

CLINICA MEDICA DEL HOSPITAL «DOS DE MAYO»

Ensayo de agrupación de las hepatopatías, con motivo de una observación de terciarismo visceral hepático.

Lección Clínica

POR EL DR. ERNESTO ODRIOZOLA.

Catedrático de Clínica Médica en la Facultad de Medicina.

USTEDES conocen al enfermo que ocupa la cama No. 32 de nuestra sala.

No se trata, en este caso, de un enfermo extraordinario ciertamente; pero su conocimiento es muy útil, porque la finalidad de la cátedra de clínica aquí y en todas partes, debe ser la de estudiar los enfermos *comunes*, es decir, aquellos con los que tenemos que tropezar de diario y que constituyen por lo mismo, el elemento principal de la práctica ordinaria, que todo médico debe conocer a fondo y en detalle.

Se trata de un hombre de 50 años, natural de Tarma, plomero de oficio.

Su padre murió de «neumonía», su madre de «viruela». Es viudo; su mujer falleció hacen dos años, de «neumonía» también. Tiene dos hijos sanos. Ha tenido 3 hermanos: 2 desaparecidos por causa de accidente y la otra, mujer, vive y goza de buena salud.

Este sujeto permaneció en su ciudad natal hasta la edad de 17 años en que vino a Lima y se enroló en el ejército. Declarada la

guerra con Chile, fué enviado a Tarapacá y concurrió a las acciones de armas que se libraron en esa zona, formando parte del legendario batallón Zepita, al mando del general Cáceres. Fué herido en uno de esos combates, recibiendo un balazo en la mandíbula inferior, en el lado derecho, donde conserva la cicatriz, que dejó un trayecto fistuloso cuya duración se prolongó por el espacio de 5 años. Habiendo caído prisionero, fué llevado a Santiago, en donde permaneció 4 años, al cabo de los cuales fué repatriado e ingresó en el hospital de San Bartolomé para atender a su herida.

En 1888, ya completamente restablecido, volvió a Tarma, de donde hacía repetidos viajes a la montaña, por causa de negocios. Hasta esa época había gozado de excelente salud, pero entonces contrajo un «paludismo» que le duró seis meses.

Después desde el año de 1890, muertos sus padres, no ha radicado mucho tiempo en un mismo lugar y así como cambiaba de residencia, mudaba también de oficio, siendo sucesivamente, comerciante, plomero, agricultor, y empleado en la fábrica de cerveza de Backus y Johnston, en la sección de máquinas.

Recuerda este hombre, que hacen 5 años, estando en la montaña, le salió un «grano» en la corona del glande que después se convirtió en «llaga»; conserva allí una cicatriz, con pérdida de sustancia. Refiere que también ha tenido «granos» en el cuerpo, pero que sanó gracias a baños termales que se daba en la montaña.

Cuenta también que hace mes y medio, viene padeciendo de un dolor *lumbar* que ha irradiado después a la parte anterior y que entonces vino a darse cuenta de que tenía en el vientre un «tumor.»

Un profesional a quien consultó, le aconsejó que viniera al hospital.

Este individuo es un *alcohólico*, desde hace mucho tiempo.

Lo primero que llama la atención, en este enfermo es la existencia de una *masa tumoral*, de su vientre, que ocupa *toda la extensión del hipocondrio derecho*; que avanza por abajo hasta cerca del ombligo, por arriba hasta cerca del mamelon; que ocupa igualmente el epigastrio y llega aún *hasta el hipocondrio izquierdo*, en donde queda un espacio vacío que le separa de otra *pequeña masa* mucho más reducida.

Fácil es darse cuenta al examinar ese gran bloque, que se trata del *hígado*. Su superficie es un poco irregular; su consistencia es *dura, muy dura* aún; ligeramente dolorosa, muy poco movable.

Su borde inferior bastante irregular, se dibuja con perfecta precisión. Hay en la zona inferior del torax una ligera circulación *venosa*. El tumor del hipocondrio izquierdo, que se aprecia también muy claramente, es el *bazo* aumentado de volumen:

Aunque se nota un poco de *macidez* en el bajo vientre, no se pudo apreciar con exactitud el día de su examen si había o no líquido en su interior, cosa que vino a aclararse algunos días después.

Existen en este enfermo algunos ganglios ligeramente infartados, en las ingles, más a la izquierda que a la derecha.

El análisis de la orina, solo ha descubierto una raya de absorción de *urobilina*.

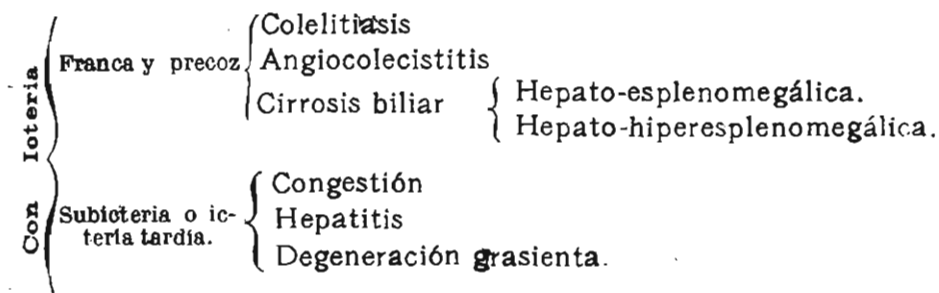
La reacción de WASSERMANN, se ha hecho tres veces: la primera fué *negativa*, la segunda *positiva* y la última otra vez *negativa*. Este diverso resultado, es, como ustedes ven, embarazoso, pero no es posible perder de vista la circunstancia clínica importante de que en el miembro hay una cicatriz con *profunda pérdida de sustancia*.

De todos los datos que acabamos de consignar, no es difícil me parece, llegar al acuerdo de que estamos en presencia de una enfermedad del *hígado*.

Apesar de que algunas enfermedades de esta entraña no están todavía bien clasificadas, ni conocida de una manera exacta su evolución, es indudable que mucho hemos adelantado en orden al agrupamiento que de ellas se puede hacer, para las necesidades de la clínica y del diagnóstico.

El cuadro que les voy a presentar a ustedes es muy esquemático, pero me ha parecido que puede prestarles muy útiles servicios en la clínica, en la determinación *aproximada* del diagnóstico diferencial.

Las enfermedades del hígado pueden dividirse en dos grandes categorías: las que presentan *icteria* y las que no la presentan. Es entendido que se trata de la icteria *franca* y *precoz*.



Icteria	{	Neoplásicas....	{	Quiste hidatídico
			{	Adenoma con cirrosis
			{	Cáncer { macizo
			{	nodular
Sin Icteria	{	No Neoplásicas	{	Cirrosis atrófica
			{	Cirrosis hipertrófica
			{	Sifilis
			{	Tuberculosis
			{	Cirrosis atrófica con esplenomegalia y ascitis (Banti)

De conformidad con este cuadro, ustedes pueden juzgar de las facilidades que presta, para llegar rápidamente al lugar que se busca, simplificando de esta manera muchísimo la labor clínica. Repito, una vez más, que él es sólo esquemático y no representa en verdad una clasificación ideal, ni mucho menos; pero de todos modos, yo creo que es susceptible de allanar inmensamente el camino del diagnóstico.

Apliquémoslo, pues, a nuestro enfermo, para que se justifique su utilidad.

En nuestro enfermo, *no hay ictericia*, por consiguiente quedan eliminados de hecho, la *colecistitis*, la *angiolecistitis* y la *cirrosis biliar hepato esplenomegálica* y la *hiperesplenomegálica*. No habiendo tampoco *subicteria*, podemos también apartar la *congestión*, la *hepatitis*, la *asistolia*.

Por consiguiente, pues, nuestro enfermo debe estar comprendido en el segundo grupo, en el que *no hay ictericia*. Veamos ahora en cual de las dos categorías debe incluirse, si entre las *neoplásicas* o en las *no neoplásicas*.

Entre las neoplásicas figura el *quiste hidatídico del hígado*. Fácil es descartarlo, porque en ese caso, se nota un *verdadero tumor renitente*, *sin infarto del bazo*, dicho tumor ocupa una cierta porción de la superficie del hígado sobre el que hace eminencia. En nuestro enfermo no se observa esos caracteres, sino un hígado grande, de consistencia muy dura en toda su extensión y hay un *manifiesto infarto del bazo*, de suerte que podemos *seguramente* rechazar la existencia del quiste hidatídico. Viene en seguida, el *adenoma con cirrosis*. En esta afección, en que el hígado aparece más o menos crecido y el bazo puede estar o no infartado, hay una *ascistis abundante y precoz*, cosa que no existe en nuestro enfermo en el que apenas en estos últimos días ella ha venido a hacerse notar con clarí-

dad. Por lo demás esta lesión hepática está realmente constituida por un *epitelioma* de la víscera

En fin el *cáncer* del hígado, sea en su forma *maciza o nodular* no presenta generalmente ascitis, ni infarto del bazo y la forma *nodular* es espontáneamente *muy dolorosa*. De tal manera que también podemos desconsiderarlo.

No queda ya, como ustedes ven, sino el último grupo, el de las lesiones *no neoplásicas*, de las cuales podemos extraer desde luego la *cirrosis atrófica, con esplenomegalia y ascitis* o lo que se llama la enfermedad de BANTI. La sola enunciación de sus caracteres fundamentales basta para reconocerla.

Igualmente podemos descartar la *cirrosis atrófica*, porque en la actualidad el hígado está claramente *hipertrofiado*, en este enfermo.

No quedan, pues, sino la *cirrosis hipertrófica alcohólica*, el hígado *sifilítico* y el hígado *tuberculoso*.

Cuanto al hígado *tuberculoso*, es preciso saber que el bacilo de KOCH puede determinar en el hígado las lesiones más variadas, produciendo ya su *atrofia* o por el contrario su *hipertrofia*. Esta última noción es de fecha relativamente reciente. TRIBOULET, ha sido el primero en observar que alguna de las tituladas *cirrosis hipertróficas alcohólicas*, se desarrollaban en sujetos con antecedentes *tuberculosos* y JOSSUET más tarde, insistiendo en el mismo punto, declara que el *alcohol* en este caso no desempeña otro papel que el de agente indirecto, modificador del terreno, bajo cuya influencia el bacilo de KOCH encuentra un hospedaje más favorable.

Sea de ello lo que fuere, en nuestro enfermo, no se distinguen antecedentes de ese orden, no se perciben actualmente revelaciones de su existencia; de manera que sin rechazarla categóricamente, bien podemos creer que en este ejemplo la duda no puede recaer sino sobre un hígado *sifilítico* o sobre una *cirrosis hipertrófica alcohólica*. Este diagnóstico diferencial es muy delicado, como no debe escapar a la suspicacia de todos, porque en este enfermo no puede negarse que hay antecedentes precisos de una y otra cosa. Hay una cicatriz *reveladora* en su miembro, que reemplaza la vaguedad de la reacción de WASSERMANN. Por lo demás, hoy día, después de las numerosas observaciones recogidas nadie cree seriamente en la inviolabilidad de esta famosa fórmula biológica.

En un documentado artículo publicado por RENAULT, en el «Journal des Praticiens» de 29 de Mayo de 1915 dice: «ningún ob-

servador admite la especificidad de la reacción de WASSERMANN. «Se puede sustituir al antígeno sifilítico, indicado por el médico germánico, una serie de otros antígenos, de tal suerte que no se trata de una acción serológica, sino de una acción que parece exclusivamente química».

«Por otra parte, no se puede desconocer la importancia de las investigaciones del Prof. NICOLAS de Lyon y de su colaborador GATE sobre el valor semiológico de la reacción de WASSERMANN. Su memoria aparecida en el *Bulletin de la Soc. de Dermatol.*, del 20 de abril de 1914 indica un resultado positivo de esta reacción en 39 % de sujetos no sifilíticos».

Y más lejos añade «... la reacción de WASSERMANN se ha encontrado positiva en algunos casos de escarlatina con más frecuencia en la psoriasis. Se la ha encontrado también en el lupus eritematoso, la lepra tuberculosa, la blenorragia crónica, el chancre simple, &c».

«Otro hecho interesante, señalado también por NICOLAS y GATE, es que si se opera una segunda reacción de WASSERMANN 15 días después de la primera, se comprueba que ha cambiado de sentido en 8 % de los casos, en individuos no sifilíticos y en 4 % en sifilíticos».

«Se ha encontrado la reacción de WASSERMANN positiva en 35 % de los sujetos afectados de dermatosis muy diferentes».

Todos estos hechos prueban una vez más que las reacciones de orden biológico, no pueden ni deben jamás ser absolutas, habiendo muy numerosos factores, muchos desconocidos ó por lo menos de muy difícil interpretación, capaces de perturbar y anular los resultados.

Volviendo a nuestro asunto es preciso convenir en que en este hombre se trataría de un hígado sifilítico *terciario*. Las lesiones hepáticas de este periodo, son unas *tipicas* y otras *atipicas*. Entre las primeras figuran las *gomas*, entre las segundas las *cirrosis*, la degeneración *amiloidea* y á veces la *grasienta*. Podemos descuidar la forma *esclero-gomosa*, porque en este caso la víscera no varía sensiblemente de volumen y en nuestro caso el hígado está muy abultado. Habría por consiguiente motivos para creer que estamos en presencia del hígado *cirrótico sifilítico*, que en buena cuenta es también un hígado esclero-gomoso, solo que las gomas son *raras*. No hay duda que la superficie irregular del órgano, su borde tosco y muy averiado en ciertos puntos, deja mucho que pensar en favor de esta lesión, así como su *dureza* particular.

La última eventualidad aceptable es la de una *cirrosis hipertrófica de origen alcohólico*. Motivos para ello, hay sobrados en este enfermo, pues hay antecedentes precisos de *alcoholismo* y el cuadro actual con la *hipertrofia* del órgano, la circulación abdominal *suplementaria* que tiende a dibujarse mejor y la *ascitis* ya indiscutible, constituyen un síndrome acabado de esta cirrosis.

Pero la verdad es que la *cirrosis sifilítica*, por sí sola puede llegar hasta estos límites, de manera que el diagnóstico diferencial preciso es *imposible*, tanto más si se considera que en este enfermo hay factores etiológicos asociados.

En la duda acerca de la ingerencia, en este caso, del germen sifilítico, lo que conviene hacer es someterlo al régimen mercurial, cosa que por lo demás ya se ha hecho. En seguida es necesario recomendarle la abstención absoluta del alcohol, aconsejarle un régimen alimenticio apropiado.

La *cirrosis hipertrófica de origen alcohólico*, es susceptible de curar, merced al régimen, a las punciones, cuando la ascitis es considerable y al uso del yodo.

El pronóstico, en todo caso, es muy *reservado*.

Antes de concluir permítanme recordarles que los resultados contradictorios de la reacción de WASSERMANN en este enfermo encuentra explicación en las consideraciones pertinentes sobre las cuales ya hemos insistido, al hacer alusión al artículo de RENAULT publicado en el «*Journal des Praticiens*» que hemos citado.

