

ARTÍCULO VIII.

ENFERMEDADES DE LOS VASOS DEL HÍGADO.

Uno de los primeros que llama la atención sobre las enfermedades de los vasos del hígado, es Jorge Ernesto Stahl (1), y gracias á su doctrina sobre las afecciones de la vena porta, estas han adquirido en la patología un lugar importante. La ciencia contemporánea no ha ratificado la mayor parte de las concepciones de Stahl en lo que tienen de exagerado; pero en medio de esto ha reconocido que los vasos del hígado pueden ser atacados de alteraciones diversas, y el estudio de estas alteraciones, como el de los fenómenos morbosos que las acompañan, ha llegado á ser en estos últimos tiempos el objeto de numerosos é importantes trabajos. Entre estos citaremos los de Boulland (2), Honoré (3), Reynaud (4), Barth (5), Gintrac (6), Virchow (7), y de Frerichs sobre la obliteración de la vena porta, los de J. Cruveilhier (8), Lambron (9), Leudet (10) y de Lebert (11) sobre la piletifibrosis supurativa.

Aunque la arteria y las venas hepáticas pueden llegar á ser el asiento de diversas lesiones, no nos ocuparemos de ellas á causa de su carácter, por decirlo así, excepcional y poco práctico; solamente la vena porta y sus enfermedades principales nos parecen merecer una descripción sucinta.

1.º—OBTURACION DE LA VENA PORTA, PILEFLEBITIS ADHESIVA.

§ I.—Causas.

La experiencia de estos últimos tiempos ha probado que la mayoría de las concreciones sanguíneas en la vena porta se producen in-

(1) Georges-Ernest Stahl. *De vena porta malorum, etc.* Halæ, 1698. La traducción francesa de ce traité a été publiée par M. Jules Brongniart à la suite de: *Considérations sur la dyscrasie veineuse*, thèse pour le doctorat. Paris 1860.

(2) Boillaud, *Archives générales de médecine*, 1.ª série, 1823, t. II, p. 198 et 199.

(3) Honoré, *Archives de médecine*, 1.ª série, 1823, t. III, p. 153.

(4) Reynaud, *Journal hebdomadaire*, 1829, p. 170.

(5) Barth, *Bulletins de la Société anatomique*, 1851, p. 354.

(6) E. Gintrac, *Observations et recherches sur l'oblitération de la veine porte*. Bordeaux, 1856.

(7) Virchow, *Verhandlungen der physic. medic. Gesellsch. Würzburg*, VII, p. 21.

(8) Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, 16. livraison, pl. 3, in-folio, et *Traité d'anatomie pathologique générale*.

(9) Ernest Lambron, *Archives de médecine*, 1842, t. III, 14.ª série, p. 131.

(10) Leudet, *Archives de médecine* 5.ª série, t. 1.ª, Febrero 1853.

(11) Lebert, *Anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1861, t. II, in-fol. avec planches.

dependientemente de la inflamación de las paredes vasculares, y que cuando la inflamación tenía lugar, la mayor parte del tiempo era secundaria. Las causas que con mas frecuencia producen la oclusión de la vena porta, son: 1.º Todo aquello que tiene por efecto una debilidad de la circulación, una disminución de la energía del corazón, como por ejemplo, el marasmo. 2.º Las afecciones del hígado, tales como la induración simple ó granulosa, la cirrosis, la atrofia crónica que por sus progresos producen la destrucción de los capilares, ó un encogimiento de los ramos de la vena porta. El encogimiento de ciertos ramos aislados entraña la atrofia de las partes correspondientes del parénquima hepático. Sucede á veces que se hallan en la glándula partes deprimidas, que están formadas por un tejido fibroso condensado, y cuyo número es á veces bastante considerable para dar al órgano el aspecto lobulado que representa la figura 40. 3.º La compresión de este vaso debajo del hígado, por tejido contráctil y tumores de diversas especies. 4.º En fin, se han citado casos en que la oclusión parecía haber tenido por causa la inmigración de un coágulo sanguíneo, que proviene del bazo, ó de uno de los órganos de donde nace la vena porta.

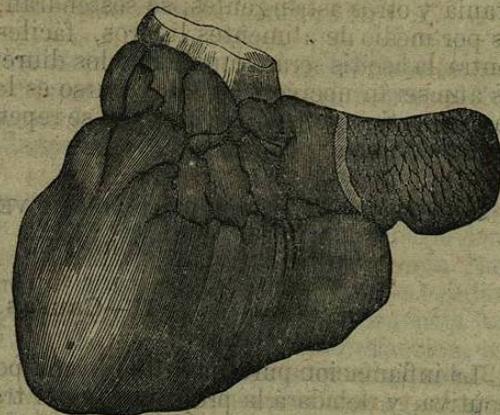


Fig. 40.—Retracciones cicatriciales á consecuencia de una piletifibrosis adhesiva.

(Frerichs, fig 127).

§ II.—Síntomas.

El trabajo de obstrucción ordinariamente no se anuncia por ningun síntoma local, y el dolor que proviene del exceso

de inflamación es excepcional. De ordinario mientras el curso de una de las enfermedades del hígado, que la piletifibrosis complica de preferencia, se ven aparecer desde luego los síntomas de un éxtasis considerable de las partes de que proceden las raíces de la vena porta. Se desarrolla una ascitis, las venas subcutáneas abdominales se dilatan, se exagera el volumen del bazo. Al mismo tiempo se produce una diarrea compuesta de materias mucosas, con frecuencia sanguinolentas, que se acompañan de vómitos. La orina se vuelve rara, densa, los enfermos se abaten rápidamente y acaban por caer en el marasmo.

§ III.—Diagnóstico.

No puede establecerse con certeza el diagnóstico sino cuando existe el conjunto de síntomas de la estagnación sanguínea. Debe fundarse sobre todo sobre la brusca aparición de estos síntomas, sobreviniendo durante el curso de una afección que la pyleflebitis complica habitualmente, y sobre la reproducción extraordinariamente rápida de la ascitis después de la punción; en ninguna otra afección es tan marcado este fenómeno.

§ IV.—Tratamiento.

El tratamiento tiene por objeto oponerse, en cuanto sea posible, á la oclusión de un vaso importante. Se procurará moderar la diarrea, así como las hemorragias gástricas é intestinales con la ayuda de la ratania y otros astringentes; se sostendrán, cuanto se pueda, las fuerzas por medio de alimentos ligeros, fáciles de digerir y nutritivos. Contra la ascitis serán impotentes los diuréticos y los drásticos, á veces aun serán nocivos. El solo recurso es la punción que se diferirá el mas largo tiempo posible y que no se repetirá sino cuando la disnea amenace la vida.

2.º—INFLAMACION PURULENTO DE LA VENA PORTA, PILEFLEBITIS SUPURATIVA.

§ I.—Causas.

La inflamación purulenta de la vena porta es ordinariamente consecutiva, y debida á la propagación del trabajo de supuración asentando en un órgano inmediato. Sin embargo, puede ser primitiva como la que tuvo lugar en un caso referido por el doctor Lambron (1) en el cual era de origen traumático. La mayor parte de las veces su causa primera es una ulceración del canal intestinal, ó del estómago; en 25 casos analizados por Frerichs (2), 9 tenían este origen. La supuración del bazo, la del mesenterio y sus ganglios, los abscesos del hígado y ciertas afecciones de las vías biliares, tales como los cálculos que ulceran é inflaman estos conductos, en fin, la inflamación de la cápsula de Glisson, pueden llegar á ser el punto de partida de la pyleflebitis supurativa.

(1) Lambron, *Observation d'inflammation des veines du foie* (*Archives générales de médecine*, 1842, t. III).

(2) Frerichs, *Traité pratiques des maladies du foie et des voies biliaires*, traduit de l'allemand par Louis Duménil et Jules Pellagot, 2.ª édition. Paris, 1866, p. 703.

§ II.—Anatomía patológica.

La vena está dilatada, queda abierta después de una incisión, sus paredes están engrosadas é impregnadas de una exudación. En la cubierta del vaso se descubre una coloración roja, ó una infiltración serosa, fibrinosa ó purulenta. La túnica media de la vena ha sufrido modificaciones semejantes; la túnica interna está arrugada, con bastante frecuencia rota y cubierta de placas de fibrina ó de pus líquido. El coágulo contenido en la vena no tarda en descomponerse, se reblandece por el centro y se transforma en una pulpa de un rojo gris sucio, después termina por resolverse mas ó menos completamente en un líquido purulento. No es raro hallar al mismo tiempo algunos abscesos metastáticos mas ó menos avanzados, mas en general, esta metastasis no pasa del hígado.

§ III.—Síntomas.

Es bastante raro que los síntomas propios de la pyleflebitis se presenten de corrido; la mayor parte de las veces vienen precedidos, durante un tiempo mas ó menos largo, por los que caracterizan los estados morbosos que la inflamación de la vena porta viene á complicar.

La invasión de la enfermedad está señalada por dolores que, de ordinario, tienen su asiento en el epigastrio ó en el hipocondrio derecho. El vientre está un poco tumefacto y sensible á la presión. Bien pronto sobrevienen escalofríos, seguidos de calor y sudores abundantes, sin tipo determinado, que se reproducen con una frecuencia variable. El bazo aumenta de volumen, y á veces esta tumefacción, sobreviniendo con rapidez, va acompañada de dolores en el costado izquierdo. En mas de la mitad de los casos, se observa una ictericia de intensidad variable y simultáneamente las orinas están cargadas de materia colorante de la bilis. Las funciones del estómago y del intestino están siempre gravemente trastornadas; á veces hay vómitos, y con mucha frecuencia diarrea que puede llegar hasta la disentería. Los enfermos enflaquecen y pierden sus fuerzas, la fiebre de supuración toma los caracteres de la fiebre héctica, después sobreviene el delirio, y en fin, el coma precursor de la muerte.

La enfermedad puede recorrer todas sus fases en una ó dos semanas; con mucha frecuencia dura hasta un mes, y puede excepcionalmente, es verdad, prolongarse aun mas tiempo. En estos casos se observan frecuentemente remisiones que hacen concebir esperanzas, desgraciadamente siempre engañosas.

§ IV.—Diagnóstico.

La pileflebitis supurativa difiere de la inflamacion adhesiva en que esta última no se acompaña ni de fiebre, ni de peritonitis, sino de una ascitis de curso rápido, como ya lo hemos visto. Además el hígado, en la primera, aumenta de volumen, y frecuentemente hay ictericia; accidentes excepcionales en la segunda de estas enfermedades. En fin, la dilatacion de las venas abdominales es la regla en la oclusion de la vena porta, y casi constantemente falta en la pileflebitis supurativa. En cuanto á los abscesos del hígado, provienen de una causa diferente; el dolor que excitan está limitado al hígado, y no se observa al mismo tiempo que los signos que indican una interrupcion en el círculo de la vena porta. No se confundirá nunca con la pileflebitis supurativa, ni la obliteracion de las vias biliares por los cálculos, ni la fiebre intermitente, porque en el primer caso no habrá ni la diarrea disenterica, ni el infarto del bazo, ni los síntomas de la obstruccion de la vena porta; y en cuanto á la fiebre intermitente, la existencia de la ictericia, la tumefaccion dolorosa del hígado, los síntomas de estagnacion sanguinea, la pérdida rápida de las fuerzas, y, en fin, la ineficacia de la quinina, mostrarán claramente que no se trata de ella.

§ V.—Pronóstico y tratamiento.

El pronóstico es desfavorable, habiendo sido siempre la muerte la consecuencia de esta enfermedad. Esta triste certeza reduce naturalmente mucho el papel de la terapéutica; sin embargo, aunque en rigor se podrá esperar la marcha fatal de la enfermedad, si esta se limita á algunas ramas secundarias de la vena porta, se ensayará el moderar la inflamacion por medio de sangrías generales ó locales; se procurará, por lo demás, no insistir en este medio, que tendrá por efecto cierto debilitar el enfermo y acelerar su término. Lo mejor será combatir los síntomas predominantes, oponiendo la quinina á los escalofrios, y los opiados al dolor y á la diarrea. Se sostendrán cuanto sea posible las fuerzas del enfermo con una alimentacion nutritiva, pero de fácil digestion.

CAPÍTULO II.

AFECCIONES DE LAS VIAS BILIARES.

Aunque observadas con bastante rareza, las afecciones de las vias biliares han sido el objeto de cierto número de trabajos impor-

tantes, de los cuales procuraremos en este capítulo dar á conocer los puntos mejor establecidos. El interés que los autores han tomado por este estudio está suficientemente legitimado por la gravedad de los estados morbosos, que las afecciones de los conductos de la bilis han producido varias veces. Estudiaremos aquí sucesivamente la inflamacion de las vias biliares aguda y crónica, los cálculo-biliares y el cólico hepático, la retencion de la bilis, la hidropesia de la vejiga de la hiel, el cáncer y los entozoarios de las vias biliares. Haremos despues de estos artículos consideraciones sobre la hepatalgia y la ictericia.

ARTÍCULO I.

INFLAMACION AGUDA DE LAS VIAS BILIARES.

En la misma vejiga es en donde se desarrolla con mas frecuencia esta inflamacion, pero no es raro que participen de ella el conducto cístico, el hepático y el colédoco; los autores describen esta flegmasia de una manera general, y al parecer sin inconveniente. Sin embargo, se ha mencionado la inflamacion aislada del conducto colédoco.

1.º INFLAMACION AGUDA DE LAS VIAS BILIARES.

Esta afeccion es sumamente rara en el estado de simplicidad; complica algunas veces las afecciones febriles intensas y sobre todo la fiebre tifoidea, y en la mayor parte de los casos en que la inflamacion de la vejiga de la hiel no es una simple lesion secundaria de una afeccion febril, es preciso atribuirla á la presencia de mayor ó menor número de cálculos biliares. En vista, pues, de estas consideraciones parece que solo debiamos dar una importancia muy secundaria á esta enfermedad casi siempre consecutiva; pero reflexionando un poco, veremos por el contrario que merece una atencion especial. En efecto, esta afeccion, una vez desarrollada, ordinariamente es grave, tiene síntomas que le son propios y exige un tratamiento particular; así es que cualquiera que sea el modo con que se haya producido debemos tratarla por separado.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se ha propuesto designar la inflamacion de las vias biliares con el nombre de *colecistitis*, y bajo esta denominacion se la ha descrito en la mayor parte de las obras modernas. Parece mas racional emplear el término de *angiocoleitis*, cuya significacion es mas comprensiva y