

grandiosos sacrificios, dignos de homéricas estrofas, ocupará lugar distinguido en el catálogo de las Naciones científicas, que en los modernos tiempos se erigen en escuelas.

Estos son nuestros más vehementes deseos; si médicos en particular, estudiantes y adeptos á la ciencia hipocrática, en general, nos imparten valiosa protección, ánimo sobrado tendremos, para emprender nuevos trabajos, rogando, como hoy hemos hecho con el Dr. D. Manuel Carmona y Valle, á los Profesores de nombradía como los Dres. Lavista, Liceaga, Ruíz, Sosa, Domínguez, etc., nos permitan recoger sus lecciones y observaciones, para consignarlas en un libro, medio el único capaz de llevarnos al ideal susodicho, la más legítima de las aspiraciones que pueden germinar en todo corazón que aliente en nuestra amada patria, cuna de Hidalgo y Juárez!

México, Julio de 1894.

T. S. PÉREZ PENICHE.

PRIMERA LECCION.

(Mayo 28 de 1894)

Cirrosis hipertróficas con ictericia

Señores,

El enfermo de la cama 21, que hemos estudiado en estos últimos días, es un ejemplar que demuestra á Uds. la insuficiencia de los libros de texto, para hacer el diagnóstico de todas las enfermedades que puedan presentarse, sobre todo, cuando se trata de las hepáticas. Porque siendo éstas relativamente raras en Europa, los autores se preocupan poco de ellas, y no las coleccionan en los libros didácticos. Trabajos existen, pero esparcidos en tesis, ó monografías que no siempre es fácil consultar.

El enfermo que nos ocupa, presenta un cuadro de síntomas tal, que á primera vista, ha podido creerse en la existencia de un absceso hepático: en efecto, nuestro paciente hará un mes, se sintió atacado de algo que creyó ser intermitentes: calosfríos, calenturas y sudores, que según él, no duraban todo el día. Seis ó siete

días después, sintió un dolor en el hipocondrio derecho, del que se queja hasta este momento, y que vino acompañado de ictericia.

Al explorarlo, nos hemos encontrado con que la calentura persiste todavía; que el hígado está notablemente crecido, produciendo un abultamiento en el epigastrio, sumamente doloroso á la presión, y con falsa fluctuación.

La demacración y el abatimiento, son sumamente notables; y por último, existe una ictericia manifiesta que no es por retención de la bilis, pues que las materias fecales vienen coloridas de amarillo.

La semejanza con los abscesos hepáticos, es grande; aunque, entrando en detalles de exploración, faltarían muchos de los signos que deberían existir en tal enfermedad. Sin embargo, la apariencia ha sido tal, que nuestros Jefes de Clínica han hecho dos punciones, sin resultado alguno. No extraño, pues, que el Sr. Pérez Peniche, encargado de la historia de este enfermo, haya podido creer también que se trata de la hepatitis supurada.

Pero deben Uds. notar, que en los verdaderos abscesos hepáticos, la ictericia, es un fenómeno tan raro, que apenas existirá una vez en cien casos.

Por otra parte, hay ciertas cirrósisis hipertróficas acompañadas de ictericia, que presentan la falsa fluctuación; y entre muchos casos que podría citarles, señalaré el descrito por Jacoud, en el año 1883, en su Clínica del Hospital de la Pitié. Este enfermo, que como el nuestro, tenía crecido el hígado y presentaba ictericia, simulaba de tal manera la fluctuación hepática, que tres veces el Profesor Jacoud hizo punciones, sin obtener otra cosa que unas cuantas gotas de sangre. Más tarde, á instancias de su interno Mr. Chauffard, practicó

una cuarta punción en la parte más saliente del abovedamiento hepático, é introdujo el trocar á doce centímetros de profundidad, con el mismo resultado negativo que en las anteriores.

Ven Uds., que nuestro caso no sería el único en la ciencia, y que muchas veces podremos tener, el crecimiento del hígado, fluctuación aparente, movimiento febril é ictericia, sin que por esto se trate de una hepatitis supurada.

Para darles una noticia detallada de estos hechos, necesito entrar en algunas consideraciones históricas, acerca de la cirrósisis hepática, y sobre todo, de las que se han llamado *Cirrósisis hipertróficas con ictericia*.

Todavía á mediados de este siglo, sólo describían los autores clásicos, una especie de cirrósisis hepática; la *Cirrósisis atrófica*, ó de Laë nec ó lo que es lo mismo, la *cirrósisis intersticial*. Laë nec fué quien la describió, y estaba caracterizada por la *atrófia* ó disminución del volumen del hígado, su endurecimiento, su color amarillo, y su aspecto granuloso más ó menos marcado. Los síntomas clínicos son los siguientes: perturbaciones de la digestión gastro-intestinal, enflaquecimiento notable, ascitis, desarrollo de las venas superficiales del vientre, marcha lenta de la enfermedad, y terminación por la muerte. Debe advertirse que en esta enfermedad, nunca se presenta la ictericia.

Laë nec creía, que la cirrósisis consistía en una neoformación que como otras neoplásias podría terminar por el reblandecimiento: Boulland, no conforme con esta teoría, dijo que la cirrósisis hepática, consistía en la *atrófia* de la substancia roja del hígado y la *hipertrofia* de la substancia amarilla. A esta doctrina, con pocas modificaciones, se adhirieron Andraly Becquerel.

Advertiré á Uds, que en esa época, se usaba poco del microscópio en las investigaciones necroscópicas. Sin embargo, en Inglaterra, Kiernan primero, y algunos otros de sus compatriotas después, hicieron ver, que la tal cirrósisis, era debida al desarrollo exagerado de tejido fibroso, entre los lóbulos del hígado. Los estudios ulteriores han confirmado esta manera de ver, y nos han enseñado, que ésta proliferación de tejido conjuntivo, nace de la túnica externa de las pequeñas ramificaciones de la vena porta, que circundan á los lobulillos hepáticos; y por esto se la llama también *cirrósisis venosa*.

De todas maneras, y cualquiera que fuera la teoría que se admitiese, para explicar esta cirrósisis, todo el mundo consideraba que la *cirrósisis* y la *atrófia*, eran inseparables. Por este motivo, cuando Andral primero, y Requin después en 1846 relataron historias de cirrósisis hepáticas con aumento del volumen del órgano, se produjo una conmoción, pareciendo imposible que pudiera haber cirrósisis sin atrófia hepática.

No obstante, las observaciones se multiplicaron, y en 1853, apareció un trabajo de Gübler, en el que se relataban nuevos casos de cirrósisis hipertrófica.

En el año de 1871, Paul Ollivier refirió otro caso del mismo género, y en una especie de monografía reunió todos los casos de cirrósisis hipertróficas conocidas hasta entonces.

Los partidarios de la idea de que cirrósisis y atrófia, eran sinónimos explicaban estos hechos, diciendo los unos, que el crecimiento del hígado era sólo el primer período de la enfermedad; pero que después venía la atrófia del órgano. Los otros aseguraban que no se trataba de una vedarera cirrósisis, sino de un estado congestivo de la glándula hepática, que acababa por endu-

recerla, pero en la que no había proliferación del tejido conjuntivo.

En 1874, Cornil fué el primero en indicar, que en ciertas formas de cirrósisis hipertróficas, había una especie de desarrollo exagerado de canalículos biliares. Poco tiempo después, Hayem y Debove emitieron la misma idea; pero todos estos autores se ocupan sólo de la lesión anatómo-patológica, sin referirla á un cuadro clínico determinado.

En 1875, Hanót fué el primero que describió el cuadro completo de lo que llamó *cirrósisis hipertrófica con icteria crónica* y la separó de la *venosa ó de Laë nec*.

En esa enfermedad la lesión anatómica reside, en los canalículos biliares que rodean al lobulillo hepático. El punto de partida de la proliferación conjuntiva, está en la túnica externa de estos canalitos, y no en la externa de las venas pórtas, como en la cirrósisis de Laë nec. Hay obstrucción de un gran número de canalículos biliares, pero abundante formación de otros nuevos. La glándula se hipertrófia de un modo considerable y se endurece al mismo tiempo. Por otra parte, el bazo crece considerablemente, y el gran desarrollo de estas dos vísceras, produce el aumento de volumen de la parte superior del vientre en los enfermos atacados de esta afección.

En pocas palabras diré á Udes., cuál es el cuadro clínico de esta entidad morbosa. El mal se desarrolla de una manera lenta, y lo primero que llama la atención de los enfermos, es el crecimiento de su vientre. Paulatinamente empieza á aparecer un tinte icterico, que poco á poco se va haciendo más y más intenso, teniendo sí, en el curso de la enfermedad, alternativas de aumento y disminución. Nunca hay ascitis, ni desarrollo en la piel del vientre, de la *cabeza de Meduza*, siendo frecuente el observar, algunos trastornos de la diges-

ción gastro-intestinal. De tiempo en tiempo, suele presentarse algún movimiento febril ligero, que no dura muchos días, y que es sintomático por lo común, de las perihepatitis que son frecuentes en esta afección. La duración es siempre larga, y se ha dado como término medio de ella, nueve años. Los enfermos sucumben, ó por agotamiento, ó porque al fin se presentan los fenómenos de ictericia grave.

Para terminar, debo decirles que en esta entidad morbosa la ictericia es por retención, supuesto que las materias fecales, están casi siempre descoloridas.

Casi no es necesario detenerme en marcar á Udes. el diagnóstico diferencial entre ésta cirrosis y la de Laënc, en razón de que, en esta última hay atrófia del hígado, ascitis, y falta la ictericia; mientras que en la primera el órgano está excesivamente crecido, hay ictericia, y falta la ascitis, así como el desarrollo de la cabeza de Meduza.

En el año 1876, Charcot y Gombault, publicaron un interesante estudio acerca de la cirrosis biliar, fundado en los trabajos experimentales, hechos en los animales, en los que se hizo la ligadura de los canales biliares; observaron pacientemente, las consecuencias de la retención de la bilis, en el parénquima hepático.

A pesar de ésto en Francia y en Alemania se sigue discutiendo acaloradamente, sobre la sistematización de las cirrosis hepáticas. No todos los observadores admiten, que en la *de Laënc*, sean las venas pórtas el único punto de partida de la proliferación conjuntiva; pero niegan todavía con más empeño, el hecho de que en la cirrosis hipertrófica con ictericia, sean los canalículos biliares, los únicos que dan nacimiento á la formación de tejido conjuntivo.

Esta contienda, y sobre todo, la que se refiere á la cirrosis hipertrófica con ictericia, depende en mi concep-

to, de que se ha querido admitir una sola especie de cirrosis hipertrófica icterica; mientras que, como veremos después, hay de ella muchas variedades en las que la proliferación conjuntiva, no parte de los canalillos biliares.

El error de Hanót estuvo en denominar la enfermedad que ha descrito, «*cirrosis hipertrófica con ictericia*»; y si desde el principio le hubiera llamado *cirrosis biliar*, entonces las discusiones hubieran sido quizá menos apasionadas.

Que la cirrosis de Hanót, existe como una entidad morbosa independiente, es para mí, un hecho fuera de duda; y aunque no frecuente entre nosotros, yo he podido comprobar su existencia.

En mi ya larga práctica, sólo he visto dos casos, pero bien caracterizados. El primero, lo tuvimos en nuestra Clínica por el año de 1882; se trataba de un hombre de 45 años poco más ó menos, quien desde hacía ya cinco años tenía ictericia, y un vientre sumamente abultado: Al examinarlo, nos encontramos con que el hígado descendía hasta muy cerca del borde de la fosa iliaca derecha, consistencia dura, y no presentaba aboyaduras en ningún punto de su superficie. El bazo, excesivamente desarrollado, venía á confundirse en el hipocondrio izquierdo, con la dureza hepática. En el tiempo que lo observamos, nunca tuvo movimiento febril, ni tampoco ascitis: salió del hospital en el mismo estado en que entró.

El segundo caso lo observé en el servicio del Dr. Bandera. Era un hombre afectado de pulmonía, y que de largo tiempo atrás, presentaba fenómenos análogos á los del enfermo anterior. Como la pulmonía mató á este enfermo, tuve la oportunidad de hacer la autopsia, y de estudiar con el microscopio las alteraciones hepá-

ticas, encontrando en ellas las mismas descritas por Hanót.

Después de haber señalado á Uds., la cirrósisis hipertrófica biliar de Hanót, y de haberles marcado, aunque en pocas palabras, su cuadro clínico y sus alteraciones anatomo-patológicas, en nuestra próxima reunión, les hablaré de otra forma de cirrósisis hipertrófica con icteria, que no es la biliar de Hanót.

LECCION SEGUNDA.

(del 28 de Mayo)

Continuación del asunto de la lección anterior.

(CIRRÓSISIS SUPRAHEPÁTICA DEL DOCTOR CARMONA Y VALLE).

SEÑORES:

En nuestra última reunión hablé á Udes. de algo que ya conocían, *la cirrósisis hipertrófica con icteria crónica de Hanot*, ó Cirrósisis biliar.

Prefiero seguirla denominando de la última manera, porque como vamos á verlo, hay otras *cirrósisis* con icteria é hipertrofia, que no son la *biliar* de Hanot.

Desde que yo empecé á ejercer en los hospitales, pude observar, que frecuentemente se presentaban en nuestras salas, enfermos atacados de una afección hepática, no descrita hasta entonces. Me refiero á los años de 1857 y 58, épocas en que, las obras francesas, sólo describían la *cirrósisis de Laënc*.

Tantos hechos observé, que ya en 1866 tenía yo un cuadro clínico perfectamente definido, que no podía confundirse con ninguna de las afecciones hepáticas des-