

SECCION V

Inflamacion de la vejiga de la hiel y de los conductos biliares. — Inflamacion catarral, supurativa, crupal ó plástica y ulcerativa. — Efectos de la ulceracion de la vesícula biliar y de los conductos biliares. — Efectos de la oclusion permanente de los conductos cístico y comun. — Degeneracion grasa de las paredes de la vesícula biliar.

Las enfermedades flogísticas de la vejiga de la hiel y de los conductos biliares, aunque frecuentes, han sido poco estudiadas, y así carecemos hoy de materiales suficientes para hacer una historia completa de ellas. Esto se debe, en parte, al carácter vago y ambiguo de los síntomas de todas las afecciones hepáticas, y en parte al pequeño volúmen de los conductos biliferos, que generalmente pasan inadvertidos al hacer la autopsia. Nunca debemos olvidar que estos conductos, aunque pequeños, son bastante importantes, constituyendo las únicas salidas para la bilis segregada en la porcion del hígado adonde dichos conductos se dirigen. Así, una oclusion permanente del conducto cístico hace que sea completamente nulo el papel de la vesícula biliar, del mismo modo que la del conducto comun destruye la funcion del hígado.

Varias son las causas que suelen dar lugar á la inflamacion de la vejiga de la hiel y de los conductos biliares, y cada una de ellas fija, hasta cierto punto, el carácter, curso y modo de terminar la enferme-

nos ocupamos son muy frecuentes en los cadáveres que se examinan en nuestros hospitales. La cirrósisis, la oclusion de las ramas de la vena porta, el engrosamiento de la cápsula que envuelve el bazo, las desigualdades de la superficie renal, por la obliteracion de los vasos; la estrechez del píloro producida por la linfa que, depositada en el tejido celular submucoso, se retrajo despues, y en muchos casos las adherencias del pericardio á la pleura, deben atribuirse al abuso de las bebidas espirituosas. La inflamacion que se desarrolla siempre en estos casos es la *adhesiva*.

dad. Así no podremos formular una historia completa de las diversas clases de inflamacion, mientras no podamos distribuirlas segun las causas que la producen. Es completamente prematuro querer presentar desde luégo semejante clasificacion. Debemos contentarnos con lo que más se aproxime á dicha distribucion, es decir, á una clasificacion fundada en las apariencias que se encuentran despues de la muerte.

Las diversas formas de inflamacion de una membrana mucosa, atendiendo á sus efectos, son:

1.º La *catarral*, ó la que sólo aumenta la cantidad y modifica la indole del *moco* natural, haciéndolo muchas veces viscoso, blanquecino y opaco. Esta forma de inflamacion corresponde, al parecer, por su naturaleza á la inflamacion adhesiva de los demas tejidos, pero no es *adhesiva*, en la acepcion que nosotros hemos dado á esta palabra, porque, gracias á una sábia coincidencia, la materia extravasada en la superficie libre de una membrana mucosa rara vez se organiza ni se adhiere de una manera permanente á la misma membrana.

2.º La *supurativa*, en la cual la materia segregada es purulenta.

3.º La *crupal ó plástica*, en la que la materia derramada forma una capa albuminosa y sólida sobre la superficie afecta; de modo que, si ésta es un tubo, el exudado formará como un *molde* suyo.

4.º La *ulcerativa*, si realmente el proceso que conduce á la ulceracion puede clasificarse entre los que producen tales efectos y ser comprendido con el nombre genérico de *inflamacion*.

Todas estas diferentes formas de inflamacion pueden interesar, segun se ha visto, la mucosa de la vesícula y conductos biliares, variando su frecuencia segun las diversas partes de la membrana. La inflamacion del conducto hepático y de las ramas que van á constituirlo, rara vez produce cambios considerables que llamen la atencion. Las paredes de la vejiga de la hiel y de los conductos cístico y comun se encuentran muchas veces ulceradas, más ó ménos engrosadas y aún alteradas en su estructura; pero tales cambios difícilmente se ven en las ramas del conducto hepático humano. Si recordamos que la vesícula biliar y los conductos cístico y comun están más á menudo en contacto con secreciones de índole irritante, comprenderemos por qué estas partes se inflaman más fácilmente que las ramas del conducto hepático. Desde luégo sabemos que la bilis se va concentrando en la vejiga de la hiel, y, si está viciada, llega á ser más irritante; además, la bilis descompuesta en la vesícula biliar da margen á productos que, á su vez, son irritantes (1). Por lo demas, dichas partes enferman más

(1) Cuando se deja descomponer espontáneamente la bilis al aire, da

fácilmente por la irritación mecánica que producen los cálculos biliares que con cierta frecuencia se forman en la vejiga; finalmente, la mayor facilidad con que se inflaman se debe también á su posición y relaciones con los órganos inmediatos.

Por todas estas razones, creo mejor estudiar por separado, en lo posible, las enfermedades de la vejiga de la hiel y de las diversas porciones de los conductos.

La inflamación catarral de los conductos bilíferos no debe ser muy rara. No es enfermedad mortal, y, lo mismo que la inflamación catarral de otras membranas mucosas, no suele producir alteraciones permanentes, por lo cual es difícil encontrar indicios de ella al hacer la autopsia. Con todo, no es raro que, comprimiendo los conductos hepáticos, salga gota á gota un fluido blanquecino, viscoso, que, examinado al microscopio, se ve que consta generalmente de células prismáticas epiteliales pertenecientes á los mismos conductos.

Los síntomas que, al parecer, deben acompañar á la inflamación catarral de los conductos hepáticos, son: cierto grado de reacción febril, un ligero dolor en la región hepática y, si muchos conductos llegan á obliterarse por el engrosamiento de sus túnicas ó porque se detenga dicha secreción viscosa, sobrevendrá un pequeño abultamiento del hígado é ictericia.

La ictericia simple, que muchas veces se presenta en personas que gozan de buena salud, y que va acompañada de ligero dolor y de poca fiebre, puede atribuirse probablemente á esta especie.

En una forma más grave de inflamación, la materia que se segrega es purulenta, pero rara vez ofrece los caracteres visibles del verdadero pus. Este se mezcla con el moco opaco que se segrega al mismo tiempo, y también con la bilis, resultando de esta mezcla un fluido viscoso, verdoso ó amarillento, bastante distinto por su aspecto del verdadero pus.

La inflamación de esta índole puede también desaparecer sin dejar indicios indelebles, y la única expresión de su existencia puede ser la ictericia, con dolor más ó menos intenso en la región hepática, y reacción febril.

origen, como uno de sus últimos productos, al ácido oxálico, que también es producto de otras muchas sustancias animales en descomposición. Hace algún tiempo me enseñó el Sr. Beale, en la bilis bovina en un período avanzado de descomposición, una infinidad de cristales octaédricos de oxalato de cal, completamente semejantes á los cristales de la misma sustancia que se ven muchas veces en la orina.

Ocurre á veces que, en la inflamación catarral y supurativa de los conductos hepáticos, muchos de los pequeños se obturan temporalmente en algunos puntos, y que, en la porción situada por detras de estos mismos puntos, dichos conductillos se dilatan en forma de saco irregular, lleno de un fluido viscoso ó purulento más ó menos teñido de bilis. Así sucedió en el siguiente caso, que copio de Cruveilhier (libro XL, lám. 1), y que creo oportuno transcribir por la rareza misma de esta enfermedad:

Caso. — Dolor sordo de larga duración en la región hepática. — Ictericia. — Muerte por falta de fuerzas. — Indicios de inflamación antigua de la superficie hepática. — Oclusión del conducto cístico. — Estrechamiento de la extremidad inferior del conducto común, que contenía un cálculo. — Dilatación general de los conductos hepáticos. — Dilatación parcial de muchos pequeños conductos reunidos en una cavidad irregular llena de moco puriforme teñido de bilis.

Una mujer de cuarenta y cinco años, sirvienta, entró en el Hospital de la Caridad el 9 de Mayo de 1840, con una ictericia de color bronceado, que contaba diez días de fecha. La ictericia iba acompañada de fiebre, con pulso á 108. La enferma no acusaba dolor, ni siquiera sensibilidad, en la región hepática, y por el tacto no se podía reconocer que el hígado estuviera abultado.

Como datos anamnésticos expuso los siguientes: Menstruación regular. No había tenido hijos. Hace trece años padeció una hemiplejía derecha, que curó por completo al cabo de algún tiempo. Pocos meses ántes de su ingreso en el hospital observó un dolor obtuso en el hipocondrio derecho, que calmó con la aplicación de cataplasmas. Nunca había tenido cólicos, vómitos, ni siquiera náuseas.

El 20 de Marzo último se presentó por vez primera la ictericia, que se disipó á los once días, para reaparecer diez días despues.

Se practicaron escarificaciones en la región hepática, saliendo unas cinco onzas de sangre, y se prescribieron cataplasmas, baños, algunas lavativas y limonada como bebida usual.

Cesó el movimiento febril, reemplazándole una sensación de gran debilidad. No se observaba la menor tumefacción en la región hepática, ni tampoco dolor á la presión.

En los días siguientes pareció que la enferma se encontraba en vías de alivio y aun de curación. La ictericia se había disipado casi por completo, y el apetito y las fuerzas comenzaban á restablecerse, cuando, el 28 de Mayo, sintió la enferma un malestar general, con tos irritativa; el pulso se hizo pequeño y frecuente; declaróse una necesidad continua de orinar, dolor en la región hepática y nueva ictericia.

Las sanguijuelas, los baños y las cataplasmas mitigaron dichos síntomas é hicieron cesar el dolor.

El día 6 de Junio había disminuido la ictericia, pero la enferma se quejaba de una gran postración: la boca estaba aftosa, había inapetencia y malestar general. El pulso continuaba siendo bastante frecuente. El dolor había cesado.

y el hígado no tenía mayor volumen que antes. (*Suero con crémor tartaro.*) Abundantes evacuaciones fecales.

El día 8 de Junio se notó una pequeña colección líquida en el peritoneo; el vientre se había puesto sensible.

El 14 del propio mes se presentaron por primera vez los vómitos y las emisiones fecales involuntarias.

La pérdida de fuerzas continuó haciendo progresos de día en día, observándose después cierta inaptitud para los movimientos, escaras en el sacro, edema, que empezó en las piernas y después se hizo general, y dolores nocturnos que obligaban á la enferma á dar grandes gritos.

La paciente conservó la perceptibilidad hasta el día de la muerte, que sobrevino el 3 de Julio, cincuenta y cinco días después de haber entrado en el hospital. Sólo el día antes de la muerte se manifestó algun desorden cerebral, en virtud del cual no se podía obtener de ella una respuesta, y sólo se conseguía que sacara la lengua.

Al hacer la autopsia del cadáver se encontraron unos dos litros de serosidad verdosa en la cavidad peritoneal. Ningun indicio de peritonitis, pero se observaban algunas franjas vasculares sobre el colon en la fosa ilíaca.

El volumen del hígado era natural, y tenía este órgano color de aceituna. Estaba tenazmente adherido al diafragma, y en su superficie inferior, cerca de la vejiga de la hiel, se hallaba también íntimamente unido al arco del colon y á la parte superior del duodeno; así fué menester mucho tiempo para descubrir y sacar fuera la vejiga de la hiel, la cual se había convertido en un pequeño quiste de paredes excesivamente gruesas, llenas de un moco verdoso y que no comunicaba con los conductos biliares.

Dividido el hígado, se observaba un fondo de color de aceituna bastante intenso, con algunas cavidades pequeñas é irregulares esparcidas por todas partes y llenas de un moco espeso, purulento, cuyo color variaba del amarillo anaranjado al verde oscuro. (Eran numerosísimas estas pequeñas cavidades, desigualmente distribuidas por todo el hígado, sobre todo en el lóbulo derecho.) La sustancia hepática periférica á dichas cavidades no estaba inflamada. Algunas de ellas parecían constituidas por un pequeño conducto dilatado; otras por un conducto también en estado de dilatación y perforado; otras, en fin, por muchos conductillos dilatados, perforados y que comunicaban entre sí de modo que formaban infinitos focos multilobulares.

El conducto comun estaba estrechado en su extremidad duodenal, pero inmediatamente por encima se hallaba en cambio dilatado y contenía un cálculo que no obturaba por completo la luz del conducto. La dilatación se extendía al conducto hepático y á todas sus divisiones. En el punto en que tenía su asiento el cálculo, la membrana interna ofrecía un estado de ulceración gangrenosa. Al nivel del conducto cístico, del cual no se podía descubrir ningun vestigio, el conducto comun se encontraba en comunicacion con una cavidad lateral, cuyas paredes estaban ulceradas y gangrenosas.

El bazo sano.

Los pulmones edematosos.

En el cerebro se observó el reblandecimiento blanco del cuerpo estriado y de las circunvoluciones adyacentes. En el cuerpo estriado se descubrió una

cicatriz grisácea amarillenta, consecutiva sin duda á la lesion que fué causa de la hemiplegia.

En este caso observáronse vestigios de inflamacion en las partes adyacentes al hígado, adherencias íntimas entre estas vísceras y los órganos vecinos, obliteracion del conducto cístico y estrechez de la extremidad duodenal del conducto comun. Tales alteraciones bastan para explicar el dolor obtuso que la enferma sintió durante algun tiempo en la region hepática.

La estrechez de la extremidad del conducto comun, y la existencia en él de un cálculo, fueron sin duda las causas de la dilatación general de los conductos hepáticos y de la primera aparicion de la ictericia.

La distension sacciforme de los pequeños conductos parece resultado de la inflamacion de su mucosa interna, la cual, obturando los conductos durante cierto tiempo, hizo que las porciones situadas más allá de los puntos así obstruidos llegaran á sufrir una dilatación irregular, á manera de sacos, por el acúmulo de un fluido puriforme y de bilis que realmente no tenía salida alguna.

Los síntomas principales de este estadio de la enfermedad fueron la ictericia, la reaparicion de los dolores en la region hepática, pulso frecuente, sensacion de malestar y debilidad progresiva. Finalmente, se alteró la nutrición, presentáronse escaras en el sacro y en el conducto comun, sobrevino el reblandecimiento blanco del cerebro, y la paciente murió exhausta de fuerzas.

Parece que estas dilataciones sacciformes, formadas, como en el caso anterior, por la inflamacion de los pequeños conductos hepáticos, pueden, á consecuencia de la oclusion permanente del conducto en el punto obturado, convertirse en otros tantos quistes, pequeños y permanentes, llenos de un fluido viscoso más ó ménos teñido de bilis. Es difícil dar otra explicacion de la formacion de los quistes que de vez en cuando se observan en el hígado.

Algunas veces se encuentran en el hígado (y, en mi concepto, se forman de esta manera) ciertos tumores resistentes, blancos y nudosos, rodeados por quistes bien distintos y compuestos de una sustancia semejante al queso. Estos quistes tienen sin duda su asiento en los conductos de la vena porta, y la sustancia antes citada, parecida al queso, de que se hallan constituidos, contiene en el centro una pequeña masa de materia biliar concreta, ó bien presenta partículas sólidas, diseminadas, de sustancia biliar, que se perciben á simple vista, ó mejor con el auxilio del microscopio. Por lo general, la superficie del hígado, en los puntos en que se forman estos tumores, se halla cubierta de una pseudo-membrana.

En un capítulo sucesivo diremos algunas palabras acerca de estos

tumores caseosos, que ciertos profesores confunden con el cáncer. La materia caseosa tiene cierta semejanza con la de la glándula escrofulosa, y probablemente se parece también por su modo de formación, procediendo del proceso flogístico de la membrana mucosa correspondiente á las porciones de los conductos en que se encuentra derramada dicha materia.

Tales tumores nudosos difieren realmente de los quistes biliares ántes mencionados por el grado de densidad de la materia contenida en los quistes, la cual varia por la especie y el grado de inflamación que la produce.

Si un pequeño conducto biliar llega á obstruirse del mismo modo por el depósito de sustancia biliar densa, ó en virtud de cualquier otro mecanismo, la porción situada más allá podrá dilatarse, aun cuando no se establezca un verdadero proceso flogístico, dando origen á una cavidad pequeña é irregular, en forma de saco, que contiene tan sólo moco y bilis. Cruveilhier (lib. XII, lám. 4, fig. 3) publica un grabado referente á un ejemplo de esta índole. En él se veía un número infinito de quistes de diverso volumen, esparcidos por todo el hígado, algunos en la misma sustancia, otros en la superficie, completamente aislados de los conductos biliares, y que sólo contenían un líquido amarillo oscuro.

Los tumores que se forman de este modo, nunca llegan á adquirir un volumen considerable, y generalmente son múltiples. Los tumores gruesos, solitarios, rodeados de quistes, conteniendo un fluido viscoso y teñido de bilis, que se ven algunas veces en el hígado, suelen ser hidátides (en el hombre casi siempre únicos) en los cuales se desarrolla la inflamación supurativa por la entrada de bilis en su interior. El líquido viscoso-verdoso no es más que una mezcla de bilis y pus.

Los quistes irregulares formados por la dilatación de los pequeños conductos biliares, cuando contienen tan sólo un fluido mucoso mezclado con bilis, pueden disminuir de volumen por la absorción de la parte acuosa del líquido contenido en ellos, y, por último, reducirse á una pequeña masa compuesta de moco concreto y bilis.

El Dr. Cruveilhier (lib. XII, lám. 4, fig. 2) publica un bellissimo grabado representando el hígado de un niño de cinco ó seis meses: en él se veían numerosas cavidades, pequeñas é irregulares, la mayor parte de las cuales no pasaba del volumen de un guisante, y todas ellas constituidas por paredes densas y duras, en cuyo interior se veía bilis concreta. Según el citado autor, fué casi imposible descubrir la continuidad de dichos quistes con los conductos bilíferos. Además de los quistes, el hígado contenía muchas masas pequeñas irregularmente diseminadas y de estructura fibrosa (semejantes á los tumores caseosos ántes descritos), que Cruveilhier consideró resultantes de la

obliteración de otros tantos quistes. Los pulmones de aquel niño presentaban varios tubérculos, y los quistes, lo mismo que las masas fibrosas que tenían asiento en el hígado, se confundieron á primera vista con los tubérculos.

El mismo escritor asegura haber encontrado varios quistes que contenían materia biliar sólida, dos veces en niños y algunas más en adultos. Supone además que los quistes no son sino la extremidad de un conducto biliar dilatado, que la inflamación adhesiva ha llegado á aislar de los conductos.

Los vestigios de la inflamación y de otras enfermedades son bastante más evidentes, como ya hemos dicho en otro lugar, en la vejiga de la hiel y en los conductos cístico y común que en los hepáticos.

La inflamación de la mucosa puede limitarse á la parte más inferior del conducto común ó á la vejiga de la hiel; ó bien comienza en esta última y se irradia después hacia abajo, á lo largo de los conductos cístico y colédoco.

El siguiente caso, publicado por Andral, constituye un ejemplo bastante notable de inflamación circunscrita al conducto común: en dicho caso, como la enfermedad terminó muy pronto de una manera fatal, se pudo descubrir fácilmente el verdadero origen de los síntomas. Por mi parte, he creído conveniente copiar este caso, porque un examen atento de él puede facilitar la exacta interpretación de los síntomas en todos los casos de la misma naturaleza que suelen terminar por la curación.

Caso. — Desorden dietético. — Dolor en el lado derecho del epigastrio. — Ictericia. — Tumor indolente, piriforme, en relación con la vejiga de la hiel. — En el undécimo día, repentino ataque de dolor agudo en la región hepática, que muy pronto se extendió á todo el vientre. — Rápida agravación. — Muerte al día siguiente. — Rubicundez intensa de la superficie interna duodenal. — Tánicas del conducto común engrosadas y fácilmente distaciables. — Cavidad obstruida casi por completo. — Perforación del conducto hepático. — Colección puriforme en el peritoneo. — Ningún otro signo de enfermedad.

Un hombre de treinta y cinco años fué admitido en el Hospital de la Caridad de París el día 8 de Noviembre de 1821. Seis días ántes, á consecuencia de excesos en las comidas y bebidas, sintió un dolor agudo en el lado derecho del epigastrio, un poco por debajo del borde costal. Al siguiente día notó que la piel había tomado un color amarillo.

El día 9 de Noviembre, séptimo de la enfermedad, presentaba el sujeto el estado siguiente: color amarillo difuso en toda la superficie del cuerpo y en la conjuntiva; dolor obtuso en el hipocondrio derecho. Se nota un tumor piriforme por debajo de la extremidad anterior de la undécima costilla, tumor movable bajo el dedo, indolente, cuya extremidad mayor avanzaba al nivel

del ombligo, y la menor se perdía por detras de las costillas. Este tumor se hallaba constituido por la vejiga de la hiel, distendida por la bilis.

La lengua estaba natural. El paciente experimentaba sed é inapetencia; las heces eran escasas é incoloras. El pulso frecuente, la piel caliente y seca. (*Sanguijuelas en el ano, suero con acetato de potasa, dieta.*)

En los cuatro días siguientes, el tumor continuó haciéndose voluminoso, pero no se observó ningun otro cambio notable.

El 13 de Noviembre, undécimo día desde que se presentó por vez primera el dolor en el epigastrio, sintió el paciente, de una manera repentina, un dolor todavía más atroz que, partiendo de la region hepática, se difundió muy pronto por todo el vientre.

El dolor continuó despues con la misma intensidad, exacerbándose por la más ligera presion: se alteraron las facciones, el pulso se hizo pequeño y frequentísimo, las extremidades se enfriaron y sobrevino la muerte el día siguiente por la tarde.

El saco del peritoneo estaba lleno de un líquido puriforme ó de color amarillo, sobre todo en el lado derecho. La superficie interna del duodeno ofrecía un color rojo intenso. El orificio de entrada del conducto comun estaba obstruido por un pequeño tumor redondo, que se elevaba tres líneas por encima de la superficie del intestino, y perforada en su centro por un orificio capilar la abertura del conducto. Las tunicas del conducto comun eran muy gruesas, fácilmente dislacerables, y la cavidad del conducto estaba obstruida casi por completo.

Los conductos hepático y cístico, lo mismo que la vesícula biliar, estaban dilatados. En el conducto hepático, un poco por encima de su union con el cístico, se veía una perforacion de contorno redondo, pero irregular, y bastante ancha para permitir la entrada de un guisante pequeño. La estructura de las tunicas alrededor de la perforacion parecía inalterada. El tejido hepático no ofrecía nada de particular. En algunos puntos, la mucosa del estómago tenía un color rojo. El resto del tubo alimenticio y los demas órganos estaban sanos. (*Clin. Méd.* t. iv., p. 495.)

Este caso me parece un ejemplo de inflamacion aguda del duodeno y del conducto comun, debida á desórdenes dietéticos. Los síntomas fueron: dolor á lo largo del conducto inflamado, seguido muy pronto de ictericia y dilatacion de la vesícula biliar, pérdida del apetito, sed y fiebre. La enfermedad duró quince días, y de repente se rompió el conducto comun, dando lugar á una peritonitis y á la muerte del enfermo.

Al parecer, la inflamacion no se extendió más allá del conducto comun. La vesícula biliar, distendida, no estaba dolorosa ni sensible al tacto, y las paredes del conducto hepático, alrededor de la perforacion, no se habían alterado sensiblemente en su estructura.

La ictericia, desarrollada desde el principio, y la distension de la vesícula biliar, resultaron de la oclusion del conducto comun, oclusion causada, á su vez, por la tumefaccion de la túnica mucosa. Un ligero

engrosamiento de la mucosa que tapiza los conductos biliares basta para obturar aquel calibre tan pequeño.

Andral refiere otro caso (*Ib.*, p. 499), no seguido de muerte, pero que, á juzgar por los síntomas, debía ser de la misma naturaleza, y yo he tenido ocasion de observar dos ó tres ejemplos semejantes.

Los síntomas en estos casos fueron: dolor en el punto correspondiente al conducto, seguido, al cabo de uno ó dos días, de estreñimiento, ictericia y distension de la vesícula biliar, hasta el punto de formar un *grueso tumor piriforme movable*, indolente é insensible al tacto. Los síntomas se parecen mucho á los de la obstruccion del conducto comun por la presencia de un cálculo en su interior; pero el vómito, las náuseas y los escalofrios son ménos frecuentes que cuando el conducto se halla obliterado por un cálculo. Por otra parte, la enfermedad suele manifestarse á consecuencia de un desórden dietético ó de haber tomado algun alimento malsano, y ademias se presenta generalmente en los jóvenes que no han ofrecido nunca sintoma alguno de cálculo biliar, y en los cuales, tanto por la edad como por el género de vida, no es probable la existencia de cálculos.

En algunos de estos casos, especialmente cuando se recurre con tiempo á un tratamiento activo, con sanguijuelas y vejigatorios, la inflamacion cede en el espacio de pocos días; la cavidad del conducto recobra su calibre ordinario; la bilis allí detenida fluye al intestino, desarrollando dolores cólicos y diarrea; el tumor formado por la vejiga de la hiel distendida va disminuyendo, y bien pronto desaparece por completo.

Otras veces persiste la inflamacion, y la ictericia, variando en su intensidad, continúa durante algunas semanas ó meses enteros sin producir un grave trastorno febril, pero acompañada casi siempre de una sensacion molesta en el punto ocupado por el conducto comun y de accesos dolorosos bastante intensos, que suelen presentarse una ó dos horas despues de las comidas, cuando los alimentos atraviesan el duodeno. Aunque la enfermedad cure ó se alivie, la inflamacion puede alterar de una manera permanente la estructura del tubo, y áun estrechar para siempre su calibre; en cuyo caso, siendo difícil ó imposible el paso de la bilis, se pueden desarrollar cálculos ó alguna enfermedad de la vejiga de la hiel. En tales circunstancias, tanto la ictericia como las sensaciones molestas y el dolor en el lado afecto se hacen continuos, variando á veces en intensidad, pero quedando siempre comprometida la salud.

Pero la inflamacion puede comenar en la mucosa de la vesícula biliar, extendiéndose á los conductos al cabo de algun tiempo. El siguiente caso, referido por el Dr. Graves en su obra *Clinical Medicine* (página 463), es un notable ejemplo de inflamacion catarral ó plástica,

limitada al principio á la vesícula biliar. Lo copio íntegro, no sólo por la rareza de los casos fatales de esta índole, sino por la oportunidad que ofrece el conocimiento de los síntomas dependientes de la inflamación de la vesícula biliar.

Caso.—Ana Milton, una sana y vigorosa jóven de veinte años, sirvienta, entró en el hospital *Meath*, clínica del Dr. Graves, el 1.º de Noviembre de 1841. Cinco semanas ántes había sentido un dolor en el hipocondrio derecho que se irradiaba al epigastrio, cuyo dolor la molestó durante quince días, pasados los cuales se presentó la ictericia, ofreciendo las orinas un color amarillo intenso. No sabe si las heces fueron durante este tiempo más blancas que ántes. Desde que la piel se puso amarillenta, había disminuido el dolor en el lado afecto; pero, mientras duró éste, tuvo constantemente vómitos y náuseas. Tres días despues de la aparición del dolor, y diez ántes de desarrollarse la ictericia, sintió la enferma un prurito excesivo que le quitaba el sueño, prurito que se extendía por toda la piel, y que se disipó al presentarse la ictericia.

En la época en que sobrevino la ictericia observóse en la region hepática una erupcion de carácter herpético. Aunque esta erupcion no llegó á causar dolor, se aplicó sobre ella una mezcla de pólvora de cañon y sangre.

Estado presente.—La piel y las conjuntivas ofrecen un color amarillo intenso, y la enferma ve todos los objetos del mismo color. Las orinas son bastante oscuras y las heces blancas; ningun prurito en la piel; la ropa blanca que está en contacto con la erupcion ha tomado un color amarillo; lengua blanca y húmeda; sed viva; buen apetito; estómago en estado normal, ningun dolor despues de haber tomado alimentos; astricción de vientre; sueño inquieto; ningun síntoma cerebral; pulso á 80, lleno, pero blando; respiracion acelerada; no hay tos ni ningun signo físico de enfermedad pulmonar; impulso cardiaco fuerte, sonidos claros y normales. La enferma no se queja de dolor cuando se comprime en el hipocondrio derecho y cuando se aprietan las costillas contra el hígado; pero en cambio siente, en un punto situado entre el hipocondrio derecho y el epigastrio, una ligera molestia que se exacerba mucho por la presion. En esta última region acusa la paciente cierta sensacion de plenitud; pero percutiendo no se obtiene ningun sonido obtuso: no hay infarto ni tumefaccion del hígado que pueda descubrirse por la percusion: gran irritabilidad de los músculos abdominales, que se ponen en contraccion tan pronto como se hace la más ligera maniobra para examinar minuciosamente las diversas partes del vientre: no hay dolor en la region lumbar ni por encima de ella. (*Aplicaciones de emplastos sobre la erupcion, y de doce sanguijuelas en la parte afecta.*—*R. Pil. hydrarg. gr. X. Pul. Doveri gr. v. in. pil. iij. St. j. 4tis. horis.*—*Enema purgans.*)

Día 5 de Noviembre.—El dolor disminuyó algo por la aplicacion de las cataplasmas; ningun otro cambio en el estado ántes descrito: bastante buen apetito.

Día 6 de Noviembre.—En la última noche, la enferma ha tenido dolor de estómago, pero sin vómitos; el pulso es bastante más pequeño y frecuente, 100 pulsaciones por minuto: la respiracion no está acelerada. La enferma dice que no se encuentra bien. Lengua limpia, sed, buen apetito, astricción de

vientre, piel seca; continúa la ictericia: la paciente se queja de sensibilidad en el punto ántes mencionado. (*Pil. hydrarg. gr. v. ter in die.*—*Hirud. Xij. P. D.*)

Día 7 de Noviembre.—La noche anterior ha delirado, y esta mañana (á las siete), al hacer la visita, se la ha encontrado en un estado de verdadero coma, que terminó poco despues por la muerte.

AUTOPSIA.—El exámen necroscópico se limitó al cerebro y á las vísceras abdominales. El hígado no estaba engrosado, y, hecha la incisión, no se descubrió un gran infarto sanguíneo: de color ligeramente pardo, estaba en varios puntos teñido de amarillo, como si abundase la materia colorante de la bilis. La vejiga de la hiel estaba distendida, y, una vez abierta, se encontró llena de una masa verde oscura, bastante viscosa, que, al parecer, era linfa. Esta sustancia ofrecía la misma forma piriforme de la vejiga de la hiel, y su extremidad más estrecha correspondía al principio del conducto biliar. Separada esta materia, se observó que la mucosa de la vesícula biliar tenía un color rojo-escarlata vivo, y ofrecía un aspecto veloso; pero había desaparecido por completo la bella disposicion natural de la mucosa. Esta membrana, no reblandecida ni ulcerada en ningun punto, ofrecía tambien el mismo color, semejándose bastante á la mucosa en la laringítis aguda. Las paredes de la vejiga de la hiel estaban engrosadas; los conductos colédoco, cístico y hepático libres, y su membrana interna no ofrecía inyeccion extraordinaria. El duodeno y el estómago estaban manchados por la materia colorante de la bilis, pero el resto del tubo digestivo no ofrecía nada de particular. No se encontraron cálculos biliares ni ningun otro cuerpo que obstruyese los conductos. Riñones sanos.

Cabeza.—La dura madre ofrecía tambien un color amarillo, pero no estaba engrosada ni opaca: la aracnóides y la pía madre se encontraron sanas, la sustancia cerebral bastante consistente y no presentaba una inyeccion extraordinaria. En ninguna parte se veía el menor derrame de linfa, y los ventrículos contenían la cantidad ordinaria de flúido, tambien de color amarillo: el mismo color se observaba en la superficie de todas las partes contenidas en los ventrículos. Los nervios y demas partes de este órgano ofrecían el mismo color amarillo.

Parece que, en este caso, la enfermedad, durante los primeros quince días, se limitó á la vesícula biliar, y, durante aquel periodo de tiempo, los síntomas principales fueron: dolor y sensibilidad al tacto en la region propia de la vesícula biliar, á cuyos síntomas se asociaron las náuseas y los vómitos. La ictericia se declaró despues, continuando hasta el fin de la enfermedad. Sin embargo, no está bastante claro si la ictericia resultó de la oclusion de los conductos comun ó hepático, por la difusion del proceso flogístico que había comenzado en la vesícula biliar, ó si fué efecto de la simple suspension de la secrecion biliar.

La inflamacion supurativa de la mucosa que cubre la vesícula biliar acompaña muchas veces á las fiebres tifoideas. El Sr. Louis, en su notable obra acerca de la *Fiebre tifoidea*, ha referido tres casos (*obs. 1, 2 y 28*) en los cuales la vejiga contenía un flúido purulento mezclado con.