

de reaccion febril, difícilmente es impresionado por el medicamento.

Cuando se ha formado el absceso y está envuelto por un quiste, puede decirse que ha trascurrido el tiempo oportuno para un tratamiento activo. Las medidas más apropiadas en este período de la enfermedad consisten, en mi concepto, en regularizar las funciones intestinales por medio del ruibarbo, ó del ruibarbo y el áloes á la vez, aconsejar al paciente la mayor templanza; y, si las circunstancias no se oponen, aconsejarle la permanencia en un clima suave y todas las demas medidas higiénicas oportunas para mejorar la salud general. Si la piel tiene un color amarillo ó terroso, el ácido nitro-muriático, bastante recomendado por los médicos de la India, suele ser beneficioso. Siempre que el aumento del dolor y de la fiebre haga creer fundadamente que se ha establecido un nuevo proceso flogístico en el interior del quiste, y que el absceso va dilatándose, se tendrá cuidado de hacer sustracciones locales, aplicando sanguijuelas, haciendo escarificaciones, ó bien con un vejigatorio.

Muchos médicos han aconsejado abrir los abscesos hepáticos, pero esta operacion es muy peligrosa.

Los Sres. Annesley, Stokes y otros muchos escritores ven una causa de peligro en la dificultad de distinguir un absceso hepático y en la facilidad de confundirlo con la distension de la vejiga de la hiel. Semejante error iría casi inmediatamente seguido de terminacion fatal. Estando distendida la vejiga, al ser puncionada dejaría caer toda la bilis en la cavidad peritoneal, y entónces el paciente tendría grandes vómitos, seguidos de un estado de suma postracion, que terminaría por la muerte al cabo de algunas horas. El Dr. Stokes, en el quinto volumen del *Dublin Hospital Report's*, cita dos casos de esta indole, y otros autores mencionan casos análogos. Con todo, recordando bien la posicion y el carácter del tumor, se desvanecerá esta causa de peligro: en efecto, el tumor formado por la vejiga de la hiel distendida es globular, circunscrito, duro é igualmente resistente por todas partes, miéntras que el que resulta de un absceso es difuso, blando, fluctuante en el vértice, duro y resistente en la base.

Un elemento de mayor peligro, consignado por mí en otro lugar, es la circunstancia de que la inflamacion supurativa se limita muchas veces á la sustancia hepática, dejando incólume la cápsula. Cuando el absceso va invadiendo la superficie, sobreviene de repente una flogósis adhesiva del peritoneo inmediato, y, derramándose una pequeña cantidad de linfa, produce adherencias entre las paredes del absceso y las partes con las cuales está en contacto. Estas adherencias suelen ocupar espacios bastante limitados, y algunas veces, segun yo he tenido ocasion de observar, no se forman por completo, sino que el absceso se vacía en la cavidad peritoneal, quitando rápidamente al enfermo

las fuerzas y la vida. Por lo tanto, abriendo un absceso del hígado ántes de que haya contraído las necesarias adherencias, podemos ser verdaderos instrumentos de una terminacion fatal; el pus penetra en el saco del peritoneo, y el paciente muere en pocas horas, sin duda á consecuencia de la operacion.

Es, pues, de la mayor importancia, ántes de abrir el absceso, ver si el hígado está ó no adherido á las paredes abdominales. Esto se consigue algunas veces, si el hígado es voluminoso y las paredes del vientre delgadas, buscando el borde del órgano ó alguna de las partes prominentes de la superficie, y señalando despues este punto con una pluma en las paredes abdominales. Si el hígado se halla adherido á éstas, la línea ó el punto marcado corresponde al borde ó á la prominencia del hígado, cualquiera que sea la posicion que se haga tomar al cuerpo. Por el contrario, si no se han establecido adherencias, cuando el paciente hace inspiraciones profundas ó cuando adopta diferentes posiciones, el hígado se mueve á lo largo de las paredes abdominales: por ejemplo, cuando, estando en decúbito supino, el enfermo se inclina hácia el lado izquierdo, el hígado se inclinará hácia aquel lado, no correspondiendo entónces al borde ó á la prominencia citada el punto ó la línea marcada en el abdómen.

Cuando se observa un edema circunscrito, ó una ligera rubicundez en la piel correspondiente al absceso, podemos tener la seguridad, no sólo de que el hígado está adherido á los tegumentos, sino tambien de que va aproximándose á la superficie.

Por el contrario, cuando la piel ofrece un aspecto y situacion normales, y faltan todos los demas signos de adherencias del hígado, si hiciéramos una incision en el absceso podríamos causar el derrame de pus en la cavidad peritoneal.

Para evitar este peligro, propone ingeniosamente el Dr. Graves no abrir de una sola vez el tumor, sino hacer en la parte más prominente un corte trasversal de la piel, y despues de los músculos del abdómen, capa por capa, de modo que se llegue al peritoneo, sin ofenderlo; luégo se aplica á la herida una torunda de hilas. El objeto de este proceso operatorio consiste en excitar una flogósis circunscrita del peritoneo, en virtud de la cual sobreviene una adhesion entre la hoja refleja del peritoneo y la otra que cubre el tumor. Entónces se puede abrir el tumor ó dejar que se abra por sí solo. Por mi parte, he puesto en práctica dos veces este método, pero los resultados no han correspondido á mis deseos, por lo cual creo que no sirve para el objeto que nos proponemos.

Pero, al abrir un absceso de la sustancia hepática, existe otra causa de peligro, bastante mayor é inevitable, que no ha sido descrita por ninguno de los escritores mencionados. En efecto, el tejido hepático,

que es bastante sólido, no puede aproximarse prontamente hasta el punto de cerrar la cavidad una vez abierto el absceso. Así, pues, cuando se practique en un absceso, siquiera sea reciente, una abertura libre, el aire entrará, casi necesariamente, tan pronto como cese la presión: otras veces, á consecuencia de las maniobras á que se recurre para vaciar la cavidad, las paredes del absceso, ofendidas en cierto modo, darán lugar á una hemorragia. Por la mezcla del aire y de la sangre con el pus del absceso sobrevendrá una rápida descomposición, y, entónces, el aire ó el pus descompuesto determinará una nueva flogósis de la superficie interna del saco. Esto da lugar, naturalmente, á una nueva aparición de la fiebre y otros síntomas generales, y si el absceso es bastante voluminoso sobrevendrá una pérdida continua, bastante profusa y fétida, que en breve tiempo privará de fuerzas al enfermo.

Esta inflamación causada por la presencia del aire ó del pus descompuesto puede también conducir á la gangrena y arrebatarse rápidamente la vida al paciente. Así ocurrió en uno de los casos tratados por mí en *Dreadnought*. Se había abierto un absceso que se hizo prominente al exterior, observando un gran alivio, aunque temporal, del dolor en el hipocondrio y en el hombro derecho: las materias que salían por la abertura se hicieron bien pronto fétidas y negras como el poso de café, y el individuo murió al cabo de una semana. Tanto las paredes del absceso como el tejido hepático periférico habían sido atacados por la gangrena. Cruveilhier menciona un caso semejante en el cuaderno 40 de su *Anatomía patológica*.

En vista del peligro de esta flogósis secundaria, es lo mejor, en mi concepto, dejar que el absceso hepático se abra espontáneamente cuando en la región hipocondriaca forma prominencia al exterior. Con tal objeto se cubrirá la parte saliente con una cataplasma, en la cual se verá muy pronto el pus, sin que se necesiten presiones ó incisiones para hacerlo salir. Esta operación la hace la Naturaleza mejor que cualquier cirujano. Por otra parte, cuando el absceso se abre por sí solo, la materia purulenta sale gota á gota, á medida que se aproximan las paredes del saco. De este modo, no entrando aire para mezclarse con el pus del absceso, ni desarrollándose ninguna lesión en sus paredes, no existe ningún peligro de trabajo flogístico. La evacuación del pus se verifica gradualmente, y, como es natural, en cortas cantidades cada vez. La economía sufre entónces menor sacudida y está expuesta á menos pérdidas que cuando se abre el absceso con un instrumento cortante. Las ventajas de semejante procedimiento están demostradas en el siguiente caso que tuve en mi Clínica, recomendado el enfermo por mi amigo el Dr. Paget, de Cambridge.

Un señor provinciano, de sesenta años, cuya salud era bastante delicada, por la existencia de un asma que le molestaba hacía veinticinco años, enfermó de fiebre tifoidea en Noviembre de 1846. Al propio tiempo, dos de sus hijos contrajeron esa especie de fiebre que es tan común en las inmediaciones de Cambridge, y que se acompañaba de ulceración de las glándulas de Peyero. Desde aquella época continuó sufriendo siempre más ó ménos dolores y molestias especiales en la región hepática, y en la primavera de 1848 le aplicaron en aquella localidad repetidos vejigatorios. Cuando me consultó por vez primera, el 19 de Enero de 1849, el hígado estaba hipertrofiado, algo alargado hácia abajo y en el lóbulo derecho, hasta el punto de que en el lado derecho del epigastrio se observaba un tumor del tamaño de la palma la mano, que el Dr. Paget y yo consideramos como un absceso hepático próximo á abrirse al exterior.

Le recomendé la aplicación de cataplasmas sobre el tumor, dejando que el absceso se abriera de una manera espontánea.

El 25 de Enero recibí una carta del mismo paciente, en la cual me daba noticia exacta de cuanto le había ocurrido.

«El día 15 del corriente — dice — se me aseguró que el tumor se abriría probablemente al cabo de una semana, ó al ménos ántes de quince días. En efecto, el sábado por la mañana vi que durante la noche había salido una regular cantidad de materia purulenta; actualmente sigue goteando por dos aberturas tan pequeñas, que pueden compararse á los poros de la piel. Fué imposible apreciar la cantidad exacta de esta materia purulenta, que se había mezclado con la cataplasma y que en gran parte salía á lo largo de la parte afecta. Siempre que se aplicaba la cataplasma (cuatro veces al día) se descubría en ella cierta cantidad de pus.

»Si mal no recuerdo, en nuestra última entrevista me aconsejó que continuara la aplicación de los emolientes hasta nuevo aviso.

»El resultado ha sido satisfactorio, con muy poca molestia para mí.

»Experimento cierta sensación de languidez; pero mi salud general es satisfactoria y tengo buen humor».

La sensibilidad y el dolor en el lado afecto, y la fiebre que había precedido á todos estos síntomas, desaparecieron muy pronto, y posteriormente fué mejorando la salud general, si bien continuó saliendo cierta cantidad de pus por el absceso. En Octubre de 1850 cesó la salida de pus, sin duda por haberse obstruido el conducto. La sustancia purulenta se acumuló de nuevo, dando lugar á un segundo tumor, dos ó tres pulgadas por encima del primero. Se dejó también que este absceso llegara á madurar, y desde entónces (Junio de 1851) continuó la salida de pus en pequeña cantidad por la segunda abertura, no observándose mayor molestia que la que acompaña á un pequeño emunctorio.

Desde que se abrió el primer absceso hasta la fecha ha tenido, como ántes, algunos accesos asmáticos.

De cuanto he visto y leído sobre los abscesos hepáticos, se deduce que la proporción de las curaciones es casi igual, si no mayor, cuando el absceso se vacía en el pulmón ó en los intestinos que cuando se abre

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD DE CAMBRIDGE

paso al exterior por el hipocondrio derecho; y encuentro la explicacion de esta circunstancia apoyándose en el hecho de que, cuando se presenta el absceso y forma prominencia en el lado afecto, rara vez se abandona á sus solos esfuerzos.

Cuando el absceso es voluminoso y de fecha antigua, sus paredes son bastante gruesas y poco elásticas, por lo cual presenta menor disposicion á cerrarse. Por esta razon, siempre que un absceso de esta índole se abre paso espontáneamente, ó al exterior, ó en los intestinos ó en los pulmones, la evacuacion del pus es continua, y el paciente llega á morir, extenuado comunmente por la supuracion diaria. Lo propio sucede cuando se abre el absceso con el bisturí, siendo entonces acaso más prematuro el fin fatal del enfermo.

En la India se acostumbra introducir en el hígado, por el punto en que se sospecha existe el absceso, una larga aguja de exploracion, y se dice que de este modo puede conseguirse la curacion. Se podrá abrir un absceso cuando sea único, de poca extension, y cuando sus paredes no hayan llegado á tal grado de engrosamiento que sea imposible su aproximacion y, por lo tanto, la oclusion de la cavidad. Aun así, pueden formularse tantas y tantas objeciones, que bien se puede renunciar á semejante procedimiento. En primer lugar, existe el peligro de una hemorragia ó de una nueva inflamacion, á la cual puede dar margen la lesion mecánica del hígado. Será menor el peligro si sólo se practica una puncion; pero, cuando el absceso se halla situado á cierta profundidad, es difícil conseguir á la primera vez el resultado apetecido. Por otra parte, desde el momento en que esta operacion se generalizara, podría ocurrir que, dada la gran dificultad para distinguir las verdaderas enfermedades del hígado, se haria la puncion aun cuando no existiesen abscesos, produciendo entonces males que no existían. Además, algunas veces existen al mismo tiempo varios abscesos del hígado, como observó Annesley en 13 de los 29 casos que tuvo ocasion de ver, y en una proporcion mayor en los recogidos por Andral, por Louis y por mí mismo. En tales circunstancias, es casi imposible poder puncionar todos los abscesos, y, aun cuando así no fuera, el paciente no curaría, porque sería mucho mayor el peligro, ántes citado, de que la materia cayera en la cavidad peritoneal y causara una peritonitis rápidamente mortal. Un caso completamente accidental de buen éxito nada dice al lado de otros muchos en los cuales la misma operacion ocasionó grandes daños, sin producir ninguna ventaja positiva.

Hasta ahora nos hemos ocupado de la flogósis supurativa que se desarrolla en la sustancia lobular del hígado. Existen además otras formas de esta especie de hepatitis, si bien son bastante más raras.

1.^a Una de estas formas se observa cuando la inflamacion interesa el tejido celular de los conductos de la vena porta, y cuando el pus, en vez de circunscribirse en un absceso, se difunde por todo el tejido areolar que rodea la vena porta con su respectiva arteria y conducto anejo. Cruveilhier cita un caso de este género.

Un tocador de flauta, que tenía varios achaques, y entre ellos cierta dificultad respiratoria, mandó á buscar á Cruveilhier el 18 de Diciembre de 1818, porque á dicho padecimiento se había añadido una gran debilidad con cierta reaccion febril. Su aspecto era pálido y demacrado; todos los alimentos le causaban náuseas y vómitos, y nunca le abandonaba una tos breve, seca, acompañada de fiebre lenta con exacerbaciones vespertinas.

Cruveilhier hizo el exámen del pecho y del abdómen, sin poder descubrir la explicacion de los síntomas que aquejaban al enfermo. Entre tanto los síntomas iban en aumento; el paciente enflaquecía gradualmente; la lengua se tornó sucia y seca, y, por último, cayó el enfermo en un verdadero estado tifoideo, muriendo el día 5 de Febrero.

Al hacer la autopsia se encontró pus derramado por todo el tejido celular que rodeaba los ramos de la vena porta que se distribuían por la sustancia del hígado, y ésta última completamente normal. Se encontraron pequeños abscesos á lo largo de los vasos del meso-cólon y meso-recto. En los intestinos no se vió ninguno.

2.^a Si la flogósis supurativa se fija en la cápsula del hígado ó en el peritoneo que la cubre, da lugar á una segunda forma que, dejando inmutable la sustancia del hígado, puede limitarse al principio á un pequeño punto de la membrana serosa. Pero cuando el pus se acumula en la superficie del hígado, bien pronto se difunde por toda la cara del peritoneo, ocasionando una peritonitis general que, lo mismo que cuando un absceso se ha vaciado en la cavidad de esta membrana, termina en breve plazo por la muerte. Andral refiere un caso de esta índole (*Clinica Méd.*, t. IV, pág. 310). Parece que, en tales casos, la causa material de la flogósis ha sido llevada por la sangre arterial.

3.^a La tercera variedad de la flogósis supurativa se presenta cuando interesa los ramos de las venas porta y hepática, variedad de suma importancia, y de la cual me ocuparé en un capítulo aparte.

4.^a La cuarta especie se refiere á aquellos casos en que la flogósis supurativa invade la vejiga de la hiel ó sólo sus conductos, sin atacar la sustancia secretora del hígado. También esta especie es interesante, y merece que nos ocupemos de ella con detenimiento en otro lugar.

5.^a La última variedad existe cuando la flogósis supurativa va á establecerse en el interior de una hidátide, convirtiéndole en un absceso.

Esta forma no es muy rara en la práctica, si tenemos en cuenta la poca frecuencia de las hidátides en el cuerpo humano. Yo he tenido

ocasion de observar dos casos. Andral menciona tres, y Cruveilhier refiere otros dos ó tres. Los fragmentos de hidátide se encuentran fluctuando en el pus. Las observaciones de Cruveilhier hacen probable la hipótesis de que, en la mayor parte de estos casos, la causa de la flogosis consiste en la entrada de bilis en los quistes. De este asunto volveremos á ocuparnos al hablar de las hidátides del hígado.

SECCION II

Inflamacion gangrenosa. — Algunas modalidades morbosas del hígado que se han confundido con la gangrena. — Circunstancias en que existe realmente la gangrena hepática.

La poca frecuencia de la gangrena del hígado ha sido consignada por Annesley, Stokes y otros muchos escritores. El primero de estos autores asegura no haber visto un solo caso de gangrena examinando todos los individuos con abscesos ú otras enfermedades del hígado, y supone al mismo tiempo que muchos prácticos han confundido con la gangrena ciertas alteraciones especiales que sobrevienen despues de la muerte. Por mi parte, no puedo poner en duda la exactitud de esta opinion. Cuando el absceso es reciente y está privado de quiste, y se hace el exámen microscópico poco despues de que el pus se haya descompuesto en parte, el tejido hepático periférico al absceso está ennegrecido por el hidrógeno sulfurado á que da lugar la descomposicion del pus, y presenta el aspecto de la gangrena. En Julio de 1837 pude ver un ejemplo de esta índole en un hombre que murió en mi Clínica del *Dreadnought*, á consecuencia de un absceso hepático de reciente formacion, y cuyo cadáver se examinó *cuarenta y ocho* horas despues de la muerte. El tejido hepático próximo al punto que ocupaba el absceso estaba negro, recortado y destruido, lo mismo que en el verdadero estado gangrenoso.

Si el paciente ha fallecido en medio de un estado tifoideo lento, en el cual la descomposicion es rapidísima, este cambio de color despues de la muerte puede sobrevenir muy pronto, aun en la estacion más fría; será, pues, entónces muy fácil creer en la existencia de la gangrena. Con todo, estas alteraciones irán acompañadas, como en todos los demas casos, del color verdoso de la piel que cubre el cuello y el vientre, del desarrollo de gases en las venas y de los demas síntomas característicos de la descomposicion. Con frecuencia se ve una mancha