

de llegar á veces al ombligo y aun mas abajo, y en los casos en que hay varios tumores hidatídicos, la superficie accesible á la pal-

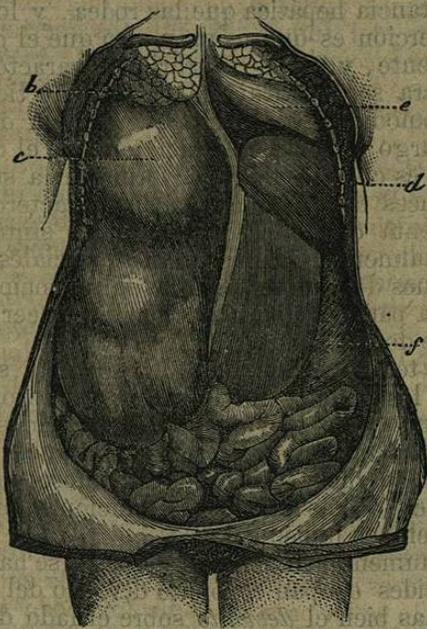


Figura 28.—Mudanza de sitio de los órganos torácicos por consecuencia de equinococos del hígado.—b. Diafragma remontándose hasta la segunda costilla derecha.—c. Quiste hidatídico.—d. Bazo.—e. Corazon.—f. Estómago.

(Frerichs, fig. 106.)

se encuentra *abollada* y presenta una *renitencia elástica* en las diversas partes prominentes. Al contrario, otras veces se halla un tumor único y en ocasiones perceptible á la simple vista.

*Tumores.*—Estos tumores que ocupan el epigastrio ó el hipocondrio derecho ó las diversas partes de estas dos regiones, son redondeados, á veces aplanados, por lo comun lisos y regulares, y en algunos casos abollados y desiguales. Cuando un tumor ocupa el epigastrio parece algunas veces bilobulado, efecto de la línea blanca que deprime su parte media (Barrier). Estos tumores por lo comun bien circunscritos, y á veces sin límites exactos, son notables por su renitencia y elasticidad; la *fluctuacion* es siempre en ellos oscura á causa de su gran tension, y presentan una circunstancia que es preciso notar con cuidado, cual es el modo de relacionarse el tumor con las costillas falsas. En efecto, como las colecciones hidatídicas se elevan á mayor ó menor altura en el cuerpo del órgano, de aquí resulta que palpando con atencion se observa que se insinúan por debajo de las costillas falsas.

Por la *percusion* se puede notar en primer lugar el desarrollo del hígado por el lado de la cavidad torácica, y en segundo lugar un ruido particular que se percibe en algunos casos y al cual se ha dado el nombre de *ruido hidatídico*. Segun Barrier, rara vez se produce este ruido, y en efecto, es muy cierto que en algunos casos de hidátides bien caracterizadas, la percusion hecha todo lo metódicamente posible no ha podido apreciar este ruido particular; y no es menos verdadero que cuando existe conviene observarle con mucha detencion. En un sugeto que presentaba un enorme tumor que subia,

por una parte, hasta la segunda costilla derecha, y que bajaba, por otra parte, hasta la cresta iliaca, hemos percibido el estremecimiento hidático de la manera siguiente: aplicada de plano fuertemente la mano á la parte mas saliente del tumor, percutimos fuertemente sobre el dedo medio, y el *estremecimiento se hacia sentir en la palma de la mano*; de ninguna otra manera se podia obtener. Este hecho no debe ser perdido para el observador. Se puede percibir el *estremecimiento hidatídico* cuando se comunican movimientos al tumor con objeto de apreciar la fluctuacion.

El doctor Guillemain, de Rombos (1), ha observado en un caso un *ruido particular* producido por unas constricciones dolorosas que sobrevenian en el tumor á cada veinte minutos próximamente. Este ruido, que se percibia sin necesidad de instrumento alguno y hasta á un pié de distancia, era un verdadero *retintin semejante á la crepitation que produciria una porcion de granos de arena fina que cayesen en una copa de cristal*: era en fin el retintin metálico de las escavaciones del pecho, pero repetido al infinito. En el intervalo de estas constricciones solo se percibia como un temblor ó una vibracion, y al dia siguiente habia desaparecido completamente este ruido.

La *ictericia* es mucho mas rara en esta enfermedad que lo que algunos autores habian creido, puesto que de treinta y tres observaciones que ha reunido el doctor Barrier solo se ha presentado en siete, y lo que prueba que no es un síntoma esencial de la enfermedad, es que las mas veces solo se ha presentado de un modo transitorio, bien en el principio, ó durante el curso, ó tan solo hácia el fin de la enfermedad. Trousseau (2) aun indica otras dos causas para la ictericia: una seria la compresion de los conductos biliares por el quiste; la otra, mas rara pero de la cual el mismo autor cita dos ejemplos, seria el penetrar las hidátides en estos mismos conductos.

Tampoco son síntomas mas frecuentes que la *ictericia*, la *ascitis* y el *edema de las extremidades inferiores*, y hasta segun las observaciones de Barrier, son todavía mas raros, puesto que de cuarenta casos solo se ha observado una hidropesía en siete, siendo además digno de notarse que esta hidropesía solo se ha presentado en los últimos tiempos de la enfermedad. Nada se encuentra en los autores que pueda darnos á conocer á qué circunstancia particular se debe atribuir la existencia de la ascitis ó del edema.

En cuanto á las *vias digestivas*, aparecen á una época muy variable desórdenes que al principio consisten principalmente, en la *lentitud y dificultad en las digestiones*, y á veces en *náuseas, vómitos y diarrea*, fenómenos que nunca son constantes y que aparecen en épocas irregulares. Mas adelante el *apetito* está casi siempre dismi-

(1) Guillemain, *Note sur un bruit particulier, etc.* (*Gazette médicale de Paris*, 1847).

(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.<sup>a</sup> édition.

nuido ó hasta abolido, y la diarrea se hace frecuente ó continua. Las materias espelidas no ofrecen por lo comun nada de particular, pero algunas veces se encuentra en medio de ellas un número, en ocasiones muy considerable, de hidátides, unas veces enteras y otras rotas, ó mas ó menos alteradas por el trabajo inflamatorio que se ha efectuado en el tumor hidatídico, de lo cual se ha citado hace poco un ejemplo notable. En estos casos ha habido *rotura* de este tumor en el intestino y casi siempre en el cólon. Cuando el tumor se abre en el estómago, de lo que se han referido algunos ejemplos, los vómitos se hacen frecuentes y diarios, y entre las materias arrojadas se hallan igualmente entozoarios perfectamente manifiestos y acompañados á veces de una cantidad mayor ó menor de bilis. Por lo comun no se ha apreciado el estado de la orina.

En cuanto á la *respiracion* solo se observa una dificultad mas ó menos grande, una disnea en relacion con el desarrollo del volumen del hígado y la intensidad mayor ó menor del dolor, y así es que la respiracion empieza á hacerse penosa cuando la enfermedad ha hecho progresos considerables. Algunas veces se presenta una opresion manifiesta, á la que siguen pronto ataques de tos, y la expectoracion de cierta cantidad de hidátides que sobrenadan en el pus y en algunos casos en la bilis. Esto depende de la rotura del quiste hidatídico en el pulmon al través del diafragma, y cuando se verifica este accidente en la cavidad de la pleura, se observan los signos de una pleuresia sobreaguda, que por lo comun arrebatada prontamente al enfermo.

Durante mucho tiempo la *circulacion* no presenta nada notable, y solo hácia el fin de la enfermedad, cuando se inflama el tumor hidatídico ó sobreviene una complicacion cualquiera, el pulso se hace acelerado y por lo comun pequeño y débil. El calor está mas bien disminuido que aumentado, á menos que no haya una complicacion inflamatoria; y en cuanto al *enflaquecimiento* que en el principio es poco notable, puede ser bastante hácia el fin de la enfermedad para que los enfermos lleguen á un estado de marasmo, sobre todo cuando la diarrea se hace permanente.

#### § IV.—Curso, duracion y terminacion.

Las hidátides del hígado, lo mismo que la mayor parte de las afecciones crónicas y quizá aun mas, presentan alternativas manifiestas de exacerbacion y remision: sin embargo, debemos decir que los progresos son continuos aunque lentos, aun cuando parezca que se contienen algunas veces. Pero el curso de la enfermedad es muy diferente segun que se la examina en sus diversas épocas, lo que ha movido á los autores á dividirla en dos períodos. En el primero, que por lo comun solo está caracterizado por un poco de incomodidad en el hipocondrio, diversos trastornos en la digestion y una tume-

faccion del hígado, que por mucho tiempo puede pasar desapercibida para el enfermo, los progresos de la enfermedad son sumamente lentos y se efectúan casi siempre de un modo regular. Por el contrario, en el segundo se observan el dolor mas ó menos agudo, la diarrea, el enflaquecimiento y algunas veces la ictericia y la ascitis; el curso de la enfermedad se hace rápido, y entonces es cuando sobrevienen las diversas roturas de que hemos hecho mencion antes de ahora, la inflamacion del quiste, la hepatitis circunyacente, y en una palabra, los diversos accidentes que dejamos indicados. De aquí resulta que este período presenta, mucho mas que el anterior, alternativas notables de mejoría y exacerbacion, hasta el punto que unas veces se puede creer que el enfermo está próximo á sucumbir, y otras parece que camina hácia la curacion.

La *duracion* es muy variable y puede ser muy larga, como resulta de las observaciones de Barrier, pues de veinticuatro casos que ha reunido este médico, solo en tres ha durado la enfermedad menos de dos años, y en los demás ha variado entre dos y treinta años; y si atendemos, no solo á estos hechos, sino tambien á otros en que se encuentra indicada la duracion de un modo bastante exacto aunque aproximativo, veremos que ha variado de dos á ocho años en la gran mayoría de casos. Los diversos accidentes que antes de ahora hemos indicado y las operaciones que se practican como un medio curativo, tienen necesariamente que abreviar mucho esta duracion, ya sea haciendo sucumbir á los enfermos, ya procurando una curacion mas ó menos pronta.

Barrier ha estudiado la *terminacion* con especial cuidado, y en efecto, es un punto de mucha importancia y merece que nos detengamos un instante. Este autor ha dividido en cinco categorías las causas de muerte en esta afeccion.

1.<sup>a</sup> En la primera se comprenden los casos en que la sola compresion ejercida por el tumor hidatídico sobre los órganos inmediatos, ha interrumpido las funciones lo bastante para ocasionar la muerte. Un caso que refiere Gooch y citado por el profesor Cruveilhier (1), parece es el único que puede admitirse como correspondiente á este género de terminacion.

2.<sup>a</sup> Otras veces la inflamacion invade el quiste y los enfermos sucumben lo mismo que en la hepatitis crónica.

3.<sup>a</sup> En otros casos hay rotura del quiste en el peritoneo ó en la pleura, bien de un modo enteramente espontáneo, ó durante un esfuerzo, á consecuencia de una caída, un golpe, etc., y entonces se desarrollan los síntomas de una peritonitis ó de una pleuresia sobreaguda que arrebatada prontamente á los enfermos.

4.<sup>a</sup> En otras circunstancias no ocasiona la rotura consecuencias tan prontamente funestas en razon á efectuarse en un órgano hueco

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, in-folio avec planches XII et XXII livraisons.

que expele al exterior la materia contenida en el quiste, pero se manifiestan síntomas crónicos. Así, cuando el tumor se abre en el intestino, hay una diarrea que nada basta á contener y que estenua al enfermo; si es en el estómago, aparecen síntomas de gastritis crónica y trastornos digestivos tan considerables, que no tarda el sugeto en pasar á un estado de marasmo; si la rotura se verifica en los pulmones, hay opresion, disnea y expectoracion purulenta; en una palabra, en cada uno de estos órganos, se desarrolla una inflamacion crónica sumamente extensa y que está sostenida por el paso continuo de las materias del quiste.

Algunas veces *se rompe el tumor al exterior*, lo cual no impide que sucumba el enfermo á consecuencia de la supuracion permanente y de la inflamacion del quiste.

5.ª Finalmente, en otras circunstancias hay hidátides en otros órganos y llegan á dificultar sus funciones, y á acelerar de este modo la terminacion funesta (Barrier). En un caso que refiere Aran (1), un tumor hidatídico eliminado por la supuracion del quiste, viene á colocarse en el conducto colédoco y determina la obliteracion de los conductos biliares.

Algunas veces la terminacion es *favorable* sin que se haya recurrido á una operacion, y así se citan algunos casos, aunque sumamente raros, en que un tumor que se ha considerado como una hidátide, ha terminado por aplanarse y desaparecer con todos los accidentes que ocasionaba; pero en primer lugar se suscita la duda de si realmente sería un tumor hidatídico, y en segundo si tal vez se habria efectuado su abertura en un órgano hueco y esta terminacion habra pasado desapercibida.

Por el contrario, la curacion por la expulsion al exterior de la materia contenida en el quiste, es un hecho perfectamente demostrado, y resulta de las observaciones que la mejor via de eliminacion es la abertura del quiste al través de la abertura abdominal, á la que sigue la rotura en las vias digestivas, y sobre todo en el colon. Despues de varios accidentes, segun el punto en que tiene lugar la rotura, disminuye la expulsion de las hidátides, el hígado recobra sus dimensiones normales, y los sugetos pueden vivir todavía por mucho tiempo sin que vuelva á reproducirse la enfermedad.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Por lo comun se encuentra un número mas ó menos considerable de hidátides contenidas en una sola y única cavidad, y que tienen un volumen variable, puesto que unas no presentan el grosor de un cañamon, y otras son de la magnitud de una naranja gruesa y hasta de la cabeza de un feto de todo tiempo. En algunos casos raros

(1) Aran, *Union médicale*, 16 Diciembre 1851.

solo se ha hallado una hidátide única, que se ha designado con el nombre de *hidátide solitaria*.

Quando se estudia la estructura de las hidátides, y la manera como se comportan respecto al hígado, se ve que se componen desde luego de una envoltura, que circunscribe el quiste, al cual se ha dado el nombre de *quiste hidatídico*, y que está compuesto de una lámina externa con frecuencia muy gruesa, consistente, célulo-fibrosa, ó fibrosa, fibro-cartilaginosa, huesosa. Esta bolsa contiene, de manera que la llena completamente, una vesícula de apariiencia gelatinosa, grisácea, formada de numerosas capas hialinas: esta es la vesícula madre del equinococo cuando ha alcanzado un grado de desarrollo considerable. En el interior se halla un líquido, claro como el agua, en el cual están nadando un gran número de vesicu-

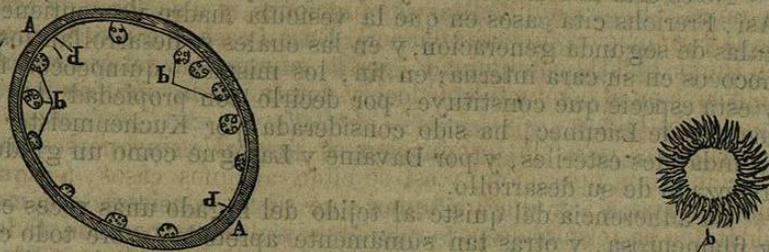


Figura 29.—Equinococo.—A. Pared homogénea blanca, opalina, gruesa, temblorosa, que envuelve la membrana madre de los equinococos.—B. Membrana madre á cuya superficie están adheridos los equinococos.—C. Equinococo adherido á la membrana madre. (Bouchut.)

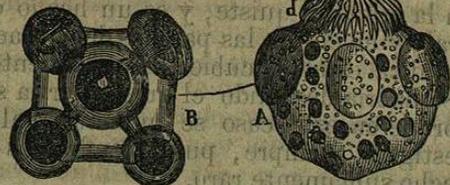


Figura 32.—A. Equinococo libre de cuerpo esférico, largo de 0mm, 2 á 0mm, 25 cuando la cabeza está dentro; 0mm, 3 si ha salido.—B. Corona de dientes alrededor de la cabeza.—C. La misma, vista aparte.—D. Cabeza vista boca arriba con las cuatro ventosas. (Bouchut.)

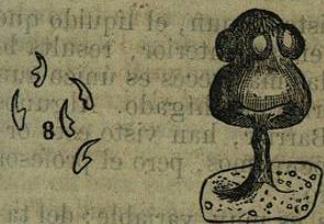


Figura 30.—Ganchos libres. (Bouchut.) Figura 31.—Equinococo libre, engruesado. (Bouchut.)

las de un volumen variable (fig. 29); algunas de estas vesículas, sobre todo las mas pequeñas, están fijadas á la vesícula madre. Su

grosor varía desde el de un grano de mijo, hasta el de un huevo de pato, y su número es frecuentemente muy considerable. Algunas de estas vesículas contienen á veces otras pequeñas, que pertenecen á una tercera generacion. En la cara interna de estas vesículas, un exámen atento hace descubrir pequeñas granulaciones blancas, reconocibles al exterior por su transparencia, que no son mas que la ténia equinococa misma. Este parásito tiene de largo 2 á 3 décimos de milímetro, su cabeza está provista de cuatro ventosas y de un pico cercado de una corona de dientes (fig. 30 y 32). La cabeza del animal está separada del cuerpo por un surco, y presenta en su extremidad posterior una depresion umbilical, en la cual se inserta un cordoncillo, que fija el animal á la cara interna de la vesícula (figura 31).

No es esta la sola forma bajo la cual se presentan los equinococos. Así, Frerichs cita casos en que la vesícula madre no contiene vesículas de segunda generacion, y en las cuales se desarrollan los equinococos en su cara interna; en fin, los mismos equinococos faltan, y esta especie que constituye, por decirlo con propiedad, los acefalocistos de Laennec, ha sido considerada por Kuchenmeister como de hidátides estériles, y por Davaine y Laségue como un grado poco avanzado de su desarrollo.

La adherencia del quiste al tejido del hígado unas veces es floja y filamentosa, y otras tan sumamente apretada, sobre todo cuando el quiste es antiguo, que no se la puede separar del parénquima. Solo hay un caso conocido en la ciencia en el que se ha podido creer en la falta del quiste, y es un hecho que ha referido el profesor Andral, y en el que las paredes del hígado que formaban la cavidad hidatídica estaban cubiertas únicamente de una capa de pus concreto. ¿Se habria destruido el quiste por la supuracion? Dificil es creerlo, porque en este caso se hubieran hallado indudablemente algunos vestigios. Siempre, pues, tendremos que la falta del quiste es un hecho sumamente raro.

De este conjunto formado por el quiste comun, el líquido que contiene y las hidátides que sobrenadan en su interior, resulta lo que se ha llamado *tumor hidatídico*, que las mas veces es único aun cuando se pueden hallar varios en el interior del hígado. Algunos autores, cuyas observaciones ha reunido Barrier, han visto este órgano cubierto de los tumores de que nos ocupamos, pero el profesor Cruveilhier nunca ha hallado mas de cuatro.

En cuanto al volumen de los tumores es muy variable: del tamaño algunas veces de un huevo, ó mas pequeños aun, pueden llegar á ser considerables para empujar el diafragma muy arriba hácia el vértice del pecho, y para hacer que baje el hígado hasta cerca de la fosa iliaca.

El tumor es ordinariamente redondeado, está situado á mayor ó menor profundidad en el interior del órgano, y tiende á dirigirse

mas tarde hácia la superficie. Segun las investigaciones de Barrier, las hidátides ocupan con mucha mas frecuencia el lóbulo derecho que el izquierdo del órgano.

En las inmediaciones del tumor el hígado se presenta mas denso, de color mas leonado que en el estado normal, y por la comun se encuentra atrofiado su tejido por efecto de la compresion. Las vias biliares se hallan casi siempre sin alteraciones.

#### § VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Antes de entrar en el *diagnóstico* diferencial creo debo hacer el resumen de los signos positivos que tambien ha presentado Barrier. El diagnóstico positivo debe buscarse en «la naturaleza de los dolores, que por lo comun son durante mucho tiempo sordos, oscuros y profundos; en la ictericia y la ascitis, que raras veces se desarrollan, sobre todo si no hay complicaciones, y en la aparicion en la region del hígado, algun tiempo despues de la invasion de los dolores, de un tumor duro, elástico, renitente, redondeado ó aplastado, rara vez abollado, circunscrito, indolente ó poco sensible á la presion, y con fluctuacion mas ó menos difícil de apreciar.»

¿Con qué afeccion se pudieran confundir ahora los tumores hidatídicos? Hallamos primero *abscesos*; pero el curso de la enfermedad en la *hepatitis aguda*, el dolor notablemente mas intenso desde el principio que en las hidátides, la ictericia y la fiebre facilitan la formacion del diagnóstico. En los casos de *hepatitis crónica*, este diagnóstico es mucho menos seguro, y no es posible dudar que se han cometido con frecuencia errores que son por otra parte bien disculpables.

El *estremecimiento* y el *ruido hidatídico* ¿son signos de mucha importancia? Ya hemos dicho antes de ahora que solo se los ha podido apreciar en un corto número de casos, y por otra parte se han citado observaciones de abscesos que presentaban una configuracion particular, en los que se ha percibido un ruido y un estremecimiento análogos. Resulta, pues, que no se debe esperar bajo este concepto sacar grandes luces de la palpacion y de la percusion en la mayor parte de los casos, pero á pesar de todos los motivos de duda que acabo de indicar, si existen el estremecimiento y el ruido hidatídico, tenemos en esta circunstancia un signo útil para el diagnóstico.

Un *tumor biliar*, es decir, formado por la dilatacion de la vejiga de la hiel, podria confundirse con un tumor hidatídico; pero me reservo ocuparme de este diagnóstico en uno de los artículos siguientes en que trataremos de esta especie de tumores.

Los *tumores cancerosos del hígado* han podido tomarse algunas veces por una afeccion hidatídica; pero claro está que solo presentará este diagnóstico dificultades bastante grandes en la época en que

la masa cancerosa ha empezado ya á reblandecerse. No obstante, el enflaquecimiento mucho mas considerable y mas rápido en el cáncer del hígado, la existencia en el mayor número de sugetos de un cáncer en otro órgano y principalmente en el estómago, y en tal caso trastornos digestivos mucho mas notables, son otros tantos signos que vienen á ilustrar al práctico.

Segun todos los autores el diagnóstico mas difícil es sin disputa el de la *hidropesía enquistada*. En efecto, en los casos de este género el tumor presenta la misma figura é iguales caracteres físicos; la enfermedad marcha de un modo idéntico, y por último, ya hemos dicho que la falta del estremecimiento y del ruido hidatídico dista mucho de probar que la afección no es un tumor hidátide del hígado. ¿Se podría ilustrar este diagnóstico por la *punción exploradora*? No lo creo, porque el líquido que sale no se diferencia de un modo sensible en las dos especies de tumores. Por el contrario, la punción exploradora serviría para establecer el diagnóstico de un modo positivo en los casos de abscesos ó tumores biliares; pero creo que conviene decir que esta punción debe hacerse *con un trocar muy fino*, cuya cánula no exceda de un milímetro ( $\frac{1}{5}$  de línea) de diámetro. No se ha citado ningun hecho en que la punción practicada de este modo haya tenido malos resultados.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º *Signos positivos de las hidátides del hígado.*

Dolor, durante mucho tiempo, *sordo*, *oscuro* y profundo.  
Ictericia y ascitis *raras*.  
Algun tiempo despues de la invasion de los dolores, *tumor elástico*, redondeado, circunscrito, indolente ó casi indolente en la region del hígado.  
Fluctuacion mas ó menos *oscura* y profunda.

2.º *Signos distintivos de las hidátides y de los abscesos del hígado, en los casos de hepatitis aguda.*

HIDÁTIDES DEL HÍGADO.	ABSCESOS AGUDOS DEL HÍGADO.
Curso <i>lento</i> de la enfermedad. <i>No hay fiebre</i> .	Curso <i>rápido</i> de la enfermedad. <i>Hay fiebre</i> .
Durante mucho tiempo, <i>simple incomodidad</i> y peso en el hipocondrio, ó dolor <i>sordo</i> y ligero.	Dolor <i>mas ó menos vivo</i> en la region del hígado.
<i>Rara vez</i> hay ictericia. Tumor <i>elástico é indolente</i> .	Ictericia <i>frecuente y pronunciada</i> . Tumor <i>menos elástico</i> , pastosidad y dolor á su nivel.
Fluctuacion <i>difícil de apreciar</i> .	Fluctuacion <i>mas fácil de apreciar</i> .

3.º *Signos distintivos del tumor hidatídico y de un tumor canceroso del hígado.*

TUMOR HIDATÍDICO.	TUMOR CANCEROSO.
Al principio <i>no hay</i> enflaquecimiento y luego se presenta de un modo <i>lento</i> .	Enflaquecimiento por lo comun <i>manifesto desde el principio</i> y luego bastante <i>rápido</i> .
Resistencia y <i>elasticidad</i> del tumor. <i>No hay afecciones cancerosas</i> en otros órganos, sobre todo en el estómago.	Tumor <i>duro ó de consistencia pastosa</i> . <i>Afecciones cancerosas</i> en otros órganos, y sobre todo en el estómago.
Trastornos digestivos <i>mucho menos marcados</i> .	Trastornos digestivos <i>mas manifestos</i> , especialmente en los casos de afección gástrica concomitante.

*Pronóstico*.—El pronóstico de esta afección es evidentemente grave; en efecto, ya hemos dicho mas arriba que podia sobrevenir la terminacion fatal de muy diversos modos. Sin embargo, en la actualidad no son raros los casos de haber terminado espontáneamente la enfermedad de un modo favorable por la evacuacion de las hidátides, ni tampoco las curaciones que se han obtenido en estos últimos años á beneficio de diversas operaciones; por consiguiente entre las enfermedades crónicas de la glándula hepática, las hidátides deben considerarse como una de las menos funestas. Cuando el tumor es único y está próximo á la pared abdominal, es evidente que el pronóstico es menos grave, puesto que la operacion tiene mayores probabilidades de buen éxito. De todas las roturas que tienden á dirigir las hidátides al exterior, la mas favorable es la que se efectúa al través de la pared abdominal, y la mas grave entre todas, pues constantemente es mortal, la que se verifica en el peritoneo.

§ VII.—Tratamiento.

A pesar de la proscricion que Lassus lanzó contra todo tratamiento quirúrgico, Recamier recurrió en un caso de tumor hidatídico del hígado á una de esas operaciones que he creído oportuno describir al tratar de los abscesos del hígado, puesto que son igualmente aplicables á una y otra de estas dos afecciones. El tratamiento pues de las hidátides nos ofrece medios muy importantes bajo este punto de vista; pero ¿habrá algun remedio que pueda sernos útil antes de decidarnos á practicar la abertura del tumor? Todos los autores que se han ocupado recientemente de esta enfermedad están conformes en decir que el tratamiento interno solo tiene una escasísima importancia; y en efecto, si consultamos las observaciones, veremos, como lo ha hecho notar Barrier, que las diversas preparaciones farmacéuticas que se han usado y en las que se ha tenido mas ó menos

confianza, no han ejercido ninguna accion directa en el curso de la enfermedad. Por consiguiente nos limitaremos á indicar en muy pocas palabras estos diversos *medios internos*, que solo deben emplearse en los casos en que no sea posible practicar la operacion, ya porque existan complicaciones demasiado graves, ya porque el número de tumores, cuya existencia se reconoce ó sospecha, sea muy considerable, ó ya, en fin, porque las hidátides hayan invadido otros órganos esenciales á la vida.

Los medicamentos de que se ha hecho uso son en primer lugar los *desobstruentes* y los *fundentes*, que volveremos á hallar en todas las afecciones crónicas del hígado, que confundidas casi todas por los autores del siglo pasado han sido tratadas exactamente del mismo modo unas que otras. Ya hemos indicado estos medicamentos en el artículo *Hepatitis crónica*.

Se han recomendado los *purgantes* mas ó menos enérgicos y los *vomitivos*; pero no se debe esperar que puedan hacer desaparecer el tumor hidatídico, y solo en algunos casos raros parece que han acelerado su rotura en el estómago ó en los intestinos. Sin embargo, no sería prudente emplearlos aun con este objeto, porque en primer lugar no hay ningun signo que pueda hacernos preveer que el quiste presenta tendencia á romperse en uno ú otro de estos órganos, y en segundo lugar se corre el riesgo de provocar una diarrea, á la que ya tiene demasiada propension la enfermedad en una época adelantada de su desarrollo. Los *purgantes salinos* han sido los que se han prescrito con mas frecuencia.

No se ha echado en olvido en el tratamiento de las hidátides los *colomelanos*, que los médicos ingleses recomiendan contra todas las afecciones del hígado; pero nada prueba que hayan ejercido una influencia particular, aun en aquellos casos en que se han dado hasta producir la salivacion. En un caso que cita José Frank y que Barrier ha tomado de este autor, sobrevinieron vómitos de hidátides en gran número durante la administracion de los calomelanos que fué seguida de salivacion, y el enfermo se curó; pero claro está que no se puede atribuir á la accion del medicamento esta rotura en el estómago, que se ha observado en circunstancias enteramente diferentes.

Se han prescrito cierto número de medicamentos con el objeto de matar las hidátides, ó en otros términos, como *antihelminéticos*. Me limitaré á citar la *trementina* y el *aceite empireumático de Chabert*, medicamentos de que ya he hablado detenidamente al hablar de las lombrices intestinales, y solo insistiré en el *agua de mar*, elogiada por muchos médicos.

Se pueden ensayar el *agua de mar* tomada diariamente á la dosis de tres á ocho vasos, y los baños de mar, principalmente los de olas; mas cuando no sea posible trasladar el enfermo á un puerto, se administra el *agua de mar artificial* en baños y bebida, cuya fórmula para baños es la siguiente:

R. Sal comun . . . . .	5300 gram.	Cloruro de cal . . . . .	470 gram.
Cloruro de magnesio . . . . .	120 gram.	Sulfato de sosa . . . . .	2060 gram.

Para un baño de 200 litros (400 cuartillos).

Para el *agua de mar artificial para bebida* se puede prescribir la fórmula siguiente:

R. Sal marina gris . . . . .	17 gram.	Cloruro de magnesio . . . . .	6 gram.
Sulfato de sosa . . . . .	11 gram.	Agua . . . . .	1 litro.
Cloruro de calcio . . . . .	2 gram.		

Disuélvase. Se toma á la dosis de 500 á 1000 gramos (16 á 32 onzas) al día.

Se han recomendado igualmente las *preparaciones de iodo*, sin que tengamos datos mas seguros acerca de su eficacia.

Finalmente, se han aplicado á la region del hígado *vejigatorios*, *carterios* y *moxas*; pero como medios curativos no se ha obtenido de ellos ningun resultado evidentemente ventajoso. Sin embargo, los *vejigatorios ambulantes* aplicados al hipocondrio cuando hay un punto dolorido, pueden hacer desaparecer ó disminuir notablemente el dolor, de modo que como medio paliativo es lícito atribuirles algunas ventajas.

Queda, pues, como principal, si no como único medio de salvacion, la *operacion* tan felizmente intentada por el profesor Recamier. No volveremos á repetir aquí lo que de ella hemos dicho al hablar del tratamiento de los *abscesos del hígado*, y solo haremos notar que muchos autores, y entre ellos Barrier, consideran el procedimiento de Recamier como mas seguro que el de Begin. Pero como ya hemos dicho en el artículo que acabamos de indicar, la operacion propuesta por Begin no ha tenido ningun inconveniente en los casos que posee la ciencia, es mas pronta y menos dolorosa que la de Recamier, y aun cuando es muy útil conocer esta última y haya producido resultados notables, no sabemos por qué no se ha de preferir un procedimiento que solo es una simplificacion de aquella, y que no tiene el peligro que se la atribuye, ó á lo menos no hay nada que así lo pruebe.

En el caso citado mas arriba, la operacion hecha de esta manera por Michon ha tenido un éxito completo.

A. Boinet (1) recomienda, sobre todo para completar el tratamiento, las inyecciones iodadas. Despues de haber practicado la puncion simple, unas veces con un trócar de grosor mediano (fig. 33 á 35), otras veces con un trócar explorador muy fino (fig. 36), y despues de haber así dado salida al líquido se inyectará en la cavidad del quiste.

(1) Boinet, *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 5 de Noviembre 1851. *Iodothérapie, ou emploi médico chirurgical de l'iode et de ses composés*. Paris, 1855, p. 385-389.