

traumatismo externo sufrido en aquella parte, bastan, si no existen indicios más seguros de enfermedad en los pulmones ó en las pleuras, para caracterizar una inflamacion supurativa del hígado. Pero, como decimos en otro lugar, ofreciendo las costillas tan buena defensa á esta víscera, difícilmente enferma por esa causa externa y directa. Con mucha más frecuencia es debida la hepatitis supurativa á lesiones y traumatismos recibidos en otras partes del cuerpo y á operaciones quirúrgicas cuando no surge una flogósis supurativa de cualquier vena, y en seguida la contaminacion purulenta de la sangre.

En casos tales, los síntomas generales no son bastantes para descubrirla. La fiebre alta que desde el principio la acompaña toma pronto un carácter tifoideo, á causa de la infeccion sanguínea y de las diversas flogósis locales á que da origen.

Los síntomas especiales — el dolor en la region hepática y la ictericia — son los únicos que, en medio de tanto desconcierto general, pueden indicar la formacion en el hígado de los abscesos. Mas estos síntomas no existen en todos los casos; la ictericia y el dolor pueden faltar, y este último no sentirlo el paciente ó no acusarlo por el estado tífico en que yace. En este caso, sólo despues de la muerte puede descubrirse la existencia de los abscesos hepáticos.

Del mismo modo, los síntomas generales pueden dificultar el diagnóstico de la hepatitis supurativa, cuando ésta sobreviene en el curso de la disenteria aguda, y aún crónica si existe al propio tiempo un proceso activo, pudiendo explicar por la afeccion primitiva la aparicion de los fenómenos morbosos generales. El diagnóstico, por lo tanto, debe fundarse principalmente en los síntomas locales, como el dolor referible al hígado, la tension en el hipocondrio derecho y la ictericia. Conociendo nosotros las relaciones que existen entre ambas enfermedades, debemos dar la importancia que se merece á cada uno de los síntomas, y asignarle su verdadera causa productora. Así, por ejemplo, cuando el dolor de la region hepática, el ligero aumento de volumen del hígado y la ictericia, que en otras circunstancias no nos llamarían la atencion y se atribuirían á su causa más comun — la flogósis y la obstruccion de los conductos bilíferos — sobrevienen en el curso de la disenteria, podrá sospecharse fundadamente la existencia de una hepatitis supurativa con abscesos.

Pero no siempre puede observarse este conjunto de síntomas locales, que algunas veces faltan completamente.

Un sujeto llamado Lascar, de sesenta y dos años, ingresó el día 2 de Octubre de 1839 en el hospital de *Dreadnought* con enfisema general y broncorrea. Sólo se quejaba de una gran debilidad; pero los sudores copiosos por la noche, y la fiebre héctica que no le abandonaba, hicieron creer en la existencia de tubérculos miliares.

Poco á poco faltáronle las fuerzas y murió de catarro el día 12 de Noviembre. Durante el tiempo que estuvo en el hospital nunca se había quejado de sensibilidad ó dolor en el hipocondrio derecho, ni había tenido vómitos, ni diarrea, ni ictericia; en suma, no aquejó ninguno de los síntomas que caracterizan una enfermedad hepática.

Hecho el exámen cadavérico, sorprendió á todos encontrar en la sustancia hepática un absceso que contenía más de una taza de materia puriforme. El absceso se hallaba envuelto por un quiste de paredes bastante fuertes, y el tejido hepático, una ó dos líneas más allá del absceso, parecía pálido y engrosado.

El resto del hígado estaba sano y la cápsula no ofrecía indicios de inflamacion anterior. El estómago y los intestinos delgados se hallaban tambien en estado normal. El intestino grueso presentaba numerosas cicatrices, debidas sin duda á la disenteria; pero no se descubrieron úlceras.

Un grave enfisema y la oclusion por moco de los tubos bronquiales fueron las únicas alteraciones que se observaron en las vísceras del pecho.

Mi amigo y distinguido discípulo el Dr. Inman, de Liverpool, ha tenido la bondad de facilitarme algunos detalles acerca de un caso bastante interesante, en el cual los abscesos de hígado, que parecían consecutivos á la disenteria, se formaron sin dar origen á un solo síntoma que pudiera referirse al hígado.

El día 21 de Junio de 1843 fué admitida en la enfermería de Liverpool una mujer de cuarenta y cinco años, cuyas fuerzas se hallaban casi perdidas por su mala salud y por una diarrea que ya contaba nueve ó diez semanas de existencia. Esta hizo rápidos progresos, sin dar lugar á síntomas graves, ni ir siquiera acompañada de tenesmo. Las heces estaban algunas veces teñidas de sangre. El vientre se hallaba contraído, pero no era doloroso á la presion. Dicha enferma murió el 12 de Julio. El intestino grueso, desde la válvula ileo-cecal hasta el recto, estaba casi completamente ulcerado; por el contrario, el estómago, los intestinos delgados, los riñones y el bazo se hallaban en estado normal. El hígado, cuyo volumen era mayor del natural, ofrecía, junto á la superficie inferior del lóbulo derecho, tres abscesos que contenian entre todos unas veinte onzas de pus amarillo. Estos abscesos estaban privados de quistes y sus paredes presentaban arrugas y franjas. Ningun indicio de inflamacion en la cápsula; los pulmones se hallaban en estado edematoso. El resto del cuerpo no ofrecía nada de particular.

El Dr. Inman, en la historia clínica referente á este caso, consigna que « nunca se observó dolor en el hipocondrio ni el hombro derecho, ni vómitos, ni ningun otro síntoma que pudiera hacer sospechar la presencia de abscesos hepáticos, los cuales sólo se descubrieron por el exámen del cadáver ».

Andral, Abercrombie y todos los escritores que han publicado una

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD DE MADRID



los cinco enfermos de esta afección observados por él había experimentado realmente dolor en el hombro, por lo cual duda si realmente tiene importancia este síntoma en las enfermedades del hígado. Cree que, cuando existe, depende de una complicación por parte del pulmón ó de la pleura. Andral profesa una opinión casi idéntica.

Desde luego, el dolor del hombro derecho en los abscesos hepáticos es ménos común de lo que generalmente se cree: yo lo he visto en 5 de los 15 casos observados, tanto en el *Dreadnought* como en mi clínica particular, y en alguno de ellos no podía haber la menor duda de que el dolor era dependiente de la afección hepática.

En el primero de los 5 enfermos existía un absceso pequeño en la superficie convexa del lóbulo derecho, y la hoja de peritoneo que cubría el absceso había contraído ligeras adherencias á la hoja refleja de dicha membrana serosa. Observábase algunas antiguas adherencias del pulmón á la pleura costal, sin indicios de pleuritis reciente. Ambos pulmones estaban pálidos y perfectamente sanos.

En el segundo, en el cual el absceso tenía su asiento en la superficie convexa del hígado, formando un tumor bastante prominente, el dolor del hombro era bastante agudo para causar un gemido continuo, dolor que duró bastante tiempo y sólo se dispuso *después de la abertura del absceso*.

En el tercer caso, el absceso, que formaba prominencia al exterior, producía una sensación dolorosa en el hombro derecho, irradiándose á la escápula y al cuello del mismo lado.

En el cuarto, el dolor del hombro variaba en intensidad, lo mismo que el del hipocondrio derecho; calmado éste, disminuía también aquél, lo cual probaba de una manera evidente la conexión entre ambos síntomas. En el hígado se encontraron cinco ó seis abscesos de diverso volumen, uno de los cuales se abrió paso al pulmón y otro ocupaba la superficie convexa del lóbulo derecho.

En el quinto caso había un sólo absceso, que también ocupaba la cara convexa del lóbulo derecho. Con todo, no se veían indicios de flogosis reciente de la pleura y del pulmón.

En dos de los casos á que nos referimos, el dolor del hombro continuó meses enteros asociado al del hipocondrio. En todos ellos, un absceso por lo ménos ocupaba la cara convexa del lóbulo derecho, y existían adherencias entre el peritoneo que cubría el absceso y la hoja de la membrana que se reflejaba sobre el diafragma ó sobre las paredes abdominales.

Éstos casos vienen en apoyo de la opinión ya formulada por Annesley, á saber: que el dolor en el hombro derecho es el indicio más seguro de que la afección tiene su asiento en el lóbulo derecho del hígado, y al propio tiempo que el dolor del hombro está asociado á los

abscesos hepáticos con más frecuencia de lo que generalmente se cree. El dolor en el hombro derecho se observa con más frecuencia en los casos en que los abscesos ocupan la superficie convexa del lóbulo derecho del hígado (1). Antes de que se hubiera generalizado la costumbre de practicar autopsias se había descubierto que sólo los abscesos de la superficie convexa daban lugar á tumefacción exterior. Los médicos de aquella época observaron el dolor del hombro en gran número de los casos en que existía algún absceso hepático; pero las frecuentes disecciones hechas estos últimos años han demostrado que los abscesos están situados las más veces, no en la superficie del hígado, sino en su propia sustancia, y que, además, el dolor del hombro derecho falta muchas veces por completo.

Este dolor ha sido descrito por muchos como una sensación molesta de mordedura en el vértice del hombro, que no va acompañada de tumefacción ni de rubicundez, ni aumenta por la presión — por el contrario, algunas veces cesa cuando se comprime el hombro, — pero en ocasiones *es más fuerte cuando se ejerce cierta presión sobre el hígado*. Es, sin duda alguna, y así se ha considerado siempre, un efecto de simpatía, del mismo modo que duele la rodilla en las enfermedades del muslo.

Este dolor se presenta también en algunas otras afecciones hepáticas, como en el cáncer, las hidátides, y también cuando algún cuerpo extraño al hígado comprime este órgano.

En Abril de 1843 fué recibido en mi clínica del Hospital del Real Colegio un sujeto con un aneurisma de la aorta abdominal, quien se quejaba de dolor en el hombro. A las cuatro ó cinco semanas de su estancia en el hospital murió repentinamente, por rotura del aneurisma. Este, que tenía su origen en el lado de la arteria opuesto al origen del tronco celiaco, formaba por detrás del hígado un tumor del tamaño de la cabeza de un adulto. Los cuerpos de la primera, segunda y tercera vértebras lumbares estaban en parte destruidos, y el hígado muy comprimido, aunque conservando su textura normal y no ofreciendo la cápsula indicio alguno de inflamación.

La tos y el vómito son síntomas de análoga naturaleza. La irritación del hígado, lo mismo que la del estómago, da lugar á una tos breve, seca, simpática, y, á la manera que la irritación de muchas vísceras abdominales, puede determinar el vómito.

El Sr. Louis, no contento con haber desacreditado el dolor del hombro como síntoma de los abscesos hepáticos, emite la misma opi-

(1) Andral refiere un caso (t. iv, obs. 32) en el cual había dolor del hombro derecho coincidiendo con un absceso de la superficie inferior del lóbulo derecho.

nion respecto del vómito y la tos, atribuyendo el primero á la flogósis de la mucosa del ventrículo y la segunda á la inflamacion bronquial.

Por mi parte he tenido diversas ocasiones de convencerme de que la opinion de tan distinguido patólogo en este punto es bastante inexacta, y que esos dos síntomas, tan frecuentes en los abscesos del hígado, no dependen de una afeccion del pulmon ó del estómago, sino que deben considerarse, segun hemos dicho, como *desórdenes simpáticos* dependientes tan sólo de la irritacion hepática.

En el otoño de 1837 ingresó en el *Dreadnought* un marinero de veintinueve años, que regresaba de Calcutta. Estaba bastante demacrado, y refirió que desde un mes ántes tenía fiebre y que en los diez últimos días habia sobrevenido un vómito tan incoercible que no podía retener en el ventrículo ninguno de los alimentos que ingería. El vientre estaba muy contraído y sus paredes bastante rígidas, pero no dolorosas al tacto. El enfermo tenía sed continua, pero no se atrevía á beber porque temía el vómito. Creí que se trataba de una gastritis, y en este sentido formulé mi tratamiento. Los síntomas adquirieron tal incremento, que á los catorce días apénas se podía conseguir que tomara un poco de pan tostado y agua, que no bebía, pero que le refrescaba la boca. Un mes despues murió en el hospital. Hecha la autopsia, se encontró el estómago completamente sano, pero el hígado ofrecía, en cambio, un voluminoso absceso, cuya presencia no se habia siquiera sospechado.

En este último caso se ve que el vientre, si bien no era doloroso ó sensible á la presion, estaba contraído y sus paredes se hallaban en estado de continua rigidez. El mismo fenómeno observé en algunos otros casos, uno de los cuales era bastante sorprendente: en el lado derecho, sobre todo, las paredes abdominales ofrecían la dureza de la madera, y la piel era movible, no adherente.

El Dr. Twining y algunos cirujanos de la India han hablado de la rigidez del músculo recto como el signo más seguro de los abscesos profundos del hígado. Lo mismo que los demas síntomas con los cuales se asocia, este fenómeno es puramente simpático. Algunas veces se encuentra relacionado con otras afecciones del hígado. Yo lo he observado en un caso de ictericia por oclusion del conducto comun, del cual hablamos en otro capítulo, y tambien, en un grado bastante notable, en un caso de úlcera cancerosa del estómago, que, adhiriéndose al hígado, lo habia corroido en aquel punto. El propio síntoma fué observado por Graves, de Dublin, en un caso de inflamacion de la vejiga de la hiel, publicado por dicho autor y que yo refiero en otro lugar con más detenimiento.

Durante el primer estadio de la inflamacion supurativa, cuando todavia es fuerte la reaccion febril, puede inspirar ciertas dudas la importancia de estos fenómenos simpáticos: dolor en el hombro derecho

vómito, tos y tension de los músculos abdominales. Por otra parte, cuando, trascurrido el estadio agudo, ha disminuido la fiebre, estos síntomas simpáticos, aun ofreciendo los caracteres más evidentes—esto es, que el dolor tenga su asiento en el vértice del hombro, no vaya acompañado de hinchazon y rubicundez, ni aumente por la presion local, pero sí por la presion directa sobre el hipocondrio; que la tos sea breve, seca, sin que pueda atribuirse á ningun estado morbooso de los pulmones; por último, que el vómito siga inmediatamente á la ingestion de los alimentos y de las bebidas, carácter general del vómito simpático;—cuando estos fenómenos, repito, ofrezcan los caracteres de las afecciones de *puro consenso*, serán indicios seguros y convincentes de la existencia de un absceso hepático.

Los síntomas que acabamos de enumerar pueden considerarse como propios de la hepatitis supurativa y de los abscesos hepáticos cuando éstos se limitan á la sustancia del órgano.

Pero si el absceso es voluminoso y está próximo á la superficie, puede terminar de diversas maneras. Si se halla situado en la superficie externa del hígado, puede abrirse en la cavidad peritoneal, ó bien, contrayendo adherencias con esta membrana, abrirse paso á traves de las paredes del vientre: el absceso, cuando ocupa la parte alta del hígado y está en contacto con el diafragma, llega á perforar este músculo y á abrirse paso en la cavidad pleurítica, ó bien, formándose adherencias entre el pulmon y la porcion de diafragma que está sobre el absceso, se abre éste en el mismo pulmon y el pus sale al exterior por los bronquios. Por último, cuando el absceso está próximo al borde ó á la cara inferior del hígado, el peritoneo que cubre el absceso puede adherirse al estómago, al duodeno y al intestino grueso, derramándose sus materias en el tubo intestinal.

Es natural suponer, por lo tanto, que deben presentarse síntomas especiales y propios en cada uno de estos diferentes casos.

Cuando el absceso se abra en la cavidad del peritoneo, aparecerá de repente un gran dolor, vómitos y todos los síntomas de una peritonitis por perforacion. El enfermo llegará rápidamente á una gran postracion, y despues, al cabo de algunos días, sobrevendrá la muerte.

Con todo, si la materia purulenta se infiltra gota á gota, no podrá difundirse por toda la superficie del peritoneo, causando una verdadera peritonitis general, sino que, más bien, se extenderá sobre el hígado, limitándose por las adherencias que este órgano haya contraído con las partes vecinas, y formándose en la cavidad peritoneal un absceso circunscrito. Esta terminacion ha sido observada por Cruveilhier, y yo la he visto en dos casos en mi clínica de *Dreadnought*.

Si el absceso se vacia en el estómago, habrá inmediatamente vómitos de materia purulenta, y, si en el intestino, se presentará diar-

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD DE MADRID

rea, con evacuacion de materia purulenta: en uno y otro caso, si el absceso forma tumor al exterior, se disipará repentinamente al aparecer los nuevos síntomas que acabamos de describir.

Cuando el absceso perfora el diafragma, se abre en la cavidad de las pleuras, dando lugar á una pleuritis supurativa; pero esto es muy raro. En casi todos los casos en que el absceso se abre paso á través del diafragma, produce la inflamacion de la porcion de la pleura que está inmediatamente por encima, estableciéndose entónces adherencias bastante limitadas entre el diafragma y el pulmon. El absceso ábrese entónces en el pulmon, y la materia es eliminada por los tubos bronquiales, desarrollando síntomas bastante característicos, revelados en parte por la *auscultacion*, segun veremos en algunos casos particulares, y en parte por la *expectoracion*, que da salida á una materia puriforme, de color rojo sucio ó parduzco. El color que esta materia ofrece, y del cual nos hemos ocupado ya en otra ocasion, puede atribuirse á su mezcla con la sangre y con los detritus del tejido pulmonar en su trayecto por estas visceras. La aparicion de esta expectoracion debe considerarse, en mi concepto, como el fenómeno más patognómico del absceso hepático, ó por lo ménos del absceso que se ha abierto paso por los pulmones, pues en ninguna afeccion de estos órganos sale por los bronquios una materia semejante. Yo he podido observar algunos casos de esta índole en mi clínica de *Dreadnought*, y más de una vez sirviéronme de guía para descubrir un absceso hepático en cuya existencia no habíamos siquiera sospechado. Si el absceso es voluminoso, la expectoracion de dicha sustancia puede durar algun tiempo, sobreviene con facilidad, y en algunos casos á bocanadas, casi sin esfuerzo por parte del paciente.

Ora se abra el absceso en el intestino ó en los pulmones, puede vaciarse por completo y cerrarse, y el enfermo recobra su salud.

En 1847 fui consultado por un oficial del Ejército indiano, en cuyo pulmon se había abierto, ocho años antes, un absceso hepático. Los síntomas que hicieron presumir la existencia de abscesos hepáticos presentáronse, en el curso de una disentería, durante el año 1839. Tres meses despues de su aparicion, encontrándose sobre cubierta en un buque, arrojó repentinamente varios esputos de una materia de color de caoba, cuya cantidad, durante el día, llegó á una taza próximamente. La expectoracion duró por espacio de tres semanas; la materia siguió saliendo, cada vez en menor cantidad y perdiendo color, y despues cesó. Desde aquella época ha experimentado algunas veces dolores en la region hepática, pero no aquejaba ningun otro sintoma que pudiera referirse al hígado, y cuando yo le vi parecia completamente curado del absceso hepático.

Otro caso análogo pude ver en el *Dreadnought*. Tratábase de un indi-

viduo que, despues de haber presentado todos los signos de un absceso hepático y de abrirse éste en el pulmon, alivióse en pocos días, hasta el punto de poder abandonar el hospital, al parecer en buen estado de salud.

Pero semejante éxito es bastante raro y sólo se observa, en mi concepto, cuando el absceso es pequeño ó de reciente formacion; pues, en la mayor parte de los casos, el paciente muere por la pérdida de fuerzas que sigue á una supuracion diaria, y por la fiebre héctica.

La larga duracion de la supuracion depende de la naturaleza de las paredes que constituyen el absceso. El tejido hepático y la sustancia dura cartilaginosa que siempre circunda un absceso antiguo y voluminoso no permiten que se contraiga de modo que desaparezca su cavidad, la cual, por consiguiente, continúa llenándose de pus.

Este caso es muy semejante al de los empiemas antiguos, en los cuales el tejido pulmonar queda encogido y todo el órgano está fijo, por decirlo así, contra la columna vertebral. En tales circunstancias, el flúido derramado, si es seroso, continúa siendo absorbido, mientras continúa contrayéndose la parte afecta; la falta de espacio del pulmon opuesto y la dilatacion de los tubos bronquiales del pulmon comprimido seguirán disminuyendo la capacidad del lado afecto; pero cuando todas estas condiciones hayan llegado á sus últimos límites, en términos que la cavidad no pueda reducirse más, entónces cesará tambien la absorcion del flúido, y de este modo será imposible la reabsorcion de una sola gota. Ahora bien, volviendo á ocuparnos de los abscesos hepáticos, si su tejido periférico está endurecido hasta tal punto que no pueda contraerse sobre sí mismo y cerrar de este modo la cavidad, ésta seguirá llenándose de pus.

Podemos, pues, atribuir á la naturaleza sólida y resistente de las paredes de la cavidad tanto la supuracion diaria como la terminacion fatal de los abscesos hepáticos, aún en los casos en que la salida libre y fácil del pus podría hacer esperar un éxito más favorable. La terminacion fatal de estos abscesos no tiene, pues, relacion alguna con la naturaleza del sitio por donde se ha abierto paso el pus. Yo he observado varios casos en los cuales, aunque los abscesos se abrieron paso por las paredes abdominales, todos, ménos uno, murieron: queda, pues, la duda de si esta terminacion es más favorable que aquella en que el pus sale por los intestinos ó los pulmones.

Si el absceso es muy voluminoso, puede abrirse por diversas partes: en uno de los casos asistidos por mí en el *Dreadnought*, el absceso se abrió paso primero por el pulmon y despues atravesó las paredes abdominales: la razon de tal hecho es que, no contrayéndose las paredes del absceso, no podía vaciarse éste por la primera abertura.

Algunos médicos de la India han supuesto que el pus de los absce-

Los hepáticos puede ser absorbido y eliminado como verdadero pus por la orina. Pero, analizando esta opinión, se ve que los glóbulos del pus, por su volumen, no pueden penetrar en los vasos sanguíneos, ni salir por ellos. La materia expulsada con la orina y tenida por pus no era probablemente más que un depósito de fosfatos.

Durante los graves desórdenes de toda la economía que acompañan á la flebitis purulenta, suele presentarse en la orina un sedimento de la misma naturaleza; sedimento que á primera vista ofrece el aspecto del pus, pero que, si se examina al microscopio, aparece compuesto de bellos cristales de fosfatos y no de glóbulos puriformes.

La terapéutica de la inflamación supurativa de la sustancia hepática no es en manera alguna satisfactoria.

Si la inflamación reconoce por causa una flebitis que, teniendo su origen en una herida ó lesión cualquiera de la cabeza ó de los miembros, ha determinado la infección de toda la sangre venosa, causando inflamaciones de la misma naturaleza en algunos lóbulos pulmonares, en diversas articulaciones ó en otras partes del cuerpo, el paciente cae bien pronto en un estado tifoideo, en el cual las emisiones sanguíneas ó cualquier otro antiflogístico serían perjudiciales. La inflamación así desarrollada pasa muy pronto al período de supuración, y puede decirse que poco ó nada podemos hacer para combatirla.

Las primeras indicaciones del tratamiento consisten en oponernos, en lo posible, al paso de una mayor cantidad de pus á la sangre de la parte enferma, y en sostener las fuerzas del paciente.

Cuando la inflamación supurativa del hígado es producida por un golpe, el pulmón y los demás órganos no sufren como en la infección purulenta de la sangre: cuando es producida por una ulceración del estómago, de los intestinos ó de la vejiga de la hiel, la materia nociva que produce la inflamación, cualquiera que sea su naturaleza, se acumula en el hígado, siendo eliminada poco á poco. En tales circunstancias, no estando profundamente perturbadas las fuerzas del enfermo, cabe esperar que, usando medios depletivos, sobre todo las emisiones sanguíneas locales, se podrá, atenuando la flogosis y haciendo que el absceso disminuya de tamaño, prolongar al ménos la vida del paciente. En algunos casos, empleando oportunamente medios activos, podemos oponernos á la formación del pus; pero faltan pruebas de que esto mismo pueda obtenerse cuando la inflamación ha sido causada por el pus procedente de la flebitis de un vaso que trasmite su sangre á la vena porta.

En nuestro país, siempre que los síntomas locales hacen sospechar la existencia de una enfermedad hepática, se recurre al mercurio, en mi concepto sin ventaja positiva. Con este motivo, hace Abercrombie las siguientes reflexiones: «En las enfermedades del hígado hemos ad-

ministrado con frecuencia el mercurio, sin regla ni distinción, fundándonos tan sólo en nociones vagas é inciertas respecto á una influencia específica que, según se dice, ejerce dicho remedio sobre todos los estados morbosos de este órgano. Con todo, el mercurio se prescribe siempre que se cree que el hígado se encuentra en un estado tórpido, con objeto de excitarlo: del mismo modo se administra en la hepatitis aguda para templar el proceso flogístico y moderar su acción».

El intempestivo empleo del mercurio depende de su indudable eficacia en algunos desórdenes hepáticos, y de las dificultades para distinguir bien estos últimos. Cuando el médico no tiene idea cierta respecto á la verdadera índole de la enfermedad, parece natural que someta al paciente á los efectos de un medicamento cuyo uso puede proporcionar ventajas reales; pero, al hacerlo así, muchas veces sólo consigue empeorar estados que se había propuesto aliviar.

Esta aplicación empírica del mercurio continuará hasta que sean mejor conocidos la enfermedad y los desórdenes hepáticos, y se sepa en qué casos conviene y en cuáles no este medicamento.

En mi concepto, no puede ponerse en duda que gran parte de la oscuridad en que está sumida la acción de éste y otros medicamentos depende de que se han confundido con el mismo nombre y de que se quieren curar de igual modo enfermedades que resultan de estados diferentes y que en su naturaleza son esencialmente distintas.

El mercurio no es, pues, por muchas razones la panacea para el tratamiento de la enfermedad á que nos referimos: la inflamación supurativa del hígado.

Para combatir el empleo del mercurio en esta enfermedad, se ha dicho, con fundamento, que es muy poco el tiempo que esta sustancia tiene para obrar. En efecto, la inflamación supurativa, cuando sigue á una herida ó lesión cualquiera, y también cuando sobreviene en el curso de la disenteria, pasa en dos ó tres días al estado de supuración; una vez formado el absceso, según la mayor parte de los prácticos, el mercurio, no sólo no produce ventaja alguna, sino que, cualquiera que sea la dosis á que se administre, rara vez produce sus efectos acostumbrados sobre la economía. Annesley dice que «no puede ponerse en duda que, cuando ya existen los abscesos, el organismo no se halla en condiciones para sufrir los efectos del mercurio, en términos que las dosis más activas no llegan nunca á producir el ptialismo».

Dicho señor insiste más en esta opinión, y añade que, siempre que el mercurio no producía sus efectos ordinarios, consideraba esto como una prueba de la presencia de abscesos en el hígado. Puede suceder que, antes de que se establezca el proceso supurativo, produzca alguna ventaja el mercurio; pero entónces el organismo, dado el grave estado

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD DE MADRID