

Si la coleccion es cuantiosa y va ganando paso á paso las regiones más corticales de la glándula hasta ponerse en relacion con la cápsula de Glisson, viene un momento en que el reconocimiento manual de la region afecta, permite apreciar, al través de las paredes abdominales, unos cambios físicos que revelan el depósito purulento; cosa más factible si la supuracion se fragua hácia la parte anterior de la cara convexa ó en las lindes del reborde infra-costal, que si el tumor es infra-hepático ó forma su relieve hácia la parte más alta de la bóveda del diafragma ó en la direccion de los planos dorsales, el reconocimiento será por demás difícil. Si aparece en sitio accesible (y el reglamentario es inmediatamente por debajo del reborde costal en pleno hipocondrio ó aproximándose al epigastrio), se va notando un abombamiento mayor ó menor, de escasa sensibilidad, pastoso y más tarde fluctuante; durante muchos dias, la piel, aunque algo distendida, ni se colorea, ni se calienta, pero á la larga el absceso, ya en inmediato contacto de los tegumentos, provoca cambios notables, caracterizados por el color, primero rosáceo y más tarde lívido, y por la blandura: en una palabra, el pus va á abrirse vía libre al través de la piel, y al fin se entreabren los tejidos y se derrama por la abertura una cantidad, á veces considerable, de materia amarilla ó verduzca, espesa, inodora ó fétida. Mas en otras ocasiones, la coleccion purulenta busca otros caminos, y poniéndose en relacion el absceso, v. gr., con el diafragma, provoca una diafragmitis, con sus síntomas característicos, y más tarde, una pleuritis diafragmática, hasta que al fin el absceso puede hacer irrupcion dentro del saco de la pleura, simulando un empiema. Pero es tal, en algun caso, la anómala migracion del pus, que, contrariando, al parecer, todas las leyes de la gravedad, se ha corrido más allá de la gran serosa del pecho, ha interesado el pulmon, ha perforado un bronquio y el enfermo expectora enormes cantidades de pus hepático,

como le hubiera acontecido de tener en el pecho una gran vómica. También el absceso puede comunicar con el estómago y derramarse en su cavidad, ó con el duodeno, ó con el colon transverso ó con la vejiga de la hiel, en cuyos casos el líquido ha sido expulsado por el ano. Cuéntanse también casos de penetración en los grandes vasos venoso-abdominales, pero los referidos constituyen una regla más general.

No se crea, sin embargo, que todos los focos purulentos del hígado avancen en los sentidos indicados, antes bien pueden ocurrir cosas muy diferentes. Así, cuando muy pequeños, los abscesos pueden continuar mucho tiempo aprisionados en las interioridades de la glándula, jugando el papel maléfico que hemos asignado á las supuraciones infiltradas; y cuando grandes, cabe la posibilidad de que se mantengan silenciosamente, por decirlo así como empotrados en el parénquima del órgano, envueltos en una membrana adventicia á modo de quiste, y que de esta suerte se hagan compatibles con la vida, con tanta más razón cuanto á la larga el pus sufre regresiones de importancia, como son reabsorciones de su plasma y una transformación grasosa de sus elementos configurados. A este propósito recordamos una autopsia que nos demostró un gran absceso hepático central, antiquísimo, convertido en una masa caseosa y que ni directa ni indirectamente fué la causa de la muerte.

*Tipos anómalos.* — Estos se observan cuando la purulencia del hígado más es debida á arrastres de elementos púogenos que á una hepatitis parenquimatosa que haya seguido todas sus fases evolutivas.

Entre las varias formas excepcionales que podríamos citar, indicaremos la que simula en un todo una infección palúdica febril, de tipo variable, bien que el cotidiano es el más comun. Como comprobación del aserto, haremos referencia á un enfermo que por espacio de dos meses consecutivos no ofreció más síndrome que el de un sencillo catarro

gástrico y una fiebre intermitente diaria, con sus tres estadios de frío, calor y sudor. Aunque no residía en zona palúdica fué sometido al uso de los preparados de quinina en todas sus formas y de todos sus sucedáneos más ó menos acreditados. El resultado fué absolutamente nulo, y vino un día en que de una manera brusca é inopinada, se derramó en la pleura derecha en breves momentos una tan enorme cantidad de pus, que el enfermo se puso asfíctico, muriendo á las pocas horas, á pesar de la toracentesis. Nunca se ofrecieron síntomas de pleuritis, ni esta flegmasía produce un exudado en el espacio de pocos minutos ; cierto que tampoco se ofreció en vida el cuadro de la hepatitis, pero conste que es ésta precisamente una enfermedad capaz de hacer, segun atestiguan los autores, una evolucion tan solapada como acaba de referirse. Otras veces la supuracion hepática simula ese proceso nosohémico conocido con el nombre de *anemia maligna*, cuya etiología, si no está envuelta aún en tinieblas, es por lo menos bastante hipotética ; pues bien, puede ocurrir que tal proceso no sea sencillamente otra cosa que el resultado de una supuracion hepática profunda, oscura y sin los habituales signos que la habrían de caracterizar. Hemos visto recientemente un caso de esta índole : el enfermo, despues de haber padecido un catarro agudo de los intestinos, comenzó á palidecer y extenuarse ; una fiebre continúa, rebelde á todos los antipiréticos, se sostuvo durante seis ó siete semanas ; aparecieron hemorragias cutáneas gingivales y del aparato respiratorio, y al fin la muerte puso término á ese estado de cosas : practicóse la autopsia y se encontró el hígado acribillado de pequeños abscesos, que con toda probabilidad fueron debidos al arraste de productos flogógenos procedentes del catarro intestinal que se hizo ulcerativo.

**Marcha y terminaciones.** — Todo lo indicado manifiesta la variabilidad de curso de la hepatitis parenquimatosa, siendo ocioso insistir en una cuestion que deriva del síndrome que

se acaba de exponer. Con todo, importa manifestar que la formacion de pus no es fatal y necesaria ; antes bien es posible que la flegmasía se resuelva despues del primer período, sin ulteriores consecuencias. Pero dada la supuracion, de ordinario el proceso termina por la muerte, gracias á la infeccion purulenta, á menos que se colecciona el pus y el absceso busque su salida por una vía útil (hipocondrio, ombligo, estómago, duodeno, cólon, vejiga de la hiel), en cuyo caso es posible que despues de derramado el contenido, se agote el proceso de supuracion y se cierre el trayecto que de un modo fortuito se había constituido. De todos modos no se olvide la posibilidad de que el enfermo se salve, á pesar de no abrirse el absceso, si el pus queda enquistado y se operan los cambios morfológicos que se han descrito ha poco.

**Diagnóstico.** — Si la hepatitis parenquimatosa se ajusta al tipo clásico, el diagnóstico no ofrecerá grandes dificultades si ha podido seguirse paso á paso la evolucion del proceso; en este caso hasta podrá sospecharse la supuracion del hígado, aunque el absceso no forme un relieve apreciable. Pero porque se trata de una forma anómala, ó porque, aun en el supuesto de la formacion de un absceso, el tumor no se presenta en sitio accesible ó aparece con cierta vaguedad de caracteres, ello es que en más de un caso el diagnóstico viene á formarse *post mortem*.

Cuando se observe un enfermo con calentura, remitente ó intermitente, que no reside en país malárico, en quien la administracion de la quinina y de sus sucedáneos resulta de todo punto estéril, y que, por otra parte, no ofrece ninguna lesion pulmonar, esplénica ú otra de las que ordinariamente sostienen fiebres accesionales, se ha de sospechar con gran fundamento una hepatitis supurada, por más que en la parte falten los signos que la atestiguan.

Pero, áun mostrándose el absceso, pueden ocurrir dudas entre una coleccion de pus hepático y una purulencia de las

paredes abdominales, del mismo omento ó tambien de una coleccion procedente de cáries de las costillas ó de la columna vertebral. En estos casos dificultosos se podrán apreciar los caracteres que correspondan á cada una de las lesiones productoras del pus; pero si esto no basta, sépase que el tumor hepático se mueve siguiendo á compás las excursiones respiratorias, tanto que si se clava una aguja ó un trócar fino en su interior, se podrá notar un movimiento oscilatorio en la extremidad libre del instrumento punzante.

El absceso hepático puede tambien confundirse con un quiste hidatídico ó con un quiste por retencion; pero á parte de que ya se señalarán los caracteres propios de cada uno en las páginas correspondientes, se podrá apelar á la puncion exploradora para conocer la calidad del líquido coleccionado.

No es muy fácil el error entre un gran absceso de la cara convexa del hígado y un derrame de la pleura derecha, porque en el primer caso la línea maciza no sube ni con mucho tanto como en el empiema y el hidrotórax, la insonoridad siempre resulta más acentuada hácia el plano anterior del pecho que hácia el posterior, al revés precisamente de lo que ocurre en las exudaciones pleuríticas, además de que en un caso se descubren trastornos importantes hepáticos y en el otro del aparato respiratorio.

**Pronóstico.** — Siempre grave, particularmente si la hepatitis entra en el período supurativo. Estimamos tal vez exagerada la mortalidad de 80 por 100 señalada por algun autor, ya que si se pronuncia el absceso hácia la periferia, todavía puede esperarse con fundamento una curacion. Pero esto no quita que se pronostique gravemente ó al menos con grandes reservas. Si la supuracion es infiltrada, el concepto de gravedad habrá de acentuarse mucho más que en el caso de que se colecciona; los abscesos de la cara cóncava suelen ser muy graves, no sólo por la ictericia que pueden motivar, como tambien por la posibilidad de un derrame en el saco perito-

neal ó por las fusiones que podrán establecerse con las vísceras abdominales; las hepatitis contraídas en los países cálidos son más difíciles de corregir que las desarrolladas en la zona templada; las flegmasías del hígado relacionadas con hábitos alcohólicos llevan tambien en sí un sello de notoria gravedad.

**Tratamiento.**— Si podemos tratar una hepatitis parenquimatosa clásica, y alcanzamos el proceso en sus primeras evoluciones, es decir, antes de la disgregacion de las células hepáticas y de la purulencia, será posible cortar el vuelo de la afeccion con un tratamiento á propósito.

En este caso podrá depositarse gran confianza en dos recursos de grandísima utilidad; tales son el mercurio y las aplicaciones de sanguijuelas sobre el hipocondrio ó en el ano. Los preparados mercuriales realmente útiles son los calomelanos á dosis refractas (10 centigramos al dia, divididos en 12 dosis) ó el mercurio metálico extinguido en la conserva de rosas (píldoras azules inglesas : 6 al dia, de decígramo): Aceptado uno ú otro de estos medicamentos, debe sostenerse su accion hasta tanto que se inicie el pthialismo ó que nos convenzamos de que ya la supuracion se ha establecido: en este caso la contraindicacion es patente. Las fricciones con pomada mercurial *loco dolenti* tambien pueden recomendarse.

Algunas veces nos hemos valido, tambien con mucho éxito, del mercurio y del antimonio asociados (6 píldoras diarias, de 1 centígramo de calomelanos y 1 centígramo de sulfuro antimomial); pero esta fórmula algunos enfermos la toleran mal, porque puede hacerse nauseosa.

Las sustracciones de sangre en el hipocondrio, cuantiosas, por medio de aplicaciones de sanguijuelas ó de ventosas sajas, pueden tambien reputarse como utilísimas, *antes del proceso supurativo*, si la robustez del enfermo los permite y particularmente si la hepatitis es traumática.

Los purgantes son beneficiosos, como lo es tambien la

medicacion alcalina, pero su fuerza terapéutica es mucho menor.

Por desgracia, todo este tratamiento no puede ponerse en práctica ó á lo menos resulta inseguro, cuando la supuracion se establece como de una manera primitiva y sin el período de fluxion prévio, tan característico de la hepatitis clásica. En este caso ha de comenzarse ya por el empleo de los medios que están indicados en el período supuratorio.

Desde el instante en que van apareciendo los síntomas generales que acusan el movimiento supurativo, hemos de poner al enfermo en condiciones de resistencia, para dar tiempo á que se complete toda la evolucion del proceso: de ahí una alimentacion reparadora, ajustada siempre al pésimo estado de las vías digestivas; de ahí tambien el uso de las sustancias tónicas neurosténicas, dando la preferencia al cocimiento y al extracto de quina. Con todo, hemos de ser muy parcos en lo que respecta á bebidas alcohólicas, por el natural temor de que su ingestion contribuya á avivar más el proceso inflamatorio de un órgano que, mejor que otro, recibe el maléfico influjo del alcohol.

La fiebre obliga á intervenir, por cuanto, aun siendo sintomática, contribuye á la depauperacion de fuerzas: por desgracia no tardamos en convencernos de la inutilidad de los antipiréticos, por la razon sencilla de empeñarnos en combatir un efecto, dejando en pié la causa que lo produce. Con todo, pocas veces podemos dispensarnos de propinar las sales de quinina, sobre todo cuando la pirexia afecta un tipo accesional bien marcado, y en algun caso prescribiendo un gramo diario, ó aun más, alejamos ó disminuimos la fuerza de los paroxismos. Si la calentura es contínua, los preparados quínicos ya no son tan eficaces (aunque su indicacion es notoria), y entonces recurrimos á la antipirina (1 á 2 gramos al dia), á la fenacetina (30 centigramos al dia), al salol (1 á 2 gramos en el mismo plazo), á la digital ó á cual-

quiera otro de los medicamentos antipiréticos : pero no se olvide que en estos casos la fiebre se modera muy poco á pesar de nuestras intervenciones, y que, por tanto, interesa no ser muy temerarios en su empleo, ni atrevidos en la dosificación.

A la par se van cumpliendo todas las indicaciones de orden sintomático que vayan presentándose (vómitos, diarreas, insomnio, etc.), mientras extremamos nuestra vigilancia en espera de que se muestre en sitio accesible el absceso del hígado. Algunos han pretendido acelerar su presentación aplicando en el hipocondrio el calor húmedo en forma de cataplasmas emolientes, ó produciendo en la parte una intensa revulsion, mediante la aplicacion de uno ó más vejigatorios; práctica que es lógica indudablemente, pero que pocas veces determina un efecto apreciable.

Si al fin aparece el relieve de la supuracion, el camino del terapeuta se muestra ya más expedito y todas sus miras convergen á conducir el pus al través de las paredes abdominales y evacuar el absceso. Hoy se preocupan los cirujanos menos que antes de solicitar adherencias previas entre el hígado y las paredes abdominales, para impedir que el pus se derrame en el saco peritoneal, en vez de correrse directamente como por un túnel, de dentro á fuera; y aquellas prácticas tan celebradas de Recamier, de Bejin y de Trousseau, que en definitiva tenían por norte provocar una inflamacion adhesiva, han caido en desuso. Con todo, léjos de estimarlas absurdas, las consideramos muy puestas en razon, porque al fin no llevaban más propósito que provocar por el arte lo que el mismo movimiento natural nos enseña, cuando observamos paso á paso la migracion, hácia la periferia, de los abscesos hepáticos. Actualmente, diagnosticada la coleccion de pus, se ataca todo el grosor de los tejidos del hipocondrio y la parte de corteza de la glándula que forma pared del absceso, penetrando con un trócar aséptico y ex-

trayendo el líquido por medio de un aspirador. No seremos nosotros quien se oponga á una práctica que viene sancionada ya por la experiencia de todos los días, pero conste que los resultados serán más seguros si se ha dado tiempo á la union del absceso y de las paredes abdominales, ya por acto espontáneo, ya en virtud de la aplicacion de un revulsivo (vejigatorio, pasta de Viena, etc.). Abierto ya el foco purulento, puede hacerse el lavado de la cavidad con soluciones antisépticas de ácido bórico (2 por 100), de timol (1 por 300), de sublimado corrosivo (1 por 1000), etc., y despues se cubre la parte con una gruesa capa de gasa antiséptica ó de algodón salicilado.

#### HEPATITIS INTERSTICIAL ESCLERÓSICA.—CIRROSIS DEL HÍGADO.

Así como en la hepatitis parenquimatosa las lesiones primitivas radican principalmente en los elementos corpusculares del hígado (células hepáticas), en la llamada esclerósica el proceso anatómico comienza por el tejido conjuntivo intersticial. También se distingue la primera de la segunda en que la cirrosis siempre constituye una enfermedad crónica. Mas, el proceso cirrótico no se ofrece siempre con los mismos caracteres, constituyendo una individualidad morbosa bien definida; por el contrario, es susceptible de afectar tres formas distintas, que se conocen con los nombres de *cirrosis atrófica ó anular*, *cirrosis hipertrófica ó insular* y *cirrosis mixta*.

#### A. — CIRROSIS ATRÓFICA. — CIRROSIS ANULAR.

Esta hepatitis esclerósica, que es la clásica, viene constituida por una proliferacion del tejido conjuntivo intersticial; pero como quiera que esta exuberancia del armazón del hígado va aplastando y reduciendo á la nulidad los elementos parenquimatosos hepáticos, resulta que el volumen total del

órgano va reduciéndose, resultando en suma un proceso atrófico.

**Etiología.** — Influyen un tanto en la producción de esta hepatitis la edad, el sexo y la raza, ya que suele ser enfermedad de los adultos, más frecuente en el hombre que en la mujer y más propia de las familias germanas y anglo-sajonas que de las latinas; pero no resulta bien claro si estas condiciones son verdaderamente directas é intrínsecas ó si se relacionan con otro factor etiológico que se entrelaza con ellos: queremos referirnos al papel indiscutible que los hábitos alcohólicos desempeñan en la producción de la cirrosis anular, una vez que de ordinario los hombres son más bebedores que las mujeres y que los latinos, especialmente españoles é italianos, consumen menos cantidades de alcohol que los ingleses y alemanes. Como quiera que sea, todos los autores convienen en asignar que, en medio de la oscuridad que reina tocante á la patogenia de aquella esclerosis, se ha de conceder la primacía al uso de las bebidas espirituosas, ya porque la absorción del tóxico ejerza *in situ* una acción irritante formativa sobre el tejido conjuntivo intersticial del hígado, ya porque determinando el alcohol catarrros gastro-entéricos y flegmasías de la vena porta se determine la afeción por continuidad de tejido.

Es posible que ambas cosas sucedan, ya que la experiencia demuestra que, después de un período de gastro-enteritis crónica, se lesionan las radículas venosas de la porta y tras ello va evolucionando la cirrosis, y que en otras ocasiones, sin el desarrollo previo de estos daños, la ingestión continuada de alcohol acarrea primitivamente la hepatitis que nos ocupa. Pero incurriríamos en una exageración y hasta seríamos injustos, si creyéramos que todos los cirróticos lo son por haberse entregado con exceso al uso de los espirituosos (vino, aguardiente, gin, cerveza, etc.), ya que se observa la enfermedad en personas que nunca jamás han bebido más que

agua. Y es que la cirrosis puede reconocer otros orígenes: los catarros crónicos de los intestinos, las enfermedades de la vena-porta, el paludismo crónico, la sífilis, la gota, el reumatismo y hasta tal vez la acción del plomo y del fósforo son parte á producir la esclerosis del hígado de forma anular: pero conste tambien, porque es una verdad, que á veces no se puede apear la causa.

**Anatomía patológica.**—Si en los primeros actos evolutivos del proceso el hígado se hipertrofia un tanto, bien puede asegurarse que este crecimiento es transitorio, por manera que la característica anatómica de la enfermedad, como el nombre indica, es la atrofia. El hígado ofrece por tanto una marcada reduccion de su volumen y basta fijarse en los cambios de peso, para que el hecho quede comprobado: pesa la glándula en el estado normal muy cerca de 2.000 gramos y en caso de cirrosis anular esta cifra puede quedar muy por debajo de 1.000 y de 800. Así hemos autopsiado cirróticos cuyo hígado se había fruncido hasta lo inverosímil, quedando como oculto junto á la bóveda diafragmática; pero la disminucion de la masa, aunque siempre total, se acentúa de ordinario en el lóbulo menor. Mas, así como en la llamada atrofia simple del hígado, el órgano, bien que pequeño, conserva su figura, en la cirrosis hay una gran deformidad debida á una serie de abolladuras, pliegues y anfractuosidades que se marcan en la superficie: por consiguiente, nada de lisura, nada de conservacion de una parte convexa y otra cóncava, con su borde agudo, su hendidura y su lóbulo de Espigelio, sino una serie de rugosidades y de grandes y pequeñas eminencias que dan al todo un aspecto por demás característico.

Al propio tiempo, el hígado, particularmente por fuera, pierde la normalidad de su color, presentándose con matices distintos (amarillo de paja, amarillo de ocre, rojo vinoso, verdusco y apizarrado); pero cortado, suelen verse las superficies de seccion un tanto rojizas, de ahí el nombre: *cirro-*

*-sis* (rojo). La densidad del tejido aumenta, por manera que á veces rechina al corte, como si se tratase de dividir una masa fibrosa, y si á todo esto se añade la reduccion de la vejiga de la hiel y de todos los conductos biliares, el notable engrosamiento de la hoja peritoneal y las adherencias con los órganos vecinos, bastará para que se comprenda toda la especial fisonomía de un hígado cirrótico, aun en el supuesto macroscópico. Pero no es difícil comprender que la misma induracion del órgano, haciendo muy laboriosa y casi imposible la circulacion de la sangre al través de sus vasos, ha de acompañarse de una distension de la vena porta, porque este vaso no tiene desagüe; de una ectasia de las venas intestinales afluentes de aquélla, de una congestion violácea de los intestinos, de una tumefaccion del bazo y de una abundante hidropesía abdominal; todo aparte de una serie inmensa de lesiones consecutivas que han ido naciendo en virtud de los cambios que se operan en todo el sistema vascular.

Cuando de lo perceptible á simple vista, se descende á la investigacion microscópica de la verdadera histología de la cirrosis anular y de la real disposicion que afectan los tejidos esclerosados, se echa de ver cómo se han ido formando unos anillos de sustancia conjuntiva (de ahí el nombre de cirrosis anular), organizados ya como materia fibrosa, que encierran masas de células hepáticas. Esa proliferacion interlobular del tejido conjuntivo, siempre creciente en el sentido de fuera adentro, aplasta los vasillos de la porta y aplasta tambien los acinis, que, faltos de riego sanguíneo, mueren convertidos en gotas de grasa, y al fin desaparecen, dejando tan sólo en la parte un pequeño residuo de pigmento biliar (Cohnheim y Litten); por manera que llega un momento en que el hígado deja de existir como órgano secretorio, gracias á la invasion del tejido conjuntivo intersticial, que va aniquilando los elementos intrínsecos de la glándula, que son las células hepáticas.

**Sintomatología.**— Los primeros pasos del mal, son tan inciertos, que hay necesidad de aguardar un período prudencial de desarrollo, para que se aprecie el síndrome con toda su característica expresion. Ese principio oscuro es muy vario, pues unas veces viene significado tan sólo por dispepsias gástricas ó intestinales, otras por ese sello melancólico tan comun en los afectos del hígado, ó por un catarro de los intestinos, ó por un estreñimiento de vientre muy tenaz, etc.; pero más tarde los síntomas son muy gráficos, conforme va á verse.

La inspeccion directa del hipocondrio, en muy contados casos y aun al principio y de un modo transitorio, acusa un aumento de las líneas pleximétricas del hígado; por el contrario, á medida que el proceso va evolucionando, se nota una reduccion de la zona maciza en el hipocondrio y al nivel de las últimas costillas. Al través de las paredes abdominales, la mano aprecia las asperezas y rugosidades de la superficie del órgano, no siendo raro sentir la impresion de una ó más abolladuras densas, resistentes y con poca ó ninguna sensibilidad. En cambio, de ordinario la palpacion del hipocondrio izquierdo permite distinguir el bazo grande y tumefacto.

La cirrosis anular va acompañándose, sin tardanza, de una cuantiosísima hidropesía peritoneal, por manera que bien puede asegurarse que es el proceso que produce más abundante ascitis. Cierto que en algunos casos de tumor ovárico y de pileflebitis adhesiva, el estado hidrópico es por demás graduado, pero así y todo, siempre aquel afecto hepático figura en primera línea, y con la particularidad de que durante un largo período, se sostiene la enorme coleccion hidrópica, sin edema alguno, ni de las paredes del vientre, ni de las extremidades inferiores, ni de parte alguna, como indicando la posibilidad de que quede interrumpida la circulacion de la vena porta, y practicable todo el sistema gene-

ral de las venas cavas ; cosa que tiene explicacion fácil por el mecanismo que luego se dirá.

Esa ascitis viene constituida por un líquido trasparente, ambarino ó citrino de ordinario, pero que alguna vez se ofrece de color verdoso ó rojizo de sangre : en este último caso la coloracion es debida á la presencia de hematocitos que han sufrido más ó menos una desintegracion. El promedio de peso específico del exudado es de 1000 á 1015 ; la cantidad de elementos sólidos disueltos, es de 2 á 3 por 100 y consisten en la presencia de albúmina, de fibrinógeno, de azúcar, de úrea y de leucina.

Las paredes abdominales de los cirróticos se hacen notables por la presentacion de un gran número de venas, un tanto tortuosas, muy repletas de sangre y distribuidas en el sentido longitudinal, bien que alrededor del ombligo pueden formar á veces una verdadera corona vascular. Estas venas són las epigástricas inferiores que arrancando del mismo pliegue inguinal se anastomosan más arriba con las epigástricas superiores y abocan despues en las mamarias ; todo lo cual constituye la llamada circulacion suplementaria de la cirrosis anular. La explicacion del hecho no puede ser más sencilla : el sistema de la vena porta, léjos de constituir un todo independiente, al contrario mantiene íntimas relaciones anastomósicas con el de las cavas, sobre todo con el de la inferior ; así, desde el preciso momento en que la sangre que conduce encuentra sérias dificultades para atravesar el hígado, se corre en parte hácia el sistema venoso general, enfilando por las pequeñas venas que van de la porta á la cava ; y sucede, v. gr., que parte del líquido circulante pasa desde las hemorroidales internas (tributarias de la porta) á las hipogástricas y á las pudendas (tributarias de la cava) ; que las venas mesentéricas (porta) se anastomosan con las de las paredes abdominales y las espermáticas (cava) ; que la vena umbilical se una con las epigástricas ; que la vena esplénica

desagüe en la ázigos ; que las de la cápsula del hígado y de la vejiga biliar aboquen en las diafragmáticas, etc. A medida que las necesidades circulatorias crecen, los vasos que en el estado normal son rudimentarios se desarrollan grandemente para ejercer una funcion complementaria, todo lo cual explica el grosor que lucen las venas subcutáneas de las paredes del abdomen y el que su circulacion se haga tan vigorosa que hasta sea dable en algun caso percibir, auscultándolas, un suavísimo ruido de soplo.

La importancia de la circulacion colateral es en este caso tan grande, que contribuye á restringir en lo posible la violencia de la ascitis, pues cuanto mayor sea la cantidad que se aleja de la vena porta para abocar á las cavas y al corazon derecho, por el intermedio de los vasillos anastomóticos, tanto menor será la presion de los vasos peritoneales y la filtracion de líquido en el interior de la gran serosa abdominal. Así es como se explica que á veces tarde más tiempo la ascitis en producirse, ó que ya producida se estacione, ó que tal vez hasta retrograde.

En la cirrosis atrófica no hay ictericia, síntoma negativo fácil de explicar, pues reducidas las funciones del hígado casi á la nulidad, apenas si se segrega bilis ; y, como por otra parte la circulacion de las venas hepáticas está poco menos que interrumpida, claro es que no pueden conducir al torrente circulatorio la materia colorante biliar que habría de imprimir amarillez á la orina, á la piel y á las mucosas. Pero si falta la ictericia, en contra los enfermos lucen en su superficie tegumentaria una blancura verdaderamente anémica, debida á la pobreza de glóbulos rojos producida por la enfermedad de uno de los principales órganos de la hematopoesis.

En algun caso aparecen en el curso del mal hemorragias por diversas vías ( nasales, bronco-pulmonales, gástricas, entéricas, uterinas ), flujos de sangre más ó menos copiosos,

tal vez no tan graduados como en otros afectos hepáticos, pero que se explican, ya por la alteracion profunda que han experimentado los elementos constitutivos de la sangre, ya por las presiones intra-vasculares del sistema venoso general y de la porta que quedan referidas.

El mismo embargo de la circulacion abdominal que perturba el funcionalismo del páncreas, del estómago y de los intestinos, juntamente con la falta de productos biliares, es parte á ocasionar grandes perturbaciones digestivas : de ahí la espurcidad de la lengua ó, en otros casos, su coloracion rojiza, la sed, la inapetencia, las dispepsias gastro-intestinales y el estreñimiento de vientre.

Progresando las lesiones, al fin se han de determinar trastornos en todos los demás órganos que guardan relacion directa ó indirecta con el hígado ; es, por esto, que el corazon palpita y se dilata ; que se producen fenómenos de congestion bronco-pulmonar con la dispnea consiguiente ; que se va embargando la secrecion renal, y la anuria, siendo un efecto, se convierte en causa de agravacion de la hidropesía. Además, aunque la riqueza de las venas anastomóticas logra establecer temporalmente un relativo equilibrio entre la circulacion general y la de la vena porta, el empeño al fin resulta inútil y viene un momento en que el éxtasis de las cavas deja ya sentir su influencia : entonces aparecen los edemas de las extremidades inferiores, preludio de la infiltracion general, y una vez el enfermo está en camino del anasarca, se complica su estado con una série de derrames de serosidad en el pericardio, en las pleuras y en las mismas meninges encefalo-raquidianas.

A todo esto, cosa singular, la cirrosis atrófica no desarrolla *per se* movimiento febril ninguno, por manera que si aparece la pirexia, debe atribuirse á alguna lesion concomitante ó consecutiva.

**Curso y terminaciones.**— Enfermedad esencialmente cró-

nica, la cirrosis anular ofrece siempre un desarrollo lento, necesitándose el transcurso de meses y hasta de años para que su evolucion se complete : no otra cosa podía esperarse de un acto esclerósico que ha de conducir el hígado al extremo de alteracion que en su lugar hemos apuntado. Contribuyen á permitir que por largo tiempo se haga compatible con la vida, por un lado la apirexia, por otro la circulacion suplementaria, que disminuye la intensidad de la ascitis y aleja los peligros del anasarca, y luego la falta de ictericia, que tan gran quebranto produce siempre que se estaciona y prolonga. Pero si marcha con lentitud, en cambio el progreso es incesante y paso á paso va llegando la terminacion que, bien puede decirse, siempre ó al menos en la inmensa mayoría de los casos es funesta. Pero ese final puede cumplirse en virtud de mecanismos muy diversos : unas veces los puros desórdenes gastro-intestinales van aniquilando á los enfermos, favoreciendo una anemia que á su vez podrá ser causa de la muerte ; en otras ocasiones aparecen enterorragias ú otros flujos de sangre que no pueden cohibirse ó que dejan sumido al paciente en una extenuacion invencible ; tambien los desórdenes cardíacos y los del aparato respiratorio consecutivos pueden constituir una complicacion mortal, y así de otros casos.

**Diagnóstico.** — En tanto no se gradúan los síntomas característicos del mal, es poco menos que imposible asegurar la existencia de la cirrosis atrófica : se comprenderá tal vez que se está tratando de un afecto más ó menos grave del sistema gastro-hepático, pero nada más, hasta tanto que la inspeccion abdominal permita reconocer los cambios de figura que se están realizando en el hígado, la ascitis, la circulacion suplementaria y todo lo que en el síndrome queda referido. Si la hidropesía es considerable, que es lo más comun, podrá dificultar un tanto el diagnóstico, ya que impide la apreciacion del grado de sonoridad del hipocondrio dere-

cho : cierto que podrá obviarse la dificultad haciendo que el enfermo guarde el decúbito sobre el lado izquierdo, para que, dislocándose entonces el líquido, puedan reconocerse mejor las condiciones físicas del órgano enfermo ; pero así y todo, puede ser tan enorme la coleccion peritoneal, que aquella inspeccion resulte ilusoria. En estos casos no hay más medio que hacer la paracentesis, y entonces, evacuado el líquido, el reconocimiento será bien fácil. Aunque es muy gráfico en el concepto del diagnóstico ver enfermos con gran hidropesía abdominal sin edemas de las extremidades inferiores, pálidos y con gran desarrollo de las venas epigástricas, aun podríamos confundir la cirrosis anular con otra enfermedad que en determinado período ofrece un conjunto exterior como el indicado : nos referimos á algunos tumores del ovario acompañados de ascitis extraordinariamente desenvuelta, que da á todo el abdomen aquel grado de distension uniforme propio de la hidropesía peritoneal consecutiva á la cirrosis anular ; y no se diga que en estos casos siempre es posible al través de la coleccion de líquido percibir la masa propia de un tumor ovárico y que siempre quedan hácia la region lumbar ciertas zonas sonoras, porque todo esto puede borrarse cuando el humor derramado es cuantiosísimo. En este caso la puncion prévia del vientre es de rigor para enlazar el diagnóstico, á menos que existan tantos otros datos por parte del aparato sexual á favor del tumor ovárico, que aun sin aquel requisito resulte el juicio indubitable.

No es posible confundir la cirrosis atrófica con la insular y la mixta, porque en aquella no hay ictericia ni dolor en la parte, la hidropesía es más acentuada y la circulacion suplementaria mucho más evidente, aparte de los demás síntomas diferenciales que se describirán. Todas las otras enfermedades (lesiones del corazon, del aparato respiratorio, del bazo, de los riñones, etc.), capaces de producir hidropesía abdominal, ó presentan á la vez ascitis y edemas de las extremida-

des ó éstos preceden á aquélla, y en todo caso nunca la coleccion del peritoneo es tan grande. Constituye, sin embargo, excepcion la pileflebitis adhesiva, enfermedad acompañada de muy fuerte ascitis, pero se distingue porque es aguda y porque la coleccion puede operarse en dos ó tres dias.

El hígado amiloideo no puede confundirse con el cirrótico anular, por más que se acompañe de ascitis y de esplenotrofia, porque está hipertrofiado, es liso y no constituye proceso primitivo, sino una complicacion de enfermedades graves y consuntivas, por cuya razon se acompaña á la vez de otras degeneraciones amiloideas en el riñon (orina albuminúrica) y en otros órganos. Tampoco el cáncer, por más que el hígado esté igualmente abollado, ya que en él hay hipertrofia, las abolladuras son más blandas, es más doloroso, no se acompaña comunmente de esplenotrofia y sí de otros carcinomas y de infartos ganglionares. La sífilis hepática puede aparentar el cuadro de la cirrosis, y si no fuera por la anamnesis, por otras lesiones concomitantes sifilíticas y aun por el resultado un tanto favorable de la medicacion específica, difícil sería el deslinde.

**Pronóstico.** — Puede hacerse mortal en la inmensa mayoría de casos, al menos nosotros no hemos tenido la suerte de ver la curacion de ninguna cirrosis anular bien confirmada: sólo la sifilítica es susceptible de algun éxito; pero en este ejemplo, puede sostenerse la tésis de que en rigor no se trata de la hepatitis intersticial clásica, sino de la sífilis del hígado, en la forma intersticial difusa ó en la de gomas múltiples nodulares.

**Tratamiento.** — El plan alimenticio constituye parte muy principal de la terapéutica que puede aconsejarse contra la cirrosis atrófica. Hemos de mostrar gran empeño en la administracion de la leche, en forma de dieta láctea, más ó menos exclusiva, segun sean las aficiones del enfermo, su sumision á un régimen monótono y sobre todo su tolerancia;

porque semejante alimentacion no sólo modifica la hiperemia gastro-entérica que suele acompañar á aquella hepatitis, sino que mantiene en buen estado el funcionalismo renal, avivando la diuresis. Pero desde el instante en que por diversas circunstancias la leche no es tolerada, hemos de procurar sostener las fuerzas de los enfermos con aquellos recursos que, llevando en sí mayor ó menor fuerza nutritiva, su digestion se haga compatible con el mal estado de las vías digestivas : de ahí el uso de los huevos, de los caldos desgrasados, de las gelatinas, de las sopas, de las carnes tiernas y aun de las legumbres cocidas, para que estas últimas se opongan al habitual estreñimiento de vientre. A este propósito tambien podrán permitirse algunas frutas, pero especialmente las uvas mondadas y sin semilla para que desempeñen el papel de un ligero laxante. Respecto de las bebidas alcohólicas, en muy contados casos podrán permitirse, ya que todos los espirituosos figuran en primera línea en la patogenia de la enfermedad ; pero no se olvide que muchas veces, respecto de la proscripcion absoluta, hemos de ceder ante hábitos muy arraigados : con todo, en estos casos moderaremos grandemente las cantidades y permitiremos tan sólo bebidas de la menor alcoholizacion.

Se han hecho diversos tanteos para enfrenar y aun resolver el proceso esclerósico del hígado, administrando algunas sustancias medicamentosas que, *a priori*, parece que habrían de producir un efecto útil, pero, por desgracia, la experiencia de todos los dias patentiza su inutilidad. Jamás hemos visto que el yodo y los yoduros, en todas sus formas, y que las preparaciones mercuriales, tan útiles en la cirrosis hipertrófica, determinen la menor ventaja en la cirrosis anular; con todo, *per si forte*, se está en el caso de ponerlos en juego, dando en este caso la preferencia á los yoduros sobre los compuestos hidrargíricos. Pero inútil es decir que si abrigamos la menor sospecha de que el proceso pueda venir ligado

con una infeccion sifilítica, nos decidiremos valientemente por su empleo, ya que la indicacion resulta bien positiva.

Es tambien en virtud de este criterio patogenético que en terapéutica siempre debe guiarnos, que si se considera una cirrosis anular subordinada á la infeccion palúdica, no habrá inconveniente alguno en hacer tanteos con las sales quínicas y sus sucedáneos, y aun con los arsenicales, para combatir de esta suerte el proceso en sus orígenes.

Tambien han querido utilizarse algunas aguas minero-medicinales resolutivas, pertenecientes al grupo de las *cloruradas* y *sulfatadas sódicas* (Cestona, Fitero, Rubinat, Loeches, Arnedillo, Guarda-Vieja, Peralta, Carlsbad, Marienbad, Kissingen, Torarp, Plombières, Pullna, etc.), ó al de las *bicarbonatadas* más ó menos *ferruginosas* (Besaya, Solares, Sobron, Mondáriz, Marmolejo, Puertollano, Lanjaron, San Hilario-Sacalm, Royat, Vichy, Ems, Spa, Pierrfond, etc.), pero todos estos recursos sólo podrán ejercer cierta modificacion favorable en los comienzos del mal (cuando todavía la enfermedad no está bien clasificada) ó puramente paliativa si el proceso está ya muy adelantado.

Todo esto significa que en pleno período evolutivo nos hemos de reducir á una terapéutica puramente sintomática, procurando cumplir, como más principales, las indicaciones siguientes: *regularizar las funciones digestivas; corregir la hidropesía; oponerse á los fuertes éxtasis venosos y combatir las complicaciones.*

El aparato de la digestion puede desordenarse en sentidos muy diferentes y tendremos necesidad de ajustarnos á las condiciones de cada caso. Que el enfermo presenta, v. gr., atonía gastro-intestinal, lengua pálida, digestiones perezosas (preparados de hierro solubles que no ejerzan accion astringente, aguas minero-medicinales ferruginosas, amargos, tónicos, fermentos que puedan facilitar la quimificacion y la quilificacion); que se observan caracteres de fuerte irri-

tacion gastro-entérica (limonadas cítricas, bóricas, nítricas, etc.); que el estreñimiento de vientre es tenaz (purgantes salinos, purgantes extractivos, belladona, glicerina, etc.).

Contra la hidropesía peritoneal: dieta láctea, diuréticos (gayuba, estigmas de maíz, bayas de enebro, cebolla albarrana, escilitina, esparragina, parietaria, caña, acetato de potasa, nitrato y bicarbonatos alcalinos, urato amónico, nitrato de úrea, pociones diuréticas de Guersant y Schmidt, vinos diuréticos de Trousseau y de la Charité) (1), y purgantes (sales neutras, aguardiente aleman, tartrato neutro de potasa ó de sosa, bitartrato de potasa, sal de Seignette, espino cervical, etc.). Estudiadas hoy mejor que antes las virtudes, á la vez que colagogas, diuréticas, de los calomelanos, conviene tambien añadirlos á las anteriores listas, para que puedan llenar un turno siempre que convenga purgar ó excitar la secrecion de orina, recordando empero que para la accion purgativa, la cantidad diaria ha de ser mayor (60 centigramos á 1 gramo) que para la diurética (20 centigramos).

A menudo, á pesar de todos estos recursos, la ascitis va progresando y llega el caso de practicar la paracentesis. Respecto del momento más oportuno para esta operacion, no hay perfecto acuerdo entre los clínicos: quién entiende que debe puncionarse el peritóneo tempranamente porque de esta manera las medicaciones diuréticas, y aún las otras, dejarán sentir sus efectos con mayor eficacia; quién considera que no se ha de intervenir por medio de la puncion hasta que las presiones intra-abdominales hagan difícil el funcionalismo cardio-respiratorio, porque de todas maneras el alivio ha de ser poco duradero ya que la hidropesía se ha de reproducir con rapidez suma. Por nuestra parte, preferimos esperar períodos bastante adelantados por que, ínterin el derrame no es cuantioso, el enfermo lo conlleva y de esta suerte le evitamos todo lo posible ese natural desaliento que

(1) Véase la *Farmacología* del Dr. Carbó de Aloy. Barcelona, 1874.

ha de experimentar, así que vea que la ascitis se le reproduce: procediendo de esta manera hemos ido sosteniendo algunos enfermos hasta dos y tres años, haciéndoles muy de tarde en tarde la puncion.

La presion vascular venosa puede ser tanta que nos veamos en el caso de moderarla, al objeto de disminuir la fuerza hidrópica, de alejar los peligros del anasarca, de la hemorragia intestinal ó de la asistolia. La indicacion se cumple en parte con los mismos diuréticos y purgantes; pero si el caso apremia y las condiciones de resistencia del enfermo lo permiten, podrá procederse á una sustraccion moderada de sangre, aplicando cuatro ó seis sanguijuelas en el ano.

Varias son, por último, las complicaciones que pueden ocurrir y que obligan tambien á una intervencion activa; tales son, entre otras: la enterorragia, la dispnea cardíaca, la congestion pulmonar. Cada una exigirá un tratamiento á propósito y que el buen juicio del lector hace innecesario su relato.

#### B. — CIRROSIS HIPERTRÓFICA. — CIRROSIS INSULAR.

**Etiología.** — Esta hepatitis crónica intersticial, lo propio que la anular, es más frecuente en los países fríos y húmedos que en las zonas templadas y cálidas, por lo cual se la observa á menudo en las Islas Británicas, en Alemania y en los Países-Bajos, que es igual á decir en las familias anglo-sajonas y germanas. El uso de las bebidas alcohólicas es tambien su causa más abonada, pero así como la cirrosis atrófica se liga íntimamente como efecto inmediato con las lesiones de la vena-porta y de sus vasillos aferentes y eferentes, la hipertrófica viene muy relacionada con los desórdenes de las vías biliares; así figuran en su etiología próxima los catarros de las vías biliares y del duodeno, los depósitos calculosos en los mismos conductos, la impregnacion biliar

y estancamiento en los canalículos de desagüe : en una palabra, toda enfermedad (quistes por retencion, quistes hídricos de la cara cóncava, congestiones crónicas del hígado) capaz de producir directa ó indirectamente una flegmasía de los conductos biliares, con la retencion de bÍlis que es consiguiente, puede motivar la evolucion de la cirrosis insular, gracias á las granulaciones de pigmento que se distribuyen por el tejido fibroso interlobular y por los mismos acinus del hígado (Strümpell).

**Anatomía patológica.** — El hígado se presenta abultado, á veces enormemente, llegando á pesar 4 y 5 kilógramos, pero conserva su figura, al menos de un modo aproximado, pues alguna vez lo hemos reconocido formando como una gran elongacion prolongada hasta muy cerca del hipogastrio. Su superficie pocas veces luce la lisura característica del hígado, antes al contrario, suele ofrecerse rugosa ó granulosa, mas nunca con las abolladuras de la cirrosis atrófica ; su coloracion es rojiza unas veces, pero en otros casos es como de ocre ó de color de ladrillo ; su densidad está aumentada, pero sin esa consistencia fibrosa de la hepatitis anular. Se acompaña por lo comun de las lesiones propias del catarro de las vías biliares y de ingurgitacion esplénica.

El exámen microscópico de la glándula marca unas alteraciones histológicas que, si en el fondo son análogas á las de todo proceso esclerótico, en su distribucion se nota algo que es característico. Hay sí neoformacion de tejido fibroso, pero el movimiento hiperplásico del tejido conjuntivo intersticial no se difunde armónicamente alrededor de cada célula hepática (esclerosis mono-celular) ó de cada grupo de células (esclerosis poli-celular), cual sucede en la cirrosis atrófica, sino que se concentra en determinados puntos formando como unos islotes, que quedan separados unos de otros por zonas de parénquima hepático sanas : de ahí el nombre de cirrosis *insular*. Mientras las islas esclerosadas no

se aproximan mucho entre sí, se comprende que las células del hígado intermedias puedan seguir funcionando, pero á medida que la proliferacion avanza, sufren aplastamientos que las aniquila, á cuya muerte contribuye tambien de un modo poderoso la accion perniciosa que sobre el tejido hepático ejerce la impregnacion biliar y las compresiones que todos los vasos arteriales y venosos van experimentando. Teniendo en cuenta esta suspension de riego nutritivo, se comprende que á la larga, si el enfermo resiste los embates de un proceso de tal entidad, disminuya un tanto el volumen del hígado, porque falto de corriente sanguínea, léjos de seguir proliferando, ha de comenzar un movimiento como de atrofia más ó menos sensible.

**Sintomatología.** — Alcanzada la enfermedad en sus primeros períodos, únicamente pueden apreciarse los síntomas vagos de un afecto gastro-hepático ó intestinal poco definido (dispepsias, estreñimientos de vientre, diarreas, tendencia á la hipocondría, etc.), ó los que son propios de cualquiera de las enfermedades que, conforme queda dicho, pueden dar margen, con el tiempo, á la esclerosis insular. Pero más tarde, y ya en completo período evolutivo, el síndrome se ofrece con una expresion muy característica.

La inspeccion de la topografía hepática, indica un aumento de las cuatro líneas pleximétricas (xifóidea, mamilar, axilar y escapular), por manera que la hipertrofia del órgano es total; así no es extraño que, aun á simple vista, se distinga cierto abombamiento del hipocondrio derecho y del epigastrio, y que por medio de las manipulaciones apropiadas, se aprecie cómo el órgano rebasa de mucho el reborde costal, alcanzando los límites del ombligo ó todavía zonas más bajas. Esta verdadera hepatomegalia ni ofrece esos vaivenes que hemos apuntado á propósito de las grandes congestiones del hígado, ni mucho menos propende á la atrofia, á medida que transcurre el tiempo; tampoco da á la mano

que explora la sensacion de una masa rugosa, por más que en rigor su superficie haya perdido un tanto su lisura ; en cambio, el órgano se muestra sensible á las compresiones ejercidas y aún de una manera espontánea, suele provocar una sensacion, ya de tirantez, ya de peso.

Paralelamente á la hipertrofia del hígado, se fluxiona el bazo, y este ganglio, doble y hasta triple del volumen normal, forma tambien relieve por debajo de las costillas falsas del lado correspondiente.

Tanto el abultamiento hepático como el esplénico pueden de vez en cuando exagerarse todavía más, por efecto de ráfagas congestivas que se producen con ciertas intermitencias, debidas á un sin número de causas que no siempre se pueden apear.

La cirrosis insular se acompaña constantemente de ictericia, pero la intensidad y la extension de la amarillez son variables, ya que puede limitarse á la orina y á las escleróticas, ó puede difundirse por toda la superficie tegumentaria, afectando matices más ó menos acentuados. Pero la uroscopia demuestra una alteracion que no siempre se observa en los procesos ictericos, tal es la disminucion notable de urea, cuya cifra puede descender hasta 3 gramos en vez de los 25 normales ; modificacion debida, en gran parte, á que se desasimilan en cantidad pequeñísima, los productos albuminóideos. Aunque á título de cosa excepcional, el análisis puede descubrir en la orina la presencia de la glucosa.

Habiendo retencion biliar en la esclerosis hipertrófica, se comprende que á menudo se marque el estreñimiento de vientre y que el enfermo deponga escrementos decolorados ; con todo, en algun caso, hemos reconocido catarros intestinales concomitantes, con diarreas teñidas por el pigmento biliar. La inapetencia y el estado dispéptico, ya pueden suponerse en esta hepatitis, así como ese sello moral melancólico, tan comun en los afectos hepáticos.

Son frecuentes las hemorragias, sobre todo en forma de epistáxis, de estomatorragia y de púrpura, pero á veces se gradúan más, apareciendo gastro-enterorragias, hemoptísis y hasta flujos de sangre por el riñon.

La hidropesía peritoneal y la circulacion venosa suplementaria, que tan acentuadas están en la cirrosis anular, no adquieren gran desarrollo en la cirrosis hipertrófica. Entendemos, no obstante, exagerada la afirmacion de Dieulafoy y otros autores, cuando dicen que ni una cosa ni otra se producen en la enfermedad que nos ocupa, por cuanto es raro que en período adelantado del mal, no se colecciona alguna cantidad de líquido en el peritoneo, y que no se pronuncien un tanto las venas subcutáneas del abdomen. No sólo esto suele ocurrir, sino que no tardan tampoco en aparecer los edemas de las extremidades inferiores, como indicio de la participacion que toma la cava inferior en el síndrome de la cirrosis insular.

No es tampoco infrecuente que se acompañe la enfermedad de algun movimiento febril á marcha continua ó en forma accesional.

**Curso y terminaciones.** — La cirrosis hipertrófica tiene un desenvolvimiento lento, pero la duracion es muy varia, corriéndose una escala desde 8 á 10 meses hasta 3, 6 ó más años. Esta prolongacion depende de que la enfermedad á veces remite ó cuando menos se estaciona de un modo temporal, esperando despues nuevos recrudecimientos. Es posible, aunque no sea lo más comun, que se suspenda la irritacion formativa de tejido esclerosado y que el proceso vaya resolviéndose hasta lograrse la curacion total; pero en caso contrario, á la larga se va insinuando un cuadro de extenuacion progresiva, caracterizado por todos aquellos fenómenos propios de un estado caquético.

En virtud de él, el enfermo puede morir extenuado y consumido por la fiebre, por la anorexia, por las hemorra-

gias, pero en casos el desenlace puede precipitarse, ora por una afeccion intercurrente, ora por una auto-infeccion, debida á la ictericia ó á la absorcion de sustancias procedentes de los intestinos.

**Diagnóstico.** — Muy al principio, nadie puede pretender diagnosticar la cirrosis hipertrófica, por lo mismo que no tiene signos característicos; pero más tarde, cuando van apareciendo uno despues de otro los síntomas gráficos que se acaban de describir, ya no es fácil que se sugieran grandes dificultades.

Desde luego la línea que separa la cirrosis insular de la atrófica es por demás expresiva: la reduccion del volumen del hígado en ésta, junto con la falta de dolor en la parte, la premura con que aparece la ascitis, la tardanza en manifestarse el éxtasis de la cava inferior y la gran circulacion venosa suplementaria, marcan la diferencia de síndrome propio de la esclerosis hipertrófica. Tampoco puede confundirse con el cáncer, porque este deforma y abolla la superficie del hígado, no se apareja con la esplenotrofia, pocas veces se acompaña de ictericia, la agravacion es incesante y la duracion mucho más breve. La leucemia hipertrofia el hígado y el bazo; pero, en contra, no es enfermedad icterica y tiene su característica en los elementos configurados de la sangre. En la degeneracion amiloidea del hígado hay tambien hipertrofia, pero falta la ictericia y reconoce una patogenia distinta. El paludismo crónico con grande infarto hepático y del bazo ofrecería sí una gran similitud con la hepatitis insular, si no fuera la ilustracion que dán al diagnóstico diferencial, por un lado la etiología y por otro la poca ó ninguna ictericia que le acompaña. Todavía son más características, como se verá en otro lugar de este libro, las diferencias que separan la cirrosis hipertrófica del hígado, de los quistes hidatídeos.

**Pronóstico.** — Muy grave es el juicio que de esta hepa-

titis esclerósica debe formarse; pero, así como á propósito de la forma anular hemos afirmado la incurabilidad, en lo tocante á la forma hipertrófica no somos tan pesimistas, por haber podido alcanzar la curacion en algunos casos, aun despues de haber adquirido el mal un gran desenvolvimiento.

**Tratamiento.** — En punto á régimen bromatológico, debe recomendarse la dieta láctea é insistir en ella, hasta tanto que nos convenzamos de que en realidad se muestra una intolerancia, pues nos parece bastante infundada la creencia de los que suponen que, en términos generales, la patología del hígado se presta poco á recibir los beneficios de una alimentacion á base de leche. Más, si por desgracia, en un caso concreto se observa que no hay modo hábil de sostenerla, por la dura ley de la necesidad habremos de alimentar al enfermo con caldos, purés, sopas, huevos y carnes tiernas, en consonancia con las mayores ó menores fuerzas digestivas que el paciente luzca. Nos esforzaremos al propio tiempo en proscribir con cierta severidad el uso de las bebidas alcohólicas á menos que tengamos que sucumbir á las necesidades de un hábito profundamente arraigado: pero si el enfermo necesita algun estímulo para poder digerir, prefiramos siempre al uso del vino ó de la cerveza, el empleo de alguna agua minero-medicinal del grupo de las ácidas ó de las bicarbonatadas, aunque contengan cierta cantidad de hierro (Argentona, Insalus, Marmolejo, St. Galmier, Chateldon, Couzan, Evian, Marcols, Vichy, Tharasp, etc.).

Como de todas maneras, en la cirrosis insular las digestiones son laboriosas, podrán aplicarse para corregirlas las reglas de conducta que por extenso hemos indicado á propósito de las dispepsias.

El tratamiento que, en nuestro sentir, merece la supremacía para cortar el vuelo á la cirrosis hipertrófica, es el

mercurial; no hay otro que mejor le sustituya y solo con él hemos visto curaciones radicales. Pero importa precipitarse un tanto en su administracion, porque si se nos viene encima la caquexia y, sobre todo, si las hemorragias acusan ya un principio de desintegracion de los hematocitos, entonces la oportunidad en el obrar ya va pasando, y tal vez sería un tanto temerario el empeño. Las píldoras azules inglesas (seis diarias de 10 centigramos) nos parecen el mejor preparado; pero tambien pueden sustituirse por los calomelanos (de 5 á 10 centigramos diarios, divididos en ocho dosis). Las píldoras de Plummer (4 ó 6 al dia, de decígramo) las tenemos igualmente experimentadas con excelente resultado, mas por lo mismo que en alguna ocasion producen náuseas y hasta vómitos, las colocamos en tercer lugar. De todos modos, sea cual fuere el preparado de mercurio que tengamos en mayor estima, debe sostenerse su empleo por espacio de algunos dias, hasta tanto que asome el pthialismo ó que nos convenzamos de su inutilidad.

Tras los mercuriales entran los yoduros, particularmente el de potasio, pero sin negar su eficacia, no pueden sostener la comparacion con los compuestos hidrargíricos.

Las aguas minero-medicinales sulfatadas, bicarbonatadas y ferruginosas cumplen tambien muy buenas indicaciones en esta terapéutica, pero escogeremos un grupo de preferencia á otro, segun sean las condiciones del enfermo: que deseamos vencer el estreñimiento de vientre, aguas purgantes; que importa reconstituir un tanto el abatido organismo, aguas de hierro, etc.

Fuera de esto que constituye base del tratamiento, deberán cumplirse tal vez una serie de indicaciones de órden sintomático, variables en cada caso; así, por ejemplo, una fuerte congestion venosa abdominal obligará á una aplicacion de sanguijuelas en el ano; el posible desarrollo de la ascitis podrá motivar una paracentesis, etc.