

§ 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

de la cual empiezan á servirse los autores (1). Rara como afección primitiva, la angiocolitis está aun lejos de ser frecuente en el estado secundario. En la vejiga es en donde la inflamación asienta con mas frecuencia. Monneret habia observado, en veinte años, cuarenta y cinco casos de flegmasía de las vias biliares (2).

§ II.—Causas.

Se han citado algunos casos de golpes en la region del hígado, una caída ó una violencia exterior cualquiera que han ocasionado la inflamación de la vejiga de la bilis.

La colecistitis de la variedad que Frerichs (3) y Niemeyer (4) llaman *catarral*, reconoce frecuentemente por causa la extensión de una afección semejante del estómago ó del intestino al conducto colédoco por el duodeno. Frerichs ha hallado, en 41 casos, 34 veces los síntomas del catarro gastro-intestinal como precursores. Otras veces tiene su razon de ser en las afecciones del hígado que van acompañadas de hiperemia de la mucosa de las vias biliares.

La causa mas frecuente son los cálculos biliares; en efecto, si consultamos las observaciones de J. L. Petit (5), Frerichs, Monneret, y los que ha presentado el doctor Littré (6). Es necesario añadir aquí las ascárides en las vias biliares (Frerichs), la sangre derramada en la vejiga, como dos ejemplos que ha publicado Fauvel (7); las producciones cancerosas en las inmediaciones, la alteración de la bilis, á la cual Budd (8) atribuye un gran valor patogénico.

Las observaciones importantes de Cruveilhier y Durand-Fardel (9), de inflamación de la vejiga con perforación de este órgano, sin lesión concomitante que la explique, tienden á hacer admitir una colecistitis esencial, espontánea. Andral y Dance han referido casos análogos. Labbé ha referido otro, debido á la inanición (10).

Finalmente, la vejiga de la hiel puede inflamarse, como ya dejamos dicho, en el curso de las afecciones febriles intensas. Louis (11)

- (1) Luton, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1866, t. V. art. VOIES BILIAIRES.
- (2) Monneret, *Traité élémentaire de pathol. int.*, t. I. Paris, 1864.
- (3) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, trad. Duménil et Pellagot, 2.^a édition. Paris, 1866, p. 751.
- (4) Niemeyer, *Éléments de pathol. int. et de thérap.*, trad. Culmann et Sengel. Paris, 1865, t. I.
- (5) J. L. Petit, *Remarques sur les tumeurs formées par la bile* (Mém. de l'Acad. de chir., t. I, p. 117 et suiv.)
- (6) Littré, *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., t. V. art. INFLAMMATION DES VOIES BILIAIRES.
- (7) Fauvel, *Bulletins de la Société anatomique*, 1835.
- (8) Budd, *Diseases of the Liver*, 3.^a édit. Londres, 1857.
- (9) Durand-Fardel, *Bulletins de la Société anatomique*, 1838.
- (10) Labbé, *Bulletins de la Société anatomique*, 1858.
- (11) Louis, *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2.^a édit. Paris, 1841, t. I, p. 231.

ha hallado tres casos de inflamación de este receptáculo en el curso de la fiebre tifoidea, Colin (1) un caso de perforación, al paso que solo se ha presentado á su observación un caso semejante en un sugeto que habia muerto de otra enfermedad; y lo que hay de notable es que en este último caso la afección era una *pulmonía*, es decir, la flegmasía que mas se asemeja por la intensidad del movimiento febril á la fiebre tifoidea.

Esta es la *colecistitis exudativa* de Frerichs. Se la encuentra tambien despues del tífus, del cólera, de la puohemia. Rokitansky, Andral, han observado ejemplos; G. Blane halló las lesiones en la fiebre de Walcheren, Dowler, en la fiebre amarilla en Nueva-Orleans (2).

§ VI.—Síntomas.

La colecistitis, que trae su origen únicamente de catarro gastro-intestinal, tiene un curso benigno; va precedida de signos de embarazo gástrico, y se revela sobre todo por síntomas de estagnación y reabsorción de la bilis; *ictericia* mas ó menos intensa, deposiciones descoloridas, orinas de color de caoba. El tegumento no siempre está muy oscuro, y el tinte amarillo puede no notarse mas que en las escleróticas. El hipocondrio derecho está ligeramente doloroso á la palpación; el volumen del hígado aumentado, y en algunos casos que deben ser muy raros se ha reconocido un tumor piriforme en el borde de la glándula, constituido por la vejiga de la bilis.

La colecistitis espontánea, y la que es producida por los cálculos, reviste las apariencias mas graves, entre las cuales se hallan los rasgos del cólico hepático, como se puede ver por la descripción que sigue, debida á Littré (3).

«Cuando la enfermedad, dice Littré, aparece de repente ó se asocia á una afección del hígado ya existente, el enfermo experimenta un dolor muy intenso al nivel del borde de las costillas falsas derechas, que se aumenta por la presión, la respiración ó el decúbito dorsal. El sugeto apenas puede estirar sus miembros, y por lo comun se acuesta sobre el lado izquierdo doblando las extremidades inferiores. El paroxismo del dolor dura por espacio de muchas horas y luego disminuye, manifestándose ordinariamente la *ictericia* á medida que va remitiendo. Al mismo tiempo hay *arcadas* ó vómitos que se componen tan solo de materias acuosas y verdosas. Estos vómitos siguen al dolor y disminuyen con él; á estos accidentes se agrega la *fiebre*, y cuando ha remitido la primera agudeza de los síntomas, los autores hacen mención de una fiebre acompañada de

- (1) Léon Colin, *Études cliniques de médecine militaire*. Paris, 1864, p. 198.
- (2) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*. Paris, 1866.
- (3) Littré, *loc. cit.*, p. 236.

pulso pequeño y contraído y una sed intensa, pero en la que no hay escalofríos ni calor notables. Hay *estreñimiento*, y la orina tiene los caracteres que presenta en los ictericos.

«Si la enfermedad camina á la curacion, se van disipando poco á poco el dolor y la ictericia, y las deposiciones se van haciendo regulares; pero en el caso contrario los padecimientos se exacerban por intervalos, se aumenta la ictericia, *la piel se pone seca* y sobreviene la muerte, bien sea por efecto tan solo de la inflamacion de la vejiga, bien por la *perforacion* de este receptáculo, accidente que se conoce por la aparicion repentina de los síntomas de una peritonitis sobreaguda.

El doctor Jenner (1) ha referido un caso de *ulceraciones de la vejiga biliaria*, cuyos síntomas consistian principalmente en trastornos de la digestion, dolores hepáticos vivos en los últimos dias, y en un tumor circunscrito al nivel del punto que ocupaba la vejiga.

Si hemos de creer ahora á J. L. Petit, hay otros muchos síntomas que pertenecen á la inflamacion de la vejiga de la hiel, como son, luego que se ha formado la supuracion, la *disminucion del dolor* y de la fiebre, el *carácter pulsativo del dolor*, el *abatimiento* que despues persiste, los *escalofríos irregulares* que duran por bastante tiempo, y el *calor y mador* que á ellos sucede. Cuando está ya formado el absceso se observan además fenómenos particulares.

Monneret señala además la frecuente analogia de los accesos de fiebre de la colecistitis con los de la fiebre intermitente, la tendencia á las hemorragias en los enfermos; el prurito parcial ó general y el insomnio pertinaz.

Andral y Budd, citados por Frerichs, han observado casos semejantes; Trousseau (2) trae otros en que era en general difícil afirmar, durante la vida, la existencia de ulceraciones de la vejiga.

La colecistitis exudativa de las enfermedades generales graves, fiebre tifoidea, tífus, etc., difícilmente se reconoce á causa del predominio del aparato morbozo primitivo. No se revela con frecuencia sino por las consecuencias de las perforaciones que entraña, y que son los accidentes de peritonitis rápidamente mortal.

Absceso de la vejiga de la hiel.—Cuando el absceso formado á consecuencia de la inflamacion de la vejiga de la hiel llega á ser accesible á la exploracion, se encuentra por debajo del borde de las costillas falsas y en el punto correspondiente al órgano afectado, un tumor no circunscrito, que parece, segun la espresion de J. L. Petit, comprendido en la circunferencia de las partes inmediatas, y por decirlo así, confundido con los tegumentos. A su nivel se percibe una *pastosidad* mas ó menos manifiesta, sin *ninguna dureza* á su

(1) Jenner, *London medical Gazette*, Febrero 1847.

(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.^a édition.

rededor, y en una época mas avanzada la piel se pone rubicunda y presenta un punto prominente. La *fluctuacion*, que siempre es bastante tardía, se presenta al principio oscura, luego se hace aparente en el centro del tumor, y cada día se estiende mas segun que va aumentando la supuracion.

Cuando á consecuencia de los progresos de la enfermedad el absceso se abre al exterior, ó cuando por medio de la operacion se vacía el foco purulento, casi siempre sale con el pus un número muy variable de cálculos biliares y á veces cierta cantidad de bilis. Por lo comun la salida del líquido y de los cálculos se prolongan durante mucho tiempo, y lo que hay de notable es, que la abertura del absceso permanece fistulosa sin alterar notablemente la salud. Los cálculos son los que con especialidad dan origen á la formacion de las *fistulas*, porque si el absceso no los contiene, lo cual es sumamente raro, ó si salen pronto todos los que existen, la abertura puede llegar á cicatrizarse muy pronto.

El doctor Tampelini (1) ha observado la salida de cálculos biliares al través de la pared abdominal en un sugeto de sesenta y nueve años. Primeramente se formó en el hipocondrio un tumor que luego se convirtió en absceso, y del que solo salió durante mucho tiempo un pus espeso de color blanco sucio é inodoro; en seguida salió un cálculo por la abertura fistulosa, y á los seis meses otro por la misma abertura, la que habiéndose cerrado y cicatrizado volvió todo al estado normal. Trousseau (2) ha observado un hecho semejante en un sugeto de sesenta años. Otros muchos se hallarán en el artículo *Cálculos biliares*.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Los casos de colecistitis esencial se producen de una manera latente, y los síntomas aparecen bruscamente por la perforacion súbita de la vejiga. La angiocolitis sintomática de cálculos ó de cuerpos extraños tiene una invasion rápida y un curso agudo. Sin embargo, resulta de la descripcion de J. L. Petit, que esta rapidez tan grande del curso de la enfermedad solo se observa en sus principios, y que cuando llega á establecerse la supuracion se van sucediendo los fenómenos con cierta lentitud, es decir, que ocurre con los abscesos de la vejiga lo que con todos los abscesos cálidos cualquiera que sea el punto en que residan.

La *colecistitis catarral*, sin cálculos, mejora desde los ocho á los quince dias, lo cual se reconoce por la vuelta del apetito, la decoloracion de la orina y el color natural de las heces. La *duracion* de la ictericia es ordinariamente de tres semanas. Segun Frerichs, en casos excepcionales puede llegar hasta dos ó tres meses. El ca-

(1) Tampelini, *Travaux de la Société de médecine de Moulins pour l'année*, 1849.

(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.^a edit., t. III. Paris, 1865.

tarro de las vias biliares puede hacerse crónico, como el del estómago y de los intestinos.

La colecistitis debida á la presencia de concreciones biliares es siempre de larga *duracion*, y sus manifestaciones son intermitentes y paroxísticas, hasta que las lesiones anatómicas sean bastante intensas para darle una forma continua.

La *colecistitis catarral* es la única forma que puede *terminarse* por resolución. Andral ha citado un caso que parece haber tenido este término feliz.

Se puede considerar como constante la *terminacion* por supuración cuando la inflamación reconoce por causa la presencia de cálculos: la curación en tal caso puede efectuarse por la abertura del absceso, bien sea natural, bien artificial, al través de las paredes abdominales. En algunos casos, como ya hemos dicho mas arriba, y Martin Solon ha citado un ejemplo notable, hay perforación de la vejiga, derrame de pus en el peritoneo, mezclado ó no con bilis, y peritonitis mortal.

Algunas veces se puede abrir el absceso en el intestino y efectuarse la curación á consecuencia de la evacuación de los cálculos. Louis me ha comunicado un caso de este género sumamente notable, sobre todo bajo el punto de vista del estado anatómico de la vejiga despues de la salida del cálculo.

Se hallan igualmente en la *Clinica* de Trousseau ejemplos de terminación por fistulas externas ó internas y por peritonitis debidas á la perforación de la vejiga (1).

§ V.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas consisten en el engrosamiento, el reblandecimiento y á veces en la ulceración de las paredes de la vejiga de la hiel, y en particular de la mucosa; en la existencia en su interior de pus mezclado ó no con la bilis y las mas veces de cálculos en mayor ó menor número, y finalmente en ciertos casos de perforaciones mas ó menos numerosas.

La *angiocoleitis catarral* apenas está caracterizada mas que por la *rubicundez* de la mucosa de los conductos y por la hipersecreción de moco. La forma calculosa es sobre todo la que tiende á la supuración y ulceración: Gubler (2) ha notado pequeños abscesos submucosos, semejantes á pústulas, que preceden á la ulceración de las paredes císticas; Barth (3) ha visto el absceso exterior á la vejiga, y que hacia comunicar esta cavidad con el colon trasverso; se forman dilataciones en diferentes puntos de los conductos y raicillas del hepático, simulando abscesos de las vias biliares y aun del hí-

- (1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 226 et suiv.
- (2) Gubler, *Bulletins de la Société anatomique*, 1848.
- (3) Barth, *Bulletins de la Société anatomique*, 1853.

gado; este es un punto sobre el cual Cruveilhier (1), Olliffe (2), y Monneret (3) han fijado especialmente la atención de los observadores. El contenido de estas escavaciones es, en general, muco-purulento, y mezclado con bilis, y si allí ha habido verdaderos abscesos de las vias biliares, es probable que se haya tenido alguna vez una colección de este líquido, vertido en la vejiga por un absceso de este órgano (4).

Louis (5) y Leudet (6) han observado la supuración de las paredes de la vejiga á consecuencia de la fiebre tifoidea. Roktansky y Frerichs han visto, despues del tífus, cólera y puohemia, quedar exudaciones fibrinosas en las paredes de la vejiga, y cilindros ó tubos fibrinosos en los conductos (inflamación crupal). Sestier (7) ha observado la *gangrena* de la vejiga en un individuo que padecía un aneurisma de la arteria hepática. Escaras circunscritas de la mucosa, falsas membranas difteríticas, son tambien lesiones posibles, segun Niemeyer (8).

Como accidentes menos inmediatos, señalaremos la posibilidad de lesiones peritoneales, ulceraciones del hígado, piletibitis (9). Contesse ha observado esta última (10).

No carece de interés, en conclusion, mencionar los hechos de inflamación limitada al conducto colédoco, uno citado por Littré, segun Curry (11), otro referido por Andral (12). La realidad de esta localización exclusiva podria discutirse.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de la inflamación de la vejiga de la hiel presenta grandes dificultades cuando el absceso no es accesible á la exploración: sin embargo, segun lo hace notar el doctor Littré, si se toman en cuenta las diversas circunstancias que hemos indicado en la descripción de los síntomas, todavia es posible llegar á conocer su existencia. En efecto, si el enfermo percibe mas ó menos repentinamente un dolor muy intenso que tiene su asiento inmediatamente por debajo de las costillas falsas y detrás del músculo recto; si no tarda en presentarse la fiebre, y si pasado un corto espacio de tiem-

- (1) Cruveilhier, *Archives générales de médecine*, 1857.
- (2) Olliffe, *Dublin Quarterly Journ. of med.*, août 1848, et *Arch. gén.*, 1849.
- (3) Monneret, *loc cit.*
- (4) Boudet, *Bull. de la Soc. anat.*, 1837.
- (5) Louis, *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2.^a édit. Paris, 1841, t. I, p. 28.
- (6) Leudet, *Bull. de la Soc. anat.*, 1853.
- (7) Sestier, *Bulletins de la Soc. anat.*, 1835.
- (8) Niemeyer, *Éléments de pathologie interne et de thérapeutique*, t. I.
- (9) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, 2.^a édition.
- (10) Contesse, *Bull. de la Soc. anat.*, 1858.
- (11) Curry, *Bibliothèque britannique*, t. LX, 1815.
- (12) Andral, *Clinique médicale*, t. II, p. 553.

po no se percibe fluctuacion muy manifiesta en el punto que ocupa el dolor, y sobre todo si la ictericia no es muy intensa y no aparece con demasiada prontitud, se deberá creer que existe una inflamacion de la vejiga de la bilis.

Segun Monneret, la vuelta con mucha regularidad intermitente del dolor y de la fiebre podria alguna vez hacer creer en una fiebre palúdica: la intensidad del dolor y de la ictericia, la integridad del bazo, el no producir efecto el sulfato de quinina, darán asimismo á conocer la enfermedad del hígado.

En cuanto á la *hepatitis aguda* se distingue de la inflamacion de la vejiga por la mayor extension del dolor, por el aumento de volumen del hígado, y finalmente, por el modo menos brusco que tiene de presentarse los síntomas. No olvidemos tampoco que estos signos no son constantes.

Cuando se ha formado un absceso en la vejiga de la bilis, el diagnóstico presenta nuevas consideraciones que debemos buscar particularmente en la Memoria de J. L. Petit. El absceso de la vejiga puede confundirse ó con un absceso de la sustancia misma del hígado, ó con la retencion de la bilis, de que hemos hablado antes de ahora. Veamos cómo se llegará á distinguirlo de estas dos afecciones.

El absceso de la vejiga de la hiel nunca está distante del borde de las costillas falsas y del músculo recto, como puede suceder muy bien en los casos de abscesos del hígado. Por lo comun es mucho mas fácil percibir la fluctuacion en el caso de absceso de la vejiga, y además no hay ni con mucho en la circunferencia del tumor una dureza tan marcada como la que se observa en el absceso que ocupa el parénquima hepático. Estos son los signos diferenciales de estos abscesos, que pueden no obstante confundirse fácilmente en ciertos casos, aunque como el tratamiento es el mismo, la confusion no ofrece ningun peligro.

Otra es la importancia que tiene el distinguir el absceso de la vejiga de la retencion de la bilis, porque la operacion que convendria en el primer caso seria peligrosísima en el segundo; y conviene tanto mas distinguir estas dos lesiones, cuanto que se ha cometido con mas frecuencia este error, como podemos convencernos leyendo la Memoria de J. L. Petit. Hé aquí, segun este célebre cirujano, los signos por medio de los cuales podremos distinguirlos: El dolor es de mayor duracion en el absceso que en la retencion biliaria; es pulsativo, y cuando disminuye, no queda el enfermo en un bien estar tan completo como el que percibe luego que se ha calmado el dolor dependiente de la retencion; los escalofríos irregulares son mas largos y van seguidos de calor y mador; la fluctuacion se manifiesta con menos prontitud, empieza por el punto mas prominente para irse extendiendo al resto del tumor, y finalmente se percibe en la circunferencia de este pastosidad y cierto grado de dureza que no

se observa en la simple retencion de la bilis. La colecistitis se puede distinguir de la peritonitis circunscrita: se puede afirmar la existencia de la primera cuando la vejiga distendida puede ser reconocida en su sitio y en su forma.

Pronóstico.—De lo que acabamos de decir se deduce que la inflamacion de la vejiga de la hiel es una enfermedad grave; sin embargo, se cita mayor número de terminaciones fatales que de curaciones obtenidas por los solos esfuerzos de la naturaleza ó por la intervencion del arte. El caso mas favorable despues de la resolucion es la abertura del absceso al exterior al través de las paredes abdominales, sobre todo cuando hay cálculos en el foco purulento.

Segun una observacion de Cornil (1), conforme con la de Charcot, el catarro de las vias biliares tendrá en los viejos una gravedad excepcional.

§ VII.—Tratamiento.

Se ha recomendado la *sangria general* repetida varias veces, las aplicaciones reiteradas de diez, veinte ó treinta *sanguijuelas*, y las *ventosas escarificadas* al hipocondrio derecho y parte anterior del abdomen. Se mide la energia de estos medios por la intensidad del dolor y la violencia de la fiebre. Igualmente se prescriben, y segun la mayor parte de los autores con resultados positivos, las *aplicaciones emolientes*, como grandes cataplasmas, fomentos con el agua de altea, etc.; y tambien los *baños frecuentes y muy prolongados*.

A veces está indicado un vejigatorio ambulante. Gerhardt (2) propone el amasamiento de la vejiga en la colecistitis catarral.

Se han recomendado tambien los *purgantes*, y los médicos ingleses han elogiado particularmente el uso de los *calomelanos*, sustancia que ellos no administran únicamente como purgante, sino que muchos se proponen producir con ella la salivacion, pero sin que hasta ahora se haya hecho investigacion alguna exacta con objeto de determinar cuál es la verdadera influencia de este medio. En cuanto á los demás purgantes, tales como el *aceite de ricino*, el *ruibarbo* á la dosis de 3, 4 ó 6 gramos, y las *sales neutras*, generalmente se admite que producen efectos ventajosos. Tambien se atribuyen buenos efectos al uso de los drásticos. En los casos en que el embarazo gástrico y bilioso es evidente, los *vomitivos* están indicados y prestan servicios; se emplea el tártaro estibiado á dosis vomitiva ó la hipecacuana. En Alemania, segun Niemeyer, se pon-

(1) Cornil, *Suppuration des voies biliaires, fièvre intermittente symptomatique* (Gazette médicale, 1864, núm. 28, p. 431).

(2) Gerhardt, *Traitement direct de l'ictère catarrhal* (Würzburger medicinische Zeitschrift, t. IV, 1863).

dera el agua régia en baños de piés (15 á 30 gramos por baño) ó al interior (2 á 4 gramos en 180 de un vehículo mucilaginoso).

Si á los medios espuestos agregamos el uso de algunos *narcóticos* y algunos *revulsivos* aplicados á la piel, habremos dado á conocer el tratamiento generalmente adoptado; pero conviene añadir que siendo, como ya hemos dicho, la inflamacion de la vejiga de la hiel el resultado ordinario de la presencia de los cálculos, casi siempre se deberá hacer uso del tratamiento propio de estas concreciones biliares, para cuyos detalles remito al lector al artículo siguiente, en que se espondrá el tratamiento de los cálculos biliares.

Medios quirúrgicos.—Luego que nos hayamos asegurado que hay un *absceso de la vejiga de la hiel* y que se han establecido adherencias entre este receptáculo y la pared abdominal, lo cual se conoce por la pastosidad de esta pared y sobre todo por la prominencia y la rubicundez difusa que se percibe en la piel, no se debe dudar en abrir el tumor. En estos casos casi siempre ha habido ya rotura de la vejiga biliaria, y la pared abdominal constituye por sí misma el límite anterior del absceso. La *incision simple* debe practicarse de tal modo que no se estienda mas allá del punto mas prominente y en el que se percibe claramente la fluctuacion. Despues de haber dado salida al líquido purulento se puede hacer la *extraccion de los cálculos biliares*, y si la abertura es demasiado estrecha se dilatará con el bisturí, pero con mucha precaucion por no traspasar las adherencias de la vejiga: en seguida basta hacer una *cura simple*. Cuando es dudoso que las adherencias de la vejiga al peritoneo parietal existan, se recurre al cauterio actual, como lo ha hecho, en caso parecido, Leclercq (de Senlis), que se sirvió de la potasa cáustica para penetrar en un tumor biliar y extraer de él los cálculos (1). Piorry ha metido el bisturí en una vejiga que suponía adherente, y sacó de ella tres cálculos enormes (2).

1.º *Fistula consecutiva.*—«La abertura de los abscesos de la vejiga, dice Boyer (3), ya se verifique espontáneamente, ó ya sea practicada por el arte, suele degenerar en *fistula*. Esto es lo que sucede especialmente en los abscesos causados por un cálculo biliar, que despues de haber destruido por ulceracion las paredes de la vejiga que se adhieren al peritoneo, se desliza por entre los intersticios de los músculos del bajo vientre, por debajo de los tegumentos, y va á detenerse en un punto mas ó menos distante de las vias biliares, en donde forma un tumor inflamatorio que termina por un absceso, y del cual salen pus, bilis y un cálculo biliar mas ó menos voluminoso.» Cruveilhier ha estudiado las variaciones de la disposicion

(1) Leclercq (de Senlis), *Bulletins de la Soc. anat.*, 1856.

(2) Dehargues, *Les colélithes ou calculs biliaires*, thèse de Paris, 1861, número 30.

(3) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, 4.ª edit., t. VII, p. 591.

anatómica de las fistulas biliares cutáneas que él llama *cístico-cutáneas* (1).

Se pueden introducir los cálculos en la fistula y producir accidentes bastante manifiestos (dolores, anorexia y fiebre), y para la curacion de estas fistulas se emplean diversos medios, siendo los principales: la *dilatacion* hecha con candelillas, la esponja preparada, etc., etc., la *incision*, la *estirpacion de las partes callosas*, operaciones todas que tienen por objeto el favorecer la salida de los cálculos biliares, cuya presencia es la causa principal de que persistan las fistulas. Conocemos un caso en que Demarquay, para curar una de estas fistulas, introdujo una pequeña tenaza (rompe piedra) en la vejiga de la hiel y destruyó una série de cálculos, que de esta manera pudo extraer. El enfermo ha curado perfectamente.

El doctor Levacher (2) ha observado un caso de absceso del hígado en el que permaneció por mucho tiempo un conducto fistuloso despues de la abertura del foco y de haber salido el pus. Levacher desbridó primero con un bisturí conducido por medio de una sonda acanalada, introdujo en seguida esponjas preparadas con bramante y engomadas, y fué dilatando así la fistula hasta que podía penetrar en ella el dedo meñique. Entonces salió un cálculo, y habiendo seguido dilatando la fistula por medio de cuerdas de tripa del volumen del dedo pequeño, llegó á ensancharse hasta permitir la entrada del pulgar, y entonces se presentaron nuevos cálculos. De este modo han salido hasta diez y seis, muchos de los cuales debieron haberse roto en pedacitos, y á los tres meses era completa la curacion. Corrichius, á quien cita Boyer, Thilesius y Stalpart, Vander Wiel han citado casos análogos.

2.º *Inflamacion crónica de la vejiga y de sus conductos.*—Lo único que interesa decir como síntomas propios á esta enfermedad, es que se ha asignado un *dolor fijo* por debajo de las costillas falsas derechas y detrás del músculo recto, que tiene *larga duracion*, con exacerbaciones variables y *trastornos digestivos* muy diversos; que casi siempre en los casos de cálculos se ha notado la inflamacion crónica de las vias biliares, y que las lesiones halladas despues de la muerte son el engrosamiento, las ulceraciones de las paredes de la vejiga y la existencia de pus en su interior, con lesiones análogas en los conductos de excrecion de la bilis que presentan por lo comun una obliteracion mas ó menos completa. En un caso ha visto Louis que la induracion de la vejiga sucede á su perforacion por un cálculo.

Frank habia ya antes de ahora hallado las paredes de la vejiga como cartilaginosas, y teniendo el grosor de un dedo (3). Como

(1) Cruveilhier, *Traité d'anat. pathol. gén.* Paris, 1852, t. II, p. 567.

(2) Levacher, *Observation d'un abcès fistuleux du foie donnant issue à des calculs biliaires* (*Journal de chirurgie*, Mayo 1846, t. IV, p. 140).

(3) Trousseau, *Cliniq. méd.*, t. III, p. 230.

otros conductos revestidos de una mucosa, los conductos biliares y la vejiga, pueden *disminuirse* y *obliterarse*, ya por la simple inflamación, ya por las cicatrices de la ulceración. Estos accidentes, luego que atacan los conductos, producen la retención de la bilis con los síntomas que describiremos después. La obliteración de la vejiga no determina ordinariamente ningún trastorno digestivo, en atención á que la bilis pasa directamente del hígado al intestino (1). La figura 41 representa una vejiga semejante, arrugada y llena de cálculos.

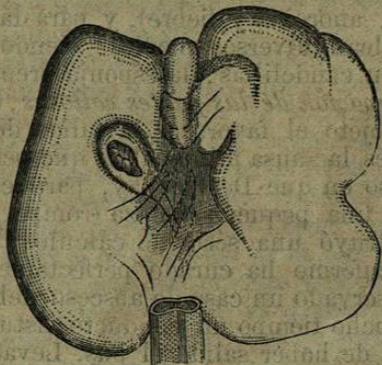


Figura 41.—Atrofia de una vejiga llena de cálculos. (Frerichs, fig. 134, p. 768.)

Las modificaciones impresas á los conductos biliares en el estado de sus paredes y en la capacidad de sus cavidades ó de su calibre, siendo resultado de inflamación crónica, se notan principalmente en los casos de producciones cancerosas en las inmediaciones de este aparato.

La figura 42 de Frerichs representa un cáncer del duodeno, con

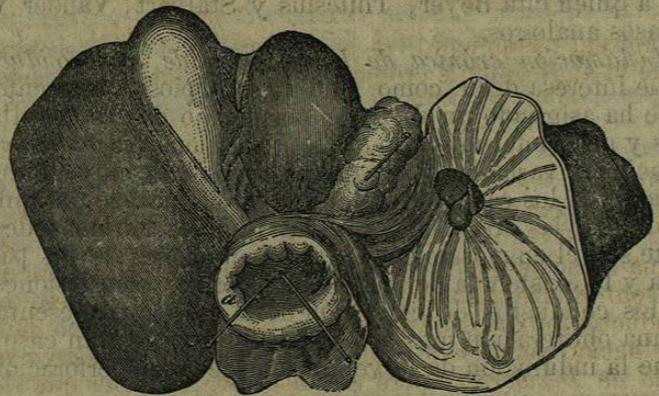


Figura 42.—Cáncer del duodeno con amplificación de los conductos biliares; ulceración simple del estómago.—a. Orificio de los conductos colédoco y de Wirsung. (Frerichs, figuras 42 y 139.)

(1) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, trad. de Pallemand par Louis Duménil. Paris, 1866, p. 768.

amplificación de los conductos biliares: véase en *a* el orificio de los conductos colédoco y de Wirsung.

La figura 43 representa una ectasia enorme de las vías biliares, con cáncer del páncreas.

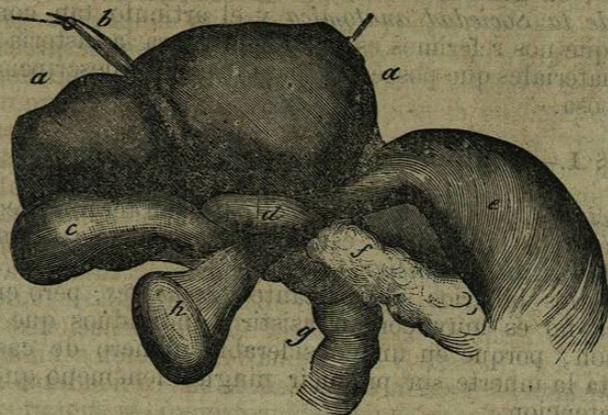


Figura 43.—Ectasia enorme de las vías biliares con cáncer del páncreas.—a. El hígado levantado.—b. Ligamento cilindrico.—c. La vejiga distendida.—d. El conducto colédoco dilatado.—e. El estómago.—f. El páncreas.—g. El duodeno.—h. El riñon derecho. (Frerichs, fig. 43.)

En cuanto al tratamiento, es en general el de la afección primitiva de que la angiocolitis crónica es un accidente secundario.

ARTÍCULO II.

CÁLCULOS BILIARIOS Y CÓLICO HEPÁTICO.

Ninguna mención hacen los autores antiguos de los cálculos biliares, y solo Rhaze habla de una piedra de este género hallada en los conductos biliares de un buey. Es verdad que ha dicho que Hipócrates hacia referencia á estas concreciones en su *Carta sobre la enfermedad de Demócrito*, pero es un error. Tenemos que llegar á Vesalio, á Falopio (1) y sobre todo á Fernelio (2) para encontrar algunas nociones respecto á este punto de patología. Este último hizo conocer la posibilidad de la expulsión de estos cálculos durante la vida. Mas tarde un gran número de autores, entre los cuales

(1) Fallope, *Observationes anatomicæ*. Veuisse, 1561.

(2) Fernel, *Pathol.*, lib. VI, cap. V.