

varon úlceras en los intestinos gruesos y en la parte inferior del ileo (*Andral, obs. 25; Louis, obs. 3*); en 1 caso en la parte inferior del ileo (*Andral, obs. 24*); en 4 en el estómago (*Andral, obs. 27, 30, 31; Louis, obs. 4*), y en 1 en la vesícula biliar (*Louis, obs. 5*).

En uno de los casos con ulceraciones del estómago, la úlcera comunicaba con un absceso en el lóbulo izquierdo del hígado. Es razonable deducir con Andral que la úlcera en este caso fué ocasionada por el absceso que se abrió en el estómago. Prescindiendo de esta observación, tenemos aún 7, de 15, en las cuales se observaba exulcerada en algunos puntos la misma superficie mucosa cuya sangre se vierte en la vena porta.

El hecho aumentará de importancia al pensar que, en 1 de estos 16 casos, los abscesos hepáticos fueron ocasionados por un golpe; que en otros 4 parecían proceder de flebitis, y, por último, que á ninguno de estos 5 casos se asociaban ulceraciones del estómago, intestinos ó vesícula biliar. De donde se deduce que, de 11 casos de abscesos parciales del hígado, 7, que no eran consecuencia de un golpe ó de flebitis general, presentaban ulceraciones, ora en el estómago, ora en los intestinos delgados ó gruesos, ora en la vesícula biliar.

Es imposible, por tanto, suponer que en estos hechos no hubiese más que una pura coincidencia de enfermedades sin relacion alguna entre sí. En otro de estos 11 casos (*Andral, obs. 32*), el absceso del hígado era evidentemente ocasionado por enfermedad crónica del estómago, y despues de la muerte se encontró la membrana mucosa de esta viscera reblandecida en algunas porciones, hasta el extremo de semejar á moco líquido. Tanto en este caso como en los otros tres en los que el estómago presentaba ulceraciones, no se hace mencion del estado de los intestinos gruesos.

Para aclarar este asunto podemos aducir la analogía que con él tiene el cáncer. A menudo, el cáncer del estómago va seguido de diseminación de tumores de naturaleza semejante en el hígado, mas nunca en otro órgano. En uno de los capítulos próximos citaremos muchos ejemplos de este hecho que se encuentran acumulados en las grandiosas obras de Patología de Andral y Cruveilhier (*Clinica Médica y Anatomía patológica*). Parece que de ordinario, si no siempre, las células cancerosas, como los glóbulos de pus, se detienen todas en el hígado, sin que ninguna, saliendo de él, lleve á los otros órganos los gérmenes de tumores cancerosos.

La asociacion de la disentería á los abscesos hepáticos es un hecho en que ha fijado la atención la mayor parte de los médicos á quienes ha ocurrido tratar una ú otra de estas enfermedades.

El Dr. Cheyne, habiendo discurrido sobre la disentería de los irlandeses, dice que, en la mayoría de las autopsias que ha hecho, el hí-

gado se presentaba en estado normal; pero que, en dos casos, encontró abscesos en la sustancia propia de este órgano. (*Dublin Hospital Reports*, vol. III.)

En 2 de los 4 casos de abscesos hepáticos publicados por Abercrombie (1), los intestinos gruesos eran asiento de algunas úlceras; coincidencia de enfermedad que maravilla cómo pudo considerar dicho señor enteramente fortuita. «Es cierto — dice — que la disentería va acompañada á menudo de enfermedad de los órganos vecinos, y con preferencia del hígado, en el cual se observan á veces abscesos y hasta induraciones crónicas si la enfermedad tiene larga fecha. Estas complicaciones deben considerarse como accidentales, aunque sean capaces de modificar notablemente los síntomas de la enfermedad principal». (*Diseases of the stomach*, 2.^a edic., pág. 266.)

El Sr. Annesley, maravillado por tan frecuente asociacion de estas dos enfermedades, y altamente convencido de la importancia de establecer su verdadera relacion, declara que aún no le es posible hacerlo. Dicho señor supone que, en algunos casos, el absceso sigue á la disentería; que en otros, por el contrario, ésta se desarrolla despues de la enfermedad hepática; que en algunos otros, la afeccion del hígado y la de los intestinos gruesos son simultáneas, ó al ménos surgen casi al mismo tiempo, hasta el punto de hacer casi imposible el decidir cuál de las dos es la primitiva. (*Annesley*, t. II, pág. 199.) Y, en verdad, en la India debe ser mucho más difícil descubrir la relacion entre estas dos enfermedades, teniendo en cuenta el gran predominio de otros muchos desórdenes del hígado que, vivo el paciente, no pueden distinguirse con tanta facilidad de los ocasionados por los abscesos.

Estas dificultades son las que yo he encontrado en los casos por mí tratados en *The Dreadnought*, donde generalmente me fué imposible deducir de la sencilla historia del caso cuál de estas dos enfermedades principió primero.

Sin embargo, en algunos casos era imposible oponerse á la conclusion de que los abscesos del hígado eran, no sólo posteriores á la disentería, sino tambien producidos por ésta.

El día 12 de Marzo de 1838, cuatro sujetos que habian navegado en el vapor *Renown* fueron trasportados al *Dreadnought*, afectos de disentería grave. Este vapor venía de Calcutta, y de allí al Cabo habia perdido algunos tripulantes á causa de esta misma enfermedad. Llegados al Cabo, no quedando de guardia más que cinco hombres, tomaron á bordo siete, entre los cuales se encontraban los cuatro ahora enfermos, entónces en perfecto estado de

(1) *Diseases of stomach, etc.*, 2.^a edicion. — Casos 93 y 130.

salud. Abandonado el Cabo, enfermaron aún de disentería otros muchos pasajeros, sin que los nuevos recibidos á bordo sufrieran en su salud, hasta entónces bastante buena; pero, á su paso por entre la Isla Occidental y el Estrecho, experimentándose un fuerte descenso de temperatura, uno tras otro fueron presa de la disentería, de índole bastante grave. Dos de estos individuos murieron á poco de ingresar en el hospital; los otros se repusieron hasta el extremo de poderle abandonar.

En los intestinos gruesos de los dos casos desgraciados se encontraron las mismas lesiones. En ambos, de la válvula ileo-cecal al recto, toda la mucosa estaba casi completamente destruida por exulceraciones gangrenosas: en uno de estos casos, el hígado ofrecía tres abscesitos de fecha reciente; en el otro, por el contrario, por lo que pudo entónces juzgarse, se encontraba el hígado en estado normal.

Ahora bien, en ambos casos la enfermedad primitiva fué claramente la misma y se produjo por igual causa; y si sólo se encontró enfermedad del hígado en uno de ellos, es racional inferir que ésta fuese secundaria y precisamente consecuencia de la disentería. Tal vez, entre muchos casos de disentería, sólo uno presente abscesos hepáticos, de igual modo que, entre muchos casos de amputaciones ó lesiones traumáticas de la cabeza, sólo en uno se forman abscesos en los pulmones y en otros órganos.

En el hospital de *Dreadnought* tuve ocasion de ver un enfermo que tuvo la disentería en la Isla de Francia. Los violentos síntomas que la anunciaron calmáronse en el trascurso de dos meses, y volvió al trabajo y vivió allí cuatro años. Al cabo de este tiempo, pasando por Levante para volver á su patria, fué acometido de nuevo de diarrea, y por primera vez sintió entónces dolor en el hipocondrio derecho y en el hombro correspondiente. A su ingreso en el hospital venía el enfermo padeciendo hacía tres meses, y poco despues murió.

Examinado el cadáver, se encontró un absceso superficial en la cara convexa del lóbulo derecho del hígado; la mucosa de los intestinos delgados estaba perfectamente sana hasta dos pulgadas de la válvula ileo-cecal, donde se veían tres úlceras (la mayor de las dimensiones de medio escudo próximamente), quedando al descubierto en la mayor parte de su superficie la túnica muscular del intestino. En sus inmediaciones se veían otras muchas del tamaño de una pequeña mancha variólica y que habían corroido toda la membrana interna, la cual, en derredor de las úlceras, no estaba reblandecida ni insólitamente inyectada. En el ciego no había más que una úlcera del tamaño de un escudo, y enteramente semejante á las úlceras más grandes encontradas en los intestinos delgados. La membrana mucosa que tapiza el ciego, estaba reblandecida, pero lo restante de los intestinos gruesos estaba completamente normal. Los ganglios mesentéricos limítrofes al ciego estaban engrosados y convertidos en una pulpa de color rojo-purpurino intenso. Tanto el estómago como la vesícula biliar estaban libres enteramente del proceso ul-

cerativo, y las chapas de Peyero, como los ganglios aislados del intestino delgado, no estaban engrosadas.

La sucesion morbosa en estos casos parece haber sido la siguiente: la disentería, que dejó algunas úlceras crónicas en el ciego y en la parte inferior de los intestinos delgados; pasados cuatro años, recrudescencia de los síntomas disentéricos, inflamacion y absceso del hígado. Este último databa claramente de la recidiva de los síntomas pertenecientes á la disentería, y de cuando el enfermo sintió por primera vez el dolor en el hígado. Un absceso tan superficial no habría podido existir sin dar indicios manifiestos (1).

Si la causa de la disentería hubiese sido la afeccion hepática, sin duda hubiera ésta producido una exulceracion mucho más extensa; y, en verdad, una bilis irritante podría engendrar úlceras en los intestinos gruesos, y hasta úlceras diseminadas por el resto del tubo intestinal, mas no limitarse exclusivamente á tan pequeña porcion del tubo digestivo.

Podríamos citar algunos otros casos en los cuales es casi seguro que la disentería provocó los abscesos hepáticos, de los cuales podríamos deducir, con Annesley, que en algunos casos los abscesos del hígado no reconocen otra causa que la disentería.

Ahora surge la cuestion de si, en los casos de asociacion de las dos enfermedades, se producen éstas siempre de igual manera, ó solamente en algunos de ellos.

El Sr. Annesley no lo creía, atendiendo á que, en la India, los síntomas de la enfermedad hepática se desarrollan á veces al mismo tiempo, y otras preceden á los de la disentería.

Pero el hecho de que los síntomas hepáticos se desarrollen simultánea ó casi simultáneamente con los de la disentería no prueba que la enfermedad del hígado no sea dependiente de esta última. En el caso citado de Cruveilhier, de absceso hepático consecutivo á rudas maniobras para reducir un prolapso del recto, los síntomas hepáticos se manifestaron casi inmediatamente despues de hechas aquéllas, y, muerto á los cinco días el enfermo, se encontró en los abscesos pus enteramente formado. Consecuencia de amputacion ó de cualquiera lesion traumática, puede desarrollarse en ménos de cuarenta y ocho horas una flebitis, supurar é infectar todo el organismo. Suponiendo, pues, que la flogósis supurativa del hígado se produjese de igual modo en la disentería, puede admitirse que los síntomas hepáticos en

(1) Compárense estos casos con el que refiere Andral (*obs. 25*), en el cual la inflamacion supurativa del hígado se presentó en el curso de una enteritis crónica.

algunos casos se manifiestan casi tan prontamente como los pertenecientes á la enfermedad primaria.

Pero en la India ocurre á veces que los síntomas de la afección hepática preceden á los de la disentería, lo cual nada tiene de extraño.

La alta temperatura del clima de la India y la desordenada vida á que allí se entregan los ingleses parecen ser la verdadera causa de la frecuencia de los trastornos hepáticos consistentes, por lo comun, en una secreción excesiva ó viciada de la bilis y en la flogósis de los conductos biliares.

La hepatitis adhesiva que termina por induración y cirrosis es bastante comun en aquel país, por el abuso de las bebidas espirituosas. Ahora bien, aunque ninguna de estas alteraciones termina por la flogósis supurativa del hígado y los abscesos, pueden presentar los mismos síntomas y tomarse fácilmente una por otra. Por lo tanto, si una persona afecta de aquellos trastornos hepáticos fuese presa de la disentería y presentase consecutivamente abscesos hepáticos, es natural que se refiriese la disentería á la preexistente inflamación supurativa del hígado (1).

Si no satisficiera la explicación que acabo de dar, concluiríamos, de acuerdo con Annesley, que la disentería en estos últimos casos es el efecto del paso de una bilis irritante. Pero es claro que debían encontrarse los más evidentes signos de afección en los conductos biliares y en la parte superior de los intestinos delgados, por ser estas regiones las primeras con las que se pone en contacto la bilis; mas ocurre todo lo contrario: siempre que los abscesos se asocian á las formas más graves de la disentería, se encuentran casi siempre estas mismas partes en estado sano. Además, los intestinos gruesos pueden estar totalmente exulcerados, mientras que la vesícula biliar, conductos biliares é intestinos delgados pueden encontrarse casi hasta, ó aun hasta la misma válvula ileo-cecal, perfectamente sanos y ser normales el color y la consistencia de la bilis en la vejiga. El Sr. Annesley, además, hace una distinción entre la disentería que llama *simple* y la que denomina *hepática*, y dice que en la primera, esto es, en la que no vá acompañada de afección hepática, la inflamación de los intestinos gruesos no excede nunca de ordinario la válvula ileo-cecal; mientras que, en la segunda, el extremo inferior de los intestinos delgados está con frecuencia inflamado tanto como los gruesos. El autor cree que, en los últimos casos, la afección de los intestinos delgados es el efecto de la indole demasiado irritante de la bilis. En ello se apoya erróneamente admi-

(1) Los casos 71, 75 y 77 de Annesley son, probablemente, ejemplos de esta sucesión: enfermedad crónica del hígado, — disentería, — abscesos hepáticos.

tiendo que, en la disentería acompañada de abscesos hepáticos, la porción inferior del ileo se encuentra bastante á menudo afecta como los intestinos gruesos, segun he podido comprobar en 5 de los 15 casos mortales por mí tratados en *The Dreadnought*; con todo, no infrecuentemente ocurre lo mismo aun en casos de disentería *simple*.

Y, en verdad, en muchos casos de esta última clase de disentería se ve que la ulceración intestinal, no sólo no se detiene en la válvula ileo-cecal, sino que se extiende á lo largo de los intestinos delgados en una extensión de 12 á 18 pulgadas. Esto es lo que Cruveilhier hizo representar en un grabado, y en 3 de 8 casos de disentería simple, observados por Annesley (172, 173 y 179, t. III), la parte inferior de los intestinos delgados estaba tan inflamada como los gruesos.

Los corolarios más exactos que de estos hechos pueden deducirse son que la ulceración intestinal en la disentería, unas veces se limita á los intestinos gruesos y otras se extiende á los delgados; que en unas ocasiones da lugar á abscesos hepáticos y en otras no.

Ninguna de estas dos clases de disentería lleva consigo la ulceración de la parte superior de los intestinos delgados; mas, si éstos son asiento de úlceras, se las encuentra siempre inmediatas á la válvula ileo-cecal.

No puede ponerse en duda que un exceso de bilis demasiado irritante puede producir diarreas y oponerse á la cicatrización de las úlceras disentéricas, y aun producir ulceraciones intestinales: es, sin embargo, bastante improbable que pueda producir la gangrena y las úlceras precoces y extensas de los intestinos gruesos que se observan en la disentería asiática, de ordinario mortal en pocos días, mientras pueden conservarse los intestinos delgados perfectamente sanos en toda su longitud.

Por lo tanto, la explicación más probable es la que hemos dado más arriba; esto es, que en todos aquellos casos el paciente tenía ya algun desorden hepático, al cual se podía agregar la disentería y presentarse los abscesos, y que, por consiguiente, en todos ó en la mayor parte de aquellos casos en los cuales se encuentran asociados los abscesos hepáticos y la disentería, los primeros son consecutivos á esta última.

La indole viciada de la bilis puede ser una causa remota de supuración hepática, por la ulceración y los desórdenes que produce primero en los intestinos.

Reconociendo ahora como causa de los abscesos hepáticos la disentería ó la ulceración intestinal, me parece evidente que el padecimiento del hígado no debe atribuirse á la difusión de la flogósis, sino más bien á la infección de la sangre de la vena porta.

Esta infección se verifica, ó por el *pus* engendrado por la inflamación

de alguna venita intestinal, ó por cualquiera otra materia formada por el reblandecimiento de los tejidos, ó, en fin, por toda sustancia fétida, sea líquida ó gaseosa, que, desarrollándose durante la disenteria en los intestinos gruesos, es absorbida y llevada inmediatamente al hígado. No creo muy apartado de lo probable el pensar que con el primer modo de infeccion se forman abscesitos aquí y acullá diseminados, miéntras que con el último surge una flogósis bastante más extensa y una mayor y única coleccion de pus. Formaránse abscesos pequeños y limitados si la materia infectante es tal que no se mezcla pronto con la sangre, como los glóbulos de pus y de mercurio, conservándose sanas las vísceras restantes. Por el contrario, si la materia morbosa se difunde prontamente por la sangre, tendremos una flogósis mucho más extensa.

Para explicar en estos casos la relacion de los abscesos del hígado con la disenteria, deberemos admitir que los abscesos hepáticos pueden ser consecutivos á las ulceraciones del estómago y de la vesícula biliar, partes que, como los intestinos gruesos, envían su sangre á la vena porta. Y esto es, en verdad, lo que sucede.

Ya hemos dicho que, de los 16 casos de abscesos hepáticos que refieren los Sr. Andral y Louis, 3 presentaban ulceraciones del estómago, sin advertir si en otros existían en los intestinos y vesícula biliar.

El primero de estos casos (*Andral, obs. 27*), hombre de cuarenta y cinco años de edad, murió de un cáncer ulcerado del estómago. El hígado, bastante aumentado de volúmen, contenía en diversos puntos un número infinito de pequeñas masas duras y rojas que hacían el efecto de otras tantas flogósis parciales. En el centro de una de estas masas rojas se descubrió un absceso del tamaño de una avellana.

El segundo caso (*Andral, obs. 30*) recayó en un sujeto de sesenta años de edad que, habiendo presentado hacía ya tiempo todos los síntomas de una gastritis crónica, como inapetencia, vómitos, eructos ácidos y una sensacion de peso en el epigastrio, comenzó á enflaquecer y á perder fuerzas. Con la dieta láctea había conseguido alguna mejoría, cuando de pronto aumentó la frecuencia del pulso, cayó en gran postracion, con ennegrecimiento de la lengua, y al cabo de pocos días murió.

Las paredes del estómago, precisamente en la extension de 5 á 6 dedos por delante del píloro, estaban muy engrosadas, con exulceracion de la mucosa, y en lugar de la membrana subyacente descubriase una sustancia de aspecto cartilaginosa, de color blanco pálido. El estómago estaba adherido al hígado mediante fibrillas pseudo-membranosas. El hígado era de volúmen normal. En el lóbulo izquierdo existía una cavidad del tamaño de una manzana pequeña, toda revestida de pus y de una membrana densa y dura. El tejido periférico á este absceso estaba gangrenado.

En este caso no fué ciertamente el absceso hepático el que dió ori-

gen á la úlcera del estómago, pero puede con todo fundamento presumirse que el absceso dependía de la ulceracion. Esta databa de algun tiempo; el estado de postracion marcó la invasion de la gangrena alrededor del absceso.

En el tercer caso (*Louis, obs. 4*) se trataba de un hombre de cincuenta años, que hacía cuatro venía padeciendo trastornos digestivos, irregularidad de apetito, ligeros dolores en el hipocondrio izquierdo, á los cuales de vez en cuando se asociaban náuseas y diarrea, y poco á poco se iba demacrando y debilitando. Diez y siete días ántes de ingresar en el hospital comenzó á empeorar, presentándose un nuevo cortejo de síntomas, tales como calor en la piel, ictericia, inapetencia absoluta, fuertes dolores en el epigastrio é hipocondrio izquierdo, y una ligera sensacion de opresion. En los ocho días que precedieron á su muerte, ocurrida á los quince de ingresar en el hospital, se agregaron á todos estos síntomas las náuseas y la diarrea.

El hígado, algo más voluminoso que en estado normal, contenía gran número de abscesitos envueltos en una membrana delgada y blanda, y su tejido estaba por todas partes reblandecido.

La vejiga de la hiel era pequeña y estaba obliterada en su cuello. El conducto cístico contenía un cálculo, y las paredes de la vejiga estaban algo induradas y engrosadas. Los conductos hepático y comun se hallaban en estado completamente normal.

La mucosa de la porcion media del estómago, algo engrosada, era igualmente asiento de algunas úlceras profundas, de cuatro líneas de extension.

Como en los casos más arriba referidos, la enfermedad del hígado reconoce en éste por causa las úlceras del estómago, y no éstas por origen aquélla. Notábanse tambien vestigios de enfermedad en la vesícula biliar y en el conducto cístico; mas ésta, de origen antiguo, no presentaba ningun signo de reciente actividad, miéntras que los abscesos del hígado eran obviamente de fecha reciente.

El Sr. Andral, en su *obs. 32*, refiere un caso, del que más arriba nos hemos ocupado, en el cual el absceso se asoció al *reblandecimiento* de la mucosa del estómago.

Aquí los síntomas de la enfermedad del estómago precedieron diez y ocho meses á los de la afeccion hepática. La circunstancia de que el absceso no estaba revestido de quiste, prueba que era de reciente formacion.

En *The Provincial Medical Journal for December*, año 1842, se refiere el caso de un hombre, muerto á los cuarenta y ocho años á consecuencia de un cáncer exulcerado del estómago, cuyo hígado presentaba siete ú ocho abscesos.

En *The Medical Gazette for November*, año 1843, se leen dos casos del Dr. Seymour, en los cuales una sola úlcera del estómago produjo abscesos circunscritos del peritoneo. Los pacientes eran dos jóvenes.

En uno de ellos se encontró un vasto absceso en la parte superior del lóbulo derecho del hígado, el cual, en vida del enfermo, atravesó el diafragma y llegó al pulmón.

A la amabilidad del Dr. Addison debo el conocer el caso de un sujeto que murió en *Guy's Hospital*, el año 1849, con ulceracion de la mucosa duodenal por cáncer colóides, que ocupaba el extremo derecho del páncreas y la contigua porcion del intestino. En el hígado existían abscesos flegmonosos, uno de los cuales se abrió en el pulmón pocos días ántes de la muerte; por lo demás, el tejido estaba sano.

A producir abscesos en el hígado me parece que contribuyen, lo mismo que las exulceraciones del estómago, las de la vesícula y conductos biliares.

En confirmacion de esto tenemos el caso que refiere el Dr. Louis en su *obs.* 5.^a El hígado contenía de 30 á 40 abscesos del volumen de un guisante al de una avellana, todos desprovistos de quistes y evidentemente de formacion reciente. Ni en el estómago ni en los intestinos había úlceras; en cambio, en la vejiga de la hiel, que contenía pequeños cálculos, había seis úlceras redondas, tres superficiales y tres profundas. La mucosa de la vejiga había adquirido un espesor tres veces mayor que el natural.

El Dr. Bright, en el primer tomo de *The Guy's Hospital Reports*, pág. 630, refiere un caso parecido: cálculos, ulceraciones en la vejiga de la hiel y numerosos abscesos hepáticos.

Entre estas observaciones puedo incluir una mía, recogida en *Dreadnought*.

Un hombre de treinta y tres años de edad, apénas vuelto de Quebec, donde había tenido fiebres intermitentes, fué llevado el día 2 de Diciembre al hospital porque hacia tres semanas que tenía ictericia, acompañada de dolor debajo del cartilago ensiforme. Dicho enfermo había recobrado algunas fuerzas, aunque continuaba la ictericia, cuando de pronto, el 26 de Enero, precisamente ocho semanas despues de su ingreso en el hospital, fué acometido de síntomas de peritonitis que en cuatro días lo condujo al sepulcro.

Abierto el cadáver, se encontró en la superficie convexa del lóbulo derecho del hígado un absceso muy extenso é irregular, cubierto por una pseudo-membrana del color de la piel de búfalo y moderadamente dura.

La vejiga biliar se adhería fuertemente al duodeno, y sus paredes eran bastante gruesas. Su cavidad, que sólo podría contener una avellana, estaba ocupada por un cálculo amarillento, bastante friable, con un núcleo de color verde oscuro y muy fuerte. El conducto cístico estaba bastante dilatado y contenía otro cálculo del tamaño de una

haba pequeña. El conducto comun, que estaba tan dilatado como el cístico, comunicaba con el duodeno mediante una úlcera del tamaño de poco más de medio guisante, que se abría á dos ó tres líneas de la terminacion del conducto. El conducto hepático, muy dilatado, era fácil seguirlo á través del hígado. La mucosa del estómago y de los intestinos estaba exenta de ulceraciones, si se exceptúa la úlcera perforada del duodeno, la cual, así como la dilatacion de los conductos y la ictericia, eran sin duda alguna el efecto de un cálculo que, detenido mucho tiempo en el conducto comun, lo obstruía, y que se fraguó paso al intestino merced á la ulceracion.

En 1847 presentó el Dr. Mackay á la *Pathological Society of Birmingham* un hígado, asiento de numerosos abscesitos diseminados, consecutivos á una enfermedad de la vesícula biliar y á cálculos. El doctor J. Russel, secretario de dicha Sociedad, me envió el hígado á que nos referimos, con algunos detalles sobre el caso.

El sujeto de esta observacion es una mujer bastante robusta, de sesenta y cuatro años de edad, y que había gozado siempre de buena salud. Esta mujer fué presa de dolor en la foseta del estómago, acompañado de ligera fiebre; dolor que desapareció con el uso de los purgantes, presentándose con mayor intensidad dos ó tres días despues, con aumento de fiebre, sin vómitos ni signo alguno que indicase el paso de un cálculo. El epigastrio estaba sensible al tacto, y el hígado algo aumentado de volumen. Se aplicaron sanguijuelas y un vejigatorio á esta region y se le prescribieron purgantes, á los cuales por dos días se asociaron los calomelanos y el opio. Al cabo de una semana, la sensibilidad, el dolor y la fiebre se desvanecieron por completo. Entónces se manifestó la ictericia, con absoluta falta de bilis en las heces, estado que persistió hasta la muerte, la cual sobrevino por la progresiva depauperacion, á las tres semanas de haberse presentado aquel síntoma, sin que los escalofríos ni otros síntomas alarmantes la anunciaran. El hígado contenía infinito número de abscesitos diseminados, y evidentemente de formacion reciente: la sustancia hepática, en puntos separados del absceso y bastante bien circunscritos, estaba reblandecida. El conducto hepático, en su insercion con el cístico, estaba obstruido por un cálculo del tamaño de una avellana, causa seguramente de la ictericia. La vejiga estaba engrosada y parcialmente osificada, y exulcerada una parte de su superficie interna, aunque no contenía cálculo de ninguna clase.

En otro capítulo expondremos por extenso un caso que se puede agregar al anterior, y que debemos á la amabilidad del Sr. Bowman. Trátase de una hidátide abierta en la vesícula biliar y acompañada de un abscesito en una parte remota del hígado, sin ulceracion del ventrículo ni intestinos.

De 29 casos referidos por Annesley, 23 presentaban úlceras, ó solamente cicatrices de ellas, en los intestinos gruesos. Sólo en 4 de estos 23

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD DE BILBAO

advirtió el autor cambios morbosos en la vejiga de la hiel y en los conductos; mas despues llama la atencion respecto á este particular sobre 3 especialmente de los otros 6 casos.

En la primera de estas tres últimas observaciones (*caso 81*), la vesícula biliar era bastante pequeña y estaba dividida en el centro por un angostamiento.

En la segunda (93), el conducto colédoco ó comun estaba muy comprimido y obstruido por el páncreas, que, bastante abultado y endurecido, lo envolvía completamente. Cogiendo el conducto cístico se veía la abertura de la vejiga un poco estrechada por una faja cartilaginosa. Los intestinos, tanto los delgados como los gruesos, estaban enteramente sanos.

La vesícula biliar en el tercer caso (126) estaba completamente adherida á las paredes de un absceso con el cual comunicaba. Los conductos estrechados y atacados por la flogósis adhesiva comun á las partes periféricas del absceso. La bilis que se segregaba, ó se retenía en el absceso ó salía por la herida. (*Se habla abierto el absceso.*) En los intestinos no se encontró el menor vestigio morbosos.

El Sr. Abercrombie, en su obra *On diseases of the stomach*, refiere 4 casos mortales de abscesos hepáticos: en 2, de los cuales ya hemos hablado (93, 130), se encontraron los intestinos gruesos exulcerados en varios puntos, mas no se dice que la vesícula biliar y los conductos fuesen asiento de ninguna alteracion morbosa ó de cálculos. En los otros 2 (128 y 129), la vejiga de la hiel y los conductos colédoco y hepático contenían grandes cálculos biliares, pero el tubo intestinal estaba perfectamente sano. En estos últimos casos, la ulceracion de los conductos, ocasionada por la presencia de los cálculos, haciendo las veces de la ulceracion intestinal, fué la que dió origen á la flogósis supurativa del hígado.

Los conductos biliares, la vejiga y la cápsula de Glisson están alimentados por la arteria hepática, y la sangre fluye, no de la vena porta á ellos, sino de ellos á la vena porta. Esta circunstancia es muy propia para demostrar cómo la ulceracion de la vejiga, de igual modo que la del ventrículo y los intestinos, puede dar origen á abscesos hepáticos, y ademas explica el hecho observado por muchos escritores sobre los abscesos del hígado, cual es que, en esta enfermedad, rara vez la flogósis invade la vejiga, los conductos y la cápsula. La inflamacion supurativa se limita solamente á las partes que alimenta la sangre de la vena porta. Los Sres. Annesley y Stokes llamaron ya la atencion sobre la gran importancia que para el tratamiento tiene el hecho de que, en los casos de abscesos hepáticos, es muy raro encontrar vestigios de flogósis en la cápsula.

Hemos terminado el estudio de los casos de abscesos del hígado

debidos á la sangre viciada que la vena porta, tomándola de la superficie mucosa, llevaba á aquel órgano: ahora, para completar nuestro capítulo sobre los abscesos hepáticos por infeccion de la sangre perteneciente á la misma vena, debemos dirigir nuestras investigaciones á los casos en que la materia infectante procede de la vena esplénica. Mi amigo el Dr. Busk me favorece con algunas particularidades sobre un caso que en la autopsia presentó signos tales que hicieron creer en esa infeccion.

El hígado en aquel caso era asiento de infinito número de abscesos, del volúmen de una avellana próximamente, y todos llenos de pus blanco bastante espeso. La sustancia hepática intermedia no ofrecía indicios de flogósis; estaba pálida, firme y de aspecto enteramente normal.

La vena esplénica estaba dilatada, y las ramificaciones que la constituyen en el bazo y la porcion que corre por el páncreas aparecían inflamadas y contenían un flúido puriforme y linfa amorfa.

Una parte del bazo estaba pálida y parcialmente separada, como una masa gangrenosa, de lo restante del órgano, que tenía un color rosado intenso y estaba bastante reblandecido.

En los intestinos no había ulceraciones, y, excepcion hecha del hígado, ningun otro órgano presentaba puntos de supuracion.

La hipótesis más probable es que en este caso tuviese la enfermedad origen en el bazo, que se inflamase despues la vena y, en fin, que los abscesos hepáticos tan diseminados fuesen ocasionados por la materia corrompida llevada al hígado por la vena esplénica. Si esta materia fuese pus, tendríamos otro ejemplo de materia puriforme llevada en gran cantidad á la vena porta y depositada en el hígado á su paso por esta viscera.

Ilustra mucho los principios sostenidos en las precedentes páginas el caso que observé yo en el hospital del Real Colegio en la primavera del año 1849, en cuyo caso los abscesos diseminados del hígado eran resultado de la abertura accidental de un quiste hidatídico. La singularidad solamente del hecho me obliga á unirlo á los otros que acabo de analizar.

El enfermo, hombre bastante robusto y de fuerza muscular bien pronunciada, boxeador, en una lucha, provisto de guantes, fué arrojado al suelo por un violento puñetazo recibido en las costillas falsas del lado derecho. Hasta entónces había gozado dicho sujeto de buena salud; mas desde esa época comenzó á sufrir un dolor continuo en el vacío derecho, y no volvió á ser ya — usando su propia expresion — *el mismo hombre de ántes*. A las seis semanas de haber recibido el golpe, se hizo más agudo el dolor y se acompañó de cefalea y náuseas, mas nunca de vómitos. Con la disminucion del apetito vino tambien la de las fuerzas y se produjo diarrea. Continuando estos síntomas,