

matorio que existe en las paredes de estos conductos: el peritoneo es el primer interesado, y este es uno de los modos segun los cuales puede producirse la peritonitis por extension de la inflamacion, lo cual sucedió en el caso de Rheims que acabamos de indicar. En las condiciones mas ventajosas, esta peritonitis permanece local, y solo da lugar á adherencias preservatrices, sea del lado de la pared abdominal, sea del lado de las vísceras en contacto con los conductos ó la vejiga.

Los accidentes de la emigracion ó salida de los cálculos dependen de las circunstancias en que se han efectuado las inflamaciones consecutivas en las vias biliares y en las membranas y órganos vecinos. La manera mas simple, y al mismo tiempo la mas grave, es la perforacion por el cálculo de las paredes de la cavidad que le contiene, dando entrada en el peritoneo al contenido de los reservorios de la bilis: hemos citado ejemplos, y en ellos se han conocido las consecuencias. Si las adherencias han tenido tiempo de formarse, los cálculos pueden tomar la direccion del tegumento ó la de alguno de los órganos vecinos, y una vez introducidos en la via que deben seguir pueden recorrer muy grandes distancias, y tomar un camino no previsto. Hemos citado numerosos casos de cálculos que han salido por el hipocondrio y sobre todo por el ombligo (1); Mackinder (2) ha visto salir uno por la region iliaca derecha; Siry (3) al nivel de la region inguinal, y Huguier (4) delante del púbis. El trayecto de estas concreciones es entonces una fistula mas ó menos duradera, que será mas bien favorable á la salud que nociva, segun Dassit (5). En la direccion de las vísceras cercanas, se han visto cálculos remontarse á través del hígado y alojarse en la extremidad de una raicilla hepática (6); otras veces caer en el tronco ó las ramas de la vena porta, como Realdus Columbus la observó en un personaje famoso, Ignacio de Loyola (7); Mandard ha referido el hecho de un cálculo biliar que habia penetrado en el pulmon (8); otros se han introducido en el uréter derecho y han salido con las orinas (9). Estas son, á decir verdad, rarezas patológicas: es mucho mas comun encontrar las concreciones biliares en las vias digestivas. Cuando llegan allí, franqueando por los solos esfuerzos de la naturaleza, el orificio duodenal del conducto colédoco, es, por decirlo así, la terminacion normal del ataque de cólico hepá-

(1) Véase Fauconneau-Dufresne, *Traité de l'affection calculeuse du foie et du pancréas*. Paris, 1851.

(2) Mackinder, *British medic. Journal*, 1858.

(3) Siry, *Bull. de la Soc. anat.*, 1858.

(4) Huguier, in Luton, *Novo. Diction. de méd. et de chir. prat.* Paris 1866, t. V. art. BILIAIRES (VOIES).

(5) Dassit, *Considérations sur un cas remarquable d'hépatite avec fistule biliaire suivie de guérison* (*Bull. gén. de thérap.*, 15 y 30 de Setiembre, 1839, p. 188).

(6) Monneret *loc. cit.*, t. I, p. 678.

(7) Frerichs, *loc. cit.*, p. 832.

(8) Dehargues, *Les cololithes ou calculs biliaires*, thèse citée.

(9) Frerichs, *loc. cit.*, p. 832.

tico, pero no siempre es así; se han encontrado cálculos en el intestino ó en las heces, que eran evidentemente muy voluminosos para haber podido franquear el orificio duodenal del colédoco; habian debido pasar de este conducto al intestino perforando las adherencias establecidas desde el uno al otro. Esto es lo que ha sido admitido por Cruveilhier para el cálculo de 2 centímetros de largo por 1 centímetro y medio de diámetro observado por Herard (1) y arrojado por el ano; además Bourdon (2) ha referido un hecho positivo de un cálculo voluminoso caido en el tubo digestivo á través de las paredes de la vejiga adherentes y perforadas. Una vez en el tubo digestivo, los cálculos pueden detenerse en el estómago, y ser arrojados por vómito; es el caso mas raro: Fauconneau-Dufresne ha recogido ocho ejemplos tomados de Morgagni, Fr. Hoffman, Portal, Bouisson, Petit (de Vichy). Luton (3) ha visto uno en el museo de la escuela de Reims, que ha sido regalado, como arrojado por la boca: es del volumen de una avellana gruesa. Mas ordinariamente los cálculos caminan hácia el recto, pero es necesario que sean arrojados por las materias fecales. Pueden, siendo muchos, aglomerarse y formar una masa considerable, como en el caso de Bermond (4), ó bien crecer en el intestino cubriéndose de nuevas capas, ó bien ser desde luego muy voluminosos, como Saunders y Frank los han visto; ó, en fin, introducirse en el apéndice vermicular del ciego; entonces determinan los accidentes de las obstrucciones intestinales ó de la peritiflitis. Neill ha citado un caso de obstruccion por un cálculo biliar aplicado á la válvula ileocecal (5); Peeble, un caso de íleo por la misma causa (6); Gros, el de un cálculo voluminoso detenido en la Siliaca (7). Frerichs ha observado dos veces estos accidentes de íleo, que otros habian ya señalado (8).

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El curso de la enfermedad es crónico, y como ya dejamos dicho, solo se observan síntomas evidentes, á lo menos en los casos ordinarios, con intervalos mas ó menos distantes. Lo que hay de mas nota-

(1) Hérard, *Observation de foie ayant le lobe gauche volumineux et induré et produisant des battements aortiques à la paroi abdominale et un bruit de souffle* (*Bull. de la Soc. anat.*, 1850, p. 148).

(2) H. Bourdon, *Calcul biliaire d'un volume considerable tombé dans le tube digestif à travers les parois de la vésicule et du colon transverse adherentes et perforées* (*Union médic.*, 4 Junio 1859, t. II, p. 439).

(3) Luton, *Novo. Dictionn. de médecine et de chirurgie prat.* Paris, 1866, art. BILIAIRES (VOIES).

(4) Bermond, *Lancette française*, 27 Febrero, 1834.

(5) Neill, *Liverpool med. chirurg. Journal*, Enero, 1858.

(6) Peeble, *Edinburgh med. Journal*, 1858.

(7) Gros, *Calcul biliaire volumineux arrêté par l'S iliaque* (*Bulletins de la Soc. anat.*, 1859, p. 359).

(8) Frerichs, *loc. cit.*, et Fauconneau-Dufresne, in *Union médic.*, Junio, 1859.

ble en esta afeccion es una intermitencia irregular producida por la introduccion mas ó menos frecuente de los cálculos en los conductos, por la distension de la vejiga ó por las diversas lesiones á que la sola presencia de estos cálculos puede dar origen.

La *duracion*, considerada de un modo general, es ilimitada; la duracion de las accesiones de cólico hepático varía desde algunos minutos á muchas horas, y rara vez mas, y la de los ataques, que en algunos casos puede no exceder de la de un simple acceso, puede tambien prolongarse durante muchos dias.

La *terminacion* es muy variable en los diferentes casos. En un número bastante considerable de sugetos los cálculos no ocasionan ningun fenómeno particular, como ya dejamos dicho, y la enfermedad dura hasta la muerte, sobreviniendo esta á consecuencia de otra afeccion. En los casos en que la presencia de los cálculos produce la inflamacion de la vejiga, ó bien hay salida de estos cuerpos extraños al través de las paredes abdominales, y entonces termina la enfermedad como hemos espuesto en el artículo *inflamacion de la vejiga de la bilis*, ó se abre el absceso en el intestino ó en el estómago, y ya hemos dado tambien á conocer en el mismo artículo lo que sucede en estos diferentes casos. A propósito de esto indicaré un hecho que me ha comunicado el profesor Louis, y en el cual, habiendo un cálculo del volúmen de una nuez producido la perforacion del intestino, dejó una comunicacion directa entre la vejiga y este órgano, comprobada por la resonancia gaseosa producida al nivel del receptáculo, en cuyo punto habia un tumor del mismo volúmen que el cálculo.

Ya hemos dicho antes de ahora que se habia atribuido la muerte á la inflamacion del conducto colédoco, causada por el paso de una concrecion biliar al través de este conducto. La supuracion del hígado producida por la presencia de un cálculo en las raices del conducto hepático es igualmente una causa de terminacion funesta, y hallamos otra en la rotura de los diversos conductos y en la caida de los cálculos en el piroteño, hechos de que hemos hablado ya lo bastante.

§ V.—Lesiones anatómicas.

La presencia de concreciones, aun en gran número, en la vejiga ó en los conductos biliares no entraña necesariamente lesiones anatómicas en este aparato. Cuando existen estas lesiones, son las de la angiocolitis aguda ó crónica, el reblandecimiento, las ulceraciones de la mucosa, ó su engrosamiento, el engrosamiento de toda la pared vascular y su induracion. Es bastante frecuente que, por consecuencia del contacto con los cálculos, la mucosa pierda su vellosidad y se vuelva lisa como una serosa: en algunos casos la superficie se vuelve áspera, reticulada, y presenta pequeñas cavidades en las cuales se fijan los cálculos; la túnica muscular se hipertrofia notablemente por

el desarrollo de fibras musculares; estas dos últimas modificaciones se hallan en la vejiga en casos análogos. Cuando la vejiga no contiene mas que un grueso cálculo, las fibras musculares están ordinariamente atrofiadas; en todos los casos es frecuente hallar el cuello de la vejiga obliterado, y esta cavidad no conteniendo sino concreciones y un líquido viscoso, ó una materia crasa grisácea. La obliteracion del cuello tiende á producir la atrofia de la vejiga. Los conductos se dilatan en general en cima del obstáculo y se obliteran debajo; los mismos resultados se han obtenido y de una manera durable por las ulceraciones y las cicatrices de las paredes de los conductos, consecutivas á la irritacion calculosa. Las paredes de diversos conductos son susceptibles, como las de la vejiga, de alojar cálculos en las anfractuosidades accidentales. Dolbeau (1) ha presentado á la sociedad anatómica un cálculo engastado en las paredes del conducto cístico.

Fuera del aparato biliar, se hallan todas las lesiones que han producido los síntomas secundarios mencionados precedentemente: las adherencias, las perforaciones, los trayectos fistulosos en sentidos diversos, las alteraciones del hígado, la inflamacion de la vena porta, la peritonitis.

En la mayor parte de los casos, y con especialidad en aquellos en que á pesar de la existencia de los cálculos el fluido biliar ha podido continuar su curso con bastante libertad, no ofrece este líquido ninguna alteracion apreciable; pero algunas veces parece mas espeso, mas viscoso, y se han hallado en él porciones como pajitas brillantes de colesterina; por el contrario, en otros la bilis está descolorida y es muy fluida y parecida á la serosidad.

Los mismos cálculos son el punto mas curioso de la anatomía patológica. Rara vez se halla uno aislado, ordinariamente se hallan en número de 5, 10, 30 y hasta el de muchos millares. Morgagni ha contado 3000 en una vejiga, Hoffman 3646. Segun Frerichs (2) la coleccion de Otto tiene una vejiga, que contiene 7802, y el mismo ha hallado 1950 en una mujer de sesenta y un años. Su *volúmen* varía desde el de un grano de mijo hasta el de un huevo de gallina; el mas voluminoso de los que se conocen ha sido descrito por Meckel, y tenia 15 centímetros de largo y 12 de circunferencia. En cambio se ven arenillas que están alguna vez como inyectadas en las raicillas del conducto hepático. Cuando el cálculo es único, su *forma* es muy frecuentemente olivar por estar amoldado á la vejiga; cuando dos cálculos se tocan, las superficies de contacto son lisas ó excavadas. La figura 44 fijará las ideas sobre este doble detalle.

Otros cálculos son mamelonados; algunos ramificados y aun tubulados. Glisson los ha visto tales en el buey. Cuando son en

(1) Dolbeau, *Observation d'un cacul biliaire engagé dans le canal cystique* (Bull. de la Soc. anat., 1854, p. 336).

(2) Frerichs, *Traité prat. des maladies du foie et des voies biliaires*, 2.^a édition, loc. cit., p. 709.

gran número, son de formas poliédricas mas ó menos regulares de bidas al aplastamiento ó desgaste de las superficies en el punto de

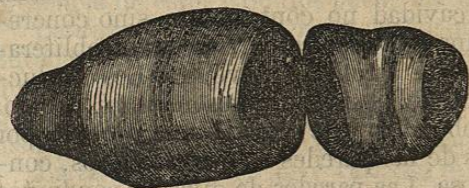


Fig. 44.—Dos gruesos cálculos articulados. (Frerichs, fig. 158, p. 821.)

Su densidad es poca, bien que no sobrenadan jamás en el agua, aun cuando están compuestos únicamente de colessterina, á menos que no estén notablemente desecados.

Son untuosos al tacto, muy friables, y muchas veces son inflamables. En cuanto á la *estructura*, hay concreciones que forman masas homogéneas (cálculos simples), otras que tienen un núcleo, capas concéntricas y una corteza. El núcleo está, en general, formado de colepirrina y de cal ligadas por el moco. Mas rara vez está representado por un cuerpo extraño. Bouisson ha hallado un pequeño coágulo sanguíneo; Lobstein, una lombriz muerta y desecada; Mauche (3), una aguja; Lacarterie (4) y Beigel (5), glóbulos de mercurio; Frerichs (6) y Fuchs, un hueso de ciruela; Bouisson, en el buey, un fragmento de distoma hepático. Un cálculo muy pequeño forma á veces el núcleo de uno mas grueso, este caso está representado en la figura 45. En fin, hay cálculos con muchos núcleos; Fauconneau-Dufresne y Guilbert los han visto de este género.

Las *capas medianas* están dispuestas concéntricamente y presentan estrias radiadas del centro á la periferia (véanse las figuras 45 y 46).

La corteza es de mas ó menos espesor, frecuentemente rugosa ó mamelonada. Tiene diferente composición que el centro del cálculo.

Composición química.—La colessterina entra como elemento principal en todos los cálculos, y forma enteramente cierto número, por ejemplo, los que son inflamables; las materias colorantes, la colepirrina y sus compuestos vienen en seguida, despues las sales de cal formadas con los ácidos de la bilis, glucocolato y colato de cal, el mo-

(1) Luton, *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.* Paris, 1866, t. V, art. BILIARIES (VOIES).

(2) Martin Schurigius, cité par Leroy (d'Étiolles) fils, *Traité pratique de la gravelle et des calculs urin.* Paris, 1864, p. 161.

(3) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, 2.^a édition, p. 812.

(4) Lacartiere, *Gazette de santé*, 15 Abril 1827.

(5) Beigel, *Wien. medicin. Wochenschrift*, 1856.

(6) Frerichs, *loc. cit.*, p. 713.

co, el epitelio y algunas materias minerales. Los detalles que este artículo no comprendiere se hallarán en los trabajos de Fourcroy, de Baillie (1), Marcel (2), Bouisson (3), Fauconneau-Dufresne (4), Cl. Bernard (5), y Frerichs (6).

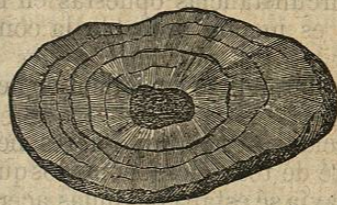


Fig. 45.—Cálculo de capas concéntricas y dispuestas en forma radiada, que contiene una concrecion mas pequeña que sirve de núcleo. (Frerichs, fig. 156.)

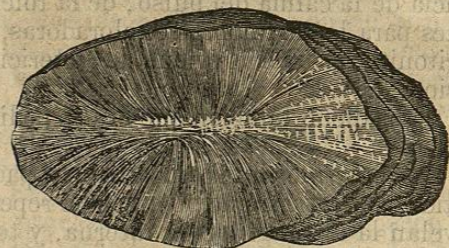


Fig. 46.—Cálculo en forma radiada y estratificada en una de sus extremidades. (Frerichs, fig. 157.)

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Los cálculos biliares quedan casi necesariamente ignorados si no dan lugar al cólico hepático, ó al menos á los signos de la angiocoleitis.

Seria necesario que formasen un tumor muy apreciable en el hipocondrio, para que llamasen la atención del enfermo, y fuesen reconocidos por medio de la palpacion. Mas entonces ya habria allí alguna manifestacion inflamatoria.

La comprobacion de los signos de la angiocoleitis no establece aun mas que presuncion en favor de la presencia de los cálculos en las vias biliares.

El conjunto, en los diversos grados de los síntomas descritos bajo el nombre de *cólico hepático*, es la sola base conveniente del diagnóstico de los cálculos: esta es la que es necesario saber reconocer.

Hemos procurado, en la sintomatologia, marcar los rasgos esenciales del cólico hepático. El *dolor*, que es el carácter predominante

(1) Baillie, *Anatomie pathologique*.

(2) Marcet, *Essai sur les affections calculeuses*. Paris, 1823, in-8.

(3) Bouisson, *De la bile, de ses variétés physiologiques, de ses altérations morbides*. Montpellier, 1843, in-8.

(4) Fauconneau-Dufresne, *Revue médicale*, 1841; *La bile et ses maladies* (*Memoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1847, t. XIII).

(5) Claude Bernad, *Leçons sur les propriétés physiologiques et pathologiques des liquides de l'organisme*. Paris, 1859, t. II, p. 188 et suiv.

(6) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, 2.^a édition. Paris, 1866, p. 704.

es de ordinario el motivo por el cual se le confunde con otras afecciones.

En los primeros momentos puede tomarse por una peritonitis, y sobre todo por una peritonitis por perforacion; en atencion al dolor brusco, á la ansiedad, á los vómitos; el error no será duradero en presencia de la calma del pulso, de la tolerancia de las paredes abdominales para las maniobras exploradoras, circunstancias opuestas en la peritonitis, y si sobreviene la ictericia es menos probable la confusion.

Se ha dicho tambien que el íleo podia confundirse con el cólico hepático.

Dos enfermos que nunca habian padecido ictericia ni dolores hepáticos se sintieron acometidos de repente de todos los fenómenos que revelan la estrangulacion interna, y todavía se estaba en dudas acerca de la naturaleza de la enfermedad, que, sin embargo, se curaba como si fuera un íleo, cuando los dolores cesaron de pronto en uno de ellos á consecuencia de la expulsion de cálculos por el vómito, y en el otro se presentó una ictericia y quedó enteramente libre de su enfermedad (Monneret y Fleury).

Independientemente de los signos propios del cólico hepático y de los resultados de la exploracion del hipocondrio derecho, si se trata de la *invaginacion intestinal*, sirven para fijar el diagnóstico la deformidad del vientre, el tumor y el dolor en un punto del abdomen. Si hay *atascamiento intestinal* se observa igualmente el tumor formado por la acumulacion de las materias fecales, y tenemos además para servirnos de guia el curso mas lento de la enfermedad. Queda únicamente la *estrangulacion interna* propiamente dicha, y sobre todo *la que resulta del paso de una asa de intestino por debajo de una brida*. En este caso el fenómeno que mas interesa notar bajo el punto de vista del diagnóstico es la meteorizacion rápida del vientre.

Entre las neuralgias que pueden hacer el diagnóstico difícil, se ha citado tambien la *neuralgia hepática*. Ciertos casos de cólico hepático son acusados por los enfermos á título de calambres del estómago. Así Trousseau (1) y Frerichs (2) han juzgado útil indicar su diagnóstico diferencial con la *gastralgia*. En esta, el dolor lo sienten los enfermos precisamente en el epigastrio, vuelve con intervalos separados de la comida. La *colalgia*, sobre la cual Trousseau ha llamado la atencion, se distingue en que el dolor se localiza por mas tiempo hácia el hipocondrio izquierdo.

Las producciones cancerosas, interesando las vias biliares ó los órganos vecinos, los entozoarios en los conductos, pueden dar lugar á verdaderos accesos de cólico hepático. La observacion VI de Fre-

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.^a édition, t. III, p. 221.

(2) Frerichs, *Maladies du foie*, 2.^a édition, p. 834.

richs (1) es la de un cáncer de la cabeza del páncreas, que habia sido diagnosticado *cólico hepático* por concreciones biliares en el duodeno. Briquet (2), habiendo notado en una mujer acometida de ictericia vercosa la existencia en el borde inferior del hígado, de un tumor redondo, fluctuante, con granulaciones bastante voluminosas, habia diagnosticado: *Cálculos detenidos en los conductos*; retencion biliar. Se hizo la puncion de la vejiga. Mas tarde el enfermo murió, y no se le halló ningun cálculo, sino un cáncer del páncreas envolviendo el conducto colédoco. Duparcque ha visto un cáncer del píloro determinando iguales ilusiones. Trousseau (3) cita un caso de la asistencia de Lasegue y uno de la suya en los que las idátides del hígado, habiendo venido á alojarse en los conductos biliares, habian determinado accesos de cólico hepático. Segun el mismo autor, hechos numerosos reunidos por Bonfils (4), prueban que estos accesos pueden ser exactamente reproducidos por las ascárides lumbricoides en los conductos de la bilis. Despues hallaremos ejemplos de esta particularidad clínica.

Trousseau enuncia tambien la posibilidad de una confusion con ciertas formas de hepatitis aguda, en las cuales el dolor es intermitente, y que se acompañan de ictericia.

Resta, por último, el *cólico nefrítico*. Aquí pueden ser muy grandes las dificultades, sobre todo cuando los dolores dependen de la introduccion de una arena voluminosa en el ureter, porque el dolor se presenta de pronto, tiene los mismos caracteres y es igual la ansiedad del enfermo. Por otra parte, ya hemos dicho antes de ahora que en algunos casos los dolores del cólico hepático se estienden precisamente en la direccion del ureter del lado derecho. Hé aquí, sin embargo, los signos que podrán hacernos evitar el error.

En primer lugar, si bien es cierto que algunas veces la direccion y la estension del dolor son las mismas en ambas enfermedades, no lo es menos que estos casos son sumamente raros. En segundo lugar, si se interroga convenientemente al enfermo, se vendrá en conocimiento de que en épocas anteriores ha espelido con la orina arenillas mas ó menos numerosas y voluminosas. Se observa tambien la retraccion del testículo, la orina es escasa, su escrecion por lo comun difícil, y á veces se encuentra en ella un poco de sangre; y finalmente, en los casos en que existe una nefritis calculosa, se presentará un movimiento febril, que no existe en el cólico hepático. Por otra parte, ya hemos dicho que la ictericia es un fenómeno frecuente en esta última dolencia, al paso que nunca se la observa en el cólico nefrítico.

Otro diagnóstico ha establecido J. Frank, á saber: el que algunas

(1) Frerichs, *Maladies du foie*, 2.^a édit., p. 140.

(2) Briquet, *Gazette des hôpitaux*, 1861, n.º 38.

(3) Trousseau, *Clinique médicale*, t. III, p. 222.

(4) Bonfils, *Archives générales de médecine*, Junio, 1858.

veces hay necesidad de hacer entre el cólico hepático y la *intoxicación por los venenos minerales*.

En el cólico hepático hay prodromos, el vómito es moderado, y aparece por accesos, el dolor se limita al hipocondrio y al epigastrio, las materias evacuadas no presentan vestigios de veneno, y los comensales del enfermo no han experimentado ningún accidente; al paso que en el envenenamiento la invasión es repentina, los vómitos son continuos é inmoderados y el dolor del vientre es general. Además las materias contienen restos de veneno, y los que han comido con el enfermo experimentan los mismos accidentes.

En último término, no olvidemos que el diagnóstico queda incompleto, mientras que el enfermo no ha arrojado algún cálculo ó fragmento de cálculo; es indispensable examinar atentamente las materias fecales; recibirlas sobre un tamiz apretado; diluirlas y lavarlas en mucha agua, según lo recomiendan Trousseau y Frerichs. Este es el solo medio de obtener un carácter absoluto para el diagnóstico. Con este objeto á veces es bueno estar prevenido de que las concreciones grasosas pueden hacerse pasar por cálculos biliares; Fauconneau-Dufresne señala dos casos de esta naturaleza tomados de Pujol y Bourdois; Foucart (1) ha estudiado estas producciones con cuidado.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º Signos distintivos del cólico hepático y de la peritonitis por perforación.

CÓLICO HEPÁTICO.	PERITONITIS POR PERFORACION.
Se presenta por accesos.	Síntomas continuos.
Va acompañado mas ó menos pronto de ictericia.	No hay ictericia.
El dolor ocupa el hipocondrio y el epigastrio, el vientre permanece sin dolor, ó solo adquiere cierta sensibilidad á la presión por lo comun moderada.	Dolores muy intensos en el punto de la perforación, que se extienden con rapidez al resto del abdomen.
Pulso por lo comun sosegado, á no ser que la ansiedad se prolongue por mucho tiempo.	Pulso muy acelerado, pequeño y miserable.

2.º Signos distintivos del cólico hepático y del íleo.

CÓLICO HEPÁTICO.	ÍLEO.
Afección por lo comun repentina.	Síntomas muy graves, precedidos ordinariamente de un estado morbozo de duración mas ó menos larga.
Ictericia.	No hay ictericia.

(1) Foucart, *Revue médico-chirurgicale de Paris*, 1850.

No hay deformidad del abdomen, ni tumor.

En la invaginación intestinal y en el atascamiento, tumor y deformidad del vientre; en la estrangulación por una brida, meteorismo ordinariamente rápido.

3.º Signos distintivos del cólico hepático y de la intoxicación por los venenos minerales (diagnóstico establecido por J. Frank).

CÓLICO HEPÁTICO.	ENVENENAMIENTO.
Prodromos (signo dudoso).	Invasión repentina.
Vómitos moderados que aparecen por accesos.	Vómitos inmoderados y continuos.
Dolores que se extienden del hipocondrio derecho al epigastrio.	Dolor general del vientre.
Las materias espelidas no contienen vestigios de veneno.	Restos de veneno en las materias arrojadas.
Los que han comido con el enfermo no experimentan ningún accidente.	Los que han comido con el enfermo experimentan los mismos accidentes.

4.º Signos distintivos del cólico hepático y de las visceralgias.

CÓLICO HEPÁTICO.	VISCERALGIAS.
Dolor un poco despues de la comida, localizado en el borde inferior del hígado.	Dolor inmediatamente ó bastante despues de la comida, localizado en la region epigástrica (gastralgia), ó en el hipocondrio izquierdo (colalgia), ó en el hipocondrio derecho (hepatalgia).
Ictericia. Cálculos en las materias fecales.	Nada de ictericia, á no ser en la hepatalgia (afección rara); nada de cálculos en las materias fecales.

Pronóstico.—Los accidentes que hemos descrito se presentan en el mas corto número de casos de cálculos biliares, y casi siempre terminan por el restablecimiento de la salud. Solo en casos que pueden considerarse como escepcionales, las lesiones concomitantes del hígado, la inflamación de la vejiga y la rotura de los conductos ocasionan la muerte: pero basta, sin embargo, que pueda efectuarse esta terminación para que despues del primer ataque de cólico hepático se someta el enfermo á las precauciones mas severas.

La gravedad de la afección depende de su disposición á las recidivas, que renuevan cada vez el riesgo de las complicaciones, y que por la aproximación y prolongación de los ataques producen la languidez de los enfermos.