

Día 27 de Diciembre. — Gran inquietud la noche anterior. Gemidos, suspiros y lamentos continuos. El dolor en el epigastrio continúa todavía; es agudo, pero no aumenta por la presión; en el mismo punto experimenta el enfermo una sensación de plenitud, y el vientre está timpanizado; lengua seca y sucia, sed; el vómito ha desaparecido, pero las náuseas se presentan tan pronto como el enfermo ingiere cualquier alimento; estreñimiento, orinas fáciles, la pierna indolente y en buena posición.

Enema y media taza de cerveza floja (*ale*).

Día 28 de Diciembre. — Duerme algo por la noche y tiene tres deposiciones albinas; cara tranquila; ningún quejido; disminución del dolor; ligera sensibilidad al tacto en la región hipocondriaca derecha; vientre timpánico; eructos; sed viva; lengua seca en el centro, húmeda en los bordes; piel caliente; pulso á 104, vibrátil, duro y compresible. Tanto la pierna como el brazo se encuentran en condiciones normales é indolentes.

Haust. anodyn. h. s.

Día 29 de Diciembre. — Sueño tranquilo y largo: ahora se halla, bajo la influencia del opio, en un estado casi comatoso. Respiración acelerada, pulso muy débil, alteración del semblante, decúbito supino; no existe dolor, pero las fuerzas van desapareciendo rápidamente.

Muerte á las cuatro de la tarde.

Autopsia. — Veintiocho horas después de la muerte.

No se examinó la cabeza.

Pecho. — Los órganos contenidos en el pecho están sanos.

Abdómen. — En la cavidad abdominal se encontró una taza de serosidad mezclada con copos de linfa. El peritoneo que cubre los intestinos delgados, el estómago y la superficie cóncava del hígado estaban casi completamente cubiertos de una capa de linfa incolora, débilmente unida, y que en algunos puntos ofrecía el espesor de un cuarto de pulgada y la consistencia de la albúmina endurecida. La túnica peritoneal que estaba por debajo ofrecía en todas sus partes un grado marcadísimo de anemia, sin que se pudiera descubrir ninguna rotura ó perforación.

El hígado, tanto en la superficie convexa como en su sustancia parenquimatosa, estaba sano.

La vejiga de la hiel se encontró extraordinariamente alterada. Su membrana externa estaba ulcerada en tres ó cuatro puntos, en los cuales existía un notable adelgazamiento de las paredes (según podía verse por transparencia), sin perforación alguna: dicha superficie ofrecía el color amarillo brillante de la bilis.

Las porciones de la túnica externa que se hallaban libres de ulceración ofrecían un color blanquecino (color debido á la opacidad de la membrana y no al depósito de linfa), salpicado de púrpura y rojo, colores debidos á la inyección vascular. La vesícula biliar contenía onza y media próximamente de bilis muy líquida, en la cual nadaban copos blancos semejantes á los de la linfa.

La vesícula biliar estaba también ulcerada en su interior en gran parte, si bien dichas ulceraciones no correspondían en manera alguna á las externas. Las úlceras tenían los bordes algo desiguales, elevados, y su superficie

estaba cubierta por linfa, que se desprendía con facilidad. En estos puntos se hallaba completamente destruida la membrana reticular.

En este caso, el primer síntoma que pudo referirse á la vesícula biliar fué el dolor corrosivo en el epigastrio y en el hipocondrio derecho, que se manifestó el 24 de Diciembre, dos días después del accidente. Dicho dolor era continuo, aumentaba por la presión, y, al propio tiempo, el paciente se veía atormentado por náuseas, vómitos y eructos.

Con todo, estos síntomas no podían atribuirse en absoluto á la afección de la vesícula biliar, pues, al propio tiempo, existía una peritonitis algo extensa. Parece probable que, tanto la enfermedad de la vejiga de la hiel como la peritonitis, procedieron de una lesión de estas partes en el momento en que ocurrió el accidente.

Las terminaciones de la ulceración de la vesícula biliar y de los conductos hepáticos son diversas:

1.^a Una úlcera, que comenzó en la mucosa de la vesícula biliar ó del conducto común, puede corroer sucesivamente, poco á poco, las distintas túnicas, hasta dejar al descubierto la peritoneal. El contacto de la bilis con esta membrana en tales circunstancias es causa de su ulceración, y el contenido de la vejiga va entonces á derramarse en la cavidad peritoneal. Este accidente da lugar muy pronto á una peritonitis general supurativa, y de tal gravedad que en pocas horas muere el paciente, y, en ocasiones, más pronto por la peritonitis que por la perforación intestinal.

Con todo, si la oclusión del conducto cístico dura ya algún tiempo, y si la vejiga de la hiel está completamente vacía de bilis, los humores en ella contenidos se filtrarán, por decirlo así, en la cavidad peritoneal. Cuando la túnica mucosa está corroida por completo, el líquido puede filtrarse entre ella y las demás membranas, y, finalmente, por una abertura de la serosa peritoneal podrá salir por un punto que no corresponda á la úlcera de la membrana mucosa. La materia, saliendo gota á gota, inflama el peritoneo en el punto más próximo á la vejiga de la hiel, hasta que, por adherencias que establece la linfa coagulable, se forma en la cavidad peritoneal una especie de absceso circunscrito. Ya he mencionado un caso de Cruveilhier en el cual ocurrieron los fenómenos que acabo de describir.

Con todo, nunca sucede esto cuando la vejiga de la hiel contiene cierta cantidad de bilis, porque entonces este humor, hallándose en contacto con la túnica serosa, es causa de ulceración, y las materias en ella contenidas se derraman de una sola vez en la cavidad peritoneal.

2.^a Cuando la ulceracion de la vesícula biliar ó de los conductos hepáticos es producida por la presencia de un cálculo, generalmente, antes de que sobrevenga la perforacion, se desarrolla una inflamacion adhesiva de la membrana serosa; y, en tal caso, la vejiga y el conducto hepático contraen adherencias con las partes vecinas, que, ordinariamente, son el duodeno y el cólon: á las ulceraciones de las tunicas que cubren la vesícula biliar ó el conducto hepático sigue la de las membranas intestinales, y el cálculo pasa, de este modo, al tubo alimenticio.

La inflamacion de la vesícula biliar por la presencia de un cálculo es bastante ménos extensa, suele ir acompañada de síntomas mucho ménos alarmantes y ofrece ménos peligro que la inflamacion determinada por otras causas. El proceso ulcerativo y adhesivo, que se desarrolla de una manera lenta, no puede dar lugar á síntomas violentos y graves.

Por lo que á mi práctica se refiere, no he podido observar un solo ejemplo de este modo de difundirse la ulceracion de la vesícula biliar á las paredes intestinales, que no reconociera por causa la presencia de un cálculo.

3.^a La ulceracion de la vesícula biliar ó de los conductos hepáticos, lo mismo que la de todas las superficies mucosas que llevan su sangre á la vena porta, puede dar origen á abscesos diseminados en la sustancia hepática. En el capítulo referente á la inflamacion supurativa del hígado hemos mencionado algunos casos en los cuales pareció que los abscesos hepáticos tenían su origen en úlceras de la vesícula ó de los conductos biliares. En tales circunstancias los abscesos pueden ser considerados como consecuencia inmediata de la inflamacion supurativa de alguna pequeña vena próxima á la úlcera, ó bien de la absorcion del líquido que fluye de la misma úlcera.

Una úlcera en los conductos gruesos que recorren los lados y se adhieren á las ramas más voluminosas de la vena porta puede corroer las tunicas de la vena, desarrollando una flebitis supurativa, cuyas consecuencias serán bastante más temibles que las que suelen seguir á la inflamacion de la vena porta, porque con la sangre de ésta se mezclan entónces el pus y la bilis.

Los espantosos efectos que siguen á este accidente pueden verse en el siguiente caso, publicado por Dance (*Archives générales*, t. XIX, página 40, 1828), en el cual una úlcera que tenía su origen en el conducto comun llegó á corroer y perforar las tunicas de la vena porta:

Caso. — Un hombre de veinticinco años, de temperamento linfático, tuvo en los primeros días de Octubre de 1828, y sin causa conocida, gran estreñimiento, inapetencia, sed y dolor en el epigastrio. Las sanguijuelas aplicadas

á esta region sólo produjeron un alivio momentáneo. El día 12 de Octubre, el enfermo fué trasportado al Hôtel-Dieu, ofreciendo los mismos síntomas. Sin embargo, el dolor en el epigastrio era bastante más intenso; además, la lengua estaba roja y seca, el pulso poco más frecuente que lo normal, y la piel caliente. Se aplicaron veinticuatro sanguijuelas al ano, pero con poca ventaja. En los siguientes días se renovó la aplicacion de quince sanguijuelas al epigastrio, con lo cual se consiguió una notable disminucion del dolor.

En los cinco días siguientes, el enfermo mejoró; la lengua estaba casi natural. Más tarde, en dos épocas diferentes, volvieron á presentarse los mismos síntomas, con la intensidad anterior, sin que esta agravacion pudiera atribuirse á desórdenes dietéticos. La primera vez calmaron por la aplicacion de sanguijuelas al epigastrio, y la segunda se disiparon sin ningun tratamiento directo.

Al concluir el mes de Octubre, el paciente parecía próximo á la convalecencia, pero se quejaba todavía de un dolor en la region epigástrica, y existía en su estado algo difícil de explicar. Repentinamente se desarrolló un dolor en el hipocondrio derecho, primero obtuso, pero despues bastante perceptible, acompañado de vómitos biliosos, frecuentes deposiciones albas, fiebre y lengua limpia y natural. (*Veinte sanguijuelas al ano, un baño.*) El dolor cesó; pero las deposiciones y los vómitos se hicieron continuos, y la piel comenzó á tomar un color amarillento.

Tal estado duró hasta el 12 de Noviembre, en cuya época se presentaron escalofríos (que despues reaparecieron en épocas diferentes), seguidos de frecuencia del pulso, calor y sequedad de la piel.

Dos días despues, sintió de repente un dolor agudo y profundo por fuera del hombro derecho, con hinchazon y sensibilidad de las partes blandas próximas á dicha articulacion, siendo bastante dolorosos los movimientos del brazo. (*Empiastri ammollienti; V. S. unc. viij.*) La sangre extraida no contenía costra fibrinosa.

Trascurridos ocho días desde la aparicion de estos nuevos síntomas, el enfermo sintió repentinamente un dolor agudísimo en la region frontal, seguido bien pronto de hinchazon y tension, sin que variase el color de la parte. Dos días despues observóse el mismo fenómeno en la region temporal izquierda. La hinchazon fué extendiéndose poco á poco á la cara y á toda la cabeza, de modo que éstas partes adquirieron un enorme volúmen.

Coincidiendo con estos graves síntomas, el pulso era pequeño, no muy frecuente, depresible, y la piel algo caliente; el vómito, la diarrea y la ictericia no cesaron, mientras que los dolores abdominales se disiparon por completo.

La hinchazon en la parte media de la frente y en la region temporal izquierda fué haciéndose mayor cada vez; se presentaron en varios puntos flictenas llenas de una serosidad sanguinolenta, las cuales, al abrirse, dejaban al descubierto algunos pequeños puntos en los cuales la piel parecía gangrenada. En medio de la frente y en la region temporal izquierda, estas manchas, extendiéndose, llegaron á encontrarse con las otras, formándose una sola, del tamaño de un escudo, cuya superficie estaba llena de pequeños agujeros por los cuales salian gotitas de pus.

Algunos días ántes de la muerte, la lengua se puso roja, seca y luégo negra; los labios y los dientes se cubrieron de fuliginosidades, y la piel de la nariz adquirió un color oscuro. Tanto en la piel de los miembros y del tronco, como en el tejido celular submucoso, se presentaron petequias y pequeños infartos nudosos: el enfermo cayó en un estado de suma postracion y de delirio tranquilo, muriendo á las tres de la tarde del día 2 de Diciembre.

Se hizo la autopsia diez y ocho horas despues de la muerte. No había rigidez de los miembros. Toda la superficie cutánea estaba llena de petequias. Al lado de estas manchas petequiales había pústulas lenticulares negruzcas, algunas de las cuales contenían un flúido sanioso, y otras un pus homogéneo blanco. Estas últimas profundizaban en el tejido areolar subcutáneo, que se hallaba completamente infiltrado de pus. La erupcion parecía más confluyente en las piernas que en los brazos, y más por delante del tronco que en la parte posterior.

Enorme tumefaccion de la cabeza y de la cara. La nariz estaba cubierta por una costra de naturaleza gangrenosa que interesaba la piel. Tanto en medio de la frente, como en la region temporal izquierda y detras de la oreja del mismo lado, veíanse escaras blandas, grises y bastante fétidas, y el tejido celular subyacente estaba infiltrado de pus. La piel de la frente y de la mitad anterior izquierda del cráneo estaba convertida en una materia semejante á la corteza del tocino, de una pulgada de espesor, en cuyo centro se podían distinguir muchas venas, todas llenas de pus. Estas venas concurrían á formar las temporales, que en el centro y en la superficie del músculo del mismo nombre, en las fosas zigomática y pterigoidea formaban un inmenso plexo, cuyas ramas estaban llenas de pus y limitadas por arriba por las fibras reblandecidas y negruzcas de dichos músculos, y por abajo por tejido celular amarillo, delgado. La parótida izquierda, cuatro veces más voluminosa que en estado normal, ofrecía una superficie granulada: por muchos puntos de ella salían gotas pequeñas y redondas de pus, procedentes sin duda de los orificios de las infinitas venillas propias de la glándula; siguiendo el trayecto de muchas de estas ramificaciones venosas, se encontraron llenas de pus.

Estas ramas venosas abocaban á la vena yugular externa, que hasta la mitad del cuello se hallaba inflamada, ofreciendo por fuera una dureza y volúmen anormales, y en su interior una superficie rojiza, rugosa, áspera, cubierta de gruesas pseudo-membranas; más abajo todavía se encontraban grumos sanguíneos mezclados con pus.

En el lado derecho de la cabeza, por debajo del pericráneo, se observaba infiltracion de una linfa amarillenta de aspecto gelatinoso; el músculo temporal pálido y blando; la parótida y la yugular externa en estado sano. El ramo anterior de la vena temporal y sus divisiones contenían pus reunido en masas, entre las cuales se veían grumos de sangre. El músculo deltoides derecho estaba negruzco, reblandecido, y lo atravesaban muchísimas venas, todas llenas de un pus amarillo y denso. Los músculos de las demas partes del cuerpo eran oscuros y dislacerables. El hombro derecho y la articulacion húmero-radial de este mismo lado contenían pseudo-membranas y sinovia en estado purulento. Las demas articulaciones no ofrecían nada de particular.

Cerebro.—Senos de la dura madre distendidos por grumos de sangre ne-

gra, pero sus paredes normales. Sustancia encefálica pálida, de aspecto edematoso. Ventrículos distendidos por una serosidad incolora. Meninges sanas.

Pecho.—El volúmen, color y consistencia del corazon eran normales. Dicha víscera contenía poca sangre, flúida y negra, y, tanto en sus cavidades como en las tónicas propias de los vasos que con ellas comunican, no se vió ningun indicio de inflamacion.

Pleura exenta de flogósis y de adherencias.

Los pulmones estaban atestados de millares y millares de pequeñas masas sólidas (*engorgemens*), de diversa forma y volúmen, más numerosas en el pulmon derecho que en el izquierdo, y junto á la pleura, que formaba prominencia á simple vista. Algunas de estas masas sólidas ofrecían un color negruzco; otras eran blanquecinas y granuladas, y con una ligera presion se reducían á una materia puriforme. Ninguna de estas masas constituía un verdadero absceso. El tejido pulmonar periférico á estos cuerpos ofrecíase normal, ó, á lo más, ligeramente infartado de serosidad sanguinolenta. Una diseccion minuciosa y detenida demostró que estas masas se hallaban formadas por expansiones de las venas pulmonares llenas de pus hasta sus más finas ramificaciones. En los demas puntos del pulmon, las venas no contenían pus.

Abdómen.—El hígado, de un color pardo-negruzco, contenía tambien muchas masas purulentas, algunas de ellas visibles en la superficie, aunque no formaban prominencia por encima de ésta. Dichas masas puriformes parecían formadas por venas, ó, al ménos por su extremidad, llenas de pus. Pudimos ver que se continuaban con las raicillas de la vena porta. Muchas ramas de esta vena, y aún el mismo tronco, estaban llenas de una materia pulposa, puriforme, del color amarillento de la bilis, mezclada con sangre líquida y tambien con grumos, unos negros y otros incoloros, éstos libres y aquéllos adherentes. La membrana interna de dichos vasos estaba cubierta de una densa capa de pus, por debajo del cual se veía una superficie rugosa, áspera, granular, pero en la mayor parte de su extension conservaba su aspecto ordinario, si bien estaba algo más blanca y opaca que en estado normal. Las venas mesentéricas que proceden de los intestinos delgados, las que nacen del páncreas, y la vena esplénica contenían una materia de la misma naturaleza, y sus paredes presentaban iguales cambios que los vasos del hígado.

Todas estas venas, ántes de abocar al tronco de la vena porta, atravesaban una masa considerable infartada, que se componía por delante de la columna vertebral y á lo largo de todo el mesenterio de una coleccion de gruesas y rojas glándulas que supuraban en el centro, y rodeada por un tejido denso areolar, lleno de pus.

La vejiga de la hiel, ademas de contener bilis turbia y serosa, ofrecía hácia su base cuatro úlceras pequeñas, negruzcas y redondas, que ocupaban la membrana mucosa. El conducto comun se hallaba destruido en todo su trayecto y convertido en una cavidad oblonga y sinuosa, que contenía fragmentos membranosos desprendidos de sus paredes y coloreados por la bilis. Por detras ofrecía ademas este conducto algunas úlceras profundas que interesaban todas sus tónicas, y tambien alguna de las más gruesas venas adyacentes. Una de estas úlceras se abría en la vena mesentérica superior por un agujero de una línea de ancho, rodeado, en el interior del vaso, de un borde

verdoso. Las demas se dejaban atravesar fácilmente por un alfiler algo grueso.

La mucosa del estómago y de los intestinos se hallaba en estado normal, era bastante consistente, blanca, y tapizada por un moco grisáceo-denso. La membrana interna del duodeno, alrededor del orificio de entrada del conducto comun en el intestino, en la extension de un escudo, estaba reblandecida, de color de carmin, y presentaba ademas cuatro ó cinco ulceritas pequeñas y profundas.

El bazo ofrecía un color pardo-negruzco, estaba reblandecido, pero sin vestigios de pus.

Riñones sólidos, pálidos y sanos.

La vejiga urinaria sana y llena de orina.

Los diferentes estadios de la enfermedad se presentaron, en la historia que acabamos de relatar, con bastante claridad y distincion. Parece que, durante el mes de Octubre, la enfermedad se limitó á la mucosa de la vesícula biliar y de los conductos hepáticos, revelándose por los siguientes síntomas: *dolor*, que se combatió dos veces por la aplicacion de sanguijuelas al epigastrio; la *sensacion de cansancio*, la *inapetencia*, la *sed* y una *ligera reaccion febril*; ademas, á últimos de Octubre, hallándose el paciente en plena convalecencia, llegando el proceso ulcerativo á la túnica externa del conducto comun, lo inflamó, dando lugar á nuevos síntomas: reaparicion del *dolor* en el hipocondrio derecho, *vómitos biliosos*, *diarrea*, *aumento de fiebre é ictericia*.

El día 12 de Noviembre, una de las úlceras llegó á corroer las túnicas de una rama de la vena porta, por lo cual se presentaron los síntomas constantes de la flebitis supurativa, como los escalofríos, la frecuencia del pulso, sequedad y calor de la piel.

En el caso ántes mencionado, de inflamacion supurativa de una rama de la vena porta, el desórden local se limitaba al hígado. Los glóbulos de pus se habian detenido casi por completo en estas vísceras. Al cabo de dos días, el sujeto notó de repente dolores é hinchazon del hombro derecho; ocho días despues sobrevino el dolor y el abultamiento en medio de la frente, y á los diez, tanto uno como otro se difundieron por la region temporal izquierda. Más tarde, la piel se cubrió de petequias; en los miembros y en el tronco se formaron pústulas gangrenosas, y el enfermo murió el 2 de Diciembre, en un estado tifoideo.

Despues de la muerte se encontraron trozos de linfa y de sinovia puriforme en las articulaciones escapulo-humeral y humero-radial del lado derecho, así como en los pulmones y en el hígado pequeñas masas circunscritas, algunas próximas á la supuracion.

Los efectos de la enfermedad en este caso tenian cierta semejanza con los de una flebitis supurativa traumática de la cabeza ó de los miembros, si bien la inflamacion se desarrolló en puntos distantes y

fué de naturaleza gangrenosa, distinta de la debida á una flebitis ordinaria.

La autopsia demostró que las afecciones de las partes remotas dependían de la mezcla de la sangre con bilis y pus, y que los fenómenos morbosos de dichas partes habían comenzado por la inflamacion de las venas más finas.

La circunstancia de que no existían cálculos biliares, de que en el duodeno las úlceras se hallaban inmediatamente alrededor del orificio del conducto comun, y, por último, de que se encontraron ulceraciones en la vesícula biliar y en el conducto, no permite apénas dudar que el proceso ulcerativo, causa de todos los desórdenes posteriores, fué determinado por la bilis irritante. Merece consignarse el hecho de que el intestino delgado, lo mismo que las demas partes del tubo alimenticio, excepto el punto en que aboca el conducto comun, estaban completamente libres de ulceraciones. Parece que la bilis, cuando se mezcla con los alimentos, diluyéndose, por decirlo así, con el jugo pancreático y con las secreciones intestinales, va perdiendo su naturaleza irritante á medida que descende á lo largo del tubo intestinal.

Este hecho confirma por completo la opinion, ya emitida en un capítulo anterior, sobre las relaciones entre los abscesos del hígado y la disenteria. Ademas demuestra á qué graves consecuencias pueden dar lugar los estados morbosos de la bilis; estados que suelen ser bastante fugaces, y hasta ahora bastante oscuros.

Otro efecto que de vez en cuando produce la enfermedad que nos ocupa, es la *oclusion permanente de los conductos cístico y comun*. No es la inflamacion el único proceso morboso que puede producirla. La obliteracion permanente del conducto cístico es causada muchas veces por un cálculo biliar. Este se forma en la vesícula biliar, y llega á veces á adquirir tal grosor que no puede atravesar el conducto; pero, nadando en la bilis y empujado por ésta, puede introducirse en el orificio del conducto, donde se fija tenazmente. La porcion de conducto que está alrededor del cálculo se inflama, y, en virtud de este proceso flogístico, el conducto se oblitera de una manera permanente, más allá del cálculo, en la direccion de los conductos hepáticos. Entónces la luz del conducto llega á obstruirse tambien en el lado opuesto, y, en tales circunstancias, el cálculo queda como encerrado en un quiste. En ocasiones, el conducto *comun* se oblitera tambien por el mismo mecanismo, si bien esto es ménos frecuente, porque dicho tubo es bastante más ancho y recto que el *cístico*; y así, cuando un cálculo ha atravesado ya el conducto cístico, suele correr libremente por el *comun*. Pero este tubo se obstruye con frecuencia por tumores cancerosos ó de otra clase, y, sobre todo, por enfermedades malignas que afectan la cabeza del páncreas.

La Ciencia posee, pues, muy pocos ejemplos de oclusion perma-

nente de este conducto por cuerpos extraños que se hayan introducido en el mismo desde el interior del duodeno.

Cualquiera que sea la causa de la oclusion de ambos conductos, los efectos son siempre los mismos; por lo tanto, creo conveniente hablar á la vez de todos ellos.

La obliteracion del conducto cístico destruye el oficio de la vesícula biliar y produce en ella cambios diversos segun la duracion de la obstruccion y el estado anterior de dicha vesícula.

Cuando el conducto cístico llega á obturarse á consecuencia de una inflamacion adhesiva de la cápsula hepática, y la mucosa de la vesícula biliar está sana, la bilis en ella contenida es absorbida muy pronto, convirtiéndose á veces en un flúido viscoso, de la consistencia del moco ó de la sinovia, y poco ó nada teñido de bilis. Al cabo de algun tiempo, la secrecion de este flúido va disminuyendo poco á poco, y la vejiga de la hiel se contrae, se encoge, quedando reducida en ciertos casos al volúmen de una almendra.

Si anteriormente están ya enfermas las paredes de la vesícula biliar, y dado lugar á una abundante secrecion de colessterina, como sucede generalmente en los casos de oclusion del conducto cístico por un cálculo, la vesícula biliar, una vez obliterado el conducto, ora contiene un moco viscoso y reluciente por su mezcla con la colessterina, ora se amolda sobre un cálculo casi completamente compuesto de dicha sustancia.

Si, en el instante de la obstruccion, la vesícula biliar contiene un moco viciado ó bilis, estos humores podrán descomponerse, dando despues lugar á una inflamacion supurativa de la mucosa que concluye por llenar de pus la vejiga.

Teniendo en cuenta los casos ántes mencionados, puede deducirse que la obliteracion del conducto cístico atenúa la nutricion de la vesícula biliar, disponiéndola así á la flogósis y á la ulceracion mucho más que en estado normal.

Los efectos de la obliteracion del conducto cístico sobre la digestion y sobre la salud general son mucho ménos graves de lo que pudiera creerse, y algunas veces apénas se notan. Hace poco tuve ocasion de observar un ejemplo de esta índole en un hombre de sesenta y cuatro años, que murió en el Hospital del Real Colegio; con reblandecimiento bastante extenso del cerebro y cistitis consecutiva al trastorno cerebral. No pensaba encontrar nada anormal en el hígado. Este sujeto tenía un color claro, y en sus antecedentes no existian indicios de malas digestiones. La vejiga de la hiel estaba llena de una masa de pequeños cálculos que la obturaban herméticamente, oponiéndose al curso de la bilis. Por ulteriores noticias, recogidas de sus amigos,

supo que el enfermo nunca había estado icterico ni quejádose de digestiones difíciles.

Otro ejemplo del mismo hecho observé en el Hospital del Real Colegio el año 1851. En una mujer muerta de tísisis pulmonar, y en la cual nunca se había sospechado un padecimiento hepático, la vejiga de la hiel se había contraído sobre un cálculo oval, y, al parecer, estaba obliterada desde algun tiempo ántes.

Mi amigo el Dr. Scott Alison dice que no hace mucho tiempo vió una vesícula biliar en la cual estaba obstruido el orificio del conducto cístico, y con un aspecto que indicaba que, mucho ántes de la muerte, se hallaba aplicada sobre un cálculo del tamaño de una avellana. El receptáculo biliar estaba lleno de un moco viscoso y reluciente por algunos fragmentos de colessterina, y afectas las paredes de la vesícula biliar. El enfermo era una señora que murió á los setenta y nueve años, de una bronquitis aguda que duró ocho días, sin gran perturbacion anterior de la salud. La paciente, que nunca había hecho excesos en las comidas, no se quejó de ictericia ni de los demas sintomas que hacen sospechar una afeccion hepática.

Se ha dicho que el continuo aflujo de bilis al duodeno, por la oclusion del conducto cístico, puede ser causa de una exageracion del apetito (*Dict. de Med.*, t. v, p. 241); pero yo no he podido comprobar este hecho en ninguno de los casos citados, ni en otros muchos que podría referir.

La oclusion del *conducto comun* produce efectos bastante más graves.

Los más inmediatos son la ictericia muy intensa, la dilatacion de la vesícula biliar y de los conductos hepáticos y la retencion de bilis en la sustancia lobular hepática, la cual llega á adquirir un color verde-aceituna. Con motivo de la detencion de la bilis en la sustancia del hígado, este órgano aumenta muy pronto de volúmen; mas deja de crecer cuando el conducto ha permanecido obstruido durante algunos meses; y, finalmente, por la atrofia de la sustancia lobular y por la absorcion de la bilis en ella contenida, la víscera puede contraerse, llegando á ser todavía más pequeña que en estado normal.

Cuando el hígado se ha hipertrofiado por la simple retencion de bilis, su borde no está redondeado, como en la hipertrofia grasosa ó escrofulosa, sino que es delgado y agudo; y si el paciente adelgaza mucho, este borde agudo y delgado se percibe algunas veces fácilmente á traves de las paredes abdominales.

Si repentinamente llega á obstruirse el conducto comun, la vesícula biliar ó uno de los conductos situados por detras del punto obliterado, podrá distenderse tanto que lleguen éstos á escoriarse, de lo cual podríamos citar algunos casos.

Si la obstruccion se verifica de una manera gradual, la vesícula bi-

liar y los conductos se distienden tambien lentamente, y, cuando la obstruccion cuenta ya alguna fecha, estas partes pueden llegar á adquirir un enorme volúmen.

Abercrombie (*Diseases of stomach, etc.*, 2.ª edicion, p. 364) copia de Boismont un caso, en el cual los conductos hepáticos habian llegado de este modo á sufrir tal distension, y la sustancia lobular del hígado estaba reducida á tan poca cosa, que esta viscera presentaba el aspecto de un grueso quiste ondulante. La oclusion del conducto comun estaba formada por una fascia membranosa que pasaba por encima.

El efecto final de la obliteracion del conducto comun sobre la sustancia lobular del hígado es bastante digno de observacion. Las células de que está compuesta la sustancia hepática, y á las cuales se halla encomendada la secrecion biliar, llegan á destruirse; los vasos capilares de los lóbulos que contribuyen á la formacion del flúido se atrofian, y el hígado pierde su aspecto lobular, siendo inapto para realizar sus funciones ordinarias.

El Dr. Thomas Williams fué el primero que, en su Memoria *On the Pathology of Cells*, publicada en el *Guy's Hospital Reports* del mes de Octubre de 1843, llamó la atencion sobre la destruccion de las células propias del hígado. El Dr. Williams la observó en un individuo que murió en el *Guy's Hospital* de una afeccion maligna que interesaba la extremidad duodenal del páncreas, la cual comprimía de tal modo el conducto comun que la bilis no podía pasar al duodeno sino en pequenísimas cantidad y de una manera lenta. «El hígado no ofrecía la solidez y fragilidad ordinarias, sino que era blando, depresible, en términos que, por la presion, se podía reducir á pedazos. Puesto al microscopio, para examinar su estructura, observamos un hecho bastante extraño, á saber: que á duras penas podía encontrarse una sola célula glandular nucleada en estado normal. Preparando diversas porciones del órgano para alejar toda causa de error, se vió que todo era inútil, y que siempre se llegaba á la misma conclusion, á saber: que no existían las verdaderas células del parénquima del órgano. Las mismas preparaciones fueron examinadas por distintos observadores en el hospital. En todas las porciones colocadas en la platina del microscopio se veían partículas libres y pequenísimas de grasa y materia granulosa amorfa, tambien libres y flotantes; pero sólo por casualidad se descubría alguna célula nucleada. El siguiente grabado basta para dar idea de los caracteres microscópicos de dichas preparaciones».

En la primavera del año 1841 observé un caso en el cual, á consecuencia de la oclusion completa del conducto comun, las células hepáticas habian adquirido un grado de destruccion bastante mayor que el observado en su paciente por el Dr. Williams. Publico á continuacion el caso completo, que creo de gran interes, porque pone de mani-

fiesto, mejor que lo harian los experimentos hechos en los animales, los efectos de la oclusion del conducto colédoco:

Caso. — Ana Diprose, de sesenta y tres años, costurera, entró en el Hospital del Real Colegio el 18 de Mayo de 1843. De buenas costumbres anteriores, nunca bebia licores: se casó y tuvo seis hijos y cinco abortos: la menstruacion se presentó por vez primera á los diez y siete años de edad, y, excepto los períodos de gestacion y de lactancia, continuó de una manera regular hasta los treinta y ocho años, en que cesó por completo.

Los primeros síntomas morbosos se presentaron hace quince años, en que, despues de un incendio que destruyó gran parte de la propiedad de su marido, fué atacada de dolores atroces que desde los piés se irradiaban por arriba hasta los muslos y que la atormentaron durante algun tiempo. Un año despues padeció, por espacio de seis semanas, una contraccion espasmódica de los músculos faciales del lado derecho. Hace once años, cayó de repente al suelo, perdiendo los sentidos y la facultad motriz, cuyos síntomas desaparecieron por completo al cabo de siete semanas. Desde dicha época hasta hace cinco años no volvió á estar enferma, pero comenzó á experimentar dolor y tumefaccion en la region iliaca derecha, acompañada de estreñimiento. El dolor continuó haciéndose cada vez más agudo, y despues de tres semanas ó un mes cedió por la aplicacion de cataplasmas, vejigatorios y una dieta rigurosa. Curada perfectamente tambien de esta afeccion, continuó gozando de buena salud hasta la aparicion de la enfermedad actual, que se desarrolló hace siete años, despues de sufrir algunas fatigas y disgustos al asistir á su madre nonagenaria, á quien se operó felizmente una hernia estrangulada.

En esta época, la cara y el cuello adquirieron gradualmente un color amarillo oscuro, que disminuyó despues, á las tres semanas, volviendo luego á adquirir mayor intensidad, y manteniéndose así. La ictericia no iba acompañada de dolor, sino de náuseas, seguidas á los dos meses de vómitos, que continuaron luego con ciertos intervalos.

El apetito era nulo unas veces, y voraz en otros casos. Las agitaciones morales y las fatigas empeoraron su estado é hicieron más intensa la ictericia.

Hace cuatro meses se presentó ptialismo, pero sin alivio: desde entónces está enferma, perdiendo fuerzas y carnes.

Cuando entró en el hospital, las conjuntivas y toda la superficie del cuerpo ofrecían un color verdoso. La enferma estaba delgada, pero no demacrada: sentía un prurito molesto en la piel, que estaba bastante caliente: frecuentes escalofríos. Pulso á 88, regular. Respiracion á 22. Nada anormal en el corazon ni en los pulmones pudieron revelar la auscultacion y la percusion.

La lengua estaba limpia; apetito bastante variable, algunas veces voraz; frecuentes náuseas, pero ningun vómito en la semana anterior; estreñimiento; deposiciones de un color térreo y fétidas. Extraordinaria sensibilidad en todo



Fig. 12. — a, a, partículas libres adiposas.