

Los centros nerviosos participan del daño, por manera que, á parte de los trastornos de sensibilidad de la piel que ya quedan referidos, se pueden manifestar las perturbaciones siguientes : mal humor, irascibilidad de carácter, tristeza rayana de la melancolía, y en algun caso extremo, hasta verdadera lipemanía y tendencia al suicidio ; alteraciones de la vision (xantopsia, hemeralopia, nictalopia, vértigos) y del oído (zumbidos, alucinaciones é ilusiones acústicas), etc. Es muy discutible la patogenia de todos estos desórdenes neu-róticos : quién los refiere á la presencia de la colessterina, quién á la de los ácidos biliares ó á la materia colorante.

Impregnada la sangre de materia biliar, sería forzoso el despliegue de una *colhemia* si el riñon no se encargase de eliminar los productos tóxicos ; pero es el caso que, ora porque no hay una justa proporcion entre las cantidades de bilis retenidas y las que buenamente se pueden eliminar por el emuntorio renal, ora porque las mismas causas que han lesionado el hígado han producido tambien gran quebranto en la textura de las glándulas urinarias, ello es que viene un momento en que la nosohemia se produce, y el síndrome de la ictericia, hasta este punto descrito, se amplía por extraordinario modo. De ahí que auscultando el corazon y los grandes vasos se puedan percibir ruidos de fuelle suaves hidro-hémicos ; de ahí que el ritmo circulatorio se retarde, pudiendo el pulso llegar al extremo de latir sólo 40 veces por minuto : todo lo cual es causa de opresiones de pecho, dispneas y hasta de hidropesías infiltradas ó coleccionadas (ascitis, hidrotórax, hidropericardias, etc.). Pero como la auto-intoxicacion puede ser muy complexa, ya que á las resultantes naturales de la colhemia, se pueden añadir las de la uremia (si á la par se interrumpen las funciones del riñon) y las representadas por la absorcion de sustancias de los intestinos fermentadas, se comprende que las variadas lesiones hepáticas que se van desplegando, puedan originar trastor-

nos los más diversos : así, unas veces se desarrolla una intensa calentura con hipertermia fuerte ; otras, un estado como de adinamia profunda ; en alguna ocasion se ve aparecer un fenomenalismo tifódico, ó tomar cuerpo los desórdenes cerebrales en forma de sopor ó de delirio, ó producirse temblores y hasta convulsiones, ó significarse hemorragias por la vía nasal, por las encías, por el riñon, etc.

Por fortuna, esta exageracion del cuadro icterico, que constituye lo que se llama ya desde antiguo *ictericia grave*, es excepcional, sobre todo en nuestro país ; pero no sólo debe admitirse en buena fisiología la posibilidad que tal ocurra, sino que recientemente se han descrito por Weil, Wagner y otros, diversos casos clínicos que justifican el aserto señalado.

**Curso y terminaciones.** — Si es tan varia, como queda referido, la patogenia de la ictericia, se comprende la dificultad de señalar un curso y unas terminaciones que convengan á todos los casos. Es posible que haya formas rapidísimas que hagan toda su evolucion, favorable ó adversa, en poquísimos dias y que haya otras muy reacias capaces de entretenerse, más que semanas, meses. Las ictericias debidas á un espasmo de las vías biliares ó á un cálculo que sólo por algunas horas obstruya uno de los conductos, serán de duracion muy corta, como tambien lo es la de la atrofia aguda del hígado y del tífus icteroides ; en cambio hay colecistitis, quistes por retencion y abscesos de la cara cóncava del hígado, que mantienen una amarillez por un espacio de tiempo dilatadísimo ; y lo mismo decimos de las terminaciones, que pueden ser favorables, si al fin se regulariza el acarreo biliar, ó adversas, si la estancacion es invencible ó si, aún despues de quedar expeditas las vías biliares, ya no hay posibilidad de una buena reintegracion al estado fisiológico, cuando tan grande y duradero fué el mal antes producido : así tiene una natural explicacion el hecho, al parecer anómalo, de enfermos que curan de la ictericia y, sin embargo, continúan graves y hasta

pueden morir como consecuencia del estrago que la impregnación biliar produjo en el torrente sanguíneo.

**Diagnóstico.**— Si hay dificultades en el diagnóstico, no dependerán ciertamente de que la ictericia exista ó no exista, sino de que sea tal vez oscura la patogenia de la enfermedad; en otros términos: siempre conoceremos si un enfermo está icterico, pero tal vez sean posibles las dudas acerca de la lesión productora de aquella amarillez. Efectivamente, bastará el examen de las escleróticas, de la piel y de la orina, á la luz natural (pues con la luz artificial no puede verse con exactitud el color amarillo), para que la verdadera ictericia hepatógena quede diagnosticada: de todos modos no estarán demás algunas prevenciones.

Hay enfermos con determinadas nosohemias ó con lesiones viscerales, particularmente del hígado, que presentan una pigmentación de la piel, que permite por el pronto confundirla con la ictericia verdadera; pero el error se desvanecerá desde luego examinando las escleróticas, que se conservarán *blancas*, y la orina, que no ofrecerá la presencia de los elementos biliares. Al revés, podrán presentarse á la observación otros enfermos cuyos globos oculares parecen amarillos y sin embargo falta la ictericia: tampoco la confusión será posible en este caso, porque no hay en los ojos el verdadero matiz icterico, sino la coloración amarillosa especial de la grasa humana, ni el color esclerotical está difundido por todo el blanco del ojo, sino concentrado en una zona, formando contraste con la blancura del rededor. Además, en estos casos, la inspección de la piel y la uroscopia son negativas.

De todos modos, como la ictericia nunca deja de ofrecerse en la orina y puede faltar en la piel y en las mucosas, procede siempre el análisis de aquel líquido, para tener seguridad plena del diagnóstico. Los caracteres macroscópicos que en la sintomatología hemos señalado, bastan de ordinario para que pueda asegurarse que la orina es biliosa; pero ya

porque la impregnacion de los pigmentos biliares sea muy ténue, ya porque deseemos en todo caso una seguridad mayor, puede hacerse un análisis, bien que sencillo, seguro en el resultado (1), y de esta suerte distinguiremos las orinas verdaderamente ictéricas, de aquellas que contienen sangre ó que están teñidas por la presencia, v. gr., del ruibarbo, de la santonina ó de la resorcina.

Diagnosticada la ictericia, hemos de remontarnos al conocimiento de las causas que la han producido, para que así tengamos base segura para el tratamiento; juicio que podremos formar buscando una por una las lesiones que, en la etiología, hemos apuntado como productoras de los procesos ictéricos.

**Pronóstico.** — Como, á ciencia cierta, nunca podremos tener seguridad de cual podrá ser la duracion de una ictericia,

(1) Para apreciar en la orina la materia colorante de la bilis, podemos valernos de la accion que el ácido nítrico comun, mezclado con alguna cantidad de ácido nitroso, ejerce sobre el pigmento biliar (reaccion de Gmelin). Poniendo orina en un tubo de ensayo, se echa gota á gota el reactivo y van apareciendo en el punto de confluencia de los dos líquidos unos anillos que presentan sucesivamente la coloracion verde, violada, azul y roja. De todas estas coloraciones sólo la primera es la característica, pues las otras pueden aparecer con el ácido nítrico cuando la orina inspeccionada contiene hematina ú uroxantina. Téngase presente, sin embargo, para corregir el error, que si el reactivo tiene un exceso de ácido nitroso, puede desaparecer con tanta rapidez el color verde (aun tratándose de una orina biliosa) que se haga poco apreciable al reconocimiento; recuérdese tambien que los análisis han de practicarse poco despues de la miccion, porque basta á veces el simple contacto del aire para que se produzcan oxidaciones capaces de destruir el pigmento biliar.

Si á pesar de todas estas precauciones el resultado es negativo, puede seguirse el consejo de Neubauer, empleando como reactivo, partes iguales de ácido nítrico y de ácido sulfúrico. Tambien podría operarse, precipitando con una solucion de barita todas las sales que la orina contiene y que arrastrarán á la vez la materia colorante; se filtra entónces el líquido para separar el precipitado, se extiende éste sobre un plato blanco y, derramando entónces gota á gota el ácido nítrico, aparecen las dichas coloraciones características del pigmento biliar.

Si al practicar los ensayos depositamos primero en el tubo el ácido nítrico y derramamos despues la orina por medio de una pipeta, tambien van apareciendo de abajo arriba los indicados colores. Por último, puede igualmente

no estará demás formar en todos los casos un pronóstico reservado, ya que al fin se trata de un proceso que, si ha de sostenerse por algun tiempo, llegará á determinar fenómenos de entidad. Pero dentro de este concepto general que nos merece toda ictericia en sus relaciones con el pronóstico, es evidente que pueden señalarse algunos preceptos de determinada significacion.

El conocimiento de la causa del mal podrá indicarnos aproximadamente la duracion del proceso y hasta su índole benigna ó maligna, pues es evidente v. gr., que la ictericia por espasmo de las vías biliares y la que acompaña ó subsigue á una expulsion de cálculos hepáticos no suele ser duradera, al paso que la dependiente de una colecistitis rebelde ó de un tumor hidatídico que comprime el conducto cístico ó el colédoco, podrá sostenerse largo tiempo, dando márgen á los trastornos que se han referido. Tambien sirve para

descubrirse la materia colorante verde de la orina, tratándola con la tintura de iodo.

Descubierta ya la materia colorante, puede irse en busca de los ácidos biliares y uno de los procedimientos más simples para hacer esta inspeccion es el de Petenkofer, que se funda en la propiedad que tienen los ácidos biliares, combinados con las bases alcalinas, de dar lugar á una coloracion violácea ó purpurina muy hermosa, cuando se ponen en contacto del ácido sulfúrico y del azúcar. La manipulacion no puede ser más sencilla: se deposita en una cápsula de porcelana ó en un plato una cantidad de orina, se echan gota á gota unos dos tercios de ácido sulfúrico, se añaden despues unas cuantas gotas de una solucion azucarada ó de jarabe de azúcar y aparece en seguida la coloracion (murexida).

Asociando todas estas investigaciones, no podrá confundirse una orina ictérica hepatógena, con las orinas hemaféicas ó con las que contienen diversas materias colorantes ó tal vez medicamentosas (aceite volátil de trementina, ruibarbo, etc.), porque en estos casos aparecen diversas coloraciones, pero no la verde característica del pigmento biliar, ni la purpurina de los ácidos biliares.

Mas si, á pesar de todo lo indicado, aun no abrigamos seguridad completa de que la orina es ictérica, podemos valernos como última prueba de la espectroscopia que permite descubrir los pigmentos biliares, aunque sólo exista el más ténue de todos (la urobilina). Esta sustancia, segun Jaffé y Méhu hace aparecer en el espectroscopio una faja oscura más ó menos ancha, entre las rayas B y F, ó sea, entre el verde y el azul.

acentuar más ó menos el pronóstico el estado del funcionalismo renal, ya que la libre eliminacion de las materias biliares por las vías urinarias constituye la única garantía del ictérico; por manera que si la secrecion de orina disminuye en demasía, no solo la colhemia se hará cada vez más sensible, sino que la intoxicacion de la sangre podrá ampliarse con la uremia. Por último, téngase en cuenta para pronosticar, el desarrollo que vayan adquiriendo las lesiones viscerales que la ictericia ha ido sucesivamente provocando.

**Tratamiento.** — Para combatir una ictericia, en terapéutica general, han de cumplirse tres indicaciones distintas, simultáneamente ó una despues de otra. La primera consiste en rehabilitar el curso de la bÍlis por sus vías naturales; la segunda, en eliminar del torrente circulatorio la materia biliar tóxica que lo impregna; y la tercera, en reconstituir las alteraciones hemáticas y viscerales que la ictericia ha ido ocasionando.

Bien se comprende que la primera indicacion, verdaderamente patógena, es la fundamental; pero siendo tan variados los orígenes de la ictericia, no será posible rehabilitar en todos los casos la corriente biliosa á favor de unos mismos recursos, antes bien habremos de sujetarnos, en el obrar, á cada una de las circunstancias que concurran en el enfermo: así no puede haber parangon entre lo que proceda en la ictericia hija de la detencion de un cálculo, en uno de los conductos escretores, y lo que podrá convenir cuando la amarillez dependa de una cirrosis hipertrófica ó de un quiste hidatídico que ejerza una compresion sobre las vías biliares: en el primer caso tal vez una inyeccion de atropina facilitará la expulsion del cálculo, en el segundo, una medicacion mercurial bien manejada podrá corregir aquella hepatitis esclerósica; y en el tercero, una intervencion quirúrgica podrá librar al enfermo de aquel tumor parasitario.

De todos modos, en términos generales puede decirse que

la medicacion purgante tiene una vastísima aplicacion en el concepto de llamar al duodeno la interrumpida corriente de la bÍlis; de ahí los beneficios que con gran constancia se logran con el uso de diversas sustancias purgativas, pero especialmente de las que por tener una determinada accion sobre los actos escretorios y secretorios de la bÍlis se apellidan colagogas. A este grupo pertenecen entre otros, los medicamentos siguientes: ruibarbo, taraxacon, podofilino, jabon medicinal, extracto de bÍlis de toro, cáscara sagrada, áloes, escamonea, jalapa, goma-gutta, tamarindos, caña fístula, bitartrato de potasa, tartrato bórico-potásico, etc. Con estos fármacos, asociados de diversa manera, pueden hacerse fórmulas hasta el infinito; pero esto no significa que otros purgantes, como las sales neutras y las aguas minero-medicinales de una virtud laxativa no puedan emplearse, antes al contrario, es bien sabido de todos, que hay enfermos con ictericia muy rebelde que trasladándose á Cestona, á Loeches, á Ribas, á Kissingen, á Carlsbad, curan hasta con rapidez asombrosa.

Pero con ser mucha la eficacia de todos los agentes enumerados, apenas si pueden rivalizar con el proto y deuto-cloruro de mercurio. Efectivamente, los calomelanos son un colagogo de primer órden y el sublimado corrosivo un agente que modifica de un modo profundo, ya que no la escrecion del hÍgado, la secrecion; es por esto que la asociacion del cloruro mercurioso (20, 30, 40 centÍgramos al dia) y del cloruro mercúrico (2, 4, 6 milÍgramos, en igual tiempo) puede producir grandes resultados. Pero como cada cosa tiene su pró y su contra, resulta que así como la primera lista de medicamentos se puede usar con cierta prodigalidad y holgura, los preparados de hidrargirio, por lo mismo que asumen tanta actividad, requieren en su empleo una gran discrecion. Cumple pues, aconsejarlos, á manos muy inteligentes y áun á título de medicacion transitoria, porque de

insistir demasiado en ellos, más es el quebranto que el beneficio.

Los vomitivos tambien pueden cumplir la propia indicacion patogénica, sobre todo si se maridan con los purgantes (emeto-catárticos); pero son muy contados los casos en que al tratamiento emético debe fiarse la curacion de la ictericia: señalaremos sin embargo, como ejemplo, el catarro gastro-duodenal, que obstruye las vías biliares, y tambien la fiebre amarilla; en ambos casos se puede sacar partido de la emesis.

Cuando la ictericia dependa, conforme hemos dicho, del espasmo de los conductos de desagüe, tambien se pueden emplear las medicaciones purgantes para cumplir la primera indicacion que hemos señalado, pero dada la especialidad del caso, debemos advertir que hay algunos agentes que desempeñan un buen papel curativo, por lo mismo que vencen el espasmo de la fibra muscular lisa ó estriada; aludimos al éter, al hidrato de cloral, á los bromuros, particularmente al de potasio, y á los narcóticos solanáceos. Con ellos se cumple una indicacion de todo punto lógica, si hemos acertado en la patogenia de esas ictericias idiopáticas.

La segunda indicacion, la de eliminar del organismo la materia biliar que está impregnando la sangre y la mayor parte de las vísceras, se ha de realizar á favor de los diuréticos y de los purgantes. Estos, como se comprende, son de una accion doble, ya que no sólo pueden rehabilitar el curso de la bÍlis por sus vías naturales (primera indicacion), sino que á la par eliminan del torrente circulatorio, y al través de la mucosa intestinal, los materiales tóxicos que la sangre contiene. Pero el efecto primero es más apreciable que el segundo, por manera que siempre que interese cumplir la indicacion puramente eliminadora, será preferible buscar la vía renal por medio de los diuréticos, y la misma naturaleza nos muestra el camino, ya que nos enseña que en toda icte-



ricia comienza desde luego la eliminacion biliar por el aparato de la uro-poiesis.

A tenor de ésto, hemos de recomendar, haciendo coro con todos los prácticos, el empleo de los diuréticos. Los más están indicados (gayuba, estigmas de maiz, cainca, raíz de caña, escila, etc. ), pero el medicamento favorito y que parece llevar en sí cierta especificidad, es el acetato de potasa (dos á seis gramos al dia). Pero no se olvide que si el colapso en que ha podido caer el ictérico es muy grande, tal vez se hará temible su administracion, ya porque fomente la desintegracion de los hematíes y la micro-citemia, ya porque coadyuva á la sedacion cardíaca; y lo que decimos del acetato potásico, es tambien aplicable al nitrato de potasa y á las aguas minero-medicinales alcalinas, empleadas tambien como diuréticas en el tratamiento de muchos procesos ictéricos. La digital tambien puede usarse como diurética en este caso; pero si el pulso está retardado, como puede acontecer, entonces la contraindicacion es patente y será preferible sustituirla por el citrato de cafeina, tambien diurético útil, en la ictericia.

La tercera indicacion, la de reconstituir el organismo quebrantado por la continuidad del proceso ictérico, se pone en práctica una vez, á favor de todo lo indicado, ha podido regularizarse ya el curso de la bñlis y hacerse la eliminacion de los productos tóxicos; sin embargo, casos hay en que es tan urgente levantar al enfermo de la hipostenia en que yace, que simultáneamente se ponen en práctica todas las actividades terapéuticas de que podemos disponer. De todas maneras, la reintegracion orgánica puede lograrse con los tónicos neurosténicos y con los preparados de hierro; mas como importa tanto evitar en el curso de la ictericia el estreñimiento de vientre, debemos dar la preferencia, al elegir compuestos marciales, á aquellos que sean menos estípticos, y esta cualidad la reunen los que tienen en su composicion

ácidos orgánicos (oxalato, citrato, lactato, malato, tartrato de hierro). También las aguas minero-medicinales ferruginosas son útiles en este concepto y pueden recomendarse, en España, las de Espluga de Francoli, Argenton, San Hilario Sacalm, Lanjaron, Puertollano, Graena, Valdeganga, etc.

Pero tal vez no baste reconstituir la totalidad del organismo, sino que sea menester al propio tiempo hacer la corrección de algún estado visceral descompuesto, como consecuencia de la ictericia (atonía cardíaca, somnolencia, pervigilio, uremia, dispepsia, etc.); pero en todos estos casos nos habremos de atemperar á las circunstancias, para poner en juego unos ú otros medicamentos.

#### CONGESTION DEL HÍGADO.

La congestión del hígado se caracteriza por un acúmulo de sangre en el mismo, sin lesión primitiva de sus elementos celulares, efecto unas veces de una mayor fluxión de dicho humor (hiperemia), y resultado en otras de un obstáculo al retorno de la sangre venosa que de él procede (congestión propiamente dicha).

Importa, por lo tanto, distinguir en el estudio de esta enfermedad dos formas: la activa y la pasiva, la fluxión y el éxtasis.

**Anatomía patológica.** — La *forma activa* no ofrece en el concepto anatómico, cosa especial, como no sea la dilatación vascular, consecuencia legítima del exceso de sangre contenida en los capilares, y el exagerado volumen del órgano, cuyos cortes sangran abundantemente. La *forma pasiva*, en cambio, se revela por las siguientes lesiones hasta cierto punto características: en el centro de cada lóbulo aparece dilatada y repleta de sangre la raicilla de la vena hepática, mientras las partes vecinas se presentan pálidas, pues los capilares de la vena porta están casi exangües, por efecto del

aumento de presión que determina la dilatación de la vena central. En virtud de esta disposición vascular, los lóbulos resultan al corte aumentados de volumen, de color rojizo acaobado, hacia el centro, y en la periferia grises; doble tinte que da á las superficies de sección un aspecto manchado, como granugiento, análogo al que dan los cortes de la nuez moscada, y que por comparación ha valido á la glándula en tal estado, el nombre de *hígado moscado*, cuyos caracteres resultan ser en definitiva una exageración de los que en el estado normal presenta la sustancia del órgano. Este se presenta en su totalidad aumentado de volumen, duro y de color oscuro, dejando manar al ser incindido una mayor cantidad de sangre que en el estado normal. Las células hepáticas, aplastadas á veces, se presentan casi siempre en el concepto histológico sin alteración alguna; á veces, no obstante, se ofrecen enturbiadas por una infiltración albuminosa, principio de una degeneración grasienta (Förster) ó por el depósito de granulaciones pigmentarias y de cristales de hematoïdina (Vulpian).

La compresión que experimentan, en virtud de tales modificaciones vasculares, los conductos hepáticos dificulta el curso de la biliar, sin que tal secreción experimente en su composición el más leve cambio (Frerichs); pero este obstáculo á su vez dá lugar á un acúmulo de biliar en los elementos celulares de la glándula y en la sangre, y á un éxtasis sanguíneo en las raicillas de la vena porta, determinante de una hiperemia intestinal, cuya mucosa no tarda en revelar-nos los caracteres del estado catarral.

La prolongación del estado hiperémico conduce á una atrofia lenta del hígado, caracterizada por la desaparición de las células que están en contacto con la vena central dilatada, á las que viene á sustituir un tejido conectivo de aspecto granuloso. La desaparición de tales células por retracción del tejido de nueva formación, dá lugar á que el hígado

disminuya de volumen y aumente en consistencia ; á pesar de lo cual, ni la sustancia del órgano adquiere mayor densidad, ni se presentan los relieves que le prestan el aspecto nodular propio y característico de otras enfermedades hepáticas.

**Etiología.**—La plenitud exagerada del sistema de la vena porta y de la arteria hepática, durante el acto de la digestion, es un hecho fisiológico ; pero al exagerarse, á consecuencia de inmoderados excesos en el comer y en el beber, puede trocarse en patológica, y resultar congestionada la glándula, gracias á la excesiva actividad en la circulacion de los vasos aferentes.

Han demostrado los experimentos de Landerer que la pared de un capilar que se halla incluso en un tejido, soporta sólo el tercio ó la mitad de la presion sanguínea ; el resto de la misma es soportada por los tejidos que, por su elasticidad, al oponer una resistencia, resultan en un estado de tension que facilita la circulacion de la sangre. Toda causa, por lo tanto, capaz de relajar el parénquima de un órgano, surcado por capilares sanguíneos, basta para facilitar la dilatacion de los mismos, haciéndoles perder la resistencia á los exagerados ímpetus de la corriente sanguínea. De esta suerte se explican, segun Niemeyer, las hiperemias consecutivas á las lesiones traumáticas del hígado, y las que se fraguan en las inmediaciones de los focos de inflamacion y en torno de las neoplasias. En este grupo, se incluyen tambien las que resultan del abuso de las bebidas alcohólicas, sin que sea exagerado incluir las que provienen de la ingestion de alimentos excesivamente estimulantes, de las sales de plomo, de fósforo, etc., etc.

Las fluxiones hepáticas son frecuentes en los climas cálidos y en las regiones donde el paludismo reina, especialmente cuando la infeccion no basta á determinar el ataque febril (Bartholow). Dificil es darse cuenta de la patogenia del

proceso en estos casos, como lo es igualmente la de todo afecto hiperémico en el curso de las restantes enfermedades infecciosas. Tampoco es fácil darse cuenta de los estados fluxionarios que en el hígado se presentan, en ciertos casos de dismenorrea, por más que sea más comprensible el mecanismo de los mismos en la época de la menopausia y al suprimirse los flujos hemorroidales antiguos, ya espontáneamente, ya á consecuencia de un acto operatorio.

Hasta la evidencia revela el hígado el influjo que en su circulacion sanguínea ejerce el sistema nervioso; las lesiones del ganglio semilunar determinan en el mismo una intensísima congestion (Frerichs); tambien la producen la seccion de los esplánicos y la administracion del curare y de otros venenos. Un acceso de cólera, congestionando el hígado, da lugar á un ataque de ictericia. Aunque no con perfecta claridad, cabe explicarse estos casos, admitiendo una parálisis de los vaso-constrictores ó una excitacion de los vaso-dilatadores; pues es más que probable, siquiera no esté aun bien demostrado, que todas las arterias del organismo están bajo el directo influjo de la accion vaso-motriz.

Toda causa capaz de impedir directa ó indirectamente el libre acceso en la cava inferior de la sangre procedente de la vena hepática, basta para determinar el remanso de la misma en el hígado. Entre tales causas merecen ser mencionadas las lesiones del orificio y de la válvula mitral, y de los orificios y cavidades del corazon derecho. Puede decirse que el hígado es, despues de los pulmones, el órgano que con más frecuencia pasivamente se congestiona á consecuencia de las citadas lesiones cardíacas, por las que se originan obstáculos mecánicos á la corriente sanguínea, en virtud de los cuales resulta un aumento en la presion venosa, que se opone al libre desague de los vasos aferentes de la glándula; conviene, sin embargo, advertir con Rendu, que en determinados casos de lesion cardíaca, la congestion ó el éxtasis hepá-

tico precede á la pulmonar, lo que prueba que la explicacion no resulta completa con solo invocar las leyes hidráulicas.

Del mismo modo que las enfermedades cardíacas no compensadas, obran las pulmonares obstructivas, en las que resultan impermeables ó comprimidos un gran número de capilares, para determinar los éxtasis hepáticos, y como aquellas, los tumores torácicos, aneurismáticos ó de otra índole, que comprimen la vena cava inferior.

**Sintomatología.** — *Congestion activa*: Suelen los síntomas en esta forma, presentarse súbitamente y con intensidad. Además de los trastornos generales (malestar, adolorimiento del dorso y de los miembros, cefalalgia, ligera fiebre nocturna) comunes á varias otras enfermedades y de las perturbaciones en el aparato digestivo (lengua saburral y amarillenta, inapetencia, náuseas), acusa el enfermo una dolorosa sensacion de plenitud y de peso en el hipocondrio derecho, que aumenta con los decúbitos laterales y le obliga á permanecer en el dorsal con el cuerpo en flexion. La presion, aun suave, exagera el dolor. La palpacion y la percusion denotan el aumento de volumen de la glándula, cuyo borde sobrepasa el de las costillas falsas (2, 4 y 10 centímetros), pudiendo algunas veces llegar á la region umbilical. Conviene no olvidar que en algunos casos, ya sea por vicio de conformacion congénito, ó á consecuencia de la compresion determinada por algunas prendas de vestir (corsé, ataduras de las enaguas), ó por efecto de existencia en el tórax de derrames cuantiosos ó de tumores de gran volumen, resulta el hígado dislocado hácia abajo, prestándose esta ectopia á que se le confunda con un aumento de su masa.

La ictericia que resulta de la fluxion hepática no suele ser muy intensa, y es solamente perceptible á veces en las escleróticas; en cambio, las que son debidas á la influencia de los climas cálidos, á la infeccion palúdica, á los excesos bromatológicos, por acompañarse de un estado catarral de la mucosa

gástrica, duodenal y de los conductos biliares, suelen dar lugar á una ictericia más ó menos intensa y generalizada, que se marca en la piel y en la orina : en aquélla por su tinte característico, y en ésta, aparte de su coloracion que varía entre el amarillo intenso y el rojo oscuro, por abundante depósito de uratos y de materia pigmentaria.

En los casos más acentuados y graves, preséntanse desórdenes gástricos é intestinales de consideracion : vómitos y abundantes evacuaciones de materiales biliosos, con los cuales suele á veces coincidir un notable alivio del dolor y de los síntomas generales que hemos apuntado. Este dato tiene importancia grandísima, pues marca nuestra norma de conducta en el empleo de los medios terapéuticos.

Las hiperemias agudas del hígado suelen marchar rápidamente á la curacion, durando sólo ocho ó diez dias, cuando no vienen á constituir el primer período de enfermedades del órgano más graves y duraderas.

La *congestion pasiva* se fragua lentamente, y cuando depende de una afeccion cardíaca no compensada, adquiere su mayor intensidad durante los ataques de asistolia. La sensacion de plenitud y de peso en el hipocondrio derecho, la exageracion de los fenómenos pleximétricos, los trastornos gástricos é intestinales, la ictericia, etc., sobrevienen de una manera gradual. A tales síntomas, en los casos de hígado *cardíaco* ó *moscado*, se agregan los derivados de los desórdenes funcionales que determina la enfermedad cardíaca ó pulmonar causante de la lesion hepática : la ascitis, el anasarca, y la cianosis son los principales.

Para Liebermeister y Niemeyer, lo que caracteriza la existencia de la forma atrófica del hígado cardíaco es la discrepancia entre el anasarca y la ascitis, siendo siempre éste más exagerado proporcionalmente, y persistiendo cuando los restantes edemas ceden á beneficio de los medios que para conseguirlo se aconsejan. La disminucion del volumen total

del hígado, perceptible, aun cuando no siempre, por la palpacion y la percusion, ayuda á reconocer esta forma de atrofia.

La lenta marcha del éxtasis hepático ofrece alternativas de alivio y de agravacion, á la par que los ofrece la dolencia que lo originara.

**Diagnóstico.**— Son dos los hechos principales que se utilizan para diagnosticar las congestiones del hígado : el aumento de volumen del órgano y los cambios rápidos que se operan en el mismo. Efectivamente, tanto los procesos activos como los pasivos, pero estos últimos de una manera más significada, amplían las líneas naturales de percusion del órgano, ya que éste se entumece y agranda ; pero el hígado, á pesar de su crecimiento, *conserva su figura*, lo cual permite distinguir el proceso que nos ocupa de los demás que producen tambien cierto ensanchamiento de la zona pleximétrica, pero que deforman la víscera. Además es muy propio de los procesos congestivos una especie de alternativa en la distension del órgano y en su reduccion ; todos los dias la observacion clínica demuestra que en un espacio de tiempo relativamente breve puede el hígado hacerse tan voluminoso que rebase hasta un decímetro y tal vez más del reborde de las costillas, y que más tarde, pero con cierta rapidez, se frunza y reduzca hasta cobijarse en el mismo fondo diafragmático ; en las otras enfermedades del hígado ni el crecimiento ni la reduccion pueden operarse en tiempo tan breve.

Si á todo esto se agrega el conocimiento de las causas que de una manera casi forzosa engendran, ora las hiperemias, ora las congestiones, el juicio diagnóstico aún será más hacedero. Y es precisamente la etiología del mal la que nos sirve para distinguir si los procesos son activos ó pasivos, pues la inspeccion directa de la entraña no siempre alcanza á diferenciar unos procesos de otros ; así, cuando se reconozcan causas de verdadera fluxion (excesos en la comida,



aneurisma de Corvisart, etc.), deduciremos una hiperemia hepática; y cuando se descubran las que han de determinar fenómenos de estancamiento (fiebres adinámicas, lesiones de la tricúspide ó de la mitral, etc.), diagnosticaremos una congestión pasiva.

**Pronóstico.** — Se funda en la antigüedad del mal y en la mayor ó menor rebeldía de las causas que sostienen el proceso. Si las congestiones son poco duraderas no suelen constituir en nuestra zona geográfica un hecho de gravedad; pero desde el instante que adquieren carta de naturaleza se echa de ver su importancia, pues por más que las lesiones que las caracterizan sean puramente vasculares, no dejan de tener resonancia con el tiempo, ya sobre las células hepáticas mismas, en virtud de un mal riego, ya sobre las demás vísceras que directa ó indirectamente tienen relaciones anatómicas ó fisiológicas con el hígado. Así, aparte de que el complejo funcionalismo hepático va gradualmente experimentando modificaciones profundas, nótase con extraordinaria frecuencia que las congestiones crónicas del hígado facilitan el desarrollo de cardiopatías, de éxtasis de la vena porta, de afectos gastro-intestinales, de ingurgitaciones del bazo, etc., y todas estas contingencias se han de recordar cuando viene el caso de formular pronósticos á propósito de las congestiones del hígado.

**Tratamiento.** — Señaladas las causas determinantes de las formas agudas, huelga preceptuar el régimen higiénico que debe plantearse para evitarlas; huelga del propio modo toda prescripción preservativa de las formas pasivas, pues deben ampliamente detallarse en los capítulos destinados á las enfermedades valvulares del corazón y á las pulmonares crónicas.

Entre los agentes terapéuticos que pueden emplearse con eficacia en el tratamiento de las hiperemias ó fluxiones del hígado, sea cual fuere la causa que las determinara, merecen

figurar en primer término : las emisiones sanguíneas locales (sanguijuelas, ventosas escarificadas), las aplicaciones tópicas emolientes y calmantes (cataplasmas y fomentos calientes laudanizados) y la administración de los purgantes (calomelanos, sales neutras).

Algunos consideran irracionales é ineficaces las sangrías locales que se practican en el hipocondrio derecho, y prefieren las que, por medio de sanguijuelas, se consiguen en el ano, invocando para ello las anastomosis que la vena porta mantiene en tal region con los plexos hemorroidales. En cambio otros prácticos recomiendan lo que aquellos censuran y critican, prueba evidente de su eficacia. Sin embargo, cuando la fluxion hepática es consecuencia ó coincide con un retardo de la menstruacion, con la supresion de la misma ó de un flujo hemorroidal, es evidente que la sustraccion de sangre debe preferentemente practicarse en las inmediaciones de aquel orificio.

Los calomelanos, de accion colagoga bien conocida, facilitan el curso de la bÍlis hácia el intestino y se oponen á que la misma se acumule en los elementos celulares del hÍgado y en la sangre despues ; gracias á esto la ictericia resulta mejorada y aliviados los trastornos digestivos que hemos descrito. Para hacer más eficaces los referidos efectos de tal medicamento, recomienda Dujardin-Beaumetz su union con el sublimado, formulando unas píldoras que contienen 10 centÍgramos de calomelanos y 2 milÍgramos de sublimado, las cuales producen excelentes resultados con sólo tomar una ó dos : cosa realmente no nueva, pues nosotros mismos, mucho antes de que lo notificara aquel distinguido médico francés, ya habÍamos empleado con éxito el proto y el deuto-cloruro de mercurio.

Los purgantes salinos, que determinan abundantes evacuaciones acuosas, se emplean tambien con gran ventaja en el tratamiento de esta forma congestiva, sobre todo cuando

resulta de excesos en la comida. Goza entre los médicos catalanes de gran renombre, una fórmula en la que figuran juntos el sulfato y el bicarbonato de sosa y el sulfato de potasa. Por contener estas sales y otras, pueden recomendarse asimismo las aguas minerales de Rubinat, Carabaña, Loeches, etc.

Cuando la fluxion hepática se ha contraído en los climas cálidos ó cuando es debida á la infeccion palúdica, los médicos ingleses la combaten con la administracion simultánea de la quinina (75 centígramos) y de la morfina (2 ó 3 centígramos).

El ruibarbo, todos los colagogos vegetales (evonimina, podofilino, aloes, iridina, baptisina, etc.), lo propio que las bebidas acídulas, son exceléntes coadyuvantes en el tratamiento de la forma que nos ocupa.

Es siempre convenienté mantener libre la accion renal y aun favorecerla por medio de los diuréticos, sobre todo en los casos en los que es muy intensa la ictericia ó se prolonga.

La congestion pasiva ó éxtasis hepático, cuya patogenia conocemos, se modifica favorablemente cuando mejoran los trastornos cardíacos ó pulmonares causantes de la misma. En las lesiones de la mitral, cuya influencia en producirla hemos comentado, basta muchas veces la administracion de la digital, para determinar en la congestion pasiva del hígado un alivio notable, sin necesidad de recurrir á los medios de accion directa sobre la circulacion hepática.

Con todo, es indispensable recurrir á ellos en ciertos casos, en los que á pesar de tratarse de un proceso pasivo, en ocasiones es tan fuerte la ocupacion del órgano, que hasta nos vemos obligados á descongestionarlo mediante la aplicacion de sanguijuelas en el ano ó en el hipocondrio; pero bien se comprende que este recurso extremo lo hemos de ahorrar cuanto sea posible, teniendo en cuenta la naturaleza intrín-

seca del proceso, y sobre todo la cronicidad. Tambien es menester apelar á los purgantes colagogos en la congestion pasiva del hígado, empleando la lista de medicamentos que hemos aconsejado á propósito de la ictericia; pero importa no abusar de la medicacion purgativa, no sólo por la debilitacion que produce, sino porque su accion continuada puede acarrear catarros de los intestinos: úsense, pues, los purgantes, pero con cierta periodicidad.

Como de ordinario las congestiones hepáticas tienen cierta duracion, se prestan á un tratamiento hidrológico, basado en el uso de un gran número de aguas minero-medicinales, ya *clorurado-sódicas* y *sulfatado-sódicas* (Cestona, Arnedillo, Fitero, Rubinat, Loeches, Zaldívar, Pullna, Hunyadi-Janos, Marienbad, Carlsbad, Sedlitz, Kissingen); ya *bicarbonatado-sódicas* ó *mixtas* (Mondáriz, Marmolejo, Rivas, Sobron, Lanjaron, Sousas de Verin, Vichy, Vals); ya *bicarbonatadas-ferruginosas* (Puertollano, San Hilario Sacalm, Argenton, Ems, Spa, Pierrefond, Boulou).

Pero es evidente que para elegir un manantial ú otro se han de tener en cuenta las condiciones de cada caso, pues unas veces el estado de depauperacion exigirá un agua francamente ferruginosa, y otras veces cierta plétora hará más útil el empleo de una fuente alcalina; así como las lesiones que compliquen tal vez la congestion del hígado motivarán tambien indicaciones especiales.

Ya que son múltiples las causas productoras de las hiperemias y de las congestiones hepáticas, se comprende que la dietética habrá de variar en cada caso, sobre todo en la parte referente á la alimentacion. De todos modos, en términos generales puede decirse que al formular un tratamiento de aquellos procesos, particularmente si afectan la forma crónica, interesa que los enfermos hagan uso á la vez de sustancias animales y vegetales, porque un régimen muy azoado y á base exclusiva de carnes, no es muy beneficioso. La

leche es bien tolerada por unos enfermos, al paso que á otros se les indigesta y les da espurcidad de lengua y pirosis; por manera que, respecto de este punto, se ha de proceder por tanteo. Las mantecas y las grasas decididamente sientan mal y aun sientan peor las bebidas alcohólicas, que si las permitimos alguna vez, habrá de ser con grandísima moderación. En cambio puede depositarse gran confianza para combatir los llamados infartos del hígado, que al fin no son más que una congestión crónica, en el uso de las uvas; con efecto, comiéndolas con cierta prodigalidad, aunque sin deglutir sus pieles y semillas, obran un efecto desobstruente muy decidido. No es, pues, extraño que algunos hayan recomendado una verdadera dieta de uvas (traubencur) para combatir aquellos afectos del hígado.

Por último, en muchas ocasiones formará parte del tratamiento la hidroterapia termal ó fría, y especialmente los chorros sobre el hipocondrio derecho; pero para semejantes indicaciones no solo será forzoso que exista ya de hecho una cronicidad, sino que se tengan en cuenta las condiciones de cada caso para poder manejar con acierto las prácticas de hidroterapia.

#### HEPATITIS PARENQUIMATOSA AGUDA.

Como el nombre indica, esta hepatitis radica primitiva y principalmente en los elementos corpusculares intrínsecos del hígado (células hepáticas), lo cual la distingue de la cirrosis que comienza afectando el tejido conjuntivo de la glándula (hepatitis intersticial ó esclerósica).

**Etiología.** — La hepatitis supurativa es enfermedad muy rara en los climas templados: en cambio es frecuentísima en los países cálidos, y hasta los que no ejercemos en ellos alcanzamos á ver el absceso hepático en individuos que permanecieron sujetos durante largos años á la perniciosa in-

fluencia climatológica de las zonas tropicales. En virtud de qué circunstancias tienen estos climas el monopolio de esta forma de hepatitis, es difícil decirlo, por más que comprendamos que la predominancia de la actividad hepática y su exagerado funcionalismo ante las exigencias de la acomodación al medio externo, mantienen á la víscera en estado de inminente morbosidad.

Los países en los cuales alcanza la enfermedad el máximo de frecuencia, son los siguientes:

En Asia: la India, los Archipiélagos de la Sonda y Filipinas, la China, la parte meridional del Japon, predominando siempre más en los litorales que en el interior; en África: las costas Oriental y Occidental desde el 30° de latitud N. hasta el 20° de latitud S., la parte central, principalmente en las regiones inmediatas al Ecuador, el Senegal, la Isla de Santa Helena, el alto Nilo; en América: la Guyana, el Brasil, la costa Occidental de la América del Sud hasta la parte meridional de Chile, el gran valle interior de la América del Norte á lo largo del Misisipí y sus afluentes, etc., etc.

Es de advertir que en la mayoría de los países citados, al par que la hepatitis supurativa, reinan, también endémicamente, otras dos enfermedades infectivas: la malaria y la disentería; la primera especialmente en la India y en las regiones regadas por el gran río norte-americano, y en todos los restantes la segunda; con las cuales, malaria y disentería, mantiene la enfermedad que nos ocupa estrechas relaciones de causalidad. Sabido es que el miasma palúdico, que es capaz de perturbar las funciones hepáticas, aun en los casos en que su intensidad no alcance á producir la fiebre, las perturba profundamente cuando el proceso febril estalla con toda su violencia; por lo tanto, es natural pensar que el estado de habitual hiperemia de la glándula, en los citados climas, ha de ser forzosamente causa abonada á

que el paludismo hepático tienda á exagerarse y á revestir un carácter para nosotros desconocido como secuela de esta infeccion. La disentería á su vez, á nuestro humilde entender, contra las afirmaciones de Frerichs, Murchison y Waring, es aún más directa en su modo de obrar, y bien puede decirse que figura como afecto primitivo, ya que no determinante, en gran número de casos de absceso hepático. Asegura Moxon que casi todas las hepatitis supurativas tropicales son consecutivas á úlceras intestinales, disentéricas ó no, y que los abscesos primitivos del hígado son tan difíciles de admitir como los del cerebro.

Admítase la absorcion de un principio tóxico generado en el intestino, producto de la descomposicion de los tejidos ulcerados, llevado al hígado por el sistema de la vena porta, como afirma Budd; acéptese el atascamiento en los capilares hepáticos de partículas nocivas, gangrenosas ó pútridas, absorbidas por las raicillas de las venas mesentéricas, que penetraron despues en los de la vena porta (embolia específica de Jaccoud); concédase la migracion por idéntica vía ó por los linfáticos, del organismo bacilar descrito por Chantemesse y Widal, en la disentería epidémica, ó de algun otro microbio piógeno, como el *estreptococcus aureus*, es evidente que no puede negarse estrecha y directa correlacion patogenética entre la lesion intestinal y el afecto hepático, por más que se arguya en su contra, aduciendo observaciones (abscesos piémicos) en las que la misma no resulta en modo alguno demostrada, ni posible. Por nuestra parte, podemos aducir que en este mismo año hemos observado un caso de catarro intestinal ulcerativo, que produjo en el hígado una série de pequeños abscesos.

En virtud de análogos arrastres se explican tambien los abscesos hepáticos consecutivos á osteo-mielitis, relacionadas ó no con fractura de hueso, cosa fácil, dado que los vasos encerrados en canaliculos no retráctiles, pueden perma-

necer abiertos y en buena aptitud para la absorcion y conduccion de materiales puógenos.

Las elevadas temperaturas, la malaria, la disentería, trí-pode etiológico de la hepatitis supurativa, encuentran en la inobservancia de las reglas higiénicas, un coadyuvante de gran valor en la determinacion de esta enfermedad; así es que los enfriamientos, la intemperancia, la alimentacion sobradamente condimentada, las grandes fatigas, los hábitos de lujuria, etc., figuran casi siempre entre los antecedentes etiológicos de tales enfermos.

En nuestros climas alguna vez se presenta esta forma de hepatitis, como resultado de los traumatismos de la glándula, que por lo comun suelen determinar una flogosis más ó menos intensa de la serosa que la recubre; pero tambien, aun cuando siempre con escasa frecuencia, ha sido observada en el curso de los procesos ó enfermedades siguientes: como consecuencia de la inflamacion de la túnica adventicia de algun quiste hidatídeo y de su supuracion consecutiva; como resultado del atascamiento de los cálculos biliares y de la ulceracion de la vejiga de la hiel que á veces le subsigue; como efecto de la penetracion de los ascárides lumbricoides en las vías biliares ó de cuerpos extraños en el espesor de la glándula; como efecto tambien de la propagacion de las úlceras del estómago y del duodeno; como secuela fatal de ciertas operaciones practicadas en el intestino, en el recto especialmente, y de las operaciones y heridas supuradas en los huesos del cráneo; en el curso de ciertas flegmasías infectivas (pneumonía, erisipela), de algunas enfermedades orgánicas del corazon que determinan congestiones intensas en el hígado, de varias fiebres con distinta localizacion (fiebre amarilla, viruela, escarlatina); como resultado de la accion tóxica del fósforo y de otros venenos metálicos (Bristowe), etc., etc. Ni la edad, ni el sexo tienen influencia especial en su determinacion, por más que se la observa



con mayor frecuencia de los veinte á los treinta y cinco años, y más en el hombre que en la mujer. En cambio los hábitos alcohólicos no dejan de influir un tanto en su producción, aunque con menos evidencia que en la hepatitis intersticial, conforme diremos más adelante.

**Anatomía patológica.** — Las condiciones especiales de esta enfermedad y la época en que casi siempre la observamos, hacen ociosa toda discusión acerca del origen y naturaleza de las lesiones histológicas que la caracterizan en sus primeros períodos : que se inicien en el tejido celular, que broten de los capilares venosos, que arranquen de la propia célula hepática, ni nos interesa sobremanera el esclarecerlo, ni somos nosotros los llamados á precisar estas cuestiones, por cuanto solemos encontrarnos con trastornos orgánicos perfectamente definidos, en los cuales los elementos histológicos objeto de la discordia, ó han degenerado, ó han desaparecido, ó vienen representados dentro de la colección purulenta por un detritus finamente granuloso, verdadera necrosis de las células conjuntivas y hepáticas.

Aunque la división anatómica que ha querido hacerse de las hepatitis en parenquimatosas é intersticiales, según se afecten primitivamente las células hepáticas ó el tejido conjuntivo, es bastante artificial, de todos modos es innegable que alguna diferencia en la evolución existe entre una y otra; así, pues, entendemos que en la hepatitis, cuya característica es el proceso supurativo, se lesiona de una manera especial el parénquima, ó sea el elemento corpuscular, pudiendo luego afectarse la totalidad histológica de la viscera.

Cuando la hepatitis es traumática, pueden estudiarse mejor las fases anatómicas del proceso, que cuando subsigue al arrastre directo de cuerpos flogógenos, y entonces se nota que al trabajo supurativo precede la formación de un foco de hiperemia circunscrito más ó menos extenso, que al cabo de seis ó siete días se acompaña de un trabajo de reblandeci-

miento ó disgregacion molecular de las células hepáticas. Entonces se observa que el foco hiperémico de color vinoso va tornándose rojo-gris; que el tejido pierde la cohesion y se vuelve extraordinariamente frágil, hasta que al fin se opera en aquel sitio la formacion de pus; por manera, que en rigor se producen dos actos: uno de reblandecimiento y otro de supuracion. Pero la purulencia así puede ir extendiéndose, sin limitacion ni enquistamientos (supuracion infiltrada) ó aislándose del restante parénquima, formando un absceso.

El absceso hepático se localiza casi siempre en el lóbulo derecho de la glándula y con preferencia, segun algunos, en la parte posterior del mismo. Obsérvase, por lo comun, un absceso y cuando más dos ó tres del tamaño de una nuez ó de un huevo de gallina; en otros casos, no obstante, se llegan á contar una ó dos docenas de pequeños focos purulentos del tamaño de un guisante ó mayores, circunstancia que, segun Murchison, caracteriza á los abscesos *piémicos*, en contraposicion á los *tropicales*, solitarios comunmente. Las grandes colecciones purulentas pueden resultar de la fusion de varios focos menores por destruccion de las porciones de tejido que previamente las separaba.

Las paredes de estos abscesos, cuando recientes, están constituidas por el tejido hepático, congestionado, infiltrado, reblandecido, y más tarde por una cápsula dura, lisa, verdadera membrana conjuntiva, que envuelve la coleccion de pus y la enquista. Los caracteres de este humor son muy variables: ofrece unas veces los del pus loable, amarillento, cremoso; preséntase otras verdoso, por estar mezclado con la bÍlis; otras veces rojizo, como sanguinolento, y excepcionalmente revela los caracteres de la gangrena, ya que esta terminacion, aun cuando no imposible, es rarísima en el curso de los abscesos en cuestion.

El enquistamiento, ya apuntado, de estas colecciones purulentas, es á veces el primer paso hácia su definitiva cura-

cion : permanecen estacionarias durante un variable espacio de tiempo ; la parte líquida del pus es absorbida, los restos sólidos se vuelven caseosos, y finalmente calcáreos, y del absceso, ó queda sólo una cicatriz más ó menos profunda y retráctil, ó una porcion de masa caseosa ó calcárea envuelta por el tejido de cicatrizacion. Esta terminacion no es, por desgracia, la más comun ; antes bien el absceso hepático, y especialmente los más voluminosos tienden á la perforacion. La coleccion purulenta avanza hácia la superficie de la glándula y acaba por abrirse : entonces los materiales de supuracion pueden caer en la cavidad peritoneal y flogosearla ; pero por lo regular, la naturaleza á ello se opone, disponiendo de antemano un proceso adhesivo de inflamacion entre ambas tunicas de la serosa, en cuya virtud, prévia la perforacion de los tegumentos abdominales, el pus llega al exterior, ya directamente á su través, ya disecándolos en una gran extension, apareciendo entonces al nivel de la region inguinal ó de la region sacra. La abertura del absceso en el estómago, en el cólon, en las vías biliares y despues en el duodeno, se ha observado con alguna frecuencia ; otro tanto puede decirse de la cavidad pleurítica, al través del diafragma, lo propio que de los bronquios, prévio un trabajo supurativo del parénquima pulmonar. La penetracion del pus en la vena cava (Collin) y en el pericardio es un accidente muy raro.

Ya evacuado el absceso, cabe la posibilidad de su regeneracion cicatricial por un proceso análogo al que hemos descrito, bien que la gravedad del caso pocas veces permite tan satisfactorio resultado, á menos que el pus se abra al través de las paredes del hipocondrio, entre las últimas costillas falsas ó por el ombligo, como lo hemos visto una vez, en cuyo caso puede agotarse la supuracion y cerrarse por completo el trayecto fistuloso.

**Sintomatología.**—*Tipo clásico.*—Ofrece dos períodos distintos que corresponden á las dos fases anatómicas apunta-

das : el de fluxion y disgregacion de las células hepáticas y el de la purulencia.

En el primer período se desarrolla un dolor hepático, sordo, como de peso y tirantez de los tejidos, tanto más tolerable, cuanto más profundo es el foco flegmático ; pues si se localiza hácia la periferia y como lindando con la misma cápsula de Glisson y en la proximidad del peritoneo, los sufrimientos son más vivos : de todos modos, en uno y otro caso el dolor puede ofrecer su foco en el mismo hipocondrio y epigastrio ó hácia la region dorsal, y aun extenderse por irradiacion á la espaldilla y hombro derechos. Las manipulaciones sobre la parte, la bipedestacion, el decúbito izquierdo y el trabajo digestivo lo avivan. De ordinario se aprecia un ligero aumento de las líneas pleximétricas del hígado. A la vez se desarrollan fenómenos de catarro gastro-biliar (lengua saburral blanca ó amarillosa, sabor amargo, sed, inapetencia, náuseas y vómitos amarillos, verdes ó bronceados). Habiendo cierta exageracion en los actos secretorios del hígado, al correrse la bÍlis hácia los intestinos, provoca catarro de estas vías con diarrea matizada de iguales colores. La ictericia es frecuente, pero no constante, pues si á menudo aparece cuando el foco inflamatorio se desarrolla hácia la cara cóncava de la víscera, puede faltar cuando es muy central ó cuando linda con la parte convexa. A la vez se manifiesta una fiebre, de ordinario continúa ; pero á semejanza de lo que va á ocurrir en el período supurativo, puede afectar en vez de la continuidad el tipo de la remitencia y hasta de la intermitencia : sea lo que fuere, la fiebre de la hepatitis se distingue bastante de la que acompaña á otros afectos abdominales, pues en vez de ofrecer un pulso retraido, lo determina ancho y desplegado, cual ocurre en las inflamaciones de los órganos parenquimatosos. Por lo demás pueden observarse frecuencias de 100 y más pulsaciones al minuto y temperaturas de 38°, 39° y 40°.

Al cabo de ocho, diez ó doce dias, si al fin se insinúa un proceso de supuracion (segundo período), lejos de declinar la fiebre y remitir todo el anterior síndrome, por el contrario, va dibujándose en el enfermo todo el aspecto de un estado cada vez más grave. Continúa la fiebre, revistiendo cualquiera de los tres tipos indicados; pero sin duda que el remitente ó el intermitente son los más característicos, ofreciéndose los recargos unas veces erráticamente y sin periodicidad ninguna y en otros casos con fijeza de dia y hasta de hora. Es tambien comun que los paroxismos, simulando cosa palúdica, vayan precedidos de horripilaciones, escalofríos y aun frio intenso, y que en su declinacion rompa la piel en sudor general, abundante, profuso y pegajoso, todo lo que es debido en gran parte al aniquilamiento, cada vez más creciente. No es, pues, extraño que en tales circunstancias los enfermos adelgacen, se postren y palidezcan (si es que la falta de ictericia permite apreciar la blancura de los tegumentos y de las mucosas), á todo lo cual tambien conspira el mal estado de las vías digestivas, con la inapetencia y dispepsias que son de rigor.

Entre tanto, pocas modificaciones se han operado aparentemente en el sitio del mal, ya que persiste la tumefaccion del principio y no desaparece el adolorimiento; pero más tarde, el estado de la parte podrá modificarse sensiblemente si queda constituido un verdadero absceso.

Pero ya hemos dicho que la supuracion, á veces, en vez de coleccionarse, se infiltra: en este caso las inspecciones más concienzudas sobre la region del hígado, no acusan alteracion sensible; pero en cambio la pirexia no cede, la extenuacion de fuerzas se gradúa cada vez más y el enfermo, abocado á todos los peligrosos azares de una infeccion purulenta, se cubre de ese síndrome adinamico-atáxico de la puohemia y de esta suerte sucumbe. Por fortuna la infiltracion de pus es forma rara y á menudo se constituye el absceso.