

No es difícil comprender despues de lo expuesto, por qué es tal dolencia más comun en la mujer que en el hombre (2 : 1) ; por qué lo es más en las edades avanzadas que en la juventud, y más propia de los que llevan una vida pacífica y sedentaria y que abusan del régimen azoadado, que de los que comen frugal y parcamente y pasan una vida activa y azarosa. Compréndese asimismo como han de facilitar el desarrollo de tal dolencia, las comidas sobradamente espaciadas (Dujardin-Beaumetz) y todas las enfermedades del estómago, del duodeno, del hígado y de las vías biliares, capaces de oponer directa ó indirectamente un obstáculo al libre curso de la secrecion biliar.

Que la colelithiasis tiene grandes relaciones de parentesco con el artritismo, que el abuso de aguas calcáreas puede facilitar su aparicion, que en su desarrollo influye poderosamente la herencia, es evidente, y aún en buena parte se explica por las breves consideraciones que dejamos escritas.

Sintomatología.— Consignada queda la posibilidad de que existan en la vejiga de la hiel uno ó más cálculos biliares, sin que den lugar á la más ligera incomodidad, como es tambien posible que estos cálculos sean expelidos y salgan al exterior en las evacuaciones, sin que experimente el sujeto el menor sufrimiento ; en cambio otros menos afortunados revelan de un modo muy expresivo su existencia y los trastornos á que dan lugar, en muy distintos síndromes.

Como cuerpo extraño, pugna la naturaleza por expeler el cálculo hepático, y las tentativas que hace para lograrlo, se traducen por el conjunto de síntomas que denominamos *cólico hepático*.

Cólico hepático.— Lo constituye el espasmo doloroso de las vías biliares, resultado de la migracion de los cálculos al través de las mismas. Por lo general se inicia de un modo brusco, poco despues de las comidas, al terminar la digestion gástrica y cuando comienza la intestinal, incitando la

corriente biliar hácia el duodeno; pero en algunas ocasiones va precedido de escalofríos, náuseas y peso en la region hepática, constituyendo esto sus prodromos. El dolor que lo caracteriza, agudo, dislacerante, adquiere desde el primer momento grandísima intensidad, pero decrece á veces para aumentar en seguida, revistiendo la forma paroxística; localízase especialmente en el epigastrio, en el hipocondrio derecho ó en el ombligo, desde donde se irradia al dorso, á la region inter-escapular y al brazo derecho. El enfermo expresa la acerbidad de sus sufrimientos con gritos, agitándose siempre, revolcándose por la cama en busca de una posicion que los atenúe; descompónese su semblante y se desencajan sus facciones; deprímese el pulso, conservando ó no su frecuencia, cubre un sudor frio la superficie cutánea, estallan violentos escalofríos, y en algunos casos márcanse en el lado derecho del cuerpo estados convulsivos, que se generalizan á veces, revistiendo carácter epileptiforme, con pérdida completa del conocimiento. Las náuseas y los vómitos alimenticios y de materiales mucosos y biliosos, son natural secuela del dolor, cuya duracion, por lo comun, no excede de seis ó diez horas, por más que en algunas ocasiones se prolongue durante algunos dias.

Durante el acceso no son posibles ni la percusion ni la palpacion, aun suaves, del hipocondrio derecho, en cuya region se nota, segun Peter, un aumento de temperatura de algunas décimas, si se la compara con la del hipocondrio izquierdo.

El dolor que se inició bruscamente cesa tambien de repente ó poco menos, significando acaso que el cálculo causante del espasmo logró alcanzar el intestino ó una region de las vías biliares, menos sensible ó más espaciosa (la vesícula biliar): expele el enfermo gran cantidad de orinas claras; á los agudos dolores sucede una sensacion de calma y de bienestar, que contrasta con el abatimiento y la concen-

tracion en que todavía se mantiene. En las horas siguientes, á medida que la reaccion sobreviene, aparece una ictericia, de intensidad variable, insignificante á veces, coincidiendo con un acceso de escasa violencia, y muy marcada, en cambio, cuando fué el cólico intenso y duradero, lo que permite sospechar que la retencion reconoce una causa puramente mecánica: la obstruccion del colédoco por el cálculo causante del ataque.

El examen de las primeras evacuaciones intestinales, hecho con la debida detencion, diluyéndolas para ello en agua y pasándolas por una criba, facilita el descubrimiento de los cálculos y deja completamente aclarado el diagnóstico. Muy pocas veces las concreciones son expelidas por vómito.

El cuadro sintomatológico trazado, aun cuando muy comun en los casos de colelithiasis, no constituye su exclusiva manifestacion. Aparte que en determinadas ocasiones no reviste el acceso la intensidad descrita, ni alcanza la duracion que hemos señalado, revélase en otras por unos ataques gastrálgicos (dispepsia hepática de Cornillon), seguidos de ictericia, que se acompañan á veces de un aparato febril intermitente ó remitente, cuya mayor cifra térmica se observa entre las cuatro y las seis de la tarde (Senac), revistiendo una forma accesional, por lo comun de escasa intensidad, pero que en algunos casos simula el carácter de verdadero acceso pernicioso (Charcot). Dujardin-Beaumetz compara estos fenómenos originados por la presencia de cuerpos extraños en las vías biliares, á los que se observan en ciertos individuos á consecuencia del empleo de la sonda uretral.

La migracion de los cálculos hácia el intestino no siempre ocurre con igual fortuna. Puede, por ejemplo, quedar el cálculo atascado en el conducto cístico: entonces los síntomas que caracterizan el acceso de cólico biliar se disipan lentamente, produciéndose exacerbaciones más ó menos intensas, hasta que desaparece el obstáculo, por ser la con-

creción empujada al intestino ó por haberse alojado en la vejiga de la hiel. En los casos en que se completa la oclusión de tal conducto, queda en la vesícula retenida una cantidad variable de bÍlis, que á la larga se reabsorbe, viniendo á sustituirla un acúmulo de materiales mucosos, produciéndose entonces la hidropesía del reservorio biliar. Las paredes del mismo, en otras ocasiones, al influjo de un proceso inflamatorio crónico, se transforman en tejido fibroso, se infiltran de sales calcáreas y el órgano se atrofia. El atascamiento prolongado de los cálculos en el conducto hepático y, lo que es más frecuente, en el colédoco, da lugar á una ictericia crónica ó á inflamaciones parenquimatosas ó intersticiales del hígado.

El acúmulo de bÍlis en las vías biliares puede originar la rotura de las mismas por encima del obstáculo y hasta la de la vejiga de la hiel. La rotura brusca, que puede ocurrir durante el acceso de cólico hepático (Trousseau), va siempre seguida de una peritonitis aguda, purulenta, consecuencia legítima de la penetración en la cavidad de la serosa, de materiales sépticos (bÍlis descompuesta), ya que la bÍlis normal carece de acción flogógena propia; en cambio, la rotura gradual, lenta, va precedida y acompañada de un proceso de inflamación de las regiones circunvecinas, que determina la formación de adherencias salvadoras, y con ellas la aparición de trayectos fistulosos, ya externos ó cutáneos, ya internos (cístico-duodenales, cístico-cólicos, cístico-gástricos) encargados de llevar al exterior los cálculos originarios de tales trastornos.

La penetración de los cálculos en el intestino produce á veces nuevos desórdenes: la obstrucción intestinal (vólculo) cuando su grosor es excesivo, y otras lesiones inflamatorias y ulcerativas de intensa gravedad (tiflitis, inflamación del apéndice íleo-cecal, etc.).

Curso y terminaciones. — Se trata siempre de una enfer-

medad crónica que puede durar un período de meses y de años, pero con alternativas de calma más ó menos absoluta, bien que en las épocas tranquilas, suelen continuar, cuando menos, fenómenos dispépticos con gran tendencia al estreñimiento de vientre. A menudo se observa la desaparición definitiva de la lithiasis, trascurridos algunos años de sufrimiento; pero este caso puede operarse de una manera radical y absoluta, ó puede ser sustituido por otros procesos morbosos que, en suma, también vienen significados por alteraciones profundas de la nutrición. En corroboración de esto podemos confirmar el paso de la lithiasis hepática á la lithiasis renal, al reumatismo articular crónico ó al deformante, á la gota, á la polisarcia y hasta á la diabetes sacarina: en un mismo enfermo hemos visto sucederse cálculos del hígado, cálculos del riñón, gota de los pobres y glucosuria. Del propio modo nos parece evidente la relación entre aquel afecto hepático y el cáncer, así como se relaciona esta última enfermedad con el reumatismo. Todo lo cual significa, que la lithiasis del hígado no constituye un proceso localizado, sino el signo de una verdadera distrofia, ya que el daño se metamorfosea hasta aquel punto.

Además, debe advertirse que la lithiasis también puede terminar produciendo afectos hepáticos los más diversos, como congestiones crónicas, cirrosis hipertrófica, cirrosis mixta, quistes por retención y colecistitis.

Diagnóstico. — El diagnóstico de la lithiasis biliar tiene como fundamento único, incontrovertible, la aparición en las evacuaciones ventrales de arenillas ó de cálculos hepáticos, ó la percepción, aplicando el estetoscopio sobre la vejiga de la hiel, de una crepitación debida al frote de unos cálculos con otros. Sin este indispensable dato, puede confundirse esta enfermedad, ó á lo menos el acceso doloroso á que da lugar, con todas las neuralgias abdominales, del estómago, del intestino y del plexo hepático, en los casos en que las mismas

no se revelan por los puntos dolorosos que las caracterizan: de todos modos, siempre que un enfermo acuse dolores más ó menos vivos, intermitentes, ya en la region hepática, ya en la gástrica ó en el dorso, puede sospecharse una lithiasis del hígado, si al dolor subsigue ictericia, aunque todavía no se hayan descubierto las concreciones en las cámaras.

El cólico nefrítico del lado derecho se distingue del hepático porque sus irradiaciones son descendentes, corriéndose el dolor al testículo, al ovario ó á la vejiga, porque no se acompaña de ictericia y porque finaliza con la expulsion de cálculos ó arenillas por la uretra.

Pronóstico. — Cuando no es tolerada por el organismo, la colelithiasis resulta ser una enfermedad temible por la repetition de los trastornos que la caracterizan y por las lesiones que les subsiguen. La muerte por lipotimias ó por estados convulsivos inmediatos al acceso de cólico hepático, si bien rara, es posible, y se citan algunos casos, pero que nosotros hasta ahora nunca hemos podido comprobar: otro tanto podemos decir de lo que resulta á consecuencia de la rotura brusca de la vejiga de la hiel ó de los conductos biliares ó de una obstruccion invencible que dé lugar á una ictericia mortal. Pero todo esto á título de cosa excepcional, pues en nuestro país, en donde la enfermedad es frecuentísima, más constituye un proceso fácil de recidivar y muy doloroso, que no un estado de gravedad extraordinario. De todos modos, la posibilidad de un accidente existe, y esto nos obligará á formular un pronóstico reservado.

Tratamiento. — Siquiera hipotética, la patogenia de esta enfermedad nos indica las reglas higiénicas que deben aconsejarse para impedir su aparicion y desarrollo: evitar el exceso de colessterina en la sangre, impedir la exagerada produccion de ácidos orgánicos, oponerse al estancamiento de la secrecion biliar; á esto debemos dirigirnos, y á tal objeto precisa aminorar el exagerado funcionalismo del eje cerebro-espinal;

reglamentar el régimen alimenticio, excluyendo del mismo las grasas y las sustancias azucaradas; recomendar un ejercicio activo, en ayunas sobre todo (Bouchard); proscribir el régimen exclusivamente azoado y adoptar los consejos y las prescripciones bromatológicas de Bouchardat; regularizar la hora de las comidas, proscribiendo el abuso de condimentos y de alcohólicos, capaces de originar el catarro de las vías biliares, y evitar en todo caso la ingestión de aguas cargadas de sales calcáreas. También será prudente suspender el uso de las bebidas caféicas, por lo que retardan el movimiento de la desasimilación de los tejidos.

Dentro ya de la terapéutica farmacológica, uno de los citados autores, recomienda el uso alterno de la litina y del tartrato potásico, en la forma pilular, á la dosis diaria de 20 centigramos, y de las tisanas laxantes y diuréticas junto con el acetato de potasa y el tartrato de potasa y de sosa (1 ó 2 gramos al día).

Las aguas alcalinas (Marmolejo, Sobron, Ribas, Vichy, Carlsbad) y la misma cura de uvas (*trauben cur*), tan recomendada por los médicos alemanes y por nosotros tan poco usada, obran eficazmente regularizando la nutrición y las funciones digestivas é impidiendo además el catarro duodenal y de las vías biliares, cuya acción, determinante de la lithiasis hepática, conocemos ya.

Los medicamentos de acción colagoga, evacuantes de la biliar, son también aplicables en el indicado concepto.

Ya formados los cálculos, urge el empleo de medios de acción disolvente, litontrípica, y entre los muchos que se aconsejan, fundándose tal vez sus autores en actos químicos, no siempre por la clínica comprobados, merecen especial mención por su eficacia los siguientes: el llamado remedio de Durande (trementina, 2 gramos; éter, 3), que se administra en los caldos á la dosis de 2 á 4 gramos diarios, poco usado en nuestros días por su sabor desagradable, y que con

ventaja ha sido sustituido por la administracion de las perlas de trementina y de éter; el de Rademacher (trementina, 2 gramos; licor de Hoffman, 4 gramos), que se administra á gotas; el de Bartholow, á base de fosfato de sosa (9 gramos al dia en tres tomas), al que se asocia el arseniato de sosa (6 miligramos diarios) cuando coexisten síntomas de catarro gastro-intestinal; el de T. H. Buckler (cloroformo y succinato de peróxido de hierro hidratado); el de Schiff (coleato de sosa, 20 ó 30 centigramos por dia), etc., etc.

Tratamiento del cólico hepático.—Comenzamos por declarar que, por más que exprese un saludable esfuerzo de la naturaleza, conviene atenuar los agudos y dolorosos síntomas que lo caracterizan; procediendo, empero, con gran cautela para no perjudicar al enfermo con los medios que pongamos en práctica para aliviarle.

La primera indicacion estriba en calmar el dolor determinado por la migracion de los cálculos. A tal fin precisa recordar que los vómitos hacen muy difícil la administracion de los medicamentos por el estómago, y que por esta víscera resulta muy tardía la absorcion de los mismos, en gracia de la graduada concentracion en que se encuentra el paciente; por esto es indispensable utilizar el expedito camino que nos ofrecen las vías respiratoria, rectal é hipodérmica.

Las inhalaciones de cloroformo prudentemente propinadas (20 ó 30 gotas en un pañuelo) en la forma que las aconseja Campbell durante el parto fisiológico, surten excelentes efectos; los enemas de cloral (1 ó 2 gramos), los enemas laudanzados, deben tambien ensayarse; las inyecciones de morfina (1 centígramo), asociada á la atropina (medio milígramo), para impedir su accion paralizante de las fibras musculares, son las que mejores resultados producen para combatir el síntoma característico del cólico biliar. Dujardin-Beaumont aconseja la siguiente fórmula: clorhidrato de morfina 1 decígramo; sulfato de atropina, 1 centígramo; agua destilada

de laurel cerezo, 20 gramos. Cada inyeccion contiene medio centígramo de morfina y medio milígramo de atropina.

Los baños calientes generales prolongados, el empleo de cataplasmas emolientes y calmantes, el uso de los tópicos refrigerantes y del mismo hielo, son medios que eficazmente coadyuvan á calmar el dolor y la excitacion general del enfermo. Si el hígado se fluxiona fuertemente está indicada una aplicacion de sanguijuelas en el hipocondrio. Contra el vómito deben propinarse el hielo y las bebidas carbónicas heladas (agua de Seltz, Champagne frappé).

Ya terminado el acceso, además de procurar por todos los medios la reaccion á que naturalmente tiende el paciente, conviene facilitar el paso de los cálculos que lograron el intestino, y para ello son útiles los purgantes suaves, oleosos ó salinos. Si la reaccion se exagera y sobreviene un aparato febril, conviene moderarlo.

Los diuréticos dan pronto cuenta de la ictericia si el obstáculo al escape biliar no es permanente.

Las complicaciones inflamatorias, las fistulas externas principalmente, exigen en ciertos casos una intervencion quirúrgica, además de los medios generales, tónicos y reconstituyentes que reclama todo proceso supurativo prolongado.

En estos últimos meses se ha hablado de un nuevo medio tan simple como eficaz (al decir de sus apologistas) para lograr el desprendimiento de los cálculos, medicacion que en estos momentos estamos experimentando, pero que todavía no nos permite formular concepto. Es el método de Tonâtre, de Nueva-Orleans, ensayado tambien por Chauffard, Boymond y otros, y que consiste en la administracion de una fuerte cantidad (100 á 200 gramos) de aceite de olivas. Dice aquel profesor que despues de ingerido el oleoso, debe el enfermo acostarse sobre el lado derecho, y que al cabo de pocas horas se desprenden los cálculos; no obstante, si la expulsion no aparece, puede repetirse uno ó más dias el re-

medio. Los médicos franceses que han hecho el experimento se inclinan á creer que no hay tal expulsion de masas lithi-siacas, sino de pseudo-cálculos representados por el mismo aceite más ó menos saponificado : con todo, creemos que debe insistirse en el ensayo para juzgar en definitiva la eficacia ó inutilidad del método de Tonâtre.

En caso extremo, si la vejiga de la hiel queda repleta de cálculos y se hace temible el estado del enfermo, ya por la persistencia de la ictericia, ya por la posibilidad de una fuerte inflamacion y hasta rotura de aquel reservorio, se puede proceder á la colecistotomía.

CAPÍTULO VII

ENFERMEDADES DE LA VENA PORTA

A.—ÉXTASIS DE LA VENA PORTA.

No hay otra vena que supere á la porta en el concepto de facilitar el remanso del líquido circulante. Perezosa ya de suyo la circulacion, porque despues de llegar al gran tronco del vaso toda la cantidad de sangre que sus aferentes acarrean de los intestinos, la ha de conducir al interior de la glándula hepática, lo cual constituye una resistencia al círculo sanguíneo de grandísima consideracion. Esto explica que la menor laxitud que se opere en las contracciones de los vasos ha de adormecer la corriente, ó que, aun suponiendo íntegra la fuerza contráctil de sus paredes, por poco que una lesion cualquiera del hígado embargue el desagüe de la propia vena, sobrevenga el éxtasis. Han, pues, de influir necesariamente en la produccion de este trastorno circulatorio un gran núme-

ro de causas : por un lado todo lo que haga laboriosa la circulación de las venas abdominales (vida sedentaria, linfatismo, obesidad, plétora, estados anémicos, procesos consuntivos, etcétera) ; por otro, todo lo que aumente la densidad del parénquima del hígado (cirrosis, hepatitis parenquimatosa crónica, congestiones simples del hígado, hígado moscado, quistes, degeneracion lardácea, lesiones cardíacas, etc.) : en el primer caso disminuye la potencia ; en el segundo aumenta la resistencia ; pero en definitiva, en ambos ha de aparecer el remanso de sangre.

El éxtasis de la vena porta se caracteriza por un conjunto de síntomas cuya significacion diagnóstica es variable. El entorpecimiento circulatorio de este vaso ha de hacerse extensivo necesariamente á todos los órganos que tienen venas de origen de la porta ; tales son el estómago, los intestinos, el peritoneo y el bazo (vena mesentérica superior é inferior y vena esplénica). Estas vísceras, estando bajo la presión de un estado congestivo casi constante, se entumescen, de lo cual resultan, cuando menos, dispepsias gastro-intestinales y esplenalgias ; pero si se tiene en cuenta la cronicidad del mal, no ha de admirarnos que en ocasiones así el tubo digestivo como aquel gran ganglio puedan lesionarse con alguna más intensidad de lo que supone un trabajo sólo vascular. Como la vena mesentérica inferior, por el intermedio de la hemorroidal superior, se anastomosa con las hemorroidales medias é inferiores (tributarias de la cava), se comprende que en caso de éxtasis de la porta, se mantenga fluxionado todo el paquete venoso rectal y que aparezcan almorranas internas ó externas, secas ó fluentes. El sostenimiento de una fuerte presión interna en todo el sistema de la porta, puede producir otro fenómeno que debe tenerse por muy presente, y que será tanto más fácil cuanto menos sea la resistencia que opongan las paredes de los vasos : aludimos á las gastro y enterorragias que con tanta frecuencia se producen, como

por ley mecánica, en el curso del éxtasis que nos está ocupando. Ya al hablar de las hemorragias del tubo digestivo aludimos á este caso, y esto nos exime de entrar ahora en nuevas explicaciones patogenéticas, pero no podemos prescindir de manifestar que los flujos de sangre, sintomáticos de un estado de plenitud de la vena porta, podrán ser más ó menos copiosos, pero de ordinario van seguidos de alivio manifiesto, por lo mismo que han aflojado la presión vascular que antes existía; resultado muy semejante, sino igual, al que producen las hemorroides cuando dan lugar á escapes sanguíneos.

En virtud de la ley de los vasos comunicantes y del solidarismo patológico que se despierta entre la circulación de la porta y la circulación general, no deberá admirarnos que los enfermos aquejados de éxtasis de aquella vena puedan á la larga hacerse dispnéicos, hemoptóicos, hematóricos ó presenten con el tiempo edemas de las extremidades inferiores, todo como indicio de la participación progresiva que van tomando en el proceso las venas cavas y más tarde el mismo centro circulatorio. En el sexo femenino se observan alguna vez menorreas ó metrorragias ligadas con el éxtasis de la porta y que producen un beneficio temporal, por cuya razón, suprimidas las reglas, se puede marcar una acentuación mayor en la marcha de aquel afecto morboso.

La evolución del mal siempre es lentísima, pero no siempre la marcha es progresiva, porque á veces con cierta periodicidad parece que las paredes de los vasos se rehabilitan y se atenúa el síndrome; pero la tendencia natural del proceso se insinúa en el sentido de la progresión, sobre todo cuando concurren ciertas circunstancias de edad, de régimen ó morbosas que no se pueden dominar. Las terminaciones desfavorables ó dependen de pérdidas de sangre, que por lo frecuentes y abundantes no pueden repararse, ó se enlazan con los desórdenes gastro-intestinales, hepáticos y espléni-

cos que por ley casi fatal el éxtasis de la porta ha ido ocasionando.

El diagnóstico de la enfermedad tan sólo puede establecerse con el conocimiento de la etiología antes apuntada (vida sedentaria, obesidad, afectos hepáticos, etc.), y con los síntomas de plenitud abdominal, desórdenes gastro-intestinales, hemorroides y hemorragias, seguidas de un alivio inmediato.

Aunque el éxtasis de la porta no supone un peligro inmediato, exige, sin embargo, un pronóstico grave, porque es un proceso de correccion difícil y con tendencia manifiesta á la agravacion.

Tratamiento. — Debe ante todo cumplirse una indicacion patogenética, removiendo, hasta donde sea dable, las causas fisio-patológicas que embargan la circulacion de la porta. Como se comprende, los preceptos variarán en cada caso: que es la vida sedentaria y de molicie, recomendaremos el movimiento, la deambulacion ; que se trata de una plétora, la vida frugal y la medicacion alcalina ; que es un infarto del hígado la causa del éxtasis, se usarán los colagogos y desobstruentses, y así de los demás casos.

Pero contra la enfermedad en sí misma, conviene por un lado vigorizar la circulacion abdominal y por otro disminuir la presion interna de la porta. La primera indicacion se cumple de una manera principalísima con el ejercicio diario, con una alimentacion mixta animal y vegetal, con la hidroterapia fria (si no hay contraindicacion resultante de las complicaciones morbosas que puedan existir) y con los estimulantes cardio-vasculares (nuez vómica, digital, esparteina, convalaria, estrofantus, adonidina, etc.). La segunda con los laxantes colagogos é hidragogos (sales neutras, ruibarbo, podifilino, aguas minero-medicinales sulfatadas y cloruradas, etc.) ; y tambien con las aplicaciones periódicas de sanguijuelas en el ano, pero teniendo muy en cuenta para ello

las circunstancias especiales de cada caso, para huir de la hipostenia y de los estados anémicos que una demasiada prodigalidad podría acarrear.

Tambien podrá ser útil en semejantes casos la administracion del cornezuelo de centeno recién pulverizado (15 á 20 centigramos á las horas de las comidas), de la ergotina (1 gramo diario) y del ácido esclerotínico (30 centigramos en las veinticuatro horas).

B. — TROMBOSIS DE LA VENA PORTA, PILETROMBOSIS,
PILEFLEBITIS ADHESIVA DE BAMBERGER.

Los trombus de la vena porta (Kunze) con más frecuencia obstruyen las ramas y el tronco del vaso, que puntos aislados. Las paredes vasculares pueden permanecer íntegras ó ásperas, rojas, engrosadas y hasta con cierta transformacion calcárea. Los coágulos de sangre, rojizos, grisáceos ó amarillentos, están adheridos á la pared vascular y obstruyen completa ó incompletamente la luz de la vena. En los cadáveres, como consecuencia natural de la piletrombosis, se presentan éxtasis en todas las raicillas de las venas mesentéricas y esplénicas, y por consiguiente, entumecimiento del bazo y congestion de la mucosa gastro-intestinal, con puntos hemorrágicos. Por parte del hígado, las lesiones son variables (anemia, esclerosis, acolia).

Diversas son las causas de la piletrombosis, pero éstas son las más comunes: éxtasis prolongados, degeneracion grasa y calcárea de la porta, induracion de la glándula hepática de cualquier clase que sea, quistes del hígado, compresiones ejercidas por tumores rétroperitoneales ó del omento, adenitis, neoplasmas del duodeno, estado agónico, etc.

Si la obliteracion de la porta alcanza sólo á disminuir parcial ó débilmente la circulacion sanguínea, no se producen síntomas manifiestos que permitan la formacion de un diag-

nóstico ; pero en caso contrario se ofrece un síndrome complejo, sí, pero que deriva del concepto fisiológico de la afección. Extasiándose la sangre en la vena esplénica se desarrolla una fluxion del bazo, no pudiendo circular los líquidos por las mesentéricas se desordena el funcionalismo gastro-intestinal (inapetencia, eructos, náuseas, vómitos, diarreas, etc.), y se produce la hidropesía del peritoneo. La ascitis se graduará más ó menos ó evolucionará con distinta rapidez, segun el grado de obstruccion que haya y segun la prontitud con que se haya realizado el trombus. La misma plenitud vascular de las mesentéricas puede dar márgen á roturas y á hemorragias gastro-intestinales, como tambien á la aparicion de un paquete hemorroidal.

Si la obstruccion va operándose con cierta lentitud, se desarrolla, como en la cirrosis, una circulacion suplementaria que tiene por objeto sustituir por el sistema de la cava inferior el interrumpido ó difícil acarreo á lo largo de la porta, y aparecen entonces de relieve en el abdomen las venas mesentéricas.

La marcha de la afeccion puede ser rápida y con todo el colorido de un proceso agudo, ó lenta y trabajosa, permitiendo la vida hasta por algunos meses y años. La terminacion sería siempre funesta, si en algun caso no se pudiera alcanzar un suficiente despliegue de las circulaciones colaterales.

Es la cirrosis la enfermedad que más se confunde con el trombus, sobre todo si la obliteracion se ha hecho con lentitud, pues cuando es rápida la confusion no es posible ; en estos casos de duda abonarán la idea de cirrosis los antecedentes alcohólicos del sujeto, y afianzará el concepto de la piletrombosis la rapidez con que se reproduce la ascitis despues de la paracentesis. De todas maneras, recuérdese que en la cirrosis atrófica el hígado está abollado y que en la hipertrófica hay ictericia, circunstancias de que carece la obstruccion de la porta.

El pronóstico siempre es de muchísima gravedad en un periodo más ó menos próximo.

El tratamiento de la piletrombosis es puramente sintomático y ha de quedar reducido á sostener las fuerzas con una buena alimentacion, en particular con la dieta de leche, y los tónicos; á corregir la hidropesía con los diuréticos; á moderar los desórdenes gastro-intestinales y á cohibir las hemorragias cuando son copiosas, porque si son moderadas aun deben respetarse, porque corrigen la presión vascular.

C. — PILEFLEBITIS SUPURATIVA.

Rarísimas veces la inflamacion de la vena porta es primitiva; con todo se han recogido historias de pileflebitis traumáticas como consecuencia de cuerpos dislacerantes (espinas de pescado, etc.), que penetraron en el tubo digestivo y traumatizaron alguna de las raicillas de las venas mesentéricas. Por lo comun el proceso es consecutivo á ulceraciones intestinales, á enteritis ó abscesos esplénicos, pancreáticos ó del mesenterio; á peritonitis enquistadas, á adenitis, á colecistitis, y demás afecciones flegmáticas del abdomen capaces de permitir el arrastre directo de pus ó de otras sustancias flogógenas, á lo largo de la vena porta. Strümpf cita el curioso caso de una pileflebitis consecutiva á la ligadura del cordón umbilical en un recién nacido.

El proceso puede concentrarse en algunas de las ramas de la vena porta, pero en otros casos se disemina, notándose las lesiones difundidas por todo el sistema, hasta alcanzar las mismas venillas intra-hepáticas. Sea lo que fuere, encuéntrase las paredes distendidas, con engrosamiento de sus tres túnicas y con su superficie interior granulosa, arrugada, más á menudo roja que pálida, y á veces con pequeñas ulceraciones. Los vasos contienen unas masas obturantes, blandas, más ó menos adheridas, representadas por coágulos sanguíneos y masas purulentas; de color gris-rojizo,

pastosas y con marcada tendencia al putrilago. Con frecuencia se descubren al propio tiempo pequeños abscesos hepáticos y focos embólicos con tendencia supurativa en los pulmones, bazo, riñones, cavidades articulares, etc., del mismo modo que ocurre en la piohemia.

Siendo la pileflebitis por lo comun proceso deuteropático, su síndrome va precedido del que corresponde á la enfermedad causal ; pero una vez en desarrollo la inflamacion de la vena porta, suele ser síntoma constante de la misma un dolor circunscrito, pero bastante intenso, con foco en la parte más baja del hipocondrio, ó en el epigastrio, ó en el ombligo, ó á veces en la misma fosa ilíaca derecha, ó en la region del bazo. Este dolor aumenta á la presion. Es raro poder percibir por la palpacion el tronco de la porta abultado, pero los autores lo afirman : en cambio es más positivo que no tardan el hígado y el bazo en fluxionarse y ponerse doloridos. Algunas veces los enfermos se ponen ictéricos, pero debe advertirse que es posible en la pileflebitis la aparicion de esa pseudo-ictericia, llamada hematógena ; pero que ni pinta la orina, ni decolora las materias fecales (V. *Ictericia*). Se desordenan las funciones gastro-intestinales, siendo comun la diarrea de materiales biliosos y algunas veces sanguíneos. A la par se desarrolla un movimiento febril continuo, remittente ó intermitente, que puede ir precedido de escalofrios y subseguido de sudor. Los enfermos se aplanan con rapidez y pueden ofrecer un conjunto de fenómenos adinamico-atáxicos y hasta hemorrágicos, que recuerdan bastante una fiebre tifoidea.

Pero este síndrome todavía es susceptible de una mayor ampliacion si la producen arrastres de pus ó de émbolos en direcciones distintas, pues entonces ya se supone que cada órgano ha de contribuir á agrandar el cuadro morboso.

A pesar de la violencia de los fenómenos hay enfermos que resisten la embestida unas cuantas semanas, pero al fin

sobreviene la muerte en virtud de un colapso creciente, de los accidentes metastáticos que se producen, de la fiebre y de las hemorragias.

El diagnóstico es por demás difícil, porque la pileflebitis supurativa puede confundirse con un gran número de enfermedades; con todo, marcaremos algunos puntos de mira diferenciales. — Se distingue de la *piletrombosis*, porque en ésta la ascitis es constante, y faltan la fiebre y los fenómenos generales tifódicos. — De la *obstruccion de las vías biliares*, porque si bien en ésta hay ictericia, tumefaccion del hígado y hasta escalofríos febriles, no determina esplenetrofia, ni diarreas sanguíneas, ni síntomas tifoideos. — En el *absceso del hígado* no hay tumor esplénico, ni diarreas, ni es el curso tan veloz. — En la *ictericia catarral*, las evacuaciones albinas son blancas y faltan los escalofríos y la depresion rápida de fuerzas. — En la *tifoidea abdominal* no hay ictericia, se lesiona la fosa ilíaca derecha, las evacuaciones son características, la curva febril asciende gradualmente y son raros los escalofríos repetidos, excepto en los primeros dias, aparte de los demás síntomas cerebrales ó de pecho que pueden ir apareciendo. — Se diferencia la pileflebitis supurativa de las *calenturas intermitentes*, porque no se acompañan de ictericia, ni de síntomas de estancacion sanguínea, ni de colapso rápido; á más de que los paroxismos tienen mayor fijeza y obedecen en general á los antitípicos.

El pronóstico es gravísimo de toda gravedad, si no mortal, siempre.

El tratamiento de la pileflebitis supurativa, como se comprende, no puede ser más que sintomático y nos hemos de reducir al sostenimiento de fuerzas con el uso de caldos, leches, yemas de huevo, sopas y cocimientos, ó extractos de quina, de serpentaria, de coca, etc. Contra los recargos febriles emplearemos las inyecciones de quinina; contra las hemorragias, los astringentes, etc.