



Año 1916

Núm. 3121

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GOMAS SIFILITICOS DEL HIGADO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POH

NICOLAS P. MUZIO

Ex-ayudante del Instituto de Anatomía Patológica
(1913-1914-1915)
Ex-practicante menor y mayor del Hospital Italiano
(1913-1914-1915-1916)



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

Dir. B. 9/1/16

GOMAS SIFILITICOS DEL HIGADO



Año 1916

Núm. 3121

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GOMAS SIFILITICAS DEL HIGADO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POA

NICOLAS P. MUZIO

Ex-ayudante del Instituto de Anatomía Patológica
(1913 - 1914—1915)

Ex-practicante menor y mayor del Hospital Italiano
(1913—1914—1915—1916)



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la E.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

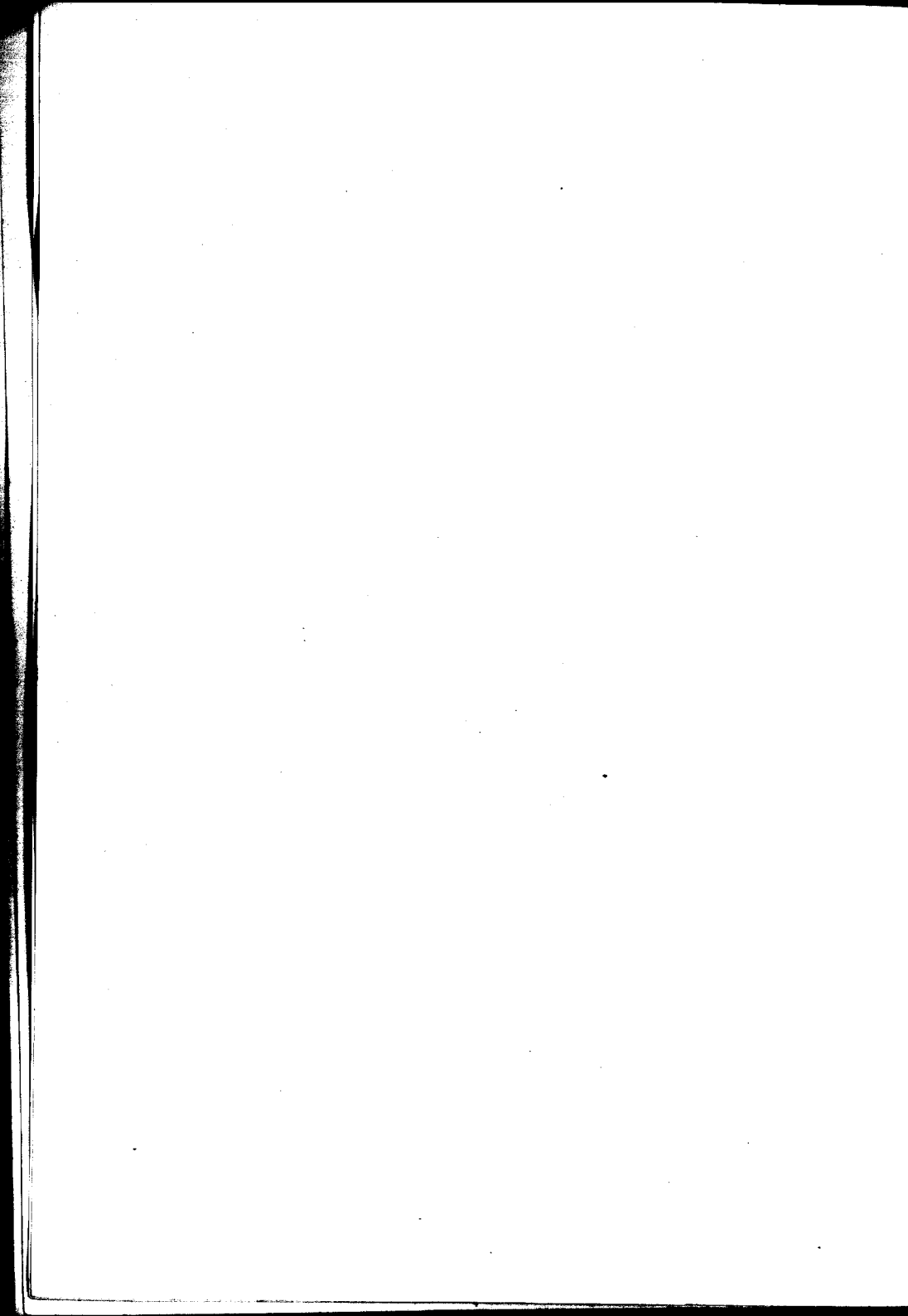
DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

1. > > EUFEMIO UBALLES
2. > > PEDRO N. ARATA
3. > > ROBERTO WERNICKE
4. > > PEDRO LAGLEYZE
5. > > JOSÉ PENNA
6. > > LUIS GÜEMES
7. > > ELISEO CANTÓN
8. > > ANTONIO C. GANDOLFO
9. > > ENRIQUE BAZTERRICA
10. > > DANIEL J. CRANWELL
11. > > HORACIO G. PIÑERO
12. > > JUAN A. BOERI
13. > > ANGEL GALLARDO
14. > > CARLOS MALERAN
15. > > M. HERRERA VEGAS
16. > > ANGEL M. CENTENO
17. > > FRANCISCO A. SICARDI
18. > > DIÓGENES DECOUD
19. > > BALDOMERO SOMMER
20. > > DESIDERIO F. DAVEL
21. > > GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. > > DOMINGO CABRED
23. > > ABEL AYERZA
24. > > EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
> MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

DR. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
• • ENRIQUE BAZTERRICA
• • ENRIQUE ZARATE
• • PEDRO LACAVERA
• • ELISSO CANTÓN
• • ANGEL M. CENTENO
• • DOMINGO CABRED
• • MARCIAL V. QUIROGA
• • JOSÉ ARCE
• • ABEL AYERZA
• • EUFFMIO UBALLES (con lic.)
• • DANIEL J. CRANWELL
• • CARLOS MALBRÁN
• • JOSÉ F. MOLINARI
• • MIGUEL PUIGGARI
• • ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

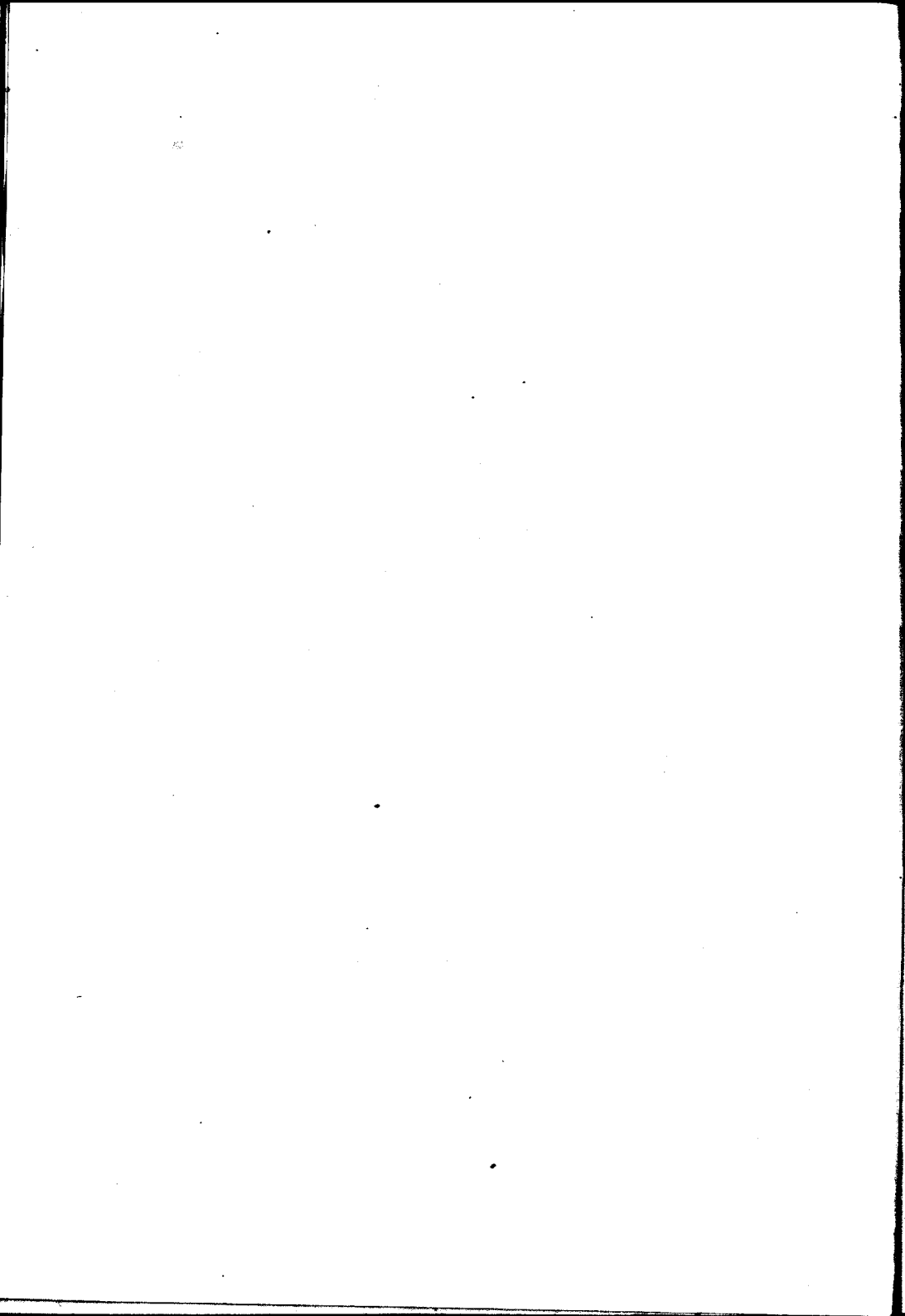
Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
• • JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

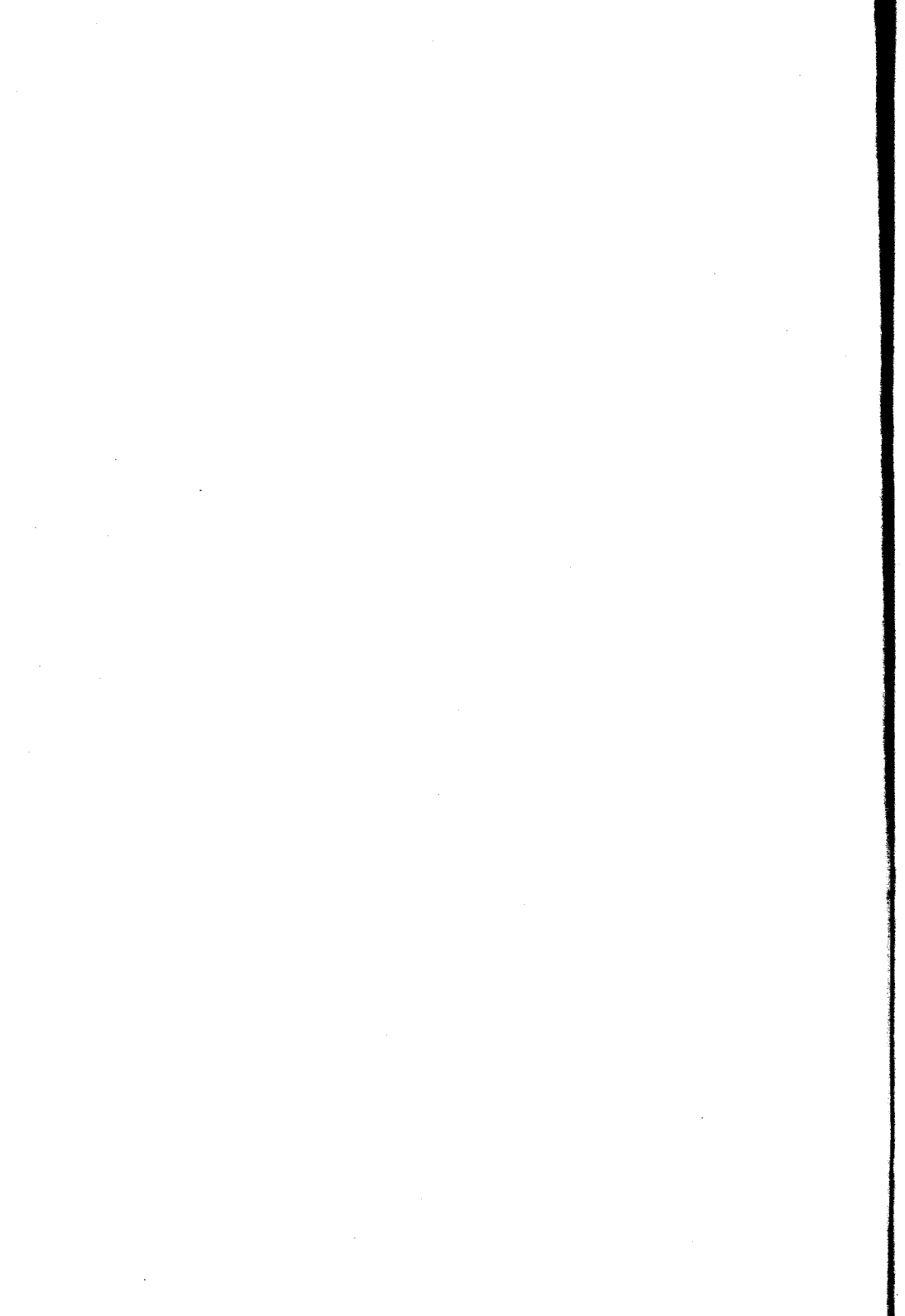
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTON
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neuroológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	" JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	" JUAN JOSÉ GALLIANO
Bacteriología.....	" JUAN CARLOS DELFINO
	" LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	" JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica.....	" JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	" PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-sifilográfica.....	" MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	" JOSÉ R. SEMPRUN
	" MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediátrica.....	" BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Psiquiátrica.....	" ANTONIO F. PIÑERO
	" MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica.....	" FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica.....	" MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna.....	" RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.....	" ELISEO V. SEGURA
" Psiquiátrica.....	" JOSÉ T. BORDA



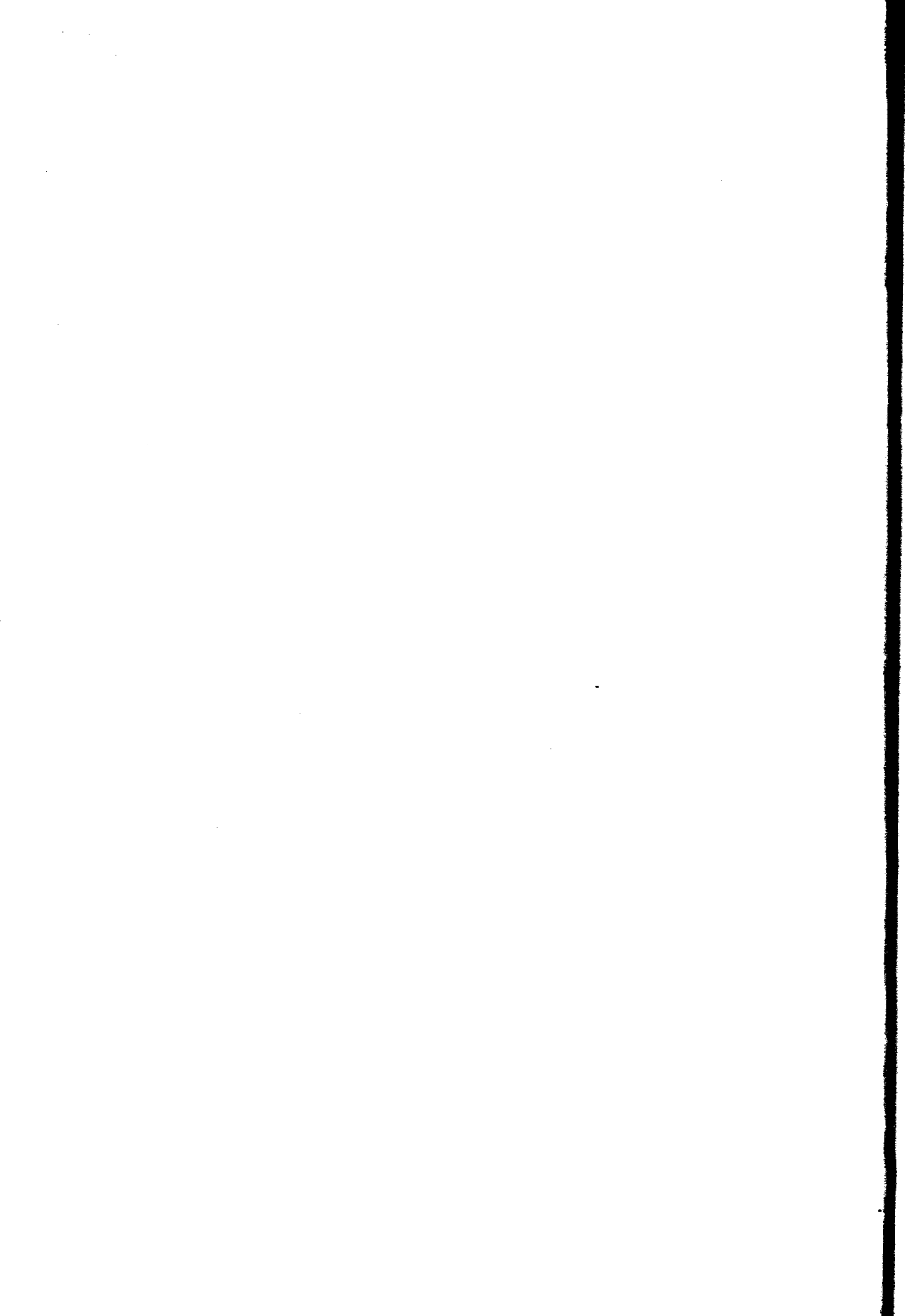
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	" GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	" SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	" EUGENIO GALLI
	" FRANK L. SOLER
	" BERNARDO HOUSSAY
	" RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Química Biológica.....	" GERMAN ANSCHUTZ
Higiene Médica.....	" BENJAMIN GALARCE
	" FELIPE JUSTO
Semeiología y ejercicios clínicos.....	" MANUEL V. CARBONELL
	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	" ALFREDO VITON
Materia Médica y Terapia.....	" JOAQUIN LLAMBIAS
Medicina Operatoria.....	" ANGEL H. ROFFO
	" JOSE MORENO
	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
	" CARLOS ROBERTSON
Patología externa.....	" FRANCISCO P. CASTRO
	" CASTELFORT LUGONES
	" NICOLAS V. GRECO
Clinica Dermato-sifilográfica.....	" PEDRO L. BALIÑA
» Genito-urinaria.....	" BERNARDINO MARAINI
» Epidemiológica.....	" JOAQUIN NIN POSADAS
» Oftalmológica.....	" FERNANDO R. TORRES
» Oto-rino-laringológica.....	" ENRIQUE B. DEMARIA
	" ADOLFO NOCETTI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" PEDRO LABAQUI
	" LEONIDAS JORGE FACIO
Patología interna.....	" PABLO M. BARLARO
	" EDUARDO MARL O
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLÉ
	" PEDRO CHUTRO
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
	" JUAN JOSE VITON
	" PABLO J. MORSALENE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO INAZ
	" PEDRO ESCUDERO
» Médica.....	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
» Pediátrica.....	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
» Ginecológica.....	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONGÉ
	" JEAN B. GONZALEZ
» Obstétrica.....	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. BOERO
	" JOAQUIN V. GNRECCO
Medicina legal.....	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MEJICA
Química inorgánica aplicada.....	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas...	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica.....	Dr. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA ,, PASCUAL CORTI ,, OSCAR MIALOCK
Farmacognosia y posología razonadas....	
Física farmacéutica.....	
Química orgánica.....	{ DR. TOMÁS J. RUMÍ SR. PEDRO J. MESIGOS ,, LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	
Química inorgánica.....	DR. JUAN A. SANCHEZ ,, ANGEL SABATINI

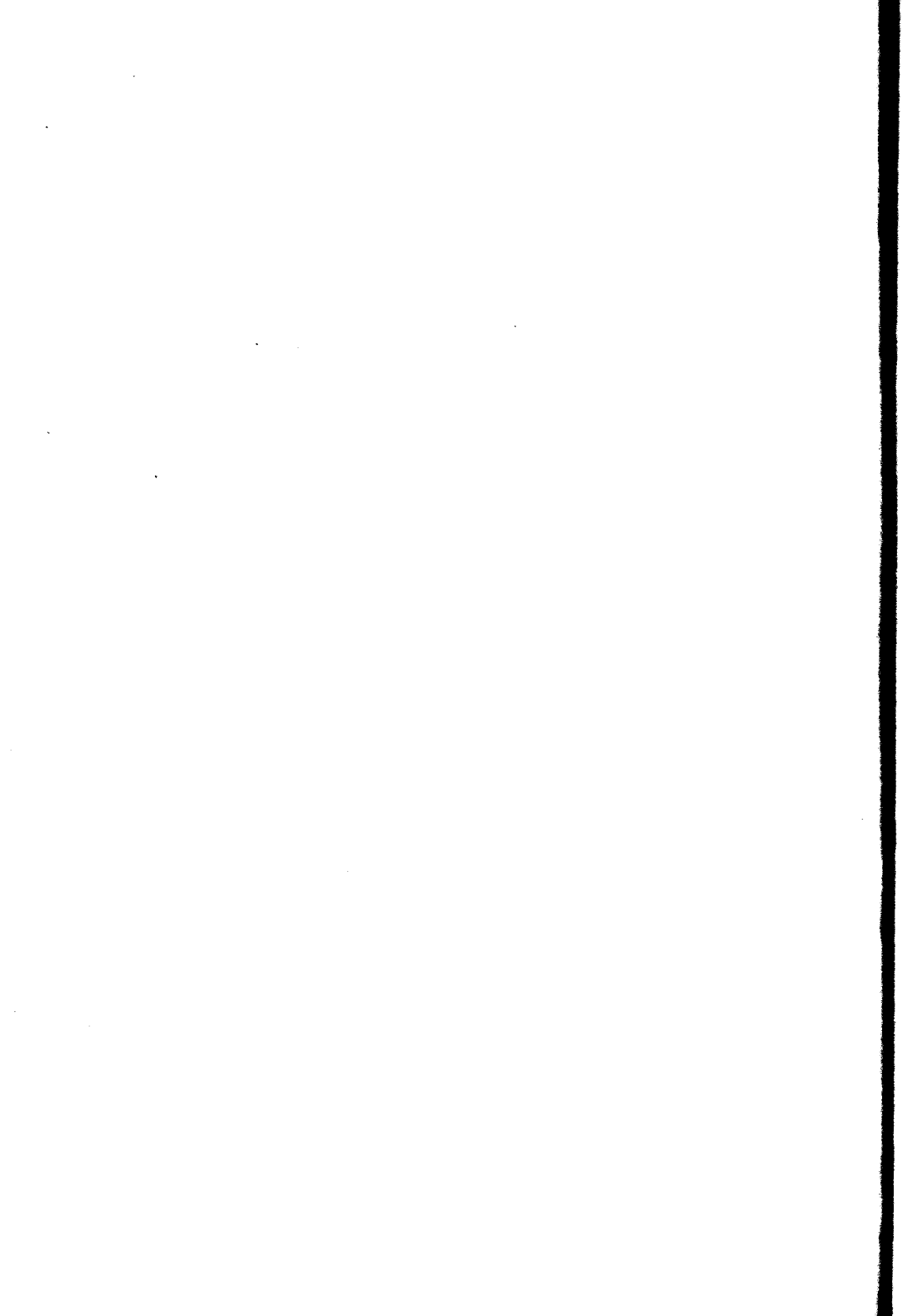


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREYRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

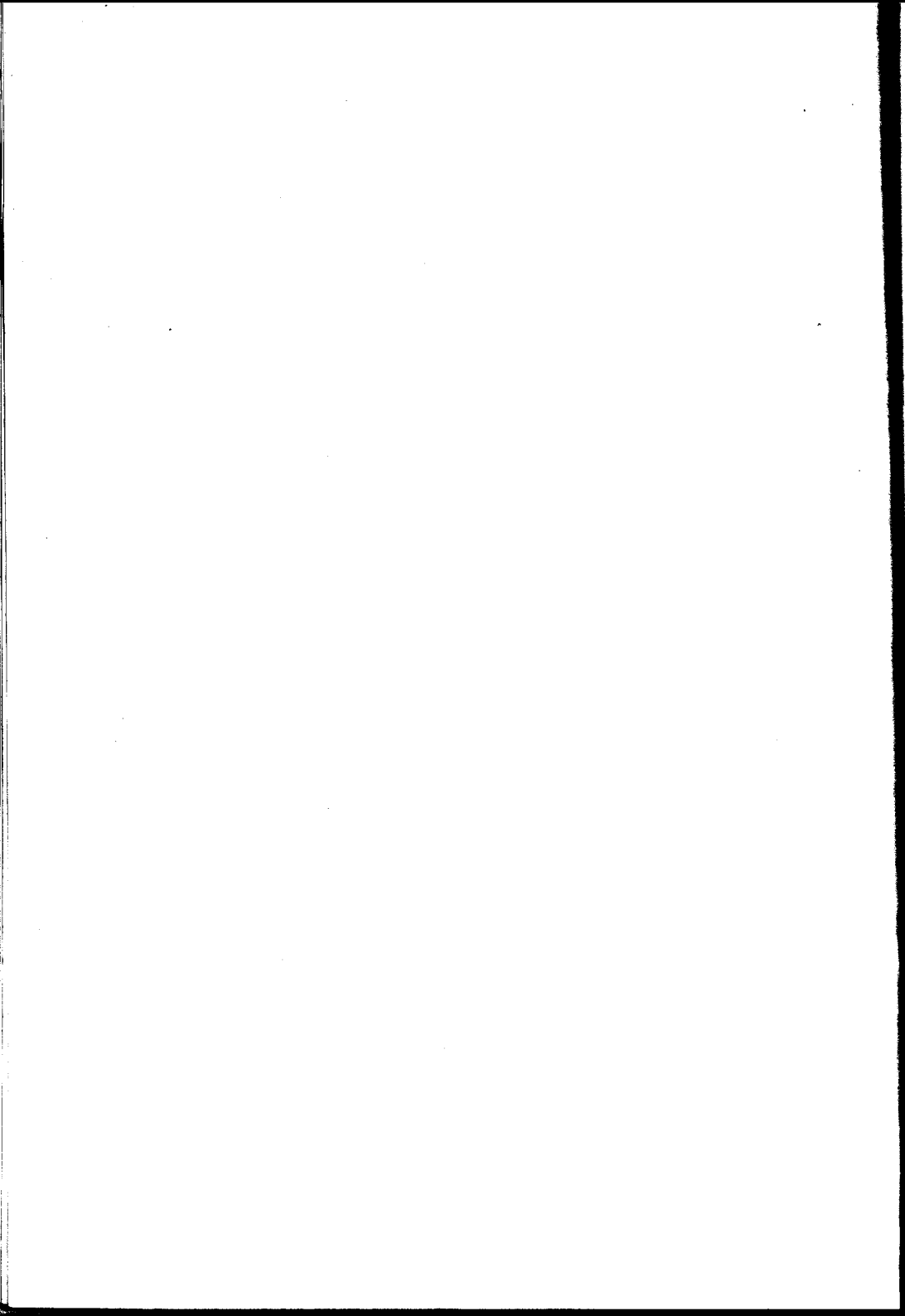
Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE
„ TOMÁS S. VARELA (2º año)
„ JUAN U. CARREA (Protesis)



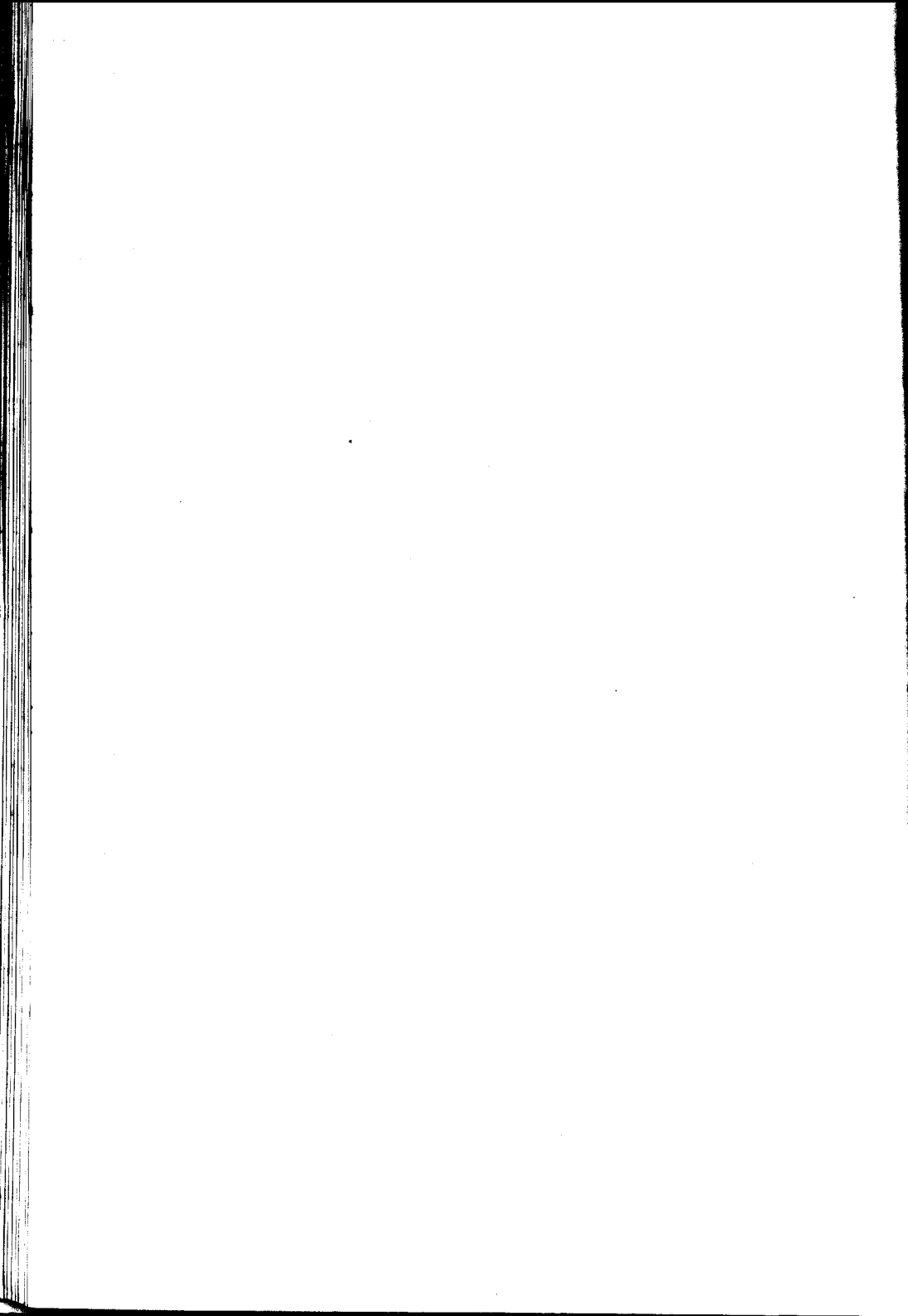
ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	DR. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura.....	DR. UBALDO FERNANDEZ

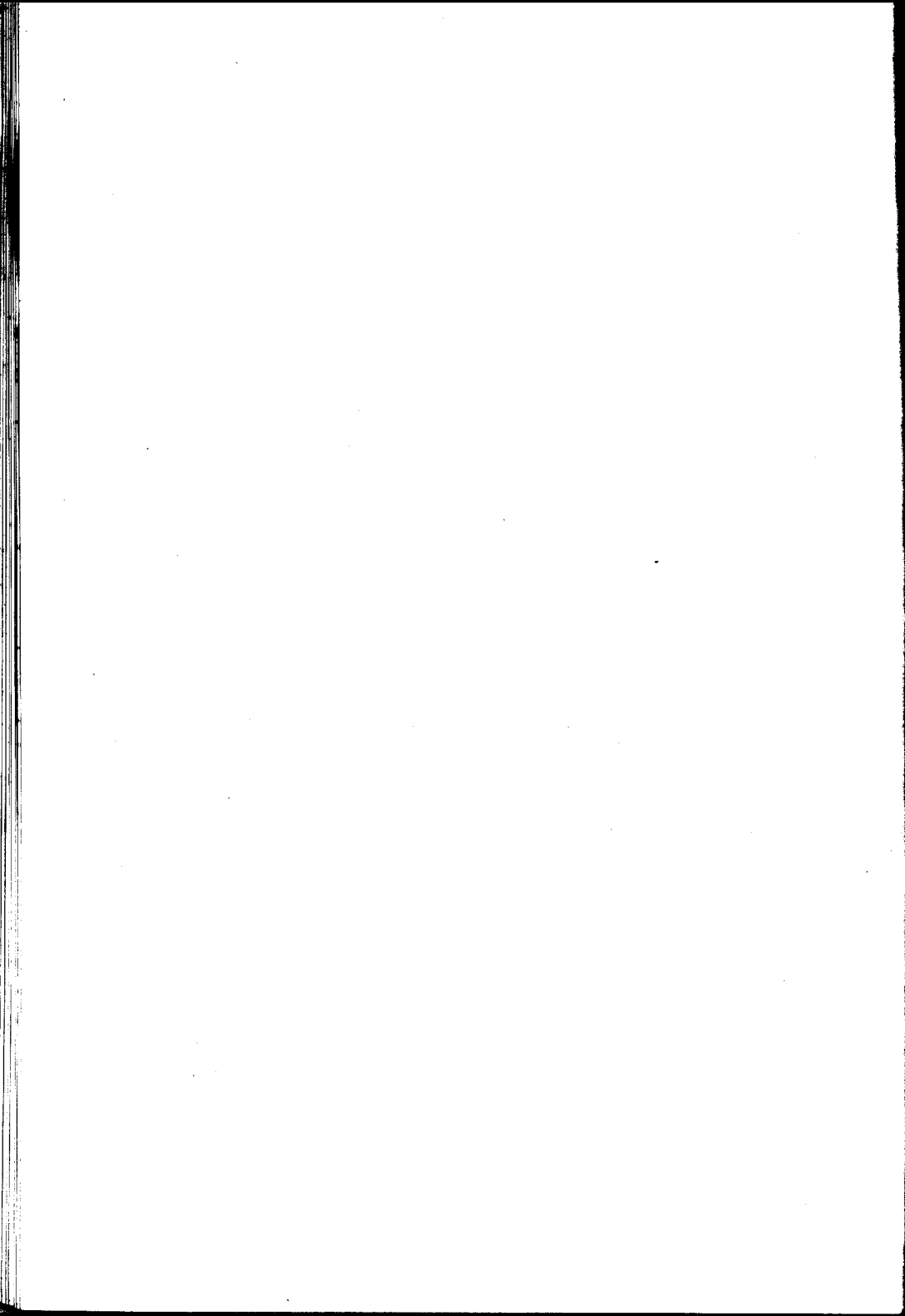


Padrino de tesis:

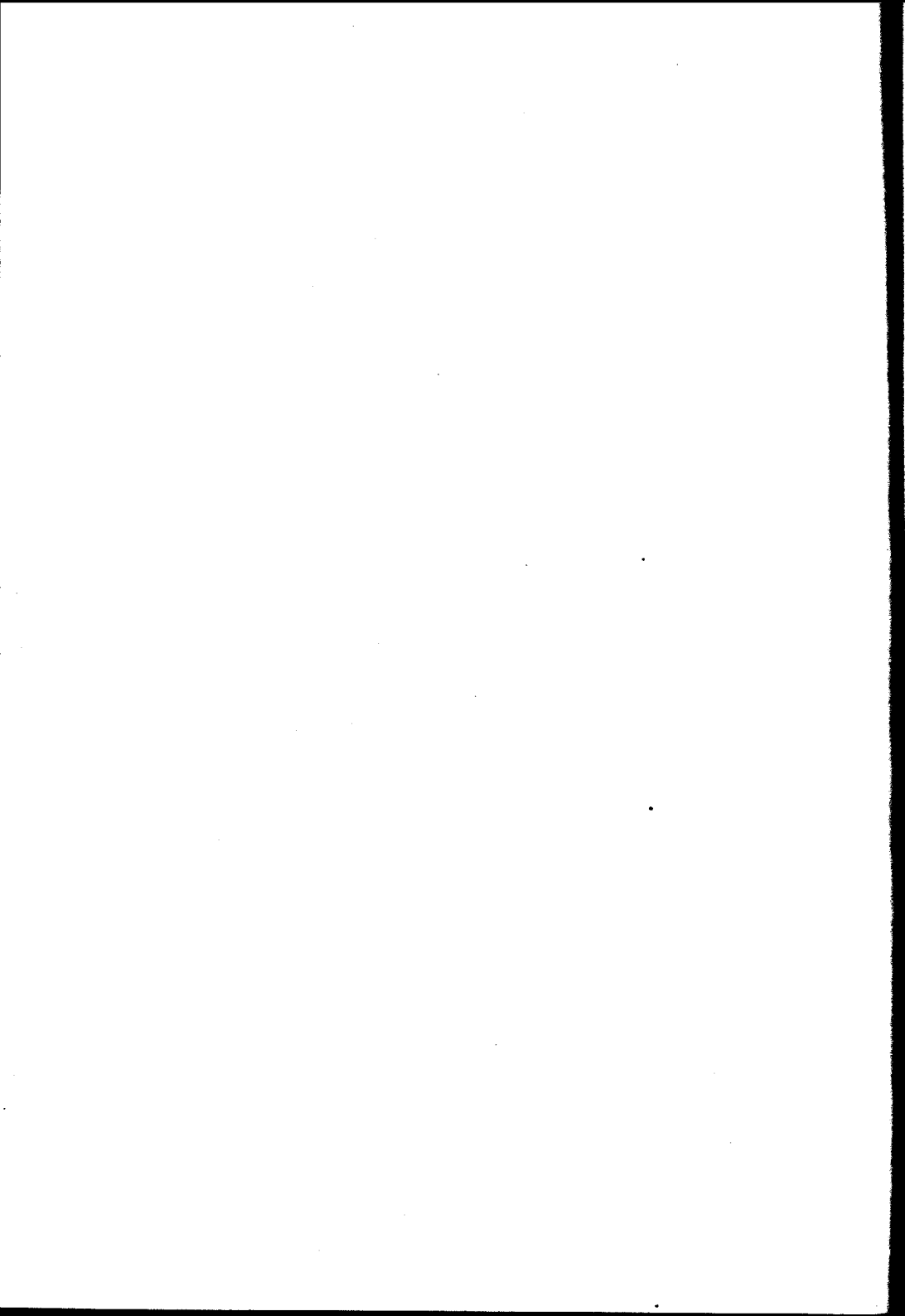
Doctor AMER BLANCH



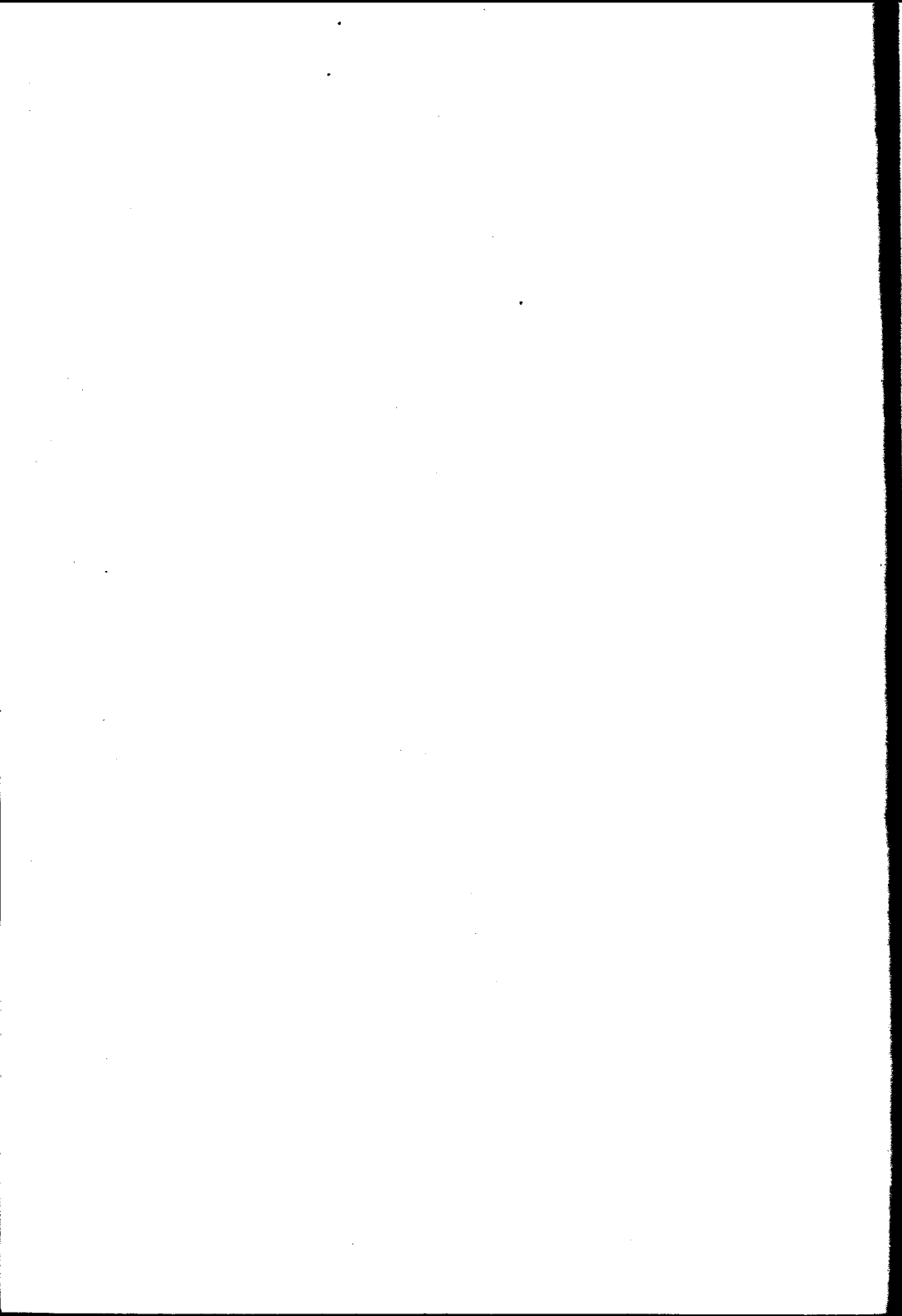
A LA MEMORIA DE MI PADRE



• A MI MADRE



A MIS HERMANOS

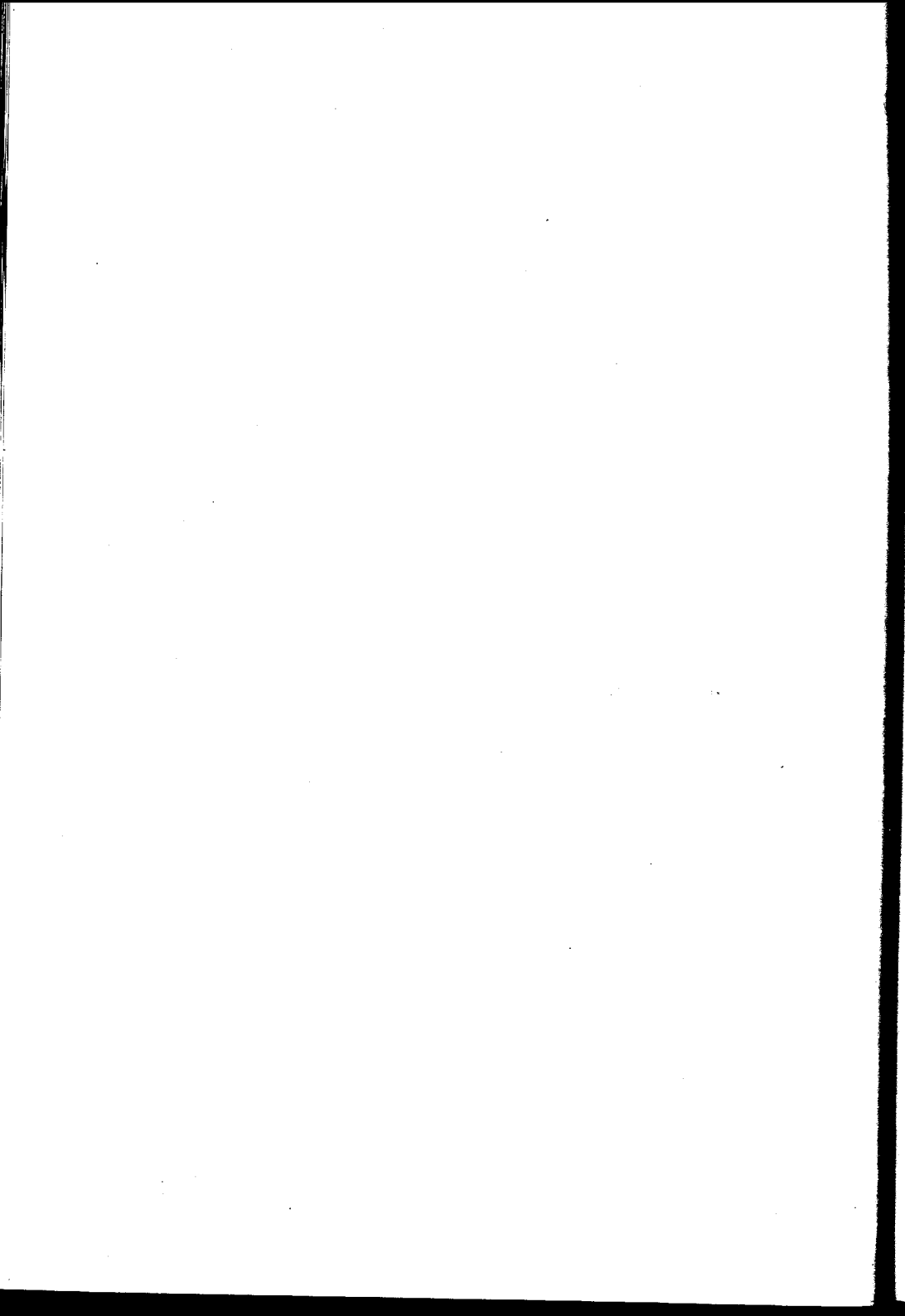


A LOS DOCTORES:

FRANCISCO L. GRAPIOLO
LUIS LENZI
VICTOR FOSSATI
RAÚL PINI
SALVADOR MARINO
ANTONIO CAPURRO

A MI AMIGO Y COMPAÑERO DE ESTUDIO:

DOCTOR EMILIO MAZZOLENI



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

La observación de algunos casos clínicos de gomas sifilíticas del hígado, me han sugerido la idea de hacer de ellos el objeto de este modesto trabajo, que presento a vuestra consideración.

Al dejar el aula universitaria, permitidme señalar mi gratitud hacia todos aquellos profesores de la Escuela de Medicina que fueron mis maestros, y con igual motivo a los jefes de servicio y médicos de sala del Hospital Italiano, en el que actué como practicante.

A mi viejo amigo el doctor Amer Blanch, que me dispensa el honor de apadrinarme en este acto : afectuoso agradecimiento.

Al doctor Telémaco Susini, ilustre profesor de anatomía patológica y en cuyo instituto desempeñé una de las ayudantías, mi profundo reconocimiento y mi más alto homenaje a sus sabias lecciones.

A los doctores Pablo Morsaline y Joaquín Llam-
bías, gratitud sincera por sus prácticas enseñanzas.

A mis camaradas de internado : mi franca e in-
variable amistad.

HISTORIA

El hígado es uno de los órganos internos que con cierta frecuencia es atacado por la sífilis, y los antiguos lo consideraban, como el foco principal de la difusión de la infección a todo el organismo.

La acción de la sífilis sobre el hígado es sospechada en el siglo XVI por Ulrich, Massa, Fallope.

En el siglo XVIII, merece descripciones de Van Swieten, Astruc, Portal (1813), sobre todo este último quien es el primero que llama la atención, sobre los gomas sífilíticos del hígado.

Pero es después de los trabajos de Rayer, Ricord, Oppolzer y especialmente Diettrich (de Praga), que la enfermedad es bien descripta.

Más tarde se ocupan de ella extensamente : Gübler, Virchow, Lancereaux, Gerhardt, Hutchinson, Fournier, Hutinel, Mauriac, Hudelo, Cornil, Cums-ton, Lejars, Gaucher y Fichot.

Entre nosotros, sobre sífilis hepática se han he-

cho varias publicaciones, especialmente los trabajos de los doctores Agote, Vitón J. J., Bullrich, Imaz, Bollo, Cerruti, Gatti, Pagniez y Pequeño.

No podemos cerrar este capítulo, sin antes mencionar a Wassermann, quien mediante su sero-reacción, nos ha suminsitrado un poderoso medio que nos ayuda considerablemente en el diagnóstico de tumores hepáticos de naturaleza dudosa.

ETIOLOGÍA

Los gomas sifilíticos del hígado, tema que nos proponemos desarrollar, haciendo exclusión de las otras formas de sífilis hepática, abunda en observaciones la literatura médica, la mayoría no fueron diagnosticados en vivo, los errores han sido numerosos y lo son todavía, ésto no quiere decir que no se hallan diagnosticados clínicamente y en este sentido, particularmente en los últimos años, se han publicado muchas observaciones.

El estudio etiológico de los gomas sifilíticos del hígado en el adulto, comprende dos grandes divisiones : la forma hereditaria tardía y la forma adquirida.

En la primera forma el treponema llega al hígado en línea derecha : viene de la placenta por la vena umbilical, el hígado es la primera barrera que encuentra el parásito y es de ahí donde partirá la infección sifilítica ; esta forma la explica Milhit ad-

mitiendo que la virulencia de la sífilis es tan leve, que demora mucho tiempo para determinar una lesión aparente.

En la forma adquirida, el agente patógeno entra al organismo por una solución de continuidad del tegumento; su localización visceral hepática u otra ha dado origen a largas discusiones, obedece a influencias aún oscuras.

Edad — Las estadísticas a este respecto nos dicen que el máximum de frecuencia sería de los 35 a los 50 años.

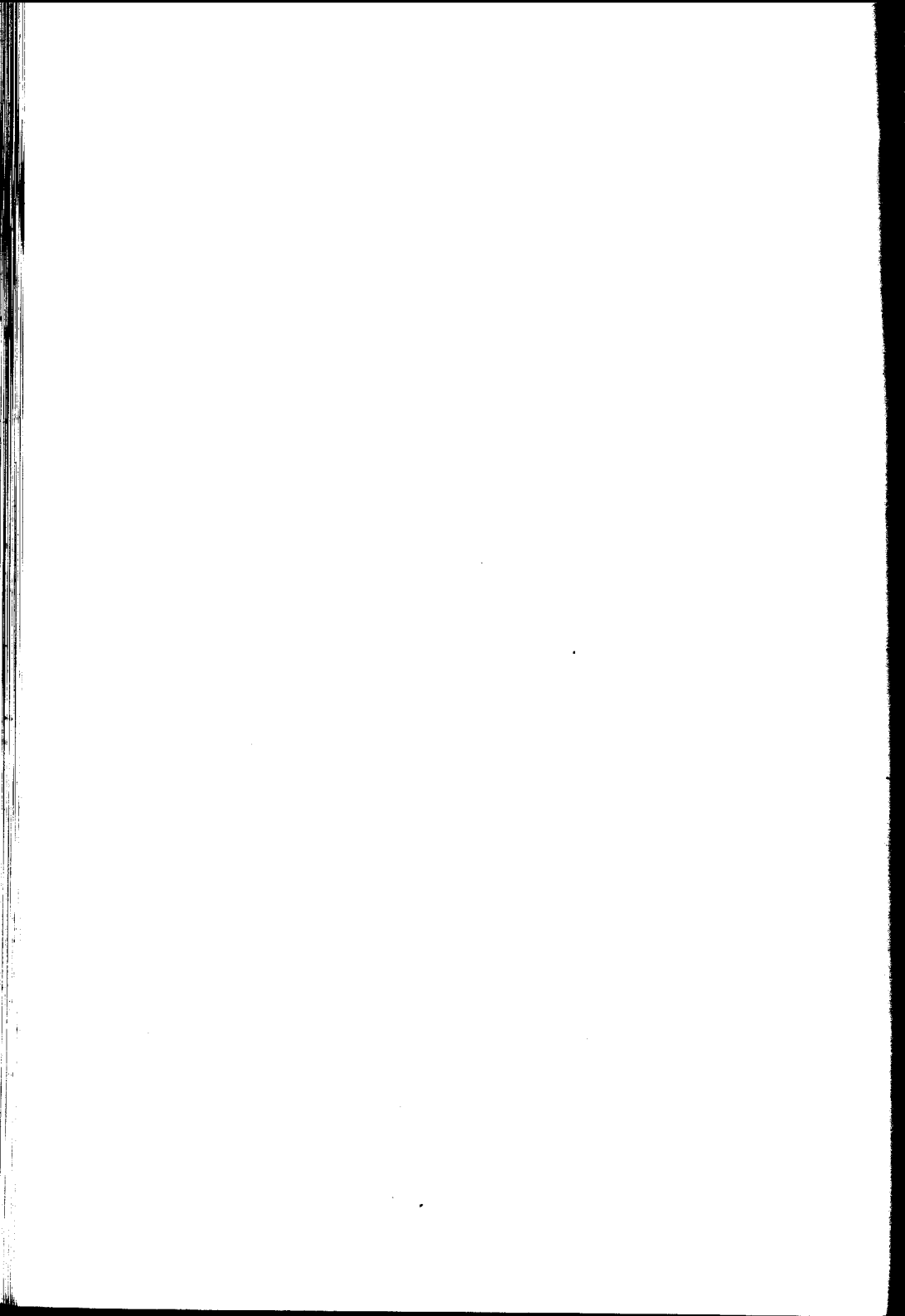
Epoca de aparición — La época de la aparición de los accidentes hepáticos terciarios es difícil de precisar, pues como veremos más adelante, el debut de la afección es sumamente insidioso y cuando los enfermos acuden al médico, lo hacen en general en un período avanzado de la enfermedad.

Sin embargo, algunas completas observaciones nos dicen que la aparición de los accidentes hepáticos, oscila de 5 a 20 años después de la infección chancrosa. Peisser (de Nueva York), fija como término medio un período más corto: de 3 a 7 años.

Casos extremos se han dado a conocer: algunos hasta de 40 años después del chancro, otros en cam-

bio. y aunque excepcionalmente, citan casos precoces.

Sexo — El sexo masculino es más atacado que el femenino: 25 hombres por 10 mujeres, y en este sentido concuerdan la mayoría de las estadísticas. Esta predisposición del sexo masculino es atribuída a la influencia de causas localizadas: intoxicación (alcoholismo, saturnismo), infección (paludismo, ictericia, etc.). Al traumatismo, a decir de muchos autores y muy especialmente Virchow, Loewenfeld y Gerhardt, se le hace desempeñar un rol importante como causa ocasional, pues los gomas sífilíticos asientan con frecuencia en la vecindad de los ligamentos suspensores del hígado; sin embargo, a pesar de que el traumatismo se ha notado en ciertos casos, su importancia parece ser mínima.



ANATOMÍA PATOLÓGICA

Sobre el hígado, como sobre las otras vísceras, la sífilis terciaria produce lesiones de dos órdenes : esclerosas unas, gomosas otras.

Estas lesiones se asocian muy a menudo para constituir las lesiones esclero-gomosas, cuya forma más frecuente de la sífilis hepática del adulto está representada, por el llamado « hígado ficelé ».

Los gomas pueden existir aisladamente, es decir, sin estar acompañados de lesiones de aspecto cirrótico ; esta forma gomosa pura, que es la que nos ocuparemos especialmente, es excepcional.

La cápsula del hígado no queda indemne, uno observa con frecuencia : perihepatitis.

Nosotros estudiaremos sucesivamente las lesiones macroscópicas y microscópicas de los gomas sífilíticos del hígado en el adulto.

LESIONES MACROSCÓPICAS — Debemos considerar : las lesiones de la cápsula y las lesiones del parénquima hepático.

Perihepatitis — Un carácter particular de la perihepatitis sifilítica es el siguiente: las lesiones no quedan localizadas a la cápsula de Glisson, sino que se acompañan siempre de lesiones parenquimatosas más o menos profundas, donde ellas no son más que la manifestación periférica y exterior.

La perihepatitis presenta dos formas: la gomosa y la esclerosa.

Estas dos formas, están muy frecuentemente asociadas.

En la perihepatitis gomosa, la cápsula no está solamente interesada por el proceso gomoso, sino que puede presentar también adherencias, placas esclerosas, surcos y cicatrices.

Las adherencias resultan de una inflamación localizada de la cápsula de Glisson, por un proceso de peritonitis localizada y parcial.

Las adherencias que unen el hígado a los órganos vecinos son numerosas. Particularmente marcadas son las que asientan sobre todo en su cara convexa y ol unen al diafragma. Otras lo unen al píloro, bazo, riñón, duodeno, colon ascendente y transversal, epiplón gastro-cólico, etc. En determinados casos, las adherencias pueden comprimir vasos importantes (vena porta, sobre todo) o los canales biliares extrahepáticos.

La cápsula pierde su aspecto normal, adhiere

al parénquima hepático subyacente, espesada por placas, que a veces llegan a tener hasta 1 centímetro de espesor.

Estas placas esclerosas son lisas, más o menos regulares, alternan con depresiones y otras veces forman el fondo mismo de las depresiones cicatriciales.

La induración de la placa esclerosa, puede ser tan extensa, de llegar a encerrar un vaso, tal es el caso de Bellour, en el cual la vena cava inferior tenía el grosor del dedo meñique.

Otras lesiones de la perihepatitis sifilítica son, la presencia de surcos y cicatrices en la superficie del hígado.

Estos surcos lobulan a veces la glándula hepática, y ésto se ha comparado al riñón lobulado del joven buey. Cuando solo son simples surcos, circunscriben lóbulos salientes, otras veces en cambio, son depresiones muy profundas, que pueden hacer tomar a los lóbulos un aspecto pediculado, dificultando así considerablemente el diagnóstico.

La significación de estos surcos y cicatrices está aún en discusión, para algunos serían de origen traumático, para otros que son los más lo relacionan a las mismas lesiones capsulares y subcapsulares, dichas cicatrices serían el resultado de la desgarradura y retracción de la cápsula, produciendo

peritonitis parciales que darían lugar a bridas, adherencias, etc.

Se suelen encontrar también, gomas nacidos en la periferia del hígado que invaden la cápsula y la levantan, formando tumores salientes, de consistencia variable, que se perciben a través de la pared abdominal sobre la cara convexa del hígado y que hacen pensar en cáncer.

Lesiones del parénquima hepático: Volumen y peso — El hígado sífilítico raramente conserva su volumen normal; a menudo hipertrofiado, otras veces en cambio atrofiado.

Su peso suele estar aumentado, se señalan casos de 3.000 gramos y más.

Forma — Más importante que los cambios de volumen y peso son los de forma. El aumento de volumen, por lo general, es irregular; de lo que resulta una deformidad hepática. Esta forma hipertrofica irregular es muy importante, su constatación es útil para el diagnóstico.

A menudo es el lóbulo izquierdo el que se presenta hipertrofiado, llegando a veces el solo a constituir casi toda la totalidad del órgano. Lo contrario, es decir, la mayor hipertrofia del lóbulo derecho, ha sido constatado.

Los bordes, sobre todo el inferior, se presenta irregular y sembrado de escotaduras profundas y múltiples.

La cara convexa presenta numerosas cicatrices más o menos estrelladas, superficiales y profundas, que multiplican los lóbulos, dividen el hígado en pequeños territorios que le dan un aspecto lobulado, ficelé.

Gomas — Los gomas, asientan de preferencia en las bandas de esclerosis que surcan el hígado, más raramente los gomas se encuentran en pleno hígado, por fuera de las zonas de invasión fibrosa.

Los gomas se presentan aislados o numerosos, bajo el aspecto de tumores redondeados, ovoideos o aplastados y mal limitados.

Por lo general, se encuentran cerca de la superficie del hígado y particularmente en la vecindad del ligamento suspensor.

Su volumen en general varía desde el pequeño, de un grandor del garbanzo hasta el de un huevo de gallina y más. A menudo son muy voluminosos.

Al principio de su evolución (estado de crudeza), ellos son duros, de coloración gris o rosada, secos en la superficie de sección y sin dar jugo al raspaje.

Más tarde por la necrosis y la degeneración grasa se resblandecen, su centro se transforma en una materia caseosa, blanco-amarillenta.

En los gomas antiguos se encuentran en su periferia, una callosidad conectival fibrosa, que los separa del tejido hepático vecino.

A menudo en el fondo de las retracciones cicatriciales, se encuentran inclusiones caseosas, es decir, residuos de gomas, lo que ha dado lugar para muchos observadores, admitir la suposición de que el hígado lobulado provenga de la curación de gomas.

LESIONES MICROSCOPICAS : *Lesiones gomosas* --
Fueron estudiadas por Ricord en el año 1842. Antes de él, fueron consideradas como cáncer en vías de curación por Oppolzer y Bochdalek, como dilataciones enquistadas de los canales biliares por Budd y como tubérculos por otros.

La historia anatómica de las producciones gomosas está ligada íntimamente a aquella de la hepatitis intersticial sifilítica ; ésta acompaña casi siempre en las autopsias a los gomas o cicatrices gomosas.

Esto, sin embargo, no quiere decir como piensan Darier, Marfan y Toupet que los gomas se desarrollan exclusivamente en territorio escleroso, pues

hoy se sabe que hay una independencia anatómica entre las dos lesiones.

Para Wagner, el goma constituye un sifiloma nodular circunscripto, formado por la fusión de varios sifilomas miliars.

Beriel y Laurent, de Lyon (1910), han hecho el examen histológico muy completo de hígados sifilíticos, conteniendo gomas en todos los estados y especialmente al estado inicial o infartoide. Llegan a las siguientes conclusiones: que tanto para el hígado como para el pulmón hay obliteraciones vasculares que producen la necrosis del territorio respectivo (futura fuente gomosa), siguiendo el mecanismo del infarto.

Estas obliteraciones están bajo la dependencia de lesiones parietales que producen el espesamiento concéntrico de las paredes; así si esas lesiones radican en las arteriolas ellas originarán pequeños islotes de necrosis, que constituirán los gomas de pequeño y mediano calibre. Sobre los vasos más voluminosos, ellos producen lesiones variables según los tejidos, así en el cerebro: resblandecimientos, en el hígado la detención de la circulación en un territorio tan extenso, que producirá un grueso infarto que será el origen de un goma voluminoso.

Entrando al estudio histológico del goma encontramos, que al debut de su evolución la lesión

gomosa está constituida, por pequeños nódulos embrionarios (folículos sifilíticos), cuyos elementos se reconocen por su afinidad para los reactivos colorantes.

Estos nódulos se desarrollan alrededor de los vasos, el goma en este primer estado acusa una tendencia muy marcada a la evolución fibrosa y la observación microscópica revela, en efecto, espesos tractus esclerosos que se irradian alrededor de los vasos como queriendo tabicar en todo sentido la nudosidad gomosa.

En un período más avanzado las células centrales sufren la degeneración granulograsosa, no se colorean más por los reactivos y dejan ver en su intervalo una substancia fundamental vagamente fibrilar, desprovista de vascularización.

En la periferia de esta masa central degenerada, se ve una zona de defensa constituida por células emigratrices, redondas, pequeñas a núcleo fuertemente coloreado y un contorno de células gigantes.

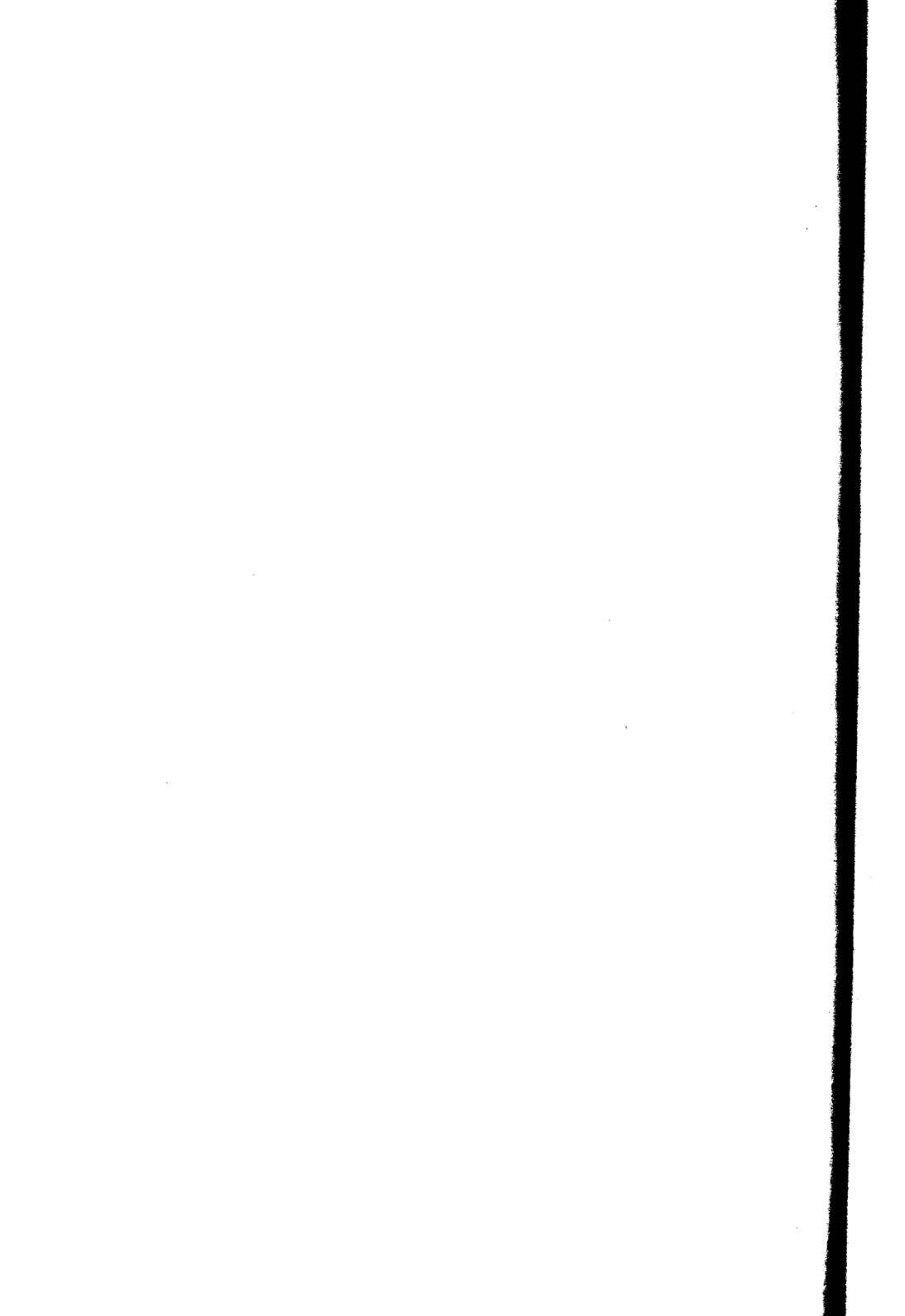
Mientras que el centro del goma está desprovisto de vasos, la capa periférica está vascularizada, estos vasos contribuyen a la reabsorción de los productos originados por la necrobiosis del goma.

El goma así constituido, con su parte central degenerada y su parte periférica todavía viviente,

se renuevan a medida que se hace la extensión centrípeta del goma.

A veces el goma se continúa directamente con el tejido hepático vecino, más frecuentemente está separado del tejido hepático que le rodea, por una envoltura de enquistamiento, que permite distinguir el goma de otras lesiones, de la tuberculosis notablemente. Esta envoltura está constituida por un tejido fibroso dispuesto concéntricamente y en el que se observa, células conjuntivas, embrionarias y granulaciones grasosas; a menudo esta cáscara fibrosa envía prolongamientos hasta en la masa caseosa.

Alrededor de esta envoltura, el tejido hepático vecino presenta casi siempre lesiones de cirrosis, degeneración grasosa de las células hepáticas, endoarteritis y periarteritis.



ESTUDIO CLÍNICO

Los gomas sífilíticos del hígado, propiamente hablando, no presentan síntoma clínico particular, ello explica, como nosotros veremos al ocuparnos del diagnóstico, la frecuencia de errores.

La enfermedad puede permanecer latente, sin manifestarse por signo alguno que llame su atención o bien oscurecidos los síntomas por la presencia de otra afección. A este respecto Chauffard cita dos casos de sífilis esclerogomosa del hígado descubiertos en las autopsias: uno falleció por angina diftérica, el otro de uremia por esclerosis renal.

En la forma gomosa pura, los síntomas pueden ser nulos, así por ejemplo: un goma aislado del parénquima hepático por su cápsula, no perturba las funciones hepáticas, no provoca dolor, ni ictericia, ni ascitis, etc.

Otras veces el goma se manifiesta por algunas de sus complicaciones, que no permite relacionarlo

a su verdadera causa, tales son : la compresión de la vena cava inferior, hemorragias gastro-intestinales, compresión de las vías biliares, etc.

SINTOMAS

De una manera general dos categorías de síntomas debemos estudiar en la sífilis gomosa hepática : los unos funcionales y generales que no tienen nada que ver con el goma propiamente dicho, los otros revelados sobre todo por el examen físico pueden autorizar a pensar en goma, pero no se afirmará sin antes apelar al concurso de los métodos habituales de diagnóstico de la sífilis en general.

Debut — El debut es ordinariamente insidioso. Perturbaciones diversas indican un sufrimiento general del organismo, sin que nada llame la atención particularmente sobre el hígado. Los enfermos pierden sus fuerzas, hay un decaimiento orgánico que nada explica o bien un tinte pálido de piel y mucosas es el signo predominante. A veces acuden al médico por perturbaciones digestivas : apetito disminuído, digestiones perezosas, meteorismo y el paciente es considerado un dispéptico. Otras veces es por una ascitis, todos estos fenómenos, el último

especialmente, no revelan el goma propiamente dicho, sino la cirrosis concomitante.

Más característico es el debut por el dolor o por una tumefacción hepática.

Dolor — El dolor raramente falta ; los autores están de acuerdo en atribuirlo a la perihepatitis que es la regla.

Habitualmente más que un dolor es una sensación de plenitud y peso en el hipocondrio derecho. Este dolor sordo que existe espontáneamente puede ser continuo, se exagera por la ingestión de alimentos, la presión, los movimientos del tórax, la estación vertical. A veces es fijo, en otros casos como sucede con muchas afecciones hepáticas, las irradiaciones escapulares o hacia la fosa ilíaca derecha, no son raras. Esta sensibilidad hepática existe con frecuencia, y Chauffard la considera de dos orígenes : uno debido como anteriormente hemos señalado a la perihepatitis y la otra sensibilidad es propia del parénquima hepático y por lo tanto profunda.

Alteraciones del hígado — El hígado puede estar aumentado de volumen y desbordar en varios traveses de dedos el reborde costal. Pero esta hipertrofia es irregular, desigual, a veces es a ex-

pesas del lóbulo derecho, la inversa, es decir, a expensas del lóbulo izquierdo parece ser más frecuente. Esta desproporción de volumen entre los dos lóbulos, asígnale Lancereaux un gran valor.

Otras veces el hígado es chico, atrófico.

Más importante que los cambios de volumen, son los de superficie y de forma.

La superficie de la glándula que normalmente es lisa y regular, se encuentra irregular y más o menos granosa, de ahí que actuando sobre el contorno del hígado da lugar a las deformaciones más diversas, respondiendo entonces a los diversos tipos del hígado ficelé. Entre estos tipos hay uno que Gerhardt ha individualizado llamándole hígado lobé, caracterizado por una forma irregular con profundas escotaduras, simulando tumores de otros órganos.

La consistencia habitualmente está aumentada y esto es debido a la cirrosis concomitante.

Las adherencias pueden modificar la movilidad del órgano, esta movilidad disminuye o hasta deja de existir durante los movimientos respiratorios.

Hipertrofia del bazo — El bazo está casi siempre aumentado de volumen, esta hipertrofia es moderada y no rebasa por lo general el reborde costal, hecho importante pues en la cirrosis de Lænec, la esplenomegalia es notable. Esta hipertrofia pue-

de tener su origen en la dificultad de la circulación del sistema portal, más a menudo es debido a desarrollo de gomas esplénicas, o es el resultado de la degeneración amiloidea, o bien es debida a la proliferación conjuntiva intensa y más raramente su causa es la periesplenitis.

Ascitis — La ascitis no hace parte esencial del cuadro clínico, ella revela solamente las alteraciones contemporáneas del goma.

La ascitis se observa de preferencia en un período avanzado de la enfermedad. Para ciertos autores, se encontraría con mayor frecuencia en los casos en que el hígado está atrofiado; sin embargo, las estadísticas a este respecto señalan casos de ascitis con hipertrofia considerable de la glándula hepática. La ascitis reconoce por causa principal el obstáculo de la circulación porta.

El líquido, en la mayoría de los casos, no tiene carácter particular alguno, es casi siempre amarillo-citrino, raramente hemorrágico y excepcionalmente quilibiforme, en fin a veces puede tener una coloración verde, que es debida a los pigmentos biliares.

A este respecto el profesor Gaucher dice: «El líquido ascítico de la cirrosis alcohólica no presenta esta coloración especial, si bien no es constante en

la cirrosis sífilítica, si uno encuentra esta ascitis verdosa, habrá que pensar en la sífilis del hígado.

A la ascitis sífilítica se le asignan los siguientes caracteres : aparece tardiamente, sigue una marcha irregular, por poussées subagudas, recidiva rápidamente después de la punción y regresión posible.

Ictericia — La ictericia metapigmentaria, urobilinúrica, en la que se observa el tinte amarilloterroso de los tegumentos es la regla. La ictericia franca, ortopigmentaria, por retención, no forma parte del cuadro clínico, reserva hecha de ciertas complicaciones : compresión de los canales biliares por goma, ganglios hipertrofiados o por una brida fibrosa de perihepatitis.

Rendu considera la ictericia como un síntoma muy poco frecuente y agrega que su ausencia, tiene un gran valor diagnóstico con ciertas enfermedades crónicas del hígado. Sin embargo, las estadísticas de muchos autores muestran que se observa con más frecuencia la ictericia, de lo que piensa Rendu.

Perturbaciones gastro-intestinales — Estas perturbaciones constituyen a veces, los únicos síntomas que acusan los enfermos en el principio de la afección.

Por parte del estómago : inapetencia, náuseas, vómitos alimenticios o biliosos. Por parte del intestino : constipación pertinaz, entrecortada a veces por crisis diarreicas. En el período terminal, se suele observar diarrea continua, a menudo este síntoma revela la degeneración amiloidea de la mucosa intestinal.

Orina — El examen de orina no muestra nada que esté directamente en relación con la existencia de goma. Se traduce generalmente, por la insuficiencia funcional del hígado, es lo que se llama el síndrome urinario del terciarismo hepático.

La cantidad de orina está disminuída, 700 a 1.000 gramos en las 24 horas. La cantidad de úrea es muy inferior a la normal. La urobilina es constante. La albúmina se constata en los casos en que existe lesión renal. La degeneración amiloidea, se revela por albuminuria considerable.

Sangre — El examen de la sangre, demuestra una anemia más o menos intensa, según el período de la enfermedad. Algunos autores han notado, aumento de los eosinófilos y de los mononucleares.

Hemorragias — Las hemorragias, son menos frecuentes que en la cirrosis alcohólica. Las principales son : la hematómesis debida a la ruptura de

várices esofágicas o gástricas, epistaxis, flujo hemorroidal y más raramente hemorragia peritoneal.

Fiebre — La fiebre en los gomias sifilíticos del hígado no es rara, a pesar de que los gomias no estén ulcerados y que no exista otra afección que la explique.

Migliorato señala 3 tipos de fiebre: fiebre héctica, fiebre intermitente y fiebre tifoidea.

Lo más común es que adopte un tipo intermitente, cotidiano, irregular, con máximas de temperatura que alternan con períodos de apirexia, resiste a la quinina y cede pronto con tratamiento mercurial o de yoduro de potasio.

Se reconoce a veces fácilmente la naturaleza de esta fiebre, por la aparición contemporánea de otras manifestaciones sifilíticas: neoformaciones específicas, etc.

A veces la fiebre, precede en mucho tiempo a la aparición de los gomias, o a veces sin que éstos den signos de existencia.

La rareza con que se presenta la fiebre en el desarrollo de la sífilis terciaria, la variedad grande de su modo de aparecer y declinar, contribuyen no poco a mantener aún en auge el problema de su patogenia.

La solución de ésta, ha sido tentada por varios

autores, pero hay que confesar que ninguna de las hipótesis ha tenido suficiente apoyo en los casos observados.

Para Gerhardt, la fiebre no es debida al proceso sifilítico en sí mismo, pero sí a la reacción particular del órgano en el cual el proceso se localiza. Grocco en apoyo de la teoría de Gerhardt, dice : que son extraordinariamente frecuentes los casos de numerosos y voluminosos gomas sifilíticos, que retroceden y desaparecen sin tener su cuadro térmico aumento febril, y agrega que la fiebre sifilítica tiene casi siempre un curso intermitente, como tienen las fiebres hepáticas en general.

La teoría de Gerhardt ha sido combatida por Klemperer, Ceconi, Geroune, D'Amato, Sisto (Turin), etc.

Sisto dice, que el hecho de ser más grande el número de los casos de fiebre sifilítica con lesiones hepáticas, que en aquellos con localización en otros órganos, depende únicamente del hecho, que la sífilis hepática es más frecuente que en aquellos, como sería por ejemplo : el pulmón, bazo, etc. En este sentido Hermann cita un caso interesante : se trataba de un enfermo que presentaba, alta fiebre con localización luética visceral ; muere y a la autopsia se encuentra : esplenitis luética hipertrófica con gomas miliares, infiltración gomosa difusa del

hígado con degeneración parenquimatosa difusa del órgano, gomas diseminados en las glándulas mesentéricas, pulmón y submucosa intestinal. A diferencia de lo que sucede en los casos de fiebre sifilítica, que la principal alteración es hepática, en la observación de Hermann el hecho importante reside, en que las alteraciones principales, tenían su asiento en el bazo y glándulas mesentéricas.

Muchos autores piensan con Bäumlér, que la fiebre en las afecciones sifilíticas, debe ser considerada, como una fiebre de reabsorción, es decir, que de los focos en los cuales el proceso se va desarrollando pasan probablemente a la sangre, sustancias que alteran directamente el intercambio o influyen sobre ciertas partes del sistema nervioso, siendo ellas las causas de fiebre.

Breccia invoca la fiebre a la misma infección sifilítica o a infecciones secundarias penetradas en las vías biliares o a un alterado metabolismo hepático.

Klemperer, admite que la fiebre intervenga cuando a continuación del resblandecimiento del goma, fueran reabsorbidos en el torrente circulatorio, materiales pirógenos.

Esta teoría es combatida y sus contendedores dicen que si son raros los casos de fiebre sifilítica, en cambio son frecuentes los casos de infiltración

gomosa en vías de resblandecimiento, en los cuales no se observa fiebre.

Uno de los que más ha combatido la teoría de Klemperer y que es Sisto, formula a aquél dos preguntas, que podemos decir la destruyen por completo, una de ellas es la siguiente :

Si la fiebre es producida por la reabsorción del material de resblandecimiento del goma, ¿por qué la fiebre desaparece apenas iniciada la cura, mientras que el goma no desaparece sino lentamente ?

La otra pregunta no deja de ser interesante, dice :

¿Por qué la fiebre no se manifiesta cuando bajo la influencia de la cura es máximo el resblandecimiento y la reabsorción del material del goma ?

El fundamento de otra teoría es la siguiente : la mayor susceptibilidad de ciertos individuos hacia los elementos febrígenos. Según ésta, la fiebre no sería otra cosa que la consecuencia de la gran facilidad de febricitar de ciertos individuos, por estímulos aunque sean mínimos.

Grocco critica esta teoría, pues dice que ella no se puede aplicar a la fiebre sífilítica, porque esa susceptibilidad mayor, propia de ciertos individuos debería ser evidente siempre frente a las mismas causas, lo que en vez no sucede así.

Stern (1913), dice que la fiebre en el período

terciario, es debida a la sífilis y que ella está en relación con la espiroqueta misma y sus productos.

La teoría más reciente y que mejor responde a la crítica, es aquella sostenida por Klemperer, Cecconi, Albanus, Calabrese, etc. Según estos autores, la fiebre no es más que un síntoma de la toxemia en general que caracteriza la infección sifilítica.

EVOLUCION — COMPLICACIONES

Los gomas del hígado tienen una gran tendencia a la reabsorción y cicatrización.

La curación es la regla cuando se somete al enfermo a un tratamiento específico y siempre que las lesiones no estén muy avanzadas, como así cuando el organismo es resistente.

Pueden curar espontáneamente sin tratamiento y las autopsias han revelado en este sentido más de una vez en el hígado, gomas cicatriciales o en evolución cicatricial sin que hubieran dado en vida mayores signos que llamaran su atención.

Otras veces, y esto ocurre con frecuencia, la afección es mal conocida, a la intoxicación luética se agrega la insuficiencia funcional del hígado.

La muerte por caquexia progresiva es la regla, fuera de otros accidentes, como son : la peritonitis,

infecciones pulmonares, hemorragias gastro-intestinales, degeneración amiloidea generalizada, ictericia grave (caso de Chiari por compresión de las vías biliares), ascitis considerable (caso de Barth), etcétera.

Otro accidente es la comunicación de una caverna gomosa con las vías biliares, dando origen a eliminación de productos gomosos, que se traducen generalmente por crisis dolorosas y violentas en el hipocondrio derecho con fiebre, vómitos. Estas crisis duran de 3 a 4 días para repetirse a intervalos regulares y hacen que se ponga en discusión la apendicitis, una afección secundaria del hígado y sobre todo se piensa en litiasis biliar.

Otra eventualidad es la fístula bronco-biliar observada por Bruhl en un caso de goma hepático abierto en el pulmón y que se acompañó de expectoración biliosa y accidentes bronco-pulmonares.

FORMAS CLINICAS

Fichot, a raíz del aspecto clínico diverso que pueden revestir los gomas sífilíticos del hígado, ha propuesto distinguir las siguientes formas clínicas :

1º Localización hepática de una sífilis maligna más o menos generalizada.

2º Forma latente : sin historia clínica, hallazgo de autopsia.

3º Forma gomosa pura, rara.

4º Hígado esclero-gomoso : es la forma más común de terciarismo hepático.

5º Sifiloma difuso : con punto de partida hepático y que invade los órganos vecinos.

6º Cavernas biliares sifilíticas : debidas al resblandecimiento y abertura de los gomas y presentándose clínicamente bajo la forma de fístula bronco-biliar con expectoración biliosa, o bien manifestándose con los signos de la colecistitis o de cólico hepático.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de los gomas sífilíticas del hígado, se presenta por lo general difícil y obscuro, tanto que ha hecho decir a Chauffard «a menudo el diagnóstico no puede ser más que sospechado», y Einhorn agrega: «en los casos que existen todos los datos para poder hablar de sífilis el diagnóstico puede quedar en suspenso, sin el examen necroscópico que la confirme».

Los errores de diagnóstico han sido numerosos y a ellos se le han consagrado largas memorias; así sobre 27 casos señalados por Cumston, en 3 solamente se hizo diagnóstico exacto, los 24 restantes fueron tomados por tumores de otra naturaleza.

Mc. Crae publica en el *American Journal of the Medical Sciences* (1912), un estudio basado sobre 56 casos de sífilis terciaria del hígado y ha encontrado en:

20 casos la tumefacción era difusa, superficial, sin gran irregularidad.

16 casos con nódulos manifiestos.

20 casos con notable prominencia, a superficie lisa o nodular.

El hígado fué encontrado casi siempre engrosado, con predilección el lóbulo izquierdo en los casos de sífilis adquirida. Encontró el máximo de frecuencia entre los 21 y 50 años de edad, más en los hombres que en las mujeres. Ascitis en 23 casos. Bazo agrandado en 24. El examen de sangre dió término medio : 71 de hemoglobina, 4 millones 380.000 glóbulos rojos y 4.800 glóbulos blancos.

Breccia después de un estudio minucioso, llega a las siguientes conclusiones de orden práctico :

Quando el médico se encuentra ante un paciente que presenta : hepatomegalia, acompañada de ligero o notable tumor esplénico, con más o menos grave anemia, sin leucemia, a menudo sin leucocitosis, de ictericia, sub-ictericia o de urobilinuria, de perturbaciones gastro-intestinales, de pléyade de ganglios engrosados y duros, dolores óseos y periódicos de debilitamiento progresivo y decaimiento general, con o sin fiebre a tipo remitente o intermitente, pensad a la sífilis confesa o no por el enfermo de haberla sufrido.

Hudelo, por su parte, ha formulado dos principios que dicen :

1º En un sífilítico todo estado caquéctico insidioso, debe hacer sospechar una lesión visceral.

2º Toda afección crónica del hígado, debe hacer sospechar sífilis.

Se tendrá pues que buscar de una parte en establecer la existencia de la sífilis, y de otra parte practicar un examen completo del hígado.

Habrà pues que buscar si el enfermo presenta en otro lugar de su organismo manifestaciones luéticas. No se descuidarán los estigmas de la heredo-sífilis, la triada de Hutchinson, las deformaciones óseas de los miembros o del cráneo, las cicatrices cutáneas, la atrofia testicular, el infantilismo, etc. Los antecedentes hereditarios y personales tienen una gran importancia. Si el enfermo está casado y tiene hijos se averiguará si viven, el estado de salud de los mismos, si ha habido fallecimientos se indagará la causa de la muerte. Del lado de la mujer habrá que cerciorarse si han existido embarazos, la evolución de los mismos, si han habido abortos, etc.

Pero el examen principal radicarà en el hígado, ya que el diagnóstico se hará con los tumores hepáticos de otra naturaleza, con tumores de los órganos vecinos : riñón, epiplón, estómago, etc., especialmente en los casos de pediculización del parén-

quima hepático, presentándose entonces al examen clínico como separado del resto de la glándula, de ahí que el examen de los órganos vecinos adquiriera un gran papel en el diagnóstico.

El sitio hepático del tumor será pues lo primero que habrá que establecer, cosa que se constatará cuando la matitez de la tumefacción se continúa con la matitez hepática, como así también si sus movimientos de ascenso y descenso son sincrónicos con los movimientos respiratorios.

Pero esto si bien es la regla, hay que reconocer por otra parte, las dificultades que en ciertos casos suelen presentarse, así la continuación de la matitez suele faltar en los casos de tumores pediculados, como también los movimientos de elevación y descenso pueden estar disminuídos o faltar por ejemplo, cuando existan adherencias.

Contribuirán en todos estos casos a establecer el diagnóstico, el estudio minucioso de los síntomas que hemos descripto en el capítulo anterior, como así también no se descuidará la sero-reacción de Wassermann, poderoso procedimiento biológico que actualmente poseemos y que adquiere un gran valor en el diagnóstico diferencial. Los errores ahora son debidos, a que se olvida o se deja de recurrir a ella, cuando pudiera iluminarnos y encaminarnos en

el diagnóstico. Pero, por otra parte, hay que tener en cuenta dos eventualidades :

Una de ellas es que la reacción puede ser negativa, a pesar de que la sífilis existe verdaderamente.

La otra eventualidad es que a pesar de que la reacción resulte positiva, se presenta este problema : ¿ sólo la sífilis está en juego ? ¿ No se combina con el cáncer, la litiasis biliar, la úlcera gástrica, etcétera ?

En este capítulo me ocuparé de los casos de sífilis con tumores localizados que simulan el cáncer, quistes hidatídicos, abscesos del hígado, úlcera gástrica y duodenal, colecistitis, tumores de la vesícula biliar, del riñón, epiplón y peritoneo, como así también la peritonitis tuberculosa.

Cáncer—Gerhardt y otros autores señalan como un buen signo en favor del cáncer, la ausencia del grueso bazo.

El cáncer nodular es la causa más frecuente de error, pero el dolor es más vivo, la ictericia más común y la ascitis más rara que en la sífilis gomosa.

Hay formas gomosas que se acompañan de pérdidas de peso tan sensibles como en el cáncer, pero esa tendencia a la caquexia se detiene a menudo con

el tratamiento específico, mientras que en el cáncer sigue su marcha progresiva.

El diagnóstico adquiere precisión, si existen signos evidentes de cáncer en otros órganos (recto, estómago, etc.); por otra parte, la presencia de ganglios, la biopsia de algunos de ellos, la edad avanzada del sujeto y la marcha rápida de la enfermedad, inclinarán al cáncer.

Barba cita el caso de un enfermo que se presentó a la clínica con hígado irregularmente agrandado, aumentado de consistencia y una tumefacción rodeada en el lóbulo izquierdo. El estado general bueno, la integridad relativa de la función hepática, la amnanesis luética negativa, la ausencia de estigmas sifilíticos y el resultado negativo de la cura yoduro-mercurial, si bien ésta no fué muy prolongada hicieron desechar la sífilis, se pensó en una infiltración neoplásica y por la edad del paciente, como así la duración larga de la afección (3 años), se diagnosticó adenoma del hígado.

El enfermo es observado 7 meses después, había reagravación de los síntomas antes señalados y el estado general empeorado. Se pensó que el adenoma se había transformado en carcinoma. El enfermo muere poco tiempo después y hecha la autopsia ésta demostró tratarse de un grueso goma sifilítico del hígado.

Quiste hidatídico del hígado — Existen algunas observaciones de sífilis gomosa tomadas clínicamente por quistes hidatídicos, demostrativo en este sentido es el caso de Lejars :

Se trataba de una joven de 25 años que presentaba en el hipocondrio izquierdo una tumefacción redonda, que rebasaba tres traveses de dedos el borde costal, limitada hacia abajo por un borde semicircular, móvil con la respiración y que daba la impresión de un quiste hidatídico, el resto del hígado no estaba hipertrofiado, el bazo no era grande, 2 meses antes había tenido accesos de urticaria. La sero-reacción de Wassermann dió resultado negativo.

Se resuelve operar y en la intervención se encuentra: el lóbulo izquierdo del hígado uniformemente duro, violáceo y su superficie sembrada de nódulos amarillentos, este lóbulo hipertrofiado era el que formaba el tumor. Se cierra el vientre, se duda entre tuberculosis, sarcoma o gomas. Se instituye una cura antisifilítica, y la enferma mejora considerablemente.

El quiste, por lo general, es más voluminoso que el goma, su forma es redondeada, regular, lisa su superficie, no es doloroso, es renitente y elástico. Además habrá que tener en cuenta el frémito hidatídico, la eosinofilia, la reacción hidatídica, el crecimiento continuo y la ausencia de bazo grande.

Abceso del hígado — Esta afección se anuncia generalmente por escalofríos, náuseas, vómitos, dolor en el hipocondrio derecho o en el epigastrio con irradiaciones hacia el hombro, cuello y miembro superior derecho. El hígado está aumentado de volumen, doloroso y sensible a la presión y aún a la percusión.

Para disminuir el dolor, el enfermo adopta generalmente el decúbito dorsal o lateral, relaja sus músculos abdominales, el diafragma se inmoviliza y la respiración es puramente costal, dispneica, la fiebre es intermitente o continua, el enfermo adelgaza rápidamente, pierde sus fuerzas, toma un tinte terroso, tal es la evolución de la forma aguda cuya duración oscila de 2 a 3 semanas y fácil de ser diagnosticada. Pero, cuando la evolución es subaguda o crónica, las dificultades se presentan, el examen de la sangre adquiere gran importancia, encontraremos una leucocitosis polinuclear y el hígado carecerá de los caracteres que presenta la sífilis gomosa.

Calabrese señala un caso enviado a la clínica con diagnóstico de abceso hepático, porque presentaba tumefacción circunscripta, dura y dolorosa en el hígado y fiebre intermitente que llegaba a 38° en las horas de la noche.

El enfermo estudiado hace sospechar la sífilis

gomosa, se ensaya la cura específica, al poco tiempo la fiebre desaparece, la tumefacción disminuye y mejora el estado general.

Colecistitis -- A veces los gomas localizados en el borde inferior del hígado y especialmente en la zona de la vesícula biliar, se acompañan de signos que simulan la colecistitis y la pericolecistitis.

Lejars cita un caso interesante: se trataba de una mujer que en el año 1914 se encontraba en buena salud y que 22 años antes había padecido de dolores intensos con crisis en la región hepática, con fiebre hasta de 39° en cada crisis, tenía ictericia y enflaquecía. En el borde inferior del hígado se percibía una masa redonda, gruesa como una naranja, de consistencia sólida y sensible a la palpación. Se pensó en colecistitis o en pericolecistitis y se resolvió una intervención quirúrgica, en la que se encontró un tumor blanquizco, duro, ocupando el borde anterior del hígado, no había otra cosa y se pensó en un tumor maligno, cerró el vientre e hizo un sombrío pronóstico.

A pesar de la amnesis negativa con referente a sífilis, se ensaya la cura específica y se obtiene un gran resultado, desaparecen los fenómenos morbosos y el estado general mejora. Lo importante

en esta observación es que la enferma examinada 22 años después, gozaba de buena salud.

Otra localización que ha dado lugar a menudo a errores es la localización paravesicular. El tumor por su forma y sede simula una gruesa vesícula y se presenta al examen clínico el problema siguiente: ¿se trata de cáncer, quiste hidatídico o sífilis?

Y a pesar de que la vesícula biliar o los canales no estén directamente interesados, la evolución de un tumor esclero-gomoso en su vecindad inmediata y en su contacto, es susceptible de provocar verdaderos accidentes biliares que dificultan aún más la interpretación exacta del caso.

Lejars en su interesante trabajo, habla de una mujer de 38 años en malas condiciones de salud, adelgazada, con tinte amarillento de la piel y mucosas; desde la edad de 17 años padecía de cólicos hepáticos característicos. Estas crisis se repetían 2 o 3 veces en el año. Cuando se presentó a la clínica hacía 2 años que las crisis no se producían, pero un dolor sordo y continuo persistía en la región hepática. Al examen se encontró en la zona vesicular un tumor grande, ovoideo, oblicuo abajo y a izquierda y se diagnosticó calculosis.

La enferma fué intervenida y se encontró una masa prominente en la cara convexa del lóbulo derecho, la cual no parecía dar lugar a duda de que

se trataba de naturaleza neoplásica. El estómago y la vesícula se hallaron en buen estado.

En los meses sucesivos la enferma mejoró ; sólo algunos accesos febriles aparecían de vez en cuando.

Poco tiempo después presentó en la región esterno-clavicular izquierda una lesión que hizo pensar en goma sifilítico. La sero-reacción de Wassermann dió resultado positivo

Se sometió la enferma a tratamiento antisifilítico y mejora notablemente, cura de su lesión esterno-clavicular y la tumefacción hepática desapareció poco a poco

Úlcera gástrica, duodenal -- Hay sífilis hepática que simulan la úlcera gástrica o duodenal, la úlcera callosa o un neoplasma gástrico.

Un caso ilustrativo es el de Shrager : se trataba de un hombre de 38 años que desde 18 meses padecía crisis dolorosas epigástricas y que se manifestaban una hora después de las comidas, acompañadas de náuseas, vómitos, con malestar general y de una duración de dos horas más o menos. Eran tan agudas las crisis dolorosas que para calmarlas era necesario el uso de la morfina. No había ni había habido ictericia, el hígado no estaba aumentado de volumen. El enfermo tuvo a los 21 años una infección chancrosa sifilítica y fué tratado du-

rante 10 meses con inyecciones y fricciones mercuriales. Tenía un hijo, sin estigmas sifilíticos.

Shrader se inclinó por úlcera gástrica o duodenal.

Se hizo una intervención quirúrgica y se halló el estómago, duodeno y vesícula biliar : normales. La cara convexa del hígado en cambio, estaba sembrada de pequeños nódulos, grises-blanquizcos, localizados también a lo largo del colédoco y sobre el cuello de la vesícula. La naturaleza exacta quedó dudosa, se extirparon dos nódulos y el examen histológico reveló gomas. Con tratamiento específico desaparecieron los fenómenos antes citados.

A Matheiu se le presentó un caso parecido : un hombre de 38 años que padecía dolores epigástricos desde hacía 8 años, cada 3 días sufría crisis dolorosas seguidas de vómitos. Los vómitos cesaron, pero se manifestaron náuseas con emisión de mucus, al poco tiempo los vómitos aparecieron nuevamente y además acusaba dolor en barra a nivel del colon transversal. El dolor epigástrico se hizo casi constante, el enfermo adelgazaba y en el epigastrio se palpaba una masa dura, irregular.

Se hace una sero-reacción de Wassermann y resulta positiva. Pero se presentó la siguiente cuestión : ¿la sífilis era la causa y era ella solo la causa ?

Matheiu hace ver el enfermo a Lejars y a pesar de la Wassermann positiva, resuelven de común acuerdo : « ir a ver ».

Se hace una laparotomía y se encuentra : un grueso lóbulo hepático izquierdo, duro, irregular, adherente y de aspecto neoplásico. Se extirpa un trozo del tumor, cuyo examen histológico reveló tratarse de sífilis gomosa. Sometido el paciente a una cura específica, mejora su estado general y desapareció poco a poco la tumefacción.

De una manera general la úlcera gástrica o duodenal y el cáncer del estómago, se diferencian de la sífilis hepática gomosa por los siguientes caracteres :

La úlcera del estómago por el vivo dolor despertado por la ingestión de los alimentos, con localización epigástrica y dorsal, por los vómitos que sobrevienen inmediatamente después de las comidas y que calman las crisis dolorosas, por las hematémesis y la hiperclorhidria.

La úlcera del duodeno por el asiento del dolor que radica generalmente encima y a la derecha del ombligo ; por aparecer 3 o 4 horas después de las comidas, por la frecuencia de las melenas y la rareza de las hematémesis y vómitos.

El cáncer del estómago por la anorexia, los trastornos del quimismo estomacal (hipoclorhidria o

anaclorhidria, siempre que no se trate de un cáncer desarrollado sobre una úlcera), la presencia de ácido láctico, por la caquexia con edemas, por la evolución rápida de la enfermedad y su generalización.

El examen radioscópico será un medio que deberemos recurrir en todos estos casos; su importancia es considerable.

Tumores renales — Los errores en este sentido han sido constatados, como lo he hecho anteriormente señalaré aquí la historia de los casos más interesantes que he encontrado en la literatura médica.

Köning da la historia de una enferma de 23 años de edad que sufría trastornos gástricos y renales desde varios años. La palpación reveló un tumor que ocupaba el hipocondrio y flanco derecho, era móvil de delante hacia atrás. Se hizo diagnóstico de tumor renal y fué operada por vía lumbar, encontrándose el riñón en buenas condiciones; como el tumor era intraperitoneal, se hace una laparatomía apareciendo una masa gruesa que sobresalía del lóbulo hepático derecho, pediculado en su base, irregular y diseminados en él, nódulos duros de variables dimensiones, como el estómago adhiriera al hígado se creyó que en aquel residía la lesión ini-

cial y se pensó en un carcinoma gástrico con metástasis hepática. Más tarde se ensaya un tratamiento antisifilítico y con gran sorpresa de Köning y sus colaboradores, desaparecen los fenómenos morbosos.

Lejars cita dos casos, uno de ellos se trataba de una mujer de 30 años que padecía desde hacía 3 años dolores lumbares y crisis dolorosas lumbares con náuseas, vómitos y que fué enviada a la clínica con el diagnóstico de tumor del flanco derecho.

La enferma de vez en cuando orinaba poco, luego bruscamente tenía polakiurea abundante. En los 3 últimos meses, los dolores lumbares eran continuos. El tumor era del tamaño de una cabeza de feto, alargado verticalmente, doloroso a la presión y no se movía con los movimientos respiratorios, era regular, liso, además una zona sonora lo separaba del hígado que por otra parte, no desbordaba el reborde costal.

Se practicó cateterismo ureteral izquierdo y se extrajo orina normal. El meato ureteral derecho no pudo ser visto sobre la mucosa vesical ligeramente inflamada y edematosa. La reacción hidatídica dió resultado negativo.

Lejars interviene por vía lumbar, pensando en una hidronefrosis o en un tumor quístico del riñón derecho. Este se hallaba en su lugar y no presen-

taba nada anormal; abre el peritoneo posterior y encuentra un grueso lóbulo hepático descendente en continuidad con el borde posterior del lóbulo derecho y que representaba el tumor.

Se hace una sero-reacción de Wassermann y da positiva.

El otro caso (1914), se trataba de una mujer joven, con un grueso tumor del flanco derecho que descendía hasta la fosa ilíaca, redondo, tenso, móvil con los movimientos respiratorios y que por arriba se continuaba con el lóbulo derecho del hígado. Se pensó en riñón ptósico, se interviene por vía lumbar y se encuentra el riñón bien; se incinde a continuación el peritoneo posterior y se descubre un lóbulo hepático descendente, se pensó en lóbulo aberrante y se cerró la herida operatoria. La enferma fué seguida en el consultorio, notándose que lo que se tomó por lóbulo aberrante aumentaba de volumen y cambiaba de forma; entonces se pensó en un tumor hidatídico que había pasado desapercibido durante la intervención.

Se hacen las reacciones hidatídica y de Wassermann, la primera dió resultado negativo, la segunda positivo. La cura específica lo confirmó, pues la enferma mejoró su estado general y el tumor disminuyó de volumen.

Los tumores renales generalmente se diferen-

ción de los gomas sífilíticas del hígado, por los siguientes caracteres :

El dolor tiene a menudo irradiación ureteral y testicular, la inspección permite ver la saliencia que forma en el abdomen y a veces se puede constatar un ligero abultamiento lumbar del lado correspondiente, si hay compresión de los vasos espermáticos se observará varicocele ; por la palpación : el pelotco renal, la poca o nula modificación de lugar con los movimientos respiratorios, además son más profundos y están más alejados del reborde costal que los gomas del hígado. La fonendoscopia según Albarran, puede servir para precisar los límites del tumor, como así diferenciar su matitez de aquella del hígado. Las modificaciones que experimentan las orinas tienen también su importancia.

Peritonitis tuberculosa — El diagnóstico es difícil sobre todo con la sífilis hereditaria tardía del hígado (a forma gomosa o esclero-gomosa), que se acompaña a menudo de ascitis. En la peritonitis tuberculosa a forma ascítica, la fiebre tiene una marcha hética, el hígado no afecta los caracteres del hígado sífilítico, la coexistencia de lesiones tuberculosas pulmonares, el cito-diagnóstico del derrame, el control de la cultura y la inoculación al cobayo, la falta de la triada de Hutchinson y de otros acci-

dentes terciarios anteriores, encaminarán el diagnóstico.

Sífilis gomosa hepática y otras afecciones — Los tumores del colon ascendente y transversal, se diagnosticarán por la localización y los fenómenos de obstrucción que le acompañan. Los tumores del epiploon y peritoneo, por su situación, por la ascitis precoz a menudo hemorrágica.

Cuando un goma no traduce su presencia sino por accidentes de compresión, el diagnóstico se hará por exclusión. En fin, cuando a pesar de todo, la duda existe, el tratamiento de prueba estará indicado, así lo pregonan los observadores que se han dedicado especialmente al estudio de esta cuestión.

PRONÓSTICO

El pronóstico de los gomas sifilíticas del hígado depende de numerosos factores : del estado general del enfermo, la precocidad del tratamiento, el grado de insuficiencia hepática, la existencia de lesiones viscerales concomitantes, la degeneración amiloidea, etcétera.

Con frecuencia se observa que estos enfermos sucumben a consecuencia de accidentes de la misma naturaleza sifilítica, pero que asientan en otros órganos (gomas de la faringe, laringe, accidentes nerviosos, etc.), o bien por la coexistencia de síntomas de etilismo, nefritis, hemorragias múltiples, etc.

Otras veces es una afección intercurrente, la que termina con la vida del paciente.

Como lesión local el goma es curable, reserva hecha de ciertos accidentes de compresión (ictericia grave, por ejemplo) y aunque es excepcional otra causa sería, la abertura del goma en los pulmones.

El proceso de curación por cicatrización y las adherencias, producen a veces el tironeamiento de órganos vecinos, pero estas complicaciones raramente constituyen accidentes importantes.

TRATAMIENTO

El tratamiento médico es el que deberá usarse, pero como veremos, algunos autores en determinados casos preconizan también el quirúrgico.

Tratamiento médico — Este deberá ser: intensivo, mixto y prolongado. Yoduro de potasio y mercurio se suministrarán simultáneamente. El yoduro de potasio si es bien soportado, se prescribirá desde el principio a dosis considerable: 6 a 8 gramos al día.

En cuanto al mercurio, muchos prefieren las fricciones (5 a 6 gramos de unguento mercurial por día). Otros son partidarios de las inyecciones, algunos de las sales solubles (benzoato de mercurio, biyoduro de mercurio y sobre todo el bicianuro de mercurio que lo preconizan especialmente por vía endovenosa), otros prefieren las sales insolubles (calomel, aceite gris, etc.).

Algunos compuestos arsenicales como la hecine A., neosalvarsán, que tanto campo han tomado como los mercuriales en el tratamiento de la sífilis en general, se utilizan en gran escala.

El resultado del tratamiento en la mayoría de los casos, detiene ciertas lesiones en su evolución (esclerosis), cicatriza otras (gomas), lo que permite un funcionamiento glandular más o menos perfecto y que lo acercan al estado normal.

Estos enfermos no sólo deberán ser tratados como sifilíticos, sino también como hepáticos; habrá que someterlos a un régimen especial, combatir la constipación por los laxativos o purgantes colagogos y activar la diuresis por la lactosa y la teobromina.

En los casos dudosos, el tratamiento llamado de prueba podrá prescribirse, su valor es considerable sobre todo en el diagnóstico diferencial de la fiebre sifilítica terciaria, la desaparición de la fiebre después de pocas y pequeñas dosis de mercurio o de yoduro de potasio, y su reaparición con la cesación de esta medicación, es el hecho que más asegura la exactitud del diagnóstico.

Este ensayo es inocuo, a pesar de que algunos autores (Trube, Murri) sostienen que puede ser peligroso en algunos casos, así dicen que cuando existe un foco de tuberculosis, la administración de dosis

considerable de mercurio o yoduro, pueden excitar los focos y favorecer la difusión del proceso. Tales peligros no existen en general si se suministra en dichos casos, poca dosis de medicamento.

Algunos autores, y entre ellos Rosembach, sostienen que la caída de la fiebre es debida a la acción del mercurio, específica contra las afecciones hepáticas en general y la caída de la temperatura en los casos reputados de fiebre sifilítica, indicaría solamente que está en juego una lesión del hígado, pero no que ella tenga una naturaleza sifilítica. Esta teoría ha perdido terreno poco a poco, cuenta actualmente con escasos partidarios.

Tratamiento quirúrgico — En algunas observaciones la cura específica no ha dado ningún resultado. Son estos los casos dificultosos que justifican la intervención explorativa.

Zamboni (1913), habla de un caso de extirpación del lóbulo izquierdo por goma sifilítica.

Se trataba de una mujer afecta de sífilis extra-genital, que presentó poco tiempo después una gruesa tumefacción del hígado y trastornos de la función gástrica. Sometida a la cura específica no se obtuvo ningún resultado, por lo cual se decidió operar la paciente.

En la intervención se encontró un grueso tumor

gomoso a expensas del lóbulo izquierdo y que estaba unido a la glándula hepática, mediante un pedículo, lo que facilitó su extirpación. La enferma mejoró ; Zamboni como así Giordano están de acuerdo en no operar sino cuando falla el tratamiento médico.

Frattin a raíz de un caso de intervención quirúrgica por sífilis gomosa hepática en la que había fracasado la cura antisifilítica, y en la que la extirpación del tumor fué favorecida por su fácil accesibilidad, siendo dado de alta curado el enfermo, llega a las siguientes conclusiones :

« Los gomas del hígado se presentan a menudo refractarios a la cura específica, en otros casos el granuloma se modifica algo, el tejido conectivo ya organizado resiste a la acción química y queda una cicatriz voluminosa que perpetúa el sufrimiento del enfermo. Por otra parte, la amnanesis sifilítica, no autorizaría a excluir la posibilidad de un neoplasma o de otra forma morbosa de naturaleza estrictamente quirúrgica, en todos estos casos, insistir mucho en la cura medicamentosa podría conducir a perder un tiempo precioso. ¿ Por cuánto tiempo se deberá contemporizar con el tratamiento específico ? Frattin aconseja un mes ».

Lejars muéstrase partidario también de intervenir quirúrgicamente, en determinados casos.

Ilusorio sería, agrega, fijar reglas, las indica-

ciones se deben discutir según el caso y si después de una exploración clínica minuciosa existe alguna duda, se hará bien no rehuir una intervención explorativa y esta intervención no sería solo explorativa, aunque la sífilis fuera lo único que estuviera en juego. Ella podrá servir para practicar ciertas escisiones parciales en casos de compresión localizada pilórica o biliar por ejemplo, con ella se podrán destruir ciertas bridas, adherencias.

¿Se puede andar más lejos y preconizar en determinadas condiciones la extirpación de tumores localizados? Esto se ha practicado numerosas veces, y los gomas ocupan en la historia de la hepatectomía por tumores, un puesto; pero estos casos casi siempre han sido reconocidos secundariamente su origen es decir, después de la intervención, se había creído por ejemplo en un tumor maligno, circunscrito, accesible y hecha la extirpación el análisis histológico demostraba que era un tumor sifilítico.

Como en este sentido ha habido casos afortunados naturalmente se ha presentado como indicada en ciertos casos de diagnóstico preciso la resección de tumores gomosos o esclero-gomosos, estas indicaciones han sido formuladas sobre todo por Köning, Max Laren y Cumston.

Lejars sostiene que la extirpación sólo estaría justificada en los casos en que fracasa el tratamien-

to médico prolongado y siempre que el tumor fuera accesible, exteriorizado o pediculado, poco adherente en suma, en condiciones que aseguran una benignidad grande.

(Sin embargo, la mayoría de los cirujanos no están de acuerdo con esta manera de pensar, y en presencia de un tumor gomoso del hígado, prefieren cerrar el vientre y someter al enfermo a un tratamiento específico.

ALGUNAS OBSERVACIONES CLÍNICAS
DE LOS SERVICIOS
de CLÍNICA MÉDICA y CLÍNICA QUIRÚRGICA del HOSPITAL ITALIANO

DIRECTORES: DR. FRANCISCO L. GRAPIOLO
y DR. LUIS LENZI



OBSERVACION I

Número de matrícula : 84.818.

N. N., 35 años, foguista, italiano, casado, sala 2, cama 7.

Fecha de entrada : el 16 de febrero de 1913.

Diagnóstico -- Sífilis gómola del hígado.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Dice no haber padecido enfermedades de la infancia. A los 15 años tuvo una blenorragia y una úlcera pequeña en el glande que la quemó con nitrato de plata. A los 10 o 15 días de la aparición de la úlcera se le manifestó un infarto ganglionar izquierdo, que se abrió solo y que tardó 1 año en curar.

Buen fumador y regular bebedor.

Enfermedad actual — Refiere que desde hace 2 años sufre de un dolor que sitúa en el epigas-

trio, dolor que aumenta a medida que los alimentos llegan al estómago.

El dolor se propaga al hipocondrio izquierdo y a la región lumbar desde hace 1 mes; cuando el enfermo hace grandes inspiraciones el dolor aumenta en intensidad.

Nunca tuvo vómitos, ni eructos. Apetito conservado. Es constipado, mueve el vientre cada 3 días. Ha abusado de los purgantes. No ha tenido fiebre, ni tos. Orina bien.

Estado actual — Individuo con buena constitución física; desarrollo esquelético normal, nutrición conservada, panículo adiposo normal, coloración de la piel y de las mucosas aparentes: rosadas. No se palpan ganglios.

Cabeza: Buena conformación craneana; dentadura sana, lengua saburral.

Cuello: No se ven latidos.

Tórax: Bien conformado. Pulmones y pleuras: sanas.

Corazón: Área cardíaca en los límites normales. Impuro el primer tono en el foco aórtico. Pulso bien.

Abdomen: Palpable, no hay meteorismo; doloroso espontáneamente y a la palpación en el epi-

gastrio. El estómago y el bazo están en sus límites fisiológicos.

El hígado presenta en correspondencia de su lóbulo izquierdo, una tumefacción circunscripta, ovar, a superficie granulosa, consistencia dura y que acompaña a los movimientos respiratorios. No hay a su nivel sensación de fluctuación.

Aparato genital : Cicatriz en el prepucio.

Miembros superiores e inferiores : Nada importante.

Sistema nervioso : Cefalalgias a veces. Individuo fácilmente impresionable. Reflejos normales.

Fiebre : No se ha observado aumento febril.

Examen de orinas : Nada digno de mención.

Sero-reacción de Wassermann : Francamente positiva.

Tratamiento — Yoduro de potasio. Inyecciones endovenosas de neosalvarsán y de bicianuro de mercurio.

El enfermo es dado de alta muy mejorado el día 15 de marzo de 1913; la tumefacción desapareció. Aumento 1.500 gramos de peso.



OBSERVACION II

Número de matrícula : 89.783.

N. N., 51 años, italiano, casado. Sala 1, cama 22.

Fecha de entrada : 14 de marzo de 1914.

Diagnóstico — Sífilis gomosa del hígado.

Antecedentes hereditarios — Padre muerto de pulmonía. Madre falleció a consecuencia de una afección cardíaca. Once hermanos, de los cuales 7 viven y son sanos, los 4 restantes fallecieron sin precisar de que enfermedades.

Antecedentes personales — En su infancia ha sido siempre sano. A los 18 años tuvo paludismo y a los 45 años neumonía. Niega enfermedades venéreas, 6 hijos, de los cuales 2 han muerto. La mujer tuvo un aborto en el segundo embarazo.

Regular bebedor de vinos y regular fumador.

Enfermedad actual — Hace un mes más o menos que el enfermo se encuentra muy decaído, teniendo vómitos alimenticios a la hora después de comer, como así eructos ácidos; los vómitos cesaron después de los 10 primeros días de su enfermedad. Se queja también de cefaleas frecuentes y ligeros dolores en la región hepática. Agrega haber tenido una ligera epistaxis. Apetito disminuído. Mueve el vientre con regularidad. Orina bien.

Estado actual — Buena conformación esquelética, tejido muscular bien desarrollado, escaso pánículo adiposo, piel y mucosas tinte normal. No se palpan ganglios.

Cabeza, cuello, tórax, extremidades, sistema nervioso : Normales.

Abdomen : Ligeramente globuloso, depresible, no hay ascitis ni red venosa subcutánea.

Hígado : Aumentado de volumen, rebasa 3 traveses de dedos el reborde costal. El borde palpable es irregular. A nivel del epigastrio se constata un tumor del tamaño de un huevo de gallina, duro, poco doloroso, de superficie lisa; esta tumefacción sigue al hígado en sus movimientos de elevación y descenso.

Bazo : No desborda el reborde costal, a la percusión se halla un ligero aumento de volumen.

Fiebre : Durante su estadía en el hospital, el cuadro térmico no ha revelado aumento febril alguno.

Radioscopia : Corazón y grandes vasos, nada de especial.

Estómago : Se le suministra al enfermo el sello y la lechada de bismuto, no se encuentra nada de anormal.

El hígado da al examen radioscópico una sombra aumentada de volumen en todos sus diámetros y especialmente en el lóbulo izquierdo.

Examen de las orinas : Urea 14, albúmina 0.1 por 1.000, urobilina existe.

Examen de la sangre : Gl. rojos 4.600.000, glóbulos blancos 6.000, hemoglobina 105, polinucleares neutrófilos 65, polinucleares eosinófilos 4, linfocitos 28, mononucleares grandes 1.

Examen del jugo gástrico : Acido clorhídrico libre 0.57 por 1000, acidez total 2.40 por 1000, ácido láctico si, sangre no, peptona si, células neoplásicas no.

Sero-reacción de Wassermann : Positiva.

Tratamiento — Yoduro de potasio. Inyecciones intramusculares y endovenosas de bicianuro de mercurio en número de 30.

El paciente es dado de alta el 30 de abril de

1914, en buen estado general, la tumefacción disminuída de volumen y con un aumento de 2 kilos en el peso.

OBSERVACION III

Número de matrícula : 83.869.

N. N., 27 años, italiano, soltero. Sala 2, cama 20.

Fecha de entrada : 10 de diciembre de 1912.

Diagnóstico — Sífilis gomosa hepática.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — A los 17 años paludismo, niega venéreas. Moderado bebedor.

Enfermedad actual — Su afección actual data desde hace 20 días, iniciándose con un dolor fijo que aún continúa en la región epigástrica y que a intervalos variables se acompaña de regurgitaciones ácidas. Manifiesta no haber tenido vómitos. Tiene tos con expectoración mucopurulenta.

Estado actual — Individuo joven de buena constitución física ; desarrollo esquelético regular, nu-

trición bien conservada, panículo adiposo normal. Coloración de la piel y mucosas amarillo-terrosas. Se palpan pequeños ganglios en las regiones látero-cervical e inguinal.

Cráneo : Buena conformación. Dentadura sana. Lengua saburral.

Cuello : No hay latidos.

Tórax : Bien conformado y discretamente bien nutrido.

Pulmones : Rales de bronquitis en ambos pulmones.

Pleuras : Sanas.

Corazón : Area cardíaca en los límites normales. Acentuación del segundo tono en el foco aórtico. Grandes vasos sanos. Pulso bueno.

Abdomen : Meteorismo y doloroso en el epigastrio. A la palpación, se nota una cierta resistencia de las paredes abdominales.

Hígado : El hígado desborda 2 traveses de dedos el reborde costal derecho. En la parte media del epigastrio, con los movimientos respiratorios, se palpa perfectamente una tumefacción del grandor de una nuez, de forma redonda, de superficie granulosa, dura en su consistencia, poco dolorosa a la presión y que sigue los movimientos respiratorios.

Bazo : Aumentado de volumen a la percusión.

Estómago, sistema nervioso y miembros superiores e inferiores : Normales.

Fiebre : El enfermo ingresa al servicio con fiebre a tipo intermitente, con máximas de $38^{\circ}2$; esta reacción febril desapareció al poco tiempo de iniciarse el tratamiento específico.

Examen de orinas : Urea 28, urobilina si.

Examen de sangre : Glóbulos rojos 5.200.000, glóbulos blancos 10.000, hemoglobina 65, relación globular 1 : 520. polinucleares neutrófilos 71, linfocitos 29.

Examen de esputos : Bacilos de Koch negativo.

Sero-reacción de Wassermann : Positiva.

Tratamiento : Yoduro de potasio. Inyecciones endovenosas de neosalvarsan. Alcalinos. Alimentación oportuna.

El enfermo es dado de alta el 21 de enero de 1913, en las siguientes condiciones :

Buen estado general, tumefacción hepática desaparecida y un aumento de 3.500 gramos de peso.

OBSERVACION IV

Número de matrícula : 85.902.

N. N., 43 años, español, casado. Sala 1, cama 20.

Fecha de entrada : 12 de marzo de 1913.

Diagnóstico — Goma sífilítico del hígado.

Antecedentes hereditarios — Los padres han muerto a edad avanzada, ignora las causas.

Antecedentes personales — Sarampión en su infancia. Niega haber tenido enfermedades venéreas. Hace 4 años gozando de plena salud, se siente enfermo y se ve obligado a guardar cama ; tenía dolores en la región epigástrica que se irradiaban hacia el ombligo y los costados, fiebre hasta de 40° y permaneció en este estado como unos 15 días ; al cabo de estos días en los cuales había tomado algunos medicamentos, tuvo vómitos con abundante

cantidad de sangre coagulada y líquida, de color negro, al mismo tiempo tuvo pérdidas sanguíneas por el recto que le duraron 3 días; las hemátémisis no se le repitieron. Después de ésto el enfermo ha seguido en buenas condiciones hasta hace 1 mes. Moderado fumador y bebedor.

La señora tiene un hijo, sano; ha tenido dos abortos de 2 meses cada uno y un parto prematuro de 7 meses.

Enfermedad actual — Hace un mes que empieza su afección con dolores generalizados en todo el abdomen, y especialmente intenso en el epigastrio, durándole de 5 a 6 horas y que el enfermo compara a un ardor o quemadura, que se exacerbaban si ingería alimentos sólidos, indiferente si eran líquidos; eructos ácidos. Estos fenómenos se le han repetido cuatro veces. En el primer ataque su cuerpo tomó un tinte amarillo; dice haber tenido muy poca temperatura. Agrega haber adelgazado bastante. Desde hace 15 días ha notado que sus materias fecales son blancas completamente, y sus orinas de un color rojo-amarillo.

Estado actual — Constitución esquelética regular, tejido muscular bien desarrollado, escaso pánículo adiposo. Coloración de la piel y mucosas amarillo-verdosa.

Cabeza : Buena conformación craneana. Escleróticas de color igual a la piel. Dentadura en mal estado de conservación.

Cuello : No se ven latidos, ni se palpan ganglios.

Tórax : Buena conformación torácica, la zona que corresponde al apéndice xifoides aparece algo prominente.

Pulmones y pleuras : nada importante.

Corazón : Area cardíaca agrandada. En la región precordial, por fuera del mamelón se palpa un frémito sistólico. Tonos bien en todos los focos.

Abdomen : Globuloso, la palpación es dificultosa por la resistencia de las paredes, la presión provoca vivo dolor en el epigastrio. En la zona de la vesícula biliar no se nota dureza, ni resistencia. No hay red venosa subcutánea.

Hígado : Rebasa 4 traveses de dedos la arcada costal derecha y a nivel del lóbulo izquierdo llega hasta el ombligo, su límite izquierdo se encuentra a 10 centímetros de la línea mediana, confundándose su matitez con la del bazo que también está aumentada.

En el epigastrio se palpa un tumor del tamaño de un puño, duro, irregular, con superficie granulosa y que sigue al hígado en sus movimientos de elevación y descenso.

Bazo : Regularmente grande, su polo inferior desborda 2 traveses de dedos el reborde costal. No es doloroso.

Miembros inferiores : Várices, hay edema maleolar.

Organos genitales : Sanos.

Sistema nervioso : Los reflejos son evidentes, disminuídos los tricipitales, bicipitales y aquilianos.

Fiebre : Durante su estadía en el hospital, sólo tuvo aumento febril dos días, sin llegar a 38°.

Examen de orinas (14 de marzo de 1913) : Urea 23, albúmina no, bilirubina y urobilina si, glucosa no.

Idem. el 31 del mismo mes : Urea 41, pigmentos biliares no hay.

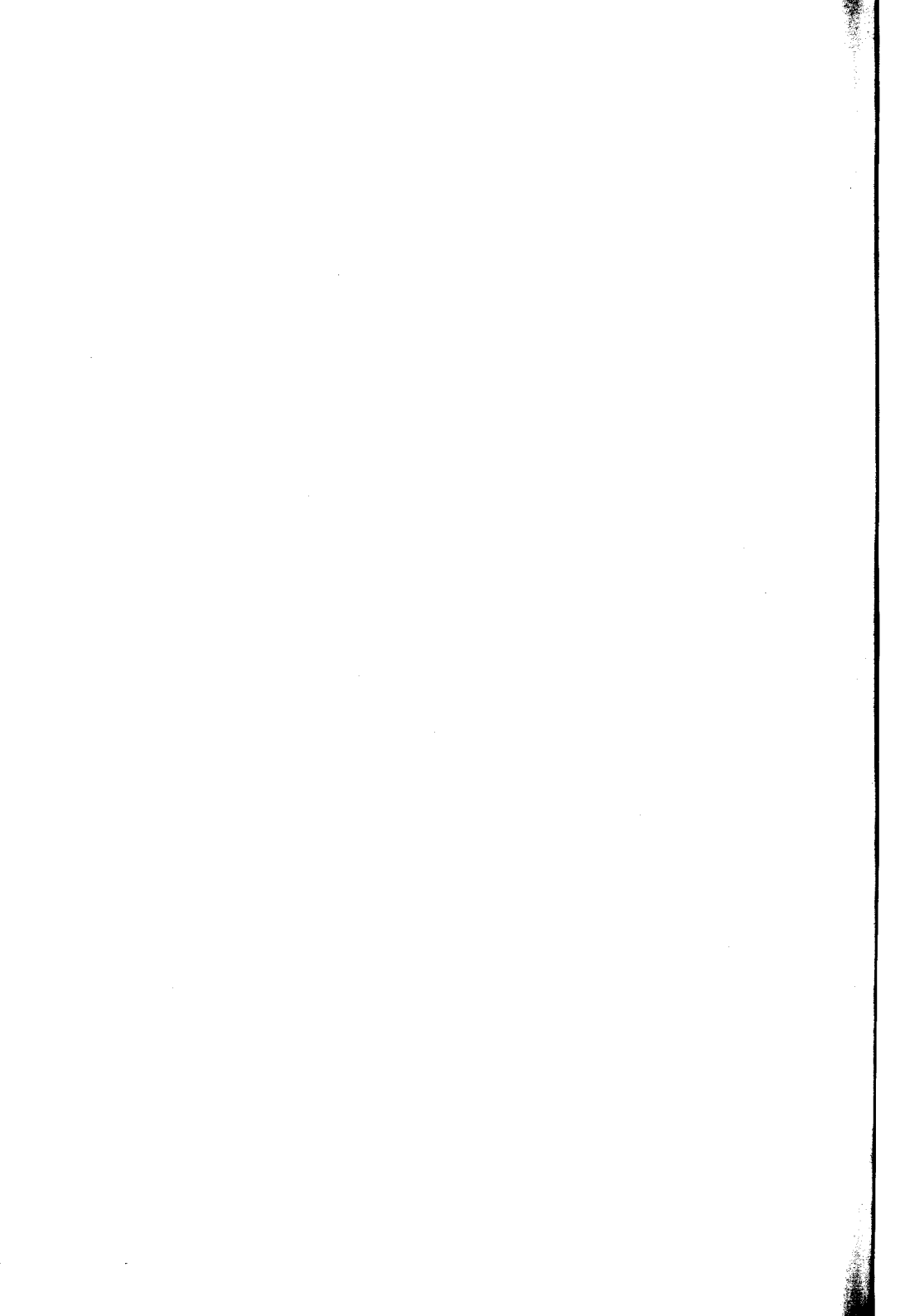
Examen de la sangre : Gl. rojos 4.800.000, glóbulos blancos 6.100, hemoglobina 82, polinucleares neutrófilos 72, polinucleares eosinófilos 1, linfocitos 26, mononucleares grandes 1.

Sero-reacción de Wassermann : Débilmente positiva.

Tratamiento : Inyecciones de neosalvarsán, calomel al 10 por ciento y bicianuro de mercurio endovenosas. Yoduro de potasio.

El enfermo es dado de alta después de dos meses en buen estado general, sin ictericia, ni subictericia, sin hepatomegalia, ni esplenomegalia y el

tumor hepático disminuído al tamaño de una avellana. Su peso que al ingresar al servicio era de 57 kilos, al egresar era de 60 kilos 200 gramos.



OBSERVACION V

Número de matrícula : 79.665.

N. N., 47 años, italiano, soltero. Sala 1, cama 1.

Diagnóstico — Sífilis gomosa del lóbulo derecho del hígado.

Antecedentes hereditarios — No tienen importancia.

Antecedentes personales — Hacen veinte años más o menos tuvo un chancro, que según manifiesta el enfermo no era sifilítico. Casi conjuntamente tuvo una blenorragia. Dos años después fué atacado de viruela, permaneciendo un mes y medio en cama.

Ha tenido fiebre palúdica, tratándola con quinina.

Es fumador y bebedor moderado.

Enfermedad actual — Su padecimiento data de un mes. Manifiesta el enfermo que después de una

comida copiosa empezó a sentir dolores en el hipocondrio derecho, acompañados de diarreas. Estos dolores se irradiaron al vientre y al hombro derecho. Ha tenido sudores nocturnos.

Ingresa al servicio manifestando que desde hace 7 días no mueve el vientre. Apetito conservado.

Estado actual — Constitución esquelética buena. Estado de la nutrición regular. Tinte de la piel y mucosas, rosadas.

Cabeza y tórax : Normales.

Abdomen : Tratable, ligera resistencia en el hipocondrio derecho.

Hígado : Poco aumentado de volumen, rebasa un través de dedo el reborde costal. Con los movimientos respiratorios se palpa por fuera de la zona de la vesícula biliar, un tumor del tamaño de una nuez, irregular, duro, de borde circular y doloroso a la presión.

Bazo : No se palpa, se percute en sus límites normales.

Los demás órganos, no revelan lesión alguna.

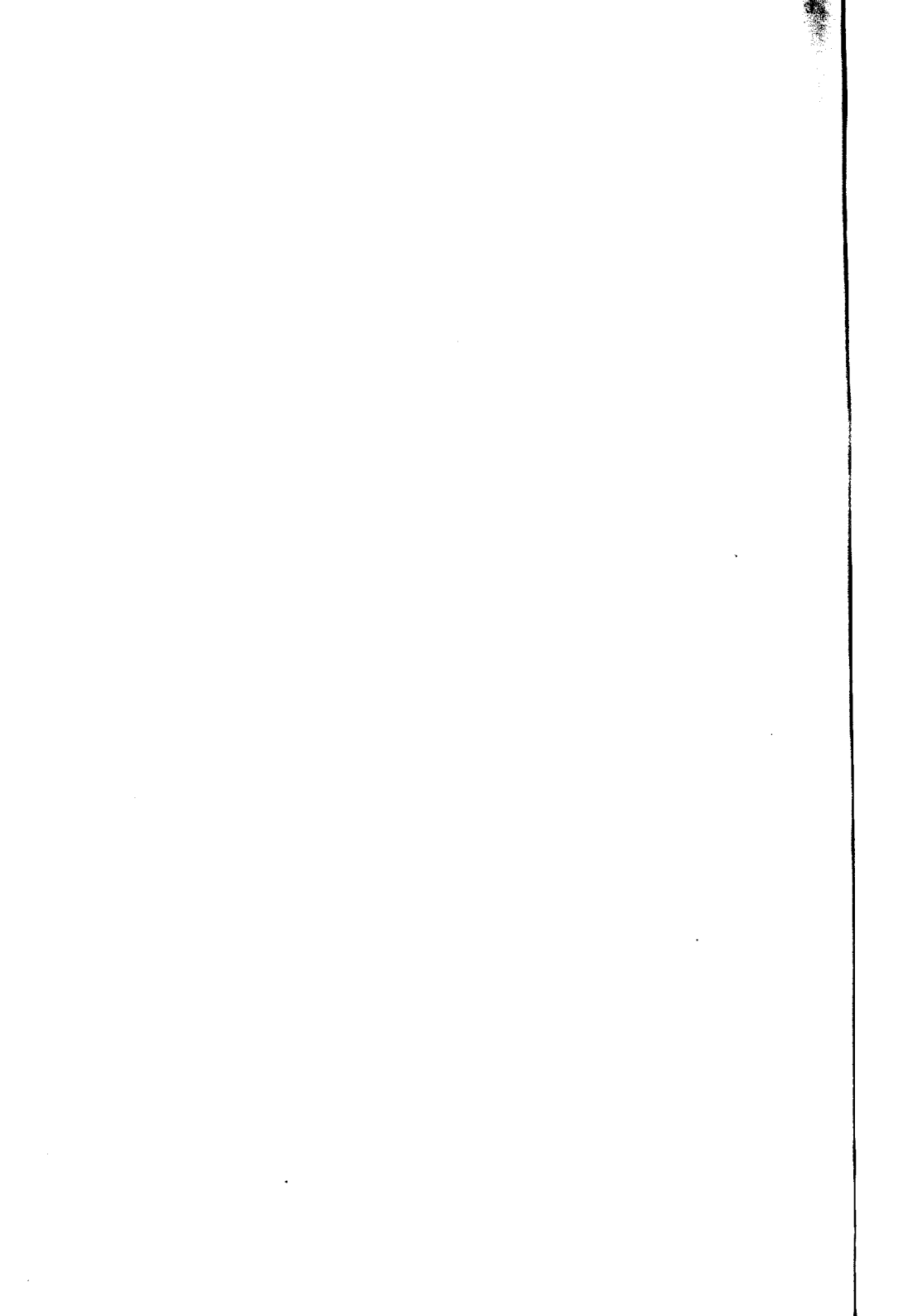
Fiebre : El cuadro térmico revela fiebre a tipo intermitente, con máximas a la tarde, llegó a tener $39^{\circ}2$; ésta disminuyó y luego desapareció con el tratamiento específico.

Examen de orinas : Nada importante.

Sero-reacción de Wassermann : Positiva.

Tratamiento — Yoduro de potasio e inyecciones intramusculares de bicianuro de mercurio, que hubo que suspender por la aparición de una estotitis mercurial. Se continuó con el yoduro de potasio y además se le hicieron 3 inyecciones de 606.

El enfermo es dado de alta el 8 de marzo de 1912, en buenas condiciones generales, sin fiebre y sin tumefacción hepática.



OBSERVACION VI

Número de matrícula : 89. 457.

N. N., 46 años, italiano, soltero. Sala 4, cama 30.

Diagnóstico — Sífilis gomosa del hígado.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Tuvo hemorragia, no recuerda haber tenido otra enfermedad.

Bebedor y fumador moderado.

Enfermedad actual — Desde hace 20 días se queja de dolores en la región supraumbilical, dichos dolores que no son intensos, no le han impedido trabajar.

Al poco tiempo de la iniciación de su malestar, notó la aparición en la región epigástrica de un tumor no doloroso. Como el paciente notara pér-

didadas de fuerzas y decaimiento general, decide ingresar a este hospital.

Estado actual — Individuo con buen estado general. Tinte amarillo-terroso de la piel y mucosas. Apirético.

Cabeza y órganos torácicos : Bien.

Abdomen : El examen del vientre muestra en el epigastrio y en el hipocondrio derecho vecino a éste, un abovedamiento redondeado de la piel a ese nivel.

Hígado : Aumentado de volumen, sobrepasa 3 traveses de dedos el reborde costal. La palpación constata : la superficie del lóbulo derecho del hígado es lisa, no se nota ninguna irregularidad ; en la región epigástrica y en correspondencia al lóbulo izquierdo hepático en cambio, se palpa un tumor duro, rugoso, no doloroso, del tamaño de una gruesa naranja y que es influenciado por los movimientos respiratorios.

Bazo : Ligeramente aumentado de volumen.

Estómago : En sus límites fisiológicos.

Examen radioscópico : Pulmones, corazón y estómago : bien.

Hígado : Cúpula diafragmática derecha se desplaza perfectamente. El hígado da una sombra grande y en la región de su lóbulo izquierdo se nota,

una zona más oscura que corresponde al tumor y cuyas dimensiones son comparables a las de una mandarina.

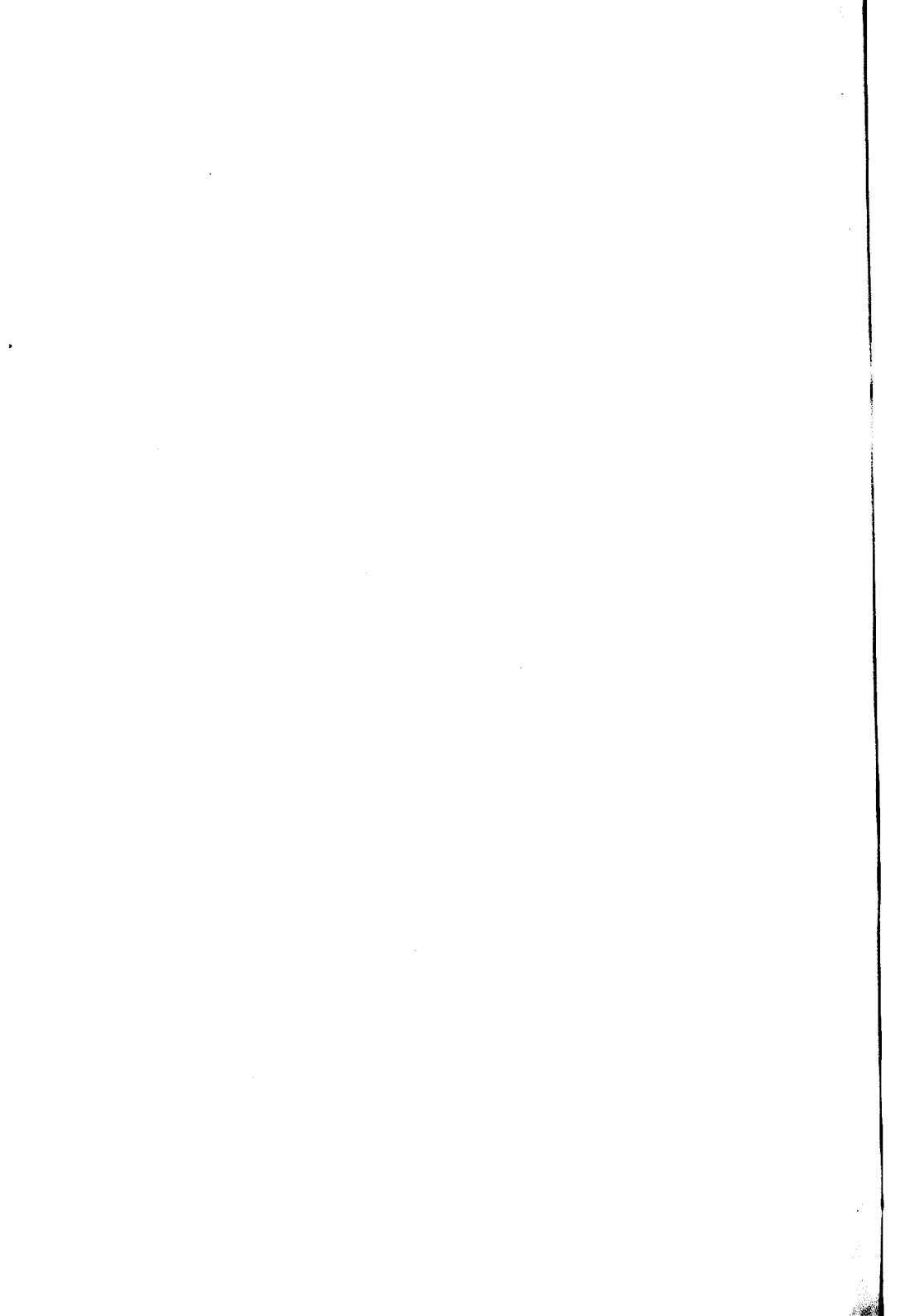
Examen de orinas : No revela ningún elemento patológico.

Sero-reacción de Wassermann : Positiva.

Tratamiento — Se hacen 20 fricciones de pomada mercurial de 5 gramos cada una. Además se le suministra yoduro de potasio (100 gotas por día) por espacio de 15 días, sin que el paciente presente signos de intolerancia.

El enfermo es dado de alta el 4 de abril de 1914 en buenas condiciones, el tumor hepático desapareció y aumentó de peso.

Un profesional que ve a este enfermo de vez en cuando me ha informado que sigue bien.



BIBLIOGRAFÍA

- Agote L.* — Cirrosis sifilítica. — *Semana Médica*, julio 3 1902.
- Aschoff* — Anatomía patológica.
- Balthazard, Cestan, Claude, Macaigne, Nicolas et Verger* — *Pathologie Interne*, tomo III, 1912.
- Barba S.* — Sifilide epatica. — *La Riforma Medica*, pág. 642, 1907.
- Beriel y Laurent* — Histología patológica de los gomas sifilíticas del hígado. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1911.
- Breccia* — Contributo allo studio della sifilide epatica. — *La Riforma Medica*, pág. 1396, 1907.
- Bollo* — Sifiloma circunscripto del hígado. — *Sociedad Médica Argentina*, pág. 759, 1913.
- Brouardel et Gilbert* — *Traité de Medecine*, 1898.
- Bullrich* — Sífilis del hígado. — *Sociedad Médica Argentina*, pág. 709, 1910.
- Calabrese A.* — Un caso di febbre sifilitica ed epa-

- tite esclero-gomosa. — Il Policlinico, sezione pratica, anno XV, fas. 10.
- Castaigne et Tremolieres* — Livre du Médecin. — La Syphilis, 1913.
- Charcot, Bouchard, Brissaud* — Traité de Médecine, tomo V, 1902.
- Cerruti* — Hépto-sífilis. — Tesis Buenos Aires, 1897.
- Cornil et Ranvier* — Manual de histología patológica, tomo IV, 1912.
- Dammert* — Fiebre intermitente en la sífilis terciaria visceral, especialmente hepática. — Deutsche Med. Wochenschr., nº. 55, 1908.
- De Renzi* — Lección clínica sobre el diagnóstico de las alteraciones funcionales del hígado y de la sífilis hepática. — Gazzetta degli Ospedali e delle cliniche, tomo I, pág. 451, 1906.
- Devic et Froment* — Sífilis hereditaria tardía del hígado. — R. Dermatologie et Syphiligraphie. pág. 97, 1906.
- Dieulafoy* — Pathologie Interne, tomo II, 1911.
- Edwards* — Consideraciones sobre la fiebre sífilítica y sobre tipos anormales de fiebre hepática. American Journal of the Medical Sciences, oct. 1910.
- Enriquez, Laffitte, Berge et Lamy* — Traité de Médecine, tomo II.

- Fichot* — Gomas sifilíticas del hígado en el adulto.
Tesis Paris, 1910.
- Fournier* — Syphilis, 1901.
- Gatti J. J.* — Sífilis hepática del adulto. — Tesis
Buenos Aires, 1902.
- Gaucher* — Sífilis de las vísceras, 1909.
- Gauthier L.* — Sífilis hepática a forma esclero-gomosa. — La Prov. Méd., pág. 499, 1900.
- Geronne* — Contribución al estudio de la fiebre hepática sifilítica. — Die Therapie der Gegenwart. Gen., 1907.
- Gunther* — Sobre un caso interesante de sífilis terciaria del hígado. — Die Therapie der Gegenwart, fas. 6, 1911.
- Hermann-Morel* — Tratado de Anatomía Patológica.
- Imaz* — Sífilis del hígado. Hepatoptosis. — Sociedad Médica Argentina, pág. 115, 1908.
- Kaufmann* — Tratado de Anatomía Patológica.
- Klemperer F.* — Fiebre sifilítica del hígado. — Zeitschr. f. Klin. Med., 1904.
- Köning* — La sífilis del hígado en el diagnóstico de los tumores abdominales. — Berliner Klin. Wochenschr., junio 1905.
- La Riforma Medica*, págs. 7, 8, 10, 15, 174, 265, año 1915.

- Lancereaux* — Traité des maladies du foie et du pancreas, 1899.
- Lejars* — Lecciones clínicas del Hospital de Saint-Antoine de Paris, año 1915.
- Mibelli* — Sobre el período terciario de la sífilis. — Corriere Sanitario, n.º. 67, 1907.
- Milhit* — La sífilide del fegato. — La Riforma Medica, pág. 156, 1906.
- Neisser* — Tentativa de la transmisión de la sífilis terciaria a los monos. — Deutsche. Med. Woch., n.º. 13, 1906.
- Nisticó* — Febbre sífilítica. — Il Policlinico, sezione pratica, pág. 756, 1911.
- Pagniez* — Apuntes clínicos sobre sífilis visceral. — Tesis Buenos Aires, 1908.
- Pequeño* — Sífilis del hígado. — Tesis Buenos Aires, 1915.
- Rudnitsky* — Sobre afecciones sífilíticas del estómago y del hígado. — Arch. F. Verdauungs. Kr. Vol. XV, fas. I.
- Sisto P.* — Fiebre sífilítica terciaria. — R. Universitaria di Torino, pág. 325, 1911.
- Th. Mc. Crae* — La sífilis terciaria del hígado. — American Journal of the American Sciences, nov. 1912.
- Viton J. J. y Gorostarzu A.* — Sífilis del hígado y del bazo. — Semana Médica, n.º. 10, 1915.

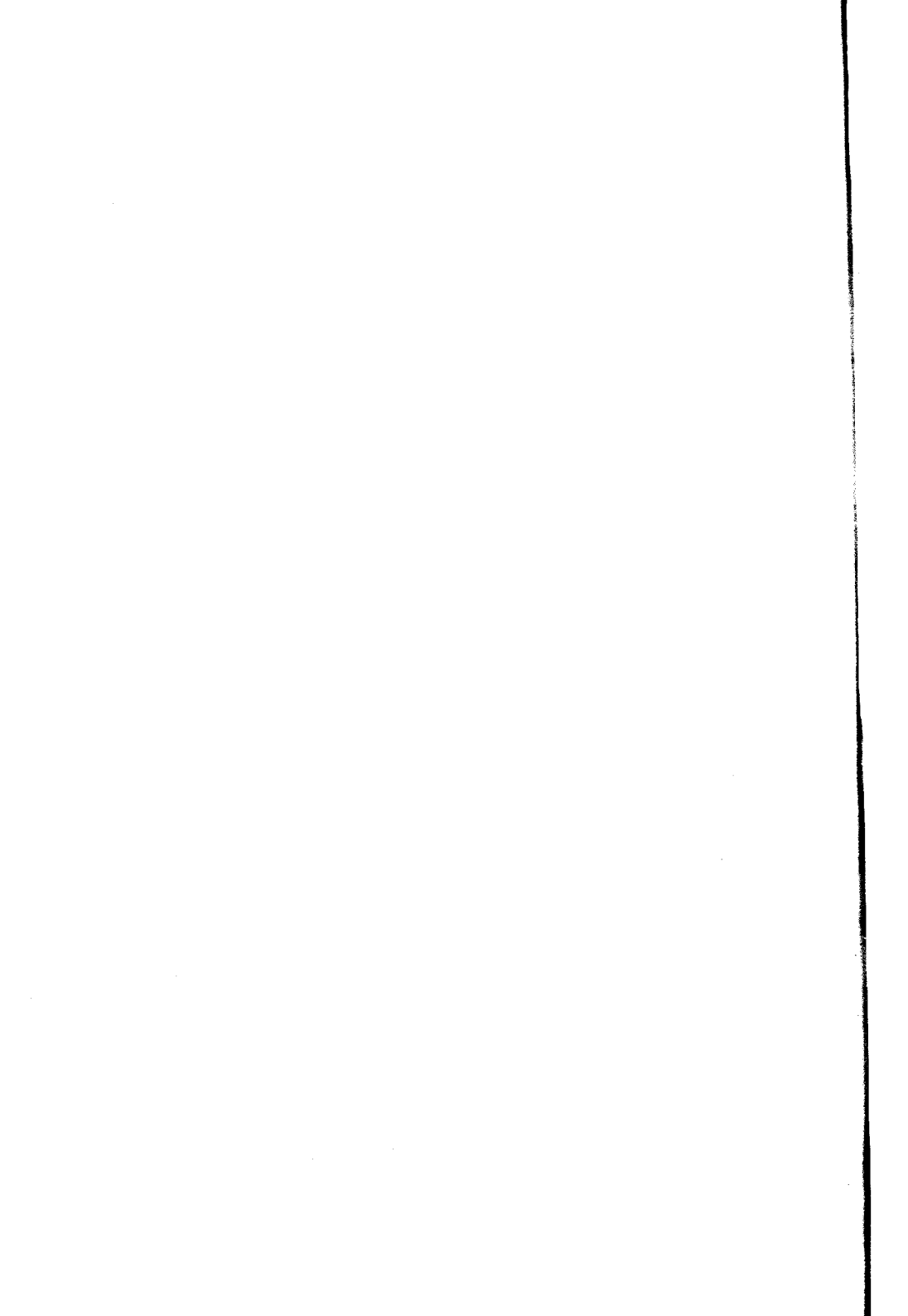
Vitón J. J. — Los grandes síndromes viscerales de la sífilis. — *Semana Médica*, n^o. 19, 1915.

Vitón J. J. — Sífilis visceral. — *Argentina Médica*, año XII, núm. 43.

Ziegler — Tratado de Anatomía Patológica.

Werdt — Gomas miliars del hígado. — *Frankfurton Zeits. f. Path.*, vol. 12, fas. 2, 1913.





Buenos Aires, Mayo 1 de 1916

Nómbrese al señor Consejero doctor Pedro Lacavera, al profesor titular doctor Luis Agote y al profesor suplente doctor Alfredo Vitón, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.

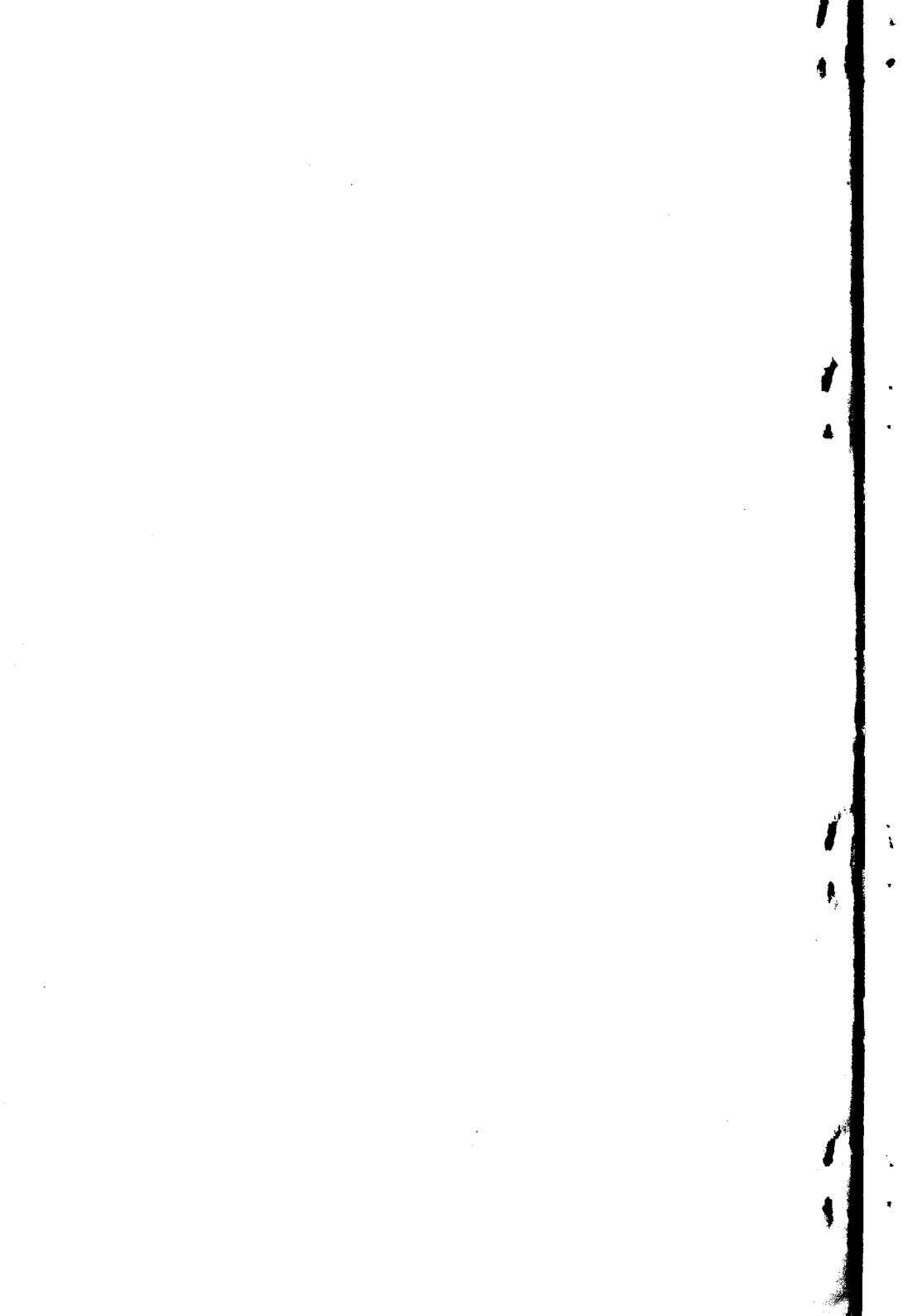
J. A. Gabastou.
Secretario.

Buenos Aires, Mayo 23 de 1916

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3121 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.
Secretario.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Heredo-sífilis hepática.

P. Lacavera.

II

Pronóstico de la sífilis gomosa.

Luis Agote.

III

Apoyo diagnóstico proporcionable por la semiología pupilar y la radioscopía.

Alfredo Vitón.

30566





