

bilis rojiza y, al parecer, viciada. En uno de dichos casos (*obs. 28*), la mucosa estaba algo engrosada; pero, en los demás, dicha membrana sólo ofrecía un color rojo. Los conductos biliares no presentaban indicios de enfermedad.

La inflamación de la vesícula biliar que en tales circunstancias acompaña á la fiebre tifoidea parece causada por la bilis, la cual, viciada tan pronto como se verifica su secreción, se torna todavía más irritante por su larga permanencia en la vesícula biliar. En todos los casos reunidos por Louis, la afección de la vesícula no dió lugar á ningún síntoma característico, aparte de los de la fiebre.

En el siguiente caso, que tuve ocasión de tratar durante el año 1849, la inflamación de la vesícula biliar que se desarrolló en el curso de la fiebre tifoidea se irradió á su superficie externa, dando lugar á síntomas muy evidentes; pero es lo cierto que existía una causa de mayores disturbios, á saber: la presencia de muchos cálculos, uno de los cuales había obturado el conducto cístico. El caso reviste mayor importancia, por ser un ejemplo raro de formación calculosa en una edad temprana.

Caso. — Elisa Smith, de diez y ocho años, fué recibida en el Hospital del Real Colegio de Londres el 17 de Mayo de 1849. Era núbil: vivió siempre gozando una completa salud.

La enfermedad comenzó diez días ántes de ingresar la paciente en el hospital, con los síntomas ordinarios de la fiebre tifoidea: escalofríos, seguidos de sensaciones de susurro y de ruidos en la cabeza, dolores en la espalda y en las extremidades, fotopsia, inapetencia, sed y gran postración de fuerzas.

Cuando ingresó en la enfermería presentaba todos los síntomas y el aspecto ordinarios de una fiebre tifoidea. La piel estaba caliente, la lengua sucia y seca, el pulso á 100, y la enferma se quejaba de sed viva. Algunas manchas diseminadas en el abdomen y en la espalda. Estaba inquieta y no podía dormir. Cuando se quería obtener de la enferma alguna respuesta, era preciso hablarla con tono fuerte y severo. Tenía tos, y por la auscultación se sentían estertores difusos en todo el pecho y en la parte posterior una ligera crepitación limitada al lóbulo inferior del pulmón izquierdo.

Los síntomas que diferían de los ordinarios de la fiebre tifoidea eran el estreñimiento, la posición supina con las piernas levantadas y el dolor en el vientre cuando se comprimía.

Se prescribieron dos dracmas de aceite de ricino, algunas bebidas con citrato de amoníaco, leche y té de buey. No habiéndose obtenido ninguna evacuación albina, se prescribieron 3 gramos de calomelanos con 5 de extracto de colocintida compuesto. No se obtuvo con estos medicamentos el efecto apetecido, por lo cual el día 20 se administró otra dosis de aceite de ricino, que produjo algunas deposiciones negras y fétidas.

El día 21, la lengua estaba seca y sucia, el pulso á 120 y la inspiración á 30 por minuto. Por la noche tuvo delirio. En lugar del citrato de amoníaco, que hasta entonces había tomado, se le dió media dracma de espíritu aromático de amoníaco cada cuatro horas.

El día 23 se prescribieron 6 onzas de vino para tomar durante el día, y el siguiente 12 onzas.

Durante algunos días no se observó ningún cambio notable. La enferma deliraba por la noche, y de vez en cuando tenía pérdidas involuntarias de orina. Había estreñimiento, y para vencerle era necesario una lavativa de agua templada. La paciente estaba casi siempre en decúbito supino, con las piernas levantadas, y aquejaba dolor, siempre que se comprimía, en la región hepática.

Casi el mismo estado el día 26; pero cuando se comprimía el vientre, á la derecha de la región epigástrica, daba la paciente un grito agudo. Entonces noté cierta sensación de plenitud y de tumefacción en aquella parte del abdomen, y deduje que, ó bien existía una inflamación de la vesícula biliar, ó bien se había formado un absceso hepático.

Durante los tres ó cuatro días inmediatos no se presentó ningún cambio digno de mérito. Delirio continuo. La enferma no se fijaba en lo que pasaba á su alrededor. Evacuación involuntaria de la orina y de las materias fecales.

El día 31 sobrevino diarrea, por lo cual, á cada dosis del medicamento prescrito, se añadió media dracma de *krameria*.

La diarrea cesó al cabo de pocos días para no volver á presentarse. La respiración, que desde el principio había sido acelerada, llegó á 40, 50 y á un 56 inspiraciones por minuto.

El día 6 de Abril la enferma tuvo un acceso de fiebre con frío.

El 8 tuvo por vez primera vómitos, que se repitieron los días siguientes.

La enferma siguió agravándose y murió el 12 de Abril.

Hasta la muerte se presentó siempre cierta plenitud y tumefacción en la región ocupada por la vesícula biliar, y dolor intenso cuando se comprimía esta parte del abdomen. Faltó la ictericia.

Al hacer la autopsia se encontró tan distendida la vejiga de la hiel, que sobresalía pulgada y media del borde del hígado, estando adherida á las partes inmediatas por linfa recién derramada. Ningún indicio de peritonitis en las demás partes. La vesícula biliar contenía una materia puriforme y 14 cálculos, uno de los cuales obstruía por completo el conducto cístico. Las túnicas de la vejiga de la hiel estaban bastante engrosadas, y á su superficie interna se adherían copos de linfa y de pus concreto. Los cálculos eran de la clase ordinaria, compuestos de colessterina, manchados de bilis y con un núcleo de materia biliar espesa. El hígado no ofrecía ningún aspecto anormal.

Se encontró, como sucede siempre en la fiebre tifoidea, una ulceración bastante extensa de las chapas de Peyero y de las glándulas solitarias á lo largo de la porción inferior del intestino delgado.

La parte superior del lóbulo inferior del pulmón izquierdo se hallaba en estado de hepatización roja; los demás puntos del mismo pulmón estaban sanos.

El cerebro y los demás órganos del pecho y del abdomen no ofrecían indicios de enfermedad.

Por lo que se refiere á la existencia de la fiebre tifoidea, era bastante claro el decúbito de la enferma, la sensibilidad constante, la plenitud y tumefacción en el hipocondrio derecho, que, al propio tiempo, revelaba una inflamación de la vesícula biliar ó del hígado. El estreñimiento, que duró algun tiempo; el acceso febril, que se observó el 6 de Abril, y los vómitos, que se presentaron algunos días ántes de la muerte, eran otros tantos fenómenos relacionados, probablemente, con esta enfermedad.

Parece que la inflamación supurativa de la vesícula biliar es más fácil cuando, por una causa cualquiera, el conducto cístico queda obliterado de una manera permanente.

El siguiente caso, observado por mí en el Hospital del Real Colegio de Lóndres, en 1848, viene en apoyo de este hecho:

El día 23 de Septiembre ingresó en el hospital una mujer de sesenta años, que algunos meses ántes había comenzado á enflaquecer, ofreciendo actualmente ictericia y otros muchos fenómenos morbosos bastante característicos de un cáncer hepático. El hígado estaba muy engrosado y superaba una pulgada del nivel del ombligo en el lado derecho. A través de las paredes abdominales, considerablemente adelgazadas, se sentía la superficie convexa del hígado nudosa, y también su borde inferior redondeado. En relación con el borde hepático próximo al ombligo, se sentía, por el tacto, un tumor globular resistente, que, al parecer, era la vejiga de la hiel distendida. La enferma permaneció en el hospital durante cinco semanas, trascurridas las cuales quiso marchar á su casa, donde murió el 7 de Diciembre.

El hígado contenía tumores cancerosos duros y de enorme volumen, y los pulmones se hallaban también sembrados de pequeñas masas de la misma índole. La vejiga de la hiel, muy hinchada, sobresalía del borde hepático y contenía pus y muchos cálculos. Su mucosa, que faltaba por completo en algunos puntos, ofrecía el aspecto de la mucosa que cubre el fondo del estómago cuando, después de la muerte, aparece corroida por el jugo gástrico. Dos cálculos biliares, adheridos entre sí, obturaban por completo el conducto cístico. Los conductos biliares estaban algo dilatados. Alrededor del duodeno existía materia escirrosa, en medio de la cual no fué posible seguir el conducto biliar comun.

Cruveilhier (lib. xxxiii, lám. 5) presentó una figura relativa á un hígado completamente lleno de tumores cancerosos, en el cual se observaba la oclusión del conducto cístico y el estado de inflamación de la vesícula biliar llena de pus. Este grabado no va acompañado de notas relativas á dicha observación.

Un ejemplo análogo refiere Andral en su *Clinica médica* (t. iv., página 518). Tratábase de una mujer que murió á los cuarenta y siete años, ofreciendo una enorme cantidad de tumores cancerosos en el hígado. La vejiga de la hiel, completamente llena de pus, presentaba vestigios de inflamación de su membrana interna.

Más adelante tendré ocasion de citar otros casos en apoyo del mismo hecho. La inflamación de la vesícula biliar, que ocurre cuando el conducto cístico está obstruido, tiene probablemente su causa en la bilis ó en la secreción propia de su receptáculo; humores que, al estar detenidos, llegan á descomponerse y á ejercer su acción irritante sobre la membrana mucosa.

La inflamación de la vesícula biliar será, pues, bastante más frecuente cuando, al formarse la obliteración, tanto la bilis como el moco de la vejiga hayan sufrido cierta alteración morbosa.

La inflamación de la vesícula biliar, tanto catarral como supurativa, es muy pocas veces mortal; pero puede serlo cuando el conducto cístico está obstruido y la vejiga convertida en un absceso. Cuando la inflamación sigue su curso ordinario, y los conductos están abiertos de modo que el pus encuentra fácil paso por el interior de aquéllos, el paciente puede curar por completo ó vivir con la vejiga de la hiel más ó ménos alterada en su estructura. En dos ocasiones he podido ver la vejiga de la hiel y el conducto cístico contraídos, y engrosadas sus paredes, en jóvenes que habían muerto de otra enfermedad y en los cuales no existían cálculos ni indicios de inflamación, tanto en los conductos hepático y comun como en la cápsula y la sustancia del hígado. Me abstengo de entrar en detalles acerca de estos casos, porque carezco de datos que hubieran podido servir para determinar la época de la enfermedad de la vejiga biliar.

En ocasiones se ven engrosadas y endurecidas tanto las tunicas del conducto comun como las de la vejiga y el conducto cístico, sin que existan cálculos ni indicios de inflamación anterior en los demás tejidos del hígado. Es probable que, en la mayor parte de los casos de esta índole, la inflamación tenga su origen en la vesícula biliar, por la larga permanencia en ella de bilis irritante, y que después, por el paso de este mismo humor, mezclado con las demás secreciones, también irritantes, de la vesícula biliar á través de los conductos, lleguen éstos á inflamarse.

No es raro encontrar la vejiga de la hiel y el conducto cístico muy estrechado, con las paredes engrosadas y endurecidas, en los individuos muertos de granulación hepática con ascitis. El calibre del conducto disminuye, y á veces desaparece por completo, quedando transformado en un verdadero cordón fibroso. En tales circunstancias, la vejiga de

la hiel contiene moco amarillento, ó bien se amolda y aplica sobre un cálculo que consta tan sólo de moco y de materia amarilla biliar. La vejiga de la hiel y el conducto cístico se inflaman secundariamente en estos casos, y lo mismo sucede con la cápsula del hígado (*Clinica Medica*, iv, obs. 51 y 52), y la inflamacion tiene su asiento en las tunicas externas. Cuando, al propio tiempo, existe alguna otra enfermedad del hígado, es difícil determinar hasta qué punto dependen los síntomas de la afeccion de la vesícula biliar y del conducto hepático.

Algunas veces, tanto las tunicas del conducto como las de la vejiga están engrosadas y endurecidas, y disminuida su capacidad. En tales casos, despues de la muerte, están dilatados y llenos de una bilis amarilla y densa el conducto hepático y sus divisiones; el tejido del hígado ofrece un color verdoso ó de aceituna (*Clin. Med.*, obs. 49 y 50), y se nota una ictericia más intensa que la que caracteriza á la cirrósisis.

Más adelante entraremos en detalles respecto á la oclusion permanente del conducto comun, la cual puede proceder de otras muchas causas ademas de la inflamacion, y constituye un asunto de la mayor importancia, porque modifica el funcionamiento de todo el órgano y, por último, conduce á la destruccion completa de la sustancia lobular.

Otra causa bastante comun de la inflamacion de la vesícula biliar y de los conductos cístico y colédoco, al ménos entre las clases acomodadas, es la irritacion mecánica producida por cálculos biliares. Pero esta causa tiende á establecer una ulceracion más bien que la inflamacion supurativa ó catarral de que nos estamos ocupando.

La inflamacion *crupal* ó *plástica* de la mucosa que tapiza la vesícula biliar y los conductos hepáticos es bastante rara. Rokitansky dice haberla visto interesar los conductos del interior del hígado en el estado morbozo llamado *fiebre secundaria del cólera*, y tambien como consecuencia de la fiebre tifoidea. Produce en el interior de los conductos biliares tubos membranosos, en los cuales la bilis forma concreciones arboriformes, impidiendo por completo el paso del líquido y siendo causa de distension de los conductos capilares por detras.

ULCERACION DE LA VEJIGA DE LA HIEL Y DE LOS CONDUCTOS HEPÁTICOS

La ulceracion de la vejiga de la hiel es bastante más comun que las formas de inflamacion estudiadas hasta ahora, y sobreviene en diversas circunstancias.

Se ha observado algunas veces entre las lesiones morbosas de la fiebre remitente.

El Sr. G. Blane, en la historia de la fiebre de Walcheren, publicada por él, asegura que era muy comun observar la inflamacion y la

ulceracion de la mucosa que tapiza la vejiga de la hiel: en algunos casos, dice, las úlceras ofrecían la forma cónica ó tuberculosa que suele observarse en la disenteria. La vejiga de la hiel estaba muchas veces distendida por la bilis, que en los individuos muertos en poco tiempo tenía un color verde oscuro ó pardo negruzco, y en los demas, en los cuales la muerte sobrevino más tarde, se parecía por su densidad y color al alquitran. Este fluido no tenía el sabor amargo de la bilis, y cuando se mezclaba con el agua no le comunicaba el menor color amarillo; pero era tan acre, que escoriaba los labios. (*William's Morbid Poisons*, t. II, p. 470.)

El Sr. Boyle, hablando de la fiebre en Sierra-Leona, dice que casi siempre existían vestigios de inflamacion de la extremidad pilórica del ventrículo, desde el cual se irradiaba á lo largo del duodeno hasta la abertura de entrada del conducto hepático, donde, en la extension de un escudo de España, la inflamacion había adquirido su mayor intensidad. El conducto estaba muchas veces obstruido por una bilis bastante viscosa y negruzca. Segun parece, no se examinó la vesícula biliar. Respecto á las demas vísceras, se dice que existía cierto estado de infarto. (*Ib.*, p. 478.)

En la fiebre amarilla de Barcelona, durante el año 1821, observáronse muchas veces indicios de inflamacion del ventrículo, de los intestinos delgados y del duodeno, con frecuente difusion hacia la vejiga de la hiel. (*Ib.*, p. 473.)

El carácter acre de la bilis en la fiebre de Walcheren, y la circunstancia de que en los cortes practicados por el Dr. Boyle los signos más salientes de inflamacion intestinal existían alrededor del punto de entrada del conducto comun en el duodeno, hacen probable que, en la fiebre remitente, la causa de la inflamacion de la vesícula y del duodeno sea la cualidad irritante de la bilis. Por lo demas, en la fiebre remitente, lo mismo que en la tifoidea, los síntomas de inflamacion de la vesícula biliar no son claros y fáciles de distinguir en medio del trastorno general febril y de todos los demas fenómenos morbosos de la inflamacion de otras partes que acompañan al estado tifoideo.

En nuestro país, la ulceracion de la vesícula biliar es muchas veces causada por la irritacion que sobre sus paredes producen los cálculos.

La ulceracion de la vesícula biliar y los cálculos coinciden, en efecto, muchas veces; sin que deba creerse, en tales circunstancias, que las úlceras son siempre producidas por la irritacion que determinan los cálculos. Tanto las úlceras como los cálculos pueden tener su origen en una bilis viciada ó que haya llegado á descomponerse.

Sin embargo, cuando existe una sola úlcera en la vesícula biliar y sobre ella descansa un cálculo grueso y duro, no será erróneo suponer que aquélla ha sido determinada por la irritacion mecánica que pro-

duce éste. Los cálculos muy voluminosos, para salir por el conducto cístico, ulceran con frecuencia la porción inferior ó declive de la vesícula biliar; entónces se segrega linfa que va á derramarse en la túnica peritoneal situada debajo de la úlcera, por cuyo medio la vesícula biliar contrae adherencias con el duodeno, y aún con el cólon. En este punto, si la ulceración continúa profundizando, el cálculo perfora las túnicas intestinales y pasa al tubo alimenticio. Como quiera que este proceso morboso de ulceración y de adherencia se realiza gradualmente, pocas veces se observan síntomas alarmantes, y, en ocasiones, el primer signo evidente de la enfermedad es la evacuación de un grueso cálculo por el recto.

En otros casos vemos muchas úlceras pequeñas en la vesícula biliar y aún en el conducto común; pero los cálculos, sean uno ó muchos, nadan en la bilis. Si recordámos que la mayor parte de los cálculos biliares humanos son tan ligeros que nadan en la bilis (pues nadan también en el agua, cuya densidad es mucho menor que la de aquel humor), y que, por lo tanto, no pueden por su *peso* ejercer cierta presión sobre las túnicas de la vesícula biliar, parecerá más probable atribuir en tales casos, tanto la úlcera como los cálculos, á una alteración ó vicio de la bilis.

Más adelante referiré un caso citado por Dance, en el cual faltaban por completo los cálculos biliares, y no sólo existían muchísimas úlceras de esta especie en la vesícula biliar y en el conducto común, sino que, además, se veían cuatro ó cinco ulceritas, bastante profundas, también en el duodeno, las cuales ocupaban, alrededor del orificio del conducto común, un espacio del tamaño de un escudo, estando sano al mismo tiempo el resto del tubo intestinal. Es imposible no creer que en dicho caso la ulceración fué causada por la bilis irritante.

Parece que la ulceración de la vesícula biliar sobreviene más fácilmente en todos los individuos que han padecido ya una enfermedad de la vejiga. El siguiente caso, que tuve ocasión de observar en mi Clínica el año 1837, constituye una prueba de este hecho:

Caso.—Juan Sibston, de diez y ocho años, carbonero, ingresó en el *Dreadnought* el día 21 de Septiembre de 1837, por haber tenido aquella mañana un vómito sanguíneo. Aseguró que ántes de la aparición de dicho síntoma se encontraba perfectamente bien.

Durante el mismo día (21) sintió un dolor agudo en el epigastrio: el vómito se repitió varias veces, y el paciente tuvo diversas evacuaciones sueltas y fáciles. Se aplicaron diez y ocho sanguijuelas y se prescribió el ácido sulfúrico diluido (*minim* vij. cada cuatro horas).

El día 22 no tuvo vómitos. Sangría del brazo de ocho onzas, y aplicación de doce sanguijuelas al epigastrio.

El día 23, primera vez que yo le vi, su piel estaba más caliente que de or-

dinario, y el pulso á 100. Persistía aún la sensibilidad en el epigastrio. La lengua ofrecía una mancha amarillenta en su centro, pero estaba roja en los bordes. Inapetencia, sed; vomitó una sola vez por la mañana, pero no sangre. Durmió bien. La sangre extraída el día anterior no ofrecía costra. Se le tuvo á dieta y continuó en el uso del ácido sulfúrico.

Día 25.—El epigastrio todavía doloroso; piel caliente; pulso á 90; ménos sed; capa saburrosa en la lengua. No ha vuelto á presentarse el vómito desde la mañana del día 23; estreñimiento. Se suspende el empleo del ácido sulfúrico y en cambio se administran algunas bebidas gaseosas.

Día 26.—La sensibilidad en el epigastrio desapareció por completo. No hay vómitos. Estreñimiento. Apetito. Ninguna sed. Sueño tranquilo. Se prescribe una dosis de la porción purgante con sen y sales, continuando la administración de las bebidas gaseosas.

Día 28.—Ningun vómito. Ligero estreñimiento, buen apetito, sueño normal. Té de buey, dos onzas.

El día 4 de Octubre se le sometió á dieta de carne, con la cual continuó algunos días, dejándole pasear por el establecimiento, pues había entrado en plena convalecencia y además tenía apetito, las deposiciones eran regulares y los sueños largos y tranquilos. Pero en la tarde del 10 de Octubre fué atacado de cólera maligno. Las fuerzas le abandonaron, y murió el día 12 del mismo mes.

Reinaba entónces en el hospital del *Dreadnought* el cólera, que había atacado á 21 enfermos en el espacio de tres semanas.

El cadáver fué examinado diez horas despues de la muerte.

La extremidad cardiaca del estómago estaba unida á la superficie inferior del lóbulo izquierdo del hígado por una falsa membrana en medio de la cual se veían algunos corpúsculos cretáceos del volúmen de un guisante pequeño. La extremidad pilórica y el cólon se adherían fuertemente á la vesícula biliar, cuyas paredes estaban muy engrosadas.

La vesícula biliar contenía pus, y su mucosa estaba ulcerada en una gran extensión. En la superficie en contacto con el hígado veíase una úlcera del tamaño de media peseta, á la cual acompañaban otras muchas más pequeñas.

En la superficie opuesta existían asimismo pequeñísimas úlceras circulares del tamaño de la cabeza de un alfiler. Las úlceras habían destruido la membrana mucosa. No se encontraron cálculos biliares, y el tejido hepático estaba sano.

La mucosa del estómago, en su extremidad esplénica, era blanda, bastante fina y roja, por la inyección de los pequeños vasos que eran aparentes á simple vista. El resto del tubo intestinal presentaba tan sólo los vestigios ordinarios del cólera. Las glándulas del mesenterio estaban hipertrofiadas. En el meso-cólon trasverso existían muchos cuerpos del volúmen de una avellana, compuestos de una materia bastante parecida á la cal blanda ó al mastic de los vidrieros, contenida en una cápsula muy visible.

El bazo era más duro que en los casos normales, pero tenía su volúmen ordinario. El pulmón izquierdo se hallaba fijo á la pleura costal por un tejido antiguo; el pulmón derecho libre; por lo demás, ambos órganos estaban sanos. También era normal el estado del corazón y de ambos riñones. La aurícula y

el ventrículo derechos del corazón contenían coágulos amarillos fibrinosos, no observándose este mismo fenómeno en las cavidades izquierdas.

Parece que, en este caso, la inflamación de la vesícula biliar se desarrolló en medio de un estado de salud, al parecer, bueno. Los síntomas que la anunciaron fueron: el vómito sanguíneo, que se repitió varias veces; el dolor agudo, con sensibilidad al tacto y tensión del epigastrio; fiebre, inapetencia, sed y suciedad de la lengua. Estos síntomas desaparecieron por completo al cabo de pocos días, y parecía que el paciente se hallaba en plena convalecencia cuando le atacó el cólera, que lo llevó al sepulcro. Este caso sirve asimismo para demostrar que pueden existir ulceraciones muy extensas de la vesícula biliar, sin que se perciba ningún síntoma especial. En los quince días de convalecencia que trascurrieron antes del ataque de cólera, aunque cesaron el dolor, la sensibilidad del epigastrio al tacto y el vómito, no se podía poner en duda que existían ulceraciones de la vesícula biliar.

Andral ha publicado un caso (*Clin. Med.*, t. IV, p. 500) en el cual se observó la ulceración de la vesícula biliar ó la escara gangrenosa de ésta, por defecto de nutrición, en un hombre de sesenta y cuatro años que, curado ya de una inflamación anterior, tenía notablemente engrosadas las túnicas de los conductos cístico y común, y bastante disminuido su diámetro. En este individuo sobrevino la perforación de la vesícula biliar, y el paciente murió rápidamente de peritonitis.

Cruveilhier (*lib. XXIX*) refiere otro caso en el cual la inflamación supurativa y la ulceración sobrevinieron en una vejiga de la hiel que ya había estado enferma; pero aquí existía otra causa, la oclusión del conducto cístico por un cálculo. El paciente era una señora bastante robusta, de treinta y cuatro años, muerta á consecuencia de la perforación de la vesícula biliar que dió lugar á la peritonitis.

En el caso siguiente, que me dió á conocer el Sr. Bowman, la ulceración y la escara de la vesícula biliar se desarrollaron en el curso de la fiebre tifoidea. Las túnicas de la vesícula biliar estaban engrosadas y el conducto cístico obliterado.

Caso. — Septiembre 17, 1835. — Ana Burnacle, de 16 años, bastante gruesa, camarera, entró este día en el hospital, en estado de delirio. Frío general del cuerpo, palidez del semblante, angustia, pulso frecuente y débil; lengua sucia y húmeda; orinas escasas, algo oscuras; dos evacuaciones de materia fecal, de color amarillento; sed bastante viva; la presión sobre el abdomen provoca dolores intensos; cefalalgia; delirio; no fué posible obtener respuesta á las preguntas que se le dirigían, ni tampoco hacerla pronunciar un solo nombre; temblor continuo y general.

Sus amigas refieren que el sábado último (día 12) tuvo frío, seguido de ca-

lor, con cefalalgia fuerte, malestar y dolor general, y que hacía tres días que comenzó á delirar. Hasta entonces no había recurrido á los médicos.

Se prescribieron fomentos al vientre y una limonada.

Nada de particular ocurrió hasta el día 24, en que murió la enferma. El tratamiento empleado fué el siguiente:

Septiembre 18. — *Hyd. c. cretá, gr. quinq., pulv. ipecac. co., gr. tria, ter die. Mist. camph. f. unciam 4tis horis. Empl. lyttæ noctæ.*

Septiembre 19. — *Empl. lyttæ abdomini.*

Septiembre 21. — *Hyd. c. cretæ, gr. quinq., P. cretæ c. opio, scrup. semis nocte neque sumend.; quince sulph. granum, ter die.*

Septiembre 23. — *Un huevo; vino de Oporto.*

AUTOPSIA. — Se hizo veintiseis horas después de la muerte.

Cabeza. — Derrame seroso subaracnoideo en la superficie de los hemisferios y en la base del cerebro. Ninguna alteración morbosa en la sustancia cerebral, ni serosidad en los ventrículos.

Pecho. — Congestión de los lóbulos inferiores de los pulmones. Ligera rubicundez de la mucosa que cubre las vías aéreas, con cierta cantidad de moco espumoso. Corazón sano.

Abdomen. — Ganglios mesentéricos intensamente inyectados. La porción inferior del íleon ofrece un color bastante intenso de caoba, y al abrirlo se ven algunas úlceras gangrenosas de color verde blanquecino. Las últimas tres ó cuatro pulgadas de esta porción del tubo intestinal se hallaban ocupadas por una úlcera muy ancha, la cual había destruido la mucosa, que estaba encogida. El color era verde oscuro sucio. La túnica muscular subyacente existía en todos los puntos y estaba visiblemente engrosada. La mucosa alrededor de las úlceras era muy gruesa, bastante blanda y ofrecía un color púrpura-oscuro.

Las glándulas del colon estaban hipertrofiadas y ulceradas, sobre todo cerca del sacro. El estómago, algo voluminoso, se hallaba distendido por un líquido verdoso, semejante al que vomitó el paciente la noche antes de la muerte. A lo largo de su curvadura mayor veíanse grupos de puntos de color rojo vivo; pero la mucosa no ofrecía indicios de reblandecimiento.

La vejiga de la hiel, bastante ancha, estaba llena de un líquido acuoso de color parecido al té. Por fuera ofrecía un color blanco amarillento, y tanto ella como las vísceras adyacentes no estaban manchadas, como suele suceder, por la trasudación biliar. En un punto se veía roja y en el centro de esta porción existían escaras. La mayor de éstas, del tamaño de una moneda de cuatro sueldos, existía en la superficie adherente de la vesícula biliar, y las demás en la superficie libre convexa. Habían llegado á profundizar todas las túnicas, si bien la membrana mucosa se hallaba destruida en una extensión mayor que las demás. Estas escaras parecían de reciente formación, y se hallaban rodeadas por vestigios de inflamación, pero no se observaban indicios de desprendimiento en ningún punto. Algunos copos de linfa reciente estaban adheridos á la superficie externa de la vesícula biliar y á la cara contigua del hígado, pero en este último punto su número era bastante menor. La cavidad de la vesícula biliar estaba casi perfectamente dividida en dos sacos por una división en forma semilunar de la membrana interna, la cual se hallaba situada á dos ter-

cios poco más ó ménos de la longitud del fondo. Los dos lados en que se hallaba dividida la vesícula estaban dilatados y comunicaban entre sí por una abertura por la que apenas podría pasar el dedo meñique. Las escaras que estaban rodeadas por una zona inflamatoria ocupaban la cavidad mayor, mientras que la menor, que ofrecía un color blanco azulado, no presentaba el menor indicio morboso. La mucosa de la vesícula biliar estaba gruesa y dura, como si ya hubiese padecido otras veces la enfermedad. A la distancia de dos pulgadas, poco más ó ménos, de la vesícula biliar, el conducto cístico estaba obstruido en dos ó tres puntos diferentes por adherencias que las tónicas habían contraído entre sí. Por delante de esta porción estaba normal, y, lo mismo que los conductos hepático y común, teñido de bilis sana.

En este caso, la ulceración gangrenosa de la vesícula biliar podía atribuirse á la tendencia general de dicho enfermo á la gangrena, como pudo verse en las úlceras del íleon, y á la circunstancia de que la vesícula biliar había ya padecido otras enfermedades anteriores, que modificaron su nutrición. Lo mismo que en el caso mencionado por Louis, del cual ya hemos dicho algunas palabras, la inflamación supurativa de la vesícula biliar sobrevino en el curso de una fiebre tifoidea, sin que se presentase, en medio de los desórdenes generales, un síntoma que hiciese sospechar la existencia de una enfermedad de la vesícula biliar.

El engrosamiento y todos los demás cambios de estructura de las partes próximas á la vesícula, lo mismo que la estrechez de los conductos cístico y común, predisponen á la ulceración de la vesícula biliar, de la misma manera que la paraplegia ó la estrechez de la uretra y la hipertrofia de la próstata predisponen á la inflamación de la vejiga urinaria. Aun cuando la vejiga se vacie entonces casi por completo, el líquido que queda tiende á la descomposición, y el líquido así descompuesto causa la irritación de la membrana mucosa.

En el siguiente caso, cuyos detalles debo también al Sr. Bowman, la ulceración y la escara de una vesícula biliar, que hasta entonces no había padecido ninguna enfermedad, se desarrollaron repentinamente, después de haber sufrido el paciente una grave lesión al ser enterado en un montón de arena.

Caso. — *Fractura compuesta de la pierna izquierda y del brazo derecho con contusiones generales. — Dos días después, grave dolor corrosivo en el epigastrio y en el hipocondrio derecho, que aumentaba por la presión. — Náuseas y vómitos. — Presentimiento de la muerte, la cual sobrevino siete días después de la caída. — Linfa derramada en el peritoneo que cubre los intestinos delgados, el estómago y la superficie inferior del hígado. — Escaras gangrenosas en tres ó cuatro puntos de la membrana externa de la vesícula biliar. — Ulceraciones de la membrana interna que no correspondían á las escaras de la externa.*

Tomás Collins, de sesenta y un años, débil y delgado, de vida desarregla-

da durante su juventud, pero sobrio de algunos años á esta parte según él dice, fué llevado al Hospital de Birmingham á las cuatro de la tarde del día 22 de Diciembre de 1834, ingresando en la Clínica del Sr. Hodgson.

Pocas horas antes estaba trabajando en un arenal, cuando cayeron encima de él algunas toneladas de arena, echándole á tierra y cubriéndole por completo; una vez *desenterrado*, se le llevó al hospital.

Además de numerosas contusiones en todo el cuerpo, encontróse una fractura compuesta del tercio inferior de la pierna izquierda. Los fragmentos de la tibia perforaban la piel por delante, formando dos aberturas pequeñas y triangulares, por las cuales salía sangre venosa. El radio estaba, asimismo, fracturado cerca de la diáfisis.

Se aplicó á los miembros el apósito conveniente, después de hacer la reducción.

Día 23 de Diciembre. — El enfermo pasó la noche inquieto, sin sueño y en medio de los más atroces dolores del brazo y de la pierna. Continuos lamentos de malestar general. Ninguna deposición.

R. Liq. opii sedativ. Mm. xxv, statim et repet. horâ somni, si opus sit.

Día 24 de Diciembre. — Por la mañana. Ha pasado inquieto casi toda la noche. Se le administra la mixtura á las cuatro de la madrugada, conciliando entonces el sueño. El enfermo se queja de dolores agudos en el brazo, y dice se encuentra mejor de la pierna. Una evacuación albina; pulso á 76, regular.

(Seis de la tarde). — Al medio día sintió fuertes dolores corrosivos en el epigastrio y el hipocondrio derecho, que continúan todavía, exacerbándose por la presión. Se queja continuamente y parece se halla en la agonía. La lengua está sucia y seca, y el paciente tiene mucha sed. No hay delirio ni cefalalgia, sino gran decaimiento y presagios de muerte.

Appl. hirud. x epigast. ; postea, cataplasma. Un poco de aguardiente caliente diluido con agua: caldos.

T. opii drach. semis. sp. ammoniac aromat. drachmam j., aq. menth. pip. unciam, post horas iij Sumend. et repet. horâ somni, si opus sit.

Enema comune statim. c. sodæ muriat. unc. semis.

Día 25 de Diciembre. — Durante la noche tuvo náuseas, y también vómitos. El líquido es de naturaleza biliosa y se encuentra mezclado con los alimentos tomados el día anterior, no digeridos todavía. Continúan las náuseas, eructos; el dolor en el epigastrio no es tan intenso, pero sí continuo, con malestar general. Se encuentra mejor de la pierna y no existe tumefacción alrededor de la fractura. Pulso á 76, blando; lengua seca y oscura; una deposición.

Haust salin. efferves. c. ammoniac s. carb. 4tis horis. — Caldos.

Cal. gr. v., opii. gr. j., horâ somni.

Día 26 de Diciembre. — Sueño bastante reposado. El enfermo está tranquilo, pero exhala frecuentes gemidos y siente dolores atroces en la región precordial, que no se exacerban por la presión. Dice que siente dolor en todo el cuerpo. Continúa el temor de una muerte próxima. Pulso á 84, lento y depresible. Por la mañana vomitó gran cantidad de un fluido bilioso. Lengua seca, boca pastosa, sed, deposiciones y orinas fáciles y espontáneas. La pierna está indolente y no hinchada. *Repet. haust. anodyn. h. s.*

El cerebro y los demás órganos del pecho y del abdomen no ofrecían indicios de enfermedad.

Por lo que se refiere á la existencia de la fiebre tifoidea, era bastante claro el decúbito de la enferma, la sensibilidad constante, la plenitud y tumefacción en el hipocondrio derecho, que, al propio tiempo, revelaba una inflamación de la vesícula biliar ó del hígado. El estreñimiento, que duró algun tiempo; el acceso febril, que se observó el 6 de Abril, y los vómitos, que se presentaron algunos días ántes de la muerte, eran otros tantos fenómenos relacionados, probablemente, con esta enfermedad.

Parece que la inflamación supurativa de la vesícula biliar es más fácil cuando, por una causa cualquiera, el conducto cístico queda obliterado de una manera permanente.

El siguiente caso, observado por mí en el Hospital del Real Colegio de Lóndres, en 1848, viene en apoyo de este hecho:

El día 23 de Septiembre ingresó en el hospital una mujer de sesenta años, que algunos meses ántes había comenzado á enflaquecer, ofreciendo actualmente ictericia y otros muchos fenómenos morbosos bastante característicos de un cáncer hepático. El hígado estaba muy engrosado y superaba una pulgada del nivel del ombligo en el lado derecho. A través de las paredes abdominales, considerablemente adelgazadas, se sentía la superficie convexa del hígado nudosa, y también su borde inferior redondeado. En relación con el borde hepático próximo al ombligo, se sentía, por el tacto, un tumor globular resistente, que, al parecer, era la vejiga de la hiel distendida. La enferma permaneció en el hospital durante cinco semanas, trascurridas las cuales quiso marchar á su casa, donde murió el 7 de Diciembre.

El hígado contenía tumores cancerosos duros y de enorme volumen, y los pulmones se hallaban también sembrados de pequeñas masas de la misma índole. La vejiga de la hiel, muy hinchada, sobresalía del borde hepático y contenía pus y muchos cálculos. Su mucosa, que faltaba por completo en algunos puntos, ofrecía el aspecto de la mucosa que cubre el fondo del estómago cuando, después de la muerte, aparece corroida por el jugo gástrico. Dos cálculos biliares, adheridos entre sí, obturaban por completo el conducto cístico. Los conductos biliares estaban algo dilatados. Alrededor del duodeno existía materia escirrosa, en medio de la cual no fué posible seguir el conducto biliar comun.

Cruveilhier (lib. xxxiii, lám. 5) presentó una figura relativa á un hígado completamente lleno de tumores cancerosos, en el cual se observaba la oclusión del conducto cístico y el estado de inflamación de la vesícula biliar llena de pus. Este grabado no va acompañado de notas relativas á dicha observación.

Un ejemplo análogo refiere Andral en su *Clinica médica* (t. iv., página 518). Tratábase de una mujer que murió á los cuarenta y siete años, ofreciendo una enorme cantidad de tumores cancerosos en el hígado. La vejiga de la hiel, completamente llena de pus, presentaba vestigios de inflamación de su membrana interna.

Más adelante tendré ocasion de citar otros casos en apoyo del mismo hecho. La inflamación de la vesícula biliar, que ocurre cuando el conducto cístico está obstruido, tiene probablemente su causa en la bilis ó en la secreción propia de su receptáculo; humores que, al estar detenidos, llegan á descomponerse y á ejercer su acción irritante sobre la membrana mucosa.

La inflamación de la vesícula biliar será, pues, bastante más frecuente cuando, al formarse la obliteración, tanto la bilis como el moco de la vejiga hayan sufrido cierta alteración morbosa.

La inflamación de la vesícula biliar, tanto catarral como supurativa, es muy pocas veces mortal; pero puede serlo cuando el conducto cístico está obstruido y la vejiga convertida en un absceso. Cuando la inflamación sigue su curso ordinario, y los conductos están abiertos de modo que el pus encuentra fácil paso por el interior de aquéllos, el paciente puede curar por completo ó vivir con la vejiga de la hiel más ó ménos alterada en su estructura. En dos ocasiones he podido ver la vejiga de la hiel y el conducto cístico contraídos, y engrosadas sus paredes, en jóvenes que habían muerto de otra enfermedad y en los cuales no existían cálculos ni indicios de inflamación, tanto en los conductos hepático y comun como en la cápsula y la sustancia del hígado. Me abstengo de entrar en detalles acerca de estos casos, porque carezco de datos que hubieran podido servir para determinar la época de la enfermedad de la vejiga biliar.

En ocasiones se ven engrosadas y endurecidas tanto las tunicas del conducto comun como las de la vejiga y el conducto cístico, sin que existan cálculos ni indicios de inflamación anterior en los demás tejidos del hígado. Es probable que, en la mayor parte de los casos de esta índole, la inflamación tenga su origen en la vesícula biliar, por la larga permanencia en ella de bilis irritante, y que después, por el paso de este mismo humor, mezclado con las demás secreciones, también irritantes, de la vesícula biliar á través de los conductos, lleguen éstos á inflamarse.

No es raro encontrar la vejiga de la hiel y el conducto cístico muy estrechado, con las paredes engrosadas y endurecidas, en los individuos muertos de granulación hepática con ascitis. El calibre del conducto disminuye, y á veces desaparece por completo, quedando transformado en un verdadero cordón fibroso. En tales circunstancias, la vejiga de

la hiel contiene moco amarillento, ó bien se amolda y aplica sobre un cálculo que consta tan sólo de moco y de materia amarilla biliar. La vejiga de la hiel y el conducto cístico se inflaman secundariamente en estos casos, y lo mismo sucede con la cápsula del hígado (*Clinica Medica*, iv, obs. 51 y 52), y la inflamacion tiene su asiento en las tunicas externas. Cuando, al propio tiempo, existe alguna otra enfermedad del hígado, es difícil determinar hasta qué punto dependen los síntomas de la afeccion de la vesícula biliar y del conducto hepático.

Algunas veces, tanto las tunicas del conducto como las de la vejiga están engrosadas y endurecidas, y disminuida su capacidad. En tales casos, despues de la muerte, están dilatados y llenos de una bilis amarilla y densa el conducto hepático y sus divisiones; el tejido del hígado ofrece un color verdoso ó de aceituna (*Clin. Med.*, obs. 49 y 50), y se nota una ictericia más intensa que la que caracteriza á la cirrósisis.

Más adelante entraremos en detalles respecto á la oclusion permanente del conducto comun, la cual puede proceder de otras muchas causas ademas de la inflamacion, y constituye un asunto de la mayor importancia, porque modifica el funcionamiento de todo el órgano y, por último, conduce á la destruccion completa de la sustancia lobular.

Otra causa bastante comun de la inflamacion de la vesícula biliar y de los conductos cístico y colédoco, al ménos entre las clases acomodadas, es la irritacion mecánica producida por cálculos biliares. Pero esta causa tiende á establecer una ulceracion más bien que la inflamacion supurativa ó catarral de que nos estamos ocupando.

La inflamacion *crupal* ó *plástica* de la mucosa que tapiza la vesícula biliar y los conductos hepáticos es bastante rara. Rokitansky dice haberla visto interesar los conductos del interior del hígado en el estado morbozo llamado *fiebre secundaria del cólera*, y tambien como consecuencia de la fiebre tifoidea. Produce en el interior de los conductos biliares tubos membranosos, en los cuales la bilis forma concreciones arboriformes, impidiendo por completo el paso del líquido y siendo causa de distension de los conductos capilares por detras.

ULCERACION DE LA VEJIGA DE LA HIEL Y DE LOS CONDUCTOS HEPÁTICOS

La ulceracion de la vejiga de la hiel es bastante más comun que las formas de inflamacion estudiadas hasta ahora, y sobreviene en diversas circunstancias.

Se ha observado algunas veces entre las lesiones morbosas de la fiebre remitente.

El Sr. G. Blane, en la historia de la fiebre de Walcheren, publicada por él, asegura que era muy comun observar la inflamacion y la

ulceracion de la mucosa que tapiza la vejiga de la hiel: en algunos casos, dice, las úlceras ofrecían la forma cónica ó tuberculosa que suele observarse en la disenteria. La vejiga de la hiel estaba muchas veces distendida por la bilis, que en los individuos muertos en poco tiempo tenía un color verde oscuro ó pardo negruzco, y en los demas, en los cuales la muerte sobrevino más tarde, se parecía por su densidad y color al alquitran. Este fluido no tenía el sabor amargo de la bilis, y cuando se mezclaba con el agua no le comunicaba el menor color amarillo; pero era tan acre, que escoriaba los labios. (*William's Morbid Poisons*, t. II, p. 470.)

El Sr. Boyle, hablando de la fiebre en Sierra-Leona, dice que casi siempre existían vestigios de inflamacion de la extremidad pilórica del ventrículo, desde el cual se irradiaba á lo largo del duodeno hasta la abertura de entrada del conducto hepático, donde, en la extension de un escudo de España, la inflamacion había adquirido su mayor intensidad. El conducto estaba muchas veces obstruido por una bilis bastante viscosa y negruzca. Segun parece, no se examinó la vesícula biliar. Respecto á las demas vísceras, se dice que existía cierto estado de infarto. (*Ib.*, p. 478.)

En la fiebre amarilla de Barcelona, durante el año 1821, observáronse muchas veces indicios de inflamacion del ventrículo, de los intestinos delgados y del duodeno, con frecuente difusion hacia la vejiga de la hiel. (*Ib.*, p. 473.)

El carácter acre de la bilis en la fiebre de Walcheren, y la circunstancia de que en los cortes practicados por el Dr. Boyle los signos más salientes de inflamacion intestinal existían alrededor del punto de entrada del conducto comun en el duodeno, hacen probable que, en la fiebre remitente, la causa de la inflamacion de la vesícula y del duodeno sea la cualidad irritante de la bilis. Por lo demas, en la fiebre remitente, lo mismo que en la tifoidea, los síntomas de inflamacion de la vesícula biliar no son claros y fáciles de distinguir en medio del trastorno general febril y de todos los demas fenómenos morbosos de la inflamacion de otras partes que acompañan al estado tifoideo.

En nuestro país, la ulceracion de la vesícula biliar es muchas veces causada por la irritacion que sobre sus paredes producen los cálculos.

La ulceracion de la vesícula biliar y los cálculos coinciden, en efecto, muchas veces; sin que deba creerse, en tales circunstancias, que las úlceras son siempre producidas por la irritacion que determinan los cálculos. Tanto las úlceras como los cálculos pueden tener su origen en una bilis viciada ó que haya llegado á descomponerse.

Sin embargo, cuando existe una sola úlcera en la vesícula biliar y sobre ella descansa un cálculo grueso y duro, no será erróneo suponer que aquélla ha sido determinada por la irritacion mecánica que pro-

duce éste. Los cálculos muy voluminosos, para salir por el conducto cístico, ulceran con frecuencia la porción inferior ó declive de la vesícula biliar; entónces se segrega linfa que va á derramarse en la túnica peritoneal situada debajo de la úlcera, por cuyo medio la vesícula biliar contrae adherencias con el duodeno, y aún con el cólon. En este punto, si la ulceración continúa profundizando, el cálculo perfora las túnicas intestinales y pasa al tubo alimenticio. Como quiera que este proceso morboso de ulceración y de adherencia se realiza gradualmente, pocas veces se observan síntomas alarmantes, y, en ocasiones, el primer signo evidente de la enfermedad es la evacuación de un grueso cálculo por el recto.

En otros casos vemos muchas úlceras pequeñas en la vesícula biliar y aún en el conducto común; pero los cálculos, sean uno ó muchos, nadan en la bilis. Si recordámos que la mayor parte de los cálculos biliares humanos son tan ligeros que nadan en la bilis (pues nadan también en el agua, cuya densidad es mucho menor que la de aquel humor), y que, por lo tanto, no pueden por su *peso* ejercer cierta presión sobre las túnicas de la vesícula biliar, parecerá más probable atribuir en tales casos, tanto la úlcera como los cálculos, á una alteración ó vicio de la bilis.

Más adelante referiré un caso citado por Dance, en el cual faltaban por completo los cálculos biliares, y no sólo existían muchísimas úlceras de esta especie en la vesícula biliar y en el conducto común, sino que, además, se veían cuatro ó cinco ulceritas, bastante profundas, también en el duodeno, las cuales ocupaban, alrededor del orificio del conducto común, un espacio del tamaño de un escudo, estando sano al mismo tiempo el resto del tubo intestinal. Es imposible no creer que en dicho caso la ulceración fué causada por la bilis irritante.

Parece que la ulceración de la vesícula biliar sobreviene más fácilmente en todos los individuos que han padecido ya una enfermedad de la vejiga. El siguiente caso, que tuve ocasión de observar en mi Clínica el año 1837, constituye una prueba de este hecho:

Caso.—Juan Sibston, de diez y ocho años, carbonero, ingresó en el *Dreadnought* el día 21 de Septiembre de 1837, por haber tenido aquella mañana un vómito sanguíneo. Aseguró que ántes de la aparición de dicho síntoma se encontraba perfectamente bien.

Durante el mismo día (21) sintió un dolor agudo en el epigastrio: el vómito se repitió varias veces, y el paciente tuvo diversas evacuaciones sueltas y fáciles. Se aplicaron diez y ocho sanguijuelas y se prescribió el ácido sulfúrico diluido (*minim* vij. cada cuatro horas).

El día 22 no tuvo vómitos. Sangría del brazo de ocho onzas, y aplicación de doce sanguijuelas al epigastrio.

El día 23, primera vez que yo le vi, su piel estaba más caliente que de or-

dinario, y el pulso á 100. Persistía aún la sensibilidad en el epigastrio. La lengua ofrecía una mancha amarillenta en su centro, pero estaba roja en los bordes. Inapetencia, sed; vomitó una sola vez por la mañana, pero no sangre. Durmió bien. La sangre extraída el día anterior no ofrecía costra. Se le tuvo á dieta y continuó en el uso del ácido sulfúrico.

Día 25.—El epigastrio todavía doloroso; piel caliente; pulso á 90; ménos sed; capa saburrosa en la lengua. No ha vuelto á presentarse el vómito desde la mañana del día 23; estreñimiento. Se suspende el empleo del ácido sulfúrico y en cambio se administran algunas bebidas gaseosas.

Día 26.—La sensibilidad en el epigastrio desapareció por completo. No hay vómitos. Estreñimiento. Apetito. Ninguna sed. Sueño tranquilo. Se prescribe una dosis de la porción purgante con sen y sales, continuando la administración de las bebidas gaseosas.

Día 28.—Ningun vómito. Ligero estreñimiento, buen apetito, sueño normal. Té de buey, dos onzas.

El día 4 de Octubre se le sometió á dieta de carne, con la cual continuó algunos días, dejándole pasear por el establecimiento, pues había entrado en plena convalecencia y además tenía apetito, las deposiciones eran regulares y los sueños largos y tranquilos. Pero en la tarde del 10 de Octubre fué atacado de cólera maligno. Las fuerzas le abandonaron, y murió el día 12 del mismo mes.

Reinaba entónces en el hospital del *Dreadnought* el cólera, que había atacado á 21 enfermos en el espacio de tres semanas.

El cadáver fué examinado diez horas despues de la muerte.

La extremidad cardiaca del estómago estaba unida á la superficie inferior del lóbulo izquierdo del hígado por una falsa membrana en medio de la cual se veían algunos corpúsculos cretáceos del volúmen de un guisante pequeño. La extremidad pilórica y el cólon se adherían fuertemente á la vesícula biliar, cuyas paredes estaban muy engrosadas.

La vesícula biliar contenía pus, y su mucosa estaba ulcerada en una gran extensión. En la superficie en contacto con el hígado veíase una úlcera del tamaño de media peseta, á la cual acompañaban otras muchas más pequeñas.

En la superficie opuesta existían asimismo pequeñísimas úlceras circulares del tamaño de la cabeza de un alfiler. Las úlceras habían destruido la membrana mucosa. No se encontraron cálculos biliares, y el tejido hepático estaba sano.

La mucosa del estómago, en su extremidad esplénica, era blanda, bastante fina y roja, por la inyección de los pequeños vasos que eran aparentes á simple vista. El resto del tubo intestinal presentaba tan sólo los vestigios ordinarios del cólera. Las glándulas del mesenterio estaban hipertrofiadas. En el meso-cólon trasverso existían muchos cuerpos del volúmen de una avellana, compuestos de una materia bastante parecida á la cal blanda ó al mastic de los vidrieros, contenida en una cápsula muy visible.

El bazo era más duro que en los casos normales, pero tenía su volúmen ordinario. El pulmón izquierdo se hallaba fijo á la pleura costal por un tejido antiguo; el pulmón derecho libre; por lo demás, ambos órganos estaban sanos. También era normal el estado del corazón y de ambos riñones. La aurícula y

el ventrículo derechos del corazón contenían coágulos amarillos fibrinosos, no observándose este mismo fenómeno en las cavidades izquierdas.

Parece que, en este caso, la inflamación de la vesícula biliar se desarrolló en medio de un estado de salud, al parecer, bueno. Los síntomas que la anunciaron fueron: el vómito sanguíneo, que se repitió varias veces; el dolor agudo, con sensibilidad al tacto y tensión del epigastrio; fiebre, inapetencia, sed y suciedad de la lengua. Estos síntomas desaparecieron por completo al cabo de pocos días, y parecía que el paciente se hallaba en plena convalecencia cuando le atacó el cólera, que lo llevó al sepulcro. Este caso sirve asimismo para demostrar que pueden existir ulceraciones muy extensas de la vesícula biliar, sin que se perciba ningún síntoma especial. En los quince días de convalecencia que trascurrieron antes del ataque de cólera, aunque cesaron el dolor, la sensibilidad del epigastrio al tacto y el vómito, no se podía poner en duda que existían ulceraciones de la vesícula biliar.

Andral ha publicado un caso (*Clin. Med.*, t. IV, p. 500) en el cual se observó la ulceración de la vesícula biliar ó la escara gangrenosa de ésta, por defecto de nutrición, en un hombre de sesenta y cuatro años que, curado ya de una inflamación anterior, tenía notablemente engrosadas las túnicas de los conductos cístico y común, y bastante disminuido su diámetro. En este individuo sobrevino la perforación de la vesícula biliar, y el paciente murió rápidamente de peritonitis.

Cruveilhier (*lib. XXIX*) refiere otro caso en el cual la inflamación supurativa y la ulceración sobrevinieron en una vejiga de la hiel que ya había estado enferma; pero aquí existía otra causa, la oclusión del conducto cístico por un cálculo. El paciente era una señora bastante robusta, de treinta y cuatro años, muerta á consecuencia de la perforación de la vesícula biliar que dió lugar á la peritonitis.

En el caso siguiente, que me dió á conocer el Sr. Bowman, la ulceración y la escara de la vesícula biliar se desarrollaron en el curso de la fiebre tifoidea. Las túnicas de la vesícula biliar estaban engrosadas y el conducto cístico obliterado.

Caso. — Septiembre 17, 1835. — Ana Burnacle, de 16 años, bastante gruesa, camarera, entró este día en el hospital, en estado de delirio. Frío general del cuerpo, palidez del semblante, angustia, pulso frecuente y débil; lengua sucia y húmeda; orinas escasas, algo oscuras; dos evacuaciones de materia fecal, de color amarillento; sed bastante viva; la presión sobre el abdomen provoca dolores intensos; cefalalgia; delirio; no fué posible obtener respuesta á las preguntas que se le dirigían, ni tampoco hacerla pronunciar un solo nombre; temblor continuo y general.

Sus amigas refieren que el sábado último (día 12) tuvo frío, seguido de ca-

lor, con cefalalgia fuerte, malestar y dolor general, y que hacía tres días que comenzó á delirar. Hasta entonces no había recurrido á los médicos.

Se prescribieron fomentos al vientre y una limonada.

Nada de particular ocurrió hasta el día 24, en que murió la enferma. El tratamiento empleado fué el siguiente:

Septiembre 18. — *Hyd. c. cretá, gr. quinq., pulv. ipecac. co., gr. tria, ter die. Mist. camph. f. unciam 4tis horis. Empl. lyttæ noctæ.*

Septiembre 19. — *Empl. lyttæ abdomini.*

Septiembre 21. — *Hyd. c. cretæ, gr. quinq., P. cretæ c. opio, scrup. semis nocte neque sumend.; quince sulph. granum, ter die.*

Septiembre 23. — *Un huevo; vino de Oporto.*

AUTOPSIA. — Se hizo veintiseis horas después de la muerte.

Cabeza. — Derrame seroso subaracnoideo en la superficie de los hemisferios y en la base del cerebro. Ninguna alteración morbosa en la sustancia cerebral, ni serosidad en los ventrículos.

Pecho. — Congestión de los lóbulos inferiores de los pulmones. Ligera rubicundez de la mucosa que cubre las vías aéreas, con cierta cantidad de moco espumoso. Corazón sano.

Abdomen. — Ganglios mesentéricos intensamente inyectados. La porción inferior del íleon ofrece un color bastante intenso de caoba, y al abrirlo se ven algunas úlceras gangrenosas de color verde blanquecino. Las últimas tres ó cuatro pulgadas de esta porción del tubo intestinal se hallaban ocupadas por una úlcera muy ancha, la cual había destruido la mucosa, que estaba encogida. El color era verde oscuro sucio. La túnica muscular subyacente existía en todos los puntos y estaba visiblemente engrosada. La mucosa alrededor de las úlceras era muy gruesa, bastante blanda y ofrecía un color púrpura-oscuro.

Las glándulas del colon estaban hipertrofiadas y ulceradas, sobre todo cerca del sacro. El estómago, algo voluminoso, se hallaba distendido por un líquido verdoso, semejante al que vomitó el paciente la noche antes de la muerte. A lo largo de su curvadura mayor veíanse grupos de puntos de color rojo vivo; pero la mucosa no ofrecía indicios de reblandecimiento.

La vejiga de la hiel, bastante ancha, estaba llena de un líquido acuoso de color parecido al té. Por fuera ofrecía un color blanco amarillento, y tanto ella como las vísceras adyacentes no estaban manchadas, como suele suceder, por la trasudación biliar. En un punto se veía roja y en el centro de esta porción existían escaras. La mayor de éstas, del tamaño de una moneda de cuatro sueldos, existía en la superficie adherente de la vesícula biliar, y las demás en la superficie libre convexa. Habían llegado á profundizar todas las túnicas, si bien la membrana mucosa se hallaba destruida en una extensión mayor que las demás. Estas escaras parecían de reciente formación, y se hallaban rodeadas por vestigios de inflamación, pero no se observaban indicios de desprendimiento en ningún punto. Algunos copos de linfa reciente estaban adheridos á la superficie externa de la vesícula biliar y á la cara contigua del hígado, pero en este último punto su número era bastante menor. La cavidad de la vesícula biliar estaba casi perfectamente dividida en dos sacos por una división en forma semilunar de la membrana interna, la cual se hallaba situada á dos ter-

cios poco más ó ménos de la longitud del fondo. Los dos lados en que se hallaba dividida la vesícula estaban dilatados y comunicaban entre sí por una abertura por la que apenas podría pasar el dedo meñique. Las escaras que estaban rodeadas por una zona inflamatoria ocupaban la cavidad mayor, mientras que la menor, que ofrecía un color blanco azulado, no presentaba el menor indicio morboso. La mucosa de la vesícula biliar estaba gruesa y dura, como si ya hubiese padecido otras veces la enfermedad. A la distancia de dos pulgadas, poco más ó ménos, de la vesícula biliar, el conducto cístico estaba obstruido en dos ó tres puntos diferentes por adherencias que las tónicas habían contraído entre sí. Por delante de esta porción estaba normal, y, lo mismo que los conductos hepático y común, teñido de bilis sana.

En este caso, la ulceración gangrenosa de la vesícula biliar podía atribuirse á la tendencia general de dicho enfermo á la gangrena, como pudo verse en las úlceras del ileon, y á la circunstancia de que la vesícula biliar había ya padecido otras enfermedades anteriores, que modificaron su nutrición. Lo mismo que en el caso mencionado por Louis, del cual ya hemos dicho algunas palabras, la inflamación supurativa de la vesícula biliar sobrevino en el curso de una fiebre tifoidea, sin que se presentase, en medio de los desórdenes generales, un síntoma que hiciese sospechar la existencia de una enfermedad de la vesícula biliar.

El engrosamiento y todos los demás cambios de estructura de las partes próximas á la vesícula, lo mismo que la estrechez de los conductos cístico y común, predisponen á la ulceración de la vesícula biliar, de la misma manera que la paraplegia ó la estrechez de la uretra y la hipertrofia de la próstata predisponen á la inflamación de la vejiga urinaria. Aun cuando la vejiga se vacie entonces casi por completo, el líquido que queda tiende á la descomposición, y el líquido así descompuesto causa la irritación de la membrana mucosa.

En el siguiente caso, cuyos detalles debo también al Sr. Bowman, la ulceración y la escara de una vesícula biliar, que hasta entonces no había padecido ninguna enfermedad, se desarrollaron repentinamente, después de haber sufrido el paciente una grave lesión al ser enterado en un montón de arena.

Caso. — *Fractura compuesta de la pierna izquierda y del brazo derecho con contusiones generales. — Dos días después, grave dolor corrosivo en el epigastrio y en el hipocondrio derecho, que aumentaba por la presión. — Náuseas y vómitos. — Presentimiento de la muerte, la cual sobrevino siete días después de la caída. — Linfa derramada en el peritoneo que cubre los intestinos delgados, el estómago y la superficie inferior del hígado. — Escaras gangrenosas en tres ó cuatro puntos de la membrana externa de la vesícula biliar. — Ulceraciones de la membrana interna que no correspondían á las escaras de la externa.*

Tomás Collins, de sesenta y un años, débil y delgado, de vida desarregla-

da durante su juventud, pero sobrio de algunos años á esta parte según él dice, fué llevado al Hospital de Birmingham á las cuatro de la tarde del día 22 de Diciembre de 1834, ingresando en la Clínica del Sr. Hodgson.

Pocas horas antes estaba trabajando en un arenal, cuando cayeron encima de él algunas toneladas de arena, echándole á tierra y cubriéndole por completo; una vez *desenterrado*, se le llevó al hospital.

Además de numerosas contusiones en todo el cuerpo, encontróse una fractura compuesta del tercio inferior de la pierna izquierda. Los fragmentos de la tibia perforaban la piel por delante, formando dos aberturas pequeñas y triangulares, por las cuales salía sangre venosa. El radio estaba, asimismo, fracturado cerca de la diáfisis.

Se aplicó á los miembros el apósito conveniente, después de hacer la reducción.

Día 23 de Diciembre. — El enfermo pasó la noche inquieto, sin sueño y en medio de los más atroces dolores del brazo y de la pierna. Continuos lamentos de malestar general. Ninguna deposición.

R. Liq. opii sedativ. Mm. xxv, statim et repet. horâ somni, si opus sit.

Día 24 de Diciembre. — Por la mañana. Ha pasado inquieto casi toda la noche. Se le administra la mixtura á las cuatro de la madrugada, conciliando entonces el sueño. El enfermo se queja de dolores agudos en el brazo, y dice se encuentra mejor de la pierna. Una evacuación albina; pulso á 76, regular.

(Seis de la tarde). — Al medio día sintió fuertes dolores corrosivos en el epigastrio y el hipocondrio derecho, que continúan todavía, exacerbándose por la presión. Se queja continuamente y parece se halla en la agonía. La lengua está sucia y seca, y el paciente tiene mucha sed. No hay delirio ni cefalalgia, sino gran decaimiento y presagios de muerte.

Appl. hirud. x epigast. ; postea, cataplasma. Un poco de aguardiente caliente diluido con agua: caldos.

T. opii drach. semis. sp. ammoniac aromat. drachmam j., aq. menth. pip. unciam, post horas iij Sumend. et repet. horâ somni, si opus sit.

Enema comune statim. c. sodæ muriat. unc. semis.

Día 25 de Diciembre. — Durante la noche tuvo náuseas, y también vómitos. El líquido es de naturaleza biliosa y se encuentra mezclado con los alimentos tomados el día anterior, no digeridos todavía. Continúan las náuseas, eructos; el dolor en el epigastrio no es tan intenso, pero sí continuo, con malestar general. Se encuentra mejor de la pierna y no existe tumefacción alrededor de la fractura. Pulso á 76, blando; lengua seca y oscura; una deposición.

Haust salin. efferves. c. ammoniac s. carb. 4tis horis. — Caldos.

Cal. gr. v., opii. gr. j., horâ somni.

Día 26 de Diciembre. — Sueño bastante reposado. El enfermo está tranquilo, pero exhala frecuentes gemidos y siente dolores atroces en la región precordial, que no se exacerban por la presión. Dice que siente dolor en todo el cuerpo. Continúa el temor de una muerte próxima. Pulso á 84, lento y depresible. Por la mañana vomitó gran cantidad de un fluido bilioso. Lengua seca, boca pastosa, sed, deposiciones y orinas fáciles y espontáneas. La pierna está indolente y no hinchada. *Repet. haust. anodyn. h. s.*