

apetito, abultamiento y pesadez epigástrica, etc. Los gases se acumulan en el intestino; las deposiciones se vuelven de un gris pálido alguna vez también morenuzcas. Hay alternativas de estreñimiento y diarrea; con frecuencia se observan evacuaciones alvinas abundantes permanentes que no tardan en producir la debilidad. La exploración de la región hepática revela una disminución de volumen del hígado. El bazo conserva ordinariamente su volumen normal. Mas tarde á las perturbaciones de las funciones digestivas vienen á añadirse fenómenos, que anuncian que la sanguificación y nutrición están alteradas. Los enfermos presentan un aspecto pálido y caquéctico sin tinte icterico; se debilitan; se forman colecciones de serosidad en la cavidad abdominal, y bien pronto aparece un anasarca general. La orina de ordinario es pálida y desprovista de pigmento biliar.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

Nuestra mejor guía para llegar al diagnóstico es la disminución de volumen del hígado, el catarro gastro-intestinal persistente, la coloración de las materias fecales, y además, cuando es posible, la exclusión de otras afecciones que puedan producir la ascitis, los trastornos digestivos, etc.

La distinción con la atrofia cirrótica es posible por medio de la palpación; por ella se puede reconocer si la superficie de la glándula es lisa ó está granulosa.

La atrofia crónica, cuando llega á un alto grado, conduce habitualmente á un término funesto, entraña modificaciones profundas en la forma y en el tejido del hígado. Se puede formar una idea viendo la figura 25 que representa un hígado comprimido y atrofiado por un derrame enquistado del peritóneo. La muerte es entonces la consecuencia, sea del enflaquecimiento progresivo, sea de la hidropesía general, ó bien es el resultado de estados morbosos que complican la afección del hígado y se hallan con ella en ciertas relaciones de causalidad.

§ IV.—Tratamiento.

Después de separar las causas de compresión, si es posible, se in-



Fig. 25.—Atrofia y depresión de un hígado comprimido por un derrame enquistado del peritóneo. (Frerichs fig. 81.)

siste en el régimen, que será á la vez nutritivo y de sustancias de fácil digestión.

Se excitará la actividad de la mucosa gástrica con los amargos y aromáticos ligeramente astringentes. Contra la anemia se emplearán las preparaciones ferruginosas. Si aparecen la ascitis y el anasarca, se moderarán con el empleo de ligeras infusiones teiformes de plantas aromáticas y amargas. Se practica la paracentesis, si hay gran compresión; pero se evitará con cuidado el uso de los drásticos y diuréticos violentos, que en este caso son mas perjudiciales que útiles.

ARTÍCULO VII.

AFECIONES DIVERSAS DEL HÍGADO.

Unas no ofrecen mas que un mediano interés para la práctica médica, como el enfisema, el tejido eréctil, etc.

Otras, tales como los quistes, las hidátides, los equinococos y el cáncer del hígado, no solamente producen perturbaciones locales y generales numerosas, sino que amenazan la misma existencia. Estas últimas enfermedades tienen una gran importancia bajo el punto de vista del diagnóstico y del tratamiento.

1.º ENFISEMA; CONCRECIONES BILIARIAS; MASAS ADIPOCIREAS; TEJIDO ERECTIL; MASAS MELÁNICAS DEL HÍGADO.

Enfisema del hígado.—No parece dudoso, según las observaciones de Louis, y en vista de dos casos que ha recogido Cossy, que esta lesión puede desarrollarse durante la vida. En tales casos se halla el hígado ligero, sobrenadando como el pulmón cuando se le sumerge en el agua, y formado de cavidades cuya mayor parte están llenas de aire. En uno de los casos que ha observado Cossy, y que tuvo lugar en un individuo envenenado por el ácido nítrico, hubo ictericia, sintoma que al parecer estaba en relación con la lesión de la glándula hepática.

Las concreciones biliares ó de otra naturaleza, de que ha citado Merat dos ejemplos, las acumulaciones de sustancia adipocírea, la formación de un tejido eréctil en el hígado, y el desarrollo de la sustancia melánica, son también lesiones que basta indicar en una obra de la naturaleza de esta, puesto que solo han sido estudiadas bajo el punto de vista de la anatomía patológica; nosotros nos referimos al libro de Frerichs (1).

(1) Frerichs, *Traité pratiques des maladies du foie et des voies biliaires*, 2.ª édition. Paris, 1866, chap. XII.

2.º—ESTADO GRASIENTO DEL HÍGADO.

El hígado en el estado normal contiene grasa; esta por consecuencia de influencias fisiológicas diversas puede existir en el órgano en cantidad notable, sin que por eso la salud se comprometa, sin que allí haya enfermedad. Sin embargo, cuando bajo la acción de circunstancias que enumeraremos después, la materia grasa se aumenta en proporciones considerables, este acúmulo da origen á trastornos orgánicos, cambia y altera la estructura del hígado; en una palabra, se convierte en una causa de enfermedad.

§ I.—Causas.

Ciertos individuos en quienes el movimiento de transformación orgánica es mas lento que en otros, muestran una predisposición á esta afección. En estos la grasa se acumula en los órganos con una gran facilidad y la secreción biliar es fácil. Esta disposición constitucional se trasmite por herencia; ella hace que ciertas familias parezcan huéspedes destinados á las aguas alcalinas de Vichy, Karlsbad, etc. (1).

La edad media de la vida, el sexo femenino, un clima templado húmedo, pantanoso, parecen obrar tambien como causas predisponentes. Tambien se cuenta entre las causas un régimen muy suculento y muy rico en materias grasas. Entre las causas que parecen contribuir mas al desenvolvimiento del estado adiposo, hay una muy frecuente en nuestro país, esta es la embriaguez.

El estado grasiento del hígado coincide con la tuberculización pulmonar: es menos constante, mas, sin embargo, puede existir al mismo tiempo que ciertas afecciones intestinales. Brighton refiere muchos casos unidos á la disentería crónica. Budd le ha visto acompañar al escirro. Frerichs le ha observado en un grado muy pronunciado con la compresión de la médula, seguida de sus diversas consecuencias, tales como el decúbito prolongado, marasmo, gangrena.

El estado grasiento del hígado parece provenir de la sobre-abundancia de grasa en la sangre. En efecto, la gente que tiene un régimen abundante, en los tísicos, en los borrachos, la sangre es notable por la cantidad de materia grasa que contiene. El acúmulo de grasa en el hígado es ordinariamente mas considerable con la tuberculización pulmonar que con las otras afecciones, porque la absorción del oxígeno está en este caso muy disminuida.

(1) Duran-Fardel, Le Bret, *Dictionnaire des eaux minérales et d'hydrologie médicale*. Paris, 1860.

§ II.—Síntomas.

Se pueden distinguir dos especies de estado grasiento del hígado. En la primera especie, la grasa llena las células hepáticas, embaraза el ejercicio de sus funciones, pero no altera en nada su estructura. La alteración orgánica es entonces con frecuencia transitoria, es la que ordinariamente existe en los individuos entregados á un régimen suculento, ó que hacen un consumo exagerado de materias aceitosas y grasas. A esta especie se puede dar el nombre de *infiltración grasienta*.

En la segunda especie, que acompañan los tubérculos pulmonares y las otras afecciones consuntivas, las células hepáticas impregnadas de un plasma anormalmente concentrado y alteradas en su nutrición, pierden toda su actividad funcional.

La primera acción que ejerce la acumulación exagerada de la grasa, es estorbar el movimiento de la sangre en el hígado y la secreción de la bilis.

De aquí resulta un estado hiperémico crónico de la mucosa gastro-intestinal, y por consecuencia una disposición muy grande á los catarros intestinales, á los desórdenes digestivos, á la diarrea, á las congestiones hemorroidales, etc. La bilis es segregada y escretada difícilmente. A veces la piel no toma jamás un tinte ictérico pronunciado. Rara vez la anemia y la hidroemia son llevadas muy lejos; durante este tiempo los individuos atacados de un estado graso del hígado soportan difícilmente las evacuaciones de sangre y las influencias debilitantes.

Segun Addison, la bilis, tratada por los ácidos, toma un olor particular, excesivamente fétido; Frerichs no pudo notar este carácter. Addison añade tambien que en este caso la piel toma un tinte pálido color de cera, y al tacto da una sensación análoga á la del satén. En los borrachos atacados de un estado grasiento del hígado, la piel es aceitosa y pegajosa. Todas las secreciones cutáneas están sobrecargadas de materias grasas, y les pasa una cosa análoga á lo que se produce en los individuos que absorben diariamente fuertes cantidades de aceite de bacalao.

En ciertos casos la secreción de la bilis disminuye mas y mas, se declara una anemia intensa, y llega la muerte bajo la influencia de un enflaquecimiento progresivo. En un caso excepcional por la infiltración, mas frecuente con degeneración grasienta, que acompaña las afecciones colóideas ó lardáceas del hígado.

En este caso el órgano desde el principio hipertrofiado, disminuye en seguida de volumen, alguna vez se vuelve mas pequeño de lo que debe ser normalmente; su superficie permanece lisa ó está ligeramente granulosa; desaparece el color bilioso de las heces, y el enfermo reviste mas y mas una apariencia caquéctica.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

La infiltración grasosa no da origen sino á trastornos vagos, que rara vez ofrecen peligro para el organismo. Cuando está aislada, es ordinariamente producto de un régimen vicioso, de una disposición constitucional, y estas circunstancias etiológicas pueden entonces facilitar el diagnóstico.

La degeneración grasosa se reconocerá por medio de la percusión la cual hará ver que el órgano, antes hipertrofiado, ha disminuido poco á poco de volumen, por la existencia de un estado caquéctico progresivo, por el estado liso de la superficie de la glándula, la disminución de la secreción de la bñlis, en fin, por la semejanza de los trastornos que entraña despues de ella un estorbo de la circulación en la vena porta. El diagnóstico se facilitará tambien por la coexistencia de la tuberculización pulmonar, la embriaguez habitual, etc.

§ IV.—Anatomía patológica.

No siempre es fácil reconocer, á simple vista, que el hígado contiene grasa. Sin embargo Frerichs indica ciertas formas del estado grasiento del hígado, que se podrán distinguir desde el principio. Por ejemplo, la que está caracterizada por un hígado voluminoso, aplastado, de un amarillo mate, de bordes lisos y obtusos, presentando una consistencia pastosa y cuyo corte exiguo es de un matiz de hoja seca.

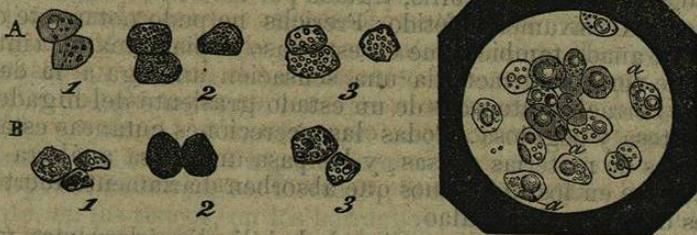


Fig. 26.—Células de hígado de un animal alimentado con aceite de bacalao.—A y B, cambio experimentado, despues de tres y ocho días de semejante alimentación, por las células hepáticas; 1, estado cuando comienza el experimento; 2, las células poco tiempo despues; 3, las mismas células mas tarde.

(Frerichs, fig. 78.)

Luego que el acúmulo de la grasa es enorme, el hígado toma un color amarillo pálido; aparecen acá y hallá pequeñas manchas ó lí-

neas de un amarillo intenso, sobre un fondo de un matiz uniforme. Se observan tambien placas amarillas esparcidas y aisladas en el parénquima. Hay sitios en que es mas considerable el éstasis de la bñlis. En fin, la consistencia del órgano disminuye, y tanto mas, cuantos mas progresos hace el acúmulo de la grasa, el órgano se vuelve blando, flojo, friable, y, como los tejidos edematosos, conserva mucho tiempo la impresion de los dedos.

Tales son los caracteres mas sensibles que suministra el exámen á ojo desnudo de un hígado adiposo. A veces son tan poco marcados que se queda en la duda. Entonces es fuerza recurrir al microscopio, que muestra la grasa depositada bajo la forma de gotitas en el interior de las células, cerca del núcleo, como lo representan las figuras 26 y 27, y así nos permiten hacer constar su presencia de una manera indudable.

§ V.—Tratamiento.

Tiene por objeto disminuir la cantidad de grasa contenida en el hígado.

La primera indicación versa sobre el régimen; se proibirán los alimentos grasos y feculentos, y las bebidas espirituosas, mientras que se podrán aconsejar las frutas y las legumbres ricas en pectinas y en sales alcalinas. Se recomendará tambien el ejercicio al aire libre y todo lo que puede activar el trabajo orgánico.

En las formas ligeras, además del régimen se prescribirán los extractos de cardo, de diente de leon, de celidonia, unidos ó no á los carbonatos alcalinos. Si el vientre está perezoso, se puede recurrir al ruibarbo y aun al aloes.

En fin, con frecuencia será forzoso enviar los enfermos á las aguas de Vichy, de Kartsbad, de Marienbad, (de Verin, Mondariz, Guitiriz) (1). Sin embargo, si hay tendencia á la diarrea, y si los individuos empiezan á volverse anémicos, serán de mejor efecto los manantiales ligeramente ferruginosos, como Spa, Ems, Schwalbach (2).

3.º REBLANDECIMIENTO, INDURACION DEL HÍGADO.

1.º *Reblandecimiento*.—En las observaciones de Andral (3) se hallan reblandecimientos que pueden llamarse agudos, y otros que pueden considerarse como crónicos. Los primeros no son mas que lesiones secundarias que se han presentado en el curso de una enfermedad grave, y que no deben ocuparnos. Los otros, de los que solo hay rarísimos ejemplos, han ofrecido por signos durante la vida, síntomas de gastralgia ó de gastritis crónica, con trastornos intestinales nota-

(1) Aguas notables de Galicia.—Adición del traductor.

(2) *Dictionnaire général des eaux minérales*. Paris, 1860.

(3) Andral, *Clinique médicale*, 3.ª edit. t. II p. 387 et 407.

bles, y en la autopsia no se ha hallado mas lesion para explicar estos fenómenos que el reblandecimiento del hígado. Segun Andral, la causa primitiva de todos los accidentes seria la falta de secrecion de la bilis, y en cuanto á la naturaleza de la afeccion, no es posible decidirse acerca de este punto. Vemos, pues, que en el estado actual de la ciencia es imposible obtener datos verdaderamente útiles acerca de esta lesion, y que no podemos presentar una historia de ella que sea interesante para el práctico.

2.º *Induracion.*—Apenas es mayor la importancia de esta lesion para la práctica, y todo lo que creo necesario decir es que se la puede considerar como una causa de ascitis, y que siempre ha parecido que es superior á los recursos del arte. Sin embargo, añadiré que las observaciones nos dejan en general mucho que desear acerca de esta lesion, y que rara vez se han examinado en particular las venas del abdómen, quedamos por lo comun en incertidumbre acerca de la causa verdadera de la hidropesía.

4.º QUISTES DEL HÍGADO.

Se han confundido por mucho tiempo los *quistes serosos del hígado*, ó *hidropesía enquistada*, con las *hidátides*; pero en la actualidad todos están conformes en que se forma en el hígado, en los riñones y en otros órganos quistes acuosos enteramente distintos de las hidátides propiamente dichas, y este es un hecho que principalmente el doctor Hawkins ha puesto ya fuera de duda. Pero á pesar de esta distincion, es muy poca la importancia que debemos dar á las diferencias que existen entre ambas enfermedades, porque en el terreno de la práctica, es decir, en cuanto á los síntomas, curso de la enfermedad, terminaciones y sobre todo en cuanto al tratamiento, no hay nada que pertenezca exclusivamente á una de ellas. Es verdad que se ha dicho que la falta del *rozamiento* y del *ruido de las hidátides* servia para diagnosticar los quistes acuosos y diferenciarlos durante la vida de los tumores hidatídicos; pero ya veremos en el artículo siguiente que la existencia de este signo dista mucho de ser constante en las hidátides, de modo que en el mayor número de veces es imposible distinguirlos.

Así, pues, me limitaré á decir que la lesion anatómica consiste en un *quiste* de paredes mas ó menos gruesas formadas por una membrana en la que suelen distinguirse varias hojas, de las cuales la externa es fibrosa y la interna tomentosa, y se cubre á veces segun Hawkins (1), de vegetaciones fungosas. En cuanto al *líquido*, está compuesto casi constantemente de agua pura y no se coagula por el calor. El quiste es á veces muy considerable y puede contener hasta 10 kilogramos (20 libras) de líquido y aun mayor cantidad;

(1) Hawkins, *Archives générales de médecine*, 2.ª série, t. V.

pero por lo comun se encuentra un número bastante grande de estos tumores, y entonces tienen una dimension mediana y variable.

Como las demás condiciones patológicas, repito, son iguales en el quiste acuosos y en las hidátides, me apresuraré á entrar en la descripcion de estas últimas, contentándome con añadir que se han hallado *otros quistes* en el hígado *que contenian diversas materias*, pero que no pueden interesarnos en este momento.

5.º HIDÁTIDES, EQUINOCOCOS DEL HÍGADO.

En vano se han querido buscar en los escritos de los antiguos, indicaciones precisas acerca de las hidátides del hígado, pues esta afeccion no ha sido bien conocida hasta la época en que los progresos de la anatomía patológica han permitido precisar de un modo positivo cuál era el estado del órgano enfermo. Hace algunos años publicó Laennec investigaciones muy importantes acerca de las hidátides, y desde entonces es especialmente cuando se ha estudiado con éxito esta enfermedad considerada en el hígado. No obstante, ya Lassus (1) habia enriquecido á la ciencia con un trabajo útil de que nos ocuparemos repetidas veces en este artículo, y recientemente Barrier (2), Lebert (3), Livois (4), Kuchenmeister, Van Beneden, Davaine (5), Moquin-Tandon, Frerichs y Trousseau han publicado sobre este objeto trabajos interesantes.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Como ya hemos dicho antes de ahora, en la actualidad solo se debe dar el nombre de *hidátides* á quistes que contengan un número mayor ó menor de esas bolsas ó vesículas que Laennec ha llamado *acefalocistes*, y que segun las investigaciones recientes del doctor Livois, no son en sí mismas mas que simples bolsitas que encierran siempre en su interior un cierto número de *equinococos*.

Se ha designado tambien á las hidátides con el nombre de *vesículas ó vejigas acuosas*, de *hidropesía enquistada del hígado*, de *tumores acuosos*, etc., etc.

Por fortuna la *frecuencia* de esta afeccion no es muy grande si se la considera de un modo general; pero relativamente á las enfermedades de la misma especie que residen en otros órganos, se puede

(1) Lassus, *Rech. et observ. sur l'hydropisie enkystée du foie* (*Journ. de méd. de Corvisart*, t. I).

(2) Barrier, *De la tumeur hydatique du foie*, thèse. Paris, 1840.

(3) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1860, t. II, p. 269.

(4) Livois, *Recherches sur les échinocoques chez l'homme et les animaux*, thèse. Paris, 1843.

(5) Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses*. Paris, 1860, libre II, 2.ª parte.

decir que las hidátides del hígado son las que se encuentran con mas frecuencia.

En efecto, en 378 casos de hidátides de todos los órganos, Davaine ha hallado 166 del hígado solo.

§ II.—Causas.

1.º *Causas predisponentes.*—Las hidátides existen principalmente en la edad media de la vida; de veinte á cuarenta años es la edad en que son mas comunes. Son casi desconocidas en los niños. J. Cruveilhier cree haber visto un quiste de esta naturaleza, pero que estaba vaciado en el intestino, en un niño muerto á la edad de doce dias. Bodson ha hallado hidátides en el hígado de una niña de cuatro años. Los viejos padecen hidátides muy rara vez: Monod ha visto un caso en un hombre de sesenta y nueve años; Charcot, en una falange del dedo índice, en un hombre de ochenta y un años.

Las hidátides no tienen, al parecer, preferencia por uno ó por el otro sexo.

Se ignora si las profesiones influyen en la frecuencia de las lombrices vexiculares; parecen sin embargo muy raras en los marinos. Es posible, dice Budd, que el régimen de los marinos, que consiste la mayor parte en comidas saladas, sea contrario al desenvolvimiento de esta enfermedad. Segun el mismo observador, los pobres en Inglaterra parece que son mas frecuentemente acometidos de estas lombrices que los ricos, circunstancia que él cree puede explicarse por el hecho de que los pobres ocupan habitaciones bajas y húmedas, y se alimentan en su mayor parte de vegetales.

Se sabe que las hidátides son muy comunes en los carneros y bueyes, que pacen en prados pantanosos, y sobre todo en años de mucha lluvia. La influencia del régimen en la produccion de estas lombrices vexiculares es, pues, bien manifiesta; su modo de obrar sin embargo está aun cubierto de una profunda oscuridad.

No estando hoy fuera de duda la animalidad de las hidátides, no siendo admisible su origen por generacion espontánea, la causa de su existencia no puede atribuirse á violencia exterior, ni al estado particular de un órgano ó de la economía; existen no obstante muchos hechos en que la aparicion de las hidátides ha sido precedida de una contusion, de una conmocion, de un esfuerzo. En algunos de estos casos, habiendo determinado la violencia exterior una lesion en el tumor hidatídico, ó en el órgano que le contenia, no ha hecho mas que revelar su existencia hasta entonces desapercibida, ó bien un esfuerzo muscular ha podido arrojar el quiste del sitio donde se habia desenvuelto, y le ha hecho aparente por un desprendimiento.

No se posee sino un pequeño número de documentos sobre la frecuencia ó rareza de las hidátides, segun las comarcas, ó segun las

localidades. Segun el informe de Budd, su existencia apenas ha sido mencionada por los médicos que han escrito sobre las enfermedades de la India. Bilharz ha visto tres casos de hidátides del hígado en Egipto. Son muy raras en los Estados-Unidos: este hecho ha sido confirmado por el doctor Shattuck. Leidy (1) no hace mencion mas que de dos casos de hidátides: 1.º uno corresponde á un quiste hallado en los músculos del lado derecho del abdómen, en un hijo de un marino inglés: 2.º el otro, dos quistes hallados en el hígado de un francés; añade que no ha visto jamás hidátides en un anglo-americano. Ni se hace mencion de ellas en el catálogo del museo de Boston. Las hidátides, segun las observaciones de Leudet, son mas comunes en Rouen que en Paris. Segun las investigaciones microscópicas de R. Virchow, los equinococos son muy comunes en Wurtzbourg y en Berlin.

En Islandia la afeccion hidatídica reina de una manera endémica. El doctor Schleisner, que ha publicado una topografía médica de esta region, ha sido uno de los primeros que dió á conocer este hecho. Segun los informes dados á Siebold por el profesor Eschricht (de Copenhague), la sexta parte de la poblacion islandesa es atacada de esta enfermedad. Schleisner dice que es mas comun en el interior de la isla que en el litoral.

Un cirujano de marina, Guérault, ha dado una relacion de esta endemia; las estadísticas dispuestas por orden del gobierno danés, dice este cirujano, y que el médico general de Islandia trasmite cada año á Copenhague, establecen que esta enfermedad ataca actualmente la quinta parte de la poblacion islandesa.

La afeccion hidatídica islandesa (*livrarveiki*) ocupa casi siempre el hígado, como lo demuestra el nombre que ha recibido en la lengua del país; alguna vez se han hallado tambien hidátides en los pulmones y en los riñones, debajo, como encima del diafragma. Así mismo se han hallado en la piel y aun en la túnica vaginal. (Davaine.)

2.º *Causas ocasionales.*—En lo sucesivo es imposible admitir la generacion espontánea de las hidátides, así como hallar su origen en una disposicion particular del cuerpo (*helminthiasis*), de la cual las lombrices no serian mas que el producto y la expresion. «Nuestros entozoarios, dice Davaine (2), vienen todos primitivamente del exterior; son en su mayor parte incapaces de propagarse en nosotros, y cada uno de los individuos que nos acometen ó invaden es verdaderamente extraño. Hay lombrices en el momento que uno se ha expuesto á su invasion por las bebidas, por los alimentos que nos traen sus larvas, por las condiciones exteriores que permiten la in-

(1) Leidy, *Synopsis of Entozoa and some of their ecto-congeners observed by the Author*. Philadelphia, 1856.

(2) Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*. Paris, 1860.

roduccion de estas larvas á través de nuestros tegumentos, hecho reconocido hoy para la ténia, la ascáride lumbricoide, el tricocéfalo.»

La analogía que existe entre la cabeza de una ténia y la del equinococo de las hidátides, ha hecho suponer que las hidátides no eran sino embriones de ténia extraviados, y que no habian alcanzado sino un desarrollo incompleto. Tal es la opinion de Siebold y de Kuchenmeister. Davaine no se somete enteramente á esta hipótesis, bien que dice «la analogía y la induccion permiten presumir que, en ciertas circunstancias, el equinococo se convierte en ténia, y que la hidátide primordial proviene de un embrión de esta ténia.»

Véanse, en efecto, las objeciones que se presentan.

«En cuanto á saber si los equinococos del hombre pueden desarrollarse en sus intestinos y formar allí lombrices cestoides (ténia) de que está afectado, la negativa es cierta; porque el número y la dimension de los dientes del equinococo no se hallan en las lombrices cestoides del hombre; además, se han hecho con frecuencia experimentos directos y decisivos á la vista de médicos: se posee un gran número de observaciones de tumores hidatídicos abiertos en el estómago y en el intestino; los equinococos introducidos por millares en estos órganos hubieran crecido si allí hubiesen encontrado las condiciones propias para su desarrollo, y la existencia de un gran número de ténias consecutivo á la abertura de un tumor hidatídico en el tubo digestivo no podria pasar desapercibido por los enfermos y por los médicos (1).

Aunque la cuestion de trasformacion de las hidátides en ténias y recíprocamente no esté aun resuelta, ello es lo cierto que las hidátides provienen del exterior, y no son el resultado de una generacion espontánea.

§ III.—Síntomas.

Invasion.—Esta enfermedad empieza casi siempre de un modo latente, y solo se revela su existencia cuando se halla ya en una época bastante avanzada. Es verdad que en cierto número de individuos se observan síntomas diversos que tienen principalmente su asiento en las vias digestivas; pero por lo comun es imposible saber todavía cuál es el órgano afectado.

Síntomas.—En el mayor número de casos, cuya proporcion exacta no nos es posible indicar, existe un *dolor*, ó á lo menos una *molestia* y un *peso* incómodos en el hipocondrio, en el epigástrico ó en ambos puntos á la vez. Cuando la afeccion ha hecho considerables progresos y ha llegado á lo que se ha designado con el nombre de *segundo periodo* de la enfermedad, puede haber un *dolor vivo* en

(1) Davaine, *Comptes rendus des séances et Mémoires de la Société de biologie*. Paris, 1856, 2.^a série, t. II, p. 169.

cierto número de casos; pero como dice el doctor Barrier, tal vez se debe referir, mas bien que á los progresos de las hidátides, á los cambios que se efectúan en la sustancia hepática que las rodea, y lo que prueba la verdad de esta asercion es que es muy raro que el dolor vivo llegue á hacerse permanente, y por el contrario su carácter es presentarse por intervalos para ser sustituido al cabo de un tiempo mas ó menos largo por la incomodidad y el peso que existen de un modo continuo. Hay sin embargo una circunstancia en que el dolor agudo se hace permanente, y es cuando llega á formarse la supuración en el quiste; pero entonces la afeccion toma los caracteres de un verdadero absceso, y presenta casi completamente los síntomas de una hepatitis aguda. Finalmente, las peritonitis parciales, de que aparecen vestigios despues de la muerte en las falsas membranas que unen al hígado con la pared abdominal, pueden hacer que la enfermedad sea sumamente dolorosa.

Cuando el dolor llega á tener cierto grado de agudeza, suele por lo comun exacerbarse por los grandes movimientos respiratorios, los esfuerzos de tos, el estornudo y los movimientos extremados del tronco. Algunas veces hay *irradiaciones dolorosas* espontáneas que se estienden por el abdomen, al pecho y aun hasta el hombro, cuyas irradiaciones dependen tambien de las diversas alteraciones que se han efectuado en el hígado y en sus inmediaciones.

La simple posicion puede aumentar mucho el dolor, y se ha observado que cuando las hidátides ocupan el lóbulo derecho del hígado, los enfermos adoptan mas bien el *decúbito* sobre el lado derecho que sobre el izquierdo, y que sucede lo contrario cuando la afeccion ocupa el lóbulo menor. No obstante, por lo general prefieren los enfermos la posicion supina.

En algunos casos, dice Barrier, el dolor y la incomodidad son *mayores por la noche que durante el día*, lo cual en mi juicio no depende tanto de una influencia *sincrónica* como de la posicion horizontal del cuerpo que hace mas penosa la accion del diafragma durante la respiracion que en la estacion vertical.

El *aumento de volumen del hígado* y la *figura particular* que adquiere este órgano son signos que importa mucho considerar. Este aumento se hace á espensas del pecho ó del abdomen, algunas veces en las dos direcciones; y al mismo tiempo la glándula pierde su forma normal. Sus límites apreciables al tacto y á la percusion pueden extenderse hácia arriba hasta la segunda costilla, hácia abajo hasta la cresta iliaca; de suerte que el tumor ocupa la mayor parte del lado derecho del tórax, ó de la cavidad abdominal, echa hácia el exterior la pared del vientre, lo mismo que las costillas, y llena los espacios intercostales, de manera que se hace aparente á simple vista. Esta es una deformidad que Frerichs ha observado, y cuyo diseño damos aquí (fig. 28).

El borde del hígado sobresale de las costillas falsas hasta el punto