1890

#62

11348

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
DE LIMA

Tesis

leida y sostenida para obtener
el grado de Bachiller en la
Facultad de Medicina, por
Luis del Valle y Dora,
en la Sesión del 24 de Abril
de
1890.

Señor Decano.

Señores Catedráticos:

Prescrito en nuestro Reglamento de Instrucción Pública el grado académico de Bachiller vengo en demanda de él en esta ilustre Facultad y dando cumplimiento al artículo 308 voy á dar lectura á mi imperfecto trabajo que está muy léjos de corresponder á nuestra elevada ilustración, por lo que ruego lo juzgueis con indulgencia.

Hepatitis sifilítica. es el punto de esta Tésis surgido de mi observación clínica en el Hospital Italiano, Servicio de nuestros bien reputados Profesores Señores Doctores Don Armando Peleg y Don Delisario Sosa.

Sífilis Hepática

Historia – Narrar la de la Sífilis en general sería largo, solo me concretaré en hacerlo de la localizada en la víscera hígado.

A los observadores del Siglo XV no escapó la localización de la Sífilis en el doble hígado. En 1540 Antonio Lecog sostenía que una calidad invisible y pestilente pululaba en el hígado de los Sifilíticos, quince años después Gabriel Fallopio, de Padua buscando el asiento del mal francés y basándose en que como enfermedad única y especial debía residir en alguna sola parte que siempre debía ser atacada y decía: En el hígado infectado por coito, desgarradura, se hace por las venas que dilatándose reciben esas pánies ó katenalega mórbida, y como estas venas llegan al hígado y no al corazón resulta que el primero es el atacado y único órgano lesionado, y por con-

frecuencia el Asiento de tal enfermedad. El mismo Gallo por reconocía también la frecuencia de las afecciones Hepáticas en la Sífilis hereditaria; pues en su obra se ha hallado sus observaciones á este respecto y cita en apoyo á su maestro Antonio Musa et Brassavole que decía: "In hepate præcipuum fondamentum, basim et radicem".

En 1540 L. B. Montanus definía el veneno sifilítico como una mala disposición del hígado al enfriamiento con fiebre pegueda.

En época posterior Bernardino Gonitano después de haber destruido la opinión de sus contemporaneos sobre las soluciones de continuidad del hígado y apoyandose en autopsias, menciona como lesión sifilítica en el hígado una especie de Sarna ó Pústula. A los anteriores se unían á sus doctrinas Próspero Borgarucci de Padua, Leonardo Botal y otros que alegaban no haber observado jamás las lesiones ya indicadas.

Por 1.604 Francisco Rauchin profesaba en la Escuela de Montpellier que

en la Sífilis el hígado era siempre afectado.

Batidas las teorias de Galeno y echadas por tierra, se levantaron otras nuevas, pero unos la Sífilis era resultado de fermentaciones, destilaciones, &a; para otros, ácidos, humores, &a, y poco se ocuparon del estudio de la Naturaleza del mal venereo.

En 1.750 el estudio del mal que nos ocupa volvió á ser origen de estudios é investigaciones. Astruc escribió: "La Sífilis ulceras obstrucciones é "infartos del hígado, bazo y páncreas, después amarillez pi la bilis no se puede separar por su viscosidad y derrama en la sangre ó de hidropesía (ascitis.) si la sangre remora es retardada en su curso por la obstrucción del hígado ó bien hemorroides si la vena porta es comprimida por un hígado indurado ó esquirro."

Ausuriete comentador de Boerhave y Sabor discípulo de L. Petit poseian igual doctrina por 1.750.

Roen de Roseinstein en 1.764. en su

Tratado de enfermedades de los niños atribuye la amarillez á la sífilis y que cede al tratamiento mercurial.

En la Medicina Práctica de Hufeland se encuentra que las vísceras abdominales pueden ser afectadas de sífilis y que la hidropesía puede tener por causa.

A principios de este siglo en 1.812 Portal en su Tratado de enfermedades del hígado respecto álas sífilis dice: Que se puede admitir que el hígado puede ser afectado por el vicio venereo poco tiempo despues de haberse contraido y otras veces á dos trancinas mas ó menos alejadas de una cohabitación impura".

Rayer en su Tratado sobre las enfermedades de los riñones en 1.836 llama la atención sobre la coincidencia frecuente encontrada entre la albuminuria de una parte y las enfermedades del hígado por otra en los enfermos atacados de sífilis constitucional.

Llegando al célebre Ricord, este renombrado sifilógrafo en 1.839. dos

cribe en el hígado gomas comparables álas desarrolladas en el tejido Celular Subcutáneo.

Dittrich y Gubler se consagran al estudio sobre todo ál dela Anatomía Patológica.

En 1856 Iraréz describe la Sífilis hepática y entonces aparece en el Monitor delos Hospitales la excelente Memoria de Mr. Liton sobre el Particular y las discuciones derraman Nuevas luces.

Lecomte lee en París su Tésis Sobre la Sífilis del higado.

En 1860 Virchow dá Publicidad á su Tratado de Sífilis Constitucional y Trata en ella de los accidentes hepáticos.

En el mismo año Leudet de Rouen Publica una Memoria sobre Sífilis del higado bajo el punto de vista Clínico y anatómico, describiendo bajo una y otras formas sus variadas manifestaciones.

De 1864 á 1877 vienen los interesantes trabajos de Gerard, Leudet y la obra de Lancereaux enriqueciendo con ella la Ciencia.

6.

A Cornil y Ranvier se deben gran-
des trabajos sobre histología.

La Tésis de Lacombe, notable mono-
grafía de la Sífilis del hígado honra
altamente á su autor, quien descri-
be las variadas formas que puede
afectar el hígado por la localisación
del virus Sifilítico debido á un con-
cienzudo trabajo basado en centenares
de autopsias. Igualmente las leccio-
nes de Cornil sobre Sífilis arrojan
abundante luz.

En I.S.S. Eduardo de Lavarenne en
su Tésis doctoral en París se ocupa
detalladamente dela Sífilis hepática en
los diversos períodos de su manifesta-
ción y merece el honor de una meda-
lla de bronce y los aplausos del Pre-
sidente dela Tésis el Profesor Brou-
ardel.

Para terminar esta reseña his-
torica diré: Que la Sífilis hepática
exije aun mucho, sobre todo en su
diagnóstico diferencial y es de desear
que su conocimiento llegue á la al-
tura en que hoy se encuentra la del
Cerebro debido á eminencias como Fournier
Lancereaux y otros.

Etiología

La sífilis hepática puede presentarse en ambos sexos, desde el nacimiento y recorrer los períodos de la vida, su frecuencia se observa en los recién nacidos y en el varón adulto: los primeros la obtienen de la madre á título hereditario y el segundo por inoculación directa ó sea por contagio.

¿En cual de los períodos de la sífilis tiene lugar su manifestación hepática? Según los períodos de Ricord sería en el tercero en que según ella tienen lugar las lesiones profundas, pero hoy mejor estudiado el punto puede decirse sin reserva con Bassereau, discípulo de Ricord: que las lesiones profundas pueden presentarse con las primeras manifestaciones tegumentarias y en apoyo citaré los infartos ganglionares, ya profundos como superficiales que se encuentran en todas las regiones del cuerpo, independientemente de los síntomas vecinos y dán así el alarma de la infección, las cefaleas que Fournier designa bajo el nombre de Cefalalgias y que las considera como premonitoras de la sífilis terciaria cerebral, las ciáticas inveteradas, las hemiplegias faciales, las lesiones osteo periosticas precoces que forman tumores

tumores y que no difieren de los que se producen en el período terciario sino por su marcada tendencia á la curación.

Después delo anterior podré dividir los accidentes sifilíticos hepáticos según sus manifestaciones en los períodos de Ricord en tres categorías.

1ª Sífilis hepática que coincide con los del segundo período.

2ª Dela coincidente con los accidentes intermediarios á épocas secundarias y terciarias.

3ª Hepatitis sifilítica terciaria llamada así álas manifestaciones del último período. De esta 3ª manifestación solo me ocuparé y al final consigno tres historias.

La hepatitis sifilítica terciaria sobreviene lo mas amenudo en gente que no habia tomado en su Sífilis, ora porque hayan ignorado los ataques ó que hayan sido negligentes. La mayoría delos enfermos y sobre todo las mujeres niegan su Sífilis ya maliciosamente ó ya de buena fé, por no haber dado valor á un pequeño bubón poco doloroso, que pronto y sin mucho se curó ó tomando el chancro como una ligera desgarradura causada durante el acto del coito. Bien sabido es que

solo cuando los accidentes secundarios son graves, el sifilítico acude al médico en demanda de su curación. En la gran mayoría delos casos no se encuentra ningún accidente sifilítico anterior y no hay sino presunción dela causa específica, (hist. Nº 1.) en una palabra, no se puede saber si la hepatitis sifilítica es un accidente grave y tardío de una sífilis grave desde su principio, asi como fuere la sífilis hepática puede ser colocada entre la sífilis ignorada.

La enfermedad que nos ocupa es mas frecuente en el hombre que en la mujer y la edad de treinta á cuarenta años para el primero y en edad mas avanzada para la segunda. Lavarenne en sus observaciones ha reconocido que en las mujeres en quienes el chancro fué observado el estallido delos accidentes hepáticos, han tenido lugar mas tardiamente que en el hombre.

Sabemos que la causa delos accidentes hepáticos específicos es la sífilis; pero es necesario saber que es lo que pasa en apoyo de su acción y cuales son las causas determinantes. Los unos son

físicos, los otros funcionales; los primeros dependen de un Traumatismo y los segundos de una Sobreactividad impresa al órgano. La influencia del Traumatismo en general parece poder ser invocada en la Terminación de los accidentes hepáticos. Virchow, había notado y es hoy un hecho confirmado por las autopsias que al rededor de los ligamentos Suspensores, coronarios y Triangulares del hígado, se encuentran las primeras lesiones. Algunas de ellas no pueden existir; pero en ciertos puntos, otras veces por Generalizado, siendo entonces mas graves y mas Profundos. Es precisamente en los ligamentos, que todas las Traacciones ejercidas sobre el órgano hacen sentir mas directamente su influencia; puede decirse que Todas las veces que las Traacciones se hacen sentir de una manera violenta y al mismo Tiempo continua, llevan á la larga alteraciones de forma y aspecto especial á la Glándula. Aclararé la cuestión Traumatismo, no se comprende por Tal, solo los golpes, caidas, chogues violentos; sino Tambien una série de actos Mecánicos internos que pasan desapercibidos y actúan de una

manera continua. Este hecho puede ser admitido por razón profesional Durrell ha hallado mayor número de atacados en hombres de trabajos violentos. En las mujeres se puede invocar el uso del corsé que imprime al higado muchas veces cicatrices aparentes de aspecto particular y sobre todo su deformación.

No dejaré de mencionar la predisposición particular del individuo ó del órgano como causa.

En cuanto á las causas de órden funcional colocaré en primer lugar el alcoholismo ó al ménos el abuso del alcohol, hay ejemplos de individuos que no haciendo uso del alcohol en cantidad bastante para determinar una cirrosis la han contraido por hallarse bajo la acción dela sífilis.

Al punto de vista de la sobreactividad funcional del higado en general á cualquiera órden de causa que ella pertenezca es de interés buscar las estadísticas de los paises cálidos, en los que la glandula hepática funciona con exageración. Yo he encontrado pocos y contradictorios. Monsieur Sourrouille en su Thesis "Tres años en

Cochinchina" publicada en Paris en 1874 dice: "En los casos de una Sífilis constitucional es raro que el enfermo salve "muere caquectico ó después de una diarrea hemorrágica ó de una Supuración del higado, último término de la Sífilis "y el mas frecuente."

Luis Ferreira médico portugués del Pará en su monografía sobre la hepatitis de ese lugar, dice: "Yo no he encontrado la predilección de la Sífilis por "el higado como lo he observado en Europa."

Al lado de las anteriores causas de puede preguntar ¿Si un primer ataque del higado en los primeros tiempos de la infección por la Sífilis, no puede convertirse en una predisposición para mas tarde? Puede contestarse por razón de menor resistencia en sentido afirmativo. Gubler y Virchow lo admiten.

Entre nosotros la terminación de la Sífilis por la hepatitis sifilítica Terciaria no es rara pero tampoco comun. En los Chinos sifilíticos he podido observar que la Sífilis no tiene predilección por el higado; sino por la Piel, laringe, los Testes y huesos.

Patogenia.

Dos hechos definitivamente admitidos en la ciencia 1º la existencia de un virus sifilítico y 2º la inoculación de la sangre nos explican la patogenia de la Sífilis hepática.

Tratar de la Naturaleza del Virus sería hacer un estudio que no corresponde al objeto de esta, diré solo que su doble carácter es el ser inoculable y contagioso. El virus Sifilítico siguiendo la revolución de los micro-organismos es objeto de investigaciones para descubrir su microbio engendrador, pero hasta hoy la ciencia no ha podido sorprenderlo.

En cuanto á las propiedades de ser inoculable, después de haber sido mucho tiempo negada por unos y aceptada por otros, parece ser hoy admitida. Monsieur Cornil cita muchos ejemplos y entre ellos el de un amigo y discípulo suyo á quien inoculó con provecho el Dr. Pellizzari de Florencia. Partiendo de este dos principio tenemos que llegar á explicar las alteraciones hepáticas. El hígado, dice Charcot "nace con todas las propiedades que los antiguos le habían atribuido." La sangre

que le atrabiesa y que le llega de cualquier especie de legumbre ó afluye sin cesar. Creo bien plausible admitir lo que se produce en el caso de hepatitis alcoholica para la Sifilitica; pues así como una sangre viciada por el alcohol determina una afección, la viciada por la Sífilis produce su alteración determinando congestiones, inflamaciones y el cortejo de sus consecuencias y en apoyo de esta doctrina puedo recordar los envenenamientos agudos y los reconocimientos de Bronsien Brouardel sobre el drage de la urea en las enfermedades del hígado y que dan una prueba dela intoxicación aguda ó crónica.

Resumiendo diré que en la Sífilis hepática en su principio hay congestiones repetidas del hígado con formación dela trama conjuntiva delos elementos embrionarios en vías de organización mas ó menos avanzada y que estas alteraciones se producen bajo la influencia del virus Sifilítico.

1ª.

Sintomatología

La sintomatología dela hepatitis sifilítica no es tan bien conocida como la anatomía patológica, razón por la que el diagnóstico es tan difícil aun para el práctico mas experto.

En tres faces pueden dividirse los síntomas armonisando con las alteraciones del hígado, hipertrofia, volúmen normal ó atrofia.

Período. Corresponde, ala hipertrofia conjuntiva desde el principio hasta el período de retracción. Tres síntomas pueden presentarse, hipertrofia, dolor, ictericia y alguna vez ascitis. La hipertrofia es mas considerable que en los otros períodos, se desarrolla bruscamente, al mismo tiempo que el dolor y la ictericia pudiendo decirse que la hipertrofia es total, así lo atestigua las autopcias hechas por Cornill y Lancereaux, ála palpación la superficie del órgano es lisa y sobrepasa por término medio, dos ó tres traveces de dedo las falsas costillas; tambien puede presentarse un tumor voluminoso. Cuidando de percutir la región sobre la linea axilar y un poco hácia atras

será fácil darse cuenta del aumento total del hígado y que no hay solamente una hipertrofia compensatiba de un lóbulo.

El síntoma hipertrofia puede aparecer mucho tiempo después delos primeros accidentes sifilíticos, se le ha observado veinte años después, lo general es de tres á cuatro años como en el caso de la historia primero. La duracion es variable pudiendo llegar á disminuir y volverse á manifestar por ataques sucesivos, la misma observacion lo pone de manifiesto.

El dolor se presenta con caracteres de mas importancia particulas y puede muchas veces poner al médico en buen camino, durante tres ó cuatro meses puede consistir solamente pesadez y exacerbarse durante la marcha delos esfuerzos; pero lo mas amenudo el dolor sordo se acompaña de paroxismos agudos durante la noche obligando al enfermo á la vigilia; estos dolores se irradian hácia el hueco epigastrico, la fosa iliaca y los riñones. ¿A que atribuir estos dolores? Sin duda al trabajo inflamatorio que se produce.

La ictericia se presenta despues delos anteriores síntomas y puede faltar.

Cuando se presenta puede explicarse por la inflamación comunicada á los canalículos biliares cuya descamación obliteró su conducto, para Virchow y Frerichs también puede ser debida á la compresión de un goma ó un grueso canalículo biliar.

La ascitis cuando se presenta es poco considerable y algún puede no ser apreciada, su causa no es sino la compresión de los vasos gruesos atacados en el proceso. 2º Período: Dos casos pueden presentarse. Conservar el hígado su volúmen normal ó existir una hipertrofia compensatriz: en el 1er caso es consiguiente la ausencia de accidentes, en seguida de la hipertrofia viene la retracción del órgano pudiendo llegar hasta su volúmen normal.

El dolor desaparece desde que la inflamación que lo producía ha cesado.

La ictericia no existe porque la retracción no llega al extremo de comprimir los conductos biliares.

La ascitis cuando se presenta reconoce según Virchow la existencia de un goma y en este caso desaparece al tratamiento.

En el 2º Caso el hígado puede tener su

volúmen normal existiendo una hipertrofia y una atrófia parciales dando lugar á la compensación. Virchow ha encontrado un aumento de los acini y de las células hepáticas y del calibre de los vasos sanguineos de un lóbulo, los demás signos son negativos.

3er Período. Llegado la enfermedad al 3er período la caracteriza la atrófia del hígado, la percusión lo pone de manifiesto; pero es necesario ponerse al abrigo de causas de error como la hipertrofia parcial ó la existencia de algún tumor.

La ictericia falta por la misma razón que en el 2o período y si aparece accidentalmente lo es de una manera poco intensa y crónica; reconociendo por causa la existencia de tumores gomosos ó de bridas que deprimen los conductos.

En este último período dela hepatitis sifilítica la ascitis se presenta por la compresión vascular, la cantidad de líquido es variable de seis á diez litros. En los tres primeros meses su reproducción se hace con alguna lentitud, posteriormente al cabo de tres ó cuatro dias se encuentra en la cavidad peritoneal, siempre mayor cantidad, así es que la pa-

centesis se hace necesaria porque el enfermo embarazado para caminar y en inminente asfixia. En la hist Nº 1. consigno las punciones que llegaron en número á veintiseis, la ascitis se acompaña de una dilatación venosa considerable y pueden presentarse hemorragias considerables.

En el análisis de la orina se ha encontrado albúmina, lo mas amenudo la escreción renal es disminuida y sedimentosa.

La hipertrófia del baso es concomitante con la atrófia del hígado, fenómeno debido á la irregularidad de la circulación.

Las funciones digestivas se hacen bastante bien y cuando se alteran sobrevienen diarreas que hacen presumir una terminación fatal.

Anatomía Patológica.

La falta de autopsias en individuos muertos por la enfermedad que me ocupa hace que no pueda decir una palabra basada en propia observación. He descrito en la Sintomatología los tres períodos de la hepatitis sifilítica, y la descripción anatómica patológica la haré en el mismo órden.

En la autopsia de individuos muertos de hepatitis sifilítica se nota en la vecindad del hígado y principalmente en el diafragma numerosas adherencias debidas á la perihepatitis que se desarrolla en la vecindad y cuya intensidad está en relación con lo que pasa en el hígado. Tambien se desarrollan en la superficie del órgano largas placas de color blanco lechoso de aspecto tacarado mas ó ménos duro al corte y propagadas al peritoneo por debidas á la hiperplacia conjuntiva transformada en fibrosa.

El lóbulo derecho reducido al volúmen del puño y embuelto en un casquete fibroso del que, partan tabiques de dos á tres milímetros de espesor, que

van á continuarse con los tractus fibrosos purgueando la superficie del lóbulo.

El lóbulo derecho se halla íntimamente unido al diafragma por las adherencias; además de estas adherencias hay otras que ocupan las partes laterales externas del órgano, unas largas y afiladas se hallan unas en la parte convexa y en los bordes. Virchow ha señalado en los puntos de la cápsula de Glisón los espesados granulaciones del grosor de granos de arena.

Período. Hipertrofia — Lancereaux, Dettrick, Virchow han comprobado en autópsias la hipertrofia del órgano, cerclado en la vida en los enfermos muertos de alguna otra afección intercurrente; pues es rarísimo que los enfermos de hepatitis difílitica mueran en este primer período.

El hígado hipertrofiado puede presentarse en dos grados diferentes conservando su forma primitiva y presentando su superficie lisa y unida ó se distinguen pequeñas granulaciones formadas por islotes de lóbulo hepáticos

aglomerados y rodeados de tejidos con-
juntivos.

Cornil, Ranvier y Stanoz atri-
buyen el período hipertrófico á los ata-
ques hiperemicos inflamatorios y dicen
que desde el principio, es decir cuando
el órgano no presenta ninguna gra-
nulación, se reconoce que los espacios
prismáticos que separan los lóbulos ó
tambien la zona celular de la capsula
de Glision perilobular, son espesados y
llenos células redondas embrionarias.
En este período las zonas interlobu-
lares de la zona porta son rodeadas
de esas células y una pared infil-
trada en las embrionarias externa, al
rededor de la zona central lobular de
forma una zona de tejido conectivo
embrionario de medio milímetro y se-
para esta zona de la red de Células
hepáticas. Al principio solamente los
elementos celulares son los que determi-
nan la hipertrofia del órgano; pero poco
á poco esos embrionarios se vuelven fi-
brosos, después lleno con tendencia de
retracción.

Mientras que en el período embrio-

nario propiamente dicho el hígado es liso, poco resistente y fácilmente desgarrado con la uña en el período de organización pero luego poco á poco duro, resistente y granuloso.

Como he dicho el período hipertrófico lo caracteriza la abundancia de tejido conjuntivo embrionario en virtud dela acción continua é intensa dela causa generadora, puede por la disposición del sujeto producirse un estado inflamatorio en los canalículos biliares y determine una proliferación epiterial, un estado catarral y por estas las lesiones causa de la ictericia.

2º Período. Después de hipertrofiado el hígado vuelve sobre sí mismo y puede llegar al estado normal ó mejor dicho al volúmen normal. Esto tiene lugar porque, en cambio de los elementos celulares normales desasociados ~~separados~~, de forma una trama conjuntiva pudiendo dar al órgano sus proporciones habituales. La superficie se halla sembrada de pequeñas eminencias redondeadas separadas unas de las otras por espesamiento fibroso de la cápsula de Glisson y presentan el volúmen de la cabeza de un alfiler; también

se reconocen núcleos gomosos que se agregan á la hepatitis intersticial.

Si la inflamación es propagada á los canalículos biliares habrá descamación y como en el primer período la causa de la ictericia. En este período la retracción no es bastante para deprimir los vasos.

3er Período - Atrófia. - Es el mas importante. Las lesiones que se encuentran en esta época son las de los gomas y dela hepatitis intersticial, ambos son considerados como remidos de un solo proceso. Estraido el hígado dela cavidad abdominal presenta el particular aspecto de que numerosos surcos se reunen unos á los otros; se ramifiquen y separan al órgano en numerosos islotes, puede haber simples depresiones contorneando voluminosos glóbulos ó al contrario los surcos profundamente ahuecados parecen enuclear los lóbulos que les rodean.

Lancereaux describe el hígado así: "los bordes son anfractuosos, irregulares, desconocibles; sus caras abolladas, desiguales, contorneadas por numerosos surcos que lo mas amenudo irradian del ligamento suspensor, en el fondo del cual existe

«un tejido fibroso resistente. Por esta
«disposición la superficie de la glándula
«hepática, presenta un aspecto lobulado,
«y una cierta semejanza con el riñón de
«las perneras.»

Se encuentra anemado en la superficie del órgano ciertos puntos donde el aspecto lobulado es poco manifiesto, largas placas blanquecinas, debidas á una inflamación de la cápsula de Glisson y también cicatrices blanquecinas de bordes irregulares debo que parten fractus fibrosos, que van á confundirse con los espesamientos de la Cápsula de Glisson, para Virchow son de regla, y para Lancereaux frecuentes.

Dando un corte al hígado de rata en dureza y resistencia así como un color amarillo. El trabajo, que en la superficie había dado el aspecto lobulado se continúa en el interior de la glándula, como lo muestra las numerosas bandeletas fibrosas que comprimen las partes del tejido hepático, reuniendose los unos á los otros y por los, que determinaban la lobulación superficial, dando el corte al nivel del surco de él que está formado por una banda de tejido fibroso denso, resistente, de color gris en la superficie y blanco á medida que

Granza en profundidad, se continúa con fáctus análogos; pero de menores dimensiones, que surcan la profundidad del órgano.

Tumores gomosos se encuentran mas en el centro, que en la periferia, son amarillos ó blanquecinos, algunas veces rojos claro ó rojo bronceado, lo mas a menudo ennucleados. Arreces son en pequeño número, pero generalmente clareen el tejido hepático. Estos sifilomas tienen un grosor variable, las dimensiones varian de un grano pequeño al tamaño de un huevo de Gallina.

Seccionados los gomas se les vé formado de una parte periferica homogenea, limitada hácia afuera por un cascaeto fibroso, hácia el centro son caseosos. Cuando desaparecen por regresión ó reabsorción dejan depresiones cicatriciales, estrelladas y cuya descripción ha sido muy bien hecha por Lancereaux.

Pasando al examen microscópico los observadores han hallado que la hiperplacia conjuntiva no es llevada solamente como en la cirrosis vulgar sobre el

tejido intralobular, sino también al interior de los lóbulos y á la periferia, hay luego cirrosis peri é intra lobular, lo mas notable es la penetración de la hiperplacia conjuntiva entre las células que constituyen el lóbulo, con todas las alteraciones de las dejeneraciones amiloi, de ó grasosa.

Con el avance de la atrófia fibrosa los vasos portas y hepáticos son comprimidos y pasa lo mismo, que en la cirrosis vulgar, que determinan la ascitis. La luz de los vasos puede desaparecer por la formación de una pared cicatricial ó por un trombosis. El proceso puede limitarse solo á la vena; también puede hallarse al lado de un vaso sano otro enfermo.

Los canalículos biliares están amenudo intactos; algunas veces las pequeñas vias pueden estar obliteradas ó comprimidas por un goma, los canales gruesos pueden permanecer inalterables, solo al principio hay un estado catarral. Lancereaux citó ejemplos de compresión por los ganglios linfáticos. Hayem ha encontrado lesiones en los vasos linfáticos. Lacombe describe una

perilinfangitis análoga á la linfangitis que se desarolla en el espesor de la piel.

En cuanto á las gomas Cornil y Ranvier las describen así: "Están constituidas por pequeños nódulos microscópicos "cuyo centro sufre ya una atrofia y una "declinación granulosa en las células mientras que las de forma redonda que se encuentran en la periferia se confunden con "el tejido embrionario vecino. Las gruesas "gomas son constituidas por un gran número de estos nódulos en las gomas antiguas se puede extinguir otras partes aún á la simple vista: una central, amarilla, reblandecida, otra, mas concentrica, resistente y elástica y en fin al rededor una zona fibrosa que parece aislarlo. La parte central casiosa encierra elementos celulares pequeños aproximados los unos á los otros "menos de pequeñas granulaciones y en degeneración granulo-grasosa. La parte amarilla elástica es constituida por lagunas "de tejido conjuntivo conteniendo granulaciones mas voluminosas; en fin en la zona "fibrosa se encuentra trozos de fibras de "tejido conjuntivo muy apretados y denso re-

«corrido por vasos esclerosados y conteniendo entre las fibras, células redondas ó aplastadas.»

Para terminar mencionaré algo sobre las complicaciones anatómicas de la cirrosis sifilítica. La degeneración grasosa se encuentra frecuentemente, invade las células separadas por trabéculas conjuntivos ó las columnas de aglomeraciones de células.

La degeneración amiloide considerada por Gerich como una forma particular de la sífilis hepática y que no es debida sino á la sífilis misma, la degeneración amiloide dá una coloración pumpeada especial por el empleo del yodo y del ácido sulfúrico.

De los órganos viscerales: el bazo puede ser hipertrofiado y es lo mas común ó atrofiado, en este caso las lesiones son las de la esclerosis del hígado, á la atrofia ha precedido sin duda alguna el período hipertrófico. El aumento de volúmen del órgano es la regla casi absoluta, como lo he hecho notar en la Sintomatología.

El riñón dice Rayer: «En casi todos

"los casos de Nefritis albuminosa Cró-
"nica q= he observado en los enfermos de
"Sífilis constitucional, el hígado era alte-
"rado." Las alteraciones renales se presentan
en el último período sin que por eso
pueda observarse desde el principio.

En los pulmones, se han encontrado
gomas supriendo la dejeneración caceosa
y que han evolucionado á la par que
los Tubérculos.

Marcha Duración Terminación

La Sífilis hepática tiene una duración media de uno á dos años. La poca intensidad delos síntomas del 1er período puede dar lugar á detenerla con un tratamiento bién dirijido; pero lo mas á menudo se observa despues de algún tiempo que los enfermos negligentes que se dan por curados tienen recaidas que no deben considerarse como tales, sino como recrudescencias por la falta de extinción del virus sifilítico, flajelo delas humanidades. Otras veces las alteraciones que han quedado en el órgano ó en sus apéndices han dado lugar á manifestaciones de otro órden.

Durante el 2º Período como sus signos son negativos rara vez se le ha podido seguir, su duración no es tan rápida y dá lugar á que el enfermo y el médico crean que la enfermedad se ha detenido.

En el 3er período la ascitis es la que anuncia su aparición, el enfermo observa que su Abdomen de su Salud aparente el Vientre comienza á elevarse cada dia mas.

En el caso de la historia Nº 1. la ascitis fué lo primero que notó el enfermo, así es que puedo decir que los dos primeros períodos pueden evolucionar cuando presentan síntomas son muy poco marcados, sin ser apreciados por el enfermo. La duración de este período puede ser de seis á doce meses.

Por lo general la terminación es fatal, los síntomas y sobre todo la ascitis reproduciendose violentamente lo marcan y el enfermo muere en un estado caquectico.

La curación tiene su lugar como en el caso de las historias Nº 1. y 3. Cuando ella debe llegar, se anuncia con el alejamiento de la reproducción del líquido ascitico. y con la regularidad de la secreción renal y el enfermo entra en convalescencia.

Diagnóstico.

Ya he tenido ocasión de decir que el diagnóstico de la Hepatitis Sifilítica es de lo mas difícil, el Médico conoce la afección; pero la causa se le oculta. Cuanto mas avanzada sea la Sífilis, mayor dificultad presenta el diagnóstico de la afección hepática. Ignorada la Sífilis es necesario escudriñar, hasta llegar á descubrirla, haciendo un exámen prolijo del enfermo, para buscar las huellas que en la piel haya dejado ó que existan en la garganta ulceraciones ó tumefacciones ganglionares en los sitios correspondientes.

La Cirrosis Vulgar ó de los bebedores, es la que mas se confunde sintomáticamente con la específica, solo el tratamiento continuado puede poner al Médico en caso dudoso sobre el origen de la afección. La Cirrosis común por lo general es mas apreciable en su primer período que la específica, la primera es también la que acarrea desórdenes digestivos, raros en la segunda.

El Cancer hepático y los Quistes hi-

dáticos, han sido causa de error de diagnóstico, que á la autopsia se ha comprobado.

El hígado cardiaco también puede presentarse embarazando el diagnóstico en el primer período de la Sífilis hepática cuando la lesión del Corazón no es apreciada, un exámen atento y los caracteres clínicos no harán tan difícil el diagnóstico diferencial.

Tratamiento.

Tratándose de una afección específica su tratamiento es el clásico yoduro mercurial acompañado de un buen método higiénico teniendo como principal factor la buena alimentación.

En el primer período además de la medicación interna que se impone, los revulsivos cutáneos en la región hepática coadyuvan eficazmente en contra del proceso inflamatorio.

En el segundo período la medicación interna le basta.

Durante el tercer período debe continuarse la medicación con toda la energía posible, hacer las fumsiones cuando lo requiera el estado embarazoso del derrame dificultando la marcha ó haciendo penosa la respiración.

La terapeutica dispone de muchos preparados que tienen por base el yodo y el mercurio; entre los primeros tenemos el primero admitido, el Yoduro de potasio que sin duda alguna es el que suministra á la ciencia mas favor en el tratamiento de la Sífilis

El yoduro de amoniaco presta grandes servicios, las historias nueve y cuatro revelan su eficacia y la tolerancia con que lo soportan los enfermos, ventajas que no ofrece el yoduro potásicos. ¿El yoduro de amoniaco como compuesto amoniacal no será en unos borrechos para combatir la hepatitis sifilítica?

El yoduro de sodio puede emplearse como subsedaneo en casos en que los enfermos no toleren los otros yodurados, este compuesto tiene la ventaja de emplearse como el yoduro de amoniaco en altas dósis.

En cuanto álos mercuriales el protoyoduro ha sido por mucho tiempo el único empleado, en el día por razones los preparados, tenemos entre ellos el calomel que produce magníficos resultados en inyección intramuscular. En el 3er período tiene además la ventaja de unido á la dijital combate la ascitis, el profesor Senator en su clínica ha obtenido feliz resultado.

El albuminato de mercurio tiene también su recomendación, así como los otros preparados para determinados casos, á fin

cio del Inédico.

Además de los revulsivos cutáneos los baños sulfurosos son prescritos con bas tanto provecho.

Teniendo en cuenta que las funciones digestivas se cumplen bien debe atenderse á la alimentación que robustezca.

Para combatir la ascitis se emplearán los diuréticos y el régimen lacteo con el cloruro de Potasio.

He terminado Señores Catedráticos, y os agradezco la bondadosa atención con que me habeis escuchado.

Lima, Abril 10 de 1890

V. B.

Luis Delfelly y Lima

Testimonio —

Dr A. Velez

" J. C. Santillo

" C. Carmen Cornejo —

Historias

1. 2 y 3.

Historia Nº 1.

C. Sn. naturas de Chiavari (Italia) de 35 años de edad, soltero, comerciante de constitución regular, temperamento linfático, entró al Hospital Italiano el 21 de Julio de 1887 á ocupar una cama en el servicio de los Señores Doctores Dn Clisario Loza y Dn Armando Ocleg.

Durante su infancia fué muy enfermizo y débil, robusteciendose de una manera extraordinaria durante la travesía que hizo para America á los 13 años.

En Setiembre del año 1866 se estableció en el Callao, durando 4 años su permanencia en dicho Puerto, enfermandose en esta época dos veces de blenorragias y chancros curados bien la primera vez, no así la segunda, que le duró algunos meses.

Del Callao pasó á residir á Iquique donde permaneció dos años gozando de completa salud.

Por asuntos de Comercio se trasladó á Ilo; durante los 13 años de residencia en este lugar se enfermó las siguientes veces:

En 1876 sufrió un ataque al higado, que

el Médico diagnosticó Hepatitis grave, pero dela cual sanó.

En 1.880 por asuntos comerciales fué á Valparaiso donde cobrió á tener otro chancro de mal carácter por ser duro y de curación larga.

En Abril de 1.881 se sintió muy abatido, tenía fiebre que hacía 2años las había adquirido en unos trabajos de una hacienda del Valle de Llo, mal que se agravó á consecuencia de haber asistido á las fiestas de Carnaval. En este estado llamó al Doctor Miranda, el cual le cortó la fiebre á los pocos días. Por la misma época sentía que tenía hinchandosele el estómago y vientre y mas cuando disminuía la orina. Estuvo en este estado 15 días y pasó á Nogueira donde dos días después de le hizo la primera punción y posteriormente se le hicieron doce punciones mas con intervalo de 8 á 10 días, sacandole una cantidad de agua de 21 á 24 libras. El aumento de su peso era de 3 libras por día. La 14ª punción de la hicieron en Llo antes de embarcar se para esta Capital y llegando á este Hospital el día indicado al principio de esta historia.

Al exámen el enfermo estaba en decubito

dorsal con una ascitis considerable, viendose los cordones agrandados de la Circulación complementaria, el rostro y el resto de la piel de un color perruno, la orina de un color rojo vinoso con bastante sedimento que por el calor se disolvian, formado de ácido úrico y la cantidad era muy poco.

La ascitis no permitía el reconocimiento del hígado.

Al 4º día de su ingreso al hospital se le hizo una punción que dió veinte libras de líquido.

Examinado el hígado de nuevo apareció en completo estado de atrofia, solo media cuatro centímetros á la derecha y se hallaba hácia arriba. Al siguiente día y á petición del enfermo tuvo lugar una consulta en la que se diagnosticó Cirrosis atrofica y se le prescribió diureticos y que se llenaran las indicaciones del caso.

El derrame tuvo lugar bien pronto haciendose necesarias 8 punciones en cuatro meses, siendo la última el 2 de Noviembre y la cantidad fué siempre de 20 á 24 libras, al enfermo no le agujetaba sino la ascitis, los trastornos dijestivos fueron pocos y la alimentación siempre buena.

El enfermo estuvo sometido á va-
riadas medicaciones, pero desde principios
de Octubre se le sometió á un tratamien-
to específico, consistiendo en los Yoduros
de potasio y de amoniaco, bara veg pre-
parados mercuriales y como coadyuvantes
preparados de Quina y fierro, tritrato de
plata y los enpepticos para corregir los
desarreglos gastro-intestinales.

Después dela última función que
como he dicho se hizo el 27 de Noviem-
bre, no se reprodujo el derrame, se siguió
administrandole el Yoduro de Amoniaco que
por espacio de 30 dias llegó á tomar has-
ta 10 gramo diarios.

En los primeros dias del mes de
Diciembre entraba, segun la esperación de
él, á nuevo vivir, y el 10 de Enero abando-
nó el hospital, trasladandose al puerto
de Ancón donde á indicación de los mé-
dicos debía tomar baños.

Después de una residencia de 30 dias
en ese lugar, se trasladó á Lo en don-
de se encuentra sin que ningun atague
lo haya agujado.

I.

Historia Nº 2.

D. M. penitenciado con el Nº 76, natural de Puno, de 46 años de edad, soltero y ocupado en la lavandería del Establecimiento.

El 20 de Setiembre de 1888 se presentó á la visita de la mañana, quejandose que hacía muchos dias que llegadas las 6 de la tarde se le oscurecía la vista al punto de no ver; al ojo desnudo no había nada apreciable.

Interrogado sobre sus antecedentes dijo: Que sus Padres habian muerto, la madre de pulmonía y el padre por herida de arma de fuego, que siempre había gozado de salud hasta dos años ántes de su ingreso al Panóptico, que contrajo un Chancro que por estar en la Carcel no pudo curarse sino dentro del Panóptico, que por el mes de Agosto del año anterior había estado con ictericia que duró un mes, curada por el Doctor Macedo con purgantes y un vejigatorio al hígado.

Teniendo en cuenta tales antecedentes diagnosticamos una hemeralopía sifilítica y

se le prescribió una poción de Yoduro de potasio para que tomase un gramo diario.

El 6 de Octubre fué despertado á media noche por un fuerte dolor en la región hepática; dolor que se conjuró con una inyección de morfina y una poción calmante. Examinado en la mañana de 7 presentaba el color ictérico tanto en la piel como en el globo ocular, la lengua seca y pastosa, ála palpación, el higado estaba aumentado de volumen, por el borde inferior sobrepasaba las falsas costillas y la matidez se estendía hácia arriba hasta debajo de la clavícula y la respiración era algo anhelante. Se le prescribió 45 gramos de hiposulfito de soda en 800 de agua para que tomase á sorbos y se le aplicó en la región hepática un estenso vejigatorio.

El 8. siguió tomando 15 gramos de hiposulfito de soda en 150 de agua por cucharadas cada dos horas.

El 10. se le administró un gramo de calomel con dos de sulfato en diez papeles para tomar 1 al día, el vejigatorio supurado.

El 12 teniendo en cuenta los antece-

tes del enfermo se diagnosticó Dor el Doctor Artola hepatitis Dipilítica y como á Dao comenzó el Dratamiento con la administración del Yoduro de Dotasio á la dosis de un Gramo diario y cuatro centigramos de Dotoyoduro de hidrargirium. Al 6º día Dor el catarro bronquial y laringeo que agujaba al enfermo se suspendió el Yoduro de Dotasio Dostituyendolo con el Yoduro de amoniaco á igual dósis y aumentando cada día cincuenta centígramos.

El 24 se le aplicó otro Dregigatorio, ya el hígado había disminuido de volúmen y desaparecido la ictericia, las funciones digestivas se cumplian regularmente.

El 2 de Noviembre tomaba el enfermo el Yoduro de amoniaco á la dósis de 6 gramos diarios, Dratamiento que duró hasta el día 10, en que el enfermo dejó el Hospital. El hígado se hallaba en su volúmen normal, la hemeralopía había desaparecido.

La evolución se hizo en completa apirexia á excepción de los dos Drimeros días que el Dermometro marcaba 38°. Hasta el 1º de Junio del 889 que dejó el inter-

nado del Nosocomio el cuerpo Ina-
pería de esta Historia se hallaba bien
y por el Interno actual Señor Ma-
signe he sabido su fallecimiento á con-
secuencia de una disentería.

Historia Nº 2.

D. R. Natural de Alemania, Soltero, de 34 años de edad, Comerciante y con 30 años de residencia en Lima.

El 19 de Marzo de 1.888. Solicitó del Sr. Constantino G. Carballo su asistencia Profesional. Al examen Presentaba los Regimentos el Marcado Tinte ictérico, la orina cargada de bilis, y su secreción disminuida, el enfermo manifestó que hacía varios días que se había apoderado de él una gran tristeza, que hacía uso inmoderado de las bebidas alcoholicas.

Interrogado por el Doctor Carballo si antes había contraido alguna afección venerea, dijo: que á la edad de 22 años había padecido de Chancro y Blenorragia, y á los 30 había tenido una Blenorragia que curó con polvos de Canonel. Examinado el enfermo, el hígado se encontraba disminuido y se observó que el Vientre estaba distendido por un ligero derrame, que el enfermo creia estar engordando.

Se Prescribió este día un Purgante de

aguardiente alemán. Al siguiente día se le aplicó una Irrigatoria y se le prescribió una Dosión diuretica.

El 25 del mismo fué acometido de Parotiguo, visto por el Médico determinó hacerle una Unción, la que se hizo al siguiente día con el Practicante Señor Marino Rios, dando 6 litros de líquido y se le Corrigió el Tratamiento Yoduro Mercurial. A los 6 días el derrame se había reproducido, viendose obligado el Médico a hacer una Segunda Unción que dió 6½ litros, Continuandose el mismo Tratamiento. No Tardó el derrame en reproducirse obligando á nueva Unción á los 8 días dela anterior extrayendose 6 litros. El estado General del enfermo era Satisfactorio, las funciones digestivas se ejecutaban bien.

El día 12 de Abril se suspendió la Medicación por la intolerancia que presentaba el enfermo y se le administró el Yoduro de amoniaco á la dosis de dos gramos diarios.

El derrame se reproducía pero ya no con tanta prontitud y no llegó á ser necesaria la Cuarta Unción, sino el día 22, dando 5½ litros de líquido.

Se continúa la medicación y dosis con el aumento de un gramo diario hasta la dósis de 8 gramos tolerados muy bién por el enfermo, quien visto por el Doctor Carballo el 10 de Abril no presentaba ningún síntoma, ni reproducción del derrame, se le acmejó no abandonase el tratamiento.

S. S. se encuentra hoy bien que no da le ayuje, dedicado al Comercio, a pesar de no haber abandonado el uso de los alcoholicos.

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
No. de ingreso 11348
No. de la clasificación

UNMSM - FM - UBHCD
010000073038