traumática referido por Ernesto Lambron (1). Esta observacion, que presenta á la enfermedad bajo su forma mas sencilla, puede encontrar aquí un lugar oportuno (2).

OBSERVACION CXVI.—El 4 de junio de 1841 entró en el hospital de La Piedad, sala de San Atanasio, núm. 15, Francisco Roussy, jornalero, de sesenta y nueve años de edad, poca talla, buena musculatura, pero que sin embargo representaba mas edad que la que realmente tenia. Hacía algunas semanas que sufría del estómago, advertía de tiempo en tiempo deseos de dormir, y las deposiciones eran difíciles. No sabiendo á qué atribuir este malestar, como no fuese, segun creía, á un exceso de bilis, tomó por su propia voluntad, hacia ocho días, un grano de emético que no le produjo alivio alguno. El dia de su entrada en el establecimiento fué acometido de escalofrios irregulares, ganas de vomitar y durmió mal aquella noche.

Examinado detenidamente el 5 de junio en la visita de la mañana, se encontró el pulso casi normal; la respiracion perfectamente bien; la lengua blanca, algunas ganas de vomitar, estreñimiento; se quejaba de dolores en el hipocondrio derecho, que se presentaban en forma de malestar continuo con exacerbaciones, comparados por el enfermo á calambres muy intensos; la presion en esta region apenas era dolorosa; el hígado y el bazo tenían su vo-

E (1) E. Lambron, *Observation d'inflammation des veines du foie* (*Archives de médecine*, 1842, 5.ª série, t. XIV, p. 129).

(2) Puede comprenderse tambien en la forma traumática de la piliflebitis la inflamacion que en los recién nacidos se propaga desde el sitio en que se han ligado las venas del cordón al tronco y la rama derecha de la vena porta, á veces hasta las raíces de este vaso, tales como las venas esplénica, pancreática y mesentérica. Esta inflamacion ha sido descrita por Fr. Meckel y por Sasse (*Dissertatio de Vasorum sanguiferorum inflammatione*, Halæ, 1777). Determina, ya la oclusion de la vena porta ó de su rama derecha, ya la supuracion y una peritonitis general. Véase Bernar, *Krankheiten der Neugeborenen*, Wien, 1832, t. III, p. 175.—Fr. Weber, *Patholog. Anatom. der Neugeborenen*; H. Meckel, *Annal. des Charitékrankenhausens*, t. IV, p. 218.

lúmen normal, las demás funciones parecía que se verificaban regularmente (limonada vinosa).

6 y 7 de junio.—No se habían presentado los escalofríos; pero los dolores del hipocondrio eran muy violentos; la lengua estaba cubierta de una capa blanquecina, había algunas náuseas, la presión en el epigastrio no era dolorosa, persistía el estreñimiento. (Un grano de emético, agua de ternera, julepe).

El 8.—El enfermo sufría más, los dolores habían sido muy vivos durante el día, la piel y las escleróticas tenían un color ligeramente amarillento, en las orinas no era bien apreciable.

El 11.—Persistían siempre, con exacerbaciones de tiempo en tiempo, los dolores en el hipocondrio. El color icterico de las escleróticas y de la piel era mas pronunciado. Las orinas, examinadas hasta este día con el ácido nítrico, no habían dado resultado alguno positivo; pero analizadas de nuevo produjeron un color verde, que pasó al de rosa por un exceso de ácido. (Se sacaron 200 gramos de sangre por medio de seis ventosas aplicadas á la region hepática).

El 12.—Era menor el dolor, pero el enfermo había tenido náuseas y algunos escalofríos por la tarde, seguidos de calor y de sudores; la lengua estaba seca, cubierta de una capa negruzca, había hipo y algunas deposiciones líquidas, verdosas; 76 pulsaciones. El volúmen del bazo no había aumentado sensiblemente; sin embargo, á causa del acceso febril bien caracterizado, se administraron 20 centigramos de sulfato de quinina.

13.—El estado era casi el mismo que en el día anterior; hipo de tiempo en tiempo, algunos escalofríos durante la noche, había faltado el estadio de calor, siendo menos abundantes los sudores; un poco de fiebre todavía por la mañana, 80 pulsaciones. (Vejigatorio á la region epigástrica para contener el hipo, 20 centigramos de sulfato de quinina, caldo).

El 14.—El sulfato de quinina, administrado dos días seguidos, no contuvo ni aun modificó los escalofríos y los accesos febriles; todavía se presentaba hipo algunas veces. (Agua de Seltz, tisana de goma y de grosella).

El 15.—Los accesos febriles, simulando paroxismos de fiebre intermitente con mas ó menos irregularidad en los tres estadios y rebeldes al uso del sulfato de quinina, el hipo, la ictericia, los dolores del hipocondrio derecho, la falta de lesiones en otros puntos del cuerpo y el volúmen casi normal del bazo hicieron que se diagnosticase el padecimiento de flebitis hepática.

El 17.—El enfermo se encontraba en esa situación que se ha descrito con el nombre de estado pútrido en los viejos. (Se prescribió el agua magnesiana).

El 18.—Ligero alivio, la coloracion icterica parecia menos pronunciada.

El 22 y el 23.—Se administró de nuevo una botella de agua magnesiana.

El 24.—Sintiéndose mejor el enfermo pide de comer y se le da un cuarto de racion; por la tarde es acometido de escalofríos intensos con fiebre; pero esta vez se confunden los estadios, porque los escalofríos tienen lugar cuando el cuerpo se halla cubierto de un sudor abundante; las orinas contenian mucha menos bilis.

El 25.—No había cesado sensiblemente la fiebre y parecía quererse hacer continua; la piel estaba cubierta de sudor; la lengua, que los días anteriores se presentaba húmeda, se puso seca; el enfermo se quejaba también de sus dolores que habían desaparecido hacia cinco ó seis días.

El 26 y 27.—Se presentaron de nuevo los escalofríos con el hipo de tiempo en tiempo, la fiebre tomó el tipo intermitente, el pulso era duro y desarrollado, por la auscultación se percibió un poco de estertor crepitante con ligero soplo en la base del pulmón derecho, el enfermo se encontraba muy abatido (Veigatorio en la región torácica derecha).

El 28 y 29.—Aplanamiento cada vez mayor; delirio ligero, pulso pequeño, depresible y frecuente; 104 pulsaciones; muerte en la noche del 29 al 30 de junio.

*Autopsia* treinta horas después de la muerte.—Ligero tinte icterico en todos los tejidos. Nada de serosidad en el abdomen.

El hígado tenía su volumen normal y un color amarillo verdoso oscuro ó bronceado. Las membranas de envoltura se hallaban en estado normal, únicamente la serosa se encontraba adherida en algunos puntos á la hoja parietal que recubre el diafragma. La vejiga de la bilis tenía su volumen ordinario, notándose también en ella algunas adherencias serosas. Estaba llena de una bilis con todos los caracteres de la normal.

Disecando el pedículo vascular del hígado, y sobre todo los conductos biliares que se hallaban un poco dilatados, una incisión hecha por descuido dió salida á una pequeña cantidad de líquido rojizo, sanioso, mezclado con algunos copos de pus. Creí en el primer momento que procedía de los conductos biliares, y abriendo el duodeno examiné si el colédoco estaba obliterado en su embocadura, pero no encontré nada de anormal, antes bien fluyó con facilidad una bilis amarillenta y espesa del pequeño tubérculo en que se encuentra la abertura de dicho conducto. Se incindió este en toda su longitud y no estaba enfermo, ni contenía mas que bilis. Se aplicó una ligadura en su extremo superior para impedir que la bilis, que continuaba fluyendo, estorbaba la disección de los otros vasos del pedículo del hígado.

No tardó mucho en verse que este pus venía de la vena porta. Se incindió este vaso y salió de él una gran cantidad de líquido de color de heces de vino. Siguiendo las raíces ó las divisiones mesentéricas de dicha vena, se encontró en el tronco de la mesentérica superior un cuerpo extraño, reconociendo fácilmente que era una espina de pescado. Implantada en la cabeza del páncreas, atravesaba oblicuamente de arriba abajo y de delante atrás la pared anterior de la vena, penetraba en su cavidad y se introducía á 1 ó 2 milímetros de profundidad en la pared posterior engrosada de este vaso. Tenía unos 3 centímetros de longitud y el grueso de un alfiler fuerte; era amarillenta, dura y resistente; la extremidad correspondiente á la vena se hallaba retorcida en forma de tirabuzón.

Al nivel de la ulceración producida por este cuerpo extraño, se hallaba obliterada la cavidad de la vena mesentérica, por falsas membranas de color gris apizarrado. Estaban adheridas y formaban cuerpo con las paredes del vaso, extendiéndose desde las embocaduras de las pequeñas venas que vie-

nen directamente de la parte superior del yeyuno hasta el orificio de la vena esplénica y se hacían cada vez menos adherentes; una de ellas avanzaba flotando un poco sobre este orificio al que cubría hasta cerca de la mitad. Las divisiones ó raíces de esta gran meseráica, situadas debajo de la obliteración, se hallaban sanas ó contenían solo coágulos sanguíneos fibrinosos en la extensión de algunas pulgadas.

El color, calibre y consistencia de la vena esplénica eran normales, pero este vaso contenía cierta cantidad del líquido de aspecto de heces de vino que se encontró al abrir el tronco de la vena porta. Es probable que hubiese penetrado en la vena esplénica después de la muerte y quizá durante la disección, porque, como acabo de decir, el vaso se hallaba perfectamente sano.

Antes de seguir más lejos las alteraciones venosas, era curioso saber cómo había penetrado hasta allí esta espina. La primera cuestión que naturalmente se presentaba, era si había venido directamente del estómago. Para resolverla se colocó en su posición este órgano, que no se había hecho más que levantar para diseccionar el pedículo vascular del hígado, y se vió fácilmente en su cara posterior, á cosa de un centímetro del píloro, un punto parduzco de un milímetro de diámetro, que correspondía á la extremidad libre de esta espina y presentaba en su centro una pequeña depresión, cubierta por otra parte por el peritoneo liso y sin la más pequeña señal de adherencia. La cara interna del estómago, examinada en el punto correspondiente á estos vestigios de lesión, no presentaba mancha parduzca, pero se vió un pequeño orificio en el que se encajaba fácilmente la punta de un alfiler. Una cerda de jabalí nos demostró que era la abertura de un pequeño trayecto que comprendía próximamente el espesor de las paredes del estómago, pero terminaba en fondo de saco, es decir, se hallaba obliterado al nivel de la pequeña depresión que hemos hecho notar en la cara externa del estómago.

Aun cuando este trayecto no fuese permeable y no existieran adherencias serosas en la cara externa del estómago, porque muy débiles, se habrían roto sin duda durante los esfuerzos de vómito, parece indudable que esta espina había atravesado el estómago en el sitio que acabamos de examinar, penetrado en la cabeza del páncreas y, caminando siempre, había perforado la pared anterior del tronco de la gran vena meseráica, en cuya cavidad había entrado, produciendo los desórdenes que hemos descrito.

Pasando luego al exámen de la vena porta y de sus ramos hepáticos, se encontró el tronco de este vaso sin obliterar, pero estrechado por falsas membranas, muy poco adheridas á las paredes venosas que se hallaban solo ligeramente engrosadas. El seno de la vena porta estaba lleno de pus, mezclado con sangre, y en algunos sitios de pus flegmonoso. Siguiendo más lejos las divisiones hepáticas de esta vena, se encontraron algunas llenas del mismo líquido de color de heces de vino, con sus paredes ora sanas, ora inflamadas, con engrosamiento y presentando en algunos sitios falsas membranas de un gris apizarrado. Otras contenían solo coágulos de sangre que se prolongaban hasta las más finas de estas ramificaciones venosas. En fin, algunos ramos se conservaban extraños á estos desórdenes y en estado perfectamente normal.

El hígado no presentaba abscesos metastáticos; pero su tejido, al nivel del

seno de la porta, estaba muy reblandecido; en la extremidad derecha de este seno se encontraba un pardo apizarrado muy pronunciado y casi difluente; de haber durado un poco más la enfermedad, es probable que este tejido se hubiese convertido en pus. En los puntos del hígado á donde se dirigian las divisiones venosas sanas, el tejido hepático no estaba alterado, las granulaciones de un amarillo verdoso se conservaban muy bien, los espacios interlobulares estaban enrojecidos por la sangre que encerraban, así como la vena interlobular. En los territorios en que se distribuian las divisiones venosas llenas de coágulos, las granulaciones se hallaban igualmente intactas, pero menos rubicundas en su circunferencia y en su centro. En fin, los sitios del hígado correspondientes á las divisiones venosas que contenian pus, estaban inflamados, se conservaban aun las granulaciones, pero el tejido interlobular era blando, como difluente, y las venas interlobulares se presentaban en la superficie de seccion exangües y abiertas.

Las venas supra-hepáticas se hallaban perfectamente sanas y conteniendo muy poca sangre.

Los riñones, el bazo y los intestinos no estaban enfermos. En el pulmon derecho habia una ligera pneumonía hipostática; pero ni en él ni en el izquierdo existian vestigios del mas pequeño absceso. El corazon, bastante voluminoso, contenia algunos coágulos; en el ventriculo derecho habia uno fibrinoso que se prolongaba en la arteria pulmonar.

2.º *Por una ulceracion del conducto intestinal ó del estómago.*— Este es el punto de partida mas frecuente de la enfermedad; en 25 casos, 9 tenian este origen. La causa mas comun es la inflamacion que, provocada en el ciego y el apéndice cecal, por la retencion de materias excrementicias endurecidas ó por la presencia de cuerpos extraños, como esquiras óseas, cálculos biliares, espinas, etc., da lugar á la produccion de ulceraciones profundas, aun frecuentemente perforantes y de una peritonitis purulenta circunscrita. El trabajo inflamatorio invade entonces las raicillas de la vena ileocecal, produciéndose una flebitis que se localiza ó se extiende hasta el tronco de la vena porta.

En el hígado se encuentran, ora abscesos metastásicos, ora los residuos de una flebitis que se propaga hasta la glándula.

Vamos á referir algunas observaciones debidas á Mohr (1), Waller (2) y Buhl (3); servirán aqui de comentarios.

OBSERVACION de Mohr CXVII.—Se trataba de una sirvienta de diez y siete años de edad, que se presentó en el hospital de Würzburg con los síntomas de una calentura gástrica. La fiebre tenia remisiones, de suerte que se creyó

(1) Mohr, *Medic. Central-Zeitung*, IX Jahrb. n.º 29.

(2) Waller, *Zeitschrift der Gesellsch. der Aerzte in Wien*, III, 1846, p. 385.

(3) Buhl, *Zeitschrift für ration. Medic.*, 1854, p. 548.

era una fiebre intermitente terciana; se notó, sin embargo, que un sudor profuso y persistente sucedía á un escalofrío de corta duracion. Las deposiciones eran tan pronto duras y difíciles como líquidas. La lengua estaba cubierta de aftas que se convirtieron luego en ulceraciones. Mas adelante el tipo tercianario de la fiebre se hizo doble cotidiano; diarrea frecuente, sudores extenuantes.

Hacia la cuarta semana de la enfermedad aparecieron nuevas aftas, se elevó el vientre, haciéndose sensible á la presion y se presentaron deposiciones ténues y biliosas en las que luego se veian algunos copos. El abdómen se puso fluctuante; aparecieron vómitos, sudores colicuativos, y la enferma murió á la sexta semana, habiendo conservado íntegras las facultades intelectuales hasta el fin.

*Autopsia.*—Mucho líquido purulento en la cavidad abdominal; manchas de un pardo rojizo en la superficie de los intestinos. Hígado voluminoso conteniendo seis abscesos llenos de un pus pegajoso y constituidos por los ramos dilatados de la vena porta; todas las divisiones de esta vena estaban llenas de pus. La vena ileo-cecal se hallaba dilatada, engrosada; su pared interna de color oscuro, estaba cubierta de un líquido purulento, algunos de sus ramos contenian tapones de fibrina. El apéndice cecal tenia el volúmen de un dedo; se hallaba infiltrado de pus, y su mucosa de un color apizarrado. Bazo duro, sin cambio de volúmen; paredes del intestino engrosadas, glándulas de Peyero teñidas de sangre.

Este caso es notable sobre todo porque faltaron la ictericia, el delirio y la tumefaccion del bazo, síntomas habituales de la inflamacion de la vena porta.

OBSERVACION de Waller CXVIII.—Un maquinista de veinte años habia sufrido ya varias veces, desde el año de 1844, violentos dolores en la fosa iliaca derecha, cuando el 1.º de setiembre de 1845 cayó gravemente enfermo.

Dolores intensos en la region ileo-cecal, que se exasperaban por el mas ligero contacto, meteorismo, vómitos, fiebre. Las sangrías locales no produjeron resultado alguno. Estos dolores se prolongaron durante cuatro semanas sin disminuir ni un momento; deposiciones difíciles y obtenidas solo á beneficio de los purgantes salinos.

5 de octubre.—Piel urente, seca, demacracion considerable, lengua rubicunda; 120 pulsaciones; deposiciones acuosas, timpanismo; hígado hipertrofiado y sensible á la presion, así como la region ileo-cecal.

8 de octubre.—Escalofrío intenso que duró una media hora, luego calor y sudor profuso. Este acceso se repitió el 9, el 10, el 11 y el 12, sin tomar un tipo regular; desapareció por el uso de la quinina asociada á la morfina. Al mismo tiempo que el escalofrío, se desarrolló una ictericia, aumentando rápidamente el volúmen del hígado. Muchas deposiciones diarias líquidas y de color verde oscuro; orina escasa y sedimentosa. De tiempo en tiempo vómitos de un líquido verde pálido; delirio nocturno.

El 31 de octubre, dia sexagésimo primero de la enfermedad y vigésimo ter-

cero despues de la aparicion del escalofrio, sucumbió el enfermo con dos síntomas de una consuncion héctica muy avanzada.

*Autopsia.*—Hígado voluminoso, conteniendo muchos abscesos hasta del volúmen de una naranja; el tronco de la vena porta y sus principales divisiones, sobre todo las del lóbulo derecho del hígado, estaban llenas de concreciones fibrinosas, que habian sufrido en su centro un reblandecimiento purulento; en una rama habia pus líquido. La pared de la vena porta estaba engrosada, infiltrada de serosidad y reblandecida. El bazo, aumentado de volúmen, de un azul rojizo, presentaba en muchos sitios depósitos fibrinosos, cuyo tamaño variaba desde el de una lenteja al de una judía. El apéndice cecal se confundia por su extremidad perforada con un saco lleno de pus espeso; no se descubrió ningun cuerpo extraño. Estómago é intestinos en estado normal. En el riñon derecho habia muchos focos purulentos.

OBSERVACION de Buhl CXIX.—El enfermo tenia diez y nueve años. El 11 de octubre de 1853 fué acometido de repente, despues de un exceso en el régimen, de dolores en el vientre, escalofrios, vómitos y diarrea. Los dolores desaparecieron, pero el escalofrio se repitió una vez el 16, y dos el 17; el 18 vomitó el enfermo un líquido verde. El 20 tomó la piel un color amarillento; el 21 se quejó el sujeto de dolores en el lóbulo izquierdo del hígado, que era asiento de una tumefaccion desigual; la ictericia continuó progresando. El 26, dos accesos de escalofrio, y otros cinco en cada uno de los tres dias siguientes; luego, mas adelante, simplemente sudores; vómitos repetidos. El volúmen del hígado iba aumentando siempre; deposiciones ténues con mucha bilis; orina escasa y casi desprovista de pigmento biliar.

El 2 de noviembre habia desaparecido el dolor de la region hepática; continuaban los sudores. Delirio, sopor, muerte el 5 de noviembre.

*Autopsia.*—El hígado tenia doble volúmen del normal; en el lóbulo derecho, pero principalmente en el izquierdo, se encontraron gran número de abscesos del tamaño de una nuez y aun del de un huevo; cuando se practicaba un corte, se descubrian innumerables focos purulentos, pequeños y redondeados. El apéndice del ciego, grueso, de un rojo negruzco, lleno de pus, habia sido perforado hácia su extremidad por las materias fecales; esta perforacion conducia á un absceso del tamaño de una nuez y cerrado por la parte del peritoneo. De allí partia un trayecto fistuloso, de direccion sinuosa, que se dirigia á través de las hojas del mesenterio hácia el tronco de la vena porta; las venas mesentéricas inmediatas estaban llenas de ícor y de tapones fibrinosos canalizados; uno de estos obturaba el tronco de la vena porta. La pared interna de este vaso se hallaba arrugada y de un amarillo verdoso. En los ramos hepáticos habia pus y coágulos; el volúmen del bazo era doble del normal.

Es mas raro que el intestino grueso sirva de punto de partida á la enfermedad. Borie (4) ha visto un hombre con una fístula rectouretral, que fué acometido de pronto de escalofrio y accidentes de

(4) Borie, *La Clinique*, 2 de mayo de 1829.

una inflamacion intensa del recto. En la autopsia se encontró el hígado hipertrofiado y la vena porta llena de una materia purulenta, blanquecina, fuertemente adherida á la membrana vascular. El profesor E. Leudet, de Rouen, ha observado los mismos desórdenes consecutivamente á una lesion del recto por la cánula de una jeringa.

El foco primitivo de la enfermedad tiene mas excepcionalmente aun por asiento el estómago. Bristowe (1) refiere un caso de esta especie, en que la inflamacion purulenta de la vena porta procedia de una úlcera crónica del estómago.

OBSERVACION LXX.—El enfermo, obrero de cuarenta y cuatro años, muy dado á la embriaguez, sufría desde mucho tiempo dolores en el estómago, vómitos, estreñimiento, y estaba por efecto de esto muy demacrado. De pronto se presentaron dolores intensos, el enfermo vomitó materias parecidas al poso de café, cayó en el colapso, sus extremidades se enfriaron y sucumbió.

En el estómago, cuya pared engrosada estaba cubierta por un exudado, se encontró una úlcera enorme que habia invadido el páncreas. Los ramos principales de la vena porta estaban llenos de coágulos en vía de descomposicion purulenta. El yeyuno, en su parte superior y en la extension de un pié, tenia un color rojo oscuro y se hallaba cubierto de pus; la mucosa estaba afectada de difteria.

Bamberger menciona un caso análogo (2).

3.º *Por supuracion ó descomposicion pútrida del bazo.*—Los abscesos del bazo se abren algunas veces en la vena esplénica y determinan una inflamacion que se propaga á la porta. En este caso he encontrado en el seno del bazo muchos abscesos, uno de los cuales se habia abierto paso á la vena esplénica, ocasionando una flebitis supurativa. Hé aquí esta observacion:

OBSERVACION CXXI.—*Permanencia en un país pantanoso, fiebre que duró tres semanas y se dijo ser tífica; dolores vivos en ambos hipocondrios; dificultad en las funciones del diafragma; falta de alteracion en los pulmones, sudores profusos, estreñimiento, escalofrios repetidos, pulso muy frecuente, colapso rápido, muerte.*—Autopsia: numerosas adherencias de las visceras abdominales; en el bazo muchos abscesos voluminosos que comunicaban con la vena esplénica, cuyas paredes desiguales estaban cubiertas de pus y de coágulos sólidos hasta su desembocadura en la vena porta; coágulos en parte decolorados y en parte de un rojo pardo, y pus en las ramificaciones de la vena porta.—Fernando Schneider, de treinta y siete años de edad, tonelero, permaneció en el hospital Allerheiligen de Breslau, del 2 al 13 de noviembre de 1858. Habia trabajado como prisionero en Koberwitz durante

(1) Bristowe, *Transactions of the patholog. Society*, t. IX, p. 279.

(2) Bamberger, *Krankheiten der Digestionsorgane*, p. 285.

seis meses; cayó enfermo hacia tres, durando su padecimiento, que parece fué un tífus, tres semanas. Pero los datos suministrados por el enfermo no permiten formar un juicio seguro acerca de la naturaleza de la afección de que fué víctima. Poco tiempo después de haber vuelto á su trabajo, sintió dolores intensos en la parte superior del abdomen, que le obligaban á suspender su ocupación, y sobre todo dificultaban los movimientos; dice que al mismo tiempo se hinchó el vientre, haciéndose difíciles las deposiciones. Su salida en libertad no apaciguó los dolores; tuvo necesidad de guardar cama, siendo acometido de sudores tales, que la patrona de la casa en que estaba no quiso tenerle, viéndose en la necesidad de entrar en el hospital.

El enfermo estaba un poco demacrado, con fiebre moderada, sudaba mucho y se quejaba de un dolor en el epigastrio y el hipocondrio que dificultaba la respiración. Estas regiones estaban sensibles á la presión; el bazo y el hígado se hallaban tumefactos, el vientre un poco elevado, las deposiciones eran raras. El diafragma, que se hallaba bastante alto, no descendía casi en las inspiraciones, mientras que el torax estaba entonces fuertemente elevado. A pesar de un ligero alivio producido por el aceite de ricino, los dolores y la inmovilidad del diafragma, sin ninguna alteración de los pulmones, persistieron hasta un grado que hizo admitir una peritonitis circunscrita de la parte superior del abdomen.

El enfermo tenía un color caquético, un poco grisáceo, pero no presentaba ni había presentado nunca ictericia; el color de las deposiciones era normal; en la orina no existía ni albúmina ni pigmento biliar.

Trascurridos algunos días y por consecuencia del uso de las emisiones sanguíneas locales, se notó algún alivio; remitió la fiebre, reapareció el apetito, se aplanó el vientre y la respiración volvió á su tipo normal.

El 10 había aumentado la tumefacción del abdomen en el que se notaba fluctuación; el escroto y las extremidades inferiores presentaban un poco de edema, habían vuelto á aparecer los dolores y la fiebre con los sudores nocturnos.

El 11 hubo un escalofrío de hora y media de duración, seguido de otros dos en la mañana, con sudores profusos, pero sin ictericia; el pulso se elevó á 150, las fuerzas se aplanaron rápidamente. No existía albúmina en las orinas; deposiciones de color normal; falta de vómito.

El 13 murió el enfermo, cuando estaba tratando de echarse de lado.

*Autopsia*, diez y ocho horas después de la muerte.—Membranas cerebrales en estado normal; cerebro un poco pálido y blando.

Vías aéreas libres; pulmones algo consistentes, de un pardo rojizo, hipermiados, conteniendo aire en todas sus partes, moderadamente edematosos en la región posterior. El diafragma ascendía hasta la cuarta costilla; el lóbulo inferior del pulmón izquierdo estaba sólidamente fijo por adherencias antiguas. El corazón no presentaba nada de anormal en su volumen, sus válvulas ni su estructura muscular; aorta sana.

El abdomen contenía un kilogramo próximamente de serosidad clara; las vísceras abdominales se encontraban en algunos puntos unidas entre sí y con la pared anterior del vientre por adherencias sólidas; el lóbulo izquierdo del

hígado estaba adherido al diafragma; un gran número de circunvoluciones intestinales se hallaban fijas á la pared abdominal, y las falsas membranas contenían en algunos puntos depósitos de materia purulenta espesada, caseosa. La union del bazo al diafragma era muy sólida. En los esfuerzos para desprenderla se abrió un absceso del volúmen de un huevo, limitado exteriormente por las capas pseudo-membranosas que tapizaban la cara inferior del diafragma, y en el interior por el parénquima del bazo reducido á papilla de un color pardo claro. Además de este absceso tan considerable, el bazo, tumefacto, contenía otros muchos mas pequeños. La vena esplénica estaba llena por un coágulo purulento; una de sus ramas comunicaba directamente con el absceso mayor; las paredes del vaso eran desiguales, de color sucio, engrosadas; el coágulo se prolongaba hasta el tronco de la vena porta en forma de un cono redondeado y estriado. La vena mesentérica estaba libre.

El hígado aumentado de volúmen y de consistencia, de un pardo gris, de aspecto brillante, un poco lardáceo, presentaba al exterior, y sobre todo en los diferentes cortes que en él se hicieron, ramificaciones vasculares blanquecinas, de cuyo orificio se hacían salir por medio de la presión coágulos en parte sólidos, vermiculares, pardo-rojizos, y en parte en estado de líquido purulento. Estos vasos eran ramos de la vena porta. El parénquima circunyacente estaba sano. Las venas hepáticas sin alteración; la vejiga biliar contenía bilis de aspecto normal.

En el estómago había moco coloreado por la bilis. El intestino se hallaba distendido y presentaba en los puntos adherentes un tinte apizarrado que comprendía todo el espesor de la pared; en algunos sitios se veían pequeñas venas dilatadas. La mucosa en estado normal y sin que se observasen en ella vestigios de alteraciones tíficas curadas.

Riñones y vejiga pálidos; materias fecales de color normal.

A esta misma categoría de hechos se refiere el caso observado por Law (1) de una inflamación de la vena esplénica con trombus y supuración consecutiva á un absceso gangrenoso del bazo. Waller ha publicado igualmente una observación en que una pleuresia izquierda se complicó con una periesplenitis, que invadió la vena esplénica.

4.º *Por la supuración del mesenterio y de sus gánglios.*—Existen muchas observaciones de piliflebitis ligada á la supuración del mesenterio y de sus gánglios; en algunos la inflamación de la vena porta es indudablemente consecuencia de la lesión del mesenterio, pero en otros hay que invertir el encadenamiento, y la flebitis parece ser el punto de partida de los abscesos.

OBSERVACION de Budd (2) CXXII.—El enfermo, hombre robusto, fué acometido de dolores abdominales intensos siete meses antes de su muerte; estos

(1) Law, *Dublin Quarterly Journ.* Febrero 1831, p. 338.

(2) *Loc. cit.*, p. 175.

dolores no aumentaron, pero su aparicion fué seguida muy en breve de escalofrios repetidos y de sudores profusos, mas adelante sobrevino una ictericia que fué de corta duracion; las deposiciones contenian bilis; no hubo vómitos; muerte por extenuacion.

*Autopsia.*—Se encontró una extensa ulceracion sobre la vena porta, inmediatamente detrás de las meseráica y esplénica. Los restos de la membrana interna estaban cubiertos de una falsa membrana amarillenta, el tejido inmediato parecia lívido é indurado, gruesos gánglios mesentéricos se hallaban en contacto con la vena porta. Todo el mesenterio estaba engrosado; sus gánglios, tumefactos y en supuracion. En la raiz del hígado habia un foco considerable de pus espeso que llenaba al mismo tiempo la vena porta y su vaina. Los dos pulmones contenian gran número de abscesos de diferentes tamaños; el bazo no se hallaba aumentado de volúmen y el peritoneo estaba inflamado.

OBSERVACION CXXIII.—Hillairet <sup>(1)</sup> ha encontrado al mismo tiempo que una supuracion de los gánglios mesentéricos, trombus consistentes en el tronco de la vena porta y pus en los ramos de este vaso. El enfermo era un escribiente de veinte y nueve años. La enfermedad se habia manifestado durante la vida por escalofrios seguidos de calor y sudor; dolores intensos en el epigastrio é hipocondrio derecho, estreñimiento, vómitos, meteorismo, etc.

OBSERVACION CXXIV.—Virchow <sup>(2)</sup> ha observado una dilatacion varicosa de la vena mesentérica que contenia trombus duros y blandos, coincidiendo con una hepatitis metastásica.

Esta dilatacion varicosa estaba probablemente ligada á una peritonitis crónica parcial del mesenterio, consecutiva á una antigua hernia escrotal.

OBSERVACION CXXV.—E. Leudet <sup>(3)</sup> ha encontrado, entre las hojas del mesenterio, pus que bañaba las paredes sólidas de las venas abiertas; el tronco y los ramos de la vena porta contenian pus; el bazo y la vena esplénica se hallaban en estado normal.

No es siempre posible decidir con seguridad si debe considerarse la flebitis como la causa de los abscesos que se desarrollan en el tejido celular de las partes inmediatas, ó si por el contrario es inversa la relacion de causalidad. La posibilidad de este último caso ha sido demostrada por una observacion de Cruveilhier <sup>(4)</sup> en que la vaina de la vena porta estaba infiltrada de pus hasta el mesocolon y el mesorrecto, sin que las paredes mismas del vaso ni su contenido presentasen alteraciones. La relacion es evidente cuando los gánglios meseráicos supurados se abren en las venas inmediatas, ó su supuracion invade las paredes venosas.

5.º *Por los abscesos del hígado y las enfermedades de las vías bilia-*

(1) Hillairet, *Observations de phlébite de la veine porte* (*Union médic.*, 1849, p. 261).

(2) Virchow, *Gesammelte Abhand.*, p. 572.

(3) Leudet, *Arch. de médéc.*, febrero 1855, 5.ª série, t. I.

(4) Cruveilhier, *Anat. pathol.*, in-folio, liv. XVI, pl. III.

res, *calculos*, etc.—Ya hemos hecho observar, pág. 384, que la hepatitis supurada determina con menos frecuencia la inflamacion de los ramos de la vena porta que los de las venas hepáticas.

La piliflebitis se presenta mucho mas á menudo á consecuencia de la irritacion de los conductos biliares, sobre todo cuando esta es provocada por cálculos, que pueden ulcerar y perforar no solo dichos conductos, sino tambien las paredes venosas. Dance (1) ha publicado una importante observacion de esta naturaleza en que se notaban las alteraciones siguientes :

OBSERVACION CXXVI.—El conducto colédoco estaba destruido en toda su extension y convertido en una cavidad oblonga y anfractuosa que contenia colgajos membranosos empapados de bilis. Este conducto presentaba en su parte posterior muchas ulceraciones profundas que se extendian al mismo tiempo á las paredes de algunas gruesas venas inmediatas, penetrando á veces en su cavidad. Una de estas ulceraciones terminaba en la vena mesentérica superior por una abertura del diámetro de una línea. Desde este sitio se extendia la inflamacion por arriba en el tronco de la vena porta y muchos de sus ramos, por abajo á las venas esplénica, pancreática, etc. Se observó que al mismo tiempo se habian desarrollado supuraciones secundarias en la vena temporal, en la parótida, en el músculo deltóides y en las articulaciones del codo y del hombro.

Budd (2) describe un caso de piliflebitis, producida por cálculos biliares, en que la enfermedad se hizo notable por la lentitud de su curso.

Lebert (3) ha referido otro análogo.

OBSERVACION CXXVII.—La muerte se verificó á los treinta y cuatro dias. El sujeto era una obrera de fábrica, de veinte años de edad y de constitucion débil; habia tenido al principio sintomas de apariencia tifoidea, fiebre intensa, dolores de cabeza, abatimiento considerable y diarrea. El noveno dia se presentaron escalofrios seguidos bien pronto de dolores en el hipocondrio derecho y tumefaccion del hígado; continuó la diarrea; ictericia poco intensa, nuevos accesos de escalofrios, demacracion rápida, somnolencia y muerte.

*Autopsia*.—El hígado se hallaba considerablemente aumentado de volumen y sembrado de abscesos; la vena porta era asiento de una inflamacion purulenta, su membrana interna se hallaba en parte destruida y cubierta de una falsa membrana amarillenta; los conductos biliares, fuertemente dilatados, contenian una gran cantidad de cálculos, sus paredes estaban ulceradas y bañadas de pus.

(1) Dance, *De la phlébite* (*Arch. de méd.*, Dic., 1828; enero y febrero 1829).

(2) Budd, *loc. cit.*, p. 176.

(3) Lebert, *Traité d'Anatomie pathologique*. Paris, 1861, t. II.

Leudet (1) refiere una observacion que demuestra que la inflamacion producida por los cálculos biliares puede extenderse hasta la vena porta por contigüidad de tejido sin alteracion de las paredes vasculares.

OBSERVACION CXXVIII.—*Dilatacion de los conductos biliares intra-hepáticos por cálculos, inflamacion supuratoria consecutiva de la vena porta. Muerte.*—Un hombre de sesenta y cinco años, que habia sufrido anteriormente cólicos hepáticos, entró en el Hotel-Dieu de Rouen por accesos febriles que se repetian en épocas irregulares. Ictericia, demacracion progresiva; cólicos poco intensos seguidos de aumento del tinte icterico. El enfermo cayó gradualmente en un estado tifoideo; la demacracion hizo progresos y al fin sobrevino la muerte.

*Autopsia.*—El hígado estaba un poco aumentado de volúmen. En el conducto colédoco, por encima del cístico, habia un cálculo biliar voluminoso; otro existia al nivel de los dos ramos del conducto hepático; por encima los conductos biliares intra-hepáticos estaban ocupados por muchos cálculos. La rama izquierda de la division del conducto colédoco se hallaba muy dilatada por una aglomeracion de cálculos y apoyada sobre la rama subyacente de la vena porta, distendida ella misma por un coágulo. Ninguna de estas ramificaciones biliares contenia pus.

La rama de la vena porta que se dirige al lóbulo izquierdo del hígado, se hallaba obliterada en su origen por un coágulo blanduzco, débilmente adherido á la pared vascular. Al aproximarse á las extremidades capilares de las venas se encontró en su interior un líquido purulento. En este sitio, el parénquima hepático tomaba parte en la inflamacion; tenia un color amarillo blanquecino, estaba blando, y dejaba exudar al cortarle un poco de pus; en el espesor de la glándula hepática se encontraron una docena de puntos inflamados. En todo se comprobó que la infiltracion purulenta se encontraba alrededor de una division, dilatada é inflamada de la vena porta.

El mismo autor cita (2) una observacion de quiste hidalídico del hígado que comunicaba con un ramo de la vena porta inflamada. En la autopsia se presentaron en el lóbulo derecho del hígado unas 30 pequeñas colecciones purulentas, sin vestigio alguno de inflamacion del parénquima hepático y que parecian salir de las divisiones finas de la vena porta. Siguiendo las ramificaciones de este vaso, se encontró una gruesa rama que encerraba grumos fibrinosos que obliteraban su cavidad, adhiriéndose débilmente á las paredes. Detrás del quiste existia una comunicacion del diámetro de un céntimo, cerrada en gran parte en el interior del quiste por la materia grumosa antes indicada. En ningun punto de los ramos de la vena porta se

(1) Leudet, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*. Paris, 1874, p. 7.

(2) Leudet, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, p. 15.

encontraron colecciones purulentas antes de llegar á su terminacion.

6.º *Por inflamacion de la cápsula de Glisson.*—En muchos de los casos de piliflitis se han observado colecciones purulentas en la cápsula de Glisson, en el punto correspondiente á la entrada de la vena porta en el hígado. Estos abscesos son unas veces pequeños, pudiéndoseles considerar como el resultado de la inflamacion de la vena, otras presentan un desarrollo y condiciones anatómicas que prueban que la flebitis es solo consecutiva.

Aqui debe colocarse en primera línea la observacion de Schœnlein (1).

OBSERVACION CXXIX.—El sujeto era un guarnicionero, de veinte años, robusto y de buena salud, que fué acometido sin causa conocida de dolores intensos hacia la línea blanca, entre el ombligo y el apéndice sifóides. El vientre estaba blando, sensible á la presion; lengua amarilla, fiebre alta. Se diagnosticó una perierenteritis (sangrías generales y locales, cataplasmas y baños calientes, agua de laurel cerezo). Desaparicion de la fiebre. El tercer dia escalofrio violento que se repitió á intervalos indeterminados hasta tres veces en las veinte y cuatro horas. Orina de color pardo oscuro, tinte icterico de los tegumentos, deposiciones negruzcas.

Se creyó en una piliflitis. Calomelanos, fricciones con unguento napolitano; salivacion.

La fiebre tomó el carácter héctico, los escalofrios, mas raros, dejaban muchos dias de intervalo; demacracion rápida, color verdoso de los tegumentos; quinina. En la séptima semana el vientre se puso abultado y sensible; se presentaron vómitos de materias verdosas que exhalaban al fin un olor fétido; el hígado y el bazo aumentaron de volúmen; delirio y muerte á los dos meses.

*Autopsia.*—Se encontró una ligera inyeccion del peritoneo sobre el colon transverso; detrás de este, precisamente en la línea media, entre el ombligo y el apéndice sifóides, donde habia existido el dolor durante la vida, una porcion del intestino delgado estaba adherida al mesocolon, y al separarla se descubrió un absceso lleno de pus espeso y limitado por bordes duros, callosos. Este absceso conducia por un corto trayecto á la vena porta, cuyo tronco se hallaba notablemente dilatado y lleno de un pus de un amarillo oscuro icterico. Las ramas de la vena contenian igualmente pus. La membrana interna parecia hallarse engrosada y felposa; el parénquima del hígado no estaba alterado; el bazo tenia doble volúmen del normal; el corazon y los pulmones sanos.

Los hechos referidos por Niess (2) y Langwaagen (3) tienen la misma significacion.

(1) Véase, *Klinische Vorträge*, de Güterbock. Berlin, 1812, p. 275; y las Disertaciones de Kaëther, Sander y Messow.

(2) Niess, *Heidelberger Annalen*, t. XIII, pl. III.

(3) Lanhwaagen, *De venæ portæ inflammatione*. Disert. inaugur. Lipsiæ, 1835, p. 40.

Además de las formas de pilflebitis de que hemos hablado hasta aquí, en las cuales el desarrollo de la enfermedad es mas ó menos evidente, hay otras cuyo punto de partida no puede determinarse.

En esta categoría se deben colocar las observaciones de Balling (1), de Reuter (2) y de otros. Se han admitido como causas ocasionales el enfriamiento (3), el uso del té, del café, de la especias y de los drásticos (4), las bebidas alcohólicas (5); pero estas aserciones carecen de pruebas sólidas y encuentran su refutación en la extrema rareza de la enfermedad, aun cuando estas causas obran sobre millares de individuos.

## II.—Síntomas.

El cuadro sintomatológico de la pilflebitis varía con su origen. Ordinariamente sus síntomas son precedidos por los que corresponden á los estados morbosos que la dan nacimiento, tales como la peritífilitis, las ulceraciones del estómago ó del intestino, la inflamación del bazo, la peritonitis crónica, los cálculos biliares, etc. Los accidentes de la flebitis no aparecen hasta despues de que estos fenómenos han durado mas ó menos tiempo; es bastante raro que se presenten desde luego, porque la lesion primitiva ha permanecido latente.

El principio de la pilflebitis se traduce por dolores que ocupan el epigastrio, el hipocondrio derecho ó izquierdo, la region del ciego ó del ombligo, segun que la inflamación ha comenzado en el tronco, en una de las ramas ó de las raices de la vena porta. A estos dolores se agregan bien pronto escalofrios seguidos de calor y de sudores profusos, sin tipo determinado, produciéndose con una frecuencia variable. Al mismo tiempo aumenta el volúmen del hígado y del bazo, haciéndose estos órganos sensibles á la presión; la piel y las orinas toman un tinte icterico, hay deposiciones abundantes, claras y coloreadas por la bilis, rara vez estreñimiento. Ordinariamente se observan tambien los síntomas de una peritonitis difusa: tension dolorosa del vientre, vómitos, etc.; los enfermos se demacran y pierden sus fuerzas rápidamente, la fiebre de supuración toma los caracteres de la fiebre héctica. El delirio y el coma preceden á la muerte. En algunos casos se observan en el curso de la enfermedad los accidentes de las supuraciones metastásicas del pulmon, las articula-

(1) Balling, *Zur Venenentzündung*. Würzburg, 1829, p. 310.

(2) Reuter, *Ueber die Entzündung der Pfortader*. Nürnberg, 1831.

(3) Balling, *loc. cit.*

(4) Fauconneau-Dufresne, *Gazette médicale de Paris*, 1839.

(5) Bacziński, *De venarum portarum inflammatione*. Dissert. inaug. Turici, 1838.

ciones, etc. Por excepcion puede verse la dilatacion de las venas de las paredes abdominales, ocasionada por la dificultad que experimenta la circulacion de la vena porta.

Este aparato sintomatológico puede recorrer todas sus fases en uno ó dos septenarios (1); por lo comun la terminacion no se verifica hasta las cuatro ó seis semanas (2), dos meses (3), y mas tarde aun en casos excepcionales (4).

Cuando la enfermedad dura mucho tiempo se observan á intervalos remisiones engañosas, hasta que nuevos accesos de escalofrio anuncian los progresos del mal y la inminencia de la muerte.

*Desarrollo, frecuencia y valor diagnóstico de cada uno de los síntomas.*—1.º *Dolor.*—Es por lo comun el primer signo de la enfermedad y no ha faltado completamente en ningun caso. De ordinario tiene su asiento en el epigastrio ó el hipocondrio derecho, no presenta nada de particular en sus caracteres ni en su modo de irradiacion (5). No es raro verle partir de la region del ciego ó del ombligo, algunas veces tambien del bazo. En el curso del padecimiento, despues de la invasion de la peritonitis, el dolor se extiende á todo el abdómen. El vientre está al principio un poco tumefacto y algo sensible á la presion; estos síntomas aumentan mas adelante, siendo su intensidad proporcionada á la de la peritonitis.

2.º *Estado del hígado.*—El volúmen del hígado aumenta en la mayoría de los casos (las tres cuartas partes próximamente), á causa de los abscesos que se desarrollan en su espesor; se pone al mismo tiempo doloroso, como en las otras formas de hepatitis. Cuando no se producen abscesos, el volúmen de la glándula no sufre cambios; en una cuarta parte de los enfermos ha faltado la tumefaccion del hígado.

3.º *Estado del bazo.*—Los síntomas son los mismos que para el hígado. En 49 casos (faltan los datos respecto á los demás), el volúmen del órgano estaba aumentado 44 veces, normal 5. No es raro que sobrevenga rápidamente la tumefaccion, y entonces se acompaña de dolores en el hipocondrio izquierdo. La falta ó la existencia de

(1) Bacinski, Mohr y Frey.

(2) Ormerod, Budd, Marotte, Lambron, Miess, Langwaagen.—E. Leudet, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*. Paris, 1874.—Lebert, *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1857, t. II, p. 534.

(3) Waller.

(4) Budd, *On Diseases of the Liver*. London, 1831.

(5) Equivocadamente se ha atribuido un gran valor diagnóstico al asiento del dolor en el trayecto de la linea media, entre el ombligo y el apéndice sifóides, asi como á la sensacion urente ó de quemadura que caracterizaria este dolor.

abultamiento del bazo está esencialmente subordinada á que se mantenga la permeabilidad de la vena esplénica, ó á su obliteracion ocurrida en un período poco avanzado de la enfermedad. Ciertas influencias vienen tambien á agregar su accion, tales son: la composicion de la sangre, el estado de la cápsula y del parénquima del bazo, que permite ó impide la distension de esta glándula, la exhalacion sanguinea en la superficie del intestino, por la que puede compensarse el éxtasis en la vena esplénica.

4.º *Ictericia*.—Aparece ordinariamente en el curso de la piliflebitis supurativa y presenta una intensidad variable. La piel tiene un color amarillo claro ú oscuro, algunas veces verdoso; la orina toma el mismo matiz, pero en algunos casos solo contiene una pequeña cantidad de pigmento biliar (Lambson, Bulh). Se ha visto á la ictericia acompañarse de petequias (Dance, Waller, etc.).

La ictericia no es, sin embargo, un síntoma constante de la piliflebitis supurativa; ha faltado completamente en una cuarta parte de las observaciones, aun en aquellas en que el hígado contenia abscesos metastáticos (Frey).

Su génesis en esta enfermedad se explica por lo que hemos dicho al tratar de la ictericia en general.

5.º *Funciones del estómago y de los intestinos*.—Se encuentran siempre alteradas en alto grado. En mas de las dos terceras partes de los enfermos hubo evacuaciones diarréicas de naturaleza biliosa, que contenian á veces vestigios de sangre ó copos fibrinosos de exudacion disentérica; el estreñimiento fué mucho mas raro. En los casos en que la flebitis reconocia por causa cálculos que obstruian los conductos biliares, las deposiciones presentaron los caractéres que se observan en tal circunstancia.

Las alteraciones funcionales del estómago son menos pronunciadas, se presentan habitualmente bajo la forma de un catarro intenso; en 21 casos hubo cinco veces vómitos verdosos, debidos en parte á la peritonitis consecutiva. No puede referirse á la afeccion de la vena porta la erupcion frecuente de aftas indicada por Mohr, ni la estomatitis con exudados observada por Waller.

6.º *Fiebre y otros síntomas generales*.—La formacion del pus en la vena porta se manifiesta, como en las otras formas de flebitis, por un escalofrio, que, por lo comun, indica el principio de accidentes graves. Se repite de tiempo en tiempo y puede tomar un tipo bastante regular, para hacer creer en la existencia de una fiebre intermitente. En la mayor parte de estos casos se ha ensayado la quinina sin éxito.

Los accesos de escalofrio afectan de ordinario muy pronto un

curso irregular, se repiten muchas veces en el día ó se suspenden algun tiempo para reaparecer con mas frecuencia é intensidad.

Ordinariamente el escalofrio es seguido de calor y de sudores viscosos, debilitantes; el estadio de calor puede faltar en casos excepcionales (Lambson, Langwaagen). La fiebre, prolongándose, toma algunas veces el carácter de la calentura hética.

La frecuencia del pulso varía de 90 á 130 pulsaciones, la temperatura de 28°,8 á 32°,3 R.; segun Langwaagen, el máximum se presenta tan pronto por la mañana como por la tarde; el mismo autor encontró la temperatura á 31°,2 durante el escalofrio.

Con estos fenómenos febriles se acompañan alteraciones en la nutricion y disminucion de fuerzas; los sujetos se demacran rápidamente, se ponen pálidos, débiles y caquéticos.

Sobrevienen además, en la mayoría de los casos, accidentes nerviosos tifoideos, tales como delirio, coma, etc., segun se observa en la infeccion pihémica debida á las otras formas de flebitis. No se ha visto á los enfermos conservar el conocimiento hasta la muerte mas que en un corto número de hechos excepcionales (Mohr, Frey). Es de notar, que, á pesar de estos síntomas de infeccion general, son raros los abscesos metastáticos en puntos distantes; no existian mas que cuatro veces en 23 casos. Segun todas las probabilidades esto depende de que los fragmentos de trombus arrastrados por la corriente sanguínea se detienen en los capilares del hígado y no llegan á la circulacion general.

### III —Diagnóstico.

Solo es posible en los casos en que el cuadro sintomatológico es completo y ha podido observarse con exactitud el desarrollo de la enfermedad.

Al principio, y frecuentemente aun mas tarde, el estudio de los síntomas no autoriza á establecer un diagnóstico seguro; puede conducir, cuando más, á admitir la probabilidad de una afeccion de la vena porta. No hay signos precisos que tomados aisladamente permitan reconocer la piliflebitis, digan lo que quieran ciertos observadores que habian creido encontrarles en el asiento ó la naturaleza del dolor; la reunion de cierta série de alteraciones funcionales y su encañamiento son los únicos que pueden servir de guía. Los síntomas mas importantes, bajo el punto de vista del diagnóstico, son los siguientes: el dolor en el epigastrio por encima del ombligo, en el hipocondrio derecho, ó bien en alguna de las otras regiones que pueden servir de punto de partida á la inflamacion; los accesos de escalofrio que se repiten á intervalos irregulares seguidos de su-

dores profusos y de una tumefaccion dolorosa del hígado y del bazo, con diarrea biliosa y demacracion rápida; en fin, los accidentes tifoideos de la infeccion de la sangre y de peritonitis general. Estos síntomas son precedidos de los que pertenecen á la peritiflitis, á la inflamacion del bazo, á las ulceraciones intestinales, á los cálculos biliares, etc., afecciones de que es consecuencia la inflamacion de la vena porta.

La piliflitis purulenta puede confundirse con las enfermedades siguientes:

1.º *Trombosis de la vena porta.*—Aquí no encontramos fiebre intensa acompañada de accidentes tifoideos, no hay peritonitis, pero sí ascitis, que adquiere rápidamente un desarrollo considerable.

El hígado, que aumenta de volúmen en la piliflitis supurante, está por el contrario disminuido en la forma adhesiva. La ictericia, que existe por lo comun en la primera, es excepcional en la segunda. La dilatacion de las venas de las paredes abdominales es la regla en la trombosis, y apenas se la observa en la inflamacion supurativa. Además, los estados morbosos precursores difieren en las dos formas. Para la obstruccion de la vena porta son la atrofia crónica, la cirrosis ó el carcinoma del hígado, la peritonitis crónica, etc.; para la inflamacion supurativa, la peritiflitis, la esplenitis, los cálculos biliares, etc.

2.º *Abscesos del hígado.*—Son debidos á causas de otra naturaleza, por lo comun á una contusion del hipocondrio derecho; el dolor se limita al hígado, no hay infeccion pihémica, tumefaccion del bazo, diarrea, ni otros síntomas que indiquen un obstáculo en la circulacion de la vena porta.

3.º *Obstruccion de las vías biliares por cálculos.*—Aquí encontramos, es cierto, la ictericia, la tumefaccion y la sensibilidad del hígado, los accesos irregulares de frio, como en la inflamacion supurativa de la vena porta; pero faltan la diarrea, el abultamiento del bazo, los signos de la obstruccion de la porta y los de la infeccion de la sangre.

4.º *Fiebre intermitente.*—Los accesos de escalofrio y el aumento de volúmen del bazo son comunes á las dos enfermedades; pero la ictericia, la tumefaccion dolorosa del hígado, los síntomas de éxtasis sanguíneo, la rápida depresion de las fuerzas, y en fin, la ineficacia de la quina, evitan el error.

## IV.—Pronóstico y tratamiento.

Esta enfermedad no permite esperar una terminación feliz; la muerte siempre es su consecuencia. No se concibe la posibilidad de una curación mas que en los casos en que queda limitado el mal á algunos ramos de la vena porta. La terapéutica es impotente contra la inflamación purulenta de este vaso; puede, cuando más, disminuir la intensidad de los síntomas, pero no tiene ninguna influencia apreciable en el curso del padecimiento. No puede esperarse, atendida la situación profunda de la vena, limitar su inflamación por sangrías locales ó generales, y se debe, por el contrario, guardarse mucho de debilitar al enfermo. Los antiflogísticos no serian mas eficaces para prevenir el desarrollo de los abscesos metastáticos en el hígado. No hay otros recursos, que oponer la quinina á los escalofrios, los opiados á la diarrea y á los dolores, sostener las fuerzas por una alimentación sencilla, pero nutritiva, combatir los síntomas mas graves por los medios que nos suministra la terapéutica.

---

## LIBRO IV.

### ENFERMEDADES DE LAS VENAS HEPÁTICAS.

---

#### CAPITULO PRIMERO.

##### DILATACION DE LAS VENAS HEPÁTICAS, FLEBITIS HEPÁTICA.

Ya hemos dado á conocer anteriormente la dilatacion que sufren las venas hepáticas hasta sus ramificaciones capilares, bajo la influencia de las enfermedades del corazon, particularmente en las estrecheces del orificio aurículo-ventricular izquierdo y en la insuficiencia de las válvulas mitral y tricúspide. No es raro ver esta alteracion en un grado bastante pronunciado para que las células glandulares del centro de los acini desaparezcan bajo la presion de los capilares dilatados y se desarrolle en el higado una atrofia granulosa que se ha confundido muchas veces con la cirrosis.

Esta dilatacion, consecuencia del éxtasis sanguíneo venoso, es un fenómeno habitual en las afecciones valvulares del corazon.

---

## CAPITULO II.

### INFLAMACION DE LAS VENAS HEPATICAS, FLEBITIS HEPATICA.

En las venas hepáticas se encuentran las inflamaciones adhesiva y supurativa.

#### Art. I.—Flebitis hepática adhesiva.

Es rara y por lo comun consecuencia de la extension á las paredes venosas, de una flegmasía de la cápsula y del peritoneo que tapanza el diafragma, al nivel del borde posterior del hígado.

Las paredes del vaso se aplanan, se forman depósitos gelatinosos en su cara interna, y se desarrollan en varios puntos eminencias valvulares que estrechan la luz del vaso; algunas veces muchos ramos de estos se obliteran completamente. Estas alteraciones dan lugar á los mismos sintomas de éxtasis sanguíneo que la obstruccion de la vena porta; pueden producir además extravasaciones de sangre en el parénquima del hígado. Tambien es posible que se formen trombus en la vena porta por efecto de las alteraciones que sufre la circulacion hepática.

La observacion siguiente hará resaltar estas alteraciones.

OBSERVACION CXXX.—*Tumefaccion dolorosa del vientre por un derrame de marcha rápida, en un borracho; elevacion del diafragma, disnea, diarrea biliar, ictericia, tumefaccion del bazo, puncion, reaparicion rápida de la ascitis, aplanamiento, delirio, muerte.—Autopsia: Adherencias del hígado á los órganos inmediatos por gruesas capas de tejido conjuntivo, trombus de formacion reciente en las raices y los ramos de la vena porta, engrosamiento de las paredes de las venas hepáticas, superficie interna rugosa, coágulos antiguos, obliteracion de muchas ramas; placas cartilaginosas en la cara interna de la vena cava; bazo tumefacto; equimosis debajo de la membrana serosa de los intestinos.—Teófilo Emmerich, obrero, de cuarenta y cinco años de edad, estuvo en tratamiento del 19 al 29 de julio de 1858.*

El enfermo, segun manifestó su mujer, bebia mucho aguardiente desde hacia algunos años; habia estado trabajando hasta los últimos ocho dias, sin quejarse mas que de una sensacion de plenitud pasajera en la region epigástrica. Desde hacia una semana se habia desarrollado un abultamiento doloroso del vientre de curso rápido, acompañado de ictericia; esto fué lo que le determinó á presentarse en el hospital, al que vino andando aun con un paso muy seguro.

Se quejaba particularmente de la opresion producida por la ascitis que era considerable; no habia edema en los piés, cianosis de la cara y de las manos; color icterico de las escleróticas; orinas escasas (apenas 3 onzas en veinte y cuatro horas) conteniendo pigmento biliar. El apetito no estaba completa-

mente perdido; no existían vómitos, deposiciones semilíquidas de un pardo oscuro.

La mitad derecha del torax estaba un poco aplanada por delante; su parte inferior era menos movable que la region correspondiente del lado izquierdo, sin que la percusion y la auscultacion revelasen nada de anormal.

El sonido macizo hepático comenzaba en la cuarta costilla, sus límites descendían en la inspiracion, disminuyendo entonces un poco su extension vertical, así en la línea media mamaria (8 centímetros) como en el epigastrio (5 centímetros). El choque del corazon se sentia en el cuarto espacio intercostal izquierdo; el diafragma, aunque empujado hácia arriba en ambos lados, se contraía, sin embargo, normalmente en la inspiracion.

Las venas subcutáneas del epigastrio y del hipocondrio derecho estaban moderadamente distendidas, pero no existían señales de esta distension por debajo del ombligo. El volumen del bazo se hallaba algo, aunque no muy aumentado.

Ascitis considerable, el líquido distendía las paredes abdominales y producía un sonido macizo en todas partes á excepcion de la region umbilical. No existía dolor mas que en el epigastrio y era poco intenso.

El 22 de julio se extrajeron por la puncion 20 libras de un líquido enturbado por copos fibrinosos; por un reposo prolongado se separó una pequeña cantidad de fibrina, y mas tarde un verdadero coágulo. Este líquido contenía pigmento biliar y azúcar; no se encontró materia glicógena, leucina, ni ácidos de la bilis. Cien partes dieron 2,48 por 100 de principios sólidos, entre los cuales había 1,64 por 100 de albúmina y 0,20 por 100 de azúcar. La puncion fué seguida inmediatamente de un ligero alivio, pero por la tarde había reaparecido la tension abdominal, hallándose el vientre casi tan desarrollado como antes. Síncopes frecuentes por consecuencia de la debilidad, extremidades frias, nada de edema. Aumento de la ictericia, muchas deposiciones pardas, semilíquidas, sin mezcla de sangre.

23.—Pulso pequeño, apenas sensible, 120 pulsaciones, principio de somnolencia, ningún cambio en los demás fenómenos.

24.—Delirio nocturno, ictericia mas intensa; dos onzas y media de orina oscura en veinte y cuatro horas; los demás síntomas continuaban lo mismo.

25.—La disnea, mas intensa que antes, apenas había permitido dormir al enfermo. Secrecion urinaria poco abundante, de la misma naturaleza ya indicada. Extremidades frias, piés cianosados.

26.—Pulso frecuente, 116 pulsaciones, 28 respiraciones; agitacion profunda, suspiros de tiempo en tiempo. Desde la vispera por la tarde delirio intenso, evacuaciones involuntarias.

27.—No se percibia el pulso mas que en la region precordial, 108 pulsaciones. La noche anterior se había querido tirar el enfermo de la cama; edema incipiente en los piés.

28.—Noche menos agitada, evacuaciones involuntarias. El enfermo contestaba á las preguntas que se le dirigian; pero dejándole abandonado á sí mismo, caía en la apatía y el delirio. El color de la cara era un poco menos intenso que anteriormente. La pequeña cantidad de orina obtenida con la

sonda, tenía una densidad de 1022 y se encontró en ella poca urea, pocos cloruros, pero muchas materias colorantes biliares.

29.—Pulso insensible en la arteria radial, 120 pulsaciones; respiración difícil y corta. En la parte anterior y derecha del pecho, el sonido macizo llegaba hasta la segunda costilla, descendiendo visiblemente sus límites en la inspiración; en el lado izquierdo empezaba en el tercer espacio intercostal, continuándose sin interrupción con el producido por la ascitis. Había pérdida completa de conocimiento; el edema subía hasta la región inguinal, ninguna deposición; orinas como la víspera; muerte á las dos de la madrugada, en un coma completo que sobrevino en las últimas horas.

*Autopsia.*—Diez y ocho horas después de la muerte.—La bóveda del cráneo y la dura madre estaban ingurgitadas de sangre, esta última presentaba en su cara interna un exudado hemorrágico de color rojo y de una línea de espesor. El seno longitudinal contenía sangre coagulada; pia madre un poco congestionada así como la sustancia del cerebro, que en lo demás se hallaba normal.

La pleura derecha encerraba unas seis onzas de serosidad clara, derrame menos abundante en el lado izquierdo.

La faringe presentaba un color gris apizarrado; esófago pálido; aorta torácica ligeramente ateromatosa.

Mucosa laríngea de un rojo oscuro; tráquea equimosa en algunos sitios, pulmones muy congestionados, esplenización de los lóbulos inferiores, adherencias al vértice del pulmón derecho.

Dos anchas placas lechosas sobre el epicardio del corazón derecho; salvo un ligero engrosamiento de los bordes de la válvula mitral, el corazón no presentaba ninguna otra alteración.

La cavidad del abdomen contenía 18 libras de líquido amarillento, un poco menos turbio que el que se obtuvo por la punción, menos rico en principios sólidos que solo representaban 2,01 por 100, y sobre todo en albúmina, cuya cantidad no era más que de 0,90 por 100. No se encontró azúcar.

El bazo tenía un aspecto brillante y bastante consistencia; no daba, sin embargo, la reacción de la materia lardácea, ni presentaba granulaciones análogas al sagú.

La sustancia del hígado estaba también bastante dura; su superficie finamente granulada, los bordes eran cortantes, su forma globulosa y el volumen se hallaba un poco disminuido. Bilis oscura y viscosa.

En la cara inferior del hígado se encontraron masas de tejido conjuntivo en placas gruesas que se extendían hasta la columna vertebral, fijaban estrechamente el borde posterior del hígado al diafragma y se dirigían al páncreas al mismo tiempo que penetraban en la profundidad del parénquima glandular con la cápsula de Glisson. La sustancia del hígado, finamente granulosa, tenía el aspecto de la nuez moscada; viéndose en algunos puntos una coloración amarilla, debida al éxtasis de la bilis.

La mucosa de los principales conductos biliares estaba tumefacta, la vejiga llena de bilis oscura, el conducto colédoco libre.

Todos los ramos hepáticos de la vena porta se encontraban llenos de coá-

gulos rojo-negruzcos, fáciles de separar y sin adherencias en ningun punto á las paredes venosas perfectamente sanas.

Siguiendo las venas hepáticas, á partir del borde posterior del hígado, se veían, en la cara interna de la vena cava, placas redondeadas del diámetro de una lenteja y semejantes á las chapas ateromatosas de las arterias; habia un punto en que la pared venosa se hallaba plegada por dos cordones de tejido conjuntivo tendidos en forma de puente. Los orificios de las venas hepáticas estaban notablemente estrechados; una de estas venas se hallaba completamente cerrada por una concrecion redonda, de color rojo pálido y del tamaño de un hueso de una cereza; otra terminaba en fondo de saco; sus paredes se hallaban muy engrosadas, y la cara interna cubierta de gran número de placas; una tercera, muy estrechada á su desembocadura en la vena cava, por placas de tejido conjuntivo depositadas en su circunferencia, presentaba sobre su membrana interna, que era desigual, depósitos muy adheridos, parte de ellos de un gris amarillento, y otros de un pardo oscuro; se encontraron al mismo tiempo coágulos de formacion reciente que llenaban los ramos de menor calibre.

Los trombus de la vena porta no se limitaban á los ramos hepáticos, sino que se extendían tambien á las raíces de este vaso, á las venas esplénica y mesentérica; las venas del estómago estaban libres.

El tejido conjuntivo del borde posterior del hígado se extendía hasta muy lejos sobre la parte carnosa del diafragma, especialmente en la inmediacion del cardias y del esófago.

El estómago tenia un color rojo poco oscuro, su mucosa no presentaba ulceraciones; el tejido celular submucoso de la region cardíaca se hallaba notablemente engrosado, y en la membrana interna existía una retraccion cicatricial radiada que ocupaba una superficie considerable. Los vasos del mesenterio estaban fuertemente hiperemiados; el borde del intestino delgado, desde su origen hasta el ileon, se hallaba sembrado, en la extension de media pulgada, de una série de equimosis, que tenían su asiento en el tejido celular adiposo. En los puntos correspondientes, la mucosa presentaba un color rojo moderadamente oscuro y se hallaba cubierta de moco. La membrana interna del ileon tenia algunos equimosis sobre todo en las válvulas conniventes; materias fecales claras y amarillentas en el ciego.

Riñones en estado normal, sus vasos libres.

Vejiga un poco rubicunda y equimosa, próstata sana.

Venas crurales enteramente libres.

No es posible establecer un diagnóstico diferencial entre la obliteracion de las venas hepáticas y la de la vena porta. Lo que hemos dicho de la piliflebitis adhesiva tiene aquí perfecta aplicacion.

## Art. II.—Flebitis hepática supurativa.

(Phlebitis hepática supurativa).

Esta forma es incomparablemente mas frecuente que la anterior; de ordinario consecutiva á los abscesos del hígado, se la observa muy á menudo con los abscesos metastáticos.

Cuando los focos purulentos se encuentran en contacto con las venas hepáticas, la inflamacion se extiende á estas últimas; su superficie interna se pone desigual, se cubre de depósitos fibrinosos, que entran muy pronto en descomposicion y se transforman en pus.

La falta de una vaina semejante á la que aísla á la vena porta del parénquima del hígado, expone á las venas hepáticas á estas alteraciones mucho más que lo está el primero de dichos vasos. La flebitis hepática purulenta determina mas fácilmente que la piliflebitis, la infeccion de la sangre y las metástasis, porque el pus llega directamente al corazon con la corriente sanguínea, y es trasportado de allí á otras partes.

Esta enfermedad no tiene tratamiento particular.

Elegirémos, entre un gran número de observaciones, la siguiente, para poner en evidencia lo que acabamos de decir.

OBSERVACION CXXXI.—*Herida grave de la cabeza por una caída, delirium tremens, gangrena de la herida, escalofrios repetidos, tumefaccion del bazo, ictericia, muerte.*—Autopsia: *fractura del occipital, supuracion del diploe, trombus reblandecido en el seno transversa, focos metastáticos en el pulmon derecho, exudado pleurítico sanguinolento, absceso del hígado, flebitis hepática.*—Fr. Reczinsky, obrero, de cincuenta y ocho años, estuvo en tratamiento, en el hospital Allerheiligen de Breslau, del 31 de mayo al 21 de julio. El 30 de mayo, hallándose ébrio, cayó por una escalera y permaneció dos dias sin auxilio.

En la inmediacion de la sutura lambdoidea se observó una herida de bordes esfacelados que se extendia sobre los dos parietales, sin lesion aparente de los huesos. (Aplicaciones refrigerantes, sulfato de sosa). Al dia siguiente, delirium tremens, que persistió hasta el 4 de junio, cediendo al uso de los opíados. Durante este delirio, el enfermo se arrancó muchas veces el apósito, la gangrena se extendió y se denudaron los huesos poniéndose rugosos. Cura con agua clorurada.

5 de junio.—Habia reaparecido la excitacion; contraccion lenta de las pupilas, vómitos, estreñimiento, 110 pulsaciones, accesos repetidos de escalofrios, tumefaccion del bazo. Calomelanos y luego quinina.

16.—Desaparicion de la fiebre, integridad de las facultades intelectuales, la herida estaba granulosa.

17 y siguientes.—Nuevos escalofrios seguidos de sudores profusos, somnolencia, aumento de la tumefaccion del bazo. Vómitos, colapso, ictericia.—Muerte el 21.

*Autopsia*, diez horas despues de la muerte.—Fisura de dos pulgadas de longitud en el occipital, que se extendia hasta el agujero rasgado posterior; sustancia diplóica, de un color sucio é infiltrada de pus; dura madre separada de los huesos, en una extension como del diámetro de una peseta, por un foco purulento que llegaba hasta el seno transversal. Este seno contenia un coágulo reblandecido que se prolongaba hasta el golfo de la vena yugular. La sustancia cortical del lóbulo posterior del cerebro estaba reblandecida en algunos sitios y de un color anormal.

Dos libras de un líquido turbio y sanguinolento en la pleura derecha. El lóbulo superior del pulmon de este lado contenia un foco purulento, como del tamaño de una avellana, y cuyos bordes eran parduzcos; el lóbulo inferior presentaba un infartus de 2 pulgadas de largo y 1 y  $\frac{1}{2}$  de ancho; este tenia un color pardo, y solo se encontraron en él algunos puntos purulentos, que no eran otra cosa que las ramas de la arteria pulmonar, con trombus en su puracion. No habia alteraciones apreciables en el centro circulatorio.

Bazo voluminoso y blando.

Hígado tumefacto y adiposo. La superficie de seccion presentaba gran número de focos de un amarillo sucio, del tamaño desde el de una lenteja al de una cereza, en los cuales se reconoció aun la estructura lobular del parénquima; los puntos amarillos se hallaban rodeados de una zona oscura. Los ramos de las venas hepáticas inmediatas estaban en ciertos puntos llenos por coágulos en vía de descomposicion purulenta, y en algunas partes sus paredes se encontraban alteradas solo de un lado. El absceso se percibia por transparencia á través de su membrana interna; en este sitio la pared del vaso estaba desigual, cubierta de depósitos fibrinosos y desprendida en parte en cólgajos. Las ramas de la vena porta se hallaban en estado normal.

Tumefaccion de las glándulas solitarias y de Peyero en el ileon; mucosa del estómago y del intestino sin alteracion.

## LIBRO V.

### ENFERMEDADES DE LAS VÍAS BILIARES.

Los conductos excretores del hígado, desde su origen en el parénquima glandular hasta su terminacion en el tubo digestivo, están expuestos con tanta frecuencia como la parte segregante del órgano, á enfermedades susceptibles de determinar gran número de alteraciones, ya por retencion del producto segregado, ya por extension del trabajo morboso á los tejidos inmediatos.

Estas enfermedades tienen su punto de partida, ora en la mucosa intestinal, que se continúa con la membrana interna de los conductos biliares, ora en el parénquima hepático: á menudo tambien son debidas á cuerpos extraños, como cálculos, entozoarios, etc., que se encajan en estos conductos; en fin, pueden depender de condiciones generales mucho menos bien determinadas, como las influencias atmosféricas, los miasmas palúdicos, las alteraciones de composicion de la sangre consecutivas al tífus y á otros estados patológicos análogos.

Las enfermedades de las vías biliares no han sido aun suficientemente estudiadas, y este estudio presenta grandes dificultades, en el número de las que podemos colocar la falta de conocimientos precisos acerca del modo de origen de estos conductos, la extremada finura de sus últimas ramificaciones, lo raro que es que se tenga ocasion de examinar bastante al principio sus alteraciones, etc.

Antes de exponer la patología de las vías biliares, creemos conveniente dar algunos detalles acerca de sus disposiciones anatómicas.

Dichas vías comprenden el conducto hepático, el cístico, el colédoco y la vejiga de la bilis.

*Conducto hepático.*—Nacidas de las granulaciones, las raicillas, reuniéndose, se hacen cada vez menos numerosas; siguen las divisiones de la vena porta, y terminan por una raiz procedente del lóbulo izquierdo y por otra mas corta y gruesa que emerge del derecho. Las dos se confunden, y de su union nace, en ángulo recto, el conducto hepático. Algunas veces reciben raicillas en su trayecto y en su punto de union.

Situado en el borde derecho del epiploon gastro-hepático, delante de la vena porta, este conducto, de 3 á 4 centímetros de longitud, del diámetro de una pluma de escribir pequeña, dirigido hácia abajo, un poco á la derecha y atrás, recibe en ángulo agudo el conducto cístico y se continúa bajo la denominacion de conducto colédoco.

La *vejiga biliar*, alojada en la foseta del hígado, de figura piriforme, está dirigida hácia adelante, á la derecha y abajo. El fondo se encuentra ordinariamente libre, y corresponde al ángulo formado por el músculo recto y la base del pecho, en la inmediacion de la extremidad anterior de la penúltima costilla. El cuerpo, adherido

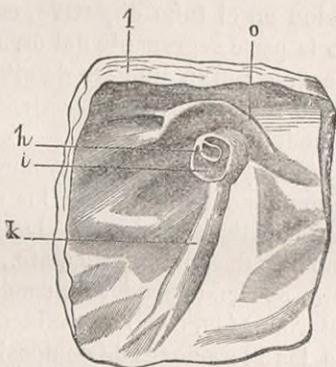


Fig. 129.

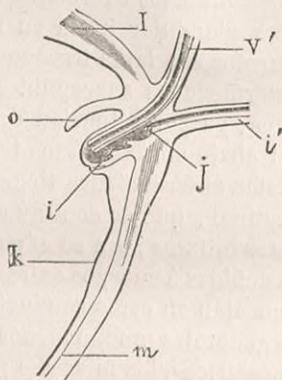


Fig. 130.

Fig. 129.—Orificio de los conductos biliar y pancreático en el intestino.—*h*, orificio del conducto colédoco.—*i*, orificio del conducto pancreático que forma la ampolla de Vater.—*k*, pliegues de Vater.—*o*, repliegues de la membrana mucosa existentes encima de la ampolla de Vater.—*l*, corte de un fragmento de intestino. (Cl. Bernard).

Fig. 130.—Corvadura del intestino al nivel de la desembocadura de los conductos biliar y pancreático.—*V'*, conducto biliar prolongándose hasta el orificio de la ampolla de Vater y de sus repliegues.—*i, j*, conducto pancreático abriéndose en el fondo de la ampolla de Vater.—*k*, pliegue de Vater.—*l, m*, corte del intestino.—*o*, corte del repliegue de la membrana mucosa que existe encima de la desembocadura de los conductos biliar y pancreático. (Cl. Bernard).

al hígado superiormente, está libre en la parte inferior, en relacion con el duodeno, la extremidad derecha del cólon transverso, y algunas veces con el riñon correspondiente. El cuello, limitado por dos estrecheces, encorvado en forma de S, se dirige primero hácia abajo y luego hácia arriba.

El *conducto cístico*, que es la continuacion de la vejiga, oculto tambien en el epiploon gastro-hepático, de 2 á 3 centímetros de longitud, mucho mas delgado que el hepático, se dirige un poco flexuoso hácia abajo y á la izquierda, donde se une en ángulo agudo con este último.

El *conducto colédoco*, situado al principio en el epiploon gastro-hepático, de 7 á 8 centímetros de longitud, del diámetro de una plu-

ma, se dilata antes de penetrar en el duodeno y se estrecha despues. Dirigido en el sentido del conducto hepático, pasa sucesivamente detrás de la primera porcion del duodeno, entre la segunda y el páncreas que le oculta, penetra en esta segunda porcion hácia su parte

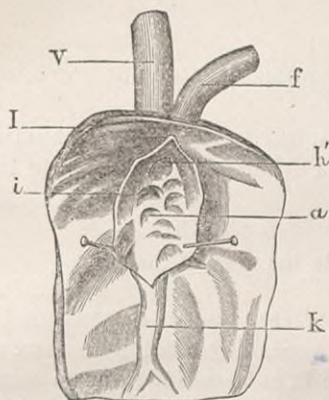


Fig. 151.

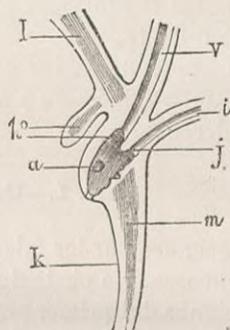


Fig. 152.

Fig. 151.—Ampolla de Vater abierta, para ver el interior de su cavidad y los orificios de los conductos biliar y pancreático.—*h'*, abertura del conducto biliar.—*i*, orificio del conducto pancreático.—*a*, repliegues mucosos valvulares existentes en la ampolla de Vater.—*k*, pliegue de Vater.—*V*, conducto colédoco.—*f*, conducto pancreático.—*l*, intestino. (Cl. Bernard).

Fig. 152.—Corte de las paredes del intestino al nivel de la ampolla de Vater.—*a*, ampolla de Vater.—*i*, *j*, conducto pancreático.—*V*, conducto colédoco.—*l*, intestino.—*m*, intestino y pliegue de Vater.—*a*, repliegue de la membrana mucosa que existe encima de la ampolla de Vater. (Cl. Bernard).

media estrechándose, y atraviesa oblicuamente las tunicas intestinales en la extension de un centímetro; se une íntimamente al conducto pancreático, y se abre cerca de la union de la segunda con la tercera porcion del duodeno. En su orificio intestinal se ve distintamente un pequeño mamelon debido al relieve que forma, y en el vértice de esta prominencia los dos orificios de los conductos colédoco y pancreático, rodeados de un repliegue mucoso celular. M. Cruveilhier indica un orificio comun precedido de una dilatacion ampular. Quizá se ha tomado por orificio comun la abertura del repliegue mucoso, y por la dilatacion ampular el conducto que la precede.

## CAPITULO PRIMERO.

### INFLAMACION DE LOS CONDUCTOS BILIARES.

Se presenta bajo muchas formas:

1.º Como inflamacion catarral acompañada de una secrecion mucosa abundante.

2.º Como inflamacion exudativa, que puede ser, ya albuminosa y purulenta, ya fibrinosa y sólida, ya diftérica, ya, en fin, con tendencia á ulcerarse.

#### Art. I.—Catarro de las vías biliares.

Se reconoce por los mismos caractéres que los catarros de las demás mucosas. No obstante, pocas veces hay ocasion de observar las alteraciones del primer período de la enfermedad; por lo comun en el momento del exámen ha desaparecido la inyeccion de la mucosa, se encuentra esta pálida, de un color lívido, blanduzca, tumefacta, cubierta de un líquido viscoso, de aspecto vítreo ó gris amarillento y purulento. Algunas veces existen tapones de moco concreto, particularmente en el orificio duodenal colédoco. La tumefaccion de la mucosa y la presencia de un producto de secrecion viscoso estrechan el calibre de los conductos y dificultan el paso de la bilis; en ocasiones, la obstruccion llega á ser completa.

Estas alteraciones se ven especialmente en la parte inferior del conducto colédoco y en la vejiga; mas excepcionalmente en el conducto hepático y sus divisiones.

La inflamacion catarral de las vías biliares desaparece por lo comun en algunas semanas sin dejar vestigios; la tumefaccion de la mucosa se desvanece, la secrecion vuelve al estado fisiológico y la bilis recobra su libre curso.

En otros casos, sobre todo cuando la causa es permanente, como sucede en los cálculos biliares, etc., la enfermedad pasa al estado crónico, entonces se engruesan las paredes de los conductos y la detencion de la bilis hace que se dilaten, ora en forma cilindrica y extensa, ora en figura de bolsas ovals (1).

En el producto de secrecion estancado y rico en moco, se forman á veces depósitos y cálculos; en ocasiones tambien se ulceran las paredes, resultando cavidades que simulan abscesos de mayor ó me-

(1) Véase *Dilatacion de las vías biliares*.

nor volúmen (*Observacion CXXXVI*). Es raro que el catarro simple dé lugar á alteraciones de esta gravedad, las cuales solo son comunes en los casos de obstruccion de los conductos biliares por cálculos ó productos de nueva formacion <sup>(1)</sup>. Puede suceder, como hecho excepcional, que, á consecuencia del catarro, queden obliterados algunos conductos biliares; el hígado presenta entonces islotes diseminados, teñidos por la bilis y cuyos conductos biliares están dilatados, mientras que la mayor parte de la glándula ha recobrado su color y su estructura normales (*Observacion CXXXIV*).

Es bastante frecuente que exista aislado y sin participacion del resto de las vías biliares el catarro de la vejiga. Se desarrolla fácilmente cuando, por efecto de una abstinencia de larga duracion ó de cualquiera otra causa, la bilis se estanca por mucho tiempo en la vejiga, se espesa y se altera; concurre esencialmente entonces, como veremos mas adelante, á la formacion de las concreciones. En efecto, la tumefaccion catarral del cuello de la vejiga y del conducto cístico se opone á la salida del contenido vesicular y facilita la formacion del núcleo de los cálculos biliares á expensas del moco muy rico en sales de cal.

Por otra parte, el catarro es muchas veces consecutivo á la presencia de cálculos que existian anteriormente. En este caso, la enfermedad termina con frecuencia en la inflamacion exudativa y en la ulceracion. Suele sobrevenir entonces la perforacion y trastornos graves en la nutricion de las paredes de la vejiga, tales como la atrofia, la osificacion, etc. Mas adelante volverémos á ocuparnos de estas lesiones.

#### I.—Causas.

La inflamacion catarral de las vías biliares reconoce por una de sus causas mas comunes la extension de una enfermedad semejante del estómago ó del intestino al conducto colédoco por el duodeno. En 41 casos he podido encontrar 34 veces los síntomas del catarro gastro-intestinal como precursores. Todas las influencias capaces de determinar esta última afeccion, tales como la ingestion de alimentos en demasiada abundancia ó de digestion difícil, los alcohólicos, el enfriamiento y otras condiciones meteorológicas que provocan un gran número de afecciones gástricas en estío y en otoño, pueden dar lugar á la ictericia catarral. De este modo es como se ve á la enfermedad aparecer á veces en forma epidémica.

El catarro de las vías biliares encuentra aun otra razon de ser en

(1) J. L. Petit, *Remarques sur les tumeurs formées par la bile.* (*Mém. de l'Acad. de chir.* Paris, 1743, t. I, p. 117. Littré, *Dict. de méd.* en 50 vol. Paris, 1855.

las enfermedades del hígado que se acompañan de hiperemia de la mucosa de dichas vías. En esta categoría deben colocarse las diferentes clases de congestión hepática, la inflamación crónica y mas excepcionalmente las degeneraciones adiposa y cérea.

Se podrá, pues, ver desarrollarse la ictericia bajo la influencia de causas ligeras en los individuos que presenten estas alteraciones del parénquima del hígado.

En fin, encontramos aun otra causa de catarro en los cuerpos extraños que pueden penetrar en las vías biliares, como los cálculos, las ascárides, los distomas, etc.

## II.—Síntomas y curso.

La enfermedad empieza ordinariamente por los síntomas de un catarro gástrico: tumefacción y opresión en el epigastrio, capa saburral de la lengua, pérdida de apetito, malestar, etc.; accidentes que se acompañan á veces de un ligero grado de fiebre. Las deposiciones son por lo comun raras; en ocasiones, la coincidencia de un catarro intestinal produce diarrea. Despues de muchos días, ó, por excepcion despues de muchas semanas de estos fenómenos, se observa un ligero tinte icterico de la piel y de las orinas, con los demás síntomas que son propios de la ictericia; disminucion de la frecuencia del pulso, prurito, etc. Las materias fecales se decoloran y toman gradualmente un aspecto arcilloso; aumenta la extension del sonido á macizo hepático; el hipocondrio derecho se pone sensible á la presión, en algunos casos la vejiga de la bilis forma en el borde de la glándula un tumor piriforme.

Los síntomas gástricos pueden persistir ó desaparecer completamente y, en este último caso, á excepcion de la ictericia y de la pereza del intestino, los enfermos no se quejan de ninguna molestia.

La ictericia dura ordinariamente tres semanas, pasadas las cuales, las deposiciones recobran su color normal, la orina pierde su tinte oscuro, no se encuentra en ella pigmento biliar, y poco á poco se restablece la coloracion habitual de los tegumentos.

Mas raro es que la enfermedad se prolongue dos ó tres meses y que no se restablezca el curso de la bilis hasta este tiempo. (*Observacion CXXXIII*).

Tal es la marcha ordinaria del catarro de las vías biliares cuando tiene su punto de partida en el estómago ó el intestino. Si proviene de una enfermedad del hígado, su duracion varia segun la naturaleza de esta dolencia; de ordinario entonces, el catarro desaparece rápidamente, la ictericia adquiere poca intensidad, nunca deja de haber

alguna pequeña cantidad de bilis en las materias fecales; las alteraciones digestivas son menos pronunciadas; pero en cambio, los accidentes se reproducen con mas facilidad.

Cuando el catarro es debido á cálculos, le preceden generalmente accesos de cólico; su curso no tiene entonces nada de determinado, dura generalmente mucho tiempo y puede acabar al fin produciendo síntomas graves. En otras circunstancias puede terminar feliz y rápidamente; todo depende del número y del volúmen de los cálculos.

El catarro no ocasiona en general mas que alteraciones ligeras cuando se limita á la vejiga de la bilis; no hay ictericia, los enfermos se quejan de un dolor sordo en la region de la vejiga, la cual forma á veces un tumor apreciable al tacto; existe malestar y una fiebre poca intensa.

Frecuentemente, los síntomas son tan poco marcados que la enfermedad pasa desapercibida por completo.

### III.—Diagnóstico.

La ictericia catarral simple es de ordinario fácil de reconocer: la preexistencia ó la coincidencia de los síntomas del catarro gastrointestinal, la poca importancia y aun á menudo la falta completa de las modificaciones del hígado, el desarrollo rápido de la enfermedad, sobre todo en los sujetos jóvenes y en perfecto estado de salud en todo lo demás y, por último, la insignificancia de las alteraciones generales son los datos que pueden servir de base al diagnóstico. Para evitar el error, deberá siempre comprobarse por medio de una exploracion rigurosa la falta de toda otra enfermedad del hígado; la ictericia que acompaña á la cirrosis, el carcinoma y otras lesiones hepáticas graves, pueden parecerse mucho á la ictericia catarral simple, en términos que se necesita á veces un exámen muy atento para reconocer su naturaleza. En los casos de obliteracion de los conductos colédoco ó hepático, á causa de su compresion por tumores de pequeño volúmen inaccesibles á la palpacion, sucede frecuentemente que no puede fijarse el diagnóstico sino por la marcha ulterior de la dolencia. El primer periodo de la hepatitis difusa y de la atrofia aguda del hígado es algunas veces muy fácil de confundir con el catarro de las vías biliares.

La inflamacion catarral dependiente de cálculos, se reconoce de ordinario por violentos dolores de naturaleza cardiálgica ó inflamatoria, por la aparicion y desaparicion rápida de la ictericia; existen, sin embargo, aquí casos excepcionales en los que hasta mas ade-

lante no se descubre la verdadera naturaleza del mal por signos positivos.

#### IV.—Tratamiento.

Es preciso ante todo tener en consideracion las causas que han determinado el catarro de las vías biliares. Se combatirán las alteraciones gástricas mientras existan; cuando la lengua está muy saburrosa y hay náuseas y tension en el epigastrio, debe administrarse el tártaro estibiado, primero á dosis refractas y luego de una sola vez. Si la afeccion del estómago es menos pronunciada, convienen mejor los purgantes salinos, tales como el sulfato de sosa en un cocimiento de tamarindo ó de grama, el crémor tártaro, etc. Cuando existe diarrea se da la preferencia á la infusion de raiz de ipecacuana ó al polvo de Dower. Al uso de estos medios se agrega un baño caliente si el catarro de las vías biliares es consecuencia de un enfriamiento. El régimen debe reducirse á sustancias vegetales.

Si la enfermedad se prolonga, se sostienen las evacuaciones por una infusion de ruibarbo á que se adiciona el carbonato de sosa ó se administran pequeñas dosis de extracto acuoso de áloes, de tintura de coloquintida y otros medios análogos. En los casos en que el mal es rebelde, se puede ensayar un emético, que expulsará los tapones mucosos del conducto colédoco, empujando hacia él el contenido de las vías biliares; pero no se debe recurrir á este medio sino cuando el diagnóstico es bien preciso.

He encontrado útiles los ácidos vegetales, como el zumo de limon, administrado diariamente en cantidad de 4 1/2 onza á 3 onzas, el tartrato ácido de potasa, etc., y los ácidos minerales, particularmente el agua régia.

Cuando el catarro de las vías biliares se repite con frecuencia y acompaña á la degeneracion adiposa, la tumefaccion hiperémica ó la inflamacion crónica del hígado, debe recurrirse á las aguas de Carlsbad, de Marienbad, de Kissingen ó de Hombourg; para las constituciones débiles, á las aguas minerales de Eger ó Kesselbrunnen, Ems. En estos casos es en los que convienen los zumos de yerbas, la cura por las uvas, ó en la imposibilidad de recurrir á estos medios, los extractos amargos de taraxacon, cardo santo, celidonia, etc. Cuando existen cálculos biliares, á ellos es á los que debe dirigirse el tratamiento.

Conviene recordar además lo que hemos dicho del tratamiento de la ictericia en el lugar correspondiente.

## V.—Observaciones.

Voy á referir aquí tres observaciones elegidas entre un gran número, como ejemplos de las diferencias que puede presentar el curso del catarro de las vías biliares.

OBSERVACION CXXXII.—*Emocion durante el flujo ménstruo, sintomas de catarro gástrico, ictericia, decoloracion de las materias fecales que volvieron al estado normal en algunos dias por el uso del ruibarbo y del carbonato de sosa. Fiebre intermitente que cedió á la quinina; curacion.*—W. Kramer, de veinte y un años de edad, entró en el hospital de la Caridad el 4 de marzo y salió el 2 de abril de 1860.

La enferma dijo que hacia tres semanas habia tenido un violento acceso de cólera durante la menstruacion; desapareció el apetito, sintió escalofrios que se repetían continuamente y un prurito intenso en la piel. A los ocho dias se presentó un tinte icterico de los tegumentos, al que habia precedido una coloracion amarillenta de la conjuntiva. Mas adelante la llamó la atencion el color rojo-pardo oscuro de su orina, sobre la que se formaba una espuma amarillenta; al mismo tiempo las materias fecales se hicieron descoloridas y mas duras, conservando su frecuencia ordinaria. Ligera sensibilidad en el epigastrio; el hígado no estaba visiblemente tumefacto, el bazo en un grado moderado.

Los dias siguientes, bajo la influencia del uso de una infusion de raiz de ruibarbo con bicarbonato de sosa, las deposiciones parecieron primero mas densas y teñidas por la bilis, luego se hicieron abundantes y líquidas, conservando el color; la orina se aclaró, y continuaron lo mismo los demás sintomas. El 8 de marzo aparecieron las reglas con poca abundancia.

En la noche del 8 al 9 de marzo, á cosa de las tres de la madrugada, se presentó un escalofrio intenso que duró cuatro horas, y fué seguido de una agravacion de los sintomas gástricos con dolores en la region del estómago; este escalofrio se repitió las tres noches siguientes, adelantándose siempre en la hora de su aparicion; hasta el cuarto acceso, el escalofrio ligero que se presentó poco despues de medio dia, no fué seguido de calor y de sudor; el 12, á las seis y media de la tarde, sobrevino sin escalofrio precursor un calor intenso que duró hasta media noche y fué seguido de un sudor frio. En este intervalo, las deposiciones se mantuvieron coloreadas y consistentes como una papilla espesa, bajo la influencia de la infusion de ruibarbo, cuyo uso se continuaba. La orina, de un pardo oscuro, se cubria de espuma verdosa, la ictericia fué disminuyendo rápidamente y con ella desapareció el prurito; las reglas habian cesado desde el 10.

El sulfato de quinina cortó los accesos intermitentes. La cefalalgia, un insomnio no constante, la capa de la lengua y la falta de apetito persistieron hasta que las deposiciones que se habian detenido fueron regularizadas por el uso de los purgantes; á partir de este momento, todós los sintomas morbosos desaparecieron; de suerte que el 26 de marzo la salud general era per-

fecta, no obstante la existencia de un ligero tinte icterico de la conjuntiva; la enferma salió curada el 2 de abril.

Al lado de este caso de curso rápido, vamos á referir otro en que la enfermedad duró muchos meses, no cediendo hasta que se administró el agua de Carlsbad, despues de haber ensayado inútilmente todos los medios ordinarios.

**OBSERVACION CXXXIII.**—*Recidivas de fiebre intermitente, sensacion de peso y opresion en el epigastrio y el hipocondrio derecho durante muchas semanas, ictericia que persistió á pesar del uso del ácido benzóico, de un emético, del ruibarbo, unido al carbonato de sosa, del agua régia, etc. Esta ictericia desapareció bajo la influencia del agua de Carlsbad, despues de haber durado quince semanas.*—Groefarth, de treinta y tres años de edad, entró el 4 de febrero en la clínica del hospital de la Caridad y salió el 7 de abril.

A la edad de diez y siete años tuvo una fiebre intermitente de corta duracion; en 1849 fué acometido de un tífus abdominal, y tres años despues padeció por segunda vez intermitentes que duraron catorce días. Desde entonces habia disfrutado de buena salud hasta tres meses antes de la época á que se refiere la historia. En este tiempo sintió dolores en el epigastrio y en el hipocondrio derecho, sin alteraciones apreciables de la salud general; á las cuatro semanas de haber empezado estos dolores, advirtió que los tegumentos tomaban un tinte amarillento, que las deposiciones eran de color gris blanquecino y las orinas oscuras. Durante un tratamiento de cinco semanas en otra clínica, la ictericia disminuyó un poco al parecer; pero en las tres últimas semanas no continuó el alivio. Apetito y estado general satisfactorios. *Prescripcion:* Sulfato de sosa y pocion con bicarbonato de la misma base.—

Durante los tres primeros días de su permanencia en el hospital, los sintomas que hemos descrito no sufrieron ningun cambio, las deposiciones y las orinas conservaban su color anormal. Bajo la influencia del ácido benzóico, administrado cuatro veces al dia en dosis de 5 granos, la orina, hasta entonces de un rojo pardo oscuro, tomó un tinte rojo amarillento y dió la reaccion del ácido hipúrico (4). Sin embargo, continuaba la ictericia; un emético, compuesto de tártaro estibiado y raiz de ipecacuana provocó vómitos repetidos, pero sin restablecer el curso de la bñlis. Se prescribieron también inútilmente una infusion de raiz de ruibarbo, adicionada con el bicarbonato de sosa y el jarabe de cáscaras de naranja; mas adelante una pocion compuesta de ácido clorhídrico, ácido nítrico, agua destilada y azúcar, de la que el en-

(4) Kahne pretende haber comprobado que en los ictericos, el ácido benzóico no se transforma en ácido hipúrico. No puedo admitir esta asercion atendiendo á que en algunos casos de ictericia, producida por diversas alteraciones, tales como el catarro de las vías biliares, el carcinoma del hígado, la cirrosis, he encontrado el ácido benzóico en las orinas bajo la forma de ácido hipúrico. En algunos casos no se verificaba la metamórfosis, pero sucedia así en los individuos afectados de enfermedad del hígado, sino también en sujetos relativamente sanos. Las condiciones que establecen estas diferencias son desconocidas.

fermo tomaba una cucharada cada tres horas; no se consiguió ningun resultado.

1.º de marzo.—Por la mañana, sudor abundante que fué reemplazado por una gran laxitud, prurito en la planta de los piés, lengua limpia, buen apetito; tres deposiciones durante el dia, de consistencia de papilla y de un color blanco agrisado como anteriormente; orina oscura, de color pardó amarillo bastante diafana, el reposo prolongado la hacía poner mas oscura.

El 2.—Noche buena, sin sudores, estado general mejor, persistencia de prurito en la planta de los piés.

Los dias siguientes pareció haber aumentado la coloracion ictérica; el 8 de marzo se aconsejó al enfermo que tomase todas las mañanas tres vasos de agua de Carlsbad, manantial Mühlbrunnen.

El 10.—Orina un poco mas clara, las deposiciones comenzaron á tomar un ligero tinte pardo grisáceo.

El 16.—Estado satisfactorio, buen apetito y digestiones fáciles. Desde el medio dia de la vispera las materias fecales tenian un color gris amarillo y una consistencia de papilla; disminucion de la ictericia. A partir del 18, cuatro vasos de agua de Carlsbad del mismo manantial.

Los dias siguientes las deposiciones se hicieron de un amarillo oscuro y acabaron por tomar el color y la consistencia normales, la orina se aclaró, poniéndose de una coloracion amarilla de oro; la ictericia fué disminuyendo gradualmente. Apetito, digestion y estado general muy satisfactorios.

El enfermo salió curado el 7 de abril.

OBSERVACION CXXXIV.—*Fiebre intermitente curada por la quinina; urticaria ictericia con deposiciones, ora pálidas, ora coloreadas; hemorragias intestinales y gástricas, profusas, persistentes; edema de los piés, ascitis, muerte por estenuación. Autopsia: hígado pequeño y un poco indurado, teñido de un color verde oliva en algunos sitios, y presentando una dilatacion de las ramificaciones capilares de los conductos biliares; destruccion de una parte de los capilares de la vena porta; no habia pérdida de sustancia de la mucosa gastro intestinal.*—A. Kuhnert, obrero, de cuarenta y ocho años de edad, estuvo en tratamiento desde 1.º de enero hasta 6 de abril de 1858.

Tenia una fiebre intermitente que contaba muchas semanas de duracion, y que cedió al uso de la quinina. El 25 de enero, en el momento en que, segun todas las apariencias, iba á salir curado, fué acometido bruscamente de un escalofrio intenso seguido de sudor; al otro dia la piel estaba cubierta de una urticaria confluyente; pérdida de apetito, vómitos y diarrea. El catarro gástrico y la diarrea habian desaparecido á las cuarenta y ocho horas, el exantema persistió tres dias.

El 28 de enero.—La orina empezó á tomar el aspecto ictérico, las deposiciones se hicieron arcillosas y el pulso lento. El 29, la piel se puso amarilla, y el 3 de febrero la ictericia era ya muy pronunciada. *Prescripcion*: Elixir de propiedad de Paracelso. Aun cuando las deposiciones de los dias siguientes eran pardas, la coloracion de la piel y de las orinas se conservó, sin embargo, lo mismo.

El 9 de febrero.—Las materias fecales volvieron á presentarse arcillosas, la

orina, por el contrario, estaba mas clara; apetito y sueño buenos. Un poco de prurito, 60 pulsaciones.

El 13.—El enfermo hizo una deposición consistente y de pardo claro, arrojando con ella unas 6 onzas de sangre líquida y oscura. Orina abundante, fuertemente teñida todavía por la bilis.

Las deposiciones sanguinolentas persistieron hasta el 3 de marzo, á pesar de haberse suprimido las preparaciones de áloes y el uso de las lavativas de alumbre.

El 23.—Pulso á 84, apatía y debilidad muy pronunciadas, disminución del apetito, lengua limpia; orina de un negro oscuro, deposiciones pálidas, ligera ascitis. El hígado media 11 centímetros en la vertical del pezon derecho; no existía sonido macizo en el epigastrio, percibiéndose claramente la resonancia estomacal. *Prescripción:* agua de Seltz.

El 25.—La orina no ofrecía señales apreciables de pigmento biliar, su densidad era de 1009; las deposiciones contenian una cantidad considerable de sangre líquida, de un rojo oscuro.

El 30 de marzo.—No habia sangre en las deposiciones, gracias al uso de la ergotina; la orina estaba mucho mas clara, disminuida la ictericia, aumentado el apetito, las materias fecales de color pardo, 72 pulsaciones.

El 5.—La orina habia vuelto á ponerse completamente negra, deposiciones pardas, apetito y sueño buenos. Pulso pequeño, 84 pulsaciones.

El 10.—Ascitis moderada, ligera infiltracion de los piés; hígado fuertemente dislocado hácia arriba por la timpanitis intestinal. La orina habia vuelto á tomar un color bilioso muy pronunciado, deposiciones de aspecto de arcilla, la epidermis se desprendia en anchas escamas. *Prescripción:* ruiubarbo.

El 15.—79 pulsaciones, orina un poco mas clara, de 1014 de densidad; una deposición parda; aumento de la ascitis y de la infiltracion de los piés.

El 23.—96 pulsaciones, un acceso de escalofrio de media hora de duracion por la noche. Ligera disminución de la ictericia.

El 24.—124 pulsaciones, aplanamiento muy pronunciado, vómitos de materias biliares amarillas, orina de un pardo oscuro, así como las deposiciones.

*Prescripción.*—Agua de almendras amargas.

El 25.—Vómitos de materias negras, que cesaron por la noche despues de la administracion del alumbre; sensibilidad en la region pilórica, apetito nulo, no habia habido deposiciones desde el dia anterior. Pulso á 108.

El 29.—Tension del estómago, heces ventrales pardas, conteniendo un poco de sangre roja líquida, que desapareció muy pronto.

El 30.—Timpanismo muy pronunciado que elevaba el hígado hasta la cuarta costilla, pulso pequeño, 100 pulsaciones, 36 respiraciones; náuseas continuas, deposiciones pardas, orinas muy oscuras. El enfermo se debilitó rápidamente, á pesar del uso de una medicacion analéptica. Gangrena del escroto; deposiciones involuntarias; el pulso sube á 132 pulsaciones; suspiros, somnolencia, muerte el 6 de abril.

*Autopsia,* veinte y cinco horas despues de la muerte.—El cadáver tenia color icterico, la epidermis estaba en descamacion; infiltracion de las extremidades inferiores y ascitis.

Bóveda craneana normal; sustancia del cerebro edematosa, las meninges exangües.

Faringe y esófago llenos de una materia de aspecto de poso de café, mucosa un poco tumefacta.

Laringe y tráquea ligeramente inyectadas.

Las dos pleuras contenian una gran cantidad de líquido seroso; los pulmones presentaban en su parte superior una congestion de mediana intensidad y adherencias antiguas; congestion hipostática en su parte inferior.

Unas dos onzas de serosidad amarilenta en el pericardio. La superficie del corazon estaba cubierta de una gruesa capa de grasa; coágulos consistentes en el ventrículo derecho; las válvulas, normales en lo demás, presentaban un tinte icterico.

El bazo tenia 5 pulgadas de largo, 3 de ancho y una de grueso. Su parénquima era denso y de color pardo oscuro.

El estómago contenia una gran cantidad de materias semejantes al poso del café. La mucosa sembrada de un gran número de erosiones hemorrágicas. El piloro estaba sano.

El peritoneo presentaba un aspecto un poco lechoso, la membrana serosa del intestino, y particularmente del delgado, estaba de un gris sucio.

Páncreas denso y consistente.

Hígado pequeño, de 5 y  $\frac{3}{4}$  de pulgada de un lado á otro, 3 y  $\frac{1}{4}$  de pulgada de delante atrás en el lóbulo izquierdo, 5 en el derecho, y 3 pulgadas de espesor. En la cara superior del lóbulo derecho habia una placa de un color verde oliva, de contornos irregulares. Sus límites estaban perfectamente marcados; pasaba un poco el nivel de las partes inmediatas y tenia menos consistencia que ellas. Esta alteracion penetraba á gran profundidad en el hígado. Se encontraron otros focos semejantes en el lóbulo izquierdo, siendo numerosos sobre todo en la cara inferior. Un exámen atento permitió observar que en estos sitios las células hepáticas estaban infiltradas de pigmento, y que, en sus intervalos, serpeaban gran número de conductos biliares considerablemente dilatados, llenos de epitelio amarillento y del producto de la secrecion que permanecia estancado. Estos conductos eran ramificaciones terminales del conducto hepático; los ramos de mayor calibre estaban todos permeables. Se inyectaron la arteria hepática, la vena porta y el conducto hepático con sustancias teñidas de diversos colores. Por todas partes en que la sustancia del hígado presentaba su color normal, la inyeccion penetró en las vías biliares hasta los capilares de los acini; en los sitios que tenian color verde oliva, no se verificó la penetracion sino en un número muy reducido de puntos; los conductos correspondientes á estos focos estaban obliterados. La arteria hepática presentaba una inyeccion mas rica que de costumbre; se veian gran número de ramos de pequeñísimo calibre en las zonas interlobulares. La vena porta, por el contrario, estaba inyectada muy incompletamente; una parte de sus ramos se hallaban como perdidos y ahogados en el tejido conjuntivo mucho mas abundante que de ordinario entre los lóbulos, como podia verse en los cortes muy finos. La inyeccion no habia penetrado en las partes teñidas de color verde oliva.

La consistencia del hígado se hallaba aumentada, la vejiga de la bilis vacía, los conductos hepático y colédoco permeables, su membrana interna normal.

La mucosa del duodeno y del yeyuno estaba ligeramente rubicunda, la de los intestinos gruesos un poco tumefacta y cubierta de materias fecales negruzcas; en ninguna parte se veían ulceraciones.

Riñones ictericos, en lo demás normales, así como la vejiga.

Este caso ofrece interés bajo diferentes puntos de vista. Vemos desarrollarse á consecuencia de una fiebre intermitente, una urticaria y una ictericia, asociacion que no es rara y que por consiguiente indica relaciones íntimas. La ictericia afectó al principio los caracteres de la simplemente catarral; mas adelante la hepatitis, que se hizo crónica, determinó éxtasis en las ramificaciones de la vena porta, resultando de aquí la ascitis y las hemorragias gastro-intestinales. La hepatitis crónica que he observado muchas veces despues de la fiebre intermitente, podria tambien considerarse con el catarro, como la causa de la obliteracion parcial de las vías biliares y del éxtasis de la bilis en forma de focos.

#### Art. II.—Inflamacion exudativa de las vías biliares.

##### I.—Causas.

Se encuentra á veces en las afecciones tifoideas y se caracteriza, ya por un producto purulento y rico en albúmina, ya por depósitos sólidos y fibrinosos. En tres casos de tifus abdominal y en cinco de tifus exantemático, he visto la vejiga de la bilis llena de un liquido turbio, color de ceniza, neutro ó débilmente alcalino; este liquido precipitaba albúmina por ebullicion; dos veces no se descubrieron vestigios de materia colorante biliar ni ácidos de la bilis, otras dos contenia pequeñas cantidades con un poco de leucina. La mucosa de la vejiga y del conducto colédoco estaba tumefacta y pálida; durante la vida no se observó fiebre ni ningun otro síntoma de enfermedad del hígado. Louis (\*) cita observaciones análogas; la bilis contenia pus, y la mucosa de la vejiga estaba rubicunda y engrosada.

Segun Rokitsansky, despues del tifus, del cólera, de la piohemia, se observan á veces exudados fibrinosos en las paredes de la vejiga biliar; se les ha visto formar tubos completos. No es posible reconocerles mas que en la autópsia, y no dan lugar á ningun síntoma. En un caso de mi práctica la exudacion se hallaba limitada á la vejiga, habia una colecistitis que se pudo diagnosticar fácilmente durante la vida.

(\*) Louis, *Recherches sur la fièvre thyphoïde*, 2.<sup>a</sup> edic. Paris, 1841, t. I, p. 28; *Observaciones* I, XI, X\VIII, XXXVI.

Algunas veces se encuentran tambien en las mismas circunstancias exudaciones diftéricas que producen ulceraciones de las vías biliares, particularmente de la vejiga.

Sir. G. Blane observó alteraciones de esta naturaleza en la fiebre de Walcheren; la vejiga se hallaba entonces, por lo comun, distendida por la bilis; cuando se verificaba la muerte en el primer periodo, este liquido tenia un color pardo oscuro ó negruzco; si la enfermedad se prolongaba, tomaba el aspecto de la brea (1).

Andral (2) ha visto tambien en el tifus la vejiga ulcerada, engrosada y llena de pus (3).

Además de las enfermedades febriles infectivas, las obliteraciones de las vías biliares y el éxtasis que de ellas resulta, pueden tambien complicarse con la inflamacion de estos órganos, acompañada de produccion de exudados purulentos, fibrinosos ó diftéricos. La *Observacion LXXXV* nos presenta un caso de cáncer del hígado, en que la rama izquierda del conducto hepático estaba obliterada, llena de un liquido icoroso y de coágulos tubulados. Estas inflamaciones son mas frecuentemente aun consecutivas á los cálculos biliares, en los que no es raro encontrar la vejiga llena de un liquido purulento, engrosada, con ulceraciones y adherida á los órganos inmediatos. Además, los tejidos que constituyen las paredes de la vesícula biliar, pueden sufrir una degeneracion profunda, adiposa ó calcárea, y asemejarse definitivamente á las membranas de las arterias ateromatosas. He visto en dos casos esta transformacion calcárea tan completa, que la vejiga vacía conservaba su forma, merced á las placas óseas irregulares, del tamaño de una peseta que se habian desarrollado en sus paredes (4); algunas veces la ulceracion determina la perforacion, verificándose un derrame de bilis en la cavidad abdominal.

(1) Budd atribuye esta inflamacion á la naturaleza irritante de la bilis, y aduce como prueba la inflamacion del duodeno, observada por Bayle en la fiebre de Sierra-Leona. Juzgando por los casos relativos al tifus en que falta la bilis algunas veces completamente, me parece mucho mas probable que el trabajo de exudacion de que es asiento la mucosa de las vías biliares, se desarrolle de la misma manera que los exudados diftéricos en la mucosa de la faringe, del ileon, etc., donde no puede atribuirse á la accion de las causas irritantes.

(2) Andral, *Clinique médic.*, 4.<sup>a</sup> edic. Paris, 1859, t. II, p. 549.

(3) Debemos mencionar aquí la alteracion de la vejiga de la bilis que Dowler (Gross, *Pathol. Anat.*, p. 669) ha observado muchas veces en Nueva-Orleans en la fiebre amarilla, y á la que denomina *oysterlike degeneration*. Las paredes de este receptáculo estaban muy engrosadas, infiltradas de una materia gelatinosa, y atravesadas por una gran cantidad de filamentos blanquecinos; contenia un liquido albuminoso transparente sin vestigios de bilis.

(4) La transformacion adiposa de las paredes en la vejiga de la bilis se observa tambien en otras condiciones. No es raro ver al epitelio de la mucosa lleno en algunos

Los cálculos pueden ocasionar una inflamacion análoga con supuración y ulceración en los conductos biliares del hígado y en el colédoco. Expondremos estos estados morbosos con mas extension al tratar de los cálculos.

Hay, en fin, formas de inflamacion exudativa de las vías biliares, que, independientes de las afecciones tifoideas, del éxtasis de la bilis y de la irritación producida por los cálculos, pueden determinar la ulceración y la perforación.

Andral <sup>(1)</sup> ha referido un caso de esta clase, en que la enfermedad era consecuencia de excesos inmoderados.

OBSERVACION CXXXV.—Un hombre de treinta y cinco años fué acometido, á consecuencia de excesos en la mesa, de dolores intensos en el reborde costal derecho; al dia siguiente tenia ictericia.

Cuando transcurridos siete dias se presentó en la Caridad, persistía el dolor, percibiéndose debajo de la undécima costilla un tumor piriforme, movable, que descendía hasta el ombligo. Tenia estreñimiento, falta de apetito y fiebre moderada. El tumor aumentó de volumen durante tres dias; sobrevino entonces bruscamente un dolor intenso, que se extendió del hígado á todo el abdomen, y fué seguido á muy poco tiempo de enfriamiento de las extremidades con un pulso pequeño y frecuente; la muerte se verificó en medio de los síntomas de una peritonitis general. En la autopsia se encontró en la cavidad abdominal, y particularmente en el lado derecho, una exudación purulenta de tinte amarillo; la superficie interna del duodeno tenia un color rojo vivo, el orificio del conducto colédoco estaba tumefacto, su cavidad estrechada, las paredes notablemente engrosadas y fáciles de dislacerar; el conducto hepático y la vejiga se hallaban muy dilatados. Cerca del punto de union del conducto hepático con el cístico, se notaba una abertura del diámetro de un guisante; la bilis habia penetrado por esta vía en el peritoneo, produciendo una peritonitis mortal. Un exceso en la comida habia determinado la duodenitis, que, propagándose al conducto colédoco, le estrechó y produjo el éxtasis biliar, hasta el momento en que las paredes, reblandecidas por la inflamacion, se dislaceraron, dando lugar al derrame y sus consecuencias.

Dance <sup>(2)</sup> habia referido ya un caso de ulceración del conducto colédoco que se produjo independientemente de toda afección calculosa ó tifoidea.

sitios de gotitas adiposas, hasta el punto que la superficie interna del órgano presenta una red blanca, elegante, cuya formación atribuye Virchow (*Archiv für pathol. Anat.*, t. XI, p. 384) á la reabsorción de las materias grasas contenidas en la bilis.

Boettcher (*Archiv für Pathol. Anat.*, t. XI) ha descrito una degeneración grasienta del tejido de la mucosa, acompañando á un engrosamiento de las paredes de los vasos y una estrechez de su calibre.

<sup>(1)</sup> Andral, *Clinique médicale*, 4.<sup>a</sup> edic. Paris, 1839, t. II, p. 525.

<sup>(2)</sup> Dance, *De la phlébite utérine et de la phlébite en général* (*Archiv. de méd.*, 1823, t. XIX, p. 40).

La ulceracion de las vías biliares puede conducirse de diversas maneras con relacion á los órganos vecinos y producir las consecuencias siguientes:

1.º *Perforacion y derrame de bilis en la cavidad abdominal.*—Este accidente tiene lugar con mas frecuencia en la vejiga que en los gruesos conductos biliares; las propiedades muy irritantes de la bilis hacen que la peritonitis que resulta, sea por lo comun rápidamente mortal; por excepcion puede suceder, que adherencias anteriormente formadas limiten la inflamacion del peritoneo y se verifique un derrame enquistado, en que el pus queda circunscrito detrás del epiploon menor.

2.º *Comunicacion de la vejiga biliar con el duodeno, el colon ó la region pilórica del estómago y abertura al exterior á través de las paredes abdominales.*—Estos modos de terminacion se presentan particularmente en los casos de cálculos biliares; dejan suponer una destruccion lenta de las paredes de la vejiga, que permite la formacion de adherencias sólidas antes de que tenga lugar la perforacion.

3.º *Formacion de abscesos del hígado.*—La ulceracion de los conductos biliares puede atacar al parénquima del hígado que les rodea, destruirle y dar origen á anchas cavidades purulentas que comunican directamente con aquellos conductos como las dilataciones bronquiales sacciformes lo hacen con el bronquio correspondiente. Las paredes de estas cavidades no están revestidas, ó lo están solo parcialmente por la mucosa de los conductos; como las de los abscesos se hallan constituidas por una capa de parénquima condensada y de color sùcio. Otras veces la inflamacion invade la sustancia glandular en el trayecto de los conductos biliares afectos; se forman depósitos fibrinosos ó focos redondeados en su extremidad, y mas adelante abscesos con todos los caractéres y todas las consecuencias de las otras formas de la hepatitis supurativa.

En una mujer de veinte y siete años, que murió despues de haber presentado los síntomas de una supuracion del hígado y accidentes de pioemia, encontró Lebert (1) los conductos biliares llenos de cálculos hasta sus raices, dilatados y supurando en algunos sitios; habia además gran número de abscesos, algunos del tamaño de una nuez; muchos estaban situados debajo de la serosa de la glandula, los pulmones contenian focos metastásicos múltiples; existia tambien uno en el bazo.

El caso siguiente, recogido en mi práctica particular puede servir para poner en relieve esta variedad del padecimiento:

(1) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1861, t. II, página 272, pl. CXXV, fig. 6.

OBSERVACION CXXXVI.—Dolor en el costado derecho, fiebre, estreñimiento, vómitos de materias amargas y verdosas, tos y expectoracion de moco; aumento de los dolores en la region del hígado; roce pleurítico, vómitos frécuentes, escalofrios, tension dolorosa del abdómen, ictericia poco intensa, estenuacion, muerte.—Autopsia: Obstruccion y dilatacion del conducto colélico y de los ramos del hepático por cálculos amarillentos, semisólidos; inflamacion y ulceracion de la mucosa de las vías biliares; absceso del hígado del volúmen de la cabeza de un feto, perforacion de la cubierta del órgano por un pequeño absceso, derrame de bilis en la cavidad abdominal, exudado de peritonitis, ligera pleuresia y pulmonia circunscrita, catarro bronquial.—Ana Clotz, mujer de un guardia real, de sesenta años de edad, permaneció en tratamiento en el hospital de la Caridad de Berlín, del 9 al 16 de febrero de 1861.

Esta enferma dijo que habia gozado siempre de buena salud, pudiendo trabajar hasta hacia cuatro semanas. En esta época, tuvo un escalofrio, calor, y además intensos dolores en el lado derecho, que se exasperaban por la tos y las inspiraciones profundas. Su médico la prescribió un emético que no produjo alivio alguno. Tenia estreñimiento, sobre todo en los últimos tiempos, y falta de apetito. En los seis últimos dias se encontró muy molestada por una gran sequedad de la lengua que se extendia hasta la faringe. Una debilidad extrema, dolores en la cabeza y á intervalos en la region del estómago y del hígado, y un estreñimiento que cedió al uso de las lavativas y del ruiubarbo, fueron los principales síntomas observados en los primeros dias del tratamiento. De tiempo en tiempo se presentaban vómitos de materias de un gris verdoso y muy amargas. Tos moderada, con expectoracion mucosa poco abundante. La temperatura de la piel oscilaba entre 36°,8 y 36°,6. El pulso variaba de 88° á 100°, y la respiracion de 24 á 32.

11 de febrero.—Despues de haber tenido por la tarde una evacuacion de color normal, la enferma habia dormido bien; no se repitieron los vómitos, pero en cambio aumentó la opresion; existian en las vías aéreas estertores muy extensos; dolores vivos en el reborde de las costillas falsas, donde se encontró á la auscultacion un ligero ruido de roce. El hígado estaba notablemente aumentado de volúmen y doloroso á la presion. Lengua cubierta de una capa pardo-negruzca; sed intensa; pulso duro, 108 pulsaciones. *Prescripcion*: Ventosas en el lado derecho del torax.

13 de febrero.—Deposicion normal la víspera; por la tarde, violentos accesos de disnea; insomnio; pareció que habia tenido un escalofrio, pero no pudo averiguarse con certeza. En la mañana de este día dolores en el hipocondrio derecho que se extendian á 2 pulgadas por debajo del arco de las costillas, no pasando de la línea media; vómitos, apetito nulo, pulso pequeño, 120 pulsaciones.

El día siguiente, despues de un buen sueño, disminucion de los dolores; por la noche vómitos de materias líquidas de un pardo grisáceo.

15 de febrero.—Sed intensa, dos vómitos, lengua seca y resquebrajada. El lado derecho de la mandíbula inferior presentaba una tumefaccion que no se percibia en el interior de la boca. Epigastrio tenso, sensible á la presion, sobre todo en un sitio que se encontraba en la vertical mamaria, á 2 pulgadas

del reborde de la última costilla; estreñimiento, nada de apetito; pulso frecuente, 136 pulsaciones. *Prescription*: Cataplasmas calientes, lavativas.

Durante el día se repitieron los vómitos de materias verdosas. No disminuyó la sensibilidad en la region de la vejiga de la bilis, somnolencia, pulso casi imperceptible.

El 16 de febrero.—Muerte á las seis y media de la mañana.

*Autopsia*.—Aspecto térreo de la piel con ligero tinte amarillo.

Los dos pulmones presentaban en ciertos puntos adherencias bastante sólidas; en el derecho, el lóbulo superior estaba ligeramente enfisematoso; en el izquierdo, habia un gran edema. En el lóbulo inferior de este mismo y la parte inferior del lóbulo superior del pulmon derecho, existian líneas de infiltracion pneumónica con flacidez del parénquima; los bronquios estaban llenos de una gran cantidad de materia purulenta grisácea; algunos copos fibrinosos en la superficie del lóbulo inferior derecho. La parte derecha de la cavidad abdominal contenia un poco de líquido turbio, ligeramente amarillento, las asas intestinales, fuertemente adheridas, tenian un tinte ictérico; la superficie del cólon presentaba exudados fibrinosos gruesos, la serosa estaba fuertemente inyectada.

Bazo pequeño, flácido, sin alteraciones esenciales.

Riñones muy blandos, descoloridos, sustancia cortical un poco atrofiada, fuertemente impregnada de grasa.

El lóbulo derecho del hígado presentaba sobre la línea axilar una dislaceracion casi del diámetro de una peseta, por la cual se habia derramado la bilis en la superficie de la glándula y de las circunvoluciones intestinales inmediatas.

El duodeno y el cólon estaban unidos á la vejiga de la bilis; esta se hallaba contraída y contenia moco viscoso, incoloro. La mucosa duodenal un poco engrosada y cubierta de un líquido blanco grisáceo.

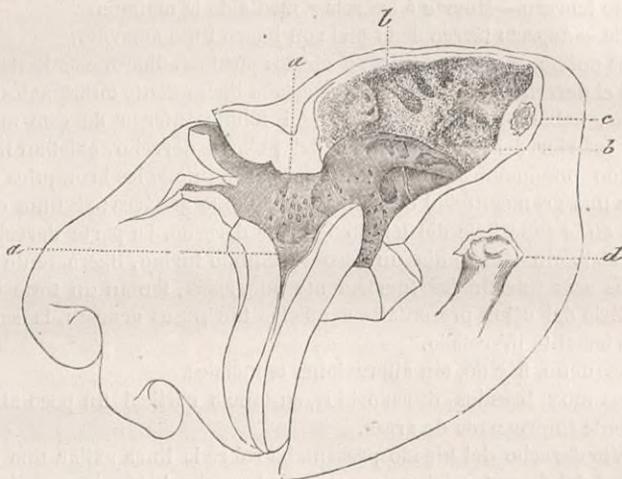
El conducto colédoco, dilatado, tenia el diámetro del dedo pequeño; una pulgada por encima de su orificio habia una masa friable, de color amarillo de ocre, del volúmen de un huevo de gallina, compuesta de dos cálculos bastantes voluminosos y de un gran número de otros mas pequeños; detrás de esta masa se encontraron pequeñas concreciones y un líquido turbio, amarillento.

El lóbulo derecho del hígado, íntimamente unido por detrás al diafragma, presentaba una tumefaccion globulosa con fluctuacion. Dando un corte se descubrió una cavidad casi de las dimensiones de la cabeza de un feto, llena de un líquido purulento gris rojo; las paredes eran lisas, negruzcas, cubiertas en algunos sitios de colgajos grisáceos; la cavidad estaba atravesada por trabéculos numerosos de tejidos indurados.

Debajo de este absceso es donde se encontró la dislaceracion (*d*) (*fig.* 133) de que hemos hablado mas arriba, y por la cual habia penetrado la bilis en la cavidad del abdómen; esta rasgadura terminaba en una cavidad del tamaño de un huevo de paloma, que no tenia comunicacion alguna con la primera caverna. Todos los conductos biliares del hígado se hallaban considerablemente dilatados, llenos de una masa friable (*b*), de un amarillo de ocre; su membrana interna estaba inyectada y ulcerada en algunos sitios. Un con-

ducto mas voluminoso (*c*) desembocaba directamente en el grande absceso (*a*).

El parénquima del hígado tenia un color amarillo súcio; se veian en él diseminadas infiltraciones de un gris blanquecino cuyo volumen variaba del de un guisante al de una nuez, y al nivel de las cuales se distinguian todavía los acini.



*Fig. 135.*—Absceso del hígado consecutivo á una ectasia y á cálculos de las vías biliares.—*a*, absceso enorme.—*b*, masa fibrinosa inmediata al absceso.—*c*, conducto biliar que comunicaba directamente con el grande absceso.—*d*, dislaceracion.

La membrana externa del hígado estaba inyectada y cubierta de exudados; la inyeccion era muy pronunciada en el ligamento suspensorio.

La mucosa del tubo gastro-intestinal se hallaba tumefacta, apizarrada en algunos sitios; en el recto existian materias fecales pardas.

Utero voluminoso, conteniendo una gran cantidad de moco; el ovario derecho estaba transformado en quiste; exudado abundante sobre los pliegues de Douglas.

La vejiga contenia orina parda y transparente.

*4.º Supuracion de las vías biliares.*—Determina la piliflitis cuando la inflamacion se propaga á las paredes venosas.

Ya hemos estudiado esta complicacion (pág. 764), fundándonos en las observaciones recogidas hasta ahora.

Se establecen á veces en estas circunstancias, entre los ramos de la vena porta y las vías biliares, comunicaciones que dan lugar á la penetracion de sangre en estos últimos. Segun Budd (1), la simple

(1) Budd, *Diseases of the Liver*, p. 205.

ulceracion de la vejiga puede ocasionar abundantes hematémesis, como la ulceracion del estómago y del duodeno.

OBSERVACION CXXXVII.—Un hombre de diez y ocho años fué acometido, sin malestar precursor, de un vómito de sangre y de dolores en el epigastrio. Las emisiones sanguíneas generales y locales, el uso del ácido sulfúrico, habian calmado los accidentes, cuando sucumbió el enfermo á consecuencia de un ataque de cólera.

*Autopsia.*—Se encontró adherido el estómago á la cara inferior del hígado y á la vejiga de la bñlis; contenia un poco de pus, su membrana mucosa estaba destruida por la ulceracion en una extensa superficie; en lo demás el hígado se hallaba en estado normal, no habia cálculos biliares. La mucosa del estómago estaba fuertemente inyectada, y en la del intestino se veian las alteraciones que de ordinario se observan en el cólera.

La inflamacion de las vías biliares es seguida algunas veces de estrechez y de obliteracion. Esta tiene lugar sobre todo cuando el trabajo inflamatorio es limitado y reconoce por causa la detencion de un cálculo; pero en ocasiones tambien estos accidentes son consecuencia de cicatrices, de ulceraciones ó aun de simples flegmasías independientes de toda irritacion mecánica y que pueden resultar ya de la extension de un trabajo patológico, cuyo punto de partida se encuentra en el intestino, ya de una causa cualquiera. Se presentan entonces las paredes de los conductos engrosadas, su luz estrechada ó completamente obstruida. Las alteraciones pueden extenderse mucho ó circunscribirse á la manera de las estrecheces de la uretra.

Bristowe (1) ha descrito una estrechez de esta especie que encontró en la rama izquierda del conducto hepático y que no tenia más de un cuarto de pulgada de extension. Detrás de esta estrechez, los conductos excretores se hallaban dilatados y conteniendo un líquido amarillento mezclado con depósitos arenosos de un rojo oscuro; el hígado presentaba en algunos sitios una induracion cirrótica y tenia en su lóbulo derecho un absceso del volumen de una nuez. Los conductos colédoco

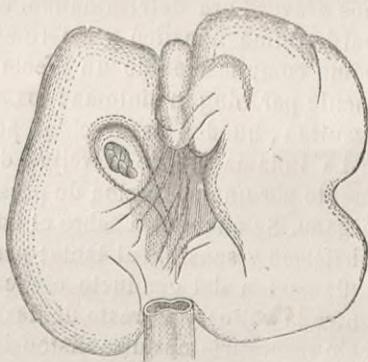


Fig. 154. — Hígado cuya vejiga biliar está encogida y llena de cálculos.

(1) Bristowe, *Transac. of the pathol. Society*, vol. IX, p. 225.

y cístico, así como la rama derecha del hepático, se hallaban libres.

La obliteracion del conducto cístico es bastante comun y reconoce generalmente por causa una inflamacion del cuello de la vejiga por cálculos; es seguida de una hidropesía de este receptáculo, como veremos mas adelante.

No es raro observar la obliteracion de la vejiga misma, cuando la inflamacion ha transformado sus paredes en un tejido fibroso, lardáceo, y su contenido ha desaparecido por reabsorcion ó ha sido evacuado por el intestino. No queda entonces mas que una bolsa estrecha conteniendo un líquido mucoso, ó algunos cálculos sólidamente encajados en ella.

En este estado de destruccion de la vejiga, la bilis pasa directamente del hígado al intestino, lo que no produce por lo comun ningun trastorno digestivo. No he podido comprobar en mis observaciones que esta circunstancia aumentase el apetito, segun han afirmado ciertos autores (1).

#### II.—Síntomas.

La inflamacion exudativa de las vías biliares no se revela ordinariamente por signos positivos mas que cuando estrecha los conductos y determina el éxtasis de la bilis, ó bien cuando provoca alteraciones graves, ora determinando una perforacion, ora invadiendo el parénquima hepático y los ramos de la vena porta. Cuando existe como complicacion de un afecto tifoideo, no se manifiesta generalmente por ningun síntoma; los accidentes de poca importancia que resultan, quedan oscurecidos por los mucho mas graves del tifus.

La inflamacion de la vejiga de la bilis se manifiesta ordinariamente por una sensacion de presión y un abultamiento doloroso del órgano. Se encuentra sobre el borde del hígado un tumor movable, piriforme y sensible al tacto; pero este tumor solo existe cuando la inflamacion del conducto cístico ha interrumpido la comunicacion entre la vejiga y el resto de las vías biliares. En el caso contrario, este reservorio no sufre distension y los síntomas son entonces muy poco marcados para servir de base á un diagnóstico preciso. Muchas veces he encontrado en la autopsia ulceraciones de la mucosa de la vejiga que habian pasado desapercibidas durante la vida; la perforacion no se revela de un modo evidente mas que por la invasion de una peritonitis intensa.

La inflamacion de los conductos colédoco y hepático se conduce durante la vida como el catarro de estas mismas partes, del que no

(1) Véase Littré, *Dictionn. de médecine*, en 50 vol. Paris, 1858, t. IV, p. 241.

es posible distinguirla, aunque aquí deben ser un poco mas pronunciadas la fiebre y la sensibilidad de la region hepática. Solo cuando se ulceran los conductos biliares, se forman abscesos ó son invadidos los ramos de la vena porta, es cuando se presentan escalofrios (1) irregulares y los demás signos de una supuracion latente. Estos síntomas, segun yo he visto en tres enfermos de esta clase, pueden prolongarse meses enteros con variaciones de intensidad hasta que la muerte por extenuacion ó una larga convalecencia ponen fin á este estado. Para el diagnóstico de una complicacion por abscesos del hígado, ó por una piliflebitis, servirán los signos que hemos indicado al describir estas enfermedades.

En general, las afecciones que nos ocupan son de difícil diagnóstico; siempre que existe una ictericia crónica con dolores en la region hepática y fiebre lenta, debe estarse en guardia y combatir los accidentes por un régimen y tratamiento apropiados, antes de la invasion de los síntomas graves, cuya descripcion acabamos de dar.

### III.—Tratamiento.

Debe procurarse limitar la inflamacion por un régimen vegetal, emisiones sanguíneas locales y ligeros purgantes salinos. Cuando la enfermedad se prolonga mucho, pueden emplearse de tiempo en tiempo los epispásticos y los extractos resolutivos, á la vez que las aguas alcalinas ligeras. Cuando sobrevienen los escalofrios se ha recurrido á la quinina; á los efectos de la debilidad y extenuacion se opone un régimen suave y fortificante, la infusion de quina y otros tónicos análogos.

El ejemplo siguiente de inflamacion de la vejiga, en el curso de un tífus, nos parece digno de figurar en este sitio.

*OBSERVACION CXXXVIII.—Síntomas de tífus abdominal, al décimotercero día, vómitos de materias biliosas; al décimoquinto, abultamiento doloroso de la vejiga, nada de ictericia; antifofoísticos locales, disminucion del volumen y de la sensibilidad del tumor; anemia muy pronunciada. Convalecencia larga.*—Luisa Weiss, criada, de Berlin, de veinte y seis años, habia sufrido anteriormente varias alteraciones menstruales, pero nunca síntomas de afeccion del hígado. Fué acometida de pronto, el 2 de junio de 1860, de un escalofrio, seguido de calor seco; tuvo luego vértigos, y de tiempo en tiempo intensos dolores de cabeza y una gran debilidad. A los pocos dias, tos seca, ligera, y á consecuencia del uso de un medicamento, diarrea abundante.

(1) El escalofrio no basta por sí solo para diagnosticar aquí la existencia de la supuracion, me he convencido muchas veces que puede ser producido por una simple irritacion, debida á la presencia de un cálculo, como sucede con el que se manifiesta á consecuencia de la irritacion de la mucosa de la uretra por la sonda, etc.

Al noveno día de enfermedad entró esta mujer en la clínica médica de la Caridad con todos los síntomas de un tífus abdominal, medianamente intenso, que siguió la marcha ordinaria, debiéndose notar únicamente que la diarrea cesó pronto, que el exantema roseólico no se hizo evidente hasta el décimo día, y que desde el undécimo fué preciso emplear una pequeña dosis de infusión de quina, para combatir la adinamia que tomaba un carácter alarmante.

Al décimotercero día se presentaron de pronto vómitos de materias biliosas que se repitieron á las pocas horas. El décimoquinto día se observó un tumor muy doloroso en el hipocondrio derecho; era resistente, fácil de limitar por abajo y sobre las costillas, mientras que en la parte superior podía reconocerse por medio del tacto que se continuaba inmediatamente con el hígado.

Tenia una figura piriforme, extendiéndose desde el borde externo del músculo recto al centro del espacio que separa la línea axilar de la vertical del pezón. La percusión del tumor daba un sonido timpánico oscuro que pasaba gradualmente en la parte superior al sonido macizo del hígado; este medía  $4 \frac{3}{4}$  pulgadas en la línea axilar, 6 en la vertical del pezón y  $6 \frac{1}{4}$  en la pre-esternal. La enorme tumefacción del bazo no permitía establecer el límite izquierdo del hígado.

Se aplicaron seis sanguijuelas y se pusieron cataplasmas. Los vómitos cesaron muy pronto, pero las náuseas persistieron muchos días; disminuyó la sensibilidad del tumor y la tensión de las paredes abdominales; no hubo signos de éxtasis biliar.

La resistencia del tumor fué cediendo poco á poco también, sus límites se hicieron menos fácilmente apreciables á la palpación y aun más á la percusión. Esta dió á los veinte y tres días de enfermedad las medidas siguientes para el sonido macizo hepático: en la línea axilar  $4 \frac{3}{8}$  (como anteriormente); en la vertical del pezón  $5 \frac{1}{4}$  pulgadas ( $\frac{3}{4}$  de pulgada menos); en la línea pre-esternal 5 pulgadas ( $\frac{1}{4}$  de pulgada de disminución).

En este intervalo, el tífus había recorrido sus fases sin ninguna otra complicación; la fiebre desapareció gradualmente, las funciones intestinales se regularizaron y la enferma entró en convalecencia en un estado de anemia muy pronunciado. Se continuaba, sin embargo, percibiendo el tumor formado por la vejiga, pero un poco mas pequeño y menos sensible al tacto.

Mas adelante expondrémos con detalles, tomándole de W. Pepper, una caso análogo de inflamación de la vejiga que se desarrolló en el curso de una fiebre biliosa y duró muchos meses.

## CAPITULO II.

### ESTRECHEZ Y OBLITERACION DE LAS VIAS BILIARES.

Estos estados patológicos pueden encontrarse en todos los puntos del aparato excretor del hígado y ser el resultado, ya de una enfermedad de los conductos mismos, especialmente de su inflamacion, ya de una alteracion de las partes inmediatas: compresion por tumores, constriccion por falsas membranas, etc.

Ya hemos demostrado al tratar de la cirrosis, de la inflamacion y de los neoplasmas del hígado, la existencia de estrechez y de obliteracion de las raices y de los pequeños ramos de los conductos biliares en el interior de la glándula.

#### I.—Causas.

La estrechez del conducto colédoco es ordinariamente producida por el catarro ó la inflamacion exudativa de la mucosa, ó por cálculos que se encuentran detenidos y encajados en dicho conducto. Su obliteracion completa es tambien ordinariamente consecuencia de una flegmasia, que ha producido la constriccion ó una destruccion extensa del conducto; mas excepcionalmente de neoplasmas desarrollados sobre su mucosa, ó en su orificio en el duodeno. Algunas veces la estrechez reconoce por causa bridas de tejido conjuntivo que estrangulan el conducto en el ligamento hepato-duodenal, como lo vemos en la figura 135, ó bien un carcinoma del epiploon menor, del píloro, del páncreas, en fin, y por excepcion, un aneurisma de la arteria hepática. Hemos expuesto estas alteraciones en otra parte presentando ejemplos de ellas (páginas 149 y siguientes, y *Observaciones* V, VI, VII, VIII y XXVII).

La ciencia posee cierto número de casos de obliteracion de las vías biliares en los recién nacidos, producidas por perihepatitis du-

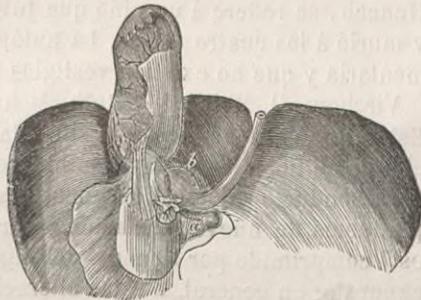


Fig. 135.—Dilatacion de la vejiga de la bilis.—*b*, por consecuencia de una estrangulacion del conducto colédoco *a*.

rante la vida intrauterina. Binz (1) ha observado tres veces esta lesion y refiere hechos análogos debidos á otros clínicos. Los dos primeros niños que cita, eran hermano y hermana, nacidos con un año de intervalo. En el uno, los conductos cístico, hepático y colédoco se hallaban transformados en una masa de tejido conjuntivo irregular, en la que no se veian señales de canalizacion; el revestimiento peritoneal de la cara inferior del hígado presentaba algunas líneas opacas y engrosadas.

En el otro, la cápsula de Glisson y el peritoneo subyacente se hallaban engrosados y opacos. Las vías biliares no estaban representadas mas que por cordones sólidos. La misma lesion observada en dos niños nacidos á corta distancia, añade Ruiz, hace sospechar una causa comun. ¿Seria la sífilis?

En el tercer enfermo, una sonda introducida en el origen del conducto cístico, solo penetraba algunas líneas; el hepático no estaba permeable mas que en su origen en el hígado, y el colédoco en su terminacion. Estos niños presentaron ictericia y murieron respectivamente á los dos dias, á las treinta y cuatro horas y á los siete dias.

A continuacion de sus propias observaciones, menciona Binz otros casos análogos. Donop (2) cita un hecho de obliteracion de uno de los conductos biliares en el recién nacido. Otro, debido á Romberg y Henoch, se refiere á un niño que tuvo ictericia desde el nacimiento y murió á los cuatro meses. La autopsia demostró una vejiga rudimentaria y que no existian vestigios de vías biliares.

Virchow (3), Wilks (4) y Roth (5) han descrito lesiones análogas. Este último autor refiere á la sífilis la perihepatitis que habia producido la obliteracion de las vias biliares.

El conducto hepático se encuentra algunas veces obliterado por productos de nueva formacion ó por cálculos; mas frecuentemente está comprimido por tumores del hígado; por tanto, se halla menos expuesto, en general, á estas alteraciones que el conducto colédoco.

El cístico se oblitera con bastante frecuencia, cuando la vejiga se inflama por cálculos biliares ó cualquiera otra causa, ó cuando un cálculo viene á enclavarse en el conducto.

Toda estrechez, y con mayor motivo, toda obliteracion de los con-

(1) Binz, *Zur Kenntniss des tödtlichen Icterus der Neugeborenen aus Obliteration der Gallengänge* (Arch. f. path. Anat., t. XXXV, 1866).

(2) Donop, *De ictero, speciatim neonatorum*, 1828.

(3) Virchow, *Gesammelt. Abhandl.*, p. 858.

(4) Harley, *Jaundice, its pathology and treatment*. London, 1865.

(5) Roth, *Beobachtungen über congenitalen Defect der grossen Gallengänge* (Arch. f. path. Anat., t. LXIII, 1868).

ductos biliares, produce la retencion del producto segregado y la dilatacion de los tubos que le contienen. Segun el asiento de la estrechez, estas quedan limitadas á algunos ramos situados en el interior de la glándula, ó se extienden á su totalidad, cuando es el conducto hepático el enfermo; ó tambien afectan á la vejiga al mismo tiempo que á los conductos gruesos, si la obstruccion se encuentra en el colédoco, que es el caso mas frecuente.

## II.—Síntomas, tratamiento.

Ya hemos descrito detalladamente (págs. 449 y siguientes) los síntomas y el curso de las estrecheces de las vías biliares; hemos establecido su diagnóstico y fijado los principios que deben dirigir el tratamiento.

## CAPITULO III.

### DILATACION DE LAS VÍAS BILIARES.

#### I.—Causas.

Es casi siempre consecuencia de estrecheces; en los casos excepcionales en que se la encuentra independientemente de todo obstáculo mecánico, no tarda en adquirirse la prueba de que ha habido una obstruccion anterior seguida de una atonía que impide la retraccion. He observado dos hechos de esta naturaleza; en ambos existian cálculos biliares, que despues de haber estado enclavados largo tiempo, habian penetrado en el duodeno por perforacion (1).

Ya he dicho al hablar de la induracion y de la cirrosis del hígado, que la influencia del tejido conjuntivo contráctil podia ocasionar dilataciones de los conductos biliares.

Las dilataciones son parciales, cuando existe obliteracion ó compresion de una de las divisiones del aparato excretor; se forman entonces á veces tambien cavidades ampulares, quistes completamente aislados y llenos en parte por un líquido amarillo y viscoso, en parte por cálculos engastados en el parénquima del hígado. Las paredes de estas cavidades se encuentran por lo comun muy engrosadas y densas. Cruveilhier (2) ha representado un caso de esta especie desgraciadamente sin añadir detalles precisos respecto á la historia del enfermo. Estas dilataciones ó ampollas, en comunicacion con los conductos biliares, se observan sobre todo en los carneros que tienen el distoma hepático.

La dilatacion general de las vías biliares se encuentra en los casos de obliteracion del conducto colédoco. Los gruesos conductos, el colédoco y el hepático son aquí, con la vejiga de la bilis, los primeros y mas fuertemente atacados; los canales situados en el hígado no sufren la dilatacion que les afectará mas adelante, porque están reforzados por la sustancia glandular. El diámetro del conducto colédoco puede adquirir entonces enormes proporciones. Hemos referido, página 159, figura 43 d, un caso de cáncer del duodeno y del páncreas, en que el conducto colédoco tenia un diámetro transversal de 2 y 1/2 pulgadas y una circunferencia de 3 pulgadas; el ancho del conducto

(1) Cruveilhier (*Anat. pathol.*, lib. XII, p. IV, fig. 5) ha visto la vejiga biliar enormemente dilatada y extendiéndose hasta el ombligo, aunque una presion ligera bastó para evacuar su contenido en el duodeno. Las glándulas cancerosas habian estrechado en el conducto colédoco sin obliterarse completamente.

(2) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, lib. XII, pl. IV, fig. 3.

hepático era de 22 líneas. En otra observacion que hemos consignado igualmente, pág. 299, fig. 56, el conducto hepático tenia una pulgada y cuatro líneas. La dilatacion de los conductos biliares puede exceder mucho de estos límites. Abraham Vater (1) encontró en un niño de un año, muerto en estado marasmódico, el conducto colédoco completamente obliterado por una induracion del páncreas, y transformado por encima de este sitio en una bolsa de tamaño considerable. Traffelmann (2) habla de un conducto colédoco lleno de cálculos y que tenia la dimension de un estómago.

En el museo anatómico de Breslau se conserva una preparacion interesante de esta clase: he podido examinarla, gracias á la atencion de mi colega el doctor Barkow, que ha hecho además de ella un dibujo exacto.

OBSERVACION CXXXIX.—El hígado de una mujer que murió en el convento de Santa Isabel de una obliteracion del conducto colédoco, tenia 10 y  $\frac{1}{2}$  pulgadas de izquierda á derecha y 7 y  $\frac{1}{2}$  de delante atrás. La vejiga presen-



Fig. 156.—Ectasia enorme del conducto colédoco.—a, conducto colédoco dilatado.—b, b, duodeno.

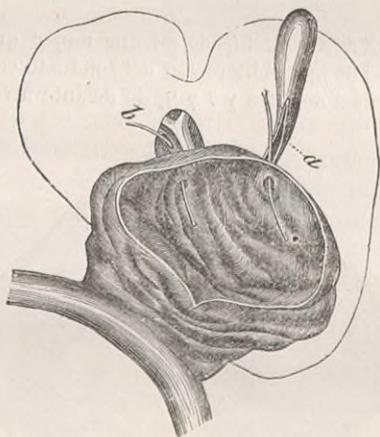
taba su diámetro ordinario, y tenia una longitud de 5 pulgadas y 4 líneas; su cuerpo iba disminuyendo gradualmente h'cia el cuello, de tal modo, que en el límite de estas dos partes, las paredes de la vejiga incididas y extendidas,

(1) Vater, *Dissert. de Scirrhis viscerum*. Viteimb., 1795.

(2) Voigtel, *Handb. der path. Anat.*, t. III, p. 156.

no tenían mas que 7 líneas de ancho. Esta porcion estrechada terminaba en el cuello, que se hallaba incompletamente separado de la extremidad del cuerpo por una eminencia valvular de 4 líneas de alta, y del conducto cístico por otra prominencia semejante. En el intervalo de ellas existia una depression en forma de bolsa, de una pulgada y 5 líneas de diámetro.

El cuello de la vejiga conducia á un saco membranoso, que antes de abrirle se tomó por un absceso; pero un exámen atento demostró que estaba formado por los conductos cístico y colédoco enormemente dilatados. La longitud de este saco era de 8 pulgadas; despues de incindidas sus paredes y evacuado el contenido, que era una bilis verdosa, se midió el ancho que era de 5 pulgadas. Este enorme reservorio comunicaba con el cuello de la vejiga por un orificio de pulgada y media próximamente, y con el conducto hepático por otro de 4 líneas; se prolongaba hasta el duodeno, formando allí un fondo de



*Fig. 157.*—La misma que la 156 despues de la abertura del saco.—*a*, vejiga biliar —*b*, conducto hepático.

saco completamente cerrado. No se encontró mas que una ligera eminencia en la cara interna del intestino, en el sitio en que desemboca el conducto colédoco. El orificio del conducto pancreático estaba libre. Esta enorme dilatacion era consecuencia de la obliteracion completa del conducto colédoco y del acúmulo de la bilis que forzosamente tuvo lugar. No se podia establecer límite entre los conductos colédoco y cístico uniformemente distentidos; este límite se indicaba solo por el orificio del conducto hepático, que conducia á un saco de 5 y  $\frac{1}{2}$  pulgadas de ancho, llenando la raiz del hígado, y que enviaba anchas ramificaciones á la glándula.

De los gruesos troncos la dilatacion se extiende, mas pronto ó mas tarde, á los ramos del conducto hepático, y poco á poco hasta las últimas ramificaciones; el parénquima se encuentra entonces atra-

vesado en todos sentidos por anchos tubos lisos ó que presentan gran número de sinuosidades ampulares.

En los cortes finos de la glándula desecada se observa, con un aumento moderado, que la mayor parte de los conductos dilatados no llegan mas que á la periferia de los acini, muy pocos se extienden hasta el centro de estos últimos, y que forman ya, cerca de su origen, conductos anchos y de paredes gruesas. No es raro ver muchos conductos reunidos en una sola vaina gruesa de tejido conjuntivo.

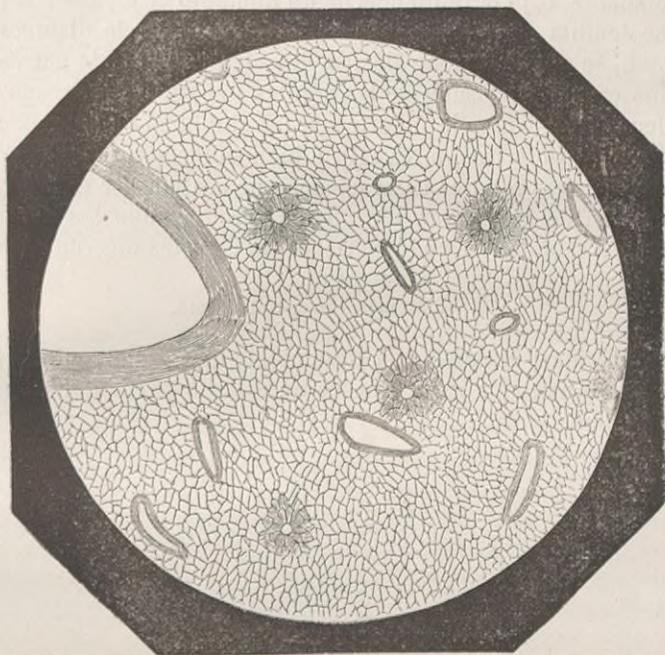


Fig. 158.—Los canalillos biliares dilatados, vistos al microscopio.

El contenido de los conductos biliares dilatados consiste por lo comun en un líquido de poca densidad, mezclado con una cantidad variable de moco purulento; algunas veces es mas concentrado, rico en cristales planos de colesantina, ó mezclado con concreciones redondas, angulosas ó aun tubuladas (1); estas concreciones son depósitos formados por el producto de secrecion estancado. En un caso de mi práctica (*Observacion VI*) los conductos biliares no contenian mas

(1) Cruveilhier (*Traité d'Anatomie pathologique génér.* Paris, 1832, t. II, p. 833) ha descrito los moldes tubulares de los conductos biliares.

que un líquido mucoso, incoloro, sin vestigio de materias biliares. Aquí la comunicacion entre el parénquima glandular y el aparato excretor debia haber cesado hacia largo tiempo; la bilis habia sido reabsorbida, ocupando su lugar la secrecion de la mucosa. Este cambio de producto se verifica frecuentemente en la afeccion que se ha denominado hidropesía de la vejiga de la bilis.

La dilatacion de los conductos biliares determina siempre la desaparicion del parénquima glandular inmediato á ellos; el volúmen total del órgano aumenta en los primeros tiempos de la enfermedad; mas adelante, bajo la influencia de un aumento de presion, la secrecion se debilita, y excediendo la absorcion, el hígado disminuye de volúmen, se arruga y pone flácido. En algunos casos la enfermedad termina en la destruccion de las células hepáticas; el órgano se reblandece y sobreviene la muerte con los síntomas de la intoxicacion de la sangre (*Observacion XXVII*), ó bien se forman sobre la mucosa de los conductos biliares ulceraciones que acaban por extenderse al parénquima de las partes inmediatas, produciendo los accidentes que hemos estudiado como consecuencia de estas ulceraciones.

#### II.—Síntomas, curso, tratamiento.

Los síntomas, el curso y el tratamiento de las dilataciones de las vías biliares han sido ya objeto de un estudio particular (págs. 449 y siguientes).

## CAPITULO IV.

### DILATACION, HIDROPSIA DE LA VEJIGA BILIAR.

(Hydrops eystidis felleæ).

De todas las partes del aparato excretor del hígado, la vejiga es la mas expuesta á la dilatacion; adquiere á veces un volúmen enorme y forma tumores globulosos que ofrecen á menudo grandes dificultades para el diagnóstico. La dilatacion es por lo comun regular, y la vejiga conserva su forma ordinaria; excepcionalmente se encuentran apéndices, divertículos situados en el fondo ó en el cuello, y producidos en general por los cálculos (¹). El volúmen del tumor puede llegar á ser como el de un huevo de ganso ó una cabeza de feto; puede contener una, dos ó mas libras de líquido (²), y pasar 5 pulgadas y más el borde del hígado; al mismo tiempo las paredes vesicales se engruesan generalmente, se ponen cartilagosas y se cubren de placas calcáreas diseminadas.

#### I.—Causas.

Las causas de la dilatacion de la vejiga biliar son las siguientes:

1.º *La obliteracion del conducto colédoco.*— Es entonces un fenómeno parcial de la dilatacion general de las vías biliares, y rara vez adquiere un alto grado. Se la puede reconocer fácilmente por la ictericia intensa y el conjunto de los sintomas de obliteracion del conducto colédoco.

2.º *La obliteracion del conducto cístico ó del cuello de la vejiga.*— Esta puede ser debida á cálculos biliares ó á la inflamacion, que determina con frecuencia una obliteracion invencible. En este último caso, el resto de las vías biliares se conserva ordinariamente libre, el desagüe del producto de secrecion en el intestino se verifica sin obstáculos, no hay tumefaccion en el hígado ni ictericia.

Cuando el cuello de la vejiga está obliterado por un cálculo, su-

(¹) Bouisson (*De la bile*. Montpellier, 1845, p. 156) ha descrito una vejiga biliar dilatada en la que se habian formado apéndices sacciformes, constituidos solo por la membrana externa; la mucosa estaba destruida en la abertura de los divertículos; no existian cálculos.

(²) Van Swieten encontró en la vejiga ocho libras de bilis espesa; Cline hizo salir con un trocar 20 onzas. Benson ha descrito un caso en que la vejiga se hallaba de tal modo distendida, que se practicó la puncion creyendo que se trataba de una ascitis; salieron dos libras de bilis. La mayor cantidad que yo he encontrado no pasaba de 18 onzas.

cede á veces que el cuerpo extraño desempeña el papel de una válvula que permite la entrada de la bilis en la vejiga, pero impide la salida. En estas condiciones, aquel reservorio adquiere un enorme desarrollo.

OBSERVACION CXL.—En una señora de treinta y cuatro años, que habia sufrido muchas veces accesos de cólicos hepáticos, se vió desarrollar sobre el borde del hígado, á la parte externa del músculo recto, un tumor hemisférico, muy sensible al tacto, cuya aparicion se acompañó de fiebre intensa. Este tumor se fué extendiendo en el sentido longitudinal y en el transversal; pasadas algunas semanas descendía á pulgada y media por bajo de la cresta iliaca y elevaba las paredes abdominales. Se podian entonces reconocer á simple vista los contornos de este tumor prolongado. El apetito estaba completamente perdido, de tiempo en tiempo se presentaban vómitos que durante muchos dias se repitieron á todas las comidas; deposiciones raras, pero pardas; demacracion notable, tinte ligeramente amarillento de la piel; la orina contenia pigmento biliar en ciertos momentos, y no presentaba vestigio de él en otros. Por la palpacion no se podian hacer deslizar las paredes abdominales sobre el tumor; este no se dislocaba, cualquiera que fuese la posicion de la enferma. Era, pues, racional admitir que existian adherencias, y como el crecimiento rápido del tumor hacia temer una rotura, se practicó la puncion que dió salida á una gran cantidad de bilis parduzca, mezclada con moco purulento. La tension y la sensibilidad disminuyeron, la fiebre desapareció, restableciéndose el apetito. El flujo de bilis continuó durante tres semanas, luego fué decreciendo poco á poco, y el líquido se hizo cada vez mas mucoso hasta la cicatrizacion de la abertura. La enferma se restableció completamente.

Algunas veces la dilatacion de la vejiga biliar desaparece rápidamente, cuando un cálculo que formaba tapon, y despues de él la bilis, se abren paso al intestino. Petit <sup>(1)</sup> refiere, que un tumor por el que iba á abrir la cavidad abdominal, desapareció en muy poco tiempo, presentándose en seguida evacuaciones que contenian una gran cantidad de bilis. Andral cita tambien un hecho en que un tumor del hipocondrio derecho se desvaneció completamente en el espacio de veinte y cuatro horas.

Cuando la oclusion del cuello de la vejiga es absoluta, ya sea debida al enclavamiento de un cálculo, ya á una obliteracion inflamatoria, á producciones cancerosas, etc., la bilis deja de afluir á este reservorio; su contenido, así aislado, es reabsorbido poco á poco y reemplazado por la secrecion de las paredes vesicales, cuyo producto es unas veces mucoso y parecido á la sinovia, y otras seroso, segun que procede de las glándulas mucosas de las paredes distendidas de la bolsa, ó que debe su origen á la membrana inter-

<sup>(1)</sup> *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, vol. I.

na, transformada en parte en serosa por efecto de esta distension <sup>(1)</sup>. Concluye por no quedar seńales de bίlis; en estas circunstancias la vejiga puede adquirir dimensiones considerables. Sin embargo, por lo comun este desarrollo se detiene, cuando el aumento gradual de la presion ha llegado al punto de impedir la secrecion; el tumor queda entonces estacionario para disminuir luego. La tension dolorosa que acompańa a la ectasia de la vejiga desaparece, pudiendo persistir el tumor largo tiempo sin ocasionar molestias notables.

Voy a referir aqui una observacion de esta clase, elegida entre muchas otras de mi prctica por su simplicidad.

OBSERVACION CXLI.—*Dolores en el hipocondrio derecho, fiebre ligera, tumor piriforme y liso en la region de la vejiga biliar. Antiflogisticos locales; desaparicion de la fiebre y de los dolores, pero persistiendo el tumor.*

Enriqueta Frœlich, cocinera, de sesenta años de edad, entró en la clínica médica de Breslau el 3 de mayo de 1856. Había gozado siempre hasta entonces de buena salud; el 1.º de mayo tuvo un escalofrío febril y fué acometida de violentos dolores en el costado derecho, al mismo tiempo perdió el apetito, sintió náuseas y las deposiciones se hicieron raras. En el borde del hígado, al lado externo del músculo recto del abdomen, se percibía un tumor tenso, perfectamente liso, piriforme, que seguía los movimientos de elevacion y descenso de aquel órgano, y era muy doloroso al tacto. Pasaba unas 2 y 1/2 pulgadas el borde de la glándula. El volúmen del hígado, así como el del bazo, era nor-

(1) El líquido que yo he examinado era débilmente alcalino, transparente y mezclado con copos blancos. Estos estaban constituidos, no por el epitelio de la vejiga, sino por corpúsculos de moco redondeados, en parte reunidos de modo que formaban unas especies de membranas. No existía pigmento ni ácidos biliares; la adición del ácido nítrico producía un ligero enturbiamiento; el ácido acético ponía el líquido mas espeso, como gelatinoso. La composición era la siguiente:

En 100 partes,

Agua. . . . .	98,27
Partes sólidas. . . . .	1,75

Estas estaban formadas de:

Materias orgánicas, etc. . . . .	1,60
Alcalis. . . . .	0,06
Tierras. . . . .	0,07

En otro caso había albúmina en gran cantidad.

El líquido de la hidropeśia de la vejiga ha sido examinado minuciosamente por primera vez por Bernard (*Spec. inaugur. sistens quæst. Medic. argum.* Lugduni Batav., 1796); Glisson (*Anatomia hepatis.* Londini, 1654, cap. xxxix), y de Graaf (*Tractatus anatomico-medicus de succi pancreatici naturâ et usu.* Lugduni Batav., 1671) se habian ocupado ya de este estudio. W. Pepper (*Americ. Journ.*, enero 1857) encontró en la vejiga obliterada una gran cantidad de líquido purulento mezclado con copos de fibrina.

mal, la piel y la orina no presentaban coloracion icterica. El uso del agua de Sedlitz produjo deposiciones abundantes y de color pardo. A los seis dias habian desaparecido los dolores completamente bajo la influencia de las sanguiu el as, el unguento mercurial y las cataplasmas; el tumor estaba mas blando, y el apetito era normal. Transcurridas cuatro semanas, el tumor no habia sufrido cambio alguno; la enferma se encontraba bien, no tenia ningun sufrimiento y pidió el alta.

No siempre termina el padecimiento de un modo tan feliz; la vejiga así cerrada puede ulcerarse, sobre todo cuando contiene cálculos, pero tambien sin existir estos, las ulceraciones pueden producir la muerte; determinando una perforacion, la formacion de abscesos metastáticos ó el desarrollo de la fiebre héctica.

Véase una observacion notable bajo este punto de vista debida á W. Pepper (1).

**OBSERVACION CXLII.**—Un hombre de veinte y seis años se presentó el 7 de enero de 1856, quejándose de dolores en la region hepática. En el mes de agosto anterior habia padecido una fiebre biliosa, empleando el mercurio hasta la salivacion; á partir de este momento, sintió en el lado derecho dolores, que fueron creciendo gradualmente. Se percibia en esta region un tumor resistente, que se desarrolló poco á poco y se hizo elástico, pero sin fluctuacion. Enflaquecimiento, diarrea, fiebre héctica; nada de ictericia.

*Prescripcion:* hierro y quina.

A mediados de marzo el tumor llegaba á la cresta iliaca, presentando una fluctuacion evidente; la introduccion de una aguja exploradora no produjo resultado alguno; el trócar dió salida á 2 ó 3 onzas de un líquido moco-purulento; el dolor y tension desaparecieron momentáneamente. Se hizo una aplicacion de potasa cáustica para determinar adherencias, pero muy poco despues el tumor presentó un sonido timpánico, aumentó la diarrea y se depri-mieron las fuerzas, sucumbiendo el enfermo el 19 de abril.

*Autopsia.*—El hígado no estaba aumentado de volúmen; el lóbulo derecho contenia dos pequeños abscesos; en todas las demás partes se hallaba en estado normal; los conductos hepático y colédoco se encontraban libres. La vejiga biliar, enormemente distendida, dejó escapar á la puncion un gas fétido y contenia un líquido amarillo, purulento, mezclado con copos fibrinosos y bilis. En la parte superior, las paredes tenian un cuarto de pulgada de espesor; en la inferior, por el contrario, eran muy delgadas y friables; á este nivel se encontraba ulcerada la membrana mucosa; el conducto cístico estaba completamente cerrado por falsas membranas, y la vejiga no presentaba adherencias en ninguna parte; todos los demás órganos se hallaban sanos. No existian cálculos biliares.

La inflamacion de la vejiga biliar fué ocasionada por una fiebre biliosa, como la produjo un tífus abdominal en el sujeto de la *Observacion CXXXVIII*. El

(1) Pepper, *Americ. Journal*, enero 1857.

conducto cístico se obliteró rápidamente, y continuando el acúmulo de los productos de la inflamacion en la vejiga, la distendieron gradualmente hasta el punto de constituir este tumor voluminoso, cuya naturaleza no se reconoció hasta lo último. La persistencia de la supuracion engendró la fiebre héc-tica; despues de la puncion, la descomposicion pútrida del contenido de la vejiga desarrolló gases que vinieron á aumentar las dificultades del diagnóstico. Segun todas las apariencias, los abscesos del hígado eran de naturaleza metastática y producidos por la ulceracion de la mucosa vesical. No puede menos de chocar la larga duracion de la inflamacion, sin que pueda explicarse por nuevas influencias morbosas despues que desapareció la fiebre biliosa. La puncion de la vejiga y la evacuacion de su contenido en un momento conveniente y con las precauciones necesarias, hubiese sido el único medio de detener los progresos de la enfermedad.

## II.—Diagnóstico.

La distension de la vejiga por un líquido bilioso, mucoso ó purulento, es á veces difícil de reconocer á la cabecera de la cama del enfermo y de distinguir de otras alteraciones. Ordinariamente se encuentra la vejiga en el sitio que ocupa el tumor, sobre todo cuando se puede percibir el borde del hígado y tomarle por guía; pero no hay que olvidar que esta situacion de aquel receptáculo cambia en las dislocaciones del hígado, que es variable, segun que el desarrollo de la glándula afecta mas ó menos al lóbulo derecho que al izquierdo. En fin, que se encuentra este reservorio debajo de la línea blanca en ciertos casos, y en la inmediacion de la línea axilar en otros. Con frecuencia pasan desapercibidos pequeños tumores formados por la vejiga; es difícil encontrarles cuando no se palpa con precaucion. Una presion fuerte y rápida hace huir el tumor.

No hay sin embargo que apresurarse á asegurar que todo tumor hemisférico ó piriforme que se encuentre en el borde del hígado está formado por la vejiga de la bñlis distendida; los equinococos, los abscesos hepáticos, los carcinomas de esta glándula y del mismo reservorio biliar pueden producir tumores semejantes y exponer á errores de diagnóstico. Haciendo abstraccion del estremecimiento hidatídico y de la falta de dolores, los equinococos se distinguen ordinariamente por la amplitud de su base que se implanta en el hígado y les fija, mientras que la vejiga biliar es piriforme y huye bajo la presion; pero hay excepciones á esta regla. Se encuentran acefalocistos del hígado, que afectan la forma de la vejiga de la bilis, segun ya hemos probado y representado en una figura en el capítulo que trata de esta enfermedad.

Los abscesos hepáticos tienen un modo de desarrollo diferente, forman tumores duros al principio y se reblandecen mas tarde; las

alteraciones de la salud general son mas pronunciadas; la figura de los tumores es muy distinta, son mucho mas anchos.

Los carcinomas del hígado y de la vejiga solo pueden dar lugar á error en los casos en que las vegetaciones encefaloideas blandas forman prominencia en el borde inferior del órgano; se distinguen de ordinario fácilmente por las desigualdades de su superficie, por su mayor resistencia, su base mas ancha y por los nódulos que pueden percibirse en otras partes del órgano; se observaria además la caquexia cancerosa.

Aun despues de reconocer el tumor como formado por la vejiga biliar, es imposible decidir con certeza si contiene bilis, moco ó pus. En el caso de no existir ictericia, puede considerarse como probable la naturaleza mucosa ó purulenta del líquido; si la ictericia acompaña á la dilatacion de la vejiga, hay grandes motivos para creer que su contenido es bilis. Para ambos casos existen excepciones: la obliteracion del conducto colédoco puede acompañarse de una obstruccion del cuello de la vejiga y de una hidropesia de este reservorio; por otra parte, ya hemos probado mas atrás, que la vejiga puede hallarse distendida por la bilis sin que exista ictericia.

### III.—Tratamiento.

Los recursos de la terapéutica contra estos estados patológicos son muy limitados. Cuando se observan síntomas de inflamacion, se los debe combatir con las emisiones sanguíneas locales, el unguento mercurial, las cataplasmas calientes, el reposo, una dieta severa y los purgantes salinos; si hay signos que indiquen la retencion de cálculos biliares, se procurará facilitar su paso por los narcóticos, los baños calientes, etc. Algunas veces se podrá evitar de este modo la obliteracion inflamatoria del cuello de la vejiga ó su oclusion por un cálculo; cuando esta se haya verificado, no queda mas recurso que un tratamiento sintomático.

Solo en el caso de que los progresos del tumor hagan temer la rotura de la vejiga, ó si los accidentes de fiebre héctica amenazan la vida, es cuando puede pensarse en evacuar el contenido por medio de una puncion. Si existen adherencias no hay que titubear; pero si nó se tiene la seguridad de que se hayan formado, es preciso adoptar las mismas precauciones que hemos recomendado al hablar de los abscesos y los equinococos del hígado.

## CAPITULO V.

### PRODUCCIONES PATOLÓGICAS DE NUEVA FORMACION EN LAS VIAS BILIARES.

#### Art. I.—Tubérculos de las vías biliares.

Se encuentran á veces los tubérculos en los niños en estado de infiltracion en la membrana mucosa de las vías biliares, pero se necesitan investigaciones ulteriores para conocer su evolucion.

#### Art. II.—Cánceres de las vías biliares.

Los neoplasmas que se observan particularmente en los órganos biliares son: los carcinomas ó los cánceres.

Se desarrollan de ordinario en el curso del cáncer del hígado; el producto patológico se extiende del parénquima á los conductos excretorios y los destruye; ó bien se forman en la mucosa de los conductos gruesos, nódulos aplastados que se propagan multiplicándose (1).

Hay, sin embargo, tambien casos de cánceres primitivos del aparato excretorio del hígado; afectan con particularidad la vejiga y el conducto colédoco. Bajo el punto de vista de la estructura son análogos á los cánceres simples de la glándula, ya encefaloídeos, ya escirrosos, ó pertenecen á las vegetaciones en coliflor, á los cánceres vellosos de Rokitansky.

#### § I.—Cánceres de la vejiga biliar.

Se ha observado el carcinoma simple de la vejiga de la bilis, sobre todo en los viejos; yo he visto un caso en un hombre de setenta y tres años. Durand-Fardel (2) ha reunido seis observaciones cuyos sujetos tenian de setenta y uno á ochenta y un años. Markham (3) ha descrito, sin embargo, un cáncer primitivo de la vejiga biliar en una mujer de veinte y ocho años.

#### I.—Síntomas.

La alteracion comienza de ordinario en el tejido submucoso de la vejiga; se desarrollan nódulos que invaden gradualmente la mem-

(1) Véase CÁNCER DEL HÍGADO

(2) Durand-Fardel, *Traité prat. des maladies des vieillards*, 2.<sup>a</sup> edit. Paris, 1873.

(3) Markham, *Transact. of the pathol. Society*, vol. VIII.

brana mucosa, así como las tunicas muscular y serosa. La pared vesical se engruesa mucho, su superficie externa se pone desigual y la cavidad se encuentra por lo comun llena por la masa cancerosa; es bastante frecuente que las vegetaciones que forman prominencia en la vejiga, se destruyan y den origen á ulceraciones, que llenan la cavidad de un líquido sanioso. No es raro encontrar al mismo tiempo que este cálculos; existian nueve veces en once observaciones.

La vejiga biliar afectada de degeneracion cancerosa contrae casi siempre adherencias con las vísceras inmediatas, especialmente con el cólon transverso, y los progresos de las ulceraciones pueden establecer una comunicacion entre estos dos órganos.

Durand-Fardel y Murchison (1) han referido hechos de esta naturaleza.

El cáncer vellosa de la vejiga de la bilis (2) se encuentra especialmente en su pared anterior, donde se implanta en el tejido submucoso, ora por un pedículo estrecho, ora por una base ancha. En los sitios en que se desarrollan producciones nuevas de esta naturaleza, la mucosa parece como cubierta de un aterciopelado blanquecino; las mas antiguas presentan el aspecto de las coliflores. La base de este tejido canceroso está formada de excrecencias prolongadas, en parte arborescentes ó abultadas en forma de maza, constituidas por tejido conjuntivo y conteniendo un gran número de anchos vasos. Estas excrecencias se hallan cubiertas de epitelio cilíndrico ó de células redondeadas que las reunen de trecho en trecho en masas bastante gruesas. Se observa en algunos puntos diseminados una transformacion adiposa de las células y del estroma. La pared de la vejiga sobre que se desarrolla el cáncer, está engrosada, convertida en un tejido fibroso apretado ó areolar, empapado en el jugo canceroso. La cavidad vesical contiene un líquido cremoso, amarillo ó rojizo, en el que se encuentran epitelios y gotitas adiposas en grande abundancia.

El cáncer vellosa existe solo, ó se asocia á otros cánceres. Como en la primera forma, el trabajo de ulceracion puede determinar tambien en esta la destruccion de las paredes de la vejiga y de las partes inmediatas, especialmente del cólon y del duodeno, ó bien dar lugar á una perforacion seguida de peritonitis general.

Los síntomas del cáncer de la vejiga biliar son poco marcados; el de mayor importancia y mas constante es la existencia, en el sitio

(1) Murchison, *ibid.*

(2) Véase Heschl, *Wiener Zeitschrift*, 1852, t. VIII, p. 9.—Klob, *Wiener Wochenblatt*, 1856, núm. 46.

que la vejiga ocupa, de un tumor doloroso, redondeado, ó por lo comun duro y desigual. Todos los demás signos son de dudoso valor; generalmente falta la ictericia, las alteraciones gástricas son mas comunes; Durand-Fardel ha observado vómitos rebeldes y diarrea en un caso en que se habia establecido una comunicacion con el cólon. Hacia el fin de la enfermedad se presentan ordinariamente la demacracion y los accidentes habituales de la caquexia cancerosa.

II.—Diagnóstico.

El diagnóstico no es seguro sino cuando puede reconocerse la vejiga en la situacion y la figura del tumor, lo cual es muy difícil



*Fig. 159.*—Cáncer situado en el orificio del conducto colédoco; ectasia de las vias biliares y del conducto de Wirsung.

cuando esta forma poca prominencia en el borde del hígado, ó se halla oculta debajo de las costillas.

III.—Tratamiento.

El tratamiento es el de los cánceres del hígado.

## § II.—Cáncer del conducto colédoco.

El cáncer simple y el vellosa pueden desarrollarse en el conducto colédoco, particularmente cerca de su extremidad duodenal y con independencia de las degeneraciones de la misma naturaleza, originarias del intestino y del páncreas, que invaden fácilmente este conducto.

Hemos referido (*Observaciones V y VI*) casos de esta especie en que se verificó la muerte en medio de los síntomas del éxtasis biliar. La figura 139 nos presenta un tumor lobulado, del volumen de una nuez, formando prominencia en el duodeno á través del orificio del conducto colédoco (1).

Estos cánceres no pueden reconocerse durante la vida; escapan completamente á la palpacion, y producen, como la obliteracion del conducto colédoco, los accidentes de un éxtasis biliar que termina por la muerte.

(1) Véase Lambl, *Archiv für pathologische Anatomie*, t. VIII, p. 153.

## CAPITULO VI.

### CUERPOS EXTRAÑOS DE LAS VIAS BILIARES.

Son ordinariamente cálculos formados por las partes constitutivas de la bilis, rara vez entozoarios que, como el distoma hepático, fijan su domicilio en las vías biliares, ó que excepcionalmente penetran en ellas como las vesículas de equinococos y las ascárides lumbricóides.

#### Art. I.—Ascárides lumbricóides.

##### I.—Patogenia.

Se ve algunas veces á estos entozoarios, en sus emigraciones, introducirse en el conducto colédoco, y de allí penetrar hasta la vejiga de la bilis ó en las ramificaciones del conducto hepático, no sin producir numerosos desórdenes. Aunque en general estos casos sean raros, sin embargo, se cuentan 37 en la literatura médica (1).

Se han encontrado en primer lugar lombrices encajadas en parte en el orificio del conducto colédoco y contenidas en parte aun en el duodeno, sin que durante la vida, ni en la autopsia, se presentasen señales de inflamacion ó de éxtasis biliar, de ictericia, etc. (2).

Preciso es admitir que en estos casos las lombrices no habian penetrado en el conducto colédoco hasta muy poco tiempo antes de la muerte.

Otras veces se han observado en estas circunstancias, durante la vida, síntomas que denotaban una irritacion de las vias biliares y un obstáculo al curso de la bilis.

Lieutaud (3) refiere la enfermedad de un muchacho de catorce años que habia sido acometido de fiebre, tension dolorosa en el epigastrio y la region hepática, al mismo tiempo que de un flujo salival y de ictericia; las deposiciones se decoloraron; el pulso se hizo intermitente, verificándose la muerte en medio de convulsiones. Se encontró el hígado amarillo y tumefacto, la vejiga distendida por la bilis, el conducto colédoco obstruido por una lombriz voluminosa;

(1) Véase Davaine, *Traité des entozoaires*, Paris, 1860, p. 156 — Bonfils, *Archives générales de médecine*, junio, 1838.

(2) Tonnelé, *Réflexions et observations sur les accidents produits par les vers lombrics* (*Journ. hebdom. de méd.* Paris, 1829, t. IV, n° 97, p. 292).—Hayner, in Rudolphi, *Entozoorum Synopsis*. Berlin, 1819.—Røederer et Wagler, *Tractatus de morbo mucoso*, Göttingue, 1785, sect. V.

(3) Lieutaud, *Historia anatomico-médica*. Paris, 1767, t. I, p. 210. Obs. 907.

habia una gran cantidad de estos entozoarios en el estómago y los intestinos. Bonaparte, de Pisa (<sup>1</sup>), ha referido tambien un caso de ictericia terminado por la muerte, que habia sido ocasionada por la presencia de una lombriz en el conducto colédoco.



Fig. 140. — Ascáride  
(Moquin-Tandon).



Fig. 141. — Ascáride. — *a*, extremidad ce-  
fálica vista de lado con los tres nódu-  
los y la boca. — *b*, extremidad caudal  
del macho con los dos espículos. — *c*, es-  
trangulación genital de la hembra con  
el orificio sexual. — *d*, huevo no fraccio-  
nado aun (Moquin-Tandon).

Las ascárides lumbricóides se encuentran mas frecuentemente aun en la vejiga de la bífis, el conducto hepático y sus ramos en el interior del hígado, que en el colédoco. Hay á veces gran número de

<sup>1</sup>) Brera, *Mem. fisico-med. sopra i principi vermi del corpore umano*, 1814, p. 207

ellas (1), y determinan el éxtasis biliar, la dilatacion, la inflama-cion catarral ó exudativa, y aun en algunos casos la ulceracion de los conductos y la supuracion del hígado; excepcionalmente se han visto algunas que, muertas y encogidas, habian formado el núcleo de cálculos biliares.

Lorry (2) encontró en la vejiga de un maniaco, que estaba afectado de convulsiones y que vomitó una lombriz poco tiempo antes de su muerte, tres gruesos entozoarios de esta misma especie. Bloch y Heaveside les han visto tambien aislados en el mismo órgano.

Cruveilhier (3) observó dos ascárides en la bifurcacion del conducto hepático y otras tres en las ramificaciones, en una mujert muerta de pulmonía. El hígado no presentaba lesiones y no se habia notado durante la vida ningun síntoma capaz de revelar la existencia de estos parásitos en las vías biliares.

Guersant (4) refiere la observacion de un niño que sufría ligeros accesos de cólicos, y que murió rápidamente con convulsiones. La autopsia no demostró otra lesion que dos lombrices de 7 á 8 pulgadas de longitud en el conducto hepático y sus ramos.

Broussais (5) encontró el hígado tumefacto y congestionado en la autopsia de un soldado que habia tenido dolores en el epigastrio y en la region del hígado, fiebre intensa con grande agitacion, ictericia, convulsiones, etc., y que murió á los quince días de enfermedad; el conducto colédoco encerraba una gruesísima lombriz y habia otra mas pequeña en uno de los ramos del hepático.

Se ha visto á estos entozoarios determinar la rotura del conducto colédoco; la coleccion de Viena posee una preparacion de esta clase; Fontaneilles (6) y Lorrentini (7) han referido tambien observaciones análogas.

Las lombrices se encuentran á veces en el interior del hígado en cavidades redondeadas, circunscritas por paredes, ya lisas y sin se-

(1) Hayner (*Nase's Zeitschrift für psychische Aerzte*, t. I, 4, p. 514-529; Rudolphi, *Entozoorum synopsis*. Berlin, 1819, p. 626, encontró siete lombrices en los conductos biliares muy dilatados y una en el colédoco.

(2) Lorry, *De melancholia et morbis melancholicis*. Paris, 1765.—*Commentarii de rebus in scientia naturali et medicina gestis*. Lipsiæ, t. IV, p. 665.

(3) Cruveilhier, *Dictionn. de méd. et de chirurgie pratiques*. art. ENTOZOOAIRES. Paris, 1851, t. VII, p. 540.

(4) Guersant, *Dictionn. de méd.* en 21 vol., 1828, t. XXI, p. 244, art. VER.

(5) Broussais, *Histoire des phlegmasies croniques*, 4.<sup>a</sup> edic. Paris, 1826, t. III, p. 272.

(6) Fontaneilles, *Sur une perforation faite par un ascaride lombricoide qui a causé la mort* (*Revue médicale*, Setiembre, 1825, t. III, p. 204; y *Journal complement.*, tomo XXIII, p. 188).

(7) Lorrentini, in Guersant, *Loc. cit.*

ñales de supuración, ya, por el contrario, rugosas y ulceradas. Estas cavidades están constituidas por la dilatación parcial de los conductos; los entozoarios se hallan apelonados.

Laennec (1) ha publicado una observación de esta clase, cuyo sujeto era un niño de dos años y medio. Los conductos biliares se hallaban muy dilatados y llenos de entozoarios; no contenían biliar; la membrana mucosa estaba de un rojo vivo en ciertos puntos, ulcerada y enteramente destruida en otros, de suerte que las ascárides se encontraban en contacto inmediato con el parénquima glandular. Muchas cavidades formadas de esta manera tenían el volumen de una almendra.

Es frecuentemente difícil demostrar las relaciones de estas cavidades con los conductos biliares; estos se hallan por lo común estrechados ú obliterados, de modo que no parece que existe comunicación. La supuración forma entonces colecciones, mientras que encuentra una salida fácil en los conductos que se han conservado libres.

En cuanto á los abscesos del hígado que tienen por punto de partida la existencia de lombrices en este órgano, ya hemos hablado de ellos en la página 396, refiriendo los hechos más importantes que acerca de este punto posee la literatura médica.

Entre los casos más raros puede contarse uno en que Lobstein (2) encontró una lombriz formando un cálculo biliar. Este se hallaba en el conducto colédoco de una mujer de cincuenta años y era piriforme; la extremidad más gruesa obliteraba completamente el orificio duodenal del conducto; el hepático y sus ramos estaban llenos de ascárides.

El modo de penetración de las ascárides lumbricoides en las vías biliares es un problema difícil de resolver de un modo preciso.

No sería fácil hoy aceptar la cándida creencia de Wierus (3), que dice que la penuria de alimentos les obliga á introducirse en los conductos estrechos de la biliar. Encontramos más verosímil la opinión de Davaine, según la cual la dilatación del conducto colédoco, resultado de la expulsión de cálculos ó de vesículas de equinococos abriría una entrada á las ascárides. Es bien cierto que en algunos casos de lombrices existían simultáneamente cálculos biliares, y en el que refieren Røederer y Wagler, un saco de hidátides se había abierto en

(1) Laennec, *Dictionn. des sciences médicales*, art. ASCARIDES, p. 344; y *Rapport sur une observation lue par Laennec*, in *Bull. de la Faculté de médec.*, t. XVI, núm. 3, 20 noviembre, año XIII.

(2) Lobstein, *Catalogue du Musée anatomique de Strasbourg*, núm. 1987.

(3) Wierus, *Epistola ad Fabr. Hildanum* Dusseldorpii, 1002.

un conducto biliar dilatándole; pero la infancia nos suministra cierto número de hechos en que esta explicacion no tiene fundamento y en que no puede demostrarse la existencia de ningun síntoma de una afeccion anterior de las vías biliares.

## II.—Síntomas.

Los síntomas que acompañan á la presencia de las ascárides lumbricóides en el aparato excretor del hígado son muy variables; hasta ahora no han podido suministrar en ningun caso elementos suficientes de diagnóstico. En algunas observaciones faltan completamente los fenómenos de una afeccion del hígado. Por lo comun se observan los signos del éxtasis biliar, la ictericia y la decoloracion de las materias fecales, á la vez que violentos dolores en el epigastrio y en el hipocóndrio derecho, frecuentemente tambien vómitos y convulsiones. Estas, que han sido observadas por Lorry, Broussais, Guersant, etc., podrian, á falta de otra explicacion dada por la autópsia, considerarse como debidas á una accion refleja puesta en juego por la irritacion de los ramos del plexo hepático. En los casos en que se desarrolló la hepatitis, se pudieron observar todos los síntomas.

## III.—Pronóstico, tratamiento.

No es posible aun decidirse acerca de la posibilidad de la curacion, y la observacion de Schloss (1), que ha visto desaparecer rápidamente una ictericia despues de la salida de ascárides vermiculares, no puede estimarse de ningun modo suficiente para poner fuera de duda esta curacion. El hecho de Kirkland (2) tiene bajo este punto de vista mas importancia. Se ve á un absceso abrirse sobre el borde de las costillas falsas del lado derecho y dar salida á una gran cantidad de pus con una ascáride lumbricóide; quedó una fistula biliar como prueba de que el entozoario procedia de las vías biliares, y que por incompleta que fuese, se habia verificado la curacion.

En la incertidumbre del diagnóstico, el tratamiento solo puede ser sintomático.

(1) Schloss, *Ictère paraissant symptomatique de la présence d'un ascaride lombricóide dans les voies biliaires* (Bulletin de la Société anatomique. Paris, 1836, 2.<sup>a</sup> série, t. I, página 561).

(2) Kirkland, *An inquiry into the present state of medical surgery*. London, 1783, t. II, p. 186, y *Richter's Chirurgische Bibliothek*, t. X, p. 695.

## Art. II.—Ténias.

No se ha adquirido aun la certidumbre de que las ténias puedan penetrar en las vías biliares. Jonas <sup>(1)</sup> las ha encontrado en el hígado de una rata, y Moreau <sup>(2)</sup> (de Vitry-le-Français) ha descrito un caso de ictericia que se reproducía cada quince días con una tumefacción dolorosa del hígado, y no cesó definitivamente hasta después que el enfermo hubo expulsado la ténia.

## Art. III.—Vesículas de equinococos.

I. *Distoma hepático y distoma lanceolado* (Leberegel).—Son entozoarios lisos, blandos, ovales, de un blanco amarillento, armados de dos ventosas, una en la extremidad anterior prolongada en punta, que forma una depresión infundibuliforme, en el fondo de la cual se encuentra la boca; la otra ocupa la cara ventral y es imperforada. Los orificios genitales están situados entre las dos ventosas. Este animal es hermafrodita. En el estado adulto, el distoma hepático tiene de 8 á 14 líneas de longitud y 3 á 6 de ancho; posee un intestino ramificado (fig. 142). El distoma lanceolado mide de 2 á 6 líneas de largo y de 1 á 2 de ancho; su intestino es bifurcado y sobre él se encuentran los órganos genitales hembras, particularmente en la parte posterior del cuerpo, mientras que en el distoma hepático ocupan la anterior. Son especies diferentes que no deben reunirse como han hecho Zeder y Bremser.

Los distomas tienen por domicilio las vías biliares de los rumiantes, especialmente de los carneros, en los que producen á veces grandes estragos; es raro encontrarles en la especie humana, siendo muy reducido el número de casos hasta ahora observados.

Entre los médicos antiguos, Borel, Malpigio <sup>(3)</sup> y Bidloo <sup>(4)</sup> mencionan la existencia de los distomas en el hígado del hombre, pero sus observaciones carecen de precisión. El primer hecho positivo de distoma en el hígado humano le debemos á Pallas <sup>(5)</sup>, que le encontró en Berlín en las vías biliares de una mujer. Buchoz <sup>(6)</sup> le vió

(1) Jonas, *Bull. de la Soc. anat.*

(2) Moreau, *Bibl. méd.* setiembre 1820; *Journal gén. de méd. de Sédillot*, t. LXXV, pág. 226.

(3) Malpigio, *Opera posthuma*. Lond., 1697, p. 84. «In hepate frequentes occurrunt cucurbitini in homine et brutis, præsertim in bove.»

(4) Bidloo, *Dissertatio de animalculis in ovino aliorumque animantium hepate detectis*, in Leclerc, *Hist. nat. et méd. latorum lumbricorum*, Genève, 1715, p. 119.

(5) Pallas, *Diss. de infestis viventibus intra viventia*. Lugdun<sup>i</sup>, Bat. 1760. p. 5.

(6) Buchoz, *Histoire des insectes nuisibles*. Paris, 1781.

en 1790 en la vejiga de la bilis de un criminal que habia muerto de fiebre pútrida; las preparaciones fueron examinadas posteriormente por Rudolphi y Bremser. Fortassin (1) observó en 1804 dos distomas en las vías biliares de un hombre, y Brera (2) describe un caso en que el sujeto era escorbútico é hidrópico. El hígado estaba duro y voluminoso, y se encontraba lleno de distomas en su interior; estos entozoarios estaban en el parénquima de la glándula, en parte aislados y en parte reunidos en número considerable.

Encontramos datos mas exactos sobre las circunstancias de la enfermedad en P. Frank (3), que vió en una dilatacion sacciforme del conducto hepático en una niña de ocho años, 5 lombrices de un amarillo verdoso, vivas, lisas, que tenian la longitud de un gusano de seda. La enferma entró en el hospital de Milan, en el mes de noviembre de 1782, en un estado de demacracion y de debilidad completo; el vientre estaba tumefacto, y desde hacia seis meses existia diarrea con intensos dolores en la region del hígado; no habia ictericia; la muerte se verificó en medio de convulsiones.

Partridge encontró en la vejiga biliar de un cadáver, en el hospital de Middlesex en Lóndres, un distoma aislado que, examinado por Owen, resultó ser completamente semejante al distoma hepático del carnero.

Tales son las pocas observaciones que poseemos de distomas de las vías biliares del hombre. Podemos añadir aun algunos casos en que se encontraron en el intestino estos entozoarios que verosíblemente venian del hígado. Rudolphi (4) habla de pequeños distomas, cuya evacuacion obtuvo Chabert por medio de un aceite empireumático.

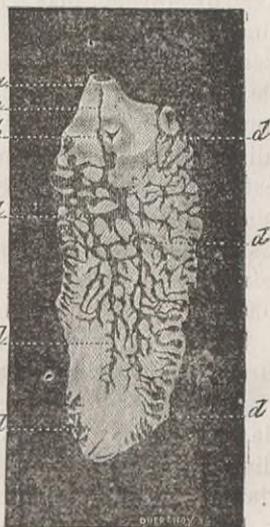


Fig. 142. — Distoma hepático extraído de un absceso por M. Dionis des Carrieres. — Visto con un aumento de 8 diámetros. — a, boca.—b, ventosa posterior.—c, esófago. — d, d, d, ramificaciones de intestino (Davaine).

(1) Joerdens, *Entomologie und Helminthologie des menschl. Körpers*. Hof, 1802, p. 65.

(2) Brera, *loc. cit.*, p. 94.

(3) Frank, *De curandis hominum morbis epitome*. Viennæ, 1810. t. V.

(4) Rudolphi, *Hist. nat. entozoorum*. Amstelodami, 1808, t. I, p. 327, y t. II página 556.

Mehlis <sup>(1)</sup> refiere detalladamente la observacion de una viuda de Clausthal, de treinta y un años de edad, que arrojó por el vómito un distoma hepático, y posteriormente un distoma lanceolado. Estos vómitos mezclados con sangre coagulada tuvieron lugar en un acceso de síncope; mas adelante parece que esta enferma arrojó distomas por las deposiciones. Se notó al mismo tiempo tumefaccion y sensibilidad en los hipocondrios, disnea, con accidentes histéricos de diversas clases; lá cara tomaba de tiempo en tiempo un tinte amarillo; la nutricion y la digestion se hallaban en buen estado. El alivio vino despues de un violento acceso de vómitos, durante el cual esta mujer arrojó, con coágulos de sangre y una sustancia membranosa, algunos distomas hepáticos y 50 próximamente lanceolados. Es de notar, que Mehliis no presencié nunca estos vómitos de entozoarios y que pudiera admitirse la posibilidad de una mistificacion por parte de esta enferma histérica.

Busk encontró en 1843 en el duodeno de un lascare muerto en *Dreadnaught* 14 distomas. Eran mas gruesos y mas voluminosos que los del carnero; su longitud variaba de pulgada y media á tres pulgadas, pero presentaban absolutamente la misma organizacion que el distoma lanceolado; el intestino estaba bifurcado, y el útero se hallaba en la parte posterior.

Las observaciones recogidas hasta ahora suministran muy pocos datos positivos respecto á los síntomas que provoca en la especie humana la existencia de los distomas. En el carnero, estos parásitos determinan la dilatacion y el catarro de las vías biliares con la atrofia del parénquima hepático; suele observarse ictericia, pero es generalmente pasajera; en último término se desarrolla un estado de anemia. En el hombre no pueden reconocerse estos entozoarios mas que cuando son arrojados por los vómitos ó las deposiciones.

Su etiología es aun muy oscura; es probable que lleguen, en el estado de cercarios, á los intestinos, y de allí á las vías biliares, del mismo modo que pueden penetrar directamente en la piel, segun la observacion de Giesker y de Frey <sup>(2)</sup>, y desarrollarse en el tejido celular subcutáneo. El primero de estos autores encontró, en efecto, en un tumor de la planta del pié, en una mujer, dos animales, que Frey y Siebol reconocieron ser distomas hepáticos; segun todas las probabilidades, los cercarios se habian introducido en la planta del pié, mientras esta mujer lavaba en aguas estancadas del lago de Zurich.

<sup>(1)</sup> Mehliis, *Observ. anatom. de distomate hepatico et lanceolato*, Gættingue, 1823, página 6.

<sup>(2)</sup> Frey, *Mittheil, der naturforsch. Gesellschaft in Zurich*. 1830, t. II, p. 89.

Esta observación es única hasta ahora; lo mismo sucede con la de Duval, profesor de la Escuela de medicina de Rennes (1), que en una demostración anatómica encontró por casualidad cinco gruesos distomas en la vena porta. Estaban sumergidos en la sangre líquida del tronco y de los ramos de este vaso; no les había en sus raíces abdominales. Las paredes venosas no presentaban señal alguna de inflamación ni de ulceración; tampoco en el hígado se observó nada de anormal. No se pudo obtener dato alguno relativamente á la enfermedad del sujeto en quien existían.

Muchas veces se ha puesto en duda este hecho, creyéndose que se trataba de distomas venidos de las vías biliares á las venas; pero la observación de Giesker y de Frey deja tanto menos fundamento á estas suposiciones, cuanto que Duval no encontró alteración en las paredes de la vena ni en los conductos biliares.

La incertidumbre del diagnóstico no permite que nos ocupemos del tratamiento de los distomas. En el caso en que estos entozoarios fuesen expulsados por vómitos ó por cámaras, el éxito de Chavert autorizaría á administrar los antihelmínticos.

II. *Distoma hematobio*.—Al distoma hepático de las vías biliares, uniremos el distoma hematobio (2), que hasta ahora solo ha sido encontrado por Bilharz en Egipto, en la vena porta y sus ramificaciones, así como en las paredes de la vejiga. Es muy común en este país; Griesinger (3) la ha hallado 117 veces en 263 autópsias. En los gruesos vasos este distoma no produce ningún trastorno, pero no sucede lo mismo en los capilares y las membranas mucosas, donde determina hemorragias é inflamaciones, sobre todo en las de las vías urinarias y el tubo intestinal.

El tronco de la vena porta se encuentra en ocasiones completamente lleno de estos entozoarios, cuyos huevos suelen verse en el parénquima hepático.

Los síntomas que se observan durante la vida, pertenecen menos

(1) Duval, *Note sur un cas de présence du distome hépatique*. (*Gaz. méd. de Paris* 1842, t. X, p. 769).

(2) En el distoma hematobio están separados los sexos. El cuerpo del macho es filiforme, redondeado y blanquecino, aplastado por delante; la ventosa bucal, prolongada en punta, es triangular; la ventosa ventral, situada en la extremidad del tronco, es orbicular. Debajo de esta, los bordes del cuerpo reflejados forman en cada lado un canal destinado á recibir la hembra. El poro genital está situado entre la ventosa abdominal y el origen del conducto ginecóforo. (Véase fig. 143).

La hembra es muy delgada, la cola no presenta canal; las ventosas se conducen como en el macho; el poro genital está reunido con la ventosa ventral. La longitud es de 5 á 4 líneas. El macho es mas ancho que la hembra.

(3) Griesinger, *Archiv. für physiol. Heil.*, t. XIII, p. 554. — *Zeitschrift für wissenschaft. Zoologie*, 1855, p. 33.

al hígado que á las vías urinarias; la orina es sanguinolenta y contiene algunas veces huevos de distomas (figs. 144 y 145); se desarrolla al mismo tiempo una caquexia profunda.

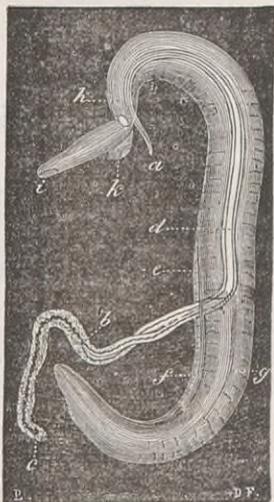


Fig. 145.

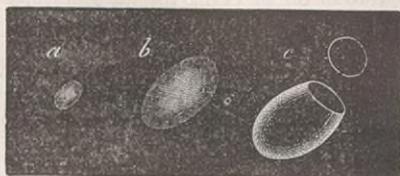


Fig. 144.

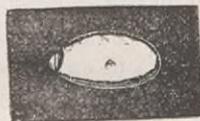


Fig. 145.

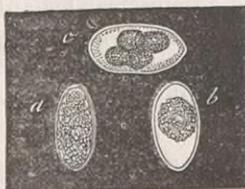


Fig. 146.

Fig. 145.—Distoma hematobio, macho y hembra, segun el dibujo dadó por Bilharz.—*a, b*, la hembra contenida en parte en el conducto ginecóforo.—*a*, extremidad anterior.—*c*, extremidad posterior.—*d*, cuerpo visto por transparencia en el canal.—*e, f, g, h, i*, el macho.—*e, f*, canal ginecóforo entreabierto por delante y detrás de la hembra, que ha sido extraida en parte para que se vea bien la disposicion.—*g, h*, limite hácia el dorso de la depresion de la cara ventral que constituye el canal.—*i*, ventosa bucal.—*k*, ventosa central.—Entre *i* y *k* el tronco.—Detrás de *h* la cola.

Fig. 144.—Ovulo de distoma lanceolado.—*a*, óvulo visto con un aumento de 107 diámetros.—*b*, de 540.—*c*, tratado por la potasa cáustica, que hace mas fácil la separacion del opérculo.—Color pardo negruzco.—Longitud, 0mm,6; ancho, 0mm,02.—Los óvulos se encuentran en el carnero en las materias fecales; indican con seguridad la presencia del distoma lanceolado en los conductos biliares ó el intestino.

(Davaïne).

Fig. 145.—Ovulo de distoma hepático.—Ovulo visto con un aumento de 107 diámetros y tratado por la potasa cáustica para separar el opérculo. Longitud, 0mm,15; ancho, 0mm,09.—Las mismas observaciones que en el distoma lanceolado. (Davaïne).

Fig. 146.—Cuerpos oviformes del hígado del conejo, vistos con un aumento de 340 diámetros.—*a*, variedad menor.—*b*, variedad mayor.—*c*, la misma, despues de haber permanecido algun tiempo en la tierra húmeda; el contenido (¿vitelus?) está dividido ó fraccionado en cuatro esferas. (Davaïne).

III. *Cuerpos oviformes*.—Podríamos mencionar aquí la observación de Gubler (1), que ha encontrado en el hígado del hombre cuerpos semejantes á los huevos de helmintos, como se observan frecuentemente en el hígado de los conejos (fig. 146). Este asunto merece ulteriores investigaciones.

#### Art. IV.—Cálculos biliares.

##### I.—Historia.

Los cálculos biliares fueron observados por primera vez, en 1565, por J. Kentmann, de Dresde; participó su descubrimiento á Conrado Gesner, que le utilizó en su grande obra sobre los fósiles (2). Segun Marcelo Donato (3), Tornamira y Gentilis habrian encontrado tambien estos cálculos en la misma época. Benivieni (4), Vesalio (5) y Falopio (6) los hicieron objeto de sus observaciones, describiéndolos con mucho cuidado; de suerte que, en 1643, Fernel (7) podia ya establecer con detalles sus caractéres, su etiología y sus síntomas. Glisson (8) ha suministrado tambien materiales á la historia de esta enfermedad.

Un trabajo mucho mas importante para la patología y el diagnóstico de los cálculos biliares es el de F. Hoffmann (9). Bianchi (10) y Morgagni (11) recogieron un gran número de nuevas observaciones que extendieron mucho el círculo de los conocimientos respecto á este punto.

Lo mismo puede decirse de Boerhaave y de Van Swieten (12), de Sydenham (13) y de Sauvages (14).

(1) Gubler, *Tumeurs du foie déterminées par des œufs d'helminthes et comparables à des galles, observées chez l'homme* (Gaz. méd. de Paris, 1838, p. 157).

(2) Gesner, *De omni rerum fossilium genere*, etc. Tiguri, 1565.

(3) Donatus, *De medicâ historiâ*, lib. IV, cap. xxx, fol. 264.

(4) Benivieni, *De abditis nonnullis ac mirandis morborum causis*. Florencia, 1506.

(5) Vésalio, *De radice chynæ Epistola*. Venise, 1542.

(6) Falopio, *Observ. anat.* Venise, 1581, p. 401.

(7) Fernel, *Pathologiæ*, lib. VI, c. v. Paris, 1638.—*De morbis universalibus et particularibus*. Lugduni Bat., t. II, p. 251.

(8) Glisson, *Anatomia hepatis*. La Haye, 1681.

(9) F. Hoffmann, *Medic. ration. syst.*, t. VI. Halle, 1718.

(10) Bianchi, *Historia hepatica*. Genevæ, 1725, t. I.

(11) Morgagni, *De sedib. et caus. morborum Epistolæ*, 57, 1750.

(12) Van Swieten, *Comment. in Boerhaavii Aphorismos*. Lyon, 1755, t. III, p. 82.

(13) Sydenham, *Observ. méd.*, sect. VI, cap. xii, *De colicâ biliosa*, y *Dissert. méd. de calculo humano*, 1769.

(14) Sauvages, *Nosologia methodica*, classis 7, gen. 2<sup>o</sup>, sp. 1, *Hepatalgiæ calculosæ*. Amstelodami, 1768.

Las primeras investigaciones exactas sobre la estructura de los cálculos biliares son debidas á Joh. Got. Walter<sup>(1)</sup>, que describió con cuidado é hizo dibujar la rica coleccion del museo de Berlin; al lado de este trabajo, figuran dignamente los de Sømmerring<sup>(2)</sup>, de Prochaska<sup>(3)</sup>, de Durande<sup>(4)</sup>, y ante todo el de H. Meckel<sup>(5)</sup>.

El primer análisis químico de los cálculos biliares fué hecho por Galeatti<sup>(6)</sup>; no dió ningun resultado; solo despues del descubrimiento de la colessterina fué cuando Fourcroy<sup>(7)</sup> y Thenard<sup>(8)</sup> consiguieron determinar con mas certeza la composicion de estos cuerpos.

Mas recientemente, Pujol<sup>(9)</sup>, Portal<sup>(10)</sup>, Saunders<sup>(11)</sup>, Briche-teau<sup>(12)</sup>, Guilbert<sup>(13)</sup>, Bramson, Platner, Hein y Seifert<sup>(14)</sup>, Bouil-laud<sup>(15)</sup>, Stokes<sup>(16)</sup>, y por último, Bouisson<sup>(17)</sup>, profesor de la Facultad de Montpellier, se han ocupado particularmente del análisis de estos cálculos.

Respecto á la patología, al diagnóstico y á la terapéutica de las formas morbosas ocasionadas por los cálculos que nos ocupan, la literatura médica posee materiales que sería difícil analizar. Fau-conneau-Dufresne ha reunido los hechos mas importantes<sup>(18)</sup>. Mas adelante mencionaremos otras observaciones.

(1) Walter, *Observationes anat.* Berlin, 1755, en fól. *Concrementa terrestria y Anatomisches Museum, herausg. von seinem Sohn F. A. Walter*, 4 part. Berlin, 1796.—Véase tambien F. A. Walter, *Ann. acad. Berolini*, 1786.

(2) Sømmerring, *De concretis biliariis corpori humani.* Francof., 1795.

(3) Prochaska, *Opera minora*, 1800, t. II, *De calculo felleo*; y *Annot. academ.* Pragae, 1788, fascicule II.

(4) Durande, *Mémoire sur les pierres biliaires (Mém. de l'Académie de Dijon)*, 1790.

(5) M. Meckel, *Mikrogeologie.* Berlin, 1856, en fól.

(6) Galeatti, *Comment. Academiæ scient. Bonon.*, 1748, t. I, p. 534.

(7) Fourcroy, *Syst. des connoiss. chimiques.* Paris, 1801, t. X, p. 14.

(8) Thenard, *Deux mém. sur la bile (Mém. de phys. et de chimie d'Arcueil)*, t. I, p. 25.

(9) Pujol, *Œuvres de médecine pratique*, 1802, t. IV.

(10) Portal, *Observ. sur le traitement des maladies du foie*, 1815.

(11) Saunders, *Traité de la structure, des fonctions et des maladies du foie*, traduccion francesa. Paris, 1804.

(12) Briche-teau, *Sur les accidents produits par les calculs biliaires récemment formés, et sur les meilleurs moyens de les calmer (Mém. de la Société médicale d'émulation)*, 1826, t. IX, p. 194.

(13) Guilbert, Tesis. Paris, 1858.

(14) Seifert, *Zeitschrift für rationelle Medizin*, t. IV, p. 191, 295; t. X, p. 125.

(15) Bouillaud, *Rech. clin. sur les maladies des voies biliaires (Journ. complémentaire des sciences médicales)*, déc. 1827.

(16) Stokes, *London méd. and. surg. Journal*, t. V.

(17) Bouisson, *De la bile.* Montpellier, 1845.

(18) Fauconneau-Dufresne, *Revue médicale*, 1841; *De la bile et de ses maladies (Mém. de l'Acad. de méd. Paris)*, 1847, t. XIII, p. 198; *Traité de l'affection calculuse du foie et du pancréas.* Paris, 1851.

Para llegar al conocimiento del trabajo de formación de los cálculos biliares y de las condiciones de que dependen su evolución ulterior, su crecimiento y su destrucción, es necesario comenzar por el estudio de su composición química y su estructura.

## II.—Composición química.

El número de sustancias susceptibles de entrar en la composición de los cálculos biliares es considerable; todas se encuentran en la bilis ó se forman por descomposición:

I. *Colesterina*.—Falta muy raras veces <sup>(1)</sup> y constituye de ordinario la principal parte de los cálculos; hay algunos que están únicamente compuestos de esta sustancia. Se presenta por lo común en forma de cristales, en algunos casos también en estado amorfo, mezclada íntimamente con otras sustancias, como los cuerpos grasos, jabones, materia colorante, etc.

A pesar de la cantidad relativamente pequeña de colessterina que contiene la bilis, se pueden encontrar por término medio de 70 á 80 por 100 de esta sustancia en los cálculos biliares. Tiene bajo este punto de vista mucha analogía con lo que sucede en los urinarios respecto al ácido úrico. Estos dos cuerpos, que existen en pequeñas proporciones en los productos de secreción, concurren sin embargo á formar la mayor parte de los cálculos, á causa de su poca solubilidad.

II. *Materias colorantes de la bilis*.—Se encuentran con cortas excepciones en todos los cálculos; se pueden distinguir muchas clases de ellas que se hallan, ya en estado libre, ya unidas á las tierras calcáreas.

1.º *Colepírrina*.—En estado de pureza, pero sobre todo en el de combinación calcárea, forma una parte esencial de los núcleos, y frecuentemente también de la corteza de los cálculos. Disuelta en el cloroformo, cristaliza por evaporación en agujas, en prismas y en láminas. Estos cristales presentan, cuando se les examina con el microscopio, un color amarillo-pardo ó granate, y tienen el aspecto de un polvo ligero, rojo-pardo, insoluble en el agua y el alcohol, poco soluble en el éter, y que se disuelve por el contrario fácil y completamente en el cloroformo caliente. Las soluciones alcalinas débiles, acuosas y alcohólicas disuelven también la colepírrina, pero se metamorfosea rápidamente en este líquido; el color pardo toma un tinte verde, y la adición de ácido clorhídrico precipita copos de este mis-

(1) La colessterina faltaba completamente en muchos cálculos biliares encontrados en bueyes.

mo color. Las sales alcalinas formadas con los ácidos de la bilis, disuelven tambien este pigmento en cantidad moderada (1).

2.º *Combinacion de tierra calcárea con la colepirrina.* — Se encuentra en la mayoría de los cálculos biliares, bajo el aspecto de un polvo rojo amarillento ó rojo pardo, intimamente unido en parte á la colesiterina, en forma de granos ó de masas irregulares, y en parte constituyendo capas distintas en medio de depósitos de naturaleza diferente.

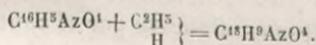
Esta combinacion, despues que se ha separado la colesiterina por el éter, es insoluble en el agua, el alcohol, el éter y el cloroformo, pero se puede disolver por completo en las soluciones alcalinas débiles, á la temperatura de ebullicion. Vale más, aunque la disolucion sea menos completa, emplear el ácido clorhídrico debilitado, al que se añade cloroformo; este se apodera de la colepirrina, mientras que la tierra calcárea, mezclada con óxido de hierro, óxido de cobre y ácido fosfórico, queda en el ácido clorhídrico.

Es imposible aislar esta combinacion calcárea de los cálculos biliares, porque se halla mezclada con las sales calcáreas de ácidos

(1) Los cristales se disuelven en el ácido sulfúrico concentrado con un color amarillo, y la adiccion de agua separa del soluto copos verdes. Los ácidos diluidos no atacan á los cristales, pero oscurecen un poco su color; el ácido nítrico cambia rápidamente el color de la solucion en verde, azul, violado y rojo. El análisis elemental que mi amigo el doctor Stædeler, profesor en Zurich, ha hecho de la colepirrina purificada por cristalizaciones repetidas en el cloroformo hirviendo y por las lociones con el cloroformo frio, ha dado cifras que conducen á la fórmula  $C^{16}H^8AzO^4$ .

	Reduccion.		Cifras que da el análisis.
18 equivalentes de carbono. . . . .	108	66,26	66,32
9 equivalentes de hidrógeno. . . . .	9	5,52	6,00
1 equivalente de ázoe. . . . .	14	8,59	8,70
4 equivalentes de oxigeno. . . . .	54	19,73	18,78
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	165	100,0	100,00

Segun esto, esta materia colorante no se distingue de la isatina, producto de la oxidacion del indigo, mas que por los elementos de un equivalente de hidrógeno proto-carbonado:



Además, esta materia colorante contiene 2 equivalentes de agua menos que la tirosina, y 2 equivalentes de oxigeno menos que el ácido hipúrico. Segun estos datos, ya no parece tan sorprendente la existencia del indigo en la orina del hombre, que se ha observado muchas veces. Será de grande interés continuar el estudio comparativo de la colepirrina y de la isatina.

Se obtienen los mismos cristales tratando la bilis del hombre, fresca y desecada, con el cloroformo.

grasos fijos y con otras sustancias igualmente insolubles en los disolventes ordinarios.

3.º *Coleclorina*.—Esta materia colorante verde siempre está en cantidad muy pequeña en los cálculos biliares y se encuentra unida constantemente á las tierras calcáreas. En el estado de su mayor pureza se presenta bajo la forma de un polvo verde oscuro, formado de granos muy finos, insolubles en el agua, solubles por completo en el alcohol, incompletamente en el éter y el cloroformo. Estas soluciones tienen un hermoso color verde; el ácido nítrico le transforma en azul violado y rojo, y le hace desaparecer completamente despues de una accion prolongada. Las soluciones alcalinas acuosas y alcohólicas disuelven la coleclorina, que es precipitada de nuevo en copos por los ácidos. Esta materia colorante debe su origen, segun hemos indicado mas arriba, á la oxidacion de la colepirrina.

4.º *Materias colorantes biliares modificadas*.—Abstraccion hecha de diferentes pigmentos, por lo comun impuros y de un verde parduzco súcio, que son grados de transformacion intermedios entre la colepirrina y la coleclorina, se encuentra aun en ciertos cálculos biliares oscuros, un cuerpo que es evidentemente muy afine á la colepirrina, pero de la que se distingue por no ser soluble en el cloroformo y disolverse, por el contrario, en parte en las soluciones alcalinas alcohólicas, con un color amarillo claro y dar con el ácido nítrico la reaccion ordinaria. Quedan además á veces materias pardas, semejantes al humus, que se disuelven parcialmente en una solucion de potasa hirviendo, pero no dan asi disueltas la reaccion de la materia colorante de la bñlis ó de los ácidos biliares; los ácidos precipitan copos pardos. Estas sustancias contienen por lo comun ázoe (1).

III. *Acidos biliares y sales que forman con la cal*.—La mayor parte de los cálculos contienen pequeñas cantidades de ácidos biliares unidos á los álcalis, y solubles en parte en el agua, pero mas completamente en el alcohol.

Se ha encontrado el ácido cólico en estado libre en dos cálculos biliares de buey; fué disuelto por el alcohol y parcialmente tambien por el éter; estaba mezclado con pequeñas porciones de ácido taurocólico y glicocólico.

Se han visto los ácidos biliares con la cal en concreciones recogidas en el hombre y en el buey.

Estas sales se disuelven difícilmente en el agua, pero con facilidad en alcohol; las soluciones alcalinas débiles las atacan poco; los ácidos minerales separan sus bases.

(1) No he encontrado en ningun cálculo biliar la materia colorante negra, descrita por Powell, como carbono puro.

1.º *Glicocolato de cal*.—La cristalización de la solución alcohólica de un cálculo recogido en el hombre, dió esta sal en forma de pequeñas conglomeraciones brillantes, y parecidas á la leucina (fig. 147).

Un cálculo de buey produjo la misma cristalización.

2.º *Colato de cal*.—Se presenta algunas veces en cantidades considerables, sobre todo en las concreciones de los rumiantes.



Fig. 147.—Glicocolato de cal.

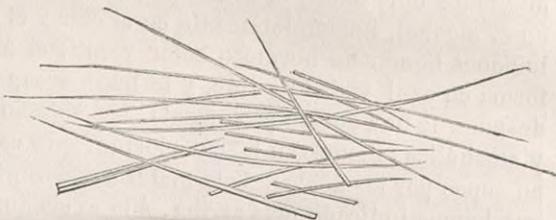


Fig. 148.—Colato de cal.

Suele formar capas blanquecinas, térreas, que, observadas con el microscopio, se las encuentra constituidas por pequeñas agujas cristalinas, generalmente entremezcladas (fig. 148).

Una solución de esta sal da cristales en agujas largas, afiladas en sus dos extremidades, algunas veces obtusas (fig. 149).

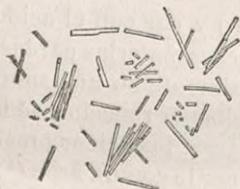


Fig. 149.—Colato de cal cristalizado.

IV. *Acidos grasos y jabones*.—1.º *Acidos grasos libres*.—Es raro encontrarlos en cantidad considerable en los cálculos biliares del hombre; los del buey les contienen, por el contrario, en grandes proporciones; cristalizan, en una solución alcohólica, en forma de aglomeraciones de láminas blancas, brillantes, parecidas al ácido esteárico.

2.º *Margarato de cal*.—Esta combinación se observa con mucha frecuencia en los cálculos biliares del hombre. El ácido graso, aislado y disuelto en alcohol, produce laminillas elípticas. En algunos casos, el margarato de cal forma la parte principal de los cálculos biliares humanos. En 1847 examiné ya un cálculo de la colección de Gottinga, que contenía 68 por 100 de margarato de cal, 28 por 100 de colesantina y 3 por 100 de la combinación de la colepirina con la cal y el moco (1). Taylor (2) ha hecho también el análisis de un cálculo semejante.

(1) El punto de fusión del ácido margarico es 58°C; Neukomm ha encontrado 58°,5, y solamente 55°C para esta sustancia extraída de un cálculo de buey.

(2) Taylor, *Medico-chirurg. Transact.*, vol. XV.

V. *Moco y epitelio*.—Uno y otro se encuentran sobre todo en el núcleo; es ordinariamente fácil, despues de la separacion de las materias solubles, reconocer los epitelios al microscopio. Los observadores antiguos han tomado frecuentemente el moco por albúmina: yo no he visto esta última sustancia en ningun cálculo recogido en el hombre; solo un cálculo biliar de buey, despues de separar la materia colorante, etc., me dió una sustancia azoada que presentaba las propiedades de las albuminnoideas.

VI. *Acido úrico*.—Le he hallado en cantidad notable en una concrecion cilíndrica, designada en la coleccion como cálculo biliar, pero cuya procedencia era dudosa. Stœckhardt (1) y Faber habian ya anunciado muchos años antes la presencia del ácido úrico en los cálculos de esta especie; Marchand (2) indica tambien la existencia del ácido úrico en un cálculo biliar que habria estado formado en gran parte por dicho ácido; este químico se inclina á considerar el hecho como poco seguro, y M. Ch. Robin (3) cree tambien que necesita ser comprobado. Pero no debe perderse de vista que es fácil cometer algun error al clasificar las concreciones en una coleccion, equivocando su origen.



Fig. 150.—Acido úrico. (Robin y Verdeil, *Chimie anatomique*, pl. XII).

A causa de las dificultades que ofrece la investigacion del ácido úrico, hemos representado (figuras 150 y 151) sus diversas formas.

No hay quizá sustancia que pueda presentar formas cristalinas tan variadas como el ácido úrico. La forma primitiva es difícil de determinar, segun Beale (4); pero en la que mas frecuentemente se le encuentra es en la romboédrica, por lo comun de ángulos curvi-

(1) Stœckhardt, *De cholelithis*. Lipsiæ, 1852.

(2) Marchand, *Journal für prakt. Chemie*, 1837, t. XXV, p. 59, y 1859, t. XXVI, p. 57.

(3) Ch. Robin, *Traité de chimie anatomique*. Paris, 1855, t. II, p. 418.

(4) Beale, *De l'Urine, des Dépôts urinaires et des Calculs*, trad. del inglés. Paris, 1865, página 402.

líneos. En estado de sales, y adicionando ácido acético, nítrico ó clorhídrico, el ácido úrico se separa en forma de tablas romboédricas ó planos hexagonales, bastante parecidos á los cristales de cistina.

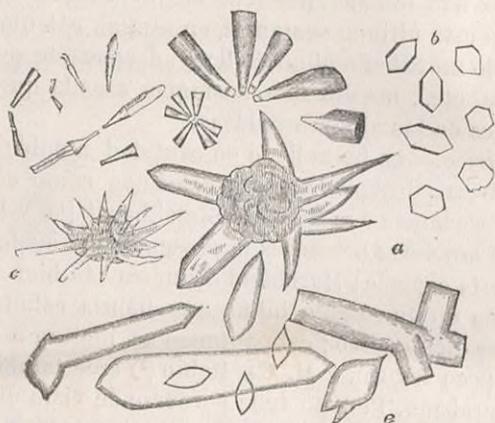


Fig. 151.—Ácido úrico, a, b, c, d, e, formas variadas. (Beale).

La figura de estos cristales depende mucho del ácido que se añade. El doctor A.-E. Sansom ha estudiado muy bien este punto, obteniendo los resultados siguientes (1) :

Ácido en pequeña cantidad. . . . .	}	Cristales regulares.
		— tubulares.
		— romboédricos.
Ácido en gran cantidad unido á una solución concentrada de urato de amoníaco. . . . .	}	Cristales tubulares.
		— prolongados.
		— romboédricos muy prolongados.
Ácido concentrado puesto en contacto con el urato amorfo. . . . .	}	Prismas aciculares.

Estas diversas formas se relacionan entre sí por otras intermedias; pero no se han explicado todavía de un modo satisfactorio las condiciones esenciales de estas modificaciones.

Parece indudable que debe influir mucho en su figura el tiempo que el cristal tarda en constituirse. Las formas más comunes é importantes de estos cristales son la romboédrica, prismática, rectangular y de reloj de arena. Todas las demás son variedades de las tres primeras.

VII. *Sustancias inorgánicas.*—1.º *Óxidos metálicos.*—Siempre he-

(1) Sansom, *Transactions of the medical Society of King's College.* London, Winter, session, 1856-57, p. 128.

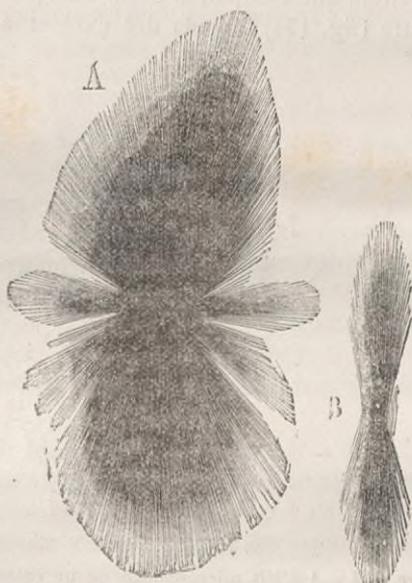
mos comprobado la presencia del hierro, rara vez la del manganeso; el cobre, encontrado ya por Bertozzi (1) y Heller (2), se nos ha presentado en todos los cálculos voluminosos que contenian materia colorante; no parece que existe en los del buey.

En vano hemos buscado el plomo, el antimonio y el arsénico. Muchos cálculos parecidos á moras y de un color verde negruzco, recogidos en el hombre, contenian, por el contrario, mercurio en cantidad notable. Este metal aparecia en el interior de las pequeñas concreciones en forma de glóbulos brillantes, y se demostró también su presencia químicamente. Por desgracia fué imposible obtener datos respecto á la naturaleza de la enfermedad del individuo de quien procedian estos cálculos.

Lacarterie (3) ha descrito un cálculo biliar del tamaño de una ciruela y formado en gran parte de colessterina, cuyo núcleo, fundido por el calor, contenia numerosos glóbulos de mercurio. El sujeto habia sufrido un tratamiento por las fricciones mercuriales. Beigel (4) ha observado también con la lente, en un cálculo biliar pardo, glóbulos de mercurio.

2.º *Tierras*.— El carbonato de cal se encuentra en las cenizas de todos los cálculos biliares, frecuentemente en gran cantidad; se halla en parte unido á la colepirrina, á los ácidos grasos ó al ácido cólico, y en parte en estado de libertad; estudiaremos los depósitos cristalinos de carbonato de cal al describir la estructura de los cálculos. La tierra calcárea se asocia ordinariamente á la cal.

Además de los carbonatos, existen también fosfatos térreos, pero



Figuras 132 y 133.— Sulfato de cal, formas variadas (Robin y Verdeil, *Chimie anatomique*, pl. VI).

(1) Bertozzi, *Ann. in chimica*. Milano, 1845, p. 52.

(2) Heller, *Archiv*, 1845, p. 258.

(3) Lacarterie, *Gaz. de Santé*, 13 de abril de 1827.

(4) Beigel, *Wien med. Wochensch.*, n.º 13, 1836.

en cantidad ordinariamente pequeña; el sulfato de cal siempre se ha presentado en exiguas proporciones, á excepcion de los casos de Bramson, Seifert y Hein, que le hallaron en grandes cantidades (figs. 152 y 153).

Hay cálculos biliares que no están compuestos mas que de tierras, sobre todo en estado de carbonatos (1).

3.º *Sales alcalinas de potasa y sosa*.—Solo existen en cantidad insignificante.

Para resumir todo lo que hemos dicho de la composicion química de los cálculos biliares y presentar el conjunto de los diversos elementos que componen estos cuerpos extraños, copiaremos una figura (fig. 154) tomada del excelente trabajo de M. Luton (2), pro-

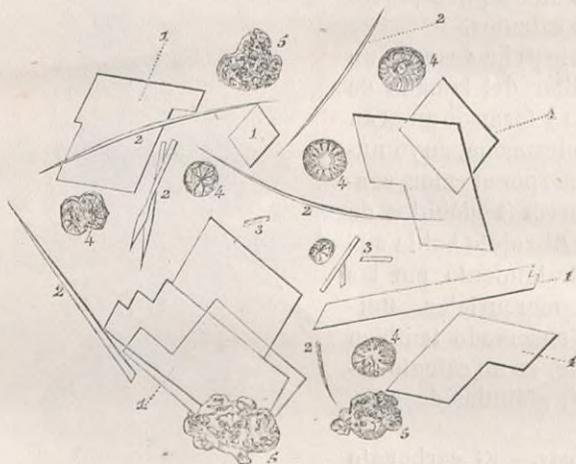


Fig. 154.—Análisis microscópico de un cálculo biliar.—1. Tabletas romboidales de colesteroína.—2. Cristales aciculares de oxalato de cal.—3. Cristales basales de la misma sustancia.—4. Materia grasa cristalizada; margarina?—5. Sustancia amorfa de color verde (Luton).

fesor de la Escuela de medicina de Reims. Es el resultado del análisis de un cálculo del hombre por medio de la simple disolucion alcohólica. Se notan dos órdenes de cristales muy distintos: unos son tabletas romboidales de colesteroína, otros, que tienen la forma de agujas con dos puntas ligeramente arqueadas, corresponden bas-

(1) Bailly y Henri, Steinberg. Hein y otros han descrito estos cálculos.

(2) Luton, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1866, t. IV, art. BILIARES (Vías).

tante bien al aspecto con que se representa el colato de cal. En suma, según hace notar M. Luton, la cal es la que figura especialmente como base en los cálculos, mientras que, en la bilis normal, los mismos ácidos están combinados con la sosa.

### III.—Propiedades físicas.

I. *Cantidad*.—Es raro que los cálculos se encuentren aislados en las vías biliares; existen por lo común gran número de ellos, generalmente de 5 á 40 y 30, algunas veces miles. Morgagni ha contado 3000; Hoffmann 3646, y la colección de Otto posee una vejiga que encierra 7802 cálculos. Yo he hallado 4950 concreciones brillantes, parecidas á perlas, en una mujer de sesenta y un años que murió en la clínica de Breslau.

Cuando son tan numerosos, tienen casi siempre todas las mismas propiedades é idéntica composición, así como igual serie de capas; su formación y su crecimiento se verifican, en efecto, en las mismas condiciones. Hay, sin embargo, casos que hacen excepción á esta regla; suelen encontrarse en la misma vejiga cálculos cuyos caracteres son diferentes; por ejemplo, al lado de uno voluminoso y de estructura radiada, se ven muchas concreciones pequeñas y estratificadas; Walter y Hein refieren algunos hechos de esta clase. En general estos casos son raros, puesto que entre 632, Hellin no ha encontrado más que 28 en que hubiese cálculos de caracteres distintos.

II. *Volúmen*.—El volúmen de los cálculos biliares varía desde el de un grano de mijo al de un huevo de gallina. J.-F. Meckel ha descrito una piedra solitaria de 5 pulgadas de longitud y 4 de circunferencia; yo he encontrado muchas veces cálculos de 2 pulgadas á 2  $\frac{1}{2}$  de grueso y 4 de espesor.

III.—*Forma*.—Casi siempre la forma primera es esférica; pero ordinariamente el crecimiento ulterior la modifica; en general, los cálculos muy voluminosos se hacen ovoideos ó cilíndricos, y se amoldan á la figura de la vejiga.

Cuando se forman al mismo tiempo gran cantidad de piedras, toman por lo común figuras poliédricas, tetraédricas ú octaédricas con ángulos mas ó menos regulares; es esto debido al aplanamiento ó al desgaste de las superficies en los puntos de contacto. Las facetas, que son algunas veces en número de 12, se presentan lisas y aun en algunos casos excavadas; con frecuencia se distinguen muy bien las estrias de las capas que han desaparecido por desgaste. Cuando la vejiga no contiene mas que un pequeño número de concreciones

voluminosas, estas se articulan en el punto de contacto por superficies lisas ó excavadas (fig. 455).

Además de las formas esféricas y las que de ellas se derivan, se encuentran con bastante frecuencia cálculos mamelonados ó muriformes. Estos están constituidos, ora por la colessterina, y en este caso la figura es debida á disposicion radiada de los cristales de esta

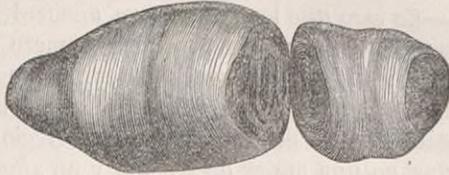


Fig. 455.—Dos gruesos cálculos biliares articulados entre sí.

sustancia en la periferia, ora por el pigmento ó la resina biliar, ora, en fin, por carbonato de cal. No es raro encontrar en los cálculos voluminosos depósitos mamelonados, compuestos de colessterina ó de conglomerados calcáreos. Estos últimos constituyen algunas veces por sí solos cálculos dentellados, ramificados, etc. Hein y Meckel han descrito esta variedad.

Las formas mas raras son aquellas en que los cálculos biliares están aplanados y representan láminas de superficie negra y de un brillo metálico; luego vienen las concreciones arborescentes que se desarrollan en los conductos biliares, reproducen su forma y son algunas veces huecas, tubuladas, segun ya las habia encontrado Glisson en el hígado del buey; en seguida los cálculos cristalinos, blancos como la nieve, brillantes como la plata, que están formados, del mismo modo que el espato pesado, de gruesas capas pectíneas ó anfractuosas, constituidas por cristales bacilares y romboédricos; en fin, los cálculos que Seifert ha descrito y que tenian un color azul pálido, representaban estrellas de seis lados y se encontraron en una vejiga biliar en número de 20 á 30.

IV. *Color*.—El color de los cálculos biliares es por lo comun parduzco ó amarillo verdoso; pueden sin embargo de esto presentar todos los matices, desde el blanco de nieve hasta el pardo oscuro y el negro de carbon; es muy raro que se encuentren azules, verdes y rojos. Deben siempre su coloracion al pigmento biliar y á sus derivados.

V. *Densidad*.—La densidad ha sido frecuentemente mal determinada, porque se han empleado al efecto ejemplares desecados.

Los médicos antiguos, del mismo modo que Sæmmering, Gren, y

en época mas reciente L'Heritier y Valentin, han creído que ciertos cálculos biliares eran mas ligeros que el agua. Este es un error, solo los cálculos secos y aireados pueden sobrenadar; los frescos, aun los formados de colesiterina pura, son mas densos que el agua y se precipitan al fondo (1). Los que están constituidos por pigmento, resina biliar y sales calcáreas son aun mas densos; su peso específico es de 1966, segun Batillat; de 1580, segun Bley.

VI. *Estructura*.—La determina el modo de agrupacion de sus elementos; es variada y ha llamado la atencion de los mas antiguos observadores, tales como Kentmann, Fabricio de Hilden (2) y Malpigio (3). Ha sido descrita con cuidado por Joh. G. Walter, mas recientemente por Hein y sobre todo por H. Meckel.

Walter (4) ha distinguido los cálculos biliares en tres clases: los estriados, los laminosos y los que están envueltos por una corteza (*cholelithi striati, lamellati et corticati*). Dividia los cálculos estriados en transparentes y en opacos, estos últimos en lisos y anfractuosos; los cálculos laminares eran aquellos cuya sustancia estaba dispuesta en capas alrededor de un núcleo como en el bulbo de la cebolla; á la tercera clase pertenecen los cálculos en que hay un núcleo, una corteza y una parte intermedia. Hein (5) distingue en primer lugar los cálculos simples, formados de materias térreas, de materia colorante ó de colesiterina; luego los cálculos compuestos. Estos últimos se subdividen: en unos, en que la mezcla de las sustancias es uniforme, son huecos ó sólidos; en otros, en los cuales los elementos son distintos y á ellos corresponden los cálculos formados de un núcleo y una envoltura. H. Meckel (6) distribuye los cálculos en ocho clases.

El conocimiento exacto de la estructura de los cálculos biliares es importante, porque revela del modo mas evidente las condiciones de su formacion y crecimiento, y permite seguir las señales de un principio de descomposicion y apreciar las causas.

Con respecto á la estructura distinguimos las siguientes especies de cálculos biliares:

(1) Un cálculo de colesiterina pura, que he representado en mi *Atlas*, no sobrenadaba aun despues de un año de conservacion. En un cálculo semejante encontrado por Hein, la densidad era de 1027.

(2) Fabrici de Hilden, cent. 4 observ. XLIV.

(3) Malpigio, *Opera omnia*, Londini, 1686.

(4) Walter, *Anatomisches Museum*. Berlin, 1796, t. I, p. 95.

(5) Hein, *Zeitschrift für ration. Medizin*, vol. IV, p. 532.

(6) Meckel, *Mikrogeologie, Ueber Concremente*, herausgegeben von Billroth. Berlin, página 86.

1.º *Cálculos simples, homogéneos.*—Su textura es uniforme; la fractura presenta una superficie térrea, jabonosa ó cristalina.

En el primer caso, están formados de tierras ó de una mezcla íntima de coleslerina y de una combinacion de colepirrina con la cal, ó bien de resina biliar y de su combinacion calcárea, ó de coleslerina y de jabones. En el último caso están constituidos por cristales de coleslerina pura. Es raro en general que se encuentren estas concreciones homogéneas, sin que se distinga en ellas ni núcleo, ni capa cortical.

2.º *Cálculos compuestos con núcleo.*—Estas concreciones están formadas de un núcleo central, rodeado de una zona mas ó menos gruesa, y se encuentran revestidos por lo comun exteriormente de una corteza que envuelve la capa media. Estas tres partes, núcleo, capa media y corteza, son apreciables en la mayor parte de los cálculos biliares; es raro que falte la corteza.

*Núcleo.*—Tiene generalmente un color pardo ó negro, y de ordinario está formado por un compuesto de colepirrina y de cal unido por moco; algunas veces contiene tambien colato de cal ó se halla constituido por una aglomeracion de coleslerina. El núcleo es en unos casos sólido, en otros está hendido por la desecacion, y entonces se observa por lo comun en las grietas un depósito de cristales blancos de coleslerina.

Es excepcional que el núcleo de los cálculos biliares se halle formado por cuerpos extraños. Bouisson ha visto uno que era un pequeño coágulo sanguíneo; Lobstein encontró en una mujer de sesenta y ocho años, una lombriz muerta y seca, constituyendo el núcleo de un cálculo del conducto colédoco; habia otras 30 lombrices en los conductos biliares. En el núcleo de un cálculo biliar de un buey descubrió Bouisson un fragmento de distoma hepático; en fin, Nauche (1) vió en la vejiga de un hombre un cálculo del volúmen de una nuez que se habia formado alrededor de una aguja de 2 centímetros de longitud fija en la pared vesical.

La coleccion de Göttinga posee un cálculo biliar de peso de cuatro onzas, que se habia desarrollado en un absceso del hígado producido por una úlcera perforante del estómago. Fuchs y yo hemos encontrado el centro formado por un hueso de ciruela.

En general, estos casos son muy raros; es mas comun que un cálculo pequeño forme el núcleo de otro mas grueso. Representamos aquí (fig. 156), un ejemplo de esta variedad que existe en el museo de Berlin.

(1) Nauche, *Lancette française*, 17 setiembre, 1853.

Ordinariamente no hay mas que un núcleo, pero en algunos casos se encuentran muchos en la misma envoltura. Fauconneau-Dufresne ha visto cuatro en un cálculo de forma piramidal, Guilbert (1), cinco en otro redondeado. Estos cálculos de núcleo múltiple están ordinariamente constituidos por la aglomeracion de pequeñas concreciones.

En los cálculos de reducido volúmen el núcleo ocupa siempre el centro; en los de mayor tamaño el crecimiento se verifica con frecuencia de un modo desigual, y el núcleo es excéntrico segun lo demuestra la figura 157, en la que no existe estratificacion mas que en una de las extremidades del cálculo.

*Capa media.*—Es la que se encuentra inmediatamente aplicada sobre el núcleo; tiene de ordinario un aspecto estriado y está formada de cristales de colesterina, que afectan una disposicion radiada, y son ya puros, ya mezclados con pigmento. Por lo comun, además de esta disposicion radiada, se distingue una estratificacion concéntrica que demuestra el crecimiento de los cálculos por la formacion de capas sucesivas (figs. 156 y 157).



Fig. 156.—Cálculo biliar radiado, de capas estratificadas concéntricamente alrededor de un pequeño cálculo central.

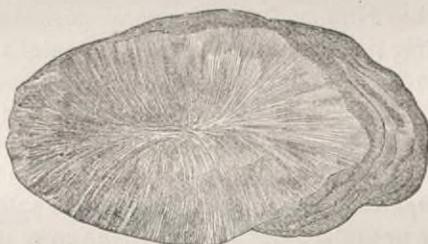


Fig. 157.—Cálculo radiado con principio de estratificacion á la derecha.

Es raro encontrar cálculos cuya parte media presente la disposicion simple de láminas concéntricas, rodeando el núcleo á la manera de las tunicas del bulbo de la cebolla; Walter ha visto esta forma en algunos ejemplares poco numerosos que designa bajo el nombre de colelitos laminados (2).

En algunos casos la capa media no presenta estructura, tiene un aspecto jabonoso ó térreo, no distinguiéndose en ella estrías ni estratificacion.

(1) Guilbert, Thèse, 1858.

(2) Walter, *loc. cit.*, pl. II, fig. 192 y 255; pl. III, fig. 258.

*Corteza.*—Falta en algunas ocasiones; las láminas de colesiterina que afectan la disposicion radiada se prolongan hasta la superficie donde forman eminencias mamelonadas ó capas con dentellones.

Pero estos son hechos excepcionales. En la mayoría de los casos la capa media está revestida de una corteza mas ó menos gruesa que se distingue claramente por su color, su modo de estratificacion y su dureza. Tiene un espesor uniforme, ó es mas considerable en las extremidades, cuando los cálculos son prolongados; no es raro ver tambien esta corteza cubierta de elevaciones mamelonadas. Su composicion es sumamente variable, se encuentran en ella:

1.º Colesterina, que por lo comun recubre los cálculos redondeados ó poliédricos de capas lisas, horizontales, separadas algunas veces por pigmento, formándoles una envoltura de un blanco de nieve ó amarillento, y á veces como satinada; en otros casos esta sustancia forma elevaciones granulosas.

2.º El compuesto de colepirrina y de cal que solo constituye por lo comun una capa delgada, tiñéndose los cálculos de pardo ó negro.

3.º El carbonato de cal. Este forma, ora una capa parda, gruesa, de fractura térrea, ora una envoltura blanca, lisa, constituida por muchas láminas separadas por depósitos de pigmento; en fin, la superficie puede ser mamelonada ó dentellada, cuando la sal calcárea se encuentra en cristales bacilares.

Tales son las formas principales que afecta la corteza de los cálculos que nos ocupa. Se encuentran excepcionalmente casos en que la estructura es mas complexa; algunas veces los mamelones de la superficie están formados de carbonato de cal en uno de los lados y de granulaciones de colesiterina en el otro, ó bien las partes profundas de la corteza se hallan compuestas de capas horizontales de colesiterina, mientras que al exterior presenta esta sustancia una cristalización radiada que produce eminencias mamelonadas; ó en fin, se verifican depósitos de granulaciones pigmentarias en los ángulos y los lados de los cálculos poliédricos, formados de colesiterina.

Además de los cálculos biliares propiamente dichos, se encuentran tambien en el aparato excretor del hígado, segun ya habia observado Haller (¹), depósitos en forma de polvo ó de arenillas semejantes á las de las vías urinarias. Esta arena biliar está formada, ya por pequeños cálculos, en un todo semejantes por su estructura á los de mayor volúmen, ya por depósitos pulverulentos y amorfos de materia colorante, de resina biliar y de colesiterina mezcladas y en parte conglomeradas por el moco de las vías biliares. (Véase *Obser-*

(¹) Haller, *Elem. physiol*, t. VI, p. 376. *Etiám arenulæ in hepate reperinuntur.*

vacion CXXXVI). Se encuentran los rudimentos de estos depósitos casi en todas partes donde el producto de secrecion del hígado se ha estancado largo tiempo y ha entrado en descomposicion. Su estudio puede suministrar muchos datos para explicar las condiciones de la génesis de los cálculos biliares.

#### IV.—Formacion de los cálculos biliares.

Los antiguos se explicaban la formacion de estos cálculos de un modo completamente mecánico por el espesamiento de la bilis estancada (1); mas tarde se admitió la descomposicion ó la coagulacion de este líquido por los ácidos. Maclury, y despues de él Forbes, pensaron que los ácidos del estómago determinaban la coagulacion de la bilis en el duodeno y en la vejiga. Mas fundada era la opinion de Thenard, que atribuía la precipitacion de la materia colorante que constituye los cálculos, á la disminucion en las proporciones de la sosa contenida en la bilis.

Recientemente se ha referido el origen de los cálculos biliares, ya á un aumento en la cantidad de cal de la bilis, lo que determinaria una precipitacion de la materia colorante en estado de combinacion calcárea (2), ya á una descomposicion del colato de sosa, que daría lugar á que se precipitasen la colessterina y la materia colorante; ya en fin, á una produccion exagerada de la colessterina en el hígado ó en la sangre. Se ha atribuido generalmente una influencia esencial al catarro de las vías biliares.

La bilis normal contiene, en estado de disolucion, todas las sustancias que hemos enumerado como partes constitutivas de los cálculos biliares á excepcion de los epitelios y del moco. Se trata, pues, en primer término de buscar las causas que determinan la precipitacion de las sustancias que forman las primeras capas, el núcleo del cálculo, es decir, la colepirrina, aislada ó combinada á la cal, el colato de cal y la colessterina; en seguida se presentará otra cuestion: saber cómo se aglomeran estos precipitados para constituir los cálculos.

El espesamiento puro y simple de la bilis no puede considerarse como la causa de la precipitacion de los materiales constitutivos de los cálculos; estos permanecen disueltos, mientras la bilis no sufre

(1) Boerhaave y Van Swieten (*Comment.*, t. III, p. 352), Vater (*Disert. de calculi in vesica fellea generatione*. Vitebergæ, 1722). «Imo nullum est dubium, bilem concretam induratione et exsiccatione findi, et in plura frustula tot calculos constituentia diffringi posse.»

(2) Bramson.

alteracion, y no empiezan á depositarse hasta que el colato de sosa, poco estable, se descompone bajo la influencia del moco vesical. Las primeras señales de esta descomposicion se manifiestan de ordinario en la bilis que ha permanecido largo tiempo en el interior de la vejiga <sup>(1)</sup>; el éxtasis de la bilis y su descomposicion son, por consiguiente, las primeras causas de la formacion de los cálculos.

La colepirrina, insoluble en el agua en estado de pureza, es disuelta fácilmente por el colato de sosa, así como por cualquiera otro líquido alcalino. La descomposicion del colato de sosa, del mismo modo que el cambio de reaccion de la bilis, que se vuelve ácida de alcalina que es normalmente, determinan la precipitacion de la colepirrina. Así se encuentran de ordinario en la bilis ácida cristales de colepirrina en grande abundancia, y frecuentemente al mismo tiempo gotitas de resina biliar.

La colessterina se deposita tambien en las mismas condiciones. Berzelius <sup>(2)</sup> hace ya notar que este cuerpo graso biliar queda en libertad cuando se tiene en digestion la bilis privada de moco, con ácido sulfúrico, lo que descompone la bilina. Manteniéndose la colessterina en disolucion por el colato de sosa y los jabones, debe depositarse cuando estos se descomponen. He encontrado cierta can-

(1) La bilis que ha permanecido largo tiempo en la vejiga no tarda en presentar señales de descomposicion, sobre todo cuando la mucosa está afectada de catarro. Frecuentemente, segun ya habia observado Meckel, tiene un tinte verde, es ácida y forma precipitados en copos de un rojo pardo ó pardo negruzco. Por el exámen microscópico se encuentran:

1.º Células de epitelio procedentes de la vejiga, aisladas ó con mas frecuencia en anchas placas, copos de moco mas ó menos fuertemente pigmentados;

2.º Colepirrina en cristales bacilares y á veces en granos negruzcos ó de un color rojo pardo; se disuelve en el cloroformo;

3.º Gotitas transparentes claras ó pardas á las que se adhieren los cristales de pigmento; se las debe considerar como resina biliar;

4.º Colessterina en cristales completos ó fragmentados;

5.º Glóbulos redondeados formados de capas concéntricas de color claro ó pardo.

6.º Algunas veces, cuando la mucosa de la vejiga ha sido asiento de una inflamacion intensa, el carbonato de cal en cristales bacilares, en esferas concéntricas ó en granulaciones radiadas.

Thudichum (*The Lancet*, 20 octubre 1860) ha estudiado, como ya lo habia hecho Gorup-Besanez, los productos que resultan de la descomposicion de la bilis, observando que este líquido conservado uno ó dos años en frascos, se pone ácido y deja precipitar un sedimento abundante de color pardo-verdoso. Este sedimento se compone, segun dicho autor, de materia colorante, ácido cólico, fosfato de cal, y de magnesia y moco. La parte líquida contiene colato de sosa, taurina, acetato de sosa y valerianato de amoniaco.

(2) Berzelius, *Zoochemie*, p. 524.

tividad de tabletas de colessterina en la bÍlis verde, contenida en quistes del hÍgado completamente cerrados.

Falta decidir si el aumento en la cantidad de colessterina que se observa en la sangre en la vejez, determina la elevacion de sus proporciones en la bÍlis, y si es esta en parte la causa de la mayor frecuencia de los cálculos en este período de la vida. Parece mas que verosímil; en todo caso, la secrecion biliar influye en la proporcion de colessterina en la sangre. Esta aumenta cuando la funcion del hÍgado disminuye.

La precipitacion de la materia colorante, de la resina biliar y de la colessterina puede, pues, considerarse como consecuencia de la descomposicion de la bÍlis. ¿Pero de dónde viene la cal, á la que se hallan combinados en gran parte la colepirrina, el ácido cólico y los ácidos grasos en los cálculos? Segun mis observaciones procede esencialmente, no del hÍgado, sino de la mucosa de la vejiga biliar. He encontrado muchas veces la cara interna de esta bolsa cubierta de innumerables cristales de carbonato de cal, y en un caso he visto un cálculo biliar, adherido á la pared vesical y cubierto de granos de colessterina en su superficie libre bañada por la bÍlis, mientras que toda la otra cara, en contacto con la mucosa, presentaba una gruesa costra de carbonato calcáreo.

No se sabe aun positivamente si la bÍlis contiene un exceso de cal en algunas circunstancias.

Pero la formacion de precipitados no basta por sí sola para constituir los cálculos; aquellos pueden ser arrastrados al intestino con el contenido de la vejiga; para que den origen á concreciones calculosas, es necesario que permanezcan largo tiempo en dicho reservorio, y bajo este punto de vista el catarro de este órgano desempeña un papel esencial, segun ya habian indicado con mucha razon Hein y Meckel.

Las condiciones que presiden á la formacion del núcleo no siempre se conservan inalterables en el periodo de crecimiento del cálculo; pueden cambiar muchas veces y con ellas varia tambien la composicion de las capas.

Tales son en lo que tienen de esencial las causas de la formacion de los cálculos biliares; pero si se quiere penetrar en los detalles se encuentran aun muchos puntos oscuros. Son desconocidas las condiciones de que dependen la grandísima diferencia que hay en su estructura, la distribucion y la direccion de las capas. H. Meckel ha tratado de probar ingeniosamente que en los cálculos tienen lugar metamorfosis secundarias, como en ciertas formaciones geológicas. Segun esta hipótesis, todos los cálculos biliares serian primi-

tivamente amorfos y formados de depósitos concéntricos; mas adelante se agrietan las capas, se disuelven algunas partes y son reemplazadas por depósitos cristalinos que afectan una disposición radiada y forman especies de filones secundarios. Estas modificaciones se producirían en el centro del mismo modo que en la periferia de los cálculos. Pero semejante teoría no puede encontrar apoyo sólido en los principales hechos debidos á la observación.

#### V.—Dstrucción de los cálculos biliares.

No es raro encontrar cálculos que presentan las señales de una destrucción incipiente. La capa cortical de coleslerina ha desaparecido en los ángulos y los bordes, y aun en algunos puntos de las caras de los cálculos poliédricos. En los esféricos, se encuentran, como en la cáries de los huesos, pérdidas de sustancia, corrosiones que penetran á la profundidad de muchas capas. Son estas transformaciones puramente químicas, debidas á la disolución parcial de la coleslerina y del compuesto de colepirrina y de cal por la bilis alcalina. Este resultado es imposible cuando el cálculo se halla revestido de una envoltura calcárea; seria necesaria entonces la presencia de un líquido ácido.

Hay además casos en que los cálculos se destruyen fraccionándose; se encuentran en este caso fragmentos de estructura radiada, segmentos con los que se pueden reconstituir piedras esféricas ó angulosas. He visto restos de esta clase en la vejiga biliar y en las materias fecales (*Observacion CXLII*).

Estos hechos tienen gran valor para la curación de la litiasis biliar.

#### VI.—Etiología.

4.º *Edad*.—La predisposición á los cálculos biliares aumenta con la edad; son raros antes de treinta años y es excepcional observarlos durante la infancia. Entre 395 casos reunidos por Hein, solo habia 15 individuos que tuviesen menos de veinte y cinco años, y tres que no llegaban á veinte; entre estos últimos se encontraban dos muchachos de diez y siete y diez y ocho años, y un joven de diez y seis. Bouisson ha visto tres cálculos en la vejiga de un recién nacido, con estrechez del conducto colédoco. Portal (1) encontró en un niño de veinte y cinco dias, muerto con ictericia, muchos cálculos en los conductos hepáticos y uno en el colédoco. El mismo autor menciona dos hechos semejantes. Cruveilhier refiere tambien

(1) Portal, *Maladies du foie*, p. 325.

observaciones de cálculos biliares en el primer año de la vida <sup>(1)</sup>. El individuo mas jóven en quien yo he observado esta enfermedad era una niña de siete años, afectada de degeneracion cérea del hígado, del bazo y de los riñones por consecuencia de una coxalgia.

2.º *Sexo*.—Las mujeres están mucho más expuestas á esta afeccion que los hombres. J. Hoffmann, Haller, Sæmmering, Pinel y Walter habian notado ya esta diferencia. En 620 casos contó Hein 377 mujeres y 243 hombres, lo que representa con corta diferencia la proporcion de 3 : 2. Es imposible en la actualidad decidir cuál es la causa de esta desigualdad, si dependerá de la vida mas sedentaria, del régimen vegetal ó de las funciones sexuales.

3.º *Enfermedades del hígado y de las vías biliares*.—Las enfermedades de estos órganos que dificultan la excrecion de la bilis, facilitan la formacion de los cálculos. Tales son los carcinomas del hígado, y sobre todo los de la vejiga, las adherencias de este reservorio á las partes inmediatas que impiden su contraccion y la evacuacion del líquido que contiene, el catarro de la vejiga, etc.

4.º *Vida sedentaria*.—Obra haciendo mas lento el curso de la bilis. Tissot ponía la litiasis biliar en el número de las enfermedades de los sabios; Sæmmering refiere que encontró con mucha frecuencia cálculos biliares en los individuos presos en Casel y en Mayenza. La misma razon hace que se les observe frecuentemente despues de una larga enfermedad <sup>(2)</sup>. Glisson habia notado ya que las vacas son atacadas mas á menudo de cálculos biliares en el invierno en el establo, que en el verano cuando están en el campo.

5.º *Excesos en el régimen*.—Se atribuye una influencia nociva á la alimentacion azoada demasiado abundante y al uso de los alcohólicos. Quizá podria hacerse desempeñar un papel mas importante á las comidas hechas á grandes intervalos y, por consiguiente, á la permanencia muy prolongada de la bilis en el estómago.

No puede admitirse como cosa demostrada la existencia de una diátesis calculosa biliar, fundada, como la urinaria, sobre las anomalías en las transformaciones de los materiales del organismo. Los cálculos biliares se encuentran con las constituciones mas diversas, y su formacion depende mas bien de alteraciones locales que de causas generales. Su coexistencia con los urinarios, acerca de la cual Baglivio, Bianchi, F. Hoffmann, etc., han llamado la atencion, puede ser considerada como accidental.

La estadística no ha demostrado aun si los cálculos biliares son

(1) Cruveilhier, *Anat. pathologique du corps humain*, liv. XII, p. 5.

(2) Cooper.

mas frecuentes en ciertas comarcas que en otras, y si las condiciones del suelo pueden influir de algun modo en su produccion. No es posible conceder importancia á los datos que se han aducido para probar que se desarrollan de preferencia en los sitios en que las aguas se cargan de sales calcáreas.

#### VII.—Asiento.

Los cálculos biliares pueden encontrarse en todas partes donde existe bilis; se les ve en todo el aparato excretor del hígado, desde los ramos de origen del conducto hepático, en los límites de los acini, hasta la desembocadura del colédoco en el duodeno.

1.º *Cálculos biliares en el hígado y en los ramos del conducto hepático.*—Estos casos son raros; sin embargo, Morgagni ha podido reunir cierto número de observadores que han encontrado concreciones en el hígado; Platero, Falopio, Dodonæus, Columbus, Ruysch, etc., y en nuestra época Portal, Cruveilhier (1), Fauconneau-Dufresne, han mencionado hechos de esta clase; yo mismo he visto hasta tres.

Por lo comun, son pequeños granos pardos ó negros (véase *Observacion CXXXVI*) que llenan en gran número los conductos hasta su origen, algunas veces constituyen piedras mas voluminosas, redondeadas, mas excepcionalmente ramificadas como corales, y moldeadas en la figura de los conductos, ya sólidas, ya huecas (2).

Los ramos del conducto hepático que contienen estos depósitos, presentan dilataciones uniformes ó en saco; se obliteran en algunos sitios, resultando de aquí quistes de paredes gruesas y resistentes que encierran los cálculos, y están rodeados por la sustancia glandular normal, ó indurada y transformada en grasa, segun lo ha observado Berlin (3).

Es raro encontrar cálculos voluminosos enquistados de esta manera. Pierquin ha visto uno del tamaño de un huevo de paloma. Mas atrás he hecho yo mencion de otro del volúmen de un huevo de gallina que tenia en su centro un hueso de ciruela, y que se encontró en un absceso del hígado.

Hemos demostrado en otras partes de esta obra, con el apoyo de observaciones, que los cálculos pueden provocar la inflamacion y la ulceracion de la mucosa de los conductos biliares, así como los abscesos del hígado y la piliflebitis.

(1) Cruveilhier, *Anat. pathologique du corps humain*, liv. XII, p. 5.

(2) Plater y Glisson, *Anatomia hepatis*, cap. VII.

(3) Berlin. *Nerder Tüdschrift*, t. I, p. 521.

2.º *Cálculos biliares del conducto hepático.*—Es raro que los cálculos se fijan en este conducto. Viniendo de los ramos mas pequeños contenidos en el espesor del hígado, descienden fácilmente por un espacio mucho mas ancho. Andral, Cruveilhier, Wilson, etc., han encontrado en la autopsia cálculos en el conducto hepático, ya libres, ya enclavados, ya retenidos por la presencia de otras concreciones que obstruían el conducto colédoco. Sin embargo, estos hechos son en general muy raros. Cuando el conducto hepático está cerrado por cálculos, se produce un éxtasis biliar que se extiende á todos los conductillos del hígado, acompañándose de los accidentes que le son habituales. Este caso solo se distingue de la obliteracion del conducto colédoco por la falta de distension de la vejiga de la bilis. Wolf ha referido una observacion en que la rotura del conducto hepático, despues de cólicos intensos, produjo la muerte.

3.º *Cálculos de la vejiga biliar y del conducto cístico.*—En la vejiga es donde mas frecuentemente y en mayor cantidad se encuentran estas concreciones; es su principal foco de formacion y el punto de partida habitual de los numerosos trastornos que pueden producir.

En primera línea figuran las alteraciones de la vejiga misma; la mucosa en contacto con los cálculos experimenta una irritacion tanto mas intensa, cuanto mas desigual y dura es la superficie de estos cuerpos extraños; se hace por lo comun asiento de ulceraciones (1) que penetran á profundidades variables y perforan algunas veces completamente las paredes, además se pueden comprobar exudaciones diftéricas en la mucosa de la vejiga y un liquido purulento en su cavidad.

Otras veces las paredes de este reservorio se hipertrofian, las fibras musculares se desarrollan como las de la vejiga en las enfermedades de este órgano (2), la cara interna se cubre de una red de eminencias, que forman bolsas en que pueden engastarse los cálculos (3). Al mismo tiempo la vejiga se adhiere frecuentemente á los órganos inmediatos, piloro, duodeno, cólon, paredes abdominales, etc.

(1) He visto estas ulceraciones cubiertas de gruesos grupos de cristales de hematoïdina. Mas adelante se encontrará (*Observacion CXLV*) un ejemplo de cicatrices de la membrana mucosa, debidas á la presencia de cálculos.

(2) Amussat (Louis), *Mém. ou Recherches anatomico-pathologiques*. Paris, 1826, Andral.

(3) En algunos casos, los cálculos parecen desarrollarse en las glándulas de la mucosa de la vejiga, descritas por Luschka con precision en estos últimos tiempos. Están situadas en la pared del órgano y no se las puede reconocer en su cara interna mas que por un punto de color oscuro, que parece corresponder al orificio glandular. Morgagni ha hecho mencion de esto en la 57.ª carta de su grande obra.

Cuando no contiene mas que un grueso cálculo que la llena, la mucosa está ordinariamente lisa, semejante á una serosa, y estrechamente aplicada sobre el cálculo; las fibras musculares se encuentran atrofiadas; la serosa, opalina y engrosada (1). Existen algunas veces dos ó mas cálculos voluminosos que se reunen por una especie de articulacion, ó bien masas considerables de concreciones po-

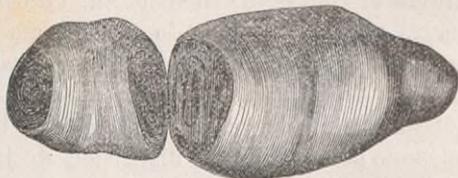


Fig. 138.

liédricas (2). Es raro hallar muchos cálculos enquistados en las bolsas aisladas. En estas condiciones, el cuello de la vejiga está ordinariamente obliterado; este reservorio solo contiene, además de los cálculos, una cantidad poco considerable de materia adiposa grisácea, ó de un líquido viscoso parecido á la sinovia. La vejiga se encuentra así anulada por completo; los cálculos se hacen inofensivos y pueden permanecer largo tiempo en la economía sin ocasionar trastornos.

Las concreciones pueden salir de la vejiga ó por el conducto cístico, que las conduce al colédoco, ó por una fistula que comunique con el estómago, el intestino, y aun directamente con el exterior á través de las paredes abdominales. Por lo comun se encajan en el conducto cístico, y al atravesar este camino estrecho y sinuoso, determinan dolores semejantes á los cólicos, y de que nos ocuparemos mas adelante. En esta dislocacion son arrastrados con la bilis por la contraccion de las fibras musculares de la vejiga y de los músculos del abdómen. Los cálculos pequeños pasan fácilmente, pero los mas voluminosos tienen que vencer primero las válvulas del conducto cístico y hacerle sufrir á este una dilatacion gradual antes de poder franquearlê. No es raro que se encajen por una de sus extremidades y permanezcan enclavados, en términos de no poder avanzar ni retroceder. Algunas veces las concreciones pequeñas se fijan entre los pliegues de las válvulas, crecen á expensas de la bilis que las baña

(1) Véase mas arriba el ateroma de la vejiga biliar.

(2) Morgagni refiere una observacion en que existia una de estas masas de dos onzas y media de peso, formada de 60 cálculos poliédricos.

al atravesar el conducto, y pueden adquirir un volúmen notable.

El enclavamiento de los cálculos en el conducto cístico, cuando no cesa pronto, ocasiona una inflamacion que termina por lo comun en la obliteracion, pero haciéndose algunas veces bastante violenta para invadir el peritoneo ó dar lugar á pérdidas de sustancias gangrenosas seguidas del derrame de la bilis en la cavidad abdominal. Bretonneau ha visto esta última terminacion.

La obliteracion del cuello de la vejiga produce la lesion que hemos descrito bajo el nombre de *hidropesía de la vejiga biliar*.

4.º *Cálculos del conducto colédoco*.—Por esta vía es por donde se escapan todos los cálculos que abandonan el hígado, ya tengan su origen en las raices del conducto hepático ó ya en la vejiga, solo se exceptuan los que se abren paso al exterior perforando los órganos. De ordinario, los cálculos encajados en el conducto colédoco le obliteran completamente, y suspenden el curso de la bilis mientras ocupan esta posicion. El líquido biliar solo encuentra paso cuando las concreciones son pequeñas, ó cuando los cálculos mas voluminosos tienen una forma angulosa. Estos cuerpos extraños pueden fijarse tanto en este sitio como en el conducto cístico; ordinariamente se detienen en la parte inferior estrecha del conducto, y entonces se encuentran interrumpidos, no solo el curso de la bilis, sino tambien el del líquido pancreático. La obliteracion del conducto colédoco produce las consecuencias de que ya nos hemos ocupado, es decir, la dilatacion de los conductos biliares hasta su origen, la distension de la vejiga, etc., alteraciones que aumentan á medida que se prolonga la obstruccion (*Observacion CXXI*).

Además, no es raro ver á los cálculos producir la inflamacion del conducto sin ulceracion y una perforacion que comunica con la cavidad abdominal ó con el duodeno (*Observacion CXLVI*). Esta ulceracion puede cicatrizarse en los casos felices; pero es dejando por lo comun en su consecuencia una estrechez ó una obliteracion del conducto colédoco.

#### VIII.—Síntomas.

4.º Las alteraciones por las que se manifiesta la existencia de los cálculos en el hígado y en las raices del conducto hepático, son ordinariamente mal determinadas. Consisten en dolores obtusos, limitados por lo comun al hígado, que se irradian excepcionalmente hácia las regiones escapular y lumbar, ó hácia el abdómen, desapareciendo á intervalos para reproducirse de nuevo. El volúmen del hígado no sufre modificaciones apreciables, generalmente falta la ictericia, y solo se manifiesta cuando están obliterados los gruesos

conductos. Sobrevienen con mucha frecuencia alteraciones gástricas, y ligeros excesos en el régimen producen vómitos ó dolores en el hipocondrio derecho. Cuando los conductos biliares son asiento de una irritacion intensa, se observan accesos de escalofrios, seguidos de calor y de sudor, que son tanto mas fáciles de confundir con los de una fiebre intermitente, cuanto que faltan la ictericia y los demás síntomas de la afeccion del hígado. En un caso de mi práctica he empleado durante largo tiempo el sulfato de quinina sin éxito, no habiéndose revelado la causa de los accesos hasta que se practicó la autopsia: los ramos de origen del conducto hepático contenian una gran cantidad de cálculos del tamaño de una judía; el parénquima glandular estaba sano. Cuando los conductos se ulceran, ya se desarrollen abscesos del hígado ó se inflame la vena porta, se observan los síntomas que revelan ordinariamente estas alteraciones.

No se puede diagnosticar con seguridad la existencia de los cálculos en el hígado sino cuando las condiciones son muy favorables.

2.º Lo mismo sucede respecto á los cálculos del conducto hepático; solo cuando están enclavados ocasionan dolores locales y los síntomas de un éxtasis biliar, que se traduce por la ictericia y la tumefaccion del hígado, distinguiéndose de la que es debida á la obliteracion del conducto colédoco, solo por la falta de dilatacion de la vejiga.

3.º Los cálculos pueden permanecer durante largo tiempo en la vejiga, sin que se revele su presencia por ninguna alteracion (\*). Así sucede especialmente con las concreciones pequeñas; cuando son mas voluminosos ó existen en gran número, determinan un catarro ó una inflamacion de las paredes vesicales, que se acompañan de dolores, ordinariamente obtusos y gravativos, algunas veces mas vivos é irradiándose hácia el epigastrio, el hombro derecho, la region lumbar ó la nalga. Al mismo tiempo, la vejiga se pone tumefacta y accesible al tacto, lo cual debe atribuirse á que su cuerpo se oblitera temporalmente por la hinchazon inflamatoria de la mucosa. Estos accidentes sobrevienen con particularidad, despues de violentos esfuerzos, viajes á caballo ó en carruaje, sobre un piso desigual, excesos en la comida, etc., y desaparecen por el reposo.

Cuando la ulceracion determina la rotura de la vejiga, se observan los síntomas bien conocidos de la peritonitis por perforacion, que termina casi constantemente por la muerte.

Con bastante frecuencia un exámen atento permite reconocer di-

(\*) Segun las observaciones que he recogido en la autopsia y á la cabecera de la cama de los enfermos, están en minoria los casos en que los cálculos de la vejiga dan origen á alteraciones morbosas; es muy comun que se les encuentre sin que hayan manifestado su presencia por molestia alguna.

rectamente la existencia de los cálculos en la vejiga, cuando su situacion la hace accesible á la palpacion. Las piedras mas voluminosas dan entonces la sensacion de cuerpos duros; si hay muchas, se percibe por el oído y por el tacto su choque, que produce un ruido de válvula ó de chasquido (1).

4.º Los síntomas se hacen mucho mas notables cuando los cálculos se encajan en el conducto cístico para salir de la vejiga. A menos que las concreciones no sean muy pequeñas, encuentran obstáculos en este conducto estrecho, sembrado de repliegues mas ó menos prominentes; la membrana mucosa se irrita violentamente por su contacto, las fibras musculares son asiento de contracciones dolorosas, y se desarrolla un conjunto de fenómenos que se designan bajo el nombre de *cólicos hepáticos*. Estos accidentes tienen por lo comun su punto de partida en el conducto cístico, rara vez en el colédoco, mucho mas ancho y mas extensible, y cuyo orificio duodenal es el único que puede presentar obstáculos al paso de las piedras.

Los síntomas del cólico hepático comienzan ordinariamente algunas horas despues de la comida, en el momento en que la llegada del quimo provoca la evacuacion del contenido de la vejiga en el duodeno; es mas raro verles sobrevenir á consecuencia de violentas contracciones musculares hechas para levantar objetos ó con motivo de emociones morales intensas. Chomel y Fauconneau-Dufresne refieren casos en que los accesos de cólico se reproducian todos los meses con la menstruacion.

Cuando los cálculos del conducto cístico están enclavados, sobrevienen dolores, que tienen su asiento hácia el borde del hígado, en el epigastrio, y van ordinariamente acompañados de náuseas y de vómitos. Estos dolores son en general intensos, terebrantes ó urentes, ó bien producen la sensacion de alguna cosa que se rasga en el abdómen; se extienden algunas veces á los dos hipocondrios, se irradian hácia la espalda, el hombro derecho, el cuello, etc. Hay al mismo tiempo grande agitacion; los enfermos se revuelven de todos lados, buscando inútilmente alivio en un cambio de posicion. En las personas irritables se observan contracciones reflejas, que pueden hacerse muy violentas y tomar los caractéres de las convulsiones epilépticas (2). Estas, segun Duparcque (3), parten algunas veces del

(1) J. L. Petit compara este ruido al que se produce cuando se agita un saco de nueces. El uso del estetoscopio puede prestar aquí buenos servicios.— Véase Martin Solon, *Bull. de thérapeutique*, 13 de abril de 1849.

(2) Ya hemos visto que la irritacion de las vías biliares por la existencia de lombrices podia producir los mismos síntomas.

(3) Duparcque, *Revue médicale*, abril 1844.

lado derecho y comienzan por violentos espasmos de los músculos abdominales, que se extienden gradualmente á los de las extremidades inferiores, del pecho, del cuello y de los brazos. Se presentan tambien convulsiones clónicas de toda la mitad derecha del cuerpo, que determinan la pérdida de conocimiento. La violencia de los dolores puede producir en las personas débiles el síncope ó el delirio. Portal (1) refiere dos casos en que se verificó la muerte en el paroxismo del dolor, sin que la autopsia revelase otras lesiones que cálculos biliares enclavados. El vómito, que aparece ordinariamente muy pronto, está formado por alimentos á medio digerir ó materias biliosas; algunas veces es rebelde y de una violencia alarmante; hay por lo comun estreñimiento, y el vientre presenta un desarrollo tímpanico.

Examinando al enfermo se encuentra la region de la vejiga tensa, dura y sensible al tacto; es frecuente que se consiga limitar por la palpacion los contornos de este reservorio distendido (*Observaciones CXLIII, CXLIV, CXLV, CXLVIII*). En los primeros momentos falta la ictericia que de todos modos es generalmente ligera, se hace mas pronunciada hácia el fin del acceso, cuando el cálculo llena el conducto colédoco y opone un obstáculo al paso de la bilis.

En muchos casos observados en mi práctica, el principio del cólico hepático fué acompañado de un frio intenso (2), generalmente seguido de calor y de sudor; la temperatura se elevaba de 37°5 á 40°5, y el pulso de 92 á 120. Estos accesos se reproducian á intervalos irregulares con cada movimiento de exacerbacion del dolor, hasta despues de desaparecer los accidentes por la salida del cálculo (*Observacion CXLII*). Ordinariamente el aparato circulatorio toma poca parte en la excitacion producida por los dolores; el pulso es por lo comun débil y conserva su frecuencia normal; en la mayoría de los casos está lento, rara vez acelerado (3). Hay hechos excepcionales en que acompañan al cólico hepático violentas palpitaciones cardiacas, pulsaciones enérgicas de la aorta abdominal, congestiones cerebrales, epistaxis, etc.

(1) Portal, *Maladies du foie*, p. 170, Observ. C y E.

(2) Budd compara con razon este accidente al escalofrio que se produce á consecuencia de una violenta irritacion de la mucosa de la uretra, por un catéter, una candilla, etc.

(3) Las aserciones de los autores respecto á los caractéres que presenta el pulso en los cólicos hepáticos, son muy variables. O. Wolf atribuye grandisima importancia á la lentitud del pulso como elemento de diagnóstico, y se apoya en las observaciones de Coe de Heberden y de Pemberton, que están de acuerdo con las suyas. Dufresne, dice que el pulso está pequeño y frecuente; Budd le describe como pequeño y lento.—Véanse *observaciones CLXII* y siguientes.

La intensidad del cólico hepático varia considerablemente segun el volúmen, la dureza y las desigualdades de superficie de los cálculos, y conforme tambien al diámetro y longitud del conducto cístico, al desarrollo mas ó menos considerable de sus válvulas y al grado de irritabilidad del enfermo. Generalmente los primeros accesos son los mas violentos, luego los cálculos atraviesan con mas facilidad los conductos dilatados por el paso de los que les han precedido.

La duracion del cólico hepático está sujeta á muchas variaciones; puede desaparecer en horas ó prolongarse algunos dias. En este último caso, presenta remisiones; los dolores se reproducen bruscamente hasta que la dilatacion de los conductos es bastante para dejar pasar el cálculo. He visto un caso en que las exacerbaciones se repetian diariamente despues de las doce hasta que se encontró el cálculo en las deposiciones en forma de detritus.

La contraccion de las fibras musculares de la vejiga y de los músculos de las paredes abdominales no basta siempre para expulsar el cálculo á través del conducto cístico, queda algunas veces enclavado y cierra completamente el cuello de la vejiga; entonces cesan de un modo gradual los accesos de cólico, no quedando mas que una sensacion de opresion ó algunas punzadas, y la vejiga sufre las alteraciones que hemos descrito bajo el nombre de hidropesía biliar. Pero el acceso de cólico hepático puede tambien terminar por la muerte, de lo cual han visto ejemplos Flandin, Bogros y Cruveihlier.

La propagacion de una inflamacion intensa á los órganos inmediatos y la gangrena de los conductos, ambas mortales, se revelan: la primera por síntomas de peritonitis; la segunda, segun la observacion de Bretonneau, por un colapso rápido.

Algunas veces las concreciones encajadas ya en el conducto cístico, retrogradan á la vejiga, y la bilis recobra su curso normal hasta que se reproduce el obstáculo. Esto explica por qué se buscan frecuentemente en vano los cálculos en las evacuaciones despues de los cólicos hepáticos.

5.º La presencia de los cálculos en el conducto colédoco ocasiona ordinariamente menos alteraciones que en el cístico. Cuando el cuerpo extraño ha llegado al conducto comun, el dolor disminuye, y solo se reproduce con nueva intensidad al atravesar el orificio duodenal. Durante toda su permanencia en este conducto deja de desagüar la bilis en el intestino mas ó menos completamente, y se desarrolla una ictericia tanto mas intensa cuanto mas tiempo haga que existe el obstáculo. Algunas veces pasa la bilis por entre los cálculos, cuando estos no obstruyen enteramente el conducto á causa de su forma

angulosa ó de su pequeño volúmen; entonces la ictericia es poco intensa, á menudo pueden salir gran número de concreciones. Hay tambien casos en que la secrecion del hígado se abre paso á través de las aglomeraciones de los cálculos en el conducto colédoco, de suerte que no hay ictericia aunque aquellos estén estacionarios. En el momento en que las concreciones han llegado al duodeno, los accidentes dolorosos cesan de pronto, los enfermos se sienten por decirlo asi renacer, las evacuaciones recobran su color oscuro, se hacen mas fáciles y desaparece la ictericia en pocos dias. Si en este momento se tamizan las materias fecales con cuidado, es raro que no se encuentren los cálculos, ora aislados, ora en gran número. Pujol ha contado hasta un centenar de ellos que fueron expulsados inmediatamente despues de la terminacion del cólico.

Algunos enfermos débiles tardan en reponerse; en ocasiones persisten semanas enteras, antes de que se hayan restablecido de un modo completo, una sensacion de debilidad, un dolor en el epigastrio, alteraciones digestivas, etc.

Cuando la obliteracion del conducto colédoco por los cálculos dura largo tiempo, se observan todas las consecuencias del éxtasis biliar que ya hemos descrito; el hígado aumenta de volúmen, los conductos y la vejiga se dilatan y la ictericia crece gradualmente. Este estado puede durar meses (1) y aun años sin que el éxtasis biliar termine por la muerte ó los cálculos lleguen al intestino. En este último caso afluye de pronto al duodeno una gran cantidad de bilis; sobrevienen cólicos con diarrea y algunos vómitos biliosos. Los conductos y la vejiga cuya contraccion ha sido debilitada, permanecen largo tiempo dilatados. De esta atonía del aparato excretor del hígado resulta que á pesar de la falta de obstáculos, se acumula la bilis en la vejiga, hasta que la regurgitacion ó una presion exterior vierte una parte de su contenido en el duodeno. J. L. Petit y Cruveilhier han descrito hechos de esta clase. El enfermo observado por el primero de estos autores, conservó, despues de violentos accesos de cólicos hepáticos, un desarrollo considerable de la vejiga biliar que habia perdido gradualmente su sensibilidad, lo que por lo demás le ocasionaba pocas molestias. El tumor disminuía y aumentaba alternativamente; en este último caso producía una sensacion de tension que el enfermo hacia desaparecer comprimiendo con cierta energía, cuya maniobra era seguida de deposiciones fuertemente biliosas. A veces disminuía el tumor sin presion exterior,

(1) He tratado una señora en la cual, despues de los accesos de cólicos hepáticos, el conducto colédoco permaneció obliterado durante seis meses, hasta que el uso prolongado del agua de Carlsbad expulsó los cálculos y produjo la curacion.

presentándose dolores y una diarrea biliosa, mientras que ordinariamente existía un estreñimiento rebelde.

Las cosas no pasan tan sencillamente en todos los casos; puede suceder que la vejiga distendida se inflame y adquiera un desarrollo enorme provocando violentos dolores acompañados de fiebre. Entonces contrae ordinariamente adherencias con las paredes abdominales ó el intestino, y se abre al interior ó al exterior, determinando una fistula biliar externa ó interna (1). La rotura puede tambien verificarse en la cavidad del abdómen y producir una peritonitis mortal.

Anteriormente (página 814) he referido un caso en que obtuve la curacion puncionando la vejiga fuertemente distendida y que amenazaba romperse en el peritoneo.

*Cálculos biliares en el intestino.*—Los cálculos biliares llegan al intestino, ya por el conducto colédoco, ya por un trabajo de ulceracion que ha establecido adherencias entre las vías biliares y el tubo digestivo. Cuando el paso se verifica por las vías naturales se acompañan de los sintomas del cólico hepático, y son ordinariamente arrastrados por las deposiciones sin ocasionar trastornos; tienen entonces por lo comun muy poco volúmen para determinar lesiones en el tubo intestinal. Hay, sin embargo, casos que hacen excepcion á esta regla; en efecto, cálculos gruesos pueden atravesar los conductos biliares dilatados; además, hay algunos que se cubren de nuevas capas y aumentan en los intestinos. En fin, pequeñas concreciones pueden penetrar en el apéndice vermicular y producir desórdenes graves. Como quiera que sea, los cálculos voluminosos que llegan al intestino por ulceracion, ofrecen en general mas peligro que los otros.

Los que son arrastrados por las deposiciones, se presentan, ora aislados, ora diseminados en gran número en las materias fecales; algunas veces están reunidos en pelotones duros ó mezclados con bilis ó sangre. En estos casos excepcionales solo se encuentran fragmentos pequeños de un color oscuro sin forma determinada; otras veces, por el contrario, las materias fecales contienen piedras muy voluminosas; Walter (2) ha representado un cálculo del tamaño de un huevo de paloma que fué arrojado por esta vía; Pujol ha observado tambien otro igual; Petit ha visto uno del volúmen de un huevo de gallina, cuya evacuacion se verificó despues de cólicos prolongados. Se pueden encontrar cantidades considerables de concreciones,

(1) Véase FÍSTULAS BILIARES.

(2) Walter, *loc. cit.*, p. 96.

según vemos que sucedió en el caso de Bermond (1), en que el enfermo expulsó una masa de cálculos aglomerados y con facetas, que en conjunto representaban el volumen de dos puños. En estas piedras arrojadas por las deposiciones no es raro ver algunas que por el desgaste de sus caras denuncian la existencia de otros cálculos (2). Pero no puede deducirse recíprocamente de la salida de un cálculo redondo ó mamelonado, que no existan otros al mismo tiempo que él. He visto muchas veces concreciones de esta clase que tenían el tamaño de una avellana y fueron expulsadas en gran número después de un acceso de cólico hepático.

En algunos casos poco numerosos, los cálculos suben del duodeno al estómago, y son arrojados por vómito. Morgagni (3), Fr. Hoffmann (4), Portal (5), Bouisson (6), etc., han observado hechos de esta clase. Las materias vomitadas, generalmente de naturaleza biliosa, contenian, ya uno, ya muchos cálculos, habiendo encontrado hasta veinte. Algunas veces eran expulsados otros al mismo tiempo por las deposiciones. Los vómitos fueron siempre precedidos de cólicos extraordinariamente violentos.

*Desórdenes que pueden determinar en los intestinos los cálculos biliares.*—Los cálculos voluminosos que llegan al intestino por el conducto colédoco ó por una ulceracion, encuentran algunas veces obstáculos en su marcha ulterior, sobre todo cuando se ha aumentado su volumen con depósitos formados por las materias fecales. Obliteran entonces el calibre del intestino, y producen el íleo ó vólvulo. Cuando esto sucede, se observan vómitos que adquieren poco á poco el carácter estercoráceo, se suspenden las evacuaciones, se meteoriza el vientre y se altera la fisonomía; en una palabra, se presenta el cuadro sintomatológico de la estrangulación interna, que termina por la muerte ó por la curacion, si el cálculo es evacuado al fin. Esta detencion tiene lugar por lo comun en el yeyuno, mas excepcionalmente en el íleon; en los intestinos gruesos, los cálculos no pueden encontrar otro obstáculo mas que el esfínter. He observado dos veces accidentes de íleo; uno de los enfermos curó (*Observacion CXLIX*), muriendo el otro. Broussais, Monod, Mayo, Thomas, Van der Byl, Oppolzer y otros han descrito hechos semejantes (7). Los cálculos

(1) Bermond, *Lancette française*, 27 febrero, 1854.

(2) Véase Van Swieten, *Comment.*, t. III, p. 131, § 930.—Leo y Pleischl, *Merkwürdige Krankheitsgeschichte einer Gallensteinkranken*. Prag, 1826.

(3) Morgagni, *loc. cit.*, epist., p. 37.

(4) Hoffmann, *Med. rat.*, t. VI, p. 44.

(5) Portal, *loc. cit.*, p. 273.

(6) Bouisson, *loc. cit.*, p. 205.

(7) Véase Fauconneau-Dufresne, *loc. cit.*, p. 268.—H. Thomas, *Calculus of extraor-*

biliares detenidos en el ciego ó en su apéndice, pueden provocar la ulceracion y la perforacion. Obran entonces como cualquier otro cuerpo extraño: materias fecales endurecidas, huesos de cerezas, esquirilas óseas, etc., á los que se ve tambien producir esta lesion (Volz).

*Fistulas biliares.*—La vejiga irritada por la presencia de las concreciones puede inflamarse, contraer adherencias con la pared abdominal, en fin, abrirse y verter la bilis, el pus, la serosidad y los cálculos que la llenan. La rotura no se verifica siempre en un punto situado debajo del reborde costal, que corresponde directamente al fondo de la vejiga de la bilis; no pocas veces se aleja mucho de este sitio, y se la encuentra en el ombligo, á la izquierda de la línea media, en la inmediacion del ileon, en la region inguinal, etc. En estos casos existen trayectos fistulosos largos y á veces en direccion tortuosa; frecuentemente orificios múltiples dan salida á las materias contenidas en la vejiga. No es raro que los cálculos evacuados de este modo al exterior, sean voluminosos y en número considerable; retenidos á veces durante un largo espacio de tiempo en el interior del trayecto fistuloso, pueden crecer y adquirir hasta el volúmen de un huevo de gallina. Ordinariamente solo sale una pequeña cantidad de bilis, porque los trayectos fistulosos, aunque puedan dar libre paso á los cálculos gruesos, se contraen luego fuertemente sobre sí mismos. Esta pérdida tiene por consiguiente pocas veces influencia esencial sobre la nutricion. Solo Dassit <sup>(1)</sup> ha creído notar, que conforme á lo que ya se habia observado en los animales que tienen fistulas biliares artificiales, el apetito de sus enfermos se hallaba notablemente exagerado. Los trayectos fistulosos se curan difícilmente ó con facilidad, segun la mayor ó menor cantidad de bilis que fluye; pueden persistir años enteros, dando paso de tiempo en tiempo á nuevos cálculos.

La mayor parte de los hechos observados terminaron por la curacion; algunos, sin embargo, se hicieron mortales por consecuencia de lesiones del hígado provocadas por los cálculos, de una supuracion de las paredes abdominales, etc. Fauconneau-Dufresne <sup>(2)</sup> ha reunido diez y nueve observaciones de fistulas biliares. Walter menciona tres, y en estos últimos tiempos, Oppolzer <sup>(3)</sup>, así como un

*dinary size, occasioning intestinal obstruction (Medi-o-chirur. Transact., vol. VI).—Transact. of the pathol. Society, vol. VIII.—Zeitsch. d. Gesellschaft d. Aerzte in Wien, noviembre 1860.*

<sup>(1)</sup> Dassit, *Bulletin général de thérapeutique*, 15 y 50 de setiembre de 1859.

<sup>(2)</sup> Fauconneau-Dufresne, *loc. cit.*, p. 500.

<sup>(3)</sup> Oppolzer, *Zeitschrift der Gesellsch der Aerzte in Wien*, noviembre de 1860.

gran número de otros observadores, han referido muchos casos de esta naturaleza.

Además de las fistulas que se abren al exterior, pueden existir ciertas comunicaciones anormales entre las vías biliares y los órganos situados en el interior del cuerpo. La mayor parte de las veces estas comunicaciones van de la vejiga ó del conducto colédoco al duodeno, y su calibre es mas ó menos considerable, segun el volumen del cálculo á que han dado paso. El trabajo ulcerativo, en cuya virtud se forman estos trayectos, pasa desapercibido durante la vida. Los dolores, los vómitos y los demás síntomas que se observan ofrecen caracteres demasiado vagos para que se pueda precisar el diagnóstico. En un caso (*Observacion CXLVI*) he visto deposiciones sanguinolentas; en otro (*Observacion CXLVII*) ningun signo revelaba la existencia del trabajo morbosos. La importancia patológica de esta clase de fistulas es, pues, poco considerable. Pocas veces se ve que el trayecto fistuloso vaya desde la vejiga biliar al estómago. Baillie y Weber mencionan casos de esta especie que consideran como congénitos; Oppolzer ha visto en un hombre de treinta años una de estas fistulas que se abria cerca del piloro. En cuanto á la observacion referida por Fauconneau-Dufresne de una comunicacion entre la vejiga y el colon, es un poco sospechosa; porque en este enfermo la vejiga era asiento de un cáncer.

Solo por excepcion se establece un trayecto entre la vejiga biliar y los conductos urinarios situados en el lado derecho. Faber <sup>(1)</sup> refiere la historia de una mujer, que sin presentar ninguna alteracion notable, como no fueran ligeros dolores en la vejiga, expulsó al orinar nueve pequeños cálculos biliares y cuatro mas gruesos. Su orina tenia un color verde, y Gmelin, por un análisis minucioso, descubrió los elementos de la bilis; no existia ictericia.

Para terminar, debemos hacer mencion de las comunicaciones que pueden establecerse entre las vías biliares y la vena porta. Realdus Columbus <sup>(2)</sup> encontró en la vena porta del fundador de la órden de los Jesuitas, San Ignacio de Loyola, tres concreciones biliares, que partiendo de la vejiga habian penetrado en el tronco de dicho vaso. Jacobo Camenicens <sup>(3)</sup> refiere la observacion de un enfermo que durante largo tiempo habia sufrido ictericia y luego hidropesia. Los ramos de la vena porta estaban en este hombre completamente llenos por cálculos negros al exterior, amarillos interiormente; una

<sup>(1)</sup> Faber, *Heidelberg medicin. Annal.*, t. V, cahier 4. — *Schmid's Jahrbücher*, cahier 57, p. 48.

<sup>(2)</sup> Bianchi, *Historia hepat.*, t. I, p. 191. Génova, 1723.

<sup>(3)</sup> Phœbus, *De concretis venarum osseis et calculosis*. Berolini, 1852, p. 14.

concrecion de la misma especie existia en el conducto colédoco. Devay (1) ha dado á conocer una observacion análoga que es notabilísima: se trataba de una mujer de sesenta y siete años, que durante siete años padeció, á consecuencia de una fiebre intermitente rebelde, ictericia y un estreñimiento invencible; el volúmen del hígado habia disminuido, sentia un dolor permanente en el lado derecho, al nivel del reborde costal, y que se aumentaba por la presion; piel de color bronceado, 55 pulsaciones; orina verde y escasa, y que se suprimió completamente durante los tres últimos dias. La muerte se verificó por extenuacion. Se encontró el hígado pequeño, de un verde pardo, de consistencia blanda; en la vejiga retraida habia un cálculo de 3 gramos de peso; los conductos cístico y colédoco se hallaban reducidos al estado de cordones fibrosos. La vena porta, de doble volúmen que la cava inferior, contenia en su ramo derecho un cálculo duro, de 2<sup>cm</sup>, 13 de longitud, friable, negro exteriormente, pardo por dentro y formado de capas, entre las cuales habia intercalados pequeños cristales blancos. El análisis descubrió colesterina, materia colorante, estearina, una sustancia verde análoga á la resina, picromel y sales magnesianas, es decir, los elementos ordinarios de los cálculos biliares. En los otros ramos de la vena porta se encontraron pequeños cuerpos cilindricos. El bazo reblandecido habia triplicado de volúmen. Se atribuye generalmente la formacion de estas concreciones en el seno de la vena porta á la sobresaturacion de la sangre de este vaso por los elementos de la bilis. No puedo participar de esta opinion; porque en tal caso, la composicion del cálculo hubiese debido ser muy distinta. Si los sedimentos procedieran de la sangre, es seguro que no habria faltado en la concrecion, ni la fibrina, ni la materia colorante sanguínea. Por otra parte, la bilis, cuando es reabsorbida, no entra directamente en la vena porta, sino mas bien antes en las hepáticas. Segun todas las apariencias, aquí, cómo en el caso de Realdus Columbus, el cálculo habia pasado de las vías biliares á la vena porta.

#### IX.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico es fácil ó difícil, segun la importancia de los trastornos ocasionados por los cálculos en el hígado y en el aparato excretor de este órgano. Lo comun es que no haya síntomas mientras las concreciones permanecen en las raices del conducto hepático; hasta pueden atravesar el colédoco y llegar al intestino sin que se

(1) Devay, *Gazette médic. de Paris*, 1845, núm. 17.—Schmid's *Jahrbücher*, 1844, cahier 5.

produzca ninguna alteracion aparente. Asi es que á veces se descubren en las deposiciones cálculos biliares, cuya existencia no se habia sospechado. Es tambien comun que permanezcan en estado latente en la vejiga hasta el momento en que se hacen bastante voluminosos, ó su número es tan considerable que se les puede percibir al través de la pared abdominal, ó hasta que hayan penetrado en el conducto cístico, donde provocan, á su paso por este y por el colédoco, los síntomas del cólico hepático. El aparato sintomatológico de esta afeccion, cuando se desarrolla completamente, no permite que se le confunda con ninguna otra. El sitio del dolor, que ocupa el hipocondrio derecho y corresponde casi siempre al punto en que está situada la vejiga, la posibilidad frecuente de percibir esta última bajo la forma de un tumor liso y redondeado, el principio del dolor algunas horas despues de la comida, su intensidad, los fenómenos reflejos que de él resultan, vómitos, escalofrios, etc., la rareza y la pequeñez del pulso, en fin, y particularmente la ictericia; tales son los síntomas cuyo conjunto solo se encuentra en los cálculos biliares (\*). No obstante la ictericia falta frecuentemente, y entonces puede confundirse la enfermedad con una cardialgia. Se evitará este error sometiendo el estómago y el hígado á un exámen atento; en los casos de cálculos biliares se encontrará casi siempre sensibilidad y dureza en la region de la vejiga; además, se podrá apreciar con mas frecuencia de lo que generalmente se cree, un tumor globuloso en este sitio. En la afeccion calculosa, el dolor tiene su asiento mas bien en el hipocondrio que en el epigastrio; no aparece como en la cardialgia, inmediatamente despues de las comidas, sino algunas horas mas tarde; en fin, los trastornos digestivos son aquí mucho menos importantes.

En determinadas circunstancias, la ictericia sintomática de una obstruccion del cólon puede simular el cólico hepático. Sin embargo, explorando con cuidado la region del hígado, se llegarán á reconocer fácilmente las diferencias de forma y consistencia que existen entre los escibalos del cólon y la vejiga dilatada.

Mas adelante trataremos del diagnóstico diferencial, entre el cólico calculoso biliar y la neuralgia simple del hígado.

El pronóstico se deduce naturalmente de lo que hemos dicho acerca del curso de la enfermedad. Si, á pesar de síntomas graves,

(\*) El diagnóstico adquiere completa certidumbre cuando puede demostrarse la existencia de las concreciones en las materias fecales. Deberán, pues, examinarse estas de un modo escrupuloso, no contentándose con seguir el consejo de añadirles agua y buscar los cálculos entre los cuerpos que sobrenadan. En caso de necesidad, deberá emplearse un tamiz.

la mayoría de los casos termina felizmente, no debe olvidarse sin embargo que se está siempre bajo la inminencia de peligros ocultos, y que los casos en apariencia mas sencillos, pueden hacerse de repente mortales. Es preciso tambien esperar siempre recidivas, porque generalmente no se evacuan todos los cálculos de una vez. La experiencia ha demostrado por otra parte, que casos muy antiguos y muy graves de esta enfermedad podian curar al fin; por lo tanto no se deberá abandonar prematuramente toda esperanza de éxito. Van Swieten y Portal <sup>(1)</sup> refieren ya observaciones de esta especie; yo mismo he visto una señora jóven, que despues de muchas recidivas y de una ictericia que duró siete meses, consiguió al fin una curacion completa en las aguas de Carlsbad.

#### X.—Tratamiento.

El tratamiento tiene dos objetos principales:

1.º Combatir los cólicos y los demás trastornos provocados por los cálculos;

2.º Hacer evacuar las concreciones alojadas en los conductos biliares y oponerse á que se produzcan otras nuevas.

De un modo general puede decirse que el tratamiento del cólico hepático es el que constituye la indicacion principal; hay necesidad de moderar la intensidad de los dolores y hacer desaparecer los obstáculos que se oponen al paso de los cálculos. Se conseguirá especialmente por medio de los narcóticos, sobre todo de la morfina y el opio, que se administran en dosis moderadas, y que pueden prescribirse en lavativas, si la violencia de los vómitos se opone á que se les dé en pocion <sup>(2)</sup>. Además, en los casos urgentes, se puede recurrir á las inhalaciones de cloroformo, que se repetirán si es necesario <sup>(3)</sup>, y en los mas ligeros y menos apremiantes al extracto de belladona <sup>(4)</sup> y á otros agentes análogos <sup>(5)</sup>. Al mismo tiempo se hace cubrir el vientre de cataplasmas calientes, ó si las circunstancias lo permiten, se ordenan baños calientes que deben ser de larga duracion <sup>(6)</sup>. Cuando este último medio habia sido infructuoso, Briche-teau <sup>(7)</sup> obtenia buen resultado con el uso de vejigas llenas de hielo,

<sup>(1)</sup> Portal, *loc. cit.*, p. 177.

<sup>(2)</sup> Quarin, *Animadversiones practicæ*, 1814.

<sup>(3)</sup> Lolatte, *Osserv. mediche di Napoli*. Setiembre 1833.

<sup>(4)</sup> Saunders y Craigie usan lavativas de tabaco.

<sup>(5)</sup> Lemchen, *Hygiène y Journ. des connaissances médico-chir.*, 29 de febrero de 1852.

<sup>(6)</sup> Portal dejaba á los enfermos que se durmieran en el baño, y renovaba de tiempo en tiempo el agua caliente.

<sup>(7)</sup> Briche-teau, *Clinique de l'hôpital Necker*. Paris, 1835.

que aplicaba sobre el epigastrio y la parte correspondiente del dorso. Si los vómitos son muy intensos, se hacen tragar al enfermo pequeños pedazos de hielo, se le administran polvos gaseosos, agua de Seltz, y aun una pequeña cantidad de vino de Champagne.

Cuando el pulso está blando, las extremidades frias, sobrevienen escalofrios y tendencia al síncope, se envolverá al enfermo en ropas calientes y se le hará tomar éter, vino, licor amoniaco anisado y otros excitantes. Las convulsiones reflejas generalizadas se combatirán por los mismos medios, ó con las inhalaciones de cloroformo hechas prudentemente.

Trousseau (<sup>1</sup>) refiere un caso en que este medicamento ejerció una accion efficacísima. Haciendo inspirar á una mujer atacada de cólicos hepáticos los vapores de cloroformo, solo durante medio minuto, cada vez que sobrevenia un acceso, consiguió la cesacion inmediata del dolor. Repitiendo las inhalaciones de este modo, logró dominar este ataque de cólico, librando á la enferma de grandes sufrimientos.

En un sujeto pletórico, que presente exagerada la accion del corazon, fenómenos cerebrales congestivos, etc., es necesario emplear la sangría, antes de comenzar el uso de los calmantes. En un gran número de casos, la sangría general basta para que cese el espasmo que tiene enclavado el cálculo; no obstante, á pesar de lo que dicen algunos autores, no puede servir de remedio habitual contra este accidente. Una sensibilidad considerable de la region de la vejiga ó de todo el hígado indica el uso de las sangrías locales por medio de ventosas ó sanguijuelas, á fin de acelerar la marcha del cálculo; luego que se ha calmado el dolor, convendrá particularmente el uso de los purgantes ligeros, como el aceite de ricino, la infusion de sen compuesta, las sales neutras. Estos medios son los mejores para favorecer el paso de la bñlis y el del cálculo al intestino. Saunders preconiza especialmente con este objeto los calomelanos unidos á la escamonea y al ruibarbo; Pujol prefiere el sulfato de sosa; Bouchardat, el aceite de ricino, que administra á cucharadas de café cada media hora; es dudoso que estos diversos medicamentos tengan propiedades diferentes. Los eméticos minerales ejercen en la propulsion de los cálculos biliares una accion aun mas enérgica que la de los purgantes; pero tambien pueden fácilmente hacerse peligrosos, produciendo una rotura ó una inflamacion; asi Morgagni, Portal, Pujol y otros aconsejaron ya que se desconfiase de ellos. Mejor es administrar el tártaro estibiado á dosis nauseabundas, segun recomienda Saunders.

(<sup>1</sup>) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 5.<sup>a</sup> edic. Paris, 1877, t. III.

Después que ha pasado el cólico hepático y sus consecuencias inmediatas, es preciso procurar la desaparición de los cálculos que quedan, é impedir que se formen otros nuevos. En todos tiempos se ha tratado de buscar agentes capaces de disolver los cálculos biliares. F. Hoffmann creía haber encontrado este medio en los álcalis fijos, mientras que Bianchi y Van Swieten confiesan que han sido infructuosas todas sus tentativas en este sentido. Entre los remedios preconizados con tal objeto, el que se generalizó más fué el de Durande (1). Consiste en una mezcla de tres partes de éter sulfúrico por dos de aceite de trementina; se administra á la dosis de 4 gramos todas las mañanas hasta que el enfermo haya tomado en todo 500 gramos. Con esta fórmula pretende Durande haber curado 20 casos de cólicos calculosos, y en la actualidad todavía se usa mucho en la práctica. Sin embargo, Thenard (2) habia sostenido ya que los cálculos no podian disolverse en las vías biliares por este tratamiento, cuyo éxito atribuia fundadamente á la accion antiespasmódica del éter. Por otra parte, es raro que se tolere bien el remedio de Durande; por esta razon aconseja Sæmmering que se emplee solo el éter unido á una yema de huevo, y Dupareque el éter con el aceite de ricino. Mejor es renunciar á todos estos agentes, porque su accion disolvente es nula y como antiespasmódicos no valen lo que la morfina. Hemos visto mas atrás que los cálculos biliares pueden disolverse en la vejiga y los conductos hepáticos: en mi *Atlas* he representado algunas concreciones que tienen señales de una corrosion incipiente. Las condiciones que presiden á la disolucion de los cálculos, varían segun la constitucion de su capa cortical. La coles-terina y la colepirrina, que forman los elementos principales, pueden disolverse en una bilis fuertemente alcalina; lo mismo sucede con el moco y los coleatos calcáreos; por otro lado, la envoltura, cuando está constituida por carbonato de cal, no es atacada por la bilis. En fin, este último líquido, si es acuoso y poco espeso, podrá reblandecer los cálculos, disolver la ganga que les une y producir así mecánicamente su disgregacion y su destruccion.

Segun esto, se comprenderá sin trabajo que la idea de Hoffmann de emplear los álcalis contra las concreciones biliares, haya podido ser resucitada, y que se haya aconsejado el uso de las aguas fuertemente alcalinas de Carlsbad, de Ems, de Marienbad, de Eger, de Vichy, de Vals, etc., cuyo efecto, demostrado por la experiencia, es excitar vivamente la secrecion biliar.

(1) Durande, *Observations sur l'efficacité du mélange d'éther sulfurique et d'huile de térébenthine*. Strasbourg, 1790.

(2) Thenard, *Traité de chimie*, t. III, p. 656.

Es indudable que estas aguas minerales son hasta ahora los agentes mas eficaces contra los cálculos biliares; yo he visto volver curados de las aguas de Carlsbad gran número de enfermos á quienes envié con síntomas graves; en otro caso, las de Muhlbrunnen, remitidas en botellas y bebidas calientes ó frias, han producido á mi vista favorables resultados. El mismo modo de obrar se atribuye por los médicos franceses, y principalmente por Fauconneau-Dufresne, á las de Vichy.

Como quiera que sea, no debe referirse el éxito obtenido principalmente á la accion disolvente de estas aguas; en efecto, bien pocos cálculos son disueltos por ellas, la mayor parte son evacuados íntegros, aun en medio de los accidentes del cólico hepático; la bilis cuya secrecion está exagerada, les arrastra. Los médicos de Vichy y de Carlsbad deberian, á mi juicio, estudiar de un modo mas preciso que se ha hecho hasta ahora, cuál es la forma de los cálculos expulsados durante el uso de las aguas termales, y ver si están intactos, corroidos ó disgregados. En cuanto á la eleccion que debe hacerse entre las termas enumeradas mas arriba, dirémos que las mas activas son las de Carlsbad y Vichy, y si el estreñimiento es rebelde, deben preferirse las primeras. Se recomendará Ems á los enfermos muy excitables, debilitados y que tienen diarrea; Marienbad, por el contrario, á los individuos plétóricos y predispuestos á las congestiones. Durante el tratamientó termal será bueno prescribir algunos baños templados. Menos provecho se obtiene del bicarbonato de sosa, administrado solo ó unido al sulfato de la misma base, porque produce con facilidad alteraciones digestivas; sin embargo, si se recurre á él, debe darse muy diluido; bajo esta forma es mejor tolerado, y por otra parte, la gran cantidad de agua absorbida no carecerá de importancia, porque penetrando en la vena porta y atravesando el hígado, excitará la secrecion de la bilis.

En lugar de los carbonatos recomienda Bouchardat <sup>(1)</sup> las sales alcalinas de ácidos vegetales, como el acético y el cítrico. En los casos que se prolongan indefinidamente, conviene preferir á estas sales la raiz de ruibarbo, el áloes, etc., que se asocian al carbonato de sosa; estos agentes perjudican menos á la digestion.

Los jugos de yerbas que deben su accion principal á las sales vegetales que contienen, fatigan fácilmente el estómago y no se les puede emplear por consecuencia mas que cuando este órgano no se encuentra enfermo. La cura por las uvas es, bajo este punto de vista, menos temible que los zumos de yerbas.

(1) Bouchardat, *Des calculs biliaires et du traitement des affections qu'ils occasionnent* (Annuaire de thérapeutique. 1843, p. 276).

En cuanto á los medios tan en boga entre los médicos antiguos, como, por ejemplo, los extractos amargos de taraxacon, de grama, de cardo santo, etc., ó las gomo-resinas, como la asa-fétida, la goma amoníaco, etc., no deben esperarse de ellos grandes resultados. Las dosis á que estas sustancias se administran son demasiado pequeñas: para que pudieran producir algun efecto, era necesario tomarlas en estado fresco y en grandes cantidades (1).

Para impedir la formacion de nuevos cálculos se prescribirá un régimen severo, el ejercicio pasivo ó activo al aire libre (2); se regularizarán con el mayor esmero las funciones del intestino, ordenándose al efecto, si es necesario, las sales neutras, el ruibarbo, etc.

#### XI.—Observaciones.

Como complemento de lo que acabamos de decir, consignaré aquí algunas observaciones tomadas de mi propia práctica.

OBSERVACION CXLII. — *Dolores cardialgicos é ictericia; recidiva, catarro bronquial, dolores en el epigastrio y en el hipocondrio derecho; exacerbaciones de estos dolores á los que se unieron escalofrios y elevacion de la temperatura despues de las comidas, teniendo todo este cuadro sintomatológico un carácter pseudo-intermitente. Evacuacion de fragmentos de un cálculo biliar disgregado, disminución de los dolores y de los escalofrios. Curacim.*—Federico Bielefeld, sirviente, estuvo en tratamiento en la clínica médica de Berlin, desde el 25 de febrero hasta el 13 de marzo de 1861.

Dijo que habia sufrido anteriormente muchos calambres de estómago; sin embargo, no le molestaron nada en los dos últimos años.

En enero de 1861 fué acometido de una ictericia que desapareció rápidamente.

El 19 de febrero se presentaron dolores en la region epigástrica, acompañados de una sensacion de ansiedad y dislaceracion; las deposiciones se hicieron difíciles y pálidas, y volvió á presentarse la ictericia.

24.—Ingresó en el hospital; el dia anterior habia tenido escalofrios.

La enferma, cuyo estado de nutricion era satisfactorio, presentaba un color amarillo oscuro; se quejaba principalmente de tos, pérdida de apetito y cefalalgia.

Fuera de los signos de un catarro bronquial, el exámen del torax no suministró dato alguno. El sonido á macizo hepático comenzaba al nivel de la sexta costilla; en la línea parasternal media 13 centímetros, 49 en la mamilar

(1) Debe decirse aquí que Hall (*The American Records*, 1821) pretende haber curado en Filadelfia cálculos biliares por medio de la electricidad.

Mas atrás hemos indicado, al tratar de las enfermedades de la vejiga, las circunstancias en que debe intervenir la cirugía en los casos de concreciones biliares.

(2) Musgrave ha visto cálculos que, despues de haber producido ictericias de larga duracion, fueron expulsados á consecuencia de una larga carrera á caballo.

y 16 en la axilar; en el epigastrio se notaba un sonido oscuro, y era dolorosa la percusion, así como en el lado izquierdo donde la macicez hepática se confundía con la del bazo. Una presion ligera ejercida sobre el epigastrio excitaba un vivo dolor, que á veces se producía tambien espontáneamente, y de allí se irradiaba á la derecha hácia la vena porta; además existía un ligero resentimiento de las partes blandas del hombro izquierdo. La orina contenía mucha materia colorante biliar y un poco de albúmina; las materias fecales estaban completamente decoloradas.

El 23 de febrero por la mañana la temperatura era de 37°,5 y había 72 pulsaciones. A las dos de la tarde apareció un escalofrío, acompañado de dolores intensos en el epigastrio y en los dos hipocondrios. La region hepática estaba muy sensible al menor contacto, la temperatura ascendía á 40°,5; 120 pulsaciones, 40 aspiraciones; el calor duró hasta las diez de la noche, á cuya hora se presentó sudor y se durmió la enferma. *Prescripcion*: Citrato de potasa con agua de almendras amargas, lavativa, cataplasmas calientes á la region hepática.

El 26 por la mañana la temperatura era de 37°,8, el pulso estaba á 96. Había hecho una deposicion de color gris, la lengua se hallaba cubierta de un barniz grisáceo, el hipocondrio derecho muy sensible á la presion, y la orina tenía un color pardo oscuro. A las tres y media de la tarde sobrevino un violento escalofrío con exacerbacion de los dolores hepáticos; duró veinte minutos y fué seguido de calor y de sudores que se prolongaron hasta las seis de la mañana. *Prescripcion*: Zumo de limon para bebida; ventosas al hipocondrio derecho, luego cataplasmas calientes.

27 de febrero.—Temperatura 37°,2; pulso á 96. Habían disminuido los dolores; una evacuacion gris y semilíquida; á la una y media de la tarde escalofrío; temperatura á 39°,5; 104 pulsaciones; tos y expectoracion catarral.

28 de febrero por la mañana. Temperatura á 37°,5; pulso á 96; menos dolores. A las cuatro, sin escalofrío y sin calor, apareció un ligero sudor que duró quince minutos. Por la tarde, la temperatura estaba á 38, el pulso á 96.

1.º de marzo.—Temperatura 37°,5, pulso á 72; region hepática menos dolorosa; los demás síntomas sin alteracion alguna. No se presentaron el escalofrío ni el calor. *Prescripcion*: bicarbonato de sosa.

2 de marzo.—Temperatura 36°,1; pulso 60. Dolores intensos en el epigastrio; deposicion verdosa en la que se descubrieron gran número de fragmentos de un cálculo biliar redondo, de estructura radiada, compuesto de colesterrina y de colepirrina calcárea. Tres horas despues deposiciones teñidas por la bilis.

3 de marzo.—Temperatura 37°, pulso 56. Había desaparecido el resentimiento de los hipocondrios y del epigastrio; solo la region de la vejiga estaba aun sensible á la presion. La piel, así como la orina presentaban un tinte mas pálido.

5 de marzo.—Una deposicion coloreada y completamente normal; la vejiga solo estaba dolorosa cuando se la comprimía fuertemente; la superficie ocupada por el hígado, había disminuido en unos 3 centímetros.

Las deposiciones eran todavía difíciles; para hacerlas regulares fué necesari-

rio recurrir á las aguas de Friedrichshall y al electuario lenitivo. El dolor en el lado derecho que la enferma sentia aun en las inspiraciones profundas, acabó por desaparecer luego que se presentaron deposiciones copiosas. La coloracion, sobre todo en el ojo, se hizo primero verdosa, restableciéndose en seguida el color normal, en términos que la enferma salió curada el 13 de marzo.

OBSERVACION CXLIII.—*Alteraciones de la digestion, ictericia, dolores en el epigastrio y en el hipocondrio derecho; higado tumefacto y sensible á la presion; vejiga dilatada. Evacuacion de dos cálculos glandiformes, compuestos de coleslerina; muy poco despues deposiciones biliosas y curacion.*—Enrique Günther, carpintero, de cuarenta y tres años, estuvo en tratamiento en la clínica médica de Breslau, desde el 27 de junio hasta el 29 de julio. Habia disfrutado siempre de buena salud, hasta hacia cuatro semanas, época en que su cara tomó un tinte amarillo que se hizo de dia en dia mas intenso, acabando por constituir una ictericia perfecta. Al mismo tiempo perdió el apetito, y el estreñimiento alternó con la diarrea; las deposiciones tenian el aspecto de la cola fuerte.

En el momento de la admision del enfermo, era muy marcada la ictericia; los miembros, además del tinte amarillo de los tegumentos, presentaban algunos equimosis aislados y gran número de inyecciones varicosas. Continuaban los trastornos en los órganos digestivos, así como la cefalalgia intensa; el epigastrio y el hipocondrio derecho estaban sumamente sensibles á la presion. El higado, cuya superficie era lisa, medía 15 centímetros en la línea parasternal; 19 en la mamilar y 14 en la axilar; á la palpacion, su borde parecia cortante. A la derecha del ombligo, debajo del reborde hepático, se encontró un tumor redondeado, elástico, movable y doloroso. La piel estaba cubierta en parte de descamaciones epidérmicas; todo el cuerpo era asiento de un prurito ardoroso muy molesto. Orina bastante abundante, de color pardo oscuro y que daba evidentemente las reacciones de la materia colorante. *Prescripcion*: Infusion de raiz de ruibarbo.

Hasta pasados tres dias, y bajo la influencia del áloes, no se obtuvieron dos deposiciones pegajosas; los demás síntomas continuaban lo mismo, habiendo disminuido únicamente la cefalalgia.

3 de julio.—El prurito era menor, la orina no habia cambiado, y el higado seguia muy sensible. *Prescripcion*: Cocimiento de coloquintida.

6.—Dos deposiciones. La vejiga biliar pasaba 5 centímetros del reborde del higado. Temperatura 38°,7; 84 pulsaciones.

11.—Desde hacia dos dias, ligera disminucion en la frecuencia del pulso, que oscilaba de 72 á 64. Las materias evacuadas, en las que se veian algunas porciones coloreadas, contenian dos cálculos de coleslerina de superficie glanduliforme, la ictericia estaba en camino de desaparecer; la orina continuaba del mismo color pardo. No habia cefalalgia, era mejor el apetito, la lengua se hallaba cubierta aun de una ligera capa, poco sueño durante la noche, pero ninguna elevacion de temperatura.

12.—Tres deposiciones bajo la influencia del cocimiento de coloquintida. Ictericia en declinacion; mejor apetito. La orina, cuyo color era menos intenso, daba sin embargo todavia las reacciones de la materia colorante biliar. Temperatura 35°,8.

A la vez que iba desapareciendo la coloración ictericia y disminuía el pigmento biliar en la orina, se mejoraba rápidamente la salud. Se restableció el apetito, las deposiciones se hicieron regulares y cargadas de bilis, y el enfermo recibió el alta curado el 29 de julio. En esta época el hígado había recobrado sus dimensiones normales y no se podía percibir ya la vejiga.

**OBSERVACION CXLIV.**—*Dolores violentos y periódicos en la región del hígado; al mismo tiempo náuseas, y ligero tinte icterico; vejiga tumefacta y sensible á la presión; paroxismos violentos de corta duración y que no iban acompañados ni de aumento en la ictericia, ni de expulsión de cálculos.*—*Obstrucción persistente del cuello vesical por una concreción.*—Emilia Haupt, mujer de un cordonero, de treinta y dos años, estuvo en tratamiento en la clínica de Breslau, desde el 3 hasta el 17 de julio de 1854.

Esta mujer, un poco histérica, sufría desde hacía catorce días dolores intensos en las regiones lumbar y hepática, náuseas y estreñimiento. Presentaba un ligero tinte icterico, y aseguraba haber tenido antes color de limón.

Todos estos accidentes databan de una enfermedad de que fué acometida hacia cuatro semanas, y que diagnosticaron de inflamación del hígado y del abdómen.

En el lado derecho, á la parte externa y cerca del músculo recto, se percibía un tumor redondeado inferiormente y del volúmen de un huevo de ánade, tenso y doloroso, y que se le pudo seguir por su parte superior hasta debajo del reborde del hígado. La enferma se quejaba de dolores lancinantes en este sitio que se presentaban de repente. El apetito era nulo, las deposiciones tenían un tinte moderadamente pardo, y la orina contenía vestigios de pigmento biliar. *Prescripción:* Infusión de raíz de ruibarbo con el extracto de belladona y éter.

Durante la permanencia de la paciente en el hospital, alternaron frecuentemente los accesos dolorosos con momentos de perfecta calma.

El 14 de julio tuvo lugar un violento paroxismo acompañado de vómitos verdosos y de escalofríos; la temperatura se elevó á 39°,5. Bajo la influencia de la morfina y de las cataplasmas calientes, no tardó en obtenerse un marcado alivio, y á los pocos días la enferma se restableció bastante para poder pedir que se la diese el alta. Durante y después del paroxismo no había cambiado el color de las materias fecales, no aumentó la ictericia y no se vió salir ninguna concreción.

Cuando esta mujer marchó de la clínica, el tumor era menos doloroso, había disminuido un poco, sin sufrir ningún otro cambio.

**OBSERVACION CXLV.**—*Signos de una tuberculización avanzada en ambos pulmones; hígado anfractuoso, vejiga dura como la piedra, nada de alteraciones funcionales.*—*Autopsia:* *Cavernas é infiltraciones tuberculosas en el vértice de los dos pulmones; hígado graso y presentando puntos estrangulados; la vejiga, adherida al pílolo, contenía un centenar de concreciones; su mucosa estaba lisa y cubierta de gran número de cicatrices negras.*—Carolina Naas, viuda, de sesenta y tres años, estuvo en tratamiento en la clínica de Breslau, desde el 28 de noviembre hasta el 12 de diciembre de 1855.

Hacia muchos años que tosía, pero no había expectorado nunca sangre,

jamás había advertido síntomas de afección de los órganos digestivos y en particular del hígado. En la actualidad se encontraba demacrada, débil y con los piés edematosos. En el vértice de ambos pulmones se oía una respiración bronquial ruidosa y el sonido macizo era débil; los esputos purulentos, confluentes, contenían fibras de tejido elástico y gránulos de pigmento. En el hipocondrio derecho, sobre todo cuando la enferma se echaba del lado izquierdo, se percibía un cuerpo redondeado, plano, ligeramente movable y de superficie lisa: era el lóbulo derecho estrangulado. En la cisura del hígado se encontraba un cuerpo muy duro, oval y movable, cuya forma se parecía á la de la vejiga biliar. No había ictericia, poco apetito, deposiciones normales; pulso pequeño y blando, 110 pulsaciones.

Con el auxilio del vino, el café, los caldos, la quinina, el cloruro de hierro amoniacal, el licor amoniacal anisado, se sostuvieron las fuerzas extenuadas de la enferma hasta el 13 de diciembre.

*Autopsia* veinte horas después de la muerte.—El cerebro y sus membranas, exceptuando una ligera opacidad de la dura madre, no presentaban nada de anormal.

La laringe y tráquea, pálidas, bronquios un poco rubicundos. Los vértices de ambos pulmones estaban adheridos; en la parte superior y posterior del izquierdo había una cavidad del tamaño de un huevo de paloma, de paredes callosas y verduzcas, y llena de una materia de color gris súcio; mas inferiormente se descubrieron numerosas dilataciones bronquiales y algunas infiltraciones tuberculosas recientes.

El pulmón derecho presentaba en su vértice una caverna del tamaño de un huevo de gansa, anfractuosa y atravesada por bridas; esta caverna estaba rodeada por un parénquima impregnado de pigmento negro y bastante consistente.

Había gran número de bronquios dilatados; y en las partes inferiores del vértice se descubrieron infiltraciones de un amarillo gris. Los dos lóbulos inferiores estaban ingurgitados de sangre y edematosos. Poca serosidad en el pericardio; el volumen y los músculos del corazón se hallaban normales, la válvula mitral un poco engrosada.

El estómago presentaba á lo largo de su curvadura mayor un tinte lívido; veíanse también algunas erosiones hemorrágicas diseminadas.

En el intestino, cerca de la válvula íleo-cecal, existían algunas ulceraciones tuberculosas en muy corto número, del diámetro de una lenteja; detrás de la válvula, en el ciego y el colon ascendente, se descubrieron gran número de úlceras, irregularmente repartidas, con los bordes rojos y oscuros, y el fondo desigual. Bazo exangüe, pequeño y tenaz.

El hígado se hallaba dividido transversalmente por una estrangulación profunda, y cargado de grasa. La vejiga, unida al píloro por adherencias bastantes laxas, tenía sus paredes engrosadas y estaba llena por un centenar de concreciones pardas; en su cuello se encontró enclavado un grueso cálculo blanquecino; la mucosa presentaba una estructura serosa y se hallaba cubierta de cicatrices pigmentadas.

No había alteración notable en los riñones ni en los órganos genitales.

OBSERVACION CXLVI.—*Escalofríos repetidos, pero atípicos; ictericia, hematémisis, dolores en el epigastrio y en el hipocondrio derecho; hígado moderadamente voluminoso, sensible á la presión, de bordes cortantes; deposiciones raras; al principio pálidas, luego sanguinolentas. Desaparición de la ictericia, aplanamiento, muerte.—Autópsia: hígado consistente, ligeramente granulado, conductos biliares dilatados, perforación ulcerosa del conducto colédoco en el duodeno; obliteración del cuello de la vejiga que encerraba cálculos de color oscuro; mucosa del estómago y del intestino lívida, pero sin ulceraciones ni cicatrices.*—Cristian Bichof, obrero, de setenta y dos años, se presentó el 31 de octubre de 1855 en la clínica médica de Breslau, y murió el 10 de diciembre.

A excepción de una fiebre intermitente, aseguraba no haber estado jamás enfermo. En los ocho últimos días había tenido cinco accesos de escalofrío sin tipo marcado, poniéndose icterico. En los últimos tiempos, sin haber sentido previamente ningun dolor en el estómago, el enfermo arrojó materias de color pardo negruzco; las deposiciones eran habitualmente raras. Los síntomas que mas le molestaban eran, vértigos violentos y dolores en el hipocondrio derecho, pulso frecuente, 120 pulsaciones, 40 respiraciones; piel seca, de color amarillo limon; la orina contenia materia colorante biliar y albúmina, y dejaba depositar uratos. A ambos lados del ombligo y en el epigastrio existia un dolor que se exasperaba por la presión.

La macicez hepática ocupaba 17 centímetros en la línea mamilar, y 12 en la parasternal; el órgano estaba doloroso cuando se le comprimia; sus bordes y su superficie parecian lisos; bazo un poco hipertrofiado. Ruidos del corazón débiles, pero puros. Bajo la influencia de la quinina no aparecieron durante dos dias los accesos de frío; la ictericia aumentó de intensidad.

El 4 de noviembre, por la mañana, sintió el enfermo un ligero frío que duró media hora, y fué seguido de calor, apatía considerable, insomnio. El reborde del hígado estaba muy doloroso, deposiciones difíciles y pálidas, orina abundante, sin albúmina.

*Prescripción:* ácido muriático.

5 de noviembre.—Pulso á 76; orina de color pardo negruzco, conteniendo albúmina. A medio dia frío de treinta minutos de duración, seguido de calor sin sudor, 96 pulsaciones, mucho aplanamiento.

*Prescripción:* infusión de corteza de quina y ácido muriático.

8 de noviembre.—Desde el 5 no se habia presentado el frío; orina menos oscura, piel de un tinte mas claro, deposiciones pardas, falta completa de apetito, sed intensa.

Del 11 al 15 las deposiciones tomaron un color negro, la orina se hizo alcalina y mas pobre en pigmento, el hígado continuó sensible á la presión y sin disminuir de volumen. Sin embargo de todo esto, el enfermo iba debilitándose cada vez más; se presentaron úlceras por decúbito que adquirieron gran profundidad, á pesar del cuidado con que se las trató.

Muerte el 10 de diciembre.

*Autópsia,* diez y ocho horas despues de la muerte.—El cerebro y sus membranas no presentaban nada de anormal mas que un ligero tinte hemorrágico en la cara interna de la dura madre. Esófago y faringe pálidos; laringe y trá-

quea un poco amarillas. Los dos pulmones presentaban adherencias en algunos puntos; su parénquima se hallaba en estado de atrofia senil. Corazon normal, los ventrículos contenian coágulos sólidos, la aorta descendente estaba ligeramente ateromatosa en su porcion torácica.

Hígado pequeño, ligeramente granujiento en su superficie, consistente y de color de nuez moscada, vías biliares un poco dilatadas. La cara inferior de la glándula se hallaba íntimamente adherida al epiploon menor, al duodeno y á la cabeza del páncreas, en términos que costó gran trabajo separarla.

La mucosa del estómago y del duodeno estaba de un color gris negruzco, reblandecida, pero sin ulceraciones ni cicatrices. El divertículo de Vater, cerca del orificio de los conductos colédoco y pancreático se conservaba normal; sin embargo, debajo de él se descubrió un nuevo orificio de un centímetro de diámetro y cuyos bordes estaban ulcerados; la pared intestinal se hallaba perforada en este sitio, habiéndose establecido una comunicacion anormal desde el conducto colédoco al intestino. La vejiga contenia moco purulento y cálculos biliares de color negro; el conducto cístico estaba obliterado; la mucosa vesical engrosada y de un gris negruzco. El conducto colédoco, hasta el punto en que se hallaba perforado, tenia doble diámetro del ordinario; sus paredes engrosadas, y la mucosa de un color icterico muy intenso. La dilatacion de las vías biliares se prolongaba de un modo uniforme hácia los dos lóbulos del hígado. La vena porta no contenia coágulos.

Bazo un poco aumentado de volúmen, blando y de color rojo pardo.

Riñones pequeños; pirámides ligeramente ictericas.

Mucosa del intestino lívida y reblandecida; materias fecales teñidas por la bilis.

*OBSERVACION CXLVII.—Parto que databa de cinco meses; fiebre que habia empezado hacia tres semanas por escalofrios repetidos; hígado abultado y doloroso; bazo tumefacto, diarrea. Supuracion de las parótidas. Muerte en un acceso de disnea.—Autopsia: absceso voluminoso del hígado; comunicacion fistulosa entre la vejiga y el duodeno; flebitis hepática; abscesos metastáticos en los pulmones.—M. Kugler, de treinta y cinco años, fué tratada en la clínica médica de Berlin, desde el 15 hasta el 24 de julio de 1861. Pretendia no haber sufrido mas enfermedad que una fiebre de corta duracion. Parió hacia cinco meses, criando á su hija hasta el momento de comenzar la afeccion actual, que empezó hacia tres semanas por cefalalgia, vértigos, dolores erráticos en los miembros, y en fin, por un violento escalofrio seguido de calor y sudor. Los accesos febriles se repetian todos los dias, pero á horas irregulares; no tardaron mucho en acompañarse de una diarrea profusa.*

Desde el 14 se observó una tumefaccion inflamatoria de las dos parótidas; la pronunciacion se hizo difícil, la lengua se cubrió de una capa parda y seca, conservándose sin embargo despejada la inteligencia. El exámen del hígado demostró que se hallaba aumentado de volúmen; pasaba 5 centímetros el reborde de las costillas, y medía 15 centímetros en la línea mamilar; tambien el bazo estaba tumefacto.

Hipocondrio derecho sensible á la presion, extendiéndose la sensibilidad por

abajo hasta la region ileo-cecal; en el lado izquierdo del vientre se notaban algunas sufusiones sanguíneas de la piel.

Corazon y pulmones en estado normal; existía no obstante un ligero catarro de los bronquios. Empezaba á formarse una úlcera por decúbito en la region sacra.

Durante los accesos del frio la temperatura se elevó hasta 41°,8 y 42°,1 c.; el pulso á 112 y 120; durante las intermisiones, este último no latía mas que 72 á 88 veces por minuto, y la temperatura no excedía de 37° á 38°,1.

El tumor parotídeo disminuyó progresivamente hasta el 23 de julio, época de la muerte. La lengua se conservó siempre seca, evacuacion de orina y de materias fecales involuntaria; hasta los últimos dias no se oscureció la inteligencia. La muerte tuvo lugar durante un violento acceso de disnea.

*Autopsia*, diez y ocho horas despues de la muerte.—El hígado, notablemente aumentado de volúmen, estaba unido por el borde anterior de su lóbulo derecho al epiploon y al cólon ascendente. Destruyendo las adherencias y las falsas membranas recientes, se descubrieron en muchos puntos de la envoltura hepática focos de pus amarillo. Tres centímetros próximamente por debajo del píloro, sobre la pared derecha del duodeno, se veía una perforacion del diámetro de dos reales; en este sitio el intestino se hallaba íntimamente unido á la cara inferior del hígado. En el interior de una adherencia formada de gran número de falsas membranas, se encontró colocada la vejiga de la biliar, del tamaño de una nuez y provista de muchos divertículos. Su mucosa, fuertemente tumefacta, se hallaba cubierta de cicatrices apizarradas y presentaba un ancho agujero de un centímetro próximamente, que correspondía con la perforacion del duodeno. No pudo seguirse el conducto cístico á partir del colédoco mas que durante un corto trayecto; este último se hallaba fuertemente dilatado y teñido por la biliar, mientras que la vejiga no contenía mas que un líquido blanquecino y como mucilaginoso. La vena porta se encontraba en estado normal. En la cara anterior del lóbulo derecho había una bolsa fluctuante de 11 centímetros de diámetro, y de la que salió una cantidad considerable de un pus gris y ténue. Ocupaba la parte anterior del lóbulo derecho, y estaba separada unos 9 centímetros del borde obtuso del hígado; se hallaba rodeada de pequeñas cavidades purulentas, algunas de las cuales comunicaban con ella.

Algunos trombus decolorados iban desde el absceso principal al interior de las venas hepáticas. Las paredes del absceso tenían un color apizarrado, estaban duras y cubiertas de eminencias desiguales. El bazo muy aumentado de volúmen y su pulpa friable. No se descubrió en el intestino ninguna alteracion digna de notarse.

Los pulmones contenían muchos focos metastáticos del tamaño de nueces y en vía de descomposicion.

No es un hecho bien demostrado el modo de producirse los abscesos hepáticos. Segun todas las probabilidades, el trayecto fistuloso que unía la vejiga, que estaba inútil, con el duodeno, había sido producido por un cálculo que siguió este camino para llegar al intestino.

No se puede decidir si este cuerpo extraño había concurrido igualmente á

la formación del absceso. El conducto colédoco se hallaba fuertemente dilatado, pero no se descubrieron en él concreciones.

La flebitis hepática, consecuencia del absceso del hígado, había dado lugar á la producción de focos metastáticos en los pulmones. El principio de la afección del hígado se remontaba indudablemente á mucho mas allá de tres semanas, aun cuando la enferma asegurase haber gozado de buena salud hasta esta época. La marcha del absceso había permanecido latente durante largo tiempo.

OBSERVACION CXLVIII. — *Dolores en el epigastrio y en el hipocondrio derecho, ictericia, vómitos verdes como la bilis, tumor piriforme y doloroso situado sobre el borde del hígado; escalofrío, evacuación con las materias fecales de arenilla biliar, sin cálculos. Curación.*—Juana Ritter, sirvienta, de veinte años, permaneció en la clínica médica de Breslau, del 3 de febrero al 21 de marzo de 1855.

No habiendo estado nunca enferma, sufría desde hacia catorce días solamente de dolores de opresión en el epigastrio que se irradiaban hácia el lado derecho; tenía náuseas é inapetencia. Estos accidentes habían aumentado mucho en los cuatro últimos días; los dolores en el hipocondrio derecho adquirieron bastante intensidad para dificultar los movimientos respiratorios; era imposible practicar la palpación de un modo conveniente. Vómitos repetidos de un moco bilioso.

Desde el 24 de febrero apareció la ictericia, que hizo bien pronto rápidos progresos; deposiciones blandas, orina cargada de materia colorante biliar.

Luego que se hubieron calmado un poco los dolores por medio de cataplasmas, fué disminuyendo la tensión de los músculos abdominales y se hizo posible percibir por el tacto un tumor redondo y tenso, situado en el lado derecho, al lado externo del músculo recto. Era movable, dotado de mucha sensibilidad, siendo el asiento verdadero del dolor y estaba formado por la vejiga biliar ingurgitada.

28 de febrero.—Escalofríos, calor y sudor. *Prescripción*: Cocimiento de tamarindos y sulfato de sosa.

Mucho aplanamiento, pulso pequeño, 104 pulsaciones, ningun cambio por parte de la vejiga y deposiciones blancas hasta el 3 de marzo, época en que tomaron un ligero tinte amarillento, comenzando á disminuir simultáneamente los dolores. En las evacuaciones se descubrieron un gran número de pequeños granos de color pardo negruzco, de forma irregular y del tamaño de una lenteja. Estos cuerpos, sin estructura precisa, se parecían á los depósitos que se encuentran en una bilis espesa y estancada. Estaban formados en gran parte de pigmento; tratados los mas gruesos por el alcohol, dieron colesantina. No se pudo descubrir ningun cálculo. Continuaron observándose estos gránulos pardos hasta el 7 de marzo; á partir de esta época, el color de las materias fecales se hizo normal; la orina se aclaró, así como el color de la piel; de suerte que la enferma pudo salir curada el 15 de marzo.

OBSERVACION CXLIX.—*Ligera ictericia con un poco de tumefacción del hígado; deposiciones difíciles; alivio por medio de las aguas de Carlsbad. Tres meses despues reproduccion de los mismos accidentes; estreñimiento rebelde, que resistió á los pur-*

*gantes; vómitos estercoráceos y otros síntomas de ileo Morfina, lavativa de agua pura, luego de infusión de belladona. Evacuación de un cálculo biliar del tamaño de una nuez. Curación.*—El conde G., de cincuenta años de edad, pero bien conservado, vino á Carlsbad en la primavera de 1856, á causa de una ligera ictericia que se acompañaba de una tumefacción moderada del hígado y estreñimiento habitual. Las aguas produjeron un alivio pasajero; pero desde el mes de julio, la piel volvió á ponerse de un amarillo pálido; se presentaron dolores obtusos en el hipocondrio, y las funciones intestinales se hicieron cada vez mas perezosas.

El enfermo permaneció muchos días sin mover el vientre, y el médico de la casa habia intentado en vano vencer este estreñimiento por medio del rui-barbo, de una infusión de sen compuesta, etc. Los calomelanos, empleados en último término, tampoco produjeron efecto; al poco tiempo aparecieron vómitos, el vientre se puso abultado y tenso bajo la influencia de un tímpanismo siempre creciente; sin embargo, no estaba doloroso.

Los vómitos consistían al principio en un líquido mucoso y de un amarillo verdoso; luego tomaron un matiz amarillo sucio, se hicieron fétidos, acabando por exhalar un olor evidentemente estercoráceo. Había además disnea, mucha ansiedad, y las extremidades estaban frías.

Siguiendo mi consejo, renunció á los purgantes, empleando en su lugar el hielo, unido á pequeñas dosis de morfina; para obrar sobre las funciones del intestino hubo necesidad de recurrir á grandes lavativas de agua templada, repetidas con frecuencia. Los vómitos cesaron; el enfermo se puso mas tranquilo, pero el intestino permaneció obstinadamente cerrado.

El uso de una lavativa, compuesta de la infusión de hojas de belladona, no produjo al principio ningun efecto; se la repitió por la tarde y fué seguida de un sueño agitado, interrumpido por el delirio, dilatación de las pupilas, en fin, los signos de la intoxicación por la belladona. Al día siguiente se volvieron á repetir las lavativas de agua templada hasta el medio día, en que el líquido comenzó á colorearse; á cosa de las dos tuvo una deposición abundante que provocó vivos dolores en el esfínter. En las materias expulsadas se descubrió un cuerpo redondo como una bala, pardo, del tamaño de una nuez que, examinado detenidamente, se vió que era un cálculo de coles-terina, de estructura radiada y rodeado de una capa de materias fecales de 9 milímetros.

El efecto de la belladona continuó dejándose sentir durante muchos días, al cabo de los cuales la cura era completa.

*OBSERVACION CL.—Dolor intermitente en el hipocondrio derecho acompañado de ictericia; desaparición de estos accidentes bajo la influencia de los purgantes; expulsión de una ténia. Reproducción de los mismos fenómenos; tumor redondeado, pastoso, situado debajo del hígado y formado por materias fecales. Ictericia; curación por el uso del sen.*—Juana Gutsche, de cincuenta y seis años, estuvo en tratamiento en la clínica médica de Breslau desde el 8 de julio al 10 de agosto.

Se quejaba de sentir desde hacia catorce días dolores intensos en el hipocondrio derecho, que aparecieron repentinamente, dejando luego una ictericia ligera. En la noche del 5 al 6 de julio, estos dolores fueron excesivos y

acompañados de vómitos continuos y de un tinte icterico que apareció en la piel, la esclerótica y la orina.

Gracias al uso repetido de los purgantes, los dolores disminuyeron un poco, pero sin desaparecer completamente hasta que una dosis de koussou hizo expulsar una ténia enorme.

Despues de esto, las deposiciones se hicieron dificiles; el 30 de julio se percibia distintamente en el hipocondrio derecho un tumor redondo, tuberoso, de consistencia pastosa, sensible á la presion; habia desaparecido de nuevo la ictericia. Despues de abundantes evacuaciones, obtenidas por medio de una infusion de sen compuesta, desapareció el tumor en pocos dias, así como el dolor y la ictericia.

## CAPITULO VII.

### NEURALGIA HEPATICA.

(Neuralgia plexus hepatici).

Como complemento á la historia de los cálculos biliares, diremos para concluir algunas palabras de la neuralgia hepática.

Desde largo tiempo se ha admitido que los plexos nerviosos del hígado, del mismo modo que los del estómago y los intestinos, pueden ser asiento de dolores neurálgicos, independientemente de la acción irritante de los cálculos biliares. Esta opinión tiene ya en favor suyo la analogía, y no la falta mas que ser confirmada por los hechos positivos. Hasta el presente son muy raras las observaciones que pueden servir de pruebas, y no es extraño, por lo tanto, que ciertos patólogos pongan en duda la existencia de la neuralgia hepática, no sintomática.

Andral <sup>(1)</sup> habla de enfermos que curaron de la ictericia y de dolores hepáticos, sin que hubiese encontrado ningun cálculo en sus deposiciones; uno de estos individuos sucumbió pasado algun tiempo, y no se descubrieron en la autopsia, ni concreciones biliares, ni alteraciones del hígado.

Esta clase de observaciones no pueden utilizarse sino con mucha reserva, porque, aun en los casos mas evidentes de cólico calculoso, no siempre puede demostrarse la existencia de las piedras, y sucede frecuentemente que los cálculos retrogradan del conducto cístico á la vejiga. Como quiera que sea, no puede dudarse que Beau <sup>(2)</sup>, médico del hospital de la Caridad, va demasiado lejos al tratar de establecer que la mayoría de los casos de cólico hepático es debida á otra cosa que al enclavamiento de las concreciones biliares.

#### I.—Causas.

Segun este autor, la causa principal de esta neuralgia hepática serian los ingesta ácidos, los alcohólicos, las especias, la pimienta, la mostaza, que por intermedio de la sangre de la vena porta pasarian del estómago al hígado. Como prueba de esta opinión, refiere ocho observaciones, en las que se ve aparecer á los dolores neurálgicos,

(1) Andral, *Clinique médicale*, t. II.

(2) Beau, *Etudes analytiques de physiologie et de pathologie sur l'appareil spléno-hepatique* (*Archiv. génér. de méd.*, abril, 1831).

acompañados á veces de un tinte icterico, ora algunos minutos, ora uno ó dos dias despues de la ingestion de estas materias. Sin poner en duda la accion excitante que ejercen sobre el hígado los ingesta ácras, no creo, sin embargo, que basten para provocar la neuralgia hepática. En efecto, de suceder así, esta enfermedad seria mucho mas frecuente. Ya hemos expuesto anteriormente el papel que desempeña la digestión estomacal en la aparicion de los cólicos hepáticos, y muchas observaciones de Beau deben ser interpretadas de este modo. Por lo demás, yo no dudo que los nervios hepáticos puedan ponerse dolorosos sin necesidad de que exista un cálculo biliar. Hay ciertas formas de neuralgias del hígado, que por su modo de desarrollo, por su curso interrumpido por intermitencias que duran uno ó mucho meses, por su alternativa con otras enfermedades del sistema nervioso, en fin, por toda su evolucion, difieren esencialmente del cólico producido por los cálculos. Budd <sup>(1)</sup> habia ya llamado la atencion acerca de una distincion de esta especie, que se puede comprobar particularmente en las histéricas.

La observacion siguiente podrá servir para ilustrar relativamente este punto.

OBSERVACION CLII.—*Accesos de dolores intensos en la region del hígado y del estómago; vómitos; ligera ictericia y convulsiones clónicas; reproduccion regular de los accesos, despues de una intermision de cuatro semanas; uso tres veces repetido sin éxito de las aguas de Carlsbad; transformacion en neuralgia intercostal. Baños de agua salada y de suero.*—La condesa S. J., residente en Silesia, de veinte y tres años, sufría desde los diez y ocho dolores en el hígado, que se repetían periódicamente. Durante este tiempo parió dos veces, quedando libre de sus dolores durante la época del embarazo. Desde 1858, fecha de su último parto, se habian reproducido los accesos con nueva violencia. Se presentaban cada cuatro semanas, poco tiempo antes de la aparicion de las reglas. El hígado se ponía tumefacto, el hipocondrio derecho y la region gástrica se hacian asiento de dolores intensos, terebrantes, que se repetían á cortos intervalos y por el menor contacto.

Los puntos mas particularmente sensibles eran los correspondientes al píloro y á la cisura del hígado. Al mismo tiempo que los dolores, advertía la enferma una sensacion de estrangulacion, vómitos, frecuentemente tambien espasmos clónicos; la cara se ponía encendida; la conjuntiva amarilla, y la orina tomaba un tinte oscuro.

Ordinariamente el acceso duraba veinte y cuatro horas; algunas veces, sin embargo, se prolongó hasta dos dias y medio. En tres ocasiones se ensayaron sin éxito las aguas de Carlsbad; la enferma volvió de ellas demacrada y débil; los dolores continuaron.

A fines de abril de 1860, época en que la paciente vino de nuevo á Berlin,

(1) Budd, *Diseases of the Liver*, p. 580.

el cuadro de los síntomas morbosos había sufrido muchos cambios. Los accesos continuaban repitiéndose todos los meses, con la diferencia de uno á dos días, comenzaban ordinariamente por la tarde entre siete y ocho, y se prolongaban hasta la mañana, es decir, diez ó doce horas. Empezaban por una sensación violenta de presión en el estómago, acompañada de un dolor insostenible, situado en las inmediaciones de la octava y duodécima vértebras dorsales, prolongándose por la region hepática hasta el estómago, y siendo menos marcado en el lado izquierdo. Muy poco despues se manifestaban movimientos convulsivos en las manos y los piés; sobrevenían eructos espasmódicos y vómitos formados primero por alimentos y luego por moco bilioso. Toda la superficie de la region abdominal superior estaba extraordinariamente sensible á la menor presión; el hígado se ponía tumefacto, los movimientos respiratorios se aceleraban y eran incompletos; el pulso lento y duro. Cara fuertemente inyectada, zumbido de oídos, desvanecimientos.

No se manifestaba en esta época la coloración amarilla de la conjuntiva y de la piel; sin embargo, la orina continuaba siendo parda y no tenía el color claro que toma en las neuralgias. No pudieron establecerse las relaciones de los accesos con la menstruación; esta última precedió muchas veces á la neuralgia diez ó doce días, siguiendo su curso natural.

Se prescribió el valerianato de amoníaco, unido al extracto de belladona. Durante todo el verano, la enferma debía tomar en Ischl baños de sal y de suero, y durante el otoño seguir un tratamiento por las uvas.

Es indudable que esta neuralgia, que ocupó primero el plexo hepático y se transformó luego en neuralgia intercostal, no era provocada por la existencia de cálculos biliares. Durante los cinco años que la enferma estuvo sometida á una vigilancia atenta, en las épocas de los tratamientos que siguió en Carlsbad, nunca expulsó la mas pequeña concreción. La prueba de que la neuralgia reconocía otra causa que los cálculos, es la repetición regular de los accesos cada cuatro semanas, su desaparición durante el embarazo y, en fin, su transformación en otra forma neurálgica. Debe notarse además que la enferma era epiléptica antes de casarse.

## II.—Tratamiento.

El tratamiento de la neuralgia hepática, del mismo modo que el de la cardialgia, tiene que fundarse en el conocimiento de las causas que hayan dado origen ó sostengan esta afección.

FIN.

# INDICE DE MATERIAS.

---

ADVERTENCIA DE LA TERCERA EDICION FRANCESA. . . . .	5
PRÓLOGO PARA LA EDICION FRANCESA. . . . .	7
PREFACIO DE LA EDICION ALEMANA. . . . .	9

## LIBRO PRIMERO.—ENFERMEDADES DEL HÍGADO.

<b>CAP. I.—Introduccion histórica.</b> . . . . .	17
<b>ART. I.—HISTORIA DE LA FISILOGIA DEL HÍGADO.</b> . . . . .	17
<b>ART. II.—HISTORIA DE LA PATOLOGIA DEL HÍGADO.</b> . . . . .	24
<b>CAP. II.—Dimensiones y peso del hígado.</b> . . . . .	55
<b>ART. I.—DEL HÍGADO EN ESTADO DE SALUD.</b> . . . . .	55
§ 1. <i>Influencia de la edad.</i> . . . . .	55
§ 2. <i>Influencia del sexo.</i> . . . . .	56
§ 3. <i>Influencia de la alimentacion.</i> . . . . .	56
§ 4. <i>Influencia de la riqueza sanguínea del hígado.</i> . . . . .	44
§ 5. <i>Influencias diversas.</i> . . . . .	44
<b>ART. II.—DEL HÍGADO EN ESTADO DE ENFERMEDAD.</b> . . . . .	44
<b>CAP. III.—Sitio, volúmen y forma del hígado, su determinacion á la cabecera de la cama del enfermo, su valor bajo el punto de vista del diagnóstico.</b> . . . . .	45
<b>ART. I.—DEL HÍGADO EN ESTADO DE SALUD.</b> . . . . .	46
<b>ART. II.—DIFICULTADES DE DIAGNÓSTICO DEBIDAS Á LAS DIFERENCIAS CONGÉNITAS Ó ADQUIRIDAS DE CONFIGURACION DEL HÍGADO</b> . . . . .	57
§ 1. <i>Anomalías de forma.</i> . . . . .	58
§ 2. <i>Anomalías de posicion.</i> . . . . .	62
§ 3. <i>Dislocacion en masa ó atrofia del hígado.</i> . . . . .	66
<b>I. Dislocaciones por enfisema.</b> . . . . .	67
<b>II. Dislocaciones por pleuresía.</b> . . . . .	67
<b>III. Dislocaciones por exudados en el pericardio é hipertrofias excéntricas del corazon.</b> . . . . .	69
<i>Observacion I.—Tumor (equinococo) del hígado que subia hasta la segunda costilla.—Proninencia y fluctnacion de los espacios intercostales.—Puncion con el trócar.—Autópsia.</i> . . . . .	71
<b>IV. Dislocaciones por consecuencia de anomalías abdominales.</b> . . . . .	73
<b>ART. III.—DIFICULTADES DE DIAGNÓSTICO DEBIDAS Á LA ESTRUCTURA PATOLÓGICA DE LAS PARTES INMEDIATAS AL HÍGADO.</b> . . . . .	77
§ 1. <i>Enfermedades de los tegumentos abdominales.</i> . . . . .	77
§ 2. <i>Enfermedades del peritoneo.</i> . . . . .	78
§ 3. <i>Enfermedades del epiploon mayor y menor.</i> . . . . .	79
<i>Observacion II.—Cáncer del epiploon menor, atrofia del hígado, ascitis.—Muerte, autópsia.</i> . . . . .	79
§ 4. <i>Anomalías del intestino y del estómago.</i> . . . . .	81
§ 5. <i>Enfermedades de los riñones.</i> . . . . .	85

	<i>Observacion III.</i> —Carcinoma del riñon derecho, dislocacion del hígado hácia abajo y á la izquierda. Autópsia. . . . .	86
CAP. IV.	— <b>Ictericia</b> ( <i>icterus aurico, morbus regius, arquatus</i> ). . . . .	88
ART. I.	—DE LA ICTERICIA EN GENERAL. . . . .	95
§ 1.	<i>Causas.</i> . . . . .	98
I.	Obstáculos á la progresion de la bilis en los conductos excretores del hígado. . . . .	98
II.	Disminucion de la presion lateral de la sangre. . . . .	100
III.	Disminucion en el consumo de la bilis en la sangre. . . . .	101
§ 2.	<i>Sintomas</i> . . . . .	114
I.	Bilis. . . . .	114
II.	Sangre. . . . .	116
III.	Secreciones. . . . .	120
	1.º Orina. . . . .	120
	2.º Sudor. . . . .	125
	3.º Saliva, moco, etc. . . . .	126
	<i>Observacion IV.</i> —Pulmonia doble, ictericia, esputos verdes hasta el octavo dia de haber desaparecido la coloracion icterica de la piel. . . . .	126
IV.	Tejidos. . . . .	128
V.	Alteraciones de la inervacion. . . . .	129
	1.º Prurito de la piel. . . . .	129
	2.º Alteracion de la sensibilidad general. . . . .	150
	3.º Anomalias de las percepciones sensoriales; sensaciones subjetivas del gusto y de la vista. . . . .	150
VI.	Alteraciones de la circulacion. . . . .	152
	1.º Disminucion en la frecuencia de los movimientos del corazon. . . . .	152
	2.º Temperatura. . . . .	155
VII.	Alteraciones de la digestion. . . . .	155
§ 3.	<i>Duracion.</i> . . . . .	155
§ 4.	<i>Terminaciones.</i> . . . . .	156
§ 5.	<i>Diagnóstico</i> . . . . .	140
§ 6.	<i>Prognóstico.</i> . . . . .	145
§ 7.	<i>Tratamiento.</i> . . . . .	145
	I. Indicaciones terapéuticas. . . . .	145
	II. Medicacion empírica. . . . .	145
ART. II.	—DE LAS FORMAS DE LA ICTERICIA Y DE SU ETIOLOGÍA ESPECIAL. . . . .	148
§ 1.	<i>Ictericia por un obstáculo mecánico al curso de la bilis consecutivo á las enfermedades del hígado y de las vías biliares.</i> . . . .	149
I.	Estrechez de los conductos colédoco y hepático. . . . .	149
II.	Oclusion de los conductos colédoco y hepático. . . . .	151
III.	Estrechez ú oclusion de las vías biliares en el interior del hígado. . . . .	155
	<i>Observacion V.</i> —Alteraciones digestivas, síntomas de úlcera simple del estómago.—Ictericia, hídropesia.—Muerte, autópsia. . . . .	154
	<i>Observacion VI.</i> —Cáncer del páncreas y del duodeno.—Obliteracion de las vías biliares.—Ictericia.—Muerte.—Autópsia. . . . .	153
	<i>Observacion VII.</i> —Cáncer del páncreas, obliteracion de los conductos colédoco y de Wirsung.—Ictericia, hemorragia intestinal, diabetes sacarina.—Muerte.—Autópsia. . . . .	164
	<i>Observacion VIII.</i> —Estrangulacion del conducto colédoco.—Ictericia, ectasia de las vías biliares.—Muerte.—Autópsia. . . . .	170
§ 2.	<i>Ictericia sin obstáculo mecánico apreciable al curso de la bilis.</i> . . . .	175

I. Ictericia por afeccion moral. . . . .	176
II. Ictericia producida por el éter y el cloroformo. . . . .	177
III. Ictericia por mordedura de reptiles. . . . .	177
IV. Ictericia en la infeccion purulenta de la sangre. . . . .	178
<i>Observacion IX.</i> —Contusion de los huesos de la pélvis, escalofrio, ictericia, albuminuria.—Muerte.—Autópsia. . . . .	179
<i>Observacion X.</i> —Reumatismo articular agudo, escalofrios repetidos, ictericia, convulsiones.—Muerte.—Autópsia. . . . .	181
V. Ictericia en el tífus. . . . .	185
<i>Observacion XI.</i> —Tífus exantemático, ictericia, albuminuria, hemorragia intestinal.—Muerte.—Autópsia. . . . .	184
<i>Observacion XII.</i> —Tífus abdominal; durante la convalecencia, escalofrio, sensibilidad del higado y del abdómen, ictericia.—Muerte.—Autópsia. . . . .	185
VI. Ictericia de los recién nacidos. . . . .	189
VII. Ictericia de las embarazadas ( <i>icterus gravidarum</i> ). . . . .	192
§ 3. <i>Fiebres biliosas</i> . . . . .	195
I. Fiebres palúdicas intermitentes y remitentes, sobre todo las de los paises tropicales. . . . .	196
II. Fiebre de recaidas ( <i>Recurridente Fieber, relapsing Fever</i> ). . . . .	198
III. Fiebre amarilla. . . . .	200
§ 4. <i>Formas epidémicas de la ictericia</i> . . . . .	205
I. Epidemia de Essen. . . . .	205
II. Epidemia de Ludenscheid. . . . .	205
III. Epidemia de Greifswalds. . . . .	205
IV. Epidemia de Chasselay. . . . .	206
V. Epidemia de Alemania y de Holanda. . . . .	206
VI. Epidemia de Gaillon. . . . .	206
<b>CAP. V.—Hiperemia del higado.</b> . . . .	210
<b>ART. I.—EXTASIS HIPERÉMICO CONSECUTIVO Á UNA LESION DE LOS PULMONES Ó DEL CORAZON.</b> . . . .	212
I. Fisiología patológica. . . . .	212
II. Anatomía patológica. . . . .	215
i. Lesiones de los órganos en que se distribuye la vena porta. . . . .	215
ii. Lesiones del parénquima hepático. . . . .	214
III. Sintomas. . . . .	216
IV. Tratamiento. . . . .	217
<i>Observacion XIV.</i> —Estenosis del orificio venoso izquierdo del corazon, insuficiencia de la válvula tricúspide, hemoptisis.—Muerte.—Autópsia. . . . .	218
<i>Observacion XV.</i> —Estenosis del orificio venoso izquierdo del corazon, edema pulmonar.—Muerte.—Autópsia. . . . .	219
<b>ART. II.—EXTASIS HIPERÉMICO CONSECUTIVO Á UNA ESTRECHEZ DE LAS VENAS CAVA Y HEPÁTICA.</b> . . . .	221
<b>ART. III.—CONGESTION É HIPEREMIA ATÓNICA.</b> . . . .	222
I. Causas. . . . .	225
i. Influencia de la digestion. . . . .	225
ii. Influencia de los ingesta irritantes. . . . .	225
II. Curso, terminaciones, tratamiento. . . . .	224
<b>ART. IV.—HIPEREMIA TRAUMÁTICA.</b> . . . .	226
<b>ART. V.—HIPEREMIA DEPENDIENTE DE LA ACCION DE UNA TEMPERATURA ELEVADA Y</b>	

DE EFLUVIOS Miasmáticos. . . . .	226
I. Forma aguda y crónica, consecuencias. . . . .	228
II. Tratamiento. . . . .	229
I. Forma aguda. . . . .	229
II. Forma crónica. . . . .	250
ART. VI.—HIPEREMIA DEL ESCORBUTO. . . . .	250
ART. VII.—HIPEREMIA CONSECUTIVA Á LA SUPRESION DE UN FLUJO SANGUÍNEO HABITUAL. . . . .	251
ART. VIII.—HIPEREMIA DEL HÍGADO DEBIDA Á CAUSAS MAL DETERMINADAS. . . . .	251
ART. IX.—HEMORRAGIA DEL HÍGADO Y REBLANDECIMIENTO HEMORRÁGICO. . . . .	252
Observacion XV. — Parto difícil, ictericia, vómitos negros, delirio.— Muerte.—Autópsia. . . . .	254
CAP. VI.—Inflamacion del hígado, sus formas, sus diversos modos de tratamiento. . . . .	257
ART. I.—INFLAMACION DE LA ENVOLTURA DEL HÍGADO Y DE LA CÁPSULA DE GLISSON. . . . .	259
I. Causas. . . . .	259
Observacion XVI. . . . .	242
II. Pronóstico. . . . .	245
III. Diagnóstico. . . . .	245
IV. Tratamiento. . . . .	244
ART. II.—INFLAMACION DEL PARENQUIMA HEPÁTICO. . . . .	244
I. Inflamacion parenquimatosa difusa, ictericia grave ( <i>hepatitis difusa parenquimatosa</i> ). . . . .	244
SECCION I.—Forma aguda. . . . .	244
§ I. <i>Atrofia aguda ó amarilla del hígado</i> ( <i>Atrophia hepatis flava sive acuta, hepatitis diffusa, icterus gravis</i> ). . . . .	246
I. Historia y bibliografía . . . . .	246
II. Descripcion general. . . . .	248
Observacion XVII.—Catarro gástrico, ictericia al fin del embarazo, coma.—Muerte.—Autópsia. . . . .	250
Observacion XVIII.—Ictericia al sexto mes del embarazo, aborto, vómitos, coma.—Muerte.—Autópsia. . . . .	256
Observacion XIX.—Ligera ictericia catarral, delirio repentino, hemorragia gástrica é intestinal.—Muerte.—Autópsia. . . . .	259
Observacion XX.—Tifus abdominal, epistaxis, delirio, ictericia, desaparicion de la macidez hepática, coma.—Muerte.—Autópsia. . . . .	260
Observacion XXI.—Mal estar.—Ictericia. — Abatimiento fisico é intelectual.—Muerte.—Autópsia. . . . .	261
III. Análisis de los síntomas. . . . .	263
I. Prodomos. . . . .	263
II. Piel. . . . .	263
III. Organos de la circulacion. . . . .	264
IV. Organos de la respiracion. . . . .	265
V. Organos de la digestion. . . . .	265
VI. Aparato urinario. . . . .	266
VII. Sistema nervioso. . . . .	267
IV. Duracion y terminacion. . . . .	269
V. Anatomía patológica. . . . .	270
I. Hígado. . . . .	270
II. Bazo. . . . .	270
III. Estómago é intestinos. . . . .	272

iv Riñones. . . . .	272
v. Sistema nervioso. . . . .	275
VI. Naturaleza de la enfermedad. . . . .	275
VII. Etiología. . . . .	278
i. Sexo. . . . .	279
ii. Edad. . . . .	280
iii. Influencias morbificas. . . . .	280
VIII. Diagnóstico. . . . .	281
IX. Tratamiento. . . . .	282
§ 2. <i>Hepatitis difusa, ictericia grave (icterus gravis).</i> . . . .	285
I. Causas. . . . .	285
II. Sintomas. . . . .	285
<i>Observacion XXII.—Embriaguez, alteraciones digestivas, ictericia, hipertrofia del higado, delirio.—Muerte.—Autópsia.</i> . . . .	284
<i>Observacion XXIII.—Dolores en el epigastrio, vómitos, fiebre, ictericia, hematómesis, somnolencia —Muerte.—Autópsia.</i> . . . .	288
<i>Observacion XXIV.—Catarro gástrico, fiebre, delirio.—Muerte.—Autópsia</i> . . . . .	289
III. <i>Pronóstico.</i> . . . .	291
<i>Observacion XXV. — Embarazo, vómitos, hebetud, higado abultado y doloroso, albuminuria, ictericia.—Curacion.</i> . . . .	291
<i>Observacion XXVI.—Envenenamiento con el fósforo.—Gastro-enteritis.—Ictericia.—Aumento de volumen del higado y del bazo.—Albuminuria.—Colapso.—Muerte.</i> . . . .	295
§ 3. <i>Acolia.</i> . . . .	298
I. <i>Acolia consecutiva al éxtasis biliar.</i> . . . .	299
<i>Observacion XXVII. — Carcinoma del duodeno, obliteracion del conducto colédoco, ictericia, convulsiones.—Muerte.</i> . . . .	299
II. <i>Acolia consecutiva á la cirrosis.</i> . . . .	302
<i>Observacion XXVIII.—Ascitis, diarrea, coma.—Muerte.—Autópsia.</i> . . . .	303
<i>Observacion XXIX. — Ascitis, diarrea, pérdida de conocimiento.—Muerte.—Autópsia.</i> . . . .	305
III. <i>Acolia consecutiva á la degeneracion adiposa.</i> . . . .	304
<i>Observacion XXX.—Ictericia, vómitos, somnolencia, delirio, coma.—Muerte.—Autópsia.</i> . . . .	304
IV. <i>Acolia consecutiva á la suspension de la actividad hepática.</i> . . . .	306
SECCION II.—Forma crónica. . . . .	306
§ I. <i>Cirrosis, induracion granulada (Hepatitis diffusa, chronica, adhesiva.—Einfache und fgranulirte Leberinduration; Leber cirrhose; Interstitielle Hepatitis.—Hob-nailed liver, Gin drinkers liver).</i> . . . .	306
I. Historia. . . . .	306
II. Anatomía de la cirrosis. . . . .	309
1.º Sustancia segregante de la glándula y granulaciones. . . . .	312
2.º Tejido conjuntivo. . . . .	315
3.º Aparato vascular del higado. . . . .	314
4.º Conductos biliares. . . . .	315
III. Etiología. . . . .	316
i. Inflamacion crónica. . . . .	316
ii. Abuso de los alcohólicos. . . . .	319
iii. Ingesta excitantes. . . . .	319
iv. Sífilis. . . . .	320

v. Fiebre intermitente. . . . .	520
vi. Lesiones del corazón. . . . .	520
vii. Causas desconocidas. . . . .	521
viii. Sexo. . . . .	521
ix. Edad. . . . .	521
IV. Síntomas. . . . .	521
i. Descripción general. . . . .	522
ii. Síntomas en particular. . . . .	525
1.º Hígado. . . . .	525
2.º Alteraciones de la circulación. . . . .	524
3.º Bazo. . . . .	527
4.º Ascitis. . . . .	528
5.º Funciones del estómago y del conducto intestinal. . . . .	550
6.º Desórdenes en la nutrición y otras alteraciones consecutivas. . . . .	555
7.º Alteraciones de la respiración. . . . .	554
8.º Alteraciones de la secreción urinaria. . . . .	555
9.º Alteraciones de la inervación. . . . .	555
V. Complicaciones. . . . .	555
VI. Duración, curso, terminación. . . . .	556
VII. Pronóstico. . . . .	557
VIII. Diagnóstico. . . . .	558
<i>Observación XXXI.</i> — Ascitis, alteraciones digestivas, disnea intensa. Tratamiento por los drásticos y la punción.—Muerte.—Autopsia. . . . .	540
<i>Observación XXXII.</i> —Alteraciones gástricas, vómitos, ascitis.—Punción, bazo tumefacto, hígado pequeño y granujiento.—Muerte.—Autopsia. . . . .	541
<i>Observación XXXIII.</i> —Fiebre intermitente, costumbres desarregladas, ictericia, ascitis, punción, colapso.—Muerte.—Autopsia. . . . .	544
<i>Observación XXXIV.</i> — Fiebre intermitente, ascitis, hidrohemía.—Muerte.—Autopsia. . . . .	546
<i>Observación XXXV.</i> — Sífilis constitucional, albuminuria, tumor del bazo, pleuresía, hidropesía.—Muerte.—Autopsia. . . . .	547
<i>Observación XXXVI.</i> —Sífilis constitucional, disnea, bazo é hígado voluminosos, albuminuria, anasarca.—Muerte.—Autopsia. . . . .	549
<i>Observación XXXVII.</i> —Sífilis constitucional, hemoptisis, ascitis, dolores y disminución de la macidez en la región del hígado.—Muerte —Autopsia. . . . .	551
<i>Observación XXXVIII.</i> —Sífilis constitucional, epilepsia, abuso de los alcohólicos.—Muerte.—Autopsia. . . . .	552
<i>Observación XXXIX.</i> —Ictericia, hígado voluminoso y de superficie desigual, peritonitis.—Muerte —Autopsia. . . . .	553
<i>Observación XL.</i> —Vientre doloroso y meteorizado, ascitis, bazo tumefacto, hígado cubierto de nudosidades, diarrea profusa.—Muerte.—Autopsia. . . . .	553
<i>Observación XLI.</i> —Abuso de los alcohólicos, apoplejía, dolor y tumefacción pasajera del hígado, ictericia, orina cargada de urea y de creatina.—Muerte.—Autopsia. . . . .	558
IX. Tratamiento. . . . .	562
2. <i>Cirrosis hipertrofica.</i> . . . .	566
I. Anatomía patológica. . . . .	567
II. Etiología . . . . .	569

III. Sintomatología, curso, terminacion. . . . .	370
IV. Diagnóstico. . . . .	373
V. Pronóstico. . . . .	374
VI. Tratamiento. . . . .	374
§ 5. <i>Induración simple del hígado.</i> . . . .	375
I. Causas. . . . .	376
II. Síntomas. . . . .	376
III. Diagnóstico, pronóstico. . . . .	376
IV.—Tratamiento. . . . .	377
<i>Observación XLII.—Resentimiento doloroso del vientre, peritonitis en-</i> <i>quistada, ligera ictericia, recaída, ascitis, erisipela gangrenosa.—</i> <i>Muerte.—Autopsia.</i> . . . .	577
II. <b>Inflamación circunscrita del hígado, hepatitis verdadera ó</b> <b>supurante</b> ( <i>hepatitis vera circumscripta, suppuratoria</i> ) . . . .	580
I. Anatomía patológica. . . . .	580
I. Hígado. . . . .	580
II. Conducto intestinal. . . . .	586
III. Venas. . . . .	586
IV. Pleura y pulmon. . . . .	587
V. Organos de la inervacion. . . . .	587
II. Etiología. . . . .	587
I. Contusion del hígado por un choque, una caída, un golpe ó una ac- <i>cion traumática cualquiera.</i> . . . .	587
II. Inflamación piobémica ó metastática. . . . .	590
III. Inflamación y ulceracion del conducto intestinal. . . . .	590
IV. Inflamación y ulceracion de las vías biliares. . . . .	593
V. Lombrices. . . . .	596
VI. Causas diversas. . . . .	596
III. Descripción general. . . . .	597
IV. Síntomas. . . . .	401
I. Aspecto exterior. . . . .	401
II. Dolor y fluctuacion. . . . .	401
III. Ictericia. . . . .	402
IV. Alteraciones de la digestion. . . . .	403
V. Alteraciones de la respiración. . . . .	404
VI. Alteraciones de la circulacion. . . . .	403
VII. Alteraciones de la inervacion. . . . .	405
VIII. Abscesos. . . . .	406
V. Terminaciones. . . . .	411
VI. Duracion de la enfermedad. . . . .	414
VII. Complicaciones. . . . .	415
VIII. Pronóstico. . . . .	416
IX. Diagnóstico. . . . .	416
X. Tratamiento. . . . .	418
I. Tratamiento de la inflamacion. . . . .	418
1.º Emisiones sanguíneas generales y locales. . . . .	418
2.º Purgantes. . . . .	419
3.º Vomitivos. . . . .	420
4.º Revulsivos. . . . .	420
5.º Narcóticos. . . . .	420
II. Tratamiento de los abscesos del hígado y de sus consecuencias. . . . .	422

III.— <b>Diátesis sífilítica del hígado, hepatitis sífilítica.</b> . . . . .	429
I. Historia. . . . .	429
II. Descripción. . . . .	432
1.º Hepatitis intersticial y perihepatitis. . . . .	432
2.º Hepatitis gomosa. . . . .	435
<i>Observacion XLIII.</i> —Catarro bronquial, oena sífilítica, hígado anfrac- toso y sensible. . . . .	438
<i>Observacion XLIV.</i> —Alteraciones digestivas, anasarca, hígado defor- mado, doloroso, bazo tumefacto.—Muerte.—Autópsia. . . . .	459
<i>Observacion XLV.</i> —Vómitos, edema, albuminuria.—Cicatrices sífi- líticas en la frente, chancro indurado.—Muerte.—Autópsia. . . . .	440
<i>Observacion XLVI.</i> —Cicatrices en la ingle izquierda.—Tumor gomoso. —Hígado adherente, pequeño y deformado.—Flebitis.—Peritonitis, hipertrofia del bazo y de los gánglios, atrofia de los testículos. . . . .	442
<i>Observacion XLVII.</i> —Sífilis, tisis, albuminuria.—Muerte.—Autópsia..	444
<b>CAP. VII.—Degeneracion cérea, lardácea ó amiloidea del hígado.</b> . . . .	448
I. Historia. . . . .	448
II. Patogenia. . . . .	450
III. Etiología. . . . .	455
I. Sexo. . . . .	455
II. Edad. . . . .	455
III. Caquexias. . . . .	455
1.º Enfermedades de los huesos. . . . .	456
2.º Sífilis constitucional. . . . .	456
3.º Caquexia palúdica. . . . .	457
4.º Tuberculizacion del pulmon y del intestino. . . . .	457
IV. Causas desconocidas. . . . .	457
IV. Descripción y síntomas. . . . .	458
I. Estado general. . . . .	458
II. Síntomas locales. . . . .	459
1.º Hígado. . . . .	459
2.º Bazo. . . . .	460
3.º Conducto intestinal. . . . .	460
V. Duracion y curso. . . . .	461
VI. Diagnóstico y pronóstico. . . . .	462
VII. Tratamiento. . . . .	462
VIII. Observaciones. . . . .	463
1.º Formas sífilíticas. . . . .	463
<i>Observacion XLVIII.</i> —Muchos contagios sífilíticos, accidentes secun- darios, albuminuria, tumefaccion del hígado y del bazo, anasarca. Tratamiento por el bromuro de hierro, curacion. . . . .	463
<i>Observacion XLIX.</i> —Sífilis secundaria, tumefaccion del hígado y del bazo, curacion por las aguas de Aix-la-Chapelle. . . . .	466
<i>Observacion L.</i> —Sífilis de los huesos y de las mucosas.—Traqueoto- mia.—Muerte.—Autópsia. . . . .	466
2.º Hígado céreo consecutivo á una afeccion de los huesos. . . . .	468
<i>Observacion LI.</i> —Cáries de la articulacion coxo-femoral, tumefaccion del hígado y del bazo; albuminuria.—Muerte.—Autópsia. . . . .	468
<i>Observacion LII.</i> —Raquitismo, tumefaccion del hígado y del bazo.— Pulmonía.—Muerte.—Autópsia. . . . .	469
<i>Observacion LIII.</i> —Fiebre intermitente, tumefaccion del hígado, in-	

toxicacion por el amoniaco, pulmonia.—Muerte.—Autopsia. . . . .	470
5.º Hígado céreo consecutivo á la tisis pulmonar. . . . .	475
<i>Observacion</i> LIV. — Tuberculizacion de los pulmones y del intestino, degeneracion adiposa y cerea del hígado.—Muerte.—Autopsia. . . . .	475
<i>Observacion</i> LV.—Tisis laringea y pulmonar.—Tumefaccion del hígado, ascitis.—Muerte.—Autopsia. . . . .	474
<i>Observacion</i> LVI. — Cáncer del útero y del estómago.—Tumefaccion del hígado y del bazo.—Muerte.—Autopsia. . . . .	474
<b>CAP. VIII.—Hígado adiposo (<i>Hepar adiposum</i>).</b> . . . .	476
I. Produccion de la grasa en el hígado del hombre y de los animales. . . . .	477
1. Causas fisiológicas. . . . .	478
1.º Alimentacion rica en materias grasas. . . . .	478
2.º Lactancia. . . . .	480
3.º Alimentacion muy abundante. . . . .	480
4.º Régimen mal apropiado. . . . .	481
5.º Disposicion constitucional. . . . .	482
6.º Influencias generales. . . . .	482
II. Influencias morbosas. . . . .	482
1.º Tisis pulmonar. . . . .	482
2.º Afecciones consuntivas. . . . .	485
3.º Embriaguez. . . . .	484
4.º Septicemia. . . . .	484
III. Alteraciones de la nutricion localizadas en el hígado. . . . .	484
I. Anatomía microscópica del hígado a tipo. . . . .	485
II. Anatomía ordinaria del hígado adiposo. . . . .	490
IV. Casos en que existe el hígado adiposo. . . . .	495
V. Importancia patológica del hígado adiposo. . . . .	497
VI. Reaccion ejercida por el acúmulo adiposo sobre las funciones del hígado y sobre el organismo en general.—Síntomas. . . . .	498
<i>Observacion</i> LVII.—Fiebre intermitente, anemia, hidrohemía, diarrea.—Muerte. . . . .	503
VII. Diagnóstico. . . . .	506
VIII. Tratamiento. . . . .	507
<b>CAP. IX.—Hígado pigmentado. Hígado melanémico. Cambios que hace sufrir al hígado la fiebre intermitente grave</b> . . . . .	509
I. Historia. . . . .	509
II. Sitio del pigmento. . . . .	512
1.º Hígado. . . . .	512
2.º Bazo. . . . .	515
3.º Pulmones. . . . .	515
4.º Cerebro. . . . .	515
5.º Riñones. . . . .	515
6.º Sangre. . . . .	514
III. Carácter físicos del pigmento. . . . .	514
IV. Desarrollo del pigmento. . . . .	516
1. ¿Dónde se desarrolla el pigmento? . . . . .	516
II. ¿Cómo se desarrolla el pigmento? . . . . .	517
V. Consecuencias que produce la formacion del pigmento relativamente á la textura y á la actividad funcional de diversos órganos. . . . .	519
1. Desórdenes orgánicos ó funcionales. . . . .	519
1.º Hígado. . . . .	519

2.º Cerebro. . . . .	527
3.º Riñones. . . . .	524
4.º Vasos. . . . .	525
5.º Piel. . . . .	525
ii. Fiebre concomitante, su forma, su tipo. . . . .	525
VI. Clasificación, resúmenes de las lesiones anatómicas. . . . .	526
1.º Formas con alteraciones cerebrales. . . . .	528
<i>Observacion LVIII.</i> —Fiebre intermitente, coma, pulmonía.—Muerte.—Autopsia. . . . .	528
<i>Observacion LIX.</i> —Catarro gástrico, vértigo, convulsiones, coma.—Albuminuria.—Muerte.—Autopsia. . . . .	529
<i>Observacion LX.</i> —Fiebre cotidiana, tumefaccion del bazo, coma.—Muerte.—Autopsia. . . . .	530
<i>Observacion LXI.</i> —Fiebre sin carácter determinado, delirio, coma, vómitos.—Muerte.—Autopsia. . . . .	531
<i>Observacion LXII.</i> —Fiebre intermitente, delirio furioso.—Curacion. . . . .	532
<i>Observacion LXIII.</i> —Fiebre intermitente, vértigo intenso.—Curacion. . . . .	532
2.º Formas con predominio de enfermedad de los riñones. . . . .	535
<i>Observacion LXIV.</i> —Fiebre intermitente, diarrea, albuminuria y hematuria, convulsiones.—Muerte.—Autopsia. . . . .	535
<i>Observacion LXV.</i> —Fiebre continua, coma, orina sanguinolenta y albuminosa.—Muerte.—Autopsia. . . . .	534
<i>Observacion LXVI.</i> —Fiebre cuartana, albuminuria, anasarca, dienteria, curacion. . . . .	535
3.º Formas con participacion predominante del higado y del conducto gastro-intestinal. . . . .	535
<i>Observacion LXVII.</i> —Fiebres intermitentes, albuminuria, ascitis.—Muerte.—Autopsia. . . . .	537
<i>Observacion LXVIII.</i> —Disenteria, albuminuria.—Muerte.—Autopsia. . . . .	539
<i>Observacion LXIX.</i> —Tifus abdominal, disenteria.—Muerte.—Autopsia. . . . .	540
VII. Etiologia. . . . .	541
VIII. Diagnóstico. . . . .	541
IX. Pronóstico. . . . .	541
X. Tratamiento. . . . .	542
CAP. X.—Atrofia crónica del higado. . . . .	545
I. Formas diversas. . . . .	545
i. Atrofia por lesion de la textura del higado; por compresion. . . . .	545
ii. Atrofia por impermeabilidad de los capilares, resultado de la inflamacion de la cápsula de Glisson. . . . .	548
<i>Observacion LXX.</i> —Atrofia crónica del higado, dilatacion de los ramos de la vena porta, úlcera en el piloro.—Muerte.—Autopsia. . . . .	549
iii. Atrofia consecutiva á la obliteracion de los capilares hepáticos por el pigmento ó á una ulceracion crónica del intestino. . . . .	554
<i>Observacion LXXI.</i> —Fiebre intermitente, anasarca, diarrea.—Muerte.—Autopsia. . . . .	554
<i>Observacion LXXII.</i> —Fiebre intermitente, hidrohemia, ascitis, diarrea.—Muerte.—Autopsia. . . . .	555
<i>Observacion LXXIII.</i> —Atrofia hepática, hidropesia, disenteria.—Muerte.—Autopsia. . . . .	556
<i>Observacion LXXIV.</i> —Disenteria crónica, atrofia del higado.—Muerte.—Autopsia. . . . .	557

Observacion LXXV.—Atrofia crónica, hernia, diarrea, ascitis é hidropesia general.—Muerte.—Autopsia.. 559

iv. Atrofia por obliteracion de la vena porta. . . . . 561

Observacion LXXVI.—Disnea intensa, esputos sanguinolentos, murmullo sistólico en la arteria pulmonar, ascitis, hemorragia gástrica é intestinal.—Muerte.—Autopsia. . . . . 561

Observacion LXXVII.— Hemorragia del estómago y del intestino.— Muerte.—Autopsia.. . . . 563

- II. Sintomas. . . . . 567
III. Pronóstico. . . . . 568
IV. Diagnóstico. . . . . 568
V. Tratamiento. . . . . 569

CAP. XI.—Hipertrofia del hígado.

- I. Historia. . . . . 570
II. Patogenia. . . . . 570
III. Causas. . . . . 571
1.º Destrucion de una parte de la glándula consecutivamente á un trabajo de exudacion cuya naturaleza puede variar. . . . . 572
2.º Diabetes sacarina. . . . . 572
3.º Leucemia. . . . . 574
4.º Residencia en climas cálidos y paises pantanosos. . . . . 575
5.º Causas desconocidas. . . . . 576

CAP. XII.—Producciones patológicas de nueva formacion; tumores del hígado.

- ART. I.—TUMORES ERÉCTILES DEL HÍGADO. . . . . 577
ART. II.—TUBÉRCULOS DEL HÍGADO. . . . . 580
ART. III.—PRODUCCIONES LINFÁTICAS DE NUEVA FORMACION.. . . . 581
ART. IV.—TUMORES ADENOIDEOS DEL HÍGADO. . . . . 582

Observacion LXXVIII.—Hipertrofia y deformacion tuberiforme del hígado.—Fuerzas y nutricion integras durante largo tiempo.—Ictericia.—Tumor adenoideo del hígado. . . . . 582

- ART. V.—QUISTES DEL HÍGADO. . . . . 595
ART. VI.—HIDÁTIDES, EQUINOCOCOS DEL HÍGADO.. . . . 595
I. Historia. . . . . 595
II. Historia natural médica. . . . . 596
III. Composicion química. . . . . 600
IV. Relaciones de los equinococos con el parénquima hepático. . . . . 601
V. Modificaciones impresas por el tiempo á los caracteres de los equinococos. . . . . 604

- VI. Sintomas. . . . . 609
VII. Duracion y terminaciones. . . . . 616
VIII. Diagnóstico. . . . . 616
IX. Complicaciones. . . . . 619
X. Pronóstico. . . . . 620
XI. Etiologia. . . . . 621
XII. Tratamiento. . . . . 622
1.º Puncion simple. . . . . 622
2.º Puncion capilar con aspiracion. . . . . 624
3.º Puncion seguida de inyeccion de agua, de tintura de iodo, etc. . . . . 625
4.º Abertura del quiste hidatidico por los cáusticos. . . . . 627
5.º Acupuntura múltiple. . . . . 628

Table with multiple columns of names and numbers, including entries like GISSORS, ERAGNY, SERLIFONTAINE, AMSCOTT-JANK, NEUBRANDER, GOURNAY-FER, NIEMES, GISSORS, RHEISS, NEUFMARCHÉ, SERLIFONTAINE, ERAGNY, GISSORS, TRAIN'S (jours), GISSORS, GISSORS, GISSORS, ROEN.

6.º Incision. . . . .	628
7.º Electrología. . . . .	629
XIII. Observaciones. . . . .	632
<i>Observacion LXXIX.</i> —Equinococo del pulmony del hígado, rotura del quiste hepático.—Muerte.—Autópsia. . . . .	632
<i>Observacion LXXX.</i> —Contusion de la region hepática, tumor ovoideo debajo de las costillas falsas, evacuacion por las deposiciones de vesiculas de equinococos.—Curacion lenta. . . . .	635
<i>Observacion LXXXI.</i> —Contusion del hipocondrio derecho, tumor del hígado que invadia el torax, expectoracion purulenta.—Muerte.—Autópsia. . . . .	636
<i>Observacion LXXXII.</i> —Tumor fluctuante del hígado, aspecto caquéc-tico, puncion.—Curacion lenta. . . . .	638
ART. VII.—EQUINOCOCO MÚLTIPLE, EQUINOCOCO MULTILOCULAR DEL HÍGADO. . . . .	640
I. Historia. . . . .	640
II. Historia natural médica. . . . .	641
III. Asiento. . . . .	643
IV. Etiología. . . . .	644
V. Sintomatología. . . . .	644
VI. Diagnóstico. . . . .	646
VII. Terminaciones. . . . .	647
VIII. Tratamiento. . . . .	647
ART. VIII.—PENTASTOMA DENTICULADO DEL HÍGADO ( <i>Pentastoma denticulatum</i> ). . . . .	647
I. Historia. . . . .	647
II. Historia natural médica. . . . .	648
III. Asiento. . . . .	649
ART. IX.—CÁNCER DEL HÍGADO. . . . .	649
I. Historia. . . . .	649
i. Parenquima hepático. . . . .	652
ii. Aparato vascular. . . . .	654
iii. Venas hepáticas. . . . .	656
iv. Conductos biliares. . . . .	658
v. Envoltura serosa del hígado. . . . .	658
1.º Fungus hematodes. . . . .	661
2.º Cáncer melánico. . . . .	662
3.º Cáncer cístico. . . . .	662
4.º Cáncer alveolar ó gelatinoso. . . . .	665
5.º Cáncer epitelial. . . . .	665
II. Desarrollo y curso. . . . .	666
III. Etiología. . . . .	669
IV. Sintomatología. . . . .	670
i. Síntomas en general. . . . .	670
ii. Desarrollo, frecuencia é importancia de cada síntoma en parti-cular. . . . .	672
1.º Estado del hígado. . . . .	672
2.º Ictericia. . . . .	675
3.º Ascitis. . . . .	675
4.º Estado del bazo. . . . .	674
5.º Alteraciones digestivas. . . . .	674
6.º Alteraciones de la respiracion. . . . .	674
7.º Cambios en la constitucion y el aspecto exterior. . . . .	675

V. Duracion y curso. . . . .	676
VI. Pronóstico y diagnóstico. . . . .	677
VII. Tratamiento. . . . .	680
VIII. Observaciones. . . . .	681
1.º Cánceres primitivos de la sustancia del hígado. . . . .	681
<i>Observacion</i> LXXXIII.—Ictericia antigua, mas tarde fiebre intermitente tenaz, hidropesia, parálisis del brazo derecho, tumores en el epigastrio, alteraciones digestivas, anasarca —Muerte.—Autópsia. . . . .	681
<i>Observacion</i> LXXXIV.—Dispepsia, ictericia, tumor del hígado, diarrea, estenuacion.—Muerte.—Autópsia . . . . .	684
<i>Observacion</i> LXXXV.—Fiebre intermitente, trastornos digestivos, ictericia, tumor del hígado, ascitis.—Muerte.—Autópsia. . . . .	685
<i>Observacion</i> LXXXVI.—Tos, disnea, síntomas de tisis, hígado abollado y doloroso, bazo tumefacto, ascitis, puncion.— Muerte.—Autópsia . . . . .	687
<i>Observacion</i> LXXXVII.—Tumor doloroso en el hipocondrio derecho y en el epigastrio; alteraciones digestivas, pleuresia.—Muerte.—Autópsia. . . . .	689
<i>Observacion</i> LXXXVIII.—Alteraciones digestivas, hígado tumefacto, colapso rápido.—Muerte.—Autópsia. . . . .	691
<i>Observacion</i> LXXXIX.—Alteraciones digestivas, ictericia ligera, hígado enorme sembrado de tumores fluctuantes, ascitis, colapso.—Muerte.—Autópsia. . . . .	696
<i>Observacion</i> XC.—Dolores en el hipocondrio izquierdo y tumor duro, otro tambien considerable en el derecho.—Muerte repentina.—Autópsia. . . . .	699
<i>Observacion</i> XCI.—Alteraciones digestivas, tumefaccion considerable del hígado, ascitis, ligera ictericia, aplanamiento rápido.—Muerte.—Autópsia. . . . .	701
<i>Observacion</i> XCII.—Trastornos gástricos, ascitis, tumores abollados apreciables al través de la pared abdominal, disnea.—Muerte.—Autópsia. . . . .	702
<i>Observacion</i> XCIII.—Alteraciones digestivas, hematómesis y deposiciones sanguinolentas, edema de los piés, tumores en el epigastrio y en el hipocondrio izquierdo —Muerte.—Autópsia. . . . .	704
<i>Observacion</i> XCIV.—Dolores de estómago, vómitos; peritonitis por perforacion.—Muerte.—Autópsia. . . . .	706
<i>Observacion</i> XCV.—Dolores en el hipocondrio izquierdo, pérdida del apetito y de las fuerzas; tumores en el hipocondrio derecho y el epigastrio, edema de los piés, ascitis y derrame pleurítico.— Muerte.—Autópsia. . . . .	707
2.º Cánceres del hígado consecutivos á un cáncer de la cápsula de Glisson y del estómago . . . . .	709
<i>Observacion</i> XCVI.—Dolores repetidos en el epigastrio y las regiones lumbares, alteraciones gástricas, ictericia, tumor del hígado, edema de los piés, pérdida de fuerzas, delirio —Muerte.—Autópsia. . . . .	709
<i>Observacion</i> XCVII.—Alteraciones digestivas, vómitos, al principio sanguinolentos, luego negros, ictericia, tumor en el epigastrio.—Muerte.—Autópsia. . . . .	710
3.º Cáncer del hígado consecutivo á un cáncer del recto. . . . .	712
<i>Observacion</i> XCVIII.—Cáncer del recto, sin síntomas de cáncer del	

hígado.—Muerte.—Autopsia. . . . .	712
4.º Cáncer del hígado consecutivo á un cáncer de los ovarios. . . . .	714
<i>Observacion</i> XCIX.—Dispepsia, ictericia, tumores en la pélvis, hígado voluminoso y abollado.—Muerte.—Autopsia. . . . .	714
5.º Cáncer del hígado consecutivo á un cáncer del cerebro. . . . .	716
<i>Observacion</i> C.—Herida de la cabeza, apatía, caída del párpado, hemiplegia del lado izquierdo, parálisis del cerebro.—Autopsia . . . . .	716
6.º Cáncer del hígado consecutivo á un cáncer de la piel del talon. . . . .	718
<i>Observacion</i> CI.—Cáncer reproducido en el talon izquierdo, caquexia.—Muerte.—Autopsia. . . . .	718
ART. X.—MIXOMA DEL HÍGADO. . . . .	719
<i>Observacion</i> CII. . . . .	720
ART. XI.—ENFISEMA DEL HÍGADO. . . . .	722
I. Causas. . . . .	722
II. Diagnóstico. . . . .	723

## LIBRO II.—ENFERMEDADES DE LA ARTERIA HEPÁTICA.

ART. I.—HIPERTROFIA DE LA ARTERIA HEPÁTICA. . . . .	724
ART. II.—OBSTRUCCION DE LA ARTERIA HEPÁTICA. . . . .	724
ART. III.—OBLITERACION Y ANEURISMA DE LA ARTERIA HEPÁTICA . . . . .	725
<i>Observacion</i> CIII. . . . .	726
<i>Observacion</i> CIV. . . . .	727

## LIBRO III.—ENFERMEDADES DE LA VENA PORTA.

ART. I.—CONCRECIONES SANGUÍNEAS É INFLAMACION DE LA VENA PORTA (TROMBOSIS DE LA VENA PORTA, PILIFLEBITIS ADHESIVA). . . . .	732
I. Etiología. . . . .	732
1.º Debilidad de la circulacion, disminucion en la energia del centro cardiaco, marasmo. . . . .	733
2.º Perturbacion local que sobreviene en el curso de la sangre consecutivamente á las enfermedades del hígado. . . . .	735
<i>Observacion</i> CV. . . . .	736
<i>Observacion</i> CVI. . . . .	736
<i>Observacion</i> CVII. . . . .	737
<i>Observacion</i> CVIII. . . . .	737
<i>Observacion</i> CIX. . . . .	737
<i>Observacion</i> CX. . . . .	738
<i>Observacion</i> CXI. . . . .	738
3.º Compresion de la vena porta debajo del hígado por tejido contráctil y tumores de diversas especies. . . . .	739
<i>Observacion</i> CXII.—Contusion en el epigastrio, dolores vivos y persistentes, vientre y venas abdominales dilatadas, hígado pequeño, ascitis; puncion, reproduccion de la ascitis.—Muerte.—Autopsia. . . . .	740
<i>Observacion</i> CXIII. . . . .	744
II. Síntomas. . . . .	745
III. Diagnóstico. . . . .	746
IV. Tratamiento. . . . .	746
ART. II.—ALTERACION DE LA VENA PORTA. . . . .	747

ÍNDICE DE MATERIAS.

901

ART. III.—DILATACION DE LA VENA PORTA. . . . .	747
I. Causas. . . . .	747
II. Síntomas. . . . .	747
<i>Observacion</i> CXIV. . . . .	748
ART. IV.—OSIFICACION DE LA VENA PORTA. . . . .	748
ART. V.—ROTURA DE LA VENA PORTA. . . . .	749
<i>Observacion</i> CXV.—Alteraciones digestivas, calambres de estómago, abuso de los alcohólicos; sensacion de rotura en el epigastrio; signos de hemorragia interna.—Muerte.—Autopsia. . . . .	750
ART. VI.—INFLAMACION PURULENTA DE LA VENA PORTA (PHLEBITIS SUPURATIVA). . . . .	752
I. Etiología. . . . .	754
<i>Observacion</i> CXVI. . . . .	754
<i>Observacion</i> CXVII. . . . .	758
<i>Observacion</i> CXVIII. . . . .	759
<i>Observacion</i> CXI. . . . .	761
<i>Observacion</i> CXX. . . . .	760
<i>Observacion</i> CXXI. . . . .	761
<i>Observacion</i> CXXII. . . . .	765
<i>Observacion</i> CXXIII. . . . .	764
<i>Observacion</i> CXXIV. . . . .	764
<i>Observacion</i> CXXV. . . . .	764
<i>Observacion</i> CXXVI. . . . .	765
<i>Observacion</i> CXXVII. . . . .	765
<i>Observacion</i> CXXVIII.—Dilatacion de los conductos biliares intra-hepáticos. Inflamacion supurativa ó consecutiva de la vena porta.—Muerte. . . . .	766
<i>Observacion</i> CXXIX. . . . .	767
II. Síntomas. . . . .	768
Desarrollo, frecuencia y valor diagnóstico de cada uno de los síntomas. . . . .	769
1.º Dolor. . . . .	769
2.º Estado del hígado. . . . .	769
3.º Estado del bazo. . . . .	769
4.º Ictericia. . . . .	770
5.º Funciones del estómago y de los intestinos. . . . .	770
6.º Fiebre y otros síntomas generales. . . . .	779
III. Diagnóstico. . . . .	771
1.º Trombosis de la vena porta. . . . .	772
2.º Abscesos del hígado. . . . .	772
3.º Obstruccion de las vías biliares por cálculos. . . . .	772
4.º Fiebres intermitentes. . . . .	772
IV. Pronóstico y tratamiento. . . . .	775

LIBRO IV.—ENFERMEDADES DE LAS VENAS HEPÁTICAS.

CAP. I.—Dilatacion de las venas hepáticas.—Flebitis hepática. . . . .	774
CAP. II.—Inflamacion de las venas hepáticas.—Flebitis hepáticas. . . . .	775
ART. I.—FLEBITIS HEPÁTICA ADHESIVA. . . . .	775
<i>Observacion</i> CXXX.—Derrame abdominal doloroso y de curso rápido en un borracho; disnea, ictericia, puncion; reaparicion de la ascitis, . . . . .	

delirio.—Muerte.—Autópsia. . . . .	775
ART. II.—FLEBITIS REPÁTICA SUPURATIVA. . . . .	779
Observacion CXXXI. — Herida grave en la cabeza por una caída, delirium tremens, gangrena de la herida, escalofrios repetidos, tumefaccion del bazo, ictericia —Muerte.—Autópsia. . . . .	779

## LIBRO V.— ENFERMEDADES DE LAS VÍAS BILIARES.

CAP. I.—Inflamacion de los conductos biliares. . . . .	784
ART. I.—CATARRO DE LAS VÍAS BILIARES. . . . .	784
I. Causas. . . . .	785
II. Síntomas y curso. . . . .	786
III. Diagnóstico. . . . .	787
IV. Tratamiento. . . . .	788
V. Observaciones. . . . .	789
Observacion LXXXII. — Emocion durante el flujo ménstruo, síntomas de catarro gástrico, ictericia, decoloracion de las materias fecales, que volvieron al estado normal en algunos dias por el uso del ruibarbo y del carbonato de sosa.—Fiebre intermitente que cedió á la quinina.—Curacion. . . . .	789
Observacion CXXXIII. — Recidivas de fiebre intermitente, sensacion de peso y opresion en el epigastio y el hipocondrio derecho durante muchas semanas; ictericia, que persistió á pesar del uso del ácido benzóico, de un emético, del ruibarbo unido al carbonato de sosa, del agua régia, etc. Esta ictericia desapareció bajo la influencia del agua de Carlsbad, despues de haber durado quince semanas. . . . .	790
Observacion CXXXIV.—Fiebre intermitente curada por la quinina, urticaria, ictericia con deposiciones, ora pálidas, ora coloreadas; hemorragias intestinales y gástricas profusas, persistentes; edema de los piés, ascitis —Muerte por estenuacion. . . . .	791
ART. II.—INFLAMACION EXUDATIVA DE LAS VÍAS BILIARES. . . . .	794
I. Causas. . . . .	794
Observacion CXXXV. . . . .	796
1.º Perforacion y derrame de bilis en la cavidad abdominal. . . . .	797
2.º Comunicacion de la vejiga biliar con el duodeno, el cólon ó la region pilórica del estómago, y abertura al exterior á través de las paredes abdominales. . . . .	797
3.º Formacion de abscesos del hígado. . . . .	797
Observacion CXXXVI. — Dolor en el costado derecho, fiebre, estreñimiento, vómitos de materias amargas y verdosas, tos y expectoracion de moco; aumento de los dolores en la region del hígado, roce pleurítico, vómitos frecuentes, estenuacion.—Muerte.—Autópsia. . . . .	798
4.º Supuracion de las vías biliares. . . . .	800
Observacion CXXXVII. . . . .	801
II. Síntomas. . . . .	802
III. Tratamiento. . . . .	805
Observacion CXXXVIII.—Síntomas de tífus abdominal, al décimotercero día vómitos de materias biliosas, al décimoquinto abultamiento doloroso de la vejiga, nada de ictericia; antiflogísticos locales,	

	disminucion del volúmen y de la sensibilidad del tumor; anemia muy pronunciada, convalecencia larga. . . . .	805
<b>CAP. II.—Estrechez y obliteracion de las vías biliares.</b>		805
I. Causas.		805
II. Síntomas, tratamiento.		807
<b>CAP. III.—Dilatacion de las vías biliares.</b>		808
I. Causas..		808
<i>Observacion CXXXIX.</i>		809
II. Síntomas, curso, tratamiento..		812
<b>CAP. IV.—Dilatacion, hidropesía de la vejiga biliar (<i>Hydrops cystidis felleæ</i>).</b>		815
I. Causas..		815
<i>Observacion CXL.</i>		814
<i>Observacion CXLI.—Dolores en el hipocondrio derecho, fiebre, tumor en la region de la vejiga. Tratamiento por los antiflogísticos locales.</i>		815
<i>Observacion CXLII.—Dolores en la region del hígado, demacracion, diarrea, fiebre héctica, nada de ictericia —Muerte.—Autopsia.</i>		816
II. Diagnóstico.		817
III. Tratamiento.		818
<b>CAP. V.—Producciones patológicas de nueva formacion en las vías biliares.</b>		819
ART. I.—TUBÉRCULOS DE LAS VÍAS BILIARES.		819
ART. II.—CÁNCER DE LAS VÍAS BILIARES.		819
§ 1. <i>Cánceres de la vejiga biliar.</i>		819
I. Síntomas..		819
II. Diagnóstico..		821
III. Tratamiento.		821
§ 2. <i>Cáncer del conducto colédoco.</i>		822
<b>CAP. VI.—Cuerpos extraños de las vías biliares.</b>		825
ART. I.—ASCÁRIDES LUMBRICÓIDES..		825
I. Patogenia.		825
II. Síntomas.		827
III. Pronóstico, tratamiento.		827
ART. II.—TÉNIAS.		828
ART. III.—VESÍCULAS DE EQUINOCOS.		828
I. Distoma hepático y distoma lanceolado..		828
II. Distoma hematobio.		851
III. Cuerpos oviformes.		855
ART. IV.—CÁLCULOS BILIARES.		855
I. Historia.		855
II. Composicion química.		855
i. Colesterina.		855
ii. Materias colorantes de la bilis.		855
1.º Colepírrina.		855
2.º Combinacion de tierra calcárea con la colepírrina.		856
3.º Coleclorina.		857
4.º Materias colorantes biliares modificadas.		857
iii. Acidos biliares y sales que forman con la cal.		857
1.º Glicocolato de cal.		858
2.º Colato de cal.		858
iv. Acidos grasos y jabones..		858
1.º Acidos grasos libres.		858

2.º Margarato de cal. . . . .	858
v. Moco y epitelio. . . . .	859
vi. Acido úrico. . . . .	859
vii. Sustancias inorgánicas. . . . .	840
1.º Oxidos metálicos. . . . .	840
2.º Tierras. . . . .	841
3.º Sales alcalinas de potasa y de sosa. . . . .	842
III. Propiedades físicas. . . . .	845
i. Cantidad. . . . .	845
ii. Volúmen. . . . .	845
iii. Forma. . . . .	845
iv. Color. . . . .	844
v. Densidad. . . . .	844
vi. Estructura. . . . .	845
1.º Cálculos simples homogéneos. . . . .	846
2.º Cálculos compuestos con núcleos. . . . .	846
IV. Formacion de los cálculos biliares. . . . .	849
V. Destrucion de los cálculos biliares. . . . .	852
VI. Etiología. . . . .	852
1.º Edad. . . . .	852
2.º Sexo. . . . .	853
3.º Enfermedades del hígado y de las vías biliares. . . . .	853
4.º Vida sedentaria. . . . .	853
5.º Excesos en el régimen. . . . .	853
VII. Asiento. . . . .	854
1.º Cálculos biliares en el hígado y en los ramos del conducto hepático. . . . .	854
2.º Cálculos biliares del conducto hepático. . . . .	855
3.º Cálculos de la vejiga biliar y del conducto cístico. . . . .	855
4.º Cálculos del conducto colédoco. . . . .	857
VIII. Síntomas. . . . .	857
IX. Diagnóstico y pronóstico. . . . .	867
X. Tratamiento. . . . .	869
XI. Observaciones. . . . .	873
<i>Observacion CXLII.—Dolores cardíalgicos é ictericia, escalofrios y calor por accesos —Evacuacion de fragmentos del cálculo disgregado. —Curacion.</i> . . . .	873
<i>Observacion CXLIII.—Alteraciones digestivas, dolores en el epigastrio y el hipocondrio derecho; hígado tumefacto, vejiga dilatada.—Evacuacion de dos cálculos.—Curacion.</i> . . . .	875
<i>Observacion CXLIV.—Dolores violentos y periódicos en la region del hígado, ictericia ligera, vejiga tumefacta; violentos paroxismos de dolor. Obstrucciones del cuello de la vejiga por un cálculo.</i> . . . .	876
<i>Observacion CXLV.—Tuberculizacion pulmonar, hígado anfractuoso, vejiga muy dura.—Muerte.—Autópsia.</i> . . . .	876
<i>Observacion CXLVI.—Escalofrios repetidos, pero atípicos, ictericia, hematómesis, hígado tumefacto, deposiciones sanguinolentas.—Muerte —Autópsia.</i> . . . .	878
<i>Observacion CXLVII.—Parto reciente; fiebre, escalofrios, hígado abultado y doloroso, bazo tumefacto, diarrea, supuracion de las parótidas.—Muerte.—Autópsia.</i> . . . .	879

<i>Observacion CXLVIII.</i> —Dolores en el epigastrio y el hipocondrio derecho, ictericia, vómitos verdes, tumor piriforme en la region del hígado.—Evacuacion de arena biliar por las deposiciones —Curacion.	881
<i>Observacion CLIX.</i> —Ictericia ligera y tumefaccion del hígado, deposiciones dificiles.—Alivio por las aguas de Carlsbad.—Recidiva, sintomas de íleo.—Evacuacion de un cálculo del volúmen de una nuez.—Curacion.	881
<i>Observacion CL.</i> —Dolor intermitente en el hipocondrio derecho, ictericia, expulsion de una ténia, alivio. — Recidiva, tumor de la vejiga.—Curacion.	881
<b>CAP. VII.</b> — <b>Neuralgia hepática</b> ( <i>Neuralgie pleæus hepatici</i> ).	884
I. Causas.	884
<i>Observacion CLI.</i> —Accesos de dolores violentos en la region del hígado y del estómago, vómitos, ictericia, espasmos clónicos; repetition regular de los accesos; transformacion en neuralgia intercostal.	885
II. Tratamiento.	886

LIBRERIA EXTRANJERA Y NACIONAL DE BAILLY-BAILLIERE.

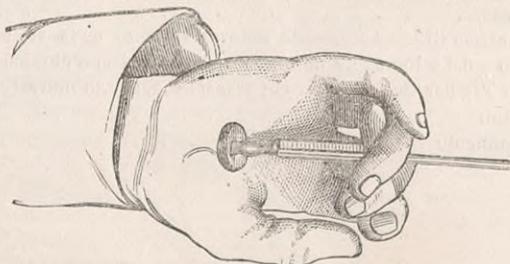
— Plaza de Sta. Ana, núm. 10, Madrid. —

TRATADO PRACTICO

DE LAS

## ENFERMEDADES DE LAS VIAS URINARIAS

Por Sir Henry THOMPSON, F. R. C. S., profesor de Clínica quirúrgica y cirujano en «University college Hospital,» Cirujano extraordinario de S. M. el Rey de los Belgas, *Fellow of University College*, individuo corresponsal de la Sociedad de cirugía de Paris, precedido de las **Lecciones clínicas sobre las Enfermedades de las vías urinarias** dadas en el «University College Hospital.»



Traducidas al castellano de la última edición francesa por D. P. LEON y LUQUE, antiguo interno de la Facultad de Madrid, Presidente del Cuerpo médico forense, condecorado con algunas distinciones por servicios médicos, etc., etc. Madrid, 1877. Un magnífico tomo en 8.º prolongado, ilustrado con 280 figuras intercaladas en el texto. Precio: 15 pesetas en Madrid y 16 pesetas y 50 cént. en provincias, franco de porte.

**Principios de Terapéutica general**, ó el Medicamento estudiado bajo los puntos de vista fisiológico, posológico y clínico: por J. B. FONSSAGRIVES; traducido al castellano por D. C. M. Cortezo, ex-catedrático de número por oposicion, médico decano del Hospital de la Princesa, vice-presidente de la Academia médico quirúrgica española, etc. Madrid, 1877. Un magnífico tomo en 8.º prolongado. Precio: 5 pesetas en Madrid y 5 pesetas y 50 cént. en provincias, franco de porte.

**Tratado de las Enfermedades del corazon**, escrito en alemán por A. FRIEDREICH, profesor de la Universidad de Heidelberg; version española de Ramon Serret y Comin, doctor en Medicina y Cirugia, redactor de *El Siglo Médico*, ex-médico segundo, por oposicion, del cuerpo de Sanidad Militar, socio de número de la Academia Médico Quirúrgica Española, corresponsal del Instituto Médico-Valenciano y de la Sociedad de Ciencias médicas de Lisboa, etc. Madrid, 1877. Un tomo en 8.º con grabados intercalados en el texto. Precio: 5 pesetas en Madrid y 5,50 en provincias, franco de porte.

Esta obra del Profesor de Heidelberg no necesita elogios; solo nos limitaremos á decir, que una monografía como esta sobre las *Enfermedades del corazon*, era una necesidad para el Médico práctico; así que nos hemos apresurado á mandarla verter al castellano.

**Tratado de Inyecciones subcutáneas de efecto local**. Método de tratamiento aplicable á las neuralgias, á los puntos dolorosos, al bocio, á los tumores, etc.: por el doctor A. LUTON, profesor de patologia externa en la Escuela de Medicina de Reims, etc.; traduccion de D. E. M. Liciaga, médico-cirujano de la Universidad de Barcelona. Madrid, 1876. Un tomo en 4.º, 7 pesetas y 50 cént. en Madrid y 8,50 en provincias, franco de porte.

# COMENTARIOS TERAPÉUTICOS

DEL CODEX MEDICAMENTARIUS.

O sea **Historia de la acción fisiológica y de los efectos terapéuticos de los medicamentos** inscritos en la Farmacopea francesa: por ADOLFO GUBLER, profesor de Terapéutica en la Facultad de Medicina de París, médico del Hospital Beaujon, individuo de la Academia de Medicina (sección de Terapéutica y de Historia natural médica), vicepresidente de la Sociedad Botánica de Francia (1862 y 1863), de la Sociedad de Biología (1852), de la Sociedad de Terapéutica (1868), de la Sociedad de Hidrología médica (1873-1874), presidente de la Sociedad Médica de los hospitales de París. *Segunda edición*, revisada y aumentada; traducida por D. Antonio Villar Miguel y D. Angel Bellogin Aguasal, farmacéuticos, traductores del Codex, etc. Madrid, 1877. Un tomo en 8.º prolongado, 15 pesetas en Madrid y 16 en provincias, franco de porte.

La *Historia de la acción fisiológica y de los efectos terapéuticos de los medicamentos* no será nunca bastante estudiada por los Profesores de la ciencia de curar; y no puede ser buen Práctico el que no conozca a fondo las virtudes de un medicamento. Asimismo el Farmacéutico no puede preparar los medicamentos sin tener un conocimiento profundo de su valor. Pues bien, la obra que anunciamos, y lo decimos en voz alta, es indispensable a todos los médicos y farmacéuticos.

**Tratado teórico y práctico de la Sífilis, ó Infección purulenta sifilítica.** Por ARMANDO DESPRÉS, cirujano del Hospital-Cochin, profesor agregado de la Facultad de Medicina de París, etc., etc. Madrid, 1876. Un tomo en 8.º, 6 pesetas en Madrid y 7 en provincias, franco de porte.

**Estudios generales y prácticos sobre la Tisis:** por M. PIDOUX, socio de la Academia de Medicina, etc.; vertidos al castellano por D. Pablo Leon y Luque, antiguo interno de la Facultad de Medicina de Madrid, etc. —La Facultad de Medicina de París ha adjudicado a esta obra el premio de **10.000 francos**, fundado por el doctor Lacaze para el mejor trabajo sobre la Tisis. —Madrid, 1873. Un tomo en 8.º, 10 pesetas en Madrid y 11 en provincias, franco de porte.

**Tratado de la Impotencia y de la Esterilidad en el hombre y en la mujer**, que comprende la exposición de los medios recomendados para remediarlas: por el doctor D. Félix ROUBAUD. *Tercera edición*, puesta al nivel de los progresos más recientes de la ciencia. Traducida al castellano por el doctor D. Francisco Santana y Villanueva, antiguo disector anatómico y profesor clínico de la Facultad de medicina de la Universidad central. Madrid, 1877. Un tomo en 8.º prolongado. Precio: 10,50 pesetas en Madrid y 11,50 en provincias, franco de porte.

La obra del doctor Roubaud, de la que se han agotado ya dos numerosas ediciones y acaba de ver la luz pública la tercera, es una obra concienzuda, *seria*, basada puramente en la ciencia; y como en España no tenemos ninguna que trate científicamente sobre materias que atañen tan de cerca al bienestar y a la salud de las familias, no hemos titubeado en ofrecer a los Profesores del arte de curar una obra que se recomienda por la importancia que encierra.

Esta obra está escrita en un lenguaje al par que sencillo honesto; así que todo el mundo puede leerla sin ruborizarse, y hace que los extraños a la ciencia puedan estudiar esta materia tan delicada y espinosa de por sí en beneficio propio y de la humanidad en general.

**Compendio de Patología general:** por Ern. UHLE y WAGNER; traducido directamente de la quinta edición alemana y anotado por Alejandro San Martín Satrustegui. Madrid, 1873. Un tomo, 12 pesetas en Madrid y 13 en provincias, franco de porte.

## NUEVO MANUAL DE MEDICINA HOMEOPÁTICA

*Primera parte*: Manual de materia médica, ó Resúmen de los principales efectos de los medicamentos homeopáticos, con indicacion de las observaciones clínicas. — *Segunda parte*: Repertorio terapéutico y sintomatológico, ó Tablas alfabéticas de los principales síntomas de los medicamentos homeopáticos con avisos clínicos: por G. H. G. JAHN. Traducido del francés al castellano de su última edición por D. Pedro Rino y Hurtado, medico homeopata. — *Tercera edición* española. Madrid, 1876. Cuatro tomos en 12.º, 20 pesetas en Madrid y 24 en provincias. franco de porte.

**Elementos de Medicina práctica** con el tratamiento homeopático de cada enfermedad: por el doctor P. JOUSSET, presidente de la Sociedad médica homeopática de Francia, etc.; traduccion hecha al castellano, anotada y cuidadosamente corregida por el decano de los Homeopatas españoles D. Pedro Rino y Hurtado, doctor en medicina y cirugía, etc., etc. Madrid, 1869. Tomo único, 15 pesetas en Madrid y 16 en provincias, franco de porte.

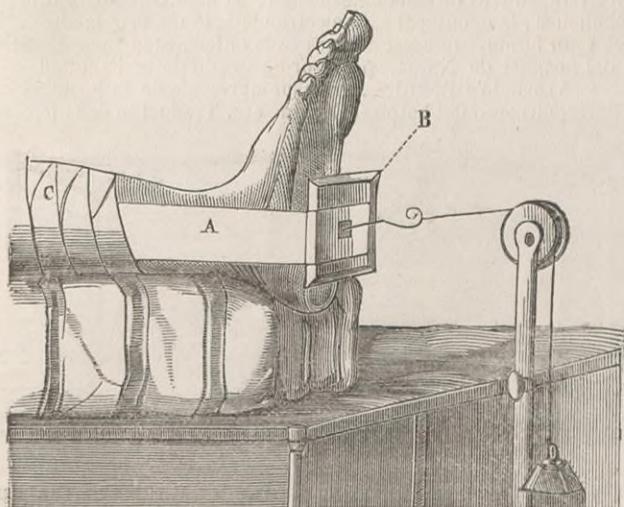
**Formulario Patogenético usual**, ó Guia homeopática para tratar por sí mismo las enfermedades: por J. PROST-LACUZON. *Cuarta edición*, corregida y aumentada; traducida al castellano por el doctor D. Pedro Rino y Hurtado. Madrid, 1873. Un tomo en 12.º: en rústica, 6 pesetas en Madrid y 7 pesetas en provincias, franco de porte.

**Medicina homeopática doméstica**, ó Guia de las familias para que sus individuos puedan tratarse por sí mismos homeopáticamente en la mayoría de casos, y en los urgentes y graves prestar auxilios eficaces a los enfermos hasta la llegada de un médico homeopata: por el doctor C. HERING de Filadelfia. *Novena edición* española, arreglada a la última edición publicada por el mismo autor (y que difiere en mucho de las anteriores), y a la cuarta edición francesa; traducida al español, revisada, corregida, anotada y considerablemente aumentada, por D. Angel Alvarez de Araujo y Quellar, miembro honorario de la Sociedad médica homeopática de Francia. La parte aumentada contiene: una breve exposicion de las doctrinas médicas; nociones generales de higiene; noticias sobre el clima de las Antillas y Filipinas; reglas higiénicas y de aclimatacion, que deben observarse en las mismas por los europeos, alimentos que les son permitidos y prohibidos estando enfermos; tratamiento que conviene seguir en las enfermedades mas temibles de aquellos países, de la América en general, Asia y costa de Africa, y en algunos otros casos de enfermedades comunes en ciertas provincias de España, como son la *suelle*, etc.; antropología, temperamentos y medicamentos que les son apropiados, así como a las diferentes edades y sexo: profilaxis de las enfermedades hereditarias. *Obra única en su clase*. Madrid, 1873. Un volumen en 8.º, de más de 790 páginas, 6 pesetas en Madrid y 7 en provincias, franco de porte.

**Tratado elemental de Higiene privada y pública**: por A. BECQUEREL, profesor agregado de la facultad de Medicina, médico de los hospitales de Paris. Con adiciones y bibliografias por el doctor E. BEAUGRAND, subbibliotecario de la Facultad de Medicina de Paris, miembro del Comité de redaccion de los Anales de higiene, etc.; traducido de la última edición francesa y considerablemente anotado por el doctor D. Joaquin Olmedilla y Puig, farmacéutico, médico, licenciado en ciencias físicas, etc. Madrid, 1873. Un tomo en 8.º mayor: en rústica, 12 pesetas y 50 céntimos en Madrid y 13 pesetas y 50 cént. en provincias, franco de porte.

# ANUARIO DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS PARA 1877.

Resúmen de los trabajos prácticos mas importantes publicados en 1876: por  
D. Estéban SANCHEZ DE OCAÑA, doctor en medicina y cirugía, catedrático



de la Facultad de Medicina de la Universidad central, etc. Madrid, 1877. Un tomo en 8.<sup>o</sup>, ilustrado con 27 grabados intercalados en el texto, 6 pesetas en Madrid y 7 en provincias, franco de porte.

Esta obra puede considerarse como el verdadero **TESORO** del Médico práctico; pues en un pequeño volumen encuentra todo lo nuevo y lo mas importante que se ha publicado en el mundo médico de todas las naciones y que se halla diseminado en miles de publicaciones periódicas.

**Atlas de las Enfermedades venéreas y sífilíticas.** Obra original de D. José DIAZ BENITO y ANGULO, doctor en Medicina y Cirugía, ex-primer ayudante por oposicion del cuerpo de Sanidad militar, condecorado con las cruces de las reates y distinguidas órdenes de Carlos III, de Isabel la Católica y con la de Beneficencia de segunda clase, sócio de mérito de la Academia médico-quirúrgica madrileña, corresponsal de la Real de Castilla, de la Real de Nápoles, de la de Lisboa, de la Cesaraugustana y otras nacionales y extranjeras. — Las 90 láminas de que se compone este Atlas están calçadas é impresas en colores sobre las fotografías sacadas de los modelos hechos sobre el natural por el mismo autor, cuya coleccion tiene en su gabinete anatómico. *Segunda edicion.* Madrid, 1873. Un tomo en 4.<sup>o</sup> mayor.

**PRECIO DE LA OBRA POR SUSCRICION.** — La nueva reimpression constará de 10 entregas. Cada entrega de 9 láminas, perfectamente iluminadas con su texto correspondiente, al precio de 5 pesetas en Madrid y 5 pesetas 50 cént. en provincias, franco de porte.

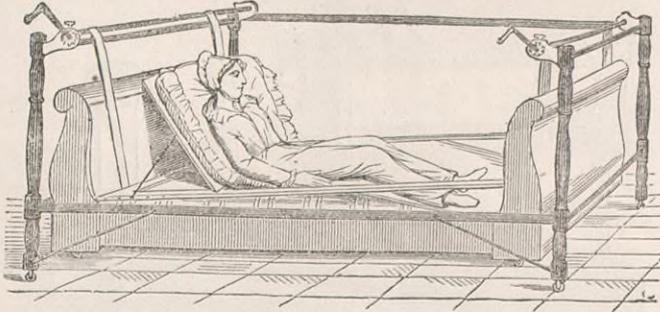
**NOTA.** — Para facilitar la adquisicion de obra tan recomendable establecemos una suscripcion permanente de una entrega al mes.

**Precio de la obra completa.** — Un tomo en 4.<sup>o</sup>, magníficamente encuadernado, lomo de sagren, con tela y el canto de arriba dorado, 62 pesetas y 50 cént. en Madrid y 67 pesetas y 50 cént. en provincias, franco de porte.

# DICCIONARIO DE MEDICINA Y DE TERAPEUTICA

MÉDICA Y QUIRÚRGICA.

Comprendiendo el resumen de toda la medicina y de toda la cirugía, las indicaciones terapéuticas de cada enfermedad, la medicina operatoria, los partos, la oculística, la odontecnia, la electricidad, la materia médica, las aguas minerales y un formulario especial para cada enfermedad: por E. BOUCHUT, médico del hospital de Niños, profesor agregado de la Facultad de Medicina, etc., y Armando DESPRES, profesor agregado de la Facultad de Medicina de Paris, cirujano del hospital Cochin, etc. Traducido de la *tercera edicion*



francesa y aumentado por D. Pedro Espina y Martinez, ex-alumno interno, premio extraordinario de la Facultad de Medicina de Madrid, médico por oposicion del Hospital General de Madrid, etc., y D. Antonio Espina y Capo, premio extraordinario de la Facultad de Medicina de Madrid (curso de 1872), médico por oposicion del Hospital General de Madrid, etc. Madrid, 1877. Un tomo en 4.º mayor, ilustrado con 906 figuras intercaladas en el texto. (*En prensa*).

*Esta gran publicacion constará de unos 12 cuadernos; cada cuaderno de 128 páginas con sus grabados correspondientes. Precio de cada uno: 2,50 pesetas en Madrid y 2,75 en provincias, franco de porte.*

**Saldrá un cuaderno mensual desde el 1.º de Enero de 1878.**

**Atlas de Anatomía patológica:** por el doctor LANCEREAUX, catedrático agregado a la Facultad de Medicina de Paris, jefe de clinica de la Facultad, médico de los hospitales de Paris, etc., y M. LACKERBAUER, dibujante y artista litógrafo; traducido del francés al castellano por D. Antonio Fernandez Carril, doctor en medicina y cirugía, médico de la Beneficencia municipal de Madrid é individuo de la Sociedad Anatómica Española y de otras Corporaciones científicas. Madrid, 1874. Un tomo en 4.º de unas 554 páginas de texto y de un magnífico *Atlas* de 60 láminas en color cromolitografiadas que contienen 570 figuras. Precio: 84 pesetas en Madrid y 90 en provincias, franco de porte.—Con encuadernacion de gran lujo, 106 pesetas en Madrid.

El estudio de la Anatomía patológica ha tomado cada dia mayor y más justificada importancia.

Al lado de las grandes obras de Cruveilhier y de Lebert, quedaba un hueco para una obrita mas manuable, redactada en forma didáctica y de manera que sirviera de guía á todos los profesores para sus trabajos anatómicos, y al discípulo en sus estudios.

El *Atlas* contiene nada menos que 570 figuras copiadas todas del natural por Lackerbauer, según los preparados de M. Lancereaux.

El mismo artista ha reproducido sus dibujos sobre la piedra por medio de la cromolitografía con una perfección que nada deja que desear.

Esta magnífico *Atlas*, único en su clase, consta de 60 preciosas láminas de color, acompañado de su texto correspondiente, y está dividido en 12 entregas y cada entrega contiene 5 láminas y su texto.

**Suscripción permanente**, un cuaderno de 5 láminas con su texto al mes, para facilitar la adquisición de esta indispensable obra.

**PRECIOS:** en *Madrid*, por cada entrega, 7 pesetas, y en *provincias*, 7 pesetas y 50 cént., franco de porte.

**Atlas completo de Anatomía quirúrgica-topográfica**, que puede servir de complemento a todas las obras de Anatomía quirúrgica, compuesto de 109 láminas que representan 162 figuras dibujadas del natural por M. Bion, y con texto explicativo por B.-J. BERAUD, cirujano y profesor agregado a la Maternidad de París, etc.; traducido al castellano por D. Estéban Sanchez de Ocaña, doctor en medicina y cirugía, etc.

Este magnífico *Atlas* consta de 109 láminas, acompañadas de su texto correspondiente, divididas en 110 entregas.

**Suscripción permanente:** un cuaderno de diez entregas al mes, para facilitar la adquisición de esta importante é indispensable obra.

**Precios:** en *Madrid*, por cada diez entregas, con láminas en negro, pagadas adelantadas, 5,25 pesetas; y en color, 10,50: en *provincias*, por cada diez entregas, con láminas en negro, pagadas adelantadas, 5,50 pesetas; y en color, 10,75 franco de porte, por el correo.

PRECIO DE LA OBRA COMPLETA.

Encuadernación de lujo con láminas en color. . . 130,50 pesetas.

— con láminas en negro. . . 72 —

**Nota.**— Este *Atlas* puede considerarse como complementario indispensable de la obra del doctor Creus: *Tratado elemental de Anatomía médico-quirúrgica*.

**Atlas de Oftalmoscopia** representando el estado normal y las modificaciones patológicas del fondo del ojo, visibles con el oftalmoscopio, compuesto de 12 láminas que contienen 59 figuras estampadas en cromolitografía, acompañadas de su texto explicativo y dibujadas del natural, por el doctor Ricardo LIEBREICH. *Segunda edición*, aumentada. Traducido al español, completado con una *Introducción* sobre el oftalmoscopio y el modo de facilitar su manejo, con 26 grabados intercalados en el texto; por el doctor D. Francisco Delgado Jugo, antiguo jefe de la clínica oftalmológica del doctor Desmarres, de París, médico oculista de la Beneficencia municipal de Madrid y profesor de oftalmología. Precio: 30 pesetas en Madrid y 32,50 en provincias, franco de porte.

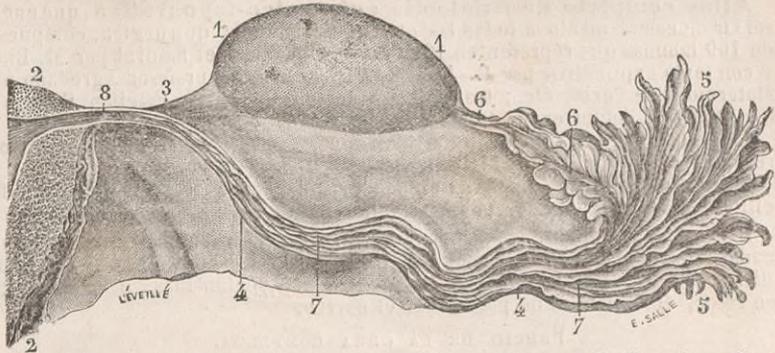
**Novísimo Formulario magistral**, precedido de una reseña sobre los hospitales de París, de generalidades acerca del arte de recetar, y seguido de un Compendio de las aguas minerales, naturales y artificiales, de un *Memorandum terapéutico*, y de nociones acerca de los contravenenos y auxilios que deben prestarse á los envenenados y asfixiados: por A. BOUCHARDAT; traducido y aumentado con más de 700 fórmulas nuevas, españolas y extranjeras; con una noticia de las principales aguas minerales de España, y con tablas de correspondencia entre los pesos medicinales españoles y los decimales; por el doctor D. Julian Casaña y Leonardo, catedrático de Farmacia en la Universidad de Barcelona. *Décimasexta edición*, notablemente adicionada y arreglada á la última edición francesa, y aumentada con el importante cuadro de las dosis del *Formulario* de Jeannel, y precedida de un Suplemento de 1876, por D. Manuel Ortega y Morejon, secretario general del cuerpo facultativo de Beneficencia municipal de Madrid. (Contiene unas 7000 recetas y un *Suplemento* hasta fin de Diciembre de 1876). Madrid, 1877.

Un tomo en 12.º, en rústica, 6 pesetas en Madrid y 7 en provincias, franco.

Por todo elogio de este *Formulario* dirémos que esta edición es la *décimasexta*, y que contiene todo lo nuevo hasta fin de diciembre de 1876. Ninguno la podido llegar á la perfección que ha alcanzado este de BOUCHARDAT, que es el clásico é indispensable en la práctica de todos los días.

## TRATADO DE ANATOMÍA DESCRIPTIVA

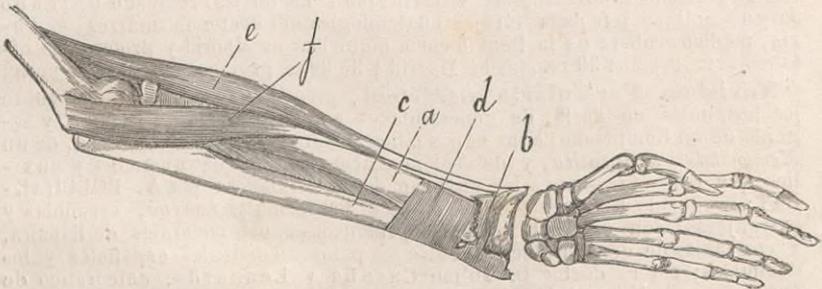
Con figuras intercaladas en el texto: por Ph. C. SAPPEY, catedrático de Anatomía de la facultad de Medicina de Paris y miembro de la Academia de medicina. *Segunda edición*, enteramente refundida. Traducida al castellano con exclusiva autorización del Autor, por D. Rafael Martínez y Molina, doctor



en medicina y cirugía y en ciencias naturales, etc., etc., y D. Francisco Santana y Villanueva, doctor en medicina y cirugía, etc., etc. Madrid, 1874-1875. Cuatro magníficos tomos en 8.º, ilustrados con 911 grabados en negro y en color intercalados en el texto: en rústica, 50 pesetas en Madrid y 54 en provincias, franco de porte.

## TRATADO ELEMENTAL DE ANATOMIA MEDICO-QUIRURGICA

O sea Anatomía aplicada á la Patología y á la Terapéutica médica y quirúrgica, á la Obstetricia y á la Medicina legal: por el doctor D. Juan CREUS, catedrático propietario de esta asignatura en la Facultad de medicina de la



Universidad de Granada, etc. *Segunda edición*, considerablemente aumentada y enriquecida con 1011 grabados intercalados en el texto. Madrid, 1872. Un magnífico tomo en 8.º, 21 pesetas en Madrid y 22 pesetas en provincias, franco de porte.

## DE LAS ENFERMEDADES DE LAS VIAS URINARIAS

Por Sir HENRY THOMPSON, F. R. C. S., profesor de Clinica quirúrgica y cirujano en «University college Hospital,» Cirujano extraordinario de S. M. el Rey de los Belgas, *Fellow of University College*, individuo corresponsal de la Sociedad de cirugía de Paris, precedido de las **Lecciones clinicas sobre las Enfermedades de las vias urinarias** dadas en el «University College Hospital.» Traducidas al castellano de la última edición francesa por D. P. LEON y LUQUE, antiguo interno de la Facultad de Madrid, Presidente del Cuerpo médico forense, condecorado con algunas distinciones por servicios médicos, etc., etc. Madrid, 1877. Un magnífico tomo de 934 páginas en 8.º prolongado, ilustrado con 280 figuras intercaladas en el texto. Precio: 15 pesetas en Madrid y 16 pesetas y 50 cént. en provincias, franco de porte.

### TRATADO CLINICO

## DE LAS ENFERMEDADES DE LAS MUJERES.

Por el doctor R. BARNES; traducido y anotado por los doctores Pulido, Velasco y Castillo, ilustrado con unas 170 figuras. (En prensa).

*Tratado de Anatomía descriptiva*, con figuras intercaladas en el texto: por Ph. C. SAPPEY, catedrático de Anatomía de la facultad de Medicina de Paris y miembro de la Academia de medicina. *Segunda edición*, enteramente refundida. Traducida al castellano con exclusiva autorización del Autor, por D. Rafael Martínez y Molina, doctor en medicina y cirugía y en ciencias naturales, etc., etc., y D. Francisco Santana y Villanueva, doctor en medicina y cirugía, etc. Madrid, 1874-75. Cuatro magníficos tomos en 8.º, ilustrados con 911 grabados en negro y en color intercalados en el texto: en rústica, 50 pesetas en Madrid y 54 en provincias, franco de porte.

*Tratado elemental de Fisiología humana*, por J. BECLARD, profesor agregado a la Facultad de Medicina de Paris, etc. Traducido de la última edición por los Señores D. Miguel de la Plata y Marcos, médico mayor de Sanidad por los Señores y D. Joaquín González Hidalgo, médico, ayudante en la Facultad, etc., etc., etc. de Madrid, etc., etc. *Tercera edición*, revisada y considerablemente aumentada.—Obra acompañada de 246 grabados intercalados en el texto. Madrid, 1877. Un tomo en 8.º mayor. Precio: 15 pesetas en Madrid y 16 en provincias, franco de porte.

La obra del Doctor y Catedrático de la Facultad de Paris J. BECLARD, reputada ya como clásica en Fisiología y adoptada como texto en todas las Universidades, es demasiado conocida para que tengamos necesidad de esforzarnos en elogiarla. Solo diremos que es el verdadero libro del estudiante y el que forma la base de la biblioteca del Profesor, por cuanto no pueden encontrar en un Manualito las materias tan extensamente tra-

RECQUEREL, profesor

afias por el

is, etc.;

tor

... a las neuralgias, á los puntos dolorosos, al bo-  
... etc.: por el doctor A. LUTON, profesor de patologia ex-  
... Escuela de Medicina de Reims, etc.; traduccion de D. E. M. Li-  
... médico-cirujano de la Universidad de Barcelona. Madrid, 1876. Un tomo  
en 4.º, 7 pesetas y 50 cént. en Madrid y 8,50 en provincias, franco de porte.

## TRATADO TEORICO Y PRACTICO DE LA SIFILIS

O Infeccion purulenta sifilitica. Por ARMANDO DESPRÉS, cirujano del Hospi-  
tal-Cochin, profesor agregado de la Facultad de Medicina de Paris, etc., etc.  
Madrid, 1876. Un tomo en 8.º, 6 pesetas en Madrid y 7 en provincias, franco  
de porte.

## CONDICIONES DE LA PUBLICACION. †

El *Tratado práctico de las Enfermedades del hígado, de los vasos hepáticos y de las vías biliares* constará de un magnífico tomo en 8.º mayor, ilustrado con 158 figuras intercaladas en el texto, y se publicará por cuadernos mensuales de 10 pliegos (160 páginas), al precio cada uno de 2 pesetas y 50 céntimos en Madrid y 2,75 en provincias, franco de porte.

Se ha repartido el primer cuaderno.

Se suscribe en la librería extranjera y nacional de D. Carlos Bailly-Baillière, plaza de Santa Ana, núm. 10, Madrid, y en todas las librerías del Reino.

## TRATADO ELEMENTAL DE PATOLOGÍA EXTERNA

Por E. FOLLÍN, profesor agregado á la Facultad de Medicina, y Simon DUPLAY, profesor agregado á la Facultad de Medicina; traducido del francés por D. José Lopez Díez, primer profesor del Instituto oftálmico, etc., D. Mariano Salazar y Alegret, profesor de número del hospital de la Princesa, etc., y D. Francisco Santana y Villanueva, profesor clínico de la Facultad de Medicina de la Universidad central, etc. Madrid, 1874-1877. Cinco magníficos tomos, ilustrados con gran número de figuras intercaladas en el texto.

Esta obra se publica por cuadernos de 10 pliegos. Cada cuaderno cuesta 2 pesetas 50 céntimos en Madrid, y 2 pesetas 75 céntimos en provincias, franco de porte.

Se han repartido:

Tomo I, en 8.º prolongado con 80 figuras. En rústica: 12 pesetas y 50 cent. en Madrid y 13 pesetas y 50 cent. en provincias, franco de porte.

Tomo II, en 8.º prolongado con 226 figuras. En rústica: 15 pesetas y 50 cent. en Madrid y 16 pesetas y 50 cent. en provincias, franco de porte.

Tomo III, en 8.º prolongado con 173 figuras. En rústica: 15 pesetas en Madrid y 16 en provincias, franco de porte.

Tomo IV, en 8.º con 198 figuras. En rústica: 14 pesetas y 50 cent. en Madrid y 15 pesetas y 50 cent. en provincias, franco de porte.

Tomo V, cuaderno primero, con 30 figuras, 3 pesetas 50 cent. en Madrid y 3 pesetas 75 cent. en provincias.

y 3 pesetas 25 cent. en el tercer cuaderno del tomo V.

ATENCIÓN.—La impresion de esta obra sigue con gran actividad á fin de concluirla á la mayor brevedad.

OTRA.—El Sr. D. Carlos Bailly-Baillière ha adquirido de los Autores y Editor el derecho exclusivo de traducir al castellano esta importante obra, cuyo mérito excusamos encarecer por ser ya muy conocida del mundo medical.

## TRATADO DE INYECCIONES SUBCUTANEAS

DE EFECTO LOCAL.

Método de tratamiento aplicable

á los tumores

externa en la

ciaga

por cuanto todas como en la obra de que nos ocupamos.

*Tratado elemental de Higiene privada y pública*: por A. BEAUGRAND, agregado de la facultad de Medicina, etc. Con adiciones y bibliografía. Dr. E. BEAUGRAND, sub-bibliotecario de la Facultad de Medicina de París, traducido de la última edición francesa y considerablemente anotado por el doctor D. Joaquin Olmedilla y Puig, farmacéutico, médico, licenciado en ciencias físicas, etc. Madrid, 1875. Un tomo en 8.º mayor: en rústica, 12 pesetas y 50 cent. en Madrid y 13 pesetas y 50 cent. en provincias, franco de porte.

*Estudios generales y prácticos sobre la Tisis*: por M. PIDOUX, socio de la Academia de Medicina, etc.; vertidos al castellano por D. Pablo Leon y Luque, antiguo interno de la Facultad de Madrid, etc.—La Facultad de Medicina de París ha adjudicado á esta obra el premio de 10,000 francos, fundado por el doctor Lacaze para el mejor trabajo sobre la Tisis. Madrid, 1873. Un tomo en 8.º, 10 pesetas en Madrid y 11 en provincias, franco de porte.