

C. — CIRROSIS MIXTAS.

No puede negarse que las dos cirrosis descritas son la expresion real de los hechos, y que por tanto, su inclusion en la patología del hígado, lejos de ser artificiosa, puede reputarse como ajustada á las necesidades de la clínica; con todo, se exageraría el aserto si con él se pretendiera afirmar que todos los casos observables de hepatitis intersticial entran de lleno en una de las dos formas clásicas descritas. La cirrosis atrófica y la cirrosis hipertrófica constituyen en rigor los extremos de una serie, pero entre ambas se desarrollan términos medios que sin encuadrar exactamente en los dos tipos señalados, participan de ellos á la par. El estudio histológico llevado á cabo por la escuela de Paris, demuestra que en realidad hay una cirrosis que hasta tal punto puede llamarse mixta, que en los elementos anatómicos que la constituyen se encuentran por un lado los actos esclerósicos multilobulares, de origen venoso, propios de la hepatitis anular y los monolobulares, de origen bilioso, correspondientes á la forma insular.

Dieulafoy, que ha sido el primero en incluir en los tratados de patología médica la descripcion de las cirrosis mixtas, entiende que el síndrome acaba de corroborar la posibilidad de que se alíen en un solo proceso las formas atróficas é hipertróficas, porque los enfermos que las padecen, presentan aparejados y en verdadera fusion los síntomas de las dos formas que, segun hemos dicho, constituyen los extremos de la serie. Obsérvase á este propósito que en algun caso se acentúa la reduccion de la glándula hepática (carácter de la forma anular) y la ictericia (indicio de la hipertrófica); que en otro hay abultamiento del hipocondrio (signo de la insular) y gran desarrollo de la circulacion suplementaria (signo de la atrófica); tambien se observan unidas en

un mismo individuo, v. gr., una ascitis muy graduada con dolor hepático y fiebre (síntoma, la hidropesía, de la forma anular, y la fiebre y el dolor hepático, propios de la otra forma de esclerosis).

Colocada la cuestion en este terreno, queda demostrado una vez más, que la clínica á menudo está reñida con esa exagerada perfeccion de líneas que los libros de patología asignan á los procesos morbosos, y que, antes al contrario, los límites de separacion pueden ser tan borrosos, que al fin resultan un gran número de afectos morbosos, que siendo esencialmente una misma cosa, ofrecen un aspecto externo de continuada variabilidad.

PERIHEPATITIS.

Puede flogosearse exclusivamente la cápsula de Glisson y la serosa que la envuelve, respetando el parénquima del hígado y el tejido conjuntivo intersticial, constituyendo la perihepatitis ó hepatitis velamentosa.

En nuestro país la perihepatitis protopática ó es efecto de un traumatismo (contusiones, caídas, uso del corsé apretado, compresion con cuerpos duros en determinadas industrias), ó depende de la fijacion del reumatismo, ya por localizacion directa y primitiva, ya por dislocacion de manifestaciones reumáticas periféricas ó de otras vísceras. Con todo, debe admitirse la posibilidad de perihepatitis consecutivas á otros procesos del hígado (hiperemias, abscesos, tumores hidatídeos), ó de otras vísceras próximas (peritonitis, duodenitis, colitis, etc.).

Las lesiones se circunscriben en una zona más ó menos extensa ó se difunden casi por la totalidad de las membranas de envoltorio. Si la enfermedad es aguda se descubren en la cápsula de Glisson y en el peritoneo los indicios de un trabajo hiperémico y de tumefaccion; pero puede hacer un

gran progreso, dando entonces lugar á exudados fibrinosos y pequeñas colecciones supurativas sub-peritoneales ó más profundas, como en busca del propio parénquima hepático. En la perihepatitis crónica las neoformaciones son más notorias; por tal, la cápsula y la serosa se enturbian y engruesan, luciendo cierto aspecto tendinoso, hacen perder al órgano que cubren su natural lisura, gracias á una fuerte retraccion, y provocan adherencias en los órganos de la vecindad, por manera que la perihepatitis puede producir alteraciones consecutivas de las vías biliares, de la vena porta, del diafragma, del duodeno, etc., todo lo que es parte á producir cierta ampliacion del cuadro sindrómico propio de la enfermedad.

Sintomatología. — *Forma aguda.* — La perihepatitis es enfermedad dolorosa, y desde luego mucho más que la hiperemia y la hepatitis aguda, circunstancia que se explica por el carácter fibroso de la cápsula y por las condiciones de la serosa peritoneal. El dolor reside en el hipocondrio, pero puede irradiarse al epigastrio y á la espaldilla derecha; aumenta á la presion ejercida sobre la parte y á favor de los mismos movimientos respiratorios: esto es causa de dispnea, á veces muy graduada, como si se tratase de un afecto de la pleura diafragmática. Hablan algunos autores de un ruido de roce perceptible por la auscultacion de la parte, fenómeno físico que hasta ahora nunca hemos podido comprobar en la perihepatitis aguda. La ictericia es inconstante; pero en cambio apenas falta cierta tumefaccion del hígado, perceptible por la percusion, y algunos desórdenes gastro-intestinales (lengua saburral, inapetencia, á veces vómitos y diarrea). La enfermedad es febril; pirexia, precedida ó no de escalofríos, que antecede ó subsigue á aquellos síntomas locales: las temperaturas pueden ascender hasta 39° y 40°.

La evolucion del proceso es rápida de ordinario, bastando muchas veces una ó dos semanas para que termine; pero el

curso del mal obedece á contingencias muy diversas, pues si la regla consiste en que se resuelva todo sin vestigios de cuantía, puede en otros casos propagarse el daño al parénquima hepático, ó sin que esto ocurra, establecerse un proceso de cronicidad.

Forma crónica. — Es tan oscura, que con frecuencia se diagnostica *post-mortem*. Esto depende de que la perihepatitis provoca daños consecutivos, ya en la misma glándula hepática, ya en órganos próximos, como las vías biliares, la vena porta, la cava, el peritoneo, etc., segun sean las adherencias establecidas, y como es natural, en estos casos sobrepujan los síntomas propios de esas lesiones consecutivas á los directos de la misma perihepatitis. Nótase, sin embargo, que con frecuencia faltan las excursiones que hace el borde del hígado en los actos respiratorios; y por otra parte es posible, palpando y auscultando la region, percibir sensaciones y ruidos de roce (ruidos de Beathy-Bright), debidos al frote de las paredes abdominales contra la superficie hepática.

Tanto en el diagnóstico de la peri-hepatitis aguda, como en el de la crónica; pero de un modo muy especial en la primera, se debe parar mientes en no confundir la afeccion con una pleuresía. La similitud, nacida de la dificultad de respirar, del dolor y hasta de la tos, no es más que aparente, porque en la inflamacion periférica del hígado la sensacion dolorosa tiene su foco hipocondríaco; si hay roce, se percibe debajo del reborde costal, ó á lo más al nivel de las cuatro últimas costillas; si hay aumento de las líneas pleximétricas la insonoridad es más ámplia hácia el plano anterior que en el posterior, y faltan además los síntomas propios de auscultacion de la pleuritis, sobre todo cuando aparece el exudado.

El pronóstico de la perihepatitis aguda es por lo comun de poca gravedad, ya que la resolucion del proceso es la regla; no así el de la crónica, puesto que á duras penas la en-

fermedad podrá resolverse, sin que se estacione alguno de los daños que consecutivamente ha podido engendrar.

Tratamiento.—*Forma aguda.*— Uno de los tratamientos más eficaces consiste en la administracion, durante dos ó tres dias, de los calomelanos á dosis cortas (5 á 10 centigramos, divididos en 12 dosis, en las veinticuatro horas). Como quiera que el enfermo está agitado por el dolor y por la dificultad de respirar, es muy útil asociar el mercurio con el ópio ó con la codeina y aún la morfina, si la sensacion dolorosa es mucha. Las fricciones mercuriales en la parte, que pueden tambien hacerse anodinas, adicionando el extracto tebáico ó el de belladona, tambien son de utilidad, lo propio que la aplicacion de cataplasmas emolientes. Igualmente está indicada la medicacion alcalina, sobre todo cuando el proceso es reumático; pero así los yoduros de potasio ó de sodio, como los nitratos y bicarbonatos, figuran en segundo lugar, parangonados con el proto-cloruro de mercurio.

Somos tambien muy partidarios de las substracciones de sangre, por medio de sanguijuelas ó de ventosas escarificadas, siempre que las condiciones del enfermo lo permitan y que el proceso se muestre violento. El sitio del mal y la propia índole del proceso, que con facilidad suma puede provocar hiperemias del hígado y hasta hepatitis parenquimatosas, hacen buena una emision sanguínea en el mismo hipocondrio.

Por último, el uso de algun purgante extractivo ó salino puede igualmente aconsejarse para que se eviten los fenómenos de fluxion que quedan referidos.

Forma crónica.— Se pueden emplear los revulsivos sobre la parte (vejigatorios de cantaridato de sosa, pomada de bi-yoduro de mercurio ó de una sal doble, prescribiendo juntamente la pomada mercurial terciada y el yoduro de potasio). El yoduro potásico, los carbonatos alcalinos y las aguas minero-medicinales bicarbonatadas, cloruradas y sulfatadas, forman tambien parte del tratamiento; pero si es una verdad

que la peri-hepatitis crónica acarrea lesiones que tienen más importancia que ella misma, queda significada la conveniencia de ampliar el índice de los recursos terapéuticos, con las medicaciones que se desprendan del género de complicación que haya podido producirse.

ATROFIA AGUDA DEL HÍGADO.—HEPATITIS PARENQUIMATOSA AGUDA DIFUSA.

Escaso contingente podemos aportar al estudio de esta enfermedad, pues hasta ahora no hemos visto en este país más que un solo caso, bien comprobado, de atrofia aguda del hígado, en un hombre de sesenta años.

La etiología del mal es tan oscura, que bien puede decirse que está todavía envuelta en el misterio. Quién supone que al fin se trata de un proceso infectivo que guarda cierta similitud con el de la fiebre amarilla; quién lo relaciona con la intoxicación por el fósforo; quién confiesa con ingenuidad que la patogenia está aún por descubrir: ello es lo cierto, que sólo se señalan relaciones causales de coincidencia (edad adulta, predominio del sexo femenino, embarazo, pasión de ánimo, etc.). Esto en cuanto á procesos idiopáticos, porque en lo que dice relación con las atrofias agudas consecutivas, es indudable que pueden descubrirse enlaces con la cirrosis, con la sífilis y con el hidrargirismo.

Las lesiones consisten esencialmente en: reducción notable del volumen del hígado, á una mitad ó á un tercio; blandura del tejido hepático; cápsula de Glisson formando pliegues, gracias á la fusión del parénquima del órgano; hígado de color amarillo ó amarillo-rojizo; degeneración grasosa de las células hepáticas; presentación de gotitas de grasa, de cristales de leucina, tirosina y bilirubina; y detritus pigmentarios y de albúmina. El bazo, el corazón, los riñones y hasta los mismos músculos, ofrecen signos anatómicos de es-

teatosis, todo lo cual hace recelar la naturaleza infectiva del proceso.

Sintomatología. — En los primeros días el síndrome no ofrece carácter determinado : á lo más indicará la aparición de fenómenos gastro-hepáticos, pero confundibles con muchos otros procesos, tales son : catarro agudo del estómago, ligera sensibilidad en el hipocondrio, fiebre y más tarde ictericia, que poco á poco va extendiéndose por toda la superficie tegumentaria. Hasta aquí, conforme se vé, podría creerse en un catarro gastro-duodenal ó en una colecistitis; pero al cabo de una ó dos semanas aparecen los síntomas de confirmacion.

Atrofiándose el hígado con rapidez y comenzando la reduccion del volumen por el lóbulo pequeño, la percusion acusa una suerte de vacuidad ó timpanismo, primero en la línea xifóidea, luego en la mamilar, y por fin en todas, quedando tan sólo una pequeña zona oscura como al nivel de la línea costal. Subsiste el dolor en la parte, pero poco violento. Se entumece el bazo. Continúa la ictericia, y se va acentuando de tal modo en la orina, que en el enfermo observado por nosotros el líquido renal se presentó de un verde aceituna, exactamente del mismo color que habíamos ya observado en la epidemia de tífus icteroides.

A todo esto se añade un estado adinámico-atáxico de gran entidad, que hace que los enfermos se agiten y entren en delirio tranquilo ó exaltado ; que en otros casos queden soñolientos ó comatosos ; que tiemblen ó que se pongan un tanto convulsos ; que se les reseque y ennegrezca la lengua ; que los dientes y las encías se cubran de fuligo y lentor ; que el vientre se timpanice ; en una palabra, que se desenvuelva un cuadro que recuerda muy mucho el de un tífus grave. Empalmando con él y redondeando su carácter, se manifiestan igualmente hemorragias en forma de petequias,

epistáxis, melenas, metrorragias ó flujos de sangre por cualquiera otra vía.

El pulso es veloz, pero de cada vez más pequeño y deprimible. La temperatura puede ofrecerse normal y hasta baja (hipotermia) en el período de colapso ; mas, por lo comun, antes de que la muerte sobrevenga, se eleva el calor por encima de 40°, 41° y 42° (Strümpell).

La duracion total del proceso, si se cuenta el primer período ó prodrómico, es de dos, tres ó cuatro semanas ; pero si se aprecia tan sólo el período de confirmacion es muy breve, pues desde el instante en que el hígado se atrofia y aparecen los graves fenómenos indicados, bastan seis ó siete dias para que todo quede terminado, muriendo, como es de rigor, el enfermo.

El diagnóstico sólo puede formularse en el segundo período ; pero entonces es tan gráfico el síndrome, que bien puede asegurarse que la atrofia aguda del hígado no se confunde con ningun otro de los procesos hasta hoy señalados. La fiebre amarilla que podría ofrecer aparentes semejanzas, es, sin embargo, muy distinta, porque presenta un período inicial más rápido y muy característico (fiebre alta, raquialgia, cefalalgia intensísima, escleróticas rojas, vómitos biliosos, etc.), y al aparecer la ictericia y los vómitos acafetados no se descubre la retraccion del hígado.

El pronóstico es siempre mortal en la atrofia aguda del hígado.

Tratamiento. — Aunque todo resulta estéril, sin embargo, en el período prodrómico podrá echarse mano de los purgantes, y en el segundo nos habremos de limitar á cumplir indicaciones sintomáticas, como serán : tónicos, para sostener las fuerzas ; medios moderadores de la exaltacion del sistema nervioso ; astringentes para cohibir las hemorragias, etc.

ATROFIA CRÓNICA SIMPLE DEL HÍGADO.

Hé ahí un proceso apenas mentado por los tratadistas de afectos del hígado, y sin embargo, la observacion clínica lo demuestra con harta frecuencia, por lo menos en nuestro país. Se trata de una reduccion total y uniforme del volumen del hígado, pero conservando el órgano su figura; por manera que al examen macroscópico se marca ya una notable diferencia entre ésta que llamamos atrofia simple y las demás enfermedades hepáticas atróficas; lo cual quiere decir que cápsula de Glisson, células hepáticas, tejido conjuntivo intersticial, vasos, nervios y conductos biliares, todo á la vez sigue el mismo movimiento de reduccion. La glándula conserva su color y su consistencia, pero en algunas autopsias la hemos encontrado pálida y con un principio de blandura. No conocemos exactamente la histología de este proceso; pero fundados en los caracteres descritos y en la lentitud con que se desarrolla la afeccion, haciéndose compatible con la vida por espacio de larguísimo tiempo, todo hace suponer que los elementos intrínsecos del hígado deben limitarse á sufrir un acto atrófico, pero sin degeneracion ni regresion especiales.

Etiología. — Muchas veces son oscuras las causas productoras de semejante proceso: tal vez influyan en algun caso las condiciones geográficas, ya que hemos reunido cierto número de observaciones de enfermos procedentes de las islas Filipinas, en los que, aparte de la atrofia simple del hígado, se ofrecía al propio tiempo una lesion tambien atrófica de los folículos gastro-intestinales. En otras ocasiones hemos visto concurrir en los enfermos el sello de un enflaquecimiento general, como si todos los órganos á la par siguieran el mismo movimiento reductivo; ocurriendo, sin embargo, la duda de si se operaba la atrofia simultánea y paralelamente en to-

dos los órganos ó si el enflaquecimiento era consecuencia legítima de las lesiones que el hígado había experimentado. Pero nos inclinamos al primer concepto, ya que en varias ocasiones, á pesar de la atrofia hepática, no se dibujaba, al menos prematuramente, aquel enmagrecimiento total. A veces puede referirse la enfermedad á una pobreza de círculo sanguíneo, ya generalizado por efecto, v. gr., de una esteatosis cardíaca ó de una aterosias difusa, ya en virtud de una reduccion notable de la circulacion de la arteria hepática. Se comprende que la isquemia de las arterias nutricias del órgano acarree una atrofia, por lo cual cualquiera lesion perihepática ú otra intra-abdominal (quistes hidatídeos, ateromas de la arteria aorta, peritonitis crónicas, tumores del mesenterio, etc.), puedan ser causa de la enfermedad que nos ocupa. Con todo, para ser justos, digamos que en más de un caso la etiología no puede apeararse.

Sintomatología. — Sólo á la larga, cuando la atrofia ha alcanzado cierto límite, es cuando se pueden reconocer los caracteres típicos de la enfermedad. Haciendo la palpacion del hipocondrio derecho, lejos de notar el borde del hígado al nivel de las últimas costillas, se pueden insinuar los dedos por debajo de las mismas sin encontrar resistencia hepática; al propio tiempo la percusion permite apreciar cómo se han ido reduciendo las cuatro líneas pleximétricas del hígado. El enfermo no acusa dolor en la parte, pero en cambio la atrofia se acompaña de desórdenes del tubo digestivo de alguna entidad. Si no es constante un catarro gástrico acompañatorio, no suele faltar el cuadro de la dispepsia estomacal; respecto de los intestinos, es habitual el estreñimiento de vientre, á veces tenaz. No hay ictericia ni ascitis, y sólo en los períodos finales es cuando puede derramarse alguna cantidad de líquido en el peritoneo ó infiltrarse la serosidad en las extremidades inferiores. Tampoco se presenta esplenotrofia. Si bien no se nota amarillez en la piel ni en nin-

guno de los puntos en donde se pinta la ictericia, sin embargo, la piel de los enfermos suele presentar ese color ce-trino oscuro y manchado, tan propio de varios afectos del hígado : las efélides ó grandes manchas acafetadas del rostro, del pecho ó de otro punto de la superficie tegumentaria, tam-bien se producen en el curso de la atrofia del hígado. Los enfermos están apiréticos durante todo el curso del mal, pero empiezan á adelgazar, más ó menos prematuramente, y á extenuarse de fuerzas ; pierden todo el tejido adiposo, sobre todo el de las paredes abdominales, con cuya piel se pueden hacer pliegues, ofreciendo á la vez ese sello moral, ya de irascibilidad, ya de melancolía, que constituye, por decirlo así, la característica psicológica de la patología del hígado.

Curso y terminaciones. — La evolucion es lentísima, tanto que el trámite puede durar largos años, llevando, sí, los enfermos, una existencia valetudinaria. A veces parece que la enfermedad se detiene, como si el paciente se hubiese adap-tado á ella ; pero en otras ocasiones el desarrollo es progre-sivo. En este caso, la terminacion por la muerte constituye la regla, y ese final es debido, ya á la extenuacion de fuerzas incesante y al desentono cada dia mayor de los actos diges-tivos, ya á enfermedades intercurrentes hasta cierto punto derivadas de la misma atrofia.

Diagnóstico.— Solo será posible en el período de confirma-cion, cuando la sonoridad, cada dia mayor, del hipocondrio y de las últimas costillas del lado derecho, acusen la pequeñez hepática. En este supuesto, podría confundirse la atrofia simple del hígado con la hepatitis anular ; pero en ésta hay deformidad de la glándula, hay ascitis muy temprana, cir-culacion suplementaria y tumefaccion del bazo, al paso que en la forma simple, el órgano, aunque pequeño, conserva su figura, sólo se desarrolla ascitis al finalizar la afeccion y no se acompaña de esplenotrofia : todo, aparte de que el proceso evolutivo es aun más lento en la atrofia simple que en la es-

clerosis anular. Son tan diferentes, en el curso y en todo, la atrofia simple del hígado (enfermedad esencialmente crónica) y la atrofia amarilla aguda, que huelga de todo punto hacer un diagnóstico diferencial.

Pronóstico. — La atrofia simple es un proceso incurable, pero puede hacerse compatible con la vida durante largo tiempo, bien que condenando al enfermo á un estado valedudinario. Por lo mismo que no produce ictericia ni ascitis temprana, se concibe una relativa benignidad, comparada con la que es propia de la mayor parte de los procesos crónicos del hígado.

Tratamiento. — No le hay directo, como ya puede suponerse, por manera que la mision del terapeuta en este caso queda reducida á colocar al enfermo en determinadas condiciones de adaptacion al proceso, cumpliendo una indicacion sintomática.

Si la atrofia simple del hígado mantiene cohibidos los actos de eliminacion de los productos excrementicios derivados de los principios albuminoideos, y, si por otra parte, disminuida la secrecion de la bilis, ha de faltar un factor digestivo importante, claro es que ni ha de convenir como recurso bromatológico una dieta exclusiva de carnes, ni convendrá tampoco dificultar la digestion intestinal con el uso de sustancias grasas. De ahí la conveniencia de una alimentacion mixta vegetal y animal, con tanto más motivo cuanto el estreñimiento de vientre quedará en parte corregido con las sustancias vegetales y hasta con algunas frutas bien sazonadas y de determinado efecto laxativo, figurando las uvas en primera línea. Las bebidas alcohólicas sólo podrán permitirse con alguna moderacion.

La hidroterapia fria constituye un buen medio de tratamiento, no porque con ella se pueda ejercer ninguna accion directamente curativa, sino para lograr el efecto restaurativo general que determina sobre el proceso de nutricion y para

mantener vivas las funciones de circulacion y de calorificacion de la piel, alejando de esta suerte la tendencia á la fluxion vascular interna del abdomen.

Los medicamentos tónicos á base de hierro resultan tambien muy útiles, particularmente en forma de agua minero-medicinal (S. Hilario-Sacalm, fuente Ballot de Argentona, Lanjaron, Puertollano, Boulou, Spa, etc.). Respecto de los preparados marciales, hemos de procurar administrar tan sólo los que no tengan marcada accion astringente (citrato, oxalato, peptonato, albuminato, carbonato ó tartrato de hierro).

Debe auxiliarse la digestion gastro-intestinal con las sustancias amargas y con los fermentos, ajustándonos á lo preceptuado en el capítulo de las dispepsias.

Por último, importa mantener libre el movimiento de vientre á favor de sustancias laxantes, ya de las que ejercen una accion directa sobre las secreciones biliares (ruibarbo, cáscara sagrada, taraxacon, coleato de sosa, etc.), ya de las que la determinan de preferencia sobre los intestinos (sales neutras ó aguas minero-medicinales cloruradas y sulfatadas: Cestona, Fitero, Arnedillo, Loeches, Rubinat, Carlsbad, Pullna, etc.).

CÁNCER DEL HÍGADO.

El hígado puede cancerarse primaria ó secundariamente; pero desechadas ya hoy las teorías de Lebert acerca de la especificidad de la célula cancerosa y las de Virchow relativas á la especificidad del tejido canceroso, convienen los histólogos modernos en que el cáncer del hígado es un epiteloma que nace en el protoplasma del epitelio de las células hepáticas (1).

Etiología. — Es probable que en su produccion influyan

(1) Véase *Enfermedades del hígado*, por Hanot y Gilbert; Paris, 1888.

ciertas condiciones étnicas y climatológicas, puesto que la frecuencia con que el cáncer del hígado se presenta en nuestro país, es un tanto menor, comparada con la que arrojan las estadísticas de Viena (1 cáncer del hígado por 300 enfermos de afecciones de medicina). Tampoco resulta comprobado en España que aquel neoplasma hepático sea el tercero, en orden á frecuencia de los procesos cancerosos : tal vez le correspondería el cuarto ó el quinto lugar, ó sea despues del carcinoma de la mama, del útero, del estómago é intestinos y de la lengua. En cambio, si raras veces constituye un proceso primitivo, es tal vez el que figura en primera línea, cuando un cáncer exterior (mama, lábios, lengua, testículo, útero), infecta el organismo y ocasiona determinaciones viscerales del cancerismo.

Es más comun en el hombre que en la mujer ; más propio de la edad madura y de la vejez (cuarenta á ochenta años) que de épocas de la vida más tempranas ; se relaciona con la herencia, y á menudo empalma con el artritismo y la litiasis biliar.

Pero el verdadero engranaje entre esas condiciones fisiopatológicas y el cáncer, aún no es conocido, por lo cual Cripps, Nedopil y Ledaux-Lebard han buscado otras vías de conocimiento para concluir en definitiva que el cáncer es parasitario. La cuestion no está resuelta, por más que podría seguirse cierto paralelo entre las producciones cancerosas y las propias del tubérculo y de la actinomicosis, ambas producidas por un microbio.

Anatomía patológica. — Macroscópicamente considerada la lesion, el cáncer del hígado puede revestir tres formas : la de una masa neoplásica uniforme (*cáncer difuso*) ; la de nudosidades ó abolladuras, separadas por zonas sanas (*cáncer nodular*), y la de conjuncion ó mezcla con la cirrosis (*cáncer cirrótico*).

En el primer caso el hígado no ofrece exteriormente de-

formidad ninguna : se presenta sí, hipertrofiado en su totalidad ó en uno de los lóbulos y con notable aumento de su peso (hasta 5, 6 y más kilogramos), pero de superficie lisa y muchas veces con su coloracion normal ; por manera que no revela al exterior el alcance de sus lesiones profundas, pero así que se secciona en dos grandes mitades se le ve convertido en una inmensa masa blanda, como lardácea, con gran cantidad de jugo, y todo de un color blanquecino, blanco-amarilloso ó á veces grisáceo.

Si el cáncer afecta la forma nodular, se reconoce el hígado, por fuera y por dentro, lleno de unas abolladuras, pequeñas como granos de mijo ó grandes como huevos de gallina y aun mayores, separadas por zonas de tejido hepático que luce todavía una perfecta sanidad ó que comienza ya á alterarse, ofreciendo una coloracion amarillo-verdosa ó un tanto rojiza, como acusando cierta impregnacion biliar ó un trabajo congestivo. Las abolladuras pueden ofrecerse blandas ó algo resistentes y de aspecto jaspeado, pero con predominio del color blanco y del rojo lívido, gracias á puntos hemorrágicos que las salpican y á vasos sanguíneos que serpean por su superficie. La totalidad del órgano acusa tambien gran aumento de volumen y de peso, como en la forma difusa.

Cuando se trata del cáncer cirrótico (adeno-carcinoma, de otros), la hipertrofia es escasa y el exterior del órgano puede aparecer normal ó granujiento como en la cirrosis; pero cuando se hacen cortes profundos, entonces se descubren los nódulos cancerosos, esferoidales, blancos ó amarillos, densos y separados unos de otros por tejido cirrótico. Así como en el cáncer difuso y en el nodular se encuentran muy lesionados los vasos y los ganglios linfáticos, en el cirrótico por el contrario, son los vasos venosos los que toman una parte activísima en la difusion del mal.

Sea cual fuere la forma anatómica que el cáncer del hí-

gado revista, se encuentran además lesiones múltiples en las vías biliares, en el peritoneo y en otras vísceras, así de la cavidad abdominal, como de otros puntos: exactamente lo mismo que ocurre en otros cánceres del aparato digestivo; solo que dichas lesiones pueden ser decididamente neoplásicas ó revestir un carácter más benigno.

El estudio microscópico, con ser de grandísimo interés en histología patológica, trasciende hoy por hoy muy poco al terreno de las aplicaciones prácticas en que nos hemos colocado; así, en vez de un apunte que siempre resultaría incompleto, es preferible que nos refiramos á los autores que mejor han tratado el asunto (Hanot y Gilbert. *Loco citato*).

Sintomatología. — Las tres formas de cáncer citadas ofrecen una primera evolucion muy parecida; pero así y todo no se pueden apreciar los síntomas característicos de semejantes procesos degenerativos, hasta despues de haber transcurrido algun tiempo. Los enfermos pierden el apetito, ofrecen dificultades digestivas de índole muy variable, así por parte del estómago, como de los intestinos; van perdiendo fuerzas, se demacran y palidecen. A menudo acusan dolores vagos en el hipocondrio derecho, ó en ambos, ó en el epigastrio ó tal vez hácia el raquis remontándose á las escápulas; y así van pasando las semanas y los meses hasta que al fin toman carácter los síntomas, acentuándose en un sentido ó en otro, segun sea la forma que está revistiendo cada una de las tres modalidades morbosas que quedan referidas.

A. — CÁNCER DIFUSO.

Iniciada la hipertrofia del hígado, aumentan grandemente las líneas pleximétricas, forma abombamiento el hipocondrio derecho, se distienden un tanto las cuatro últimas costillas y vá encontrándose el reborde del órgano muy por debajo de sus límites normales, ocupando el epigastro ó aún

más á la izquierda. La palpacion al través de las paredes abdominales permite apreciar el hígado duro, tenso, liso y con alguna sensibilidad. El dolor puede ser espontáneo, pero sordo y remiso en algunos casos y más agudo y violento, en otros, con todos los caractéres de una hepatalgia ó de una hepato-gastralgia. Se van acentuando de cada vez más los desórdenes del tubo digestivo: la inapetencia se convierte en anorexia; la lengua se cubre de una capa de moco espeso; hay náuseas y eructaciones, pero raras veces vómitos; es más comun el estreñimiento que la diarrea y las materias fecales van decolorándose, por efecto de la acolia. Casi nunca se desarrolla ascitis, ni circulaciones venosas suplementarias; pero en el período verdaderamente final, no solo puede coleccionarse alguna cantidad de líquido en el peritoneo, sino que tambien aparecen edemas caquéticos en las extremidades inferiores, que pueden diseminarse más tarde por diferentes puntos del cuerpo. En el cáncer difuso es rarísima la ictericia, pero en cambio los enfermos, sumidos en una profunda anemia, van palideciendo de piel y de membranas mucosas, mas no con esa entonacion pajiza, sucia, propia de los procesos cancerosos, sino más bien con el color blanco que recuerda el de los leucémicos; y es lógico que así suceda ya que se produce tal disminucion numérica de hematocitos que en vez de 5.000.000, descienden á 600.000. La orina va escaseando, presenta muy rebajada la cifra de urea (4, 3, 2, 1 gramo, en veinticuatro horas), pero no acusa la presencia de albúmina.

En período adelantado asoma la fiebre con recargos vespertinos, la emaciacion es extrema, y al fin el enfermo sucumbe despues de haberse sostenido á favor de una especie de autofagismo, no sin que en algun caso se haya podido completar el síndrome descrito, con la aparicion de algun trombus venoso y la *flegmasia alba dolens* que es su natural consecuencia.

Para que se corran los períodos, desde la confirmacion del mal hasta la muerte, no se necesitan más que algunos meses.

B. — CÁNCER NODULAR.

En pleno desarrollo la afeccion, el reconocimiento de la zona hepática permite comprobar tambien el aumento de volumen de la glándula, á semejanza del caso anterior; pero así como en el cáncer difuso la superficie del hígado conserva su lisura, en la forma nodular, la mano aprecia la sensacion de abolladuras más ó menos grandes, sensibles á la presion, pero que á medida que transcurren algunas semanas, van haciéndose de un relieve mayor. Las excursiones respiratorias imprimen á la totalidad del órgano un movimiento como de dislocacion de arriba abajo, rítmico. Este cáncer es más doloroso que el anterior, y en parte esto depende de la participacion que la cápsula de Glisson toma en el proceso. Tanto por efecto de ese trastorno subjetivo que el enfermo experimenta, como por la presion ejercida contra el diafragma, se presenta dispnea notable en el cáncer nodular. Los mismos desórdenes digestivos que acompañan á la evolucion del cáncer difuso se producen tambien aquí. El bazo muestra lesiones muy variables, pues si es normal de todo punto en algun caso, puede en cambio atrofiarse ó hipertrofiarse. Aparece ascitis en la mayoría de los casos, y al final no faltan tampoco los edemas caquéticos. La ictericia tambien es comun, al revés de lo que ocurre en el cáncer difuso; y se comprende, porque en la forma nodular, por lo mismo que continúan funcionando varias zonas hepáticas, puede haber secrecion biliar, siendo posible su reabsorcion por dificultad del desagüe. Por lo demás hay semejanzas con respecto á la fiebre, á la uroscopia, á la desnutricion, al curso y á la terminacion siempre mortal.

C. — CÁNCER CIRRÓTICO.

El síndrome es doble, pues así participa de la fisonomía de la hepatitis esclerósica, como de los procesos cancerosos. La pleximetría unas veces es normal y otras acusa una mayor longitud de las líneas de percusión. La superficie del hígado puede sentirse lisa ó granulada. Hay dolor en la parte, más ó menos sordo. La ascitis es constante y precoz, lo propio que la circulación suplementaria, que está siempre muy desenvuelta. La ictericia también es un hecho común; y, dada la cirrosis que coexiste, aparecen epistaxis y otros flujos de sangre. Por lo demás, se parece el cáncer cirrótico á todos los otros por los desórdenes del tubo digestivo, por la marcha y el modo de concluir.

Diagnóstico.—Dada la vaguedad de los síntomas iniciales, ya se echa de ver que los cánceres del hígado son indistinguibles en su primera época; pero más tarde ofrecen todos ellos algunas particularidades que permiten distinguirlos de los restantes procesos crónicos hepáticos. La rapidez de la marcha, la desnutrición pronta y la agravación incesante, junto con los dolores hipocondriacos y el común abultamiento de la entraña lesionada, constituyen un conjunto de cosas que no lo vemos reproducido en otros casos; si á esto se agrega la presentación de abolladuras del hígado dolorosas, la ictericia y la falta de esplenotrofia, el juicio aún se asegura más y todo quedará confirmado si en la anamnesis del enfermo figuran la herencia ú otras manifestaciones cancerosas. La pura cirrosis hipertrófica es más lenta en su evolución y se acompaña de entumecimiento del bazo. La cirrosis anular es más calma todavía en su marcha y si ofrece abolladuras como el cáncer nodular, son duras é indolentes, y el hígado se atrofia. La leucemia, aunque con cierto símil de cáncer difuso, porque es pobre en ascitis y carece de icte-

ricia, en cambio se acompaña de gran esplenotrofia y es de marcha más lenta. Las degeneraciones grasosas y amiloideas reconocen una patogenia muy distinta ; y así de las demás afecciones crónicas del hígado.

Pronóstico. — Mortal siempre y en tiempo breve.

Tratamiento. — No cabe más que la terapéutica sintomática, pues hasta el empleo de aguas minero-medicinales de diversa composición que tan á menudo se utilizan para combatir otros afectos hepáticos, agravan por lo comun el estado de los cancerosos. Nos hemos de reducir de consiguiente á sostener las fuerzas con una alimentación que se adapte á las escasas fuerzas digestivas que posee el enfermo ; á facilitar el trabajo gastro-intestinal ; á tonificar el organismo, para retardar en lo posible el estado caquético ; á calmar los dolores ; á moderar la fiebre y á corregir la ascitis.

HÍGADO ADIPOSO. — ESTEATOSIS DEL HÍGADO.

Estas designaciones suponen procesos morbosos distintos. En el hígado adiposo la grasa infiltra las células hepáticas, dándolas una refringencia particular que las distingue de las células sanas, pero conservan su núcleo, por lo cual no pierden su autonomía anatómica ni fisiológica ; en una palabra, se trata tan sólo de un verdadero depósito ó infiltración de gotas de grasa, pero sin degeneración verdadera del tejido. En la esteatosis, hay sustitución ó degeneración de los elementos celulares, quedando convertidos en grasa y por consiguiente muertos é inhábiles para todo funcionalismo normal : pero entiéndase que la primera forma puede engendrar la segunda, ó que ambas pueden existir simultáneamente.

Etiología. — La infiltración adiposa puede en ciertas ocasiones constituir un hecho de simple normalidad : una alimentación opípara, el embarazo, la lactancia, la polidipsia, la inacción y sobre todo el estado de gordura dentro del

límite exigido por la llamada morbilidad de las formas, pueden determinarla; pero en este punto, como en otros, no hay más que un paso desde lo hígido á lo patológico, por lo cual basta que se exagere la abundancia de grasa en el organismo humano, constituyendo esa distrofia conocida con el nombre de polisarcia adiposa, para que la infiltracion de grasa en el hígado suponga ya un hecho de morbosidad, aún sin tratarse de una verdadera esteatosis. Otras son las causas productoras de la degeneracion grasosa: desde luego una de las más abonadas es la tuberculizacion pulmonar, y con ella todos los procesos tisiógenos; tambien lo son las supuraciones que, por lo prolongadas, agotan el vigor orgánico, ciertas pirexias infectivas (viruela, erisipela, fiebre tifoidea), y las intoxicaciones por el alcohol, el fósforo, el arsénico y el antimonio.

Anatomía patológica. — El hígado grasoso es grande, liso y poco resistente; tiene el borde romo; preséntase de un color amarillo de ocre ó pardo, ó con los dos matices á un tiempo, y en las superficies de seccion, puede empaparse un papel dándole aspecto aceitoso. La cifra normal de grasa que el hígado contiene y que es de 4 ó 5 por 100, se eleva á 20 ó 25. Inspeccionado el parénquima hepático por medio del microscopio, se nota cómo las células del hígado han ido perdiendo su forma poliédrica, para volverse esferoidales y que, á medida que la infiltracion aumenta, el núcleo de las células queda empujado hácia afuera, hasta que al fin él, junto con el protoplasma, desaparece convertido en una sustancia grasosa, que se disuelve á favor del éter y de la trementina.

Sintomatología. — Si se trata de la simple infiltracion grasosa, muchas veces va acompañada de los rasgos físicos que caracterizan la polisarcia adiposa; tanto, que en ocasiones basta reconocer en un individuo grandes depósitos de gordura subcutáneos para que se presuponga un hígado adiposo,

mucho más si la graduada distension del vientre (sin ascitis) indica grandes masas de gordura en el abdomen. Pero, aparte de esto, la inspeccion de la region hepática acusa aumento de volumen del órgano, sin abolladuras, borde del hígado grueso, y sensacion, aunque poco intensa, de dolor cuando se comprime el hipocondrio. En algun caso se presenta ictericia y á menudo diarrea: tambien si se dificulta el desagüe de la vena porta puede coleccionarse alguna serosidad en el peritoneo y entumecerse el bazo.

Si existe la verdadera esteatosis del hígado, se observan los mismos fenómenos, bien que puede faltar el aumento de volumen de la entraña; pero en cambio, concurren en el paciente los estados morbosos que han producido aquella degeneracion grasosa.

Diagnóstico. — Semejantes estados, muchas veces en el ejercicio clínico los diagnosticamos por pura suposicion, mejor que en virtud de la apreciacion de un síndrome característico. Es verdad que el aumento de volumen de la víscera, sin asperezas y con determinada blandura, constituye cierta especialidad, pero nos confundiríamos á cada paso con muchos otros procesos, si no se tenían en cuenta las condiciones generales del individuo y toda la patogenia. Es muy comun en clínica apreciar procesos que en su detalle ofrecen grandísima similitud; pero así que los estudiamos en su conjunto, en su marcha y en sus relaciones con las causas productoras, nos convencemos de que la semejanza que los unía era solo aparente: así en el caso que nos ocupa bastará observar un sujeto polisárcico, para que por lo mismo los trastornos hepáticos que tal vez encontremos, podamos referirlos al hígado adiposo; como si se trata de un individuo que ha consumido grandes cantidades de alcohol ó resulta intoxicado por el fósforo, nos hará suponer la esteatosis hepática: pero claro es que el juicio diagnóstico resultará más perfecto si á la consideracion potogenética se agregan

los síntomas más característicos del mal y el curso de la afección.

Pronóstico.—El de la esteatosis deberá hacerse mortal en todos los casos, porque un elemento anatómico convertido en grasa es un elemento muerto, y por tanto no cabe la reintegración á la normalidad: si quedan zonas no degeneradas, el enfermo resistirá un plazo sin morir; pero al punto en que las lesiones se difunden, el hígado ya no puede ejercer sus funciones. No así en la pura infiltración ó adiposidad del hígado; porque conservándose aún en cierta relativa integridad las células hepáticas, cabe que se invierta la distrofia, que no siga exuberante la fabricación de grasa y que el parénquima del órgano pueda librarse de la sobrecarga que le oprime: no se crea, sin embargo, que la tarea ha de ser fácil; antes al contrario, á pesar de que admitimos en principio la curabilidad, como al fin no se trata de una lesión labrada *in situ*, sino de una modalidad de la nutrición general, ínterin no se domine la distrofia, no quedará resuelta la adiposidad del hígado.

Tratamiento.—*Hígado adiposo.*—Las células hepáticas almacenan en demasía la grasa, tanto si hay un aumento en el ingreso de las sustancias alimenticias hidro-carbonadas, como si hay una disminución en las oxidaciones de los productos grasos que normalmente existen; de ahí la necesidad, por un lado, de disminuir los ingresos, y, por otro, de facilitar los actos químicos de combustión. Lo primero podrá lograrse en gran parte proscribiendo las leches, las grasas, los feculentos y los azúcares, y permitiendo el uso de huevos, carnes magras, verdura y frutas; también interesa proscribir ó reducir al *mínimum* las bebidas alcohólicas y recomendar grandísima moderación en el uso del agua, aconsejando á los polisárcicos que beban con un cántaro ó con un porron, en vez de vaso. Lo segundo podrá alcanzarse recomendando el movimiento, en cualquiera forma que sea, compatible con el es

tado general y visceral de los enfermos; los paseos al aire libre, bajo la influencia solar; y la actividad cerebral, disminuyendo un tanto las horas de dormir y recomendando las tareas mentales. Todo esto activa la desasimilacion; pero con gran tino práctico dice Bouchard (1), al ocuparse del tratamiento de la obesidad, que hay polisárcicos que en vez de perder por el riñon cantidades cortísimas de urea, son, por el contrario, azotúricos, y en este caso (cosa fácil de saber, haciendo una buena uroscopia) no se puede ser muy severo en los consejos recomendados para promover fuertes oxidaciones, ya que la desasimilacion es en sí excesiva.

Tambien se saca gran partido de la medicacion alcalina y salina, sobre todo en forma de aguas minero-medicinales, siendo muchas las que pueden recomendarse: Cestona, Solares, Nanclares, Mondáriz, Sobron, Marmolejo, Ribas, Chatel-Guyon, Brides, Vichy, Homburgo, Carlsbad, Kissingen, Marienbad, etc. Todos estos manantiales obran, unos eliminando productos biliares y aligerando de esta suerte la sobrecarga del hígado, y otros modificando el proceso de nutricion y avivando el emuntorio renal.

No se pueden recomendar menos otros dos recursos para combatir la polisarcia del hígado; tales son: los baños de agua caliente y los de vapor, para poner en juego las funciones de la piel y aumentar la absorcion de oxígeno y la eliminacion de ácido carbónico; y la mesoterapia, porque el masaje, por lo mismo que activa la circulacion y las funciones de los músculos, influye poderosamente en la regularizacion de los actos tróficos.

Esteatosis del hígado.—Contra la degeneracion grasosa no cabe más tratamiento que el sintomático. Sostener fuerzas, con una alimentacion nutritiva; reconstituir el organismo con los preparados de hierro solubles y con las aguas minerales ferruginosas (Argentona—fuente Ballot—, San Hilario,

(1) *Maladies par ralentissement de la nutrition.* Bouchard. Paris, 1885.

Puertollano, Spa, Pyrmont, Königsdorff, Orezza, etc.) ; combatir la dispepsia, la ascitis, la ictericia y las demás complicaciones : hé ahí lo único hacedero.

DEGENERACION AMILOIDEA DEL HÍGADO.—HÍGADO LARDÁCEO

Esta enfermedad fundamentalmente consiste en la infiltracion de una sustancia albuminóidea en las propias células hepáticas. Por una reaccion parecida á la que se logra tratando el almidon vegetal con la tintura de yodo, creyó el distinguido autor de la Patología celular que la sustancia que infiltra las células en el hígado lardáceo es amiloidea ; con todo, si el parénquima enfermo de esta glándula se pone en contacto de aquel reactivo adquiere una coloracion roja, y para que aparezca la azul propia del almidon vegetal, es menester añadir luego una cortísima cantidad de ácido sulfúrico.

Etiología.—Siempre se trata de un proceso deuteropático y de verdadera degeneracion. Es en realidad un final de gran número de enfermedades crónicas consecutivas que, modificando el modo de ser de un gran número de órganos, acarrear en el hígado una degeneracion amiloidea, como podrían determinarla grasosa, haciéndola extensiva á otras vísceras, como el riñon, el bazo y los intestinos. Figuran en esta lista de causas productoras de hígado lardáceo todas las tuberculizaciones de forma lenta (tuberculosis pulmonar, mal vertebral de Pott, coxartrocace, etc.), las supuraciones prolongadas, la caquexia escrofulosa, el cancerismo, la sífilis constitucional, el paludismo crónico, la leucocitemia, las gastroenteritis ulcerativas crónicas, la enfermedad de Brighth, etc.

Anatomía patológica.—El hígado amiloideo es grande (4, 5 y hasta 6000 gramos), liso, algo blando, con su reborde anterior romo, y de color unas veces gris y simulando otras el de la cera. Al hendirlo profundamente con el escalpelo se encuentra resistencia y aparecen las superficies de seccion exangües,

de color rojo pardo que recuerda el de la carne de salmon (Hermann Eichhorst) y con un brillo lardáceo característico, como si estuviesen impregnadas de una materia coloidea muy refringente. Si sobre los cortes se derrama tintura de iodo ó una solución iodo-iodurada, quedan teñidas de color de caoba todas las zonas degeneradas y de amarillo claro las que conservan la sanidad. Si, según aconseja Cornil, se emplea como reactivo el violeta de metalinina las partes enfermas quedan de color rojo-violeta y las sanas de violeta-azul. Es común encontrar asociadas la degeneración amiloidea y la grasosa y la tuberculización del hígado. Los sistemas venosos continúan practicables á favor de las inyecciones. Las arterias degeneradas. Las vías biliares con escasa ó ninguna bñlis. La propia degeneración puede encontrarse en el bazo, en los riñones y en otros órganos.

Sintomatología. — Es por demás oscura. Se encuentra, sí, un hígado voluminoso, que distiende el hipocondrio y que dificulta la respiración, liso, poco sensible y con su borde anterior romo; es común también la concurrencia de una esplenotrofia y la falta de ictericia; puede que no se produzca ascitis ninguna; pero como el estado general del enfermo viene complicado con las gravísimas lesiones que en definitiva han sido las causantes de la degeneración amiloidea, resulta que semejante síndrome viene ampliado y hasta velado por los desórdenes que son secuela natural de los afectos primitivos ó de los concomitantes. Así sucede que, degenerado también el riñón, el enfermo está albuminúrico é hidrópico; que degenerado el bazo se desarrollan grandes fiebres accesionales que ofuscan el cuadro hepático antes referido; que hay en otros casos los indicios de una profunda infección palúdica ó los de una sífilis constitucional, y basta señalar todo esto para que se caiga en la cuenta de la gran variabilidad de fenómenos que pueden acompañar al hígado lardáceo.

Marcha y terminaciones.—Aunque la evolución es tan lenta

que puede permitir la vida algunos años, el curso del mal viene en gran parte supeditado á la índole de la enfermedad causal. De todos modos, la marcha es progresiva y la terminacion siempre por la muerte.

Diagnóstico.—Si en la clínica se presentare el hígado amiloideo (cosa que no suele ocurrir), sin la concurrencia de otros estados morbosos que ofuscasen su síndrome propio, es evidente que se le podría diagnosticar hasta con relativa facilidad; pero como de ordinario no sucede así, de esto la incertitud del diagnóstico. Con todo, si se tienen en cuenta las condiciones patogenéticas apuntadas, y en el curso de determinadas afecciones se encuentra un hígado voluminoso, liso, con esplenotrofia y sin ascitis ó á lo más con hidropesía muy poco graduada, habrá motivos para sospechar la afeccion, y la verosimilitud subirá de punto, si por casualidad junto con aquel cuadro hepato-esplénico se encuentra albúmina en la orina, acusando tal vez el estado amiloideo del riñon. El hígado adiposo es tambien grande, pero no tanto; es más blando; no suele llevar aparejada la tumefaccion del bazo, y en cambio se acompaña de otros signos exteriores de la adiposidad diseminada por todo el ámbito del cuerpo. No es menos voluminoso el hígado afecto de cirrosis hipertrófica; pero el dolor, la ictericia, la ascitis y la etiología marcan las diferencias. En el cáncer del hígado no concurren las causas de la degeneracion amiloidea; es enfermedad más dolorosa, á menudo la glándula queda abollada y deforme, se hipertrofia poco el bazo, hay ictericia ó, de nó, color pajizo característico, y el curso es mucho más rápido.

Pronóstico.— Bien puede reputarse enfermedad mortal, en un plazo más ó menos largo, por más que algunos autores hayan afirmado la curabilidad. Pero si el enfermo curó de la supuesta degeneracion amiloidea, ¿qué seguridad hubo en el diagnóstico? Las células convertidas en sustancia lardácea, pueden considerarse muertas en el sentido anatómico y fisio-

lógico ; por tanto, sólo en el caso de quedar indemnes grandes territorios de parénquima hepático, podría admitirse una lenidad más ó menos hipotética en el pronóstico.

Tratamiento.—Desde luego, si se trata de un proceso deuteropático, debe cumplirse una indicacion patogenética combatiendo, si es dable, la enfermedad causal : de ahí el uso de la quinina, del arsénico ó del eucaliptus, en caso de impaludismo crónico ; de los ioduros y aun los mercuriales, en caso de sífilis constitucional ; del aceite de hígado de bacalao ó de las aguas iodo-bromo-cloruradas (Tona, Challes, etc.), si se trata de un escrofulismo, y así de los demás casos.

Hecho esto, debe tenerse en cuenta que la degeneracion amiloidea es un proceso decadente y que, por tanto, precisa la reconstruccion del organismo con la vida del campo, la influencia solar, el ejercicio y la alimentacion nutritiva, á la vez que se instituye un tratamiento ferruginoso, manganoso, arsenical ó fosfatado. No falta quien ha querido ver en algunos medicamentos (sal amoniaco, ioduro de potasio, cloruro de sodio), cierta virtud específica, pero hemos de confesar ingénuamente que, hasta ahora, la terapéutica no cuenta con ningun medio seguro para llevar á buen término aquella degeneracion hepática.

QUISTES HIDATÍDEOS. — EQUINOCOCOS DEL HÍGADO

Llevan este nombre los quistes originados por los embriones de la *tenia echinococcus* que, habiendo penetrado en el tubo digestivo, enfilan á lo largo de los conductos biliares ó despues de atravesar la mucosa intestinal se abren paso en los capilares de la vena porta para alojarse en el hígado.

Etiología. — El parásito cestoides que nos ocupa, difiere de sus congéneres en que no alcanza en el organismo del hombre el grado de su más perfecto desarrollo : para lograrlo, le precisa una evolucion que sólo se cumple en el tubo intesti-

nal del perro y del lobo, donde el cisticerco se transforma en verdadera ténia (*taenia nana*). De modo que en este caso el hombre viene á representar para los nombrados animales lo que el cerdo y el buey en las respectivas fases de la ténia armada y de la mediocanellata. Los quistes hidatídeos, por consiguiente, proceden de la ténia nana, cuyos huevos vienen á infectar el tubo intestinal del que los ha ingerido con el agua ó con los alimentos préviamente contaminados por las deposiciones del lobo y de una manera muy especial por los del perro, que á su vez se infectan comiendo despojos laceriosos de carnero, animal que padece la enfermedad en forma parecida á la del hombre, y que la contrae paciendo en los prados infestados por los excrementos perrunos. De ello resulta, que este padecimiento ha de dominar en aquellos países ó comarcas, en los cuales, por circunstancias especialísimas, abundan los perros y cuyos habitantes hacen vida comun con ellos, sin cuidar mucho de su limpieza personal ni del aseo de sus viviendas, siendo además poco escrupulosos en la eleccion del agua y de los alimentos. Por tales razones, es frecuentísimo en Islandia, tanto que, segun unos (Hyatalin), lo padecen el 10 por 100 de sus habitantes, mientras otros estiman que solo el 30 por 100 de la poblacion total (70.000 habitantes) es víctima de tal dolencia. Esta se ha observado tambien, pero en contadas ocasiones, en Francia, Alemania, Inglaterra, Egipto y España. En Barcelona recordamos, entre otros, un notabilísimo caso de quiste hidatídeo hepático arracimado, que operó el Dr. Cardenal, y cuyas piezas fueron presentadas á la Real Academia de Medicina y Cirugía.

Las demás condiciones etiológicas, el sexo, el género de vida, la edad, parecen tener escasísima influencia en la determinacion del mal, por más que afirmen algunos autores ser más frecuente en la edad adulta y en las personas pobres y de vida miserable.