

cirrosis verdadera ó cirrosis cardíaca, el trastorno circulatorio verificado en las venas portas hepáticas se traduce siempre por un derrame de serosidad más ó menos abundante en la cavidad abdominal; así, no debéis extrañaros ver en las cirrosis cardíacas derrames, ascitis tan intensas y tan considerables como en las cirrosis verdaderas.

¿Qué conducta seguir en semejante caso? *A priori*,

Al principio de la lesión la glándula hepática no presenta nada de anormal; pero en un período más avanzado el tejido se hace más denso y más firme, el parenquima está ingurgitado de sangre, y persistiendo el éxtasis sanguíneo, se dilatan las venas hepáticas bien pronto de trecho en trecho hasta sus capilares. Si en este momento se da un corte á la glándula, se ve ese manchado parecido al de la nuez moscada; se distinguen puntos oscuros que corresponden á las venas intralobulares dilatadas, sitios más claros que corresponden á las venas peri ó interlobulares comprimidas y puntos verdosos debidos al éxtasis biliar.

El tejido del hígado es más resistente, pero las lesiones del tejido no son todavía muy grandes; las células tienen todavía una nutrición casi normal; pero muy pronto, apretadas cada vez más, aprisionadas entre las mallas de la red capilar formada por las venas lobulares, se atrofian y son reemplazadas por un tejido muy vascular, por la sustancia conjuntiva y las granulaciones.

Continuando la enfermedad, el tejido conjuntivo se retrae, el hígado disminuye de volumen (fase atrófica del hígado moscado), y entonces es cuando toma el órgano un aspecto granuloso. En este período de la enfermedad ha sido confundida la lesión con la cirrosis verdadera, muy diferente sin embargo. La cirrosis cardíaca, en efecto, es una

especie de atrofia blanda; la cirrosis verdadera es una especie de atrofia dura, y en efecto, jamás el hígado cardíaco adquiere una consistencia tan grande como en la esclerosis; además, en este último caso la enfermedad empieza por la periferia; en el primero, al contrario, las células centrales son las primeras atacadas; las periféricas no lo son sino tardíamente.

La cirrosis cardíaca, al principio, está constituida especialmente por un trastorno circulatorio sin lesión; la esclerosis está caracterizada por el desarrollo del tejido conjuntivo, que se espesa y prolifera, contrae adherencias, se retrae más en ciertos puntos y da al hígado un aspecto lobulado que rara vez tiene en la cirrosis cardíaca.

Al corte, se observa que el parenquima se ha vuelto duro, resistente, algunas veces aun lardáceo, crepitando bajo el cuchillo; hay numerosas granulaciones salientes entre las prolongaciones espesadas de la cápsula de Glisson; el tejido tiene una coloración leonada (debida, según Gubler, á la ioidina); algunas veces también el corte es limpio y reluciente.

Las células hepáticas, intactas en ciertos sitios, están destruidas ó grasosas en otros puntos.

Poco á poco, por la retracción del tejido conjuntivo, la glándula está, por decirlo así, ahogada.

soy muy constante en esta manera de ver; creo que la punción, en la ascitis cirrótica, es una operación más perjudicial que útil, y aquí, en la clínica, me habéis visto ordinariamente rehusar la punción en los casos de cirrosis.

He observado, en efecto, que siempre los enfermos se debilitan rápidamente bajo la influencia de esta operación, y como el obstáculo por parte del hígado es siempre el mismo, obstáculo invencible por lo demás en la cirrosis verdadera, después de la punción la serosidad se reproduce rápidamente en el peritoneo, y esta sangría blanca hecha á la economía no hace más que debilitar al enfermo y abreviar sus días. Así, sordo á los deseos del paciente, resisto el mayor tiempo posible y no practico la punción mientras haya temor de que el enfermo se asfixie.

Esta conducta, que creo buena en los casos de cirrosis verdadera, ¿es aplicable á la cirrosis cardíaca? Estaba tentado de responder que sí, cuando se piensa en la lesión del corazón y en la del hígado consecutiva; la punción, en efecto, es un medio paliativo que no obra sobre la causa primitiva y determinante.

Sin embargo, aquí mi rigor es menor y estoy más dispuesto á la paracentesis abdominal en los cirróticos cardíacos que en los cirróticos verdaderos. Expliquémonos: la cirrosis cardíaca, debida en resumen á la congestión mecánica de las venas suprahepáticas, no es comparable, por su tenacidad, con la cirrosis debida al desarrollo gradual y progresivo de los elementos celulares.

Es fácil, en efecto, comprender que, si se llega á modificar la circulación de la vena cava, se podrá disminuir el desarrollo varicoso del origen de las venas suprahepáticas y modificar así la circulación porta de una manera favorable. Así, cuando os encontréis en presencia de un enfermo atacado de afección

De la cirrosis verdadera y de la cirrosis cardíaca.

cardíaca, si el estado caquético no está demasiado avanzado, si el edema de los miembros inferiores no es demasiado considerable, mientras que, por el contrario, el derrame ascítico es muy abundante, podéis practicar la punción, sobre todo si este derrame dificulta las funciones del diafragma y aumenta así el trastorno de la circulación cardíaca.

Estos casos son menos raros de lo que creéis, y veréis, y aun habéis visto ciertamente, enfermos que, atacados de una afección mitral, presentan esta curiosa particularidad: que, á pesar del poco edema de los miembros inferiores, tienen, sin embargo, una ascitis muy considerable. Es verdad que aquí el diagnóstico es á menudo dudoso, y que puede uno preguntarse si no se trata de una enfermedad del corazón coexistente con una cirrosis verdadera (a).

La cirrosis, como sabéis, es una afección dependiente de la inflamación crónica del hígado; inflamación que tiene con frecuencia su punto de partida en el paso, á través de la glándula hepática, del alcohol ingerido en demasiada cantidad. Ahora bien, vuestro enfermo puede ser un bebedor, y se comprende en estos casos que una de estas afecciones pueda marchar con la otra y que el individuo atacado de la lesión mitral pueda también tener al mismo tiempo una cirrosis verdadera. En estas circunstancias, el diagnóstico es muy difícil; la marcha de la enfermedad y los signos suministrados por el examen atento del paciente pueden ser de gran ayuda; pero no obstante, la dificultad es muy grande. En presencia de estos hechos, preferid engañaros; puncionad, desahogad el corazón. Si se trata de una cirrosis verdadera, su marcha se modificará poco; pero si, por el contrario, es una cirrosis cardíaca, la operación po-

(a) Véase tomo II, *Tratamiento de las enfermedades del hígado*.—*Leción sobre el tratamiento de las inflamaciones del hígado*.

drá permitir á una medicación activa producir su efecto y evitar así la vuelta de accidentes semejantes.

Entre los medios locales que el médico posee para combatir los edemas, no hay que olvidar el amasamiento y las fricciones. Como ya os he demostrado en mis lecciones sobre la masoterapia (a), el amasamiento en las hidropesías cardíacas no solamente tiene una acción local, sino que obra también sobre la secreción urinaria. Mi discípulo el doctor Rubens Hirschberg, de Odessa (1), ha demostrado, en efecto, que el amasamiento del abdomen aumentaba notablemente la diuresis. Este es un hecho importante, cuya gran trascendencia todos comprenderéis. Os será, pues, necesario practicar el amasamiento, no sólo de los miembros, sino también del abdomen, sobre todo cuando el derrame se encuentre en sus comienzos.

Tales son, señores, las reglas que os aconsejo seguir en el tratamiento local de las hidropesías.

(1) Rubens Hirschberg ha demostrado que el amasamiento del abdomen aumentaba gradualmente la urinación. Un enfermo que orinaba generalmente 1.500 á 1.800 centímetros cúbicos en las veinticuatro

horas, orina bajo la influencia del amasamiento 2.200 á 3.300 centímetros cúbicos. Schreiber había ya insistido sobre este hecho y aconsejado un amasamiento general para aumentar la diuresis (b).

(a) Dujardin-Beaumez, *Higiene Terapéutica*, París, 1888, pág. 82.—Traducida al español. Bailly-Baillière, editor.

(b) Rubens Hirschberg, *Massage de l'abdomen. Etude physiologique et thérapeutique* (*Bull. de Thérap.*, 30 septiembre de 1887, tomo CXIII, página 248).