

po no se percibe fluctuacion muy manifiesta en el punto que ocupa el dolor, y sobre todo si la ictericia no es muy intensa y no aparece con demasiada prontitud, se deberá creer que existe una inflamacion de la vejiga de la bilis.

Segun Monneret, la vuelta con mucha regularidad intermitente del dolor y de la fiebre podria alguna vez hacer creer en una fiebre palúdica: la intensidad del dolor y de la ictericia, la integridad del bazo, el no producir efecto el sulfato de quinina, darán asimismo á conocer la enfermedad del hígado.

En cuanto á la *hepatitis aguda* se distingue de la inflamacion de la vejiga por la mayor extension del dolor, por el aumento de volumen del hígado, y finalmente, por el modo menos brusco que tiene de presentarse los sintomas. No olvidemos tampoco que estos signos no son constantes.

Cuando se ha formado un absceso en la vejiga de la bilis, el diagnóstico presenta nuevas consideraciones que debemos buscar particularmente en la Memoria de J. L. Petit. El absceso de la vejiga puede confundirse ó con un *absceso de la sustancia misma del hígado*, ó con la *retencion de la bilis*, de que hemos hablado antes de ahora. Veamos cómo se llegará á distinguirle de estas dos afecciones.

El absceso de la vejiga de la hiel nunca está distante del borde de las costillas falsas y del músculo recto, como puede suceder muy bien en los casos de *abscesos del hígado*. Por lo comun es mucho mas fácil percibir la fluctuacion en el caso de absceso de la vejiga, y además no hay ni con mucho en la circunferencia del tumor una dureza tan marcada como la que se observa en el absceso que ocupa el parénquima hepático. Estos son los signos diferenciales de estos abscesos, que pueden no obstante confundirse fácilmente en ciertos casos, aunque como el tratamiento es el mismo, la confusion no ofrece ningun peligro.

Otra es la importancia que tiene el distinguir el absceso de la vejiga de la *retencion de la bilis*, porque la operacion que convendria en el primer caso seria peligrosísima en el segundo; y conviene tanto mas distinguir estas dos lesiones, cuanto que se ha cometido con mas frecuencia este error, como podemos convencernos leyendo la Memoria de J. L. Petit. Hé aquí, segun este célebre cirujano, los signos por medio de los cuales podremos distinguirlos: El dolor es de mayor duracion en el absceso que en la retencion biliaria; es pulsativo, y cuando disminuye, no queda el enfermo en un bien estar tan completo como el que percibe luego que se ha calmado el dolor dependiente de la retencion; los escalofrios irregulares son mas largos y van seguidos de calor y mador; la fluctuacion se manifiesta con menos prontitud, empieza por el punto mas prominente para irse extendiendo al resto del tumor, y finalmente se percibe en la circunferencia de este pastosidad y cierto grado de dureza que no

se observa en la simple retencion de la bilis. La colecistitis se puede distinguir de la peritonitis circunscrita: se puede afirmar la existencia de la primera cuando la vejiga distendida puede ser reconocida en su sitio y en su forma.

Pronóstico.—De lo que acabamos de decir se deduce que la inflamacion de la vejiga de la hiel es una enfermedad grave; sin embargo, se cita mayor número de terminaciones fatales que de curaciones obtenidas por los solos esfuerzos de la naturaleza ó por la intervencion del arte. El caso mas favorable despues de la resolucion es la abertura del absceso al exterior al través de las paredes abdominales, sobre todo cuando hay cálculos en el foco purulento.

Segun una observacion de Cornil (1), conforme con la de Charcot, el catarro de las vias biliares tendrá en los viejos una gravedad excepcional.

§ VII.—Tratamiento.

Se ha recomendado la *sangria general* repetida varias veces, las aplicaciones reiteradas de diez, veinte ó treinta *sanguijuelas*, y las *ventosas escarificadas* al hipocondrio derecho y parte anterior del abdómen. Se mide la energía de estos medios por la intensidad del dolor y la violencia de la fiebre. Igualmente se prescriben, y segun la mayor parte de los autores con resultados positivos, las *aplicaciones emolientes*, como grandes cataplasmas, fomentos con el agua de altea, etc., y tambien los *baños frecuentes y muy prolongados*.

A veces está indicado un vejigatorio ambulante. Gerhardt (2) propone el amasamiento de la vejiga en la colecistitis catarral.

Se han recomendado tambien los *purgantes*, y los médicos ingleses han elogiado particularmente el uso de los *calomelanos*, sustancia que ellos no administran únicamente como purgante, sino que hasta ahora se haya hecho investigacion alguna exacta con objeto de determinar cuál es la verdadera influencia de este medio. En cuanto á los demás purgantes, tales como el *aceite de ricino*, el *ruibarbo* á la dosis de 3, 4 ó 6 gramos, y las *sales neutras*, generalmente se admite que producen efectos ventajosos. Tambien se atribuyen buenos efectos al uso de los drásticos. En los casos en que el embarazo gástrico y bilioso es evidente, los *vomitivos* están indicados y prestan servicios; se emplea el tártaro estibiado á dosis vomitiva ó la hipecacuana. En Alemania, segun Niemeyer, se pon-

(1) Cornil, *Suppuration des voies biliaires, fièvre intermittente symptomatique* (*Gazette médicale*, 1864, núm. 28, p. 431).

(2) Gerhardt, *Traitement direct de l'ictère catarrhal* (*Würzburger medicinische Zeitschrift*, t. IV, 1863).

dera el agua régia en baños de piés (15 á 30 gramos por baño) ó al interior (2 á 4 gramos en 180 de un vehículo mucilaginoso).

Si á los medios espuestos agregamos el uso de algunos *narcóticos* y algunos *revulsivos* aplicados á la piel, habremos dado á conocer el tratamiento generalmente adoptado; pero conviene añadir que siendo, como ya hemos dicho, la inflamacion de la vejiga de la hiel el resultado ordinario de la presencia de los cálculos, casi siempre se deberá hacer uso del tratamiento propio de estas concreciones biliares, para cuyos detalles remito al lector al artículo siguiente, en que se espondrá el tratamiento de los cálculos biliares.

Medios quirúrgicos.—Luego que nos hayamos asegurado que hay un *absceso de la vejiga de la hiel* y que se han establecido adherencias entre este receptáculo y la pared abdominal, lo cual se conoce por la pastosidad de esta pared y sobre todo por la prominencia y la rubicundez difusa que se percibe en la piel, no se debe dudar en abrir el tumor. En estos casos casi siempre ha habido ya rotura de la vejiga biliaria, y la pared abdominal constituye por sí misma el límite anterior del absceso. La *incision simple* debe practicarse de tal modo que no se estienda mas allá del punto mas prominente y en el que se percibe claramente la fluctuacion. Despues de haber dado salida al líquido purulento se puede hacer la *extraccion de los cálculos biliares*, y si la abertura es demasiado estrecha se dilatará con el bisturí, pero con mucha precaucion por no traspasar las adherencias de la vejiga: en seguida basta hacer una *cura simple*. Cuando es dudoso que las adherencias de la vejiga al peritoneo parietal existan, se recurre al cauterio actual, como lo ha hecho, en caso parecido, Leclercq (de Senlis), que se sirvió de la potasa cáustica para penetrar en un tumor biliar y extraer de él los cálculos (1). Piorry ha metido el bisturí en una vejiga que suponía adherente, y sacó de ella tres cálculos enormes (2).

1.º *Fistula consecutiva.*—«La abertura de los abscesos de la vejiga, dice Boyer (3), ya se verifique espontáneamente, ó ya sea practicada por el arte, suele degenerar en *fistula*. Esto es lo que sucede especialmente en los abscesos causados por un cálculo biliar, que despues de haber destruido por ulceracion las paredes de la vejiga que se adhieren al peritoneo, se desliza por entre los intersticios de los músculos del bajo vientre, por debajo de los tegumentos, y va á detenerse en un punto mas ó menos distante de las vias biliares, en donde forma un tumor inflamatorio que termina por un absceso, y del cual salen pus, bñlis y un cálculo biliar mas ó menos voluminoso.» Cruveilhier ha estudiado las variaciones de la disposicion

(1) Leclercq (de Senlis), *Bulletins de la Soc. anat.*, 1856.

(2) Dehargues, *Les coléolithes ou calculs biliaires*, thèse de Paris, 1861, número 30.

(3) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, 4.ª édit., t. VII, p. 591.

anatómica de las fistulas biliares cutáneas que él llama *cístico-cutáneas* (1).

Se pueden introducir los cálculos en la fistula y producir accidentes bastante manifiestos (dolores, anorexia y fiebre), y para la curacion de estas fistulas se emplean diversos medios, siendo los principales: la *dilatacion* hecha con candelillas, la esponja preparada, etc., etc., la *incision*, la *estirpacion de las partes callosas*, operaciones todas que tienen por objeto el favorecer la salida de los cálculos biliares, cuya presencia es la causa principal de que persistan las fistulas. Conocemos un caso en que Demarquay, para curar una de estas fistulas, introdujo una pequeña tenaza (rompe piedra) en la vejiga de la hiel y destruyó una série de cálculos, que de esta manera pudo extraer. El enfermo ha curado perfectamente.

El doctor Levacher (2) ha observado un caso de absceso del hígado en el que permaneció por mucho tiempo un conducto fistuloso despues de la abertura del foco y de haber salido el pus. Levacher desbridó primero con un bisturí conducido por medio de una sonda acanalada, introdujo en seguida esponjas preparadas con bramante y engomadas, y fué dilatando así la fistula hasta que podia penetrar en ella el dedo meñique. Entonces salió un cálculo, y habiendo seguido dilatando la fistula por medio de cuerdas de tripa del volumen del dedo pequeño, llegó á ensancharse hasta permitir la entrada del pulgar, y entonces se presentaron nuevos cálculos. De este modo han salido hasta diez y seis, muchos de los cuales debieron haberse roto en pedacitos, y á los tres meses era completa la curacion. Corrichius, á quien cita Boyer, Thilesius y Stalpart, Vander Wiel han citado casos análogos.

2.º *Inflamacion crónica de la vejiga y de sus conductos.*—Lo único que interesa decir como síntomas propios á esta enfermedad, es que se ha asignado un *dolor fijo* por debajo de las costillas falsas derechas y detrás del músculo recto, que tiene *larga duracion*, con exacerbaciones variables y *trastornos digestivos* muy diversos; que casi siempre en los casos de cálculos se ha notado la inflamacion crónica de las vias biliares, y que las lesiones halladas despues de la muerte son el engrosamiento, las ulceraciones de las paredes de la vejiga y la existencia de pus en su interior, con lesiones análogas en los conductos de excrecion de la bñlis que presentan por lo comun una obliteracion mas ó menos completa. En un caso ha visto Louis que la induracion de la vejiga sucede á su perforacion por un cálculo.

Frank habia ya antes de ahora hallado las paredes de la vejiga como cartilaginosas, y teniendo el grosor de un dedo (3). Como

(1) Cruveilhier, *Traité d'anat. pathol. gén.* Paris, 1852, t. II, p. 567.

(2) Levacher, *Observation d'un abcès fistuleux du foie donnant issue à des calculs biliaires* (*Journal de chirurgie*, Mayo 1846, t. IV, p. 140).

(3) Trousseau, *Cliniq. méd.*, t. III, p. 230.

otros conductos revestidos de una mucosa, los conductos biliares y la vejiga, pueden *disminuirse* y *obliterarse*, ya por la simple inflamacion, ya por las cicatrices de la ulceracion. Estos

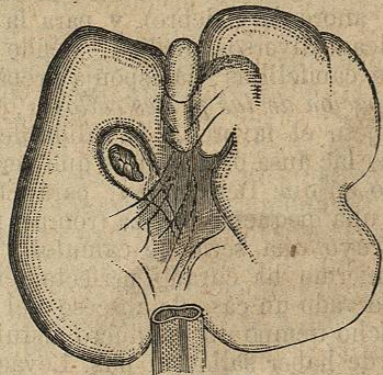


Figura 41.—Atrófia de una vejiga llena de cálculos. (Frerichs, fig. 134, p. 768.)

Los accidentes, luego que atacan los conductos, producen la retencion de la bilis con los síntomas que describiremos despues. La obliteracion de la vejiga no determina ordinariamente ningun trastorno digestivo, en atencion á que la bilis pasa directamente del hígado al intestino (1). La figura 41 representa una vejiga semejante, arrugada y llena de cálculos.

Las modificaciones impresas á los conductos biliares en el estado de sus paredes y en la capacidad de sus cavidades ó de su calibre, siendo resultado de inflamacion crónica, se notan principalmente en los casos de producciones cancerosas en las inmediaciones de este aparato.

La figura 42 de Frerichs representa un cáncer del duodeno, con

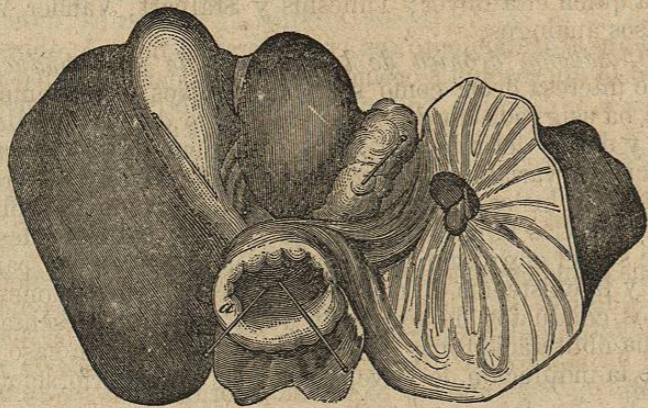


Figura 42.—Cáncer del duodeno con amplificación de los conductos biliares; ulceración simple del estómago.—a. Orificio de los conductos colédoco y de Wirsung. (Frerichs, figuras 42 y 139.)

(1) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, trad. de l'allemand par Louis Duménil. Paris, 1866, p. 768.

amplificacion de los conductos biliares: véase en *a* el orificio de los conductos colédoco y de Wirsung.

La figura 43 representa una ectasia enorme de las vias biliares, con cáncer del páncreas.

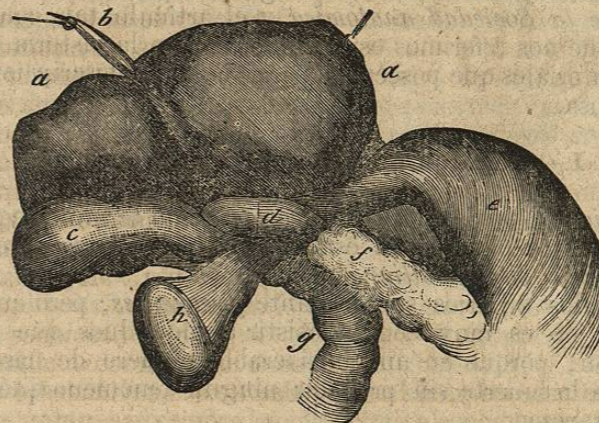


Figura 43.—Ectasia enorme de las vias biliares con cáncer del páncreas.—a. El hígado levantado.—b. Ligamento cilindrico.—c. La vejiga distendida.—d. El conducto colédoco dilatado.—e. El estómago.—f. El páncreas.—g. El duodeno.—h. El riñon derecho. (Frerichs, fig. 43.)

En cuanto al tratamiento, es en general el de la afeccion primitiva de que la angiocolitis crónica es un accidente secundario.

ARTÍCULO II.

CÁLCULOS BILIARIOS Y CÓLICO HEPÁTICO.

Ninguna mencion hacen los autores antiguos de los cálculos biliares, y solo Rhaze habla de una piedra de este género hallada en los conductos biliares de un buey. Es verdad que ha dicho que Hipócrates hacia referencia á estas concreciones en su *Carta sobre la enfermedad de Demócrito*, pero es un error. Tenemos que llegar á Vesalio, á Falopio (1) y sobre todo á Fernelio (2) para encontrar algunas nociones respecto á este punto de patologia. Este último hizo conocer la posibilidad de la expulsion de estos cálculos durante la vida. Mas tarde un gran número de autores, entre los cuales

(1) Fallope, *Observationes anatomicæ*. Veuisse, 1561.

(2) Fernel, *Pathol.*, lib. VI, cap. V.