

el vientre, pero no dolor decidido. Sonido obtuso por la percusion en el epigastrio, y tambien en cierta extension por debajo de las costillas falsas del lado derecho, lo cual podía atribuirse al aumento de volumen del hígado. No había ascitis. Músculos abdominales bastante irritables.

Orinas negras, de peso específico 1.015; el ácido nítrico las comunicaba al principio un color verde oscuro; pero cuando se añadía en exceso, les daba un color de púrpura.

Cefalalgia y gran malestar. Sueño tranquilo y largo, pero fácil de despertar. Se prescribieron Mm. xx de ácido nítrico diluido, tres veces al día, y píldoras compuestas de coloquintida como purgante.

Permaneció en el hospital hasta el día 8 de Junio, y, en todo este tiempo, los síntomas no llegaron apenas á modificarse. No había fiebre; la piel estaba fresca, la lengua húmeda, pálida y resquebrajada; la enferma rara vez acusaba sed; pulso de 86 á 90, y la orina tenía un peso específico de 1.015 á 1.020. Con frecuencia se quejaba de sensibilidad y molestias en el epigastrio, y otras veces de un dolor corrosivo en la misma region, que se desvanecía despues de tomar alimentos. Las náuseas eran frecuentes, y mucho mayores cuando el estómago estaba vacío; vomitó una sola vez, por haber tomado la paciente, la noche antes, una bebida que contenía un cuarto de grano de cloruro mórfico.

Pocos días despues de haber salido del hospital, volvió, acompañando á su marido, que tambien estaba enfermo. Desde aquel momento se sintió todavía más débil, en términos que sólo podía abandonar el lecho, durante algunos momentos, por la tarde.

Continuó con el uso del ácido nítrico, que le proporcionaba un alivio positivo. Existía una sensibilidad bastante pronunciada en el epigastrio y en el hipocondrio derecho, con *rigidez de los músculos abdominales*: no podía estar acostada sobre el lado derecho, y prefería el decúbito supino. Era muy impresionable y sensible, hasta el extremo de que el más ligero rumor, el co-ser ó leer cerca de ella, le producían cierta *agitacion y temblor en el pecho*: el sueño no era tan tranquilo como antes. Por la noche sentía calor y se ponía febricitante. De vez en cuando sentía dolores en las articulaciones tibio-tarsianas y radio-carpianas, que, sin embargo, no estaban rojas ni hinchadas. No había vómitos. Aun el apetito era voraz en ocasiones; otras veces deseaba comer ostras y otros moluscos, que nunca la molestaban. Tenía horror al caldo, la cerveza y la leche, cuyas sustancias decía la perjudicaban.

Una tarde, despues de haber comido una torta con pasas, sintió dolor y espasmo por debajo de las costillas falsas del lado derecho, cuyo dolor, que no iba acompañado de vómito, debilitó considerablemente sus fuerzas.

El día 27 de Junio se substituyó el ácido nítrico con el sulfato de quinina y el ácido sulfúrico: este último fué substituido despues por el ácido nitro-clorhídrico, medicamento que usó sin interrupcion hasta últimos de Diciembre.

Durante esta época, siguió debilitándose y poniéndose más flaca; de vez en cuando se veía atormentada por accesos de fiebre héctica. Los demas síntomas sufrieron muy pocos cambios. El apetito continuó siendo voraz, comiendo todavía con avidez ostras y mariscos. No hubo vómitos. Sólo se conseguían evacuaciones albinas con los purgantes; pero á mediados de Diciembre se desarrolló diarrea, que continuó una semana, con alivio de la enferma. Conti-

nuamente se quejaba de dolor y sensibilidad en el vientre, y tambien de prurito en la piel. Por la noche tenía el sueño inquieto, y durante el día estaba soñolienta. Pulso de 88 á 100; respiracion, 20 á 24. Tos frecuente, pero sin expectoracion. Las orinas presentaban un color bastante oscuro, eran fétidas y manchaban la ropa de color amarillo: por la adición de ácido nítrico tomaban primero un color verde intenso, y despues purpurino. La orina era unas veces trasparente y otras turbia, pero nunca dejaba un depósito de color púrpura-oscuro.

En los días de Navidad comenzó á molestarla una sed intensa, y para combatirla se prescribieron bebidas gaseosas, que la enferma continuó usando hasta el 10 de Marzo, en que falleció.

A principios de Febrero murió repentinamente un hijo suyo, á consecuencia de una afeccion cardiaca. Desde entónces continuó disminuyendo el apetito, de modo que, en las seis últimas semanas, su alimentacion era casi nula. Nunca la abandonaban las náuseas, seguidas muchas veces de vómitos. Frecuentes escalofríos, seguidos de calor urente en la piel. Fuerte dolor y gran malestar en el vientre, y cefalalgia de carácter pulsativo. Una semana antes de la muerte tuvo dos ó tres vómitos de sangre, y por la noche comenzó á delirar; pero, si exceptuamos este ligero trastorno, la inteligencia continuó siendo perfecta hasta la muerte, que pareció debida á la consuncion.

Las orinas, que fueron examinadas por última vez el 21 de Febrero, presentaban los mismos caracteres que antes, y su peso específico era de 1.012.

Para provocar el sueño se prescribieron dos ó tres veces la morfina y la cicuta; pero estos medicamentos la trastornaron y aumentaron sus padecimientos.

Se hizo la autopsia veintidos horas despues de la muerte. El cuerpo había llegado al último grado de enflaquecimiento y ofrecía un color amarillo verdoso. El vientre se hallaba bastante distendido. La cavidad peritoneal contenía tres ó cuatro tazas, poco más ó ménos, de un flúido seroso, y los intestinos estaban muy llenos de gases.

El cólon se adhería tenazmente á la vesícula biliar por medio de falsas membranas de fecha antigua, pero su cavidad no se había estrechado en este punto.

A pulgada y media próximamente por debajo del píloro se hallaba tambien el duodeno tenazmente adherido á la vesícula biliar en un pequeñísimo espacio. La cavidad del intestino se había encorvado algo por esta adherencia, pero no había llegado á estrecharse sensiblemente.

Algunos filamentos de falsas membranas unían entre sí las asas intestinales inmediatas.

La mucosa del estómago y de los intestinos no ofrecía ningun cambio sensible en su estructura. El duodeno contenía una materia pulposa blanquecina, y el intestino grueso materias fecales, duras y blancas, y tambien muchos gases.

El hígado era más *pequeño de lo natural*, y se presentaba aplanado, de color oscuro de aceituna jaspeado de amarillo. Su superficie no ofrecía indicios de peritonitis, si exceptuamos las porciones situadas alrededor de la vesícula biliar, y se podía comprimir fácilmente. Los conductos bilíferos aparecían



enormemente dilatados al hacer cortes en el hígado: alguno de ellos ofrecía el calibre de una pluma de ganso. El tejido hepático estaba flácido, pero difícilmente dislacerable.

El fondo de las superficies divididas del hígado presentaba un color de aceituna con puntos amarillos, pero no se distinguían los lóbulos.

Colocada en la platina del microscopio una porción del hígado, se descubría infinito número de glóbulos oleosos y partículas irregulares de una materia biliosa amarilla y anaranjada, que en muchos puntos se aglomeraba en masas redondas. *No se encontró una célula característica.* La materia tomada de los puntos amarillos difería de la recogida de las porciones de color de aceituna, porque contenía mayor cantidad de glóbulos oleosos y carecía, en cambio, de sustancia biliar. El tejido hepático ofrecía el mismo aspecto en todas partes.

La vesícula biliar y el conducto cístico estaban bastante dilatados, pudiendo introducirse por dicho conducto el dedo meñique. Sus paredes bastante gruesas. La externa tenía un color blanco sucio, era dura como un cartilago, pero sin chapas calcáreas. Una enorme cantidad de pequeños cálculos, de forma tetraédrica irregular, llenaba la vejiga y el conducto, y en el espacio que quedaba entre dichos cálculos se encontraba un fluido de color amarillo, de consistencia cremosa, que, examinado al microscopio, apareció constituido por gran cantidad de pequenísimos cristales de colesteroína (algunos de color amarillo) y partículas de materia biliar.

Las paredes engrosadas de la vesícula biliar y del conducto cístico, sometidas al examen microscópico, presentaban glóbulos oleosos y cristales de colesteroína.

El conducto común estaba completamente obstruido en el punto en que aboca el cístico. El trayecto que mediaba entre este punto y su abertura en el duodeno estaba *tan estrechado que apenas daba paso á un alfiler delgado.* Sus paredes no engrosadas, ni en manera alguna enfermas, ni manchadas de bilis. Los conductos hepáticos, inmediatamente por encima de la entrada del conducto cístico, estaban dilatados, hasta admitir el dedo pulgar de un adulto; sus túnicas ofrecían un color de aceituna, pero no estaban engrosadas. Algunos de los conductos más anchos contenían un fluido verde-negruzco.

El orificio de entrada de los conductos hepáticos de la vejiga de la hiel no estaba completamente cerrado, y así, algunas porciones de las materias contenidas en ellos se abrían paso entre la masa compacta de los cálculos.

La arteria hepática conservaba su calibre normal. La vena porta estaba sana y no parecía comprimida por la vesícula biliar ó el conducto cístico.

El conducto torácico era pequeño, no teniendo más calibre que el de una pluma de gallina en el mediastino posterior.

En el tejido celular laxo, próximo á la entrada del conducto de la vena porta, se veían algunos ganglios linfáticos de color aceitunado.

La cápsula del bazo ofrecía en diversos puntos trozos gruesos y blancos de pseudo-membrana, pero era resistente y de volumen normal.

Los riñones estaban sanos.

El corazón estaba también sano; sus ventrículos eran un poco reducidos y contenían pequenísimos fragmentos de fibrina.

Los pulmones en estado normal, pero adheridos en todas sus partes á la pleura costal. Ninguna falsa membrana unía al diafragma el lóbulo inferior del pulmón derecho.

Ligero derrame seroso en ambas cavidades pleuríticas,

En este último caso, la obstrucción del conducto colédoco ó común fué la primera, si no la única causa, de todos los trastornos que experimentó aquella mujer en sus últimos años. La vesícula biliar y el conducto cístico estaban llenos, es cierto, de calculitos, pero no había signos de flogosis reciente en estas partes, ó de otra enfermedad á la que se pudiesen atribuir los susodichos síntomas. Es difícil determinar el tiempo preciso que tardó en obturarse completamente el conducto. La circunstancia de que la ictericia se presentó *por grados y sin dolor* no deja duda de que la obliteración se formó gradualmente; porque, cuando el conducto colédoco se cierra de pronto por la presencia de un cálculo, se presentan de ordinario síntomas bastante alarmantes, como el vómito y los accesos de dolores atroces seguidos muy de cerca de intensa ictericia. Es probable que, en este caso, la primera aparición del vómito á los dos meses de principiar la enfermedad, y quince ántes de la muerte de la enferma, fuese indicio de que había concluido el proceso de obliteración.

Entre los muchos puntos de interés que ofrece este caso descuellan el de los efectos producidos en el hígado por la obstrucción del conducto colédoco. La enorme dilatación de los conductos biliares y el color verde-oscuro del hígado son los primeros efectos que se presentan; pero los resultados más extraños son el encogimiento y aplanamiento de esa viscera, la pérdida de su aspecto lobular y la absoluta desaparición de las células nucleares secretoras de la bilis. La sustancia lobular se componía de vasos, de tejido celular que los unía entre sí, así como de glóbulos oleosos libres, de partículas sólidas de materia biliar amarilla y anaranjada, allí dejadas después de absorbidas las partes acuosas y más solubles de la bilis. Los objetos que se veían cuando se colocaba en el microscopio un punto cualquiera del tejido hepático de cualquiera parte de este órgano eran, precisamente, los mismos que encontró el Dr. Williams en su caso, y confirman en todos conceptos la narración y reflexiones de este señor.

La destrucción de las células propias hepáticas depende de la atrofia del sistema capilar destinado á su servicio, y las dos circunstancias unidas explican el encogimiento del hígado y la desaparición de los lóbulos.

Los demás puntos dignos de observación en este caso, y que deben referirse á los efectos de la obstrucción del conducto colédoco, son:

1.º El estreñimiento y el alivio obtenido con los purgantes y una



vez tambien la diarrea, que surgió espontánea. Algunos de los padecimientos y dolores abdominales de que la enferma se quejaba continuamente reconocían, probablemente, por causa la distension de los intestinos por heces y gases, y el estado irritativo de su mucosa en contacto con materias por su naturaleza química tan diferentes de las que son a ella naturales.

2.º El apetito voraz, que duró largo tiempo, y que, como el de la diabétes, puede atribuirse á las digestiones imperfectas. Esto mismo ocurre cuando el conducto colédoco está obstruido por la presión que sobre él ejerce un tumor canceroso.

3.º El deseo que mostraba la paciente por los moluscos, y especialmente por las ostras y dátiles marinos, de los cuales comía tal cantidad que bastaría para saciar el apetito más voraz, sin que le sobreviniese alteración alguna.

4.º La orina fétida, que á veces aparecía turbia y cargada de litos incoloros, pero que nunca ofrecía *sedimento purpurino*. La carencia de este depósito puede servir para distinguir estos casos de aquellos en que la obliteración del conducto colédoco es debida á la presión ejercida sobre él por tumores cancerosos, y en los cuales es común el encontrar dicho depósito en la orina.

5.º Pero la circunstancia aún más sorprendente es que, aunque el hígado había cesado mucho antes de la muerte de segregar de la sangre la bilis, no se desarrollaron síntomas de intoxicación cerebral, y la inteligencia permaneció lúcida hasta lo último. Y esto es aún más extraño si se compara este caso con otros en que la suspensión de la secreción biliar fué acompañada de delirio, estupor y convulsiones, que terminaron pronto en un coma mortal. El Dr. Alison, en una Memoria que vió la luz en *The Edinburgh Medical and Surgical Journal*, refirió muchos casos de esta última clase, y de su examen detenido dedujo que la ictericia, que va particular, sino exclusivamente, seguida de delirio, coma y muerte repentina, es la que reconoce por causa, no la obstrucción de los conductos hepáticos, sino la *suspensión de la secreción biliar*. Dicho señor procura explicar este hecho suponiendo que la retención en la sangre de las materias destinadas á la excreción hace de ordinario bastante más apta á la economía para la *reabsorción* en la sangre de las sustancias ya segregadas por los órganos de ello encargados, pero que no han sido expulsadas del cuerpo por la obstrucción de los puntos de salida. El hecho es exacto, á mi entender; pero la explicación que da el Dr. Alison no es satisfactoria, porque, en este caso, á pesar de que mucho antes de la muerte no podía verificarse la *secreción* biliar, faltaron los trastornos cerebrales.

6.º Esta observación demuestra igualmente que la bilis puede dejar de fluir al intestino y conservarse la vida quince meses, lo cual es

una prueba clara y evidente de que todos los principios esenciales de los alimentos pueden ser digeridos y absorbidos sin el concurso de la bilis. La ausencia de ésta en los intestinos, ó la destrucción de los elementos secretores de este fluido, tiene, por último, éxito fatal, porque, haciendo imperfecta la nutrición, son causa de lento y progresivo empobrecimiento. El tiempo necesario para acabar de este modo con la vida está subordinado á la edad, á los antecedentes del enfermo, á su potencia digestiva y asimiladora, á la naturaleza y cantidad del alimento tomado y á otras muchas circunstancias que influyen en la nutrición. El uso no apropiado de medicamentos acorta de cierto la vida. En la señora Diprose, probablemente, muchos meses antes de la muerte habían desaparecido las células de los lóbulos hepáticos y había dejado de segregar bilis el órgano.

En el verano de 1851 se me presentó en el Hospital del Real Colegio un caso bastante sorprendente de perfecta oclusión del conducto colédoco por un cálculo biliar. El sujeto en cuestión, una pobre mujer, estaba embarazada de cuatro meses y tenía un color icterico muy intenso; á pesar de la ictericia tan acentuada é insistente, parió de término y crió á su hijo hasta su muerte, que ocurrió á los tres meses del parto y á los ocho ó nueve de la presentación de la ictericia. Se recataba siempre de mí, y por no abandonar á su hijo rehusó siempre entrar en el hospital. La siguiente nota figura en el libro de Memorias clínicas del Sr. Jourdan, médico asistente de aquel hospital cuando la enferma se presentó por primera vez, y, en parte, me ha sido suministrada por el Dr. Enrique Salter, que estaba encargado de ella en la época de su muerte.

Caso. — Margarita Beglin, de veintinueve años de edad, casada y madre de cinco hijos, natural de Irlanda y domiciliada en Londres hace diez y seis años. Su marido padecía de sífilis secundaria. Hace ahora seis años que abortó de tres meses. Morigerada y de buenas costumbres, vivió bien hasta hace dos años; mas desde esa época, á causa de la enfermedad de su marido (epilepsia sífilítica), está en la indigencia y sufre toda clase de privaciones. Ahora vive en una miserable casa de la calle de San Clemente.

Cuando llegó á Londres era una robusta y vivaracha joven, y hasta la edad de diez y nueve años, época de su matrimonio, disfrutó siempre de buena salud.

Hace dos años que, yendo á Dublin, adquirió un grave resfriado que la obligó á permanecer en cama tres semanas. Curada de esta enfermedad, quedóle una gran debilidad, que le impedía procurarse lo necesario para su sostenimiento. Dos meses después tornóse icterica. En aquella época sintió un dolor en el costado derecho, que se irradiaba hasta lo alto del hombro del mismo lado; el vientre se abultó, y así permaneció después. Con facilidad tenía evacuaciones albinas de materia blanca. No volvió á menstruar con regularidad, como lo había hecho antes.



La ictericia duró cerca de cuatro meses, al cabo de los cuales recobró la salud, quedándole, empero, abultado el vientre. Vuelta á Inglaterra, se pasó nueve meses sin ictericia. Hace ahora ocho meses que reapareció la ictericia, acompañándola fuertes dolores en el lado derecho y en el hombro; tenía, además, tos ligera. Movía el vientre con facilidad, y las heces eran blancas.

Hace tres meses que parió de término. La ictericia se manifestó al cuarto mes del embarazo. El niño que dió á luz *era amarillo como una guinea*, mas en el trascurso de dos ó tres días adquirió el color natural; le cría su madre, cuya leche es enteramente blanca. Despues del parto tuvo durante cinco días abundantes loquios.

El 12 de Agosto de 1851 fué recibida en el hospital, como externa, á causa de una intensa ictericia. Está bastante débil y tiene vértigos y cefalea, que no le impiden, sin embargo, andar y dar de mamar á su hijo. Acusa prurito en la piel, que se manifestó con la primera aparicion de la ictericia, y dolores en la region dorso-lumbar, en varias partes de los miembros, á lo largo de los muslos y en las ingles, dolores que no aumentan de intensidad por la noche. Se queja tambien de un dolor casi continuo en la region hepática, que, de vez en cuando, se extiende hasta el hombro. En algunas épocas siente dolores que del ombligo se irradian hasta el pecho, pero tan atroces que la dejan casi agonizante, y durante estos accesos tiene vómitos de un flúido acuoso ácido. Tiene tos consecutiva á un catarro, y por la auscultacion se perciben estertores mucosos y sibilantes.

La diarrea, que no ha faltado desde la aparicion de la ictericia, se cohibió con la infusion de palo de campeche y la mixtura cretácea, medicamentos que se le suministraron en el hospital; pero, aunque ha disminuido la diarrea, tiene todavia dos ó tres evacuaciones diarias de materiales líquidos. Su piel es, en general, mórbida y ligeramente húmeda; su humor es bueno. Tiene sueños inquietos é interrumpidos; el apetito es tambien bueno. Despues de las comidas no siente dolor en el estómago, pero experimenta una sensacion de plenitud. De cuando en cuando se siente languidecer; tiene náuseas, pero no vómitos. Sufre de hemorroides, por las cuales pierde una corta cantidad de sangre. Por último, tiene accesos repetidos de frío, seguidos por la noche de sudores profusos. Nunca tuvo fiebres intermitentes ni se le hipertrofió tampoco nunca el bazo. Despues del parto quedáronle algo edematosos los piés y las piernas. El pulso está á 98; las inspiraciones son 20 por minuto.

El vientre está abultado y prominente, como en mujer á los ocho meses de embarazo, y el hígado está bastante abultado. El borde inferior de este órgano puede trazarse bastante bien por bajo del hipocondrio izquierdo, y por una línea curva hasta á media pulgada por debajo del ombligo, y, desde aquí aún más abajo, hasta en la region iliaca derecha, que está ocupada en gran parte por esa viscera. Por la palpacion no aparece que este órgano se extienda mucho en la cavidad pleurítica. Su superficie externa es lisa, lustrosa, y su borde inferior, que en las inmediaciones del ombligo puede por algunos puntos cogerse entre los dedos, es *agudo y cortante*. No parece que esté adherido el hígado á las paredes abdominales, porque se le puede mover en todos sentidos. La presion en la region hepática provoca poco dolor, pero éste es más fuerte si se comprime en la region iliaca derecha. Las venas superficiales

del vientre no están ingurgitadas, ni parece que se haya recogido líquido en el saco peritoneal. No están rígidos los músculos rectos ni ningun otro músculo abdominal.

Se le prescribió media dracma de espíritu aromático de amoniaco en una mixtura astringente, tres veces al día. Todos nuestros consejos de que dejara de criar y de que ingresara en el hospital fueron inútiles.

Desde este tiempo hasta su muerte, que ocurrió el 24 de Agosto, no fué visitada por ningun médico del hospital. Las siguientes particularidades de la enferma durante este período fueron, pues, suministradas por su marido.

Una semana ántes de su muerte dió signos de que empeoraba su estado. El dolor en el lado derecho se hizo bastante fuerte, y se irradió hasta el bajo vientre; los movinientos la molestaban tanto, que difícilmente podía pasearse, y apenas subir y bajar de la cama. La dificultad en la emision de la orina, que existía ya hacía algunas semanas, se graduó tanto que se veía obligada á estar sentada en el sillico un cuarto de hora, con atroces espasmos, sin poder excretar una sola gota.

En los últimos días de vida, la diarrea, que hacía ya algunos meses que la molestaba, se hizo más intensa. Perdió el apetito en la última semana; la depauperacion y la languidez llegaron al extremo de que casi no podía moverse, y de vez en cuando perdía por completo la vista por uno ó dos minutos.

En la tarde del 21, al volver á casa su marido, la encontró bastante mala y sentada á un lado del fogon. Un grave malestar la había atormentado todo el día, y había defecado *pelotones de sustancia negra*, mezclados con sangre. El dolor del lado era más atroz; despues sintió cefalea, que pronto alcanzó un alto grado de agudeza. Continuó defecando aquellos *pelotones negruzcos* hasta el momento de su muerte; experimentó suma languidez é insaciable sed, y, á excepcion de un breve instante en el cual perdió la palabra y cayó del lecho privada de sentido, conservó hasta lo último toda su inteligencia. Vuelta de este paroxismo experimentó gran abatimiento, y tuvo un vómito de materia morenuzca como el café. Parecía sufrir mucho por el dolor de cabeza, no quejándose más, en cambio, del de la region hepática, por la agudeza del otro, que enmascaraba éste.

En la tarde del 23, encontrándose mejor, habló algo y tomó un bizcocho, despues de lo cual durmió dos ó tres horas. En lo restante de la noche vino de nuevo la cefalea á arrancarle lamentos, moviéndose y gesticulando de continuo en el último grado de postracion. Al día siguiente cayó en un estado de sopor y de insensibilidad, y murió tranquilamente á las siete. Dos ó tres horas ántes de su muerte dió de mamar á su hijo.

En la mañana del día 27 hicieron la autopsia los Sres. Jourdan y Salter.

Abierto el abdómen, se encontró una pequeña coleccion flúida en el peritoneo, no mayor, empero, de la que es puro efecto cadavérico. Los intestinos, tanto los delgados como los gruesos, estaban distendidos por gases. Todo el tubo digestivo tenía un color rojo-púrpura algun tanto oscuro; sacado del abdómen y lavado, se encontró teñido de sangre, mas ninguna úlcera ni abrasion siquiera de la mucosa.

El hígado era cerca de tres veces mayor que en estado normal, aplanado, no muy denso, y su borde inferior cortante. Su estado era de degeneracion



grasosa, y su superficie desigual y de color abigarrado. Al reconocer el conducto hepático se descubrió el secreto de la enfermedad. Un cálculo, del volumen de una nuez, estaba encajado y fuertemente sujeto en el conducto colédoco, á dos pulgadas de distancia de su extremo duodenal. El conducto por bajo del punto obstruido y hacia el duodeno era duro como una cuerda, y en cambio por encima estaba bastante dilatado. Sus paredes estaban engrosadas, y todas sus ramificaciones en el hígado enormemente dilatadas, hasta el extremo de aparecer tantos senos como las divisiones de la vena porta. Tanto el conducto cístico como la vejiga estaban atrofiados. No se encontró úlcera alguna en ningún punto de los conductos, y la mucosa estaba sana é intacta aún en el sitio donde estaba implantado el cálculo. El examen microscópico del hígado puso de manifiesto gran cantidad de glóbulos grasos de diversos tamaños, mas no fué posible encontrar una sola célula de la sustancia lobular hepática.

Los riñones estaban un tanto hipertrofiados, blandos, en estado de ingurgitación y de degeneración grasosa.

No se examinaron el cerebro y demás órganos.

Como en el anterior caso, en éste, la causa primera de la enfermedad debe referirse á la obstrucción por un cálculo del conducto colédoco, y los efectos en general fueron los mismos: ictericia bastante intensa y tenaz; lenta pero progresiva depauperación; destrucción de las células en la sustancia lobular del hígado; al cabo de algún tiempo, reacción febril de carácter héctico; y, por último, hemorragia intestinal y muerte por consunción, conservando, empero, lúcida casi hasta el fin la inteligencia.

Sin embargo, este caso difiere del anterior por haber presentado casi constantemente diarrea, y además por la circunstancia de que el hígado, en vez de estar, como el otro, atrofiado, estaba hipertrofiado á causa de la dilatación de los conductos y del amontonamiento en él de grasa y de materia biliar.

En ambos casos se vió en la autopsia que la porción del conducto colédoco situada entre el cálculo y el duodeno estaba bastante estrechada. En el primer caso no admitía más que una tibia delgada; en el segundo se había transformado el conducto en una cuerda dura. Cuando este conducto está enteramente obstruido por un cálculo, es fuerza que su porción inferior se estreche y atrofe; y si esto hace imposible el paso del cálculo á lo largo del conducto, el pronóstico no puede dejar de ser funesto cuando la oclusión de aquél data ya de algunos meses. El curso de la bilis sólo puede entonces restablecerse abriéndose paso el cálculo al tubo intestinal mediante un *proceso ulcerativo*.

Es igualmente digno de observación que en ambos casos se verificó poco antes de la muerte una hemorragia intestinal. Lo propio ocurrió también en un caso de que habla el Dr. Bouisson en su obra sobre la

bilis (*De la bile*, etc., p. 137), semejante por muchos conceptos á los más arriba citados.

El enfermo, hombre de sesenta y cuatro años, tuvo un trastorno funcional del hígado, con ictericia, á consecuencia de una emoción fuerte. La ictericia se hizo cada vez más intensa, las fuerzas disminuyeron gradualmente, y al fin murió aquel hombre, en el último grado de consunción. El extremo inferior del conducto colédoco estaba obstruido, y, por el contrario, dilatados el superior, la vesícula biliar y los conductos hepáticos. No se encontró cálculo alguno, pero en la porción dilatada del conducto colédoco existía un tumor aparentemente grasoso, adherido por algunos puntos á la membrana interna. No se dice que hubiera vómitos de sangre; mas, en el término de su vida, las evacuaciones fecales fueron á menudo sanguíneas. El tubo digestivo no ofrecía vestigios de flogosis ni de cualquiera otra enfermedad.

La hemorragia no puede en estos casos atribuirse solamente á la disposición general por la pérdida de la sangre que con frecuencia se asocia á los casos de ictericia, sino que es, al parecer, resultado de una congestión de la mucosa, por lo cual en ninguno de estos casos pudo descubrirse úlcera alguna. En tales circunstancias, la congestión de la membrana secretora del estómago ó de los intestinos se produce con toda probabilidad por cesar en el hígado el proceso de secreción. Para considerar como causa de esto la presión ejercida sobre el tronco de la vena porta por el cálculo ó tumor que obstruye el conducto colédoco, ó el obstáculo al paso de la sangre á través del hígado por los estragos ocasionados al sistema capilar sanguíneo de la sustancia lobular por la destrucción de sus células, sería preciso que, como en la cirrosis, se desarrollase en mayor grado la ascitis. Un obstáculo *repentino* al curso de la sangre por el hígado puede ser causa de una grave congestión en la mucosa intestinal, y hasta de hemorragia, sin que exista, empero, ascitis; pero un obstáculo permanente, como lo hay en los casos de cirrosis y en los de cáncer hepático, en el cual son comprimidos por un tumor canceroso el tronco ó un grueso ramo de la vena porta, produce ascitis más bien que hemorragia, y de ordinario da lugar á una gran ascitis antes que á una extravasación de sangre.

El último caso, como el anterior, ponen fuera de duda que los principios esenciales de los alimentos pueden ser digeridos sin la presencia de la bilis en el tubo digestivo: aquella pobre mujer, cuya salud sufrió, indudablemente, mucho con el primer ataque de ictericia, causa del infarto hepático; que llevaba una vida de privaciones y miseria, y que perdió después del parto abundante cantidad de sangre, pudo vivir de ocho á nueve meses después que la bilis cesó de fluir en el duodeno, y durante este tiempo no sólo sostuvo su propia existencia, sino que amamantó á su propio hijo.



Hace poco he tenido ocasion de observar otro ejemplo de obstruccion permanente del conducto colédoco, en el cual, sin embargo, los síntomas fueron ménos molestos y graves que en los casos anteriores. La ictericia se manifestó el 3 de Marzo, y el enfermo, un aldeano de cincuenta y seis años, no se resolvió á entregarse en brazos de la Ciencia hasta el 2 de Mayo siguiente. Desde esa época hasta su muerte, que ocurrió en Junio del año siguiente, se presentó á menudo en mi Consulta, por lo cual pude seguir casi por completo y paso á paso su enfermedad.

El mal principió por ictericia consecutiva, al decir del enfermo, á una mala digestion. La ictericia persistió acompañada de un poco de sensibilidad que correspondía al surco de la vena porta: el padecimiento duró tres meses, no teniendo nunca el enfermo vómitos ni fiebre. Cuando yo le vi por primera vez, la ictericia era bastante intensa y la bilis no pasaba al intestino. El hígado estaba un tanto infartado, y sólo en el surco de la vena porta se advertía una ligera sensibilidad. Quejábase el paciente de prurito en la piel, que se aliviaba un tanto rascándose; no tenía dolor alguno, estaba alegre y de buen humor, tenía regular apetito y largos y restauradores sueños. Se le aplicó un vejigatorio *loco dolenti* y se le prescribió al mismo tiempo 15 mm. de ácido nitro-muriático diluido, dos veces al día, y una dieta nutritiva. A mediados de Mayo aumentó más de volumen el hígado, pero el estado del enfermo continuó siendo próximamente el mismo. A fines de este mes se fué á Harrowgate, donde tuvo un ataque de diarrea que le hizo perder muchas fuerzas y carnes. Se le suprimió el ácido nitro-muriático, y se le dieron en cambio sustancias astringentes.

El 24 de Junio abandonó á Harrowgate para volver á su residencia en Escocia, donde aún le continuó la diarrea. Entregado en manos del Sr. Millman, su médico, se contuvo pronto ésta. Sin embargo, desde esa época los intestinos quedaron tan sensibles é irritables, que no podía hacer uso el enfermo de los ácidos minerales, y se veía obligado de vez en cuando á tomar una ó dos dosis de sustancias astringentes. Debilitado de este modo por la diarrea, apareció el edema en ambas piernas hasta la rodilla, el cual desapareció, al propio tiempo que la diarrea, con el uso de medias elásticas.

El 5 de Agosto, á consecuencia de una carta del Sr. Millman, le aconsejé— con intento de promover la accion de los riñones y de la piel — que tomara 10 granos de muriato de amoniaco tres veces al día.

El 23 del mismo mes recibí otra carta del Sr. Millman en la que me decía que el muriato de amoniaco logró perfectamente el objeto, promoviendo abundante flujo de orina y copiosa traspiracion. El enfermo dice que ese medicamento le facilita la digestion, y la verdad es que, desde que lo está usando, tiene muchos ménos flatos en el estómago é intestinos. Respecto al hígado, parece que ha aumentado algun tanto de volumen, porque descende casi hasta el ombligo; su superficie, empero, es perfectamente lisa.

Hace algun tiempo que no tiene diarrea.

El enfermo tiene más fuerzas hoy que hace quince días. Su humor y el

apetito son buenos. Todos los días que el tiempo lo permite, se da en coche largos paseos.

El 25 de Septiembre, séptimo mes de la ictericia, recibo otra carta del señor Millman, cuyo extracto dice lo siguiente:

«El enfermo hace uso constante del muriato de amoniaco, y obtiene saludables efectos. Hállase en disposicion de recorrer tres millas á pié sin experimentar la menor fatiga. Cuando llegó de Harrowgate, apenas podía andar trescientos pasos, prueba lá más segura de que se ha aumentado la potencia muscular.

»Con frecuencia le atormenta un prurito bastante molesto en la piel, por lo cual se rasca, obteniendo gran alivio y placer.

»Las uñas de los dedos de las manos están cayéndose y renovándose».

A fines de Octubre fué el enfermo á Londres, y observé que el hígado estaba mucho más abultado que cuando le reconocí á fines de Mayo. Dicha viscera se extendía por bajo del ombligo, y con toda facilidad, á traves de las paredes abdominales, se notaba que la superficie convexa era lisa y su borde inferior delgado. Era indolente, y en el resto del abdómen no se descubría tumor de ninguna clase. La piel tenía un color verdoso, y las evacuaciones intestinales eran blancuzcas. Tenía algunas veces flatos, mas no dolores ni vómitos; el apetito era bueno, las digestiones se hacían bien, pero no estaba tan alegre y de buen humor como ántes. No tenía palpitations de corazon ni diarrea; auscultando el pecho se advertía que los latidos del corazon iban acompañados de un triple ruido, que procedía del redoblamiento del primero ó sistólico. Existía, por tanto, una lesion cardiaca, lo que explicaba el edema que algun tiempo ántes se presentó en las piernas. El muriato de amoniaco daba lugar á copiosos sudores, y, temiendo que éstos abatiesen demasiado sus fuerzas, se suspendió su empleo.

Pasó todo el invierno en Londres, bajo mi continua observacion, y, en ese tiempo, pocas modificaciones sufrieron los anteriores síntomas.

Los intestinos no evacuaron nunca vestigios de bilis, y la piel conservó el mismo color verdoso. Tenía aún flatos y acideces, pero el apetito se conservaba bastante bueno, el humor era alegre y no acusaba dolor de ninguna clase. Su alimentacion era pareá, pero nutritiva, bebiendo igualmente dos ó tres vasitos diarios de vino dulce de España. Él mismo veía la necesidad de ser como nunca sobrio, porque de vez en cuando, despues de algunos desórdenes de ese género, tenía indigestiones acompañadas de eructos con sabor de huevos podridos. De cuando en cuando tenía tambien ligeras diarreas, que se dominaban fácilmente con las ordinarias sustancias astringentes.

Tomó por algun tiempo y con ventaja una mixtura compuesta de espíritu aromático de amoniaco, agua destilada de anís y una corta dosis de tintura alcanforada compuesta con magnesia y bismuto.

Durante el invierno estuvo dos ó tres semanas con bronquitis, que disminuyó algun tanto sus fuerzas.

A últimos de invierno, la pérdida de carne y fuerzas era bastante notable, y entónces se inició, y continuó luégo, una ligera reaccion febril de carácter consuntivo con exacerbaciones vespertinas.

Así, á lentos pasos fué siempre avanzando la depauperacion, hasta el ex-