288196 20

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Cáncer Primitivo

DEL

HÍGADO

TESIS INAUGURAL

DE

ANTONIO URRIZOLA

Ex-interno por concurso del Hospital de Clínicas (1892-93-94)

BUENOS AIRES
MANFREDO GEZZFEN, EDITOR

1895

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Cáncer Primitivo

DEL

HÍGADO

TESIS INAUGURAL

DE

ANTONIO URRIZOLA
Ex-interno por concurso del Hospital de Clínicas (1892-93-94)

BUENOS AIRES
MANFREDO GEZZFEN, EDITOR
1895

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

(Art. 162 del Reglamento.)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. Leopoldo Montes de Oca.

VICEDECANO

Dr. D. Eufemio Uballes.

ACADÉMICOS TITULARES

Dr. D. Leopoldo Montes de Oca.
" " José T. Baca.
" " Rafael Herrera Vegas.
" " Pedro Mallo.
" " José M. Astigueta.
" " Jacob de T. Pinto.
" " Eufemio Uballes.
" " Juan R. Fernandez.
" " Enrique E. del Arca.
" " Pedro N. Arata.
" " Manuel Blancas.
" " Roberto Wernicke.
" " Pedro Lagleyze.
" " José Penna.
" " Luis Güemes.

ACADÉMICOS HONORARIOS

Dr. D. Ernesto Aberg.
" " Pablo Marenco.
" " Eduardo Wilde.
" " Martin Spuch.
" " Telémaco Susini.

SECRETARIO TITULAR

Dr. D. Luis M. Acuña.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía descriptiva	Doctor Juan José Naon.
Anatomía topográfica	„ Juvencio Z. Arce.
Histología (teórico práctica)	„ Andrés F. Llobet.
Fisiología general y humana	„ José M. Astigueta.
Higiene pública y privada	„ Meliton G. del Solar.
Patalogía general y ejercicios clínicos	„ Roberto Wernicke.
Materia médica y terapéutica	„ Justiniano Ledesma.
Patalogía externa	„ Guillermo Udaondo.
Patalogía interna	„ José Penna.
Anatomía patológica	„ Telémaco Susini.
Medicina operatoria	„ Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica	„ Jacob de T. Pinto.
Enfermedades de niños y clínica pediátrica	„ Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica	„ Pedro Lagleize.
Enfermedades nerviosas y su clínica	„ José M. Ramos Mejia.
Enfermedades mentales y clínica respectiva	„ Domingo Cabred.
Clínica quirúrgica	Dres. Antonio C. Gandolfo. / Julian Aguilar.
Clínica médica	„ Eufemio Uballes. / Gregorio N. Chaves.
Obstetricia y clínica respectiva	Doctor Samuel A. Molina.
Medicina legal y toxicología	„ Eduardo M. Perez.
Química aplicada á la medicina	Dres. Pedro N. Arata. / Atanasio Quiroga.
Física médica	Doctor Jaime R. Costa.
Historia natural médica	„ Eliseo Canton.
Fisio-patologia experimental	„ Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatología	„ Baldomero Sommer.
Laringología, otología, rinología	„ Eduardo Ovejero.
Farmacia teórica	„ Juan A. Boeri.
Práctica farmacéutica	„ J. Manuel Irizar.
Obstetricia para alumnas parteras	„ Juan R. Fernandez.
Odontología	„ Nicasio Etchepareborda.

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía descriptiva	Doctor Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	„ Avelino Gutierrez.
Histología teórico práctica	„ Rodolfo de Gainza (en ejer).
Fisiología general y humana.	„ Pedro J. Coronado.
Higiene pública y privada	„ Enrique Revilla.
Patalogía general y ejercicios clínicos	„ Gregorio Araoz Alfaro.
Materia médica y terapéutica	Dres. Enrique E. del Arca. / Angel Centeno.
Patalogía externa	„ Obdulio Hernandez (en ejer). / Pascual Palma.
Patalogía interna	Doctor Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	„ Carlos Malbrán.
Medicina operatoria	„ Diógenes Decoud (en ejer).
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica	Dres. Enrique Bazterrica (en ejer). / Alfredo Lagarde.
Enfermedades de niños y clínica pediátrica	„ Antonio F. Piñero. / Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica	„ Francisco Barraza. / Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su clínica	Doctor José A. Estevez.
Enfermedades mentales y clínica respectiva	Vacante.
Clínica quirúrgica	Dres. Juan B. Justo. / Alejandro Castro. / Vacante.
Clínica médica	„ Abel Ayerza. / Julio Mendez. / Francisco Sicardi (en ejer)
Obstetricia y clínica respectiva	Doctor Luis F. Vila.
Medicina legal y toxicología	„ Francisco de Veyga.
Química aplicada á la medicina	Vacante.
Farmacia y práctica farmacéutica	Vacante.
Laringología, otología, rinología	„ Weneeslao Tello.
Enfermedades venéreas y dermatología	„ Maximiliano Aberastury.
Obstetricia para alumnas parteras	„ Enrique Pietranera.
Odontología	Vacante.

PADRINO DE TESIS

Académico Honorario

Dr. Telémaco Susini

A la memoria de mis Padres

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES PROFESORES:

El cáncer del hígado ocupa por primera vez un lugar aparte en la patología de este órgano, en el año 1812, en que Bayle y Cayol, lo dieron á conocer haciendo una descripción exacta del mismo.

Es cierto que se encuentran en los autores antiguos (Van-Swieten, Stohll, Morgagni) relatados estados patológicos que corresponden al carcinoma hepático, pero no se le consideraba como tal; se le confundía con otras enfermedades y se le daba denominaciones diversas: Squirro, Steatoma, etc.

Portal lo consideraba como la consecuencia frecuente de la hepatitis.

Monneret en 1855, en un estudio completo de los síntomas del carcinoma hepático, establece la división en cánceres «primitivos» y «consecutivos».

La existencia de los primeros dudosa para algunos autores, Vulpian entre otros, es indiscutible después del gran número de trabajos que han aparecido desde Monneret hasta nuestros dias, dándonos á conocer de una manera más ó menos precisa la estructura del cáncer primitivo así como tambien sus diversas modalidades clínicas.

Mediante esos estudios se ha demostrado que independientemente de las diferencias de órden clínico y anatomo-patológico que separan al cáncer primitivo del secundario del hígado su génesis histológica establece entre los mismos, ésta, que es fundamental:

En el cáncer primitivo hay siempre transformación íntima de la célula hepática bajo la influencia directa de la causa desconocida que da lugar á la enfermedad.

En el cáncer secundario por el contrario, la célula hepática no toma parte en la formación y desarrollo del tumor constituidos por elementos histológicos estraños al parénquima hepático.

ETIOLOGÍA

La rareza del cáncer primitivo del hígado contrasta con la frecuencia execiva del cáncer secundario, que es el más frecuente de los neoplasmas cancerosos consecutivos.

La relación existente entre la frecuencia del cáncer primitivo y la del secundario es variable según los diferentes autores, como puede verse por las estadísticas siguientes:

Según	Oppolzer	el cáncer	primitivo	es al	secundario	como	1	es	á 2
»	Pemberton	»	»	»	»	»	1	»	2
»	Frerichs	»	»	»	»	»	1	»	2
»	Biermer	»	»	»	»	»	1	»	3
»	Murchison	»	»	»	»	»	1	»	4
»	Budd	»	»	»	»	»	1	»	6
»	Riesenfeld	»	»	»	»	»	1	»	6
»	Van der Byl	»	»	»	»	»	1	»	9
»	Sibley	»	»	»	»	»	1	»	20
»	Meissner	»	»	»	»	»	1	»	21

Hanot y Gilbert que consignan estas estadísticas, creen exageradas las de Frèrichs, Oppolzer y Pemberton, debido según dicen á la confusión que han hecho en las observaciones entre el cáncer primitivo y el secundario; para los mismos la proporción más exacta seria la de 1 por 8 respectivamente.

Entre nosotros el cáncer primitivo del hígado es sumamente raro.

De 819 autopsias practicadas en el Laboratorio de Anatomía Patológica de la Facultad, desde el año 1890 hasta la fecha, solo se le ha encontrado en dos de ellas, que son las que acompañan á las observaciones del final de este trabajo.

En 25 de esas autopsias se han encontrado carcinomas metastáticos en el hígado que procedian de los siguientes órganos: Estómago, 11 veces; Páncreas, 3; Piloro, 2; Exófago, 2; Vesícula biliar 1; Conductos biliares, 1; Colon descendente, 1; Glándula supra-venal, 1; Ganglios del áxila, 1; Cuello, 1; Ojo, 1.

La proporción resultante seria pués 1 por 13 proximamente.

El cáncer primitivo del hígado se ha encontrado en todas las edades. Excepcional en los primeros años de la vida, se le encuentra rara vez de los 30 á los 40. De esta edad en adelante es cuando se manifiesta con más frecuencia.

El sexo no influye de manera alguna, se observa con la misma frecuencia en los hombres como en las mujeres.

En ciertos casos es posible que los enfermos atribuyan á una contusión ó violencia exterior, el punto de partida de la enfermedad. No sucede generalmente así.

Los datos obtenidos en las observaciones en lo que se refiere á los antecedentes de familia son casi siempre deficientes; sin embargo no se puede dudar de la influencia de la herencia en muchos casos.

El cáncer primitivo del hígado coincide en muchos casos con una esclerósis del órgano. El hecho se

esplicaría facilmente para algunos, teniendo en cuenta la acción, no demostrada, del alcoholismo como factor etiológico importante de la enfermedad.

En cuanto á la causa determinante de ésta, es sabido que la desconocemos por completo.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

El cáncer primitivo del hígado no se presenta siempre con los mismos caracteres.

En ciertos casos (cáncer masivo), se encuentra constituido por un núcleo único, voluminoso, que ocupa por lo general el lóbulo derecho y da lugar á un aumento considerable de volúmen y de peso del hígado, sin modificar su forma ni su superficie.

Generalmente este núcleo llega hasta la superficie del órgano. Cuando esto no sucede se encuentra separado por una cierta extensión de tejido sano que le forma como una especie de envoltura.

Al corte la superficie presenta generalmente una coloración uniforme, blanca ó amarillenta.

La consistencia del tumor es variable. Es muy raro que su centro se encuentre reblandecido. A veces puede notarse á su alrededor algunos núcleos pequeños, análogos á los de la (forma nodular) del cáncer primitivo, caracterizada por:

Hígado grande, deformado, de superficie irregular, sembrado en toda su extensión de nudosidades redondeadas que presentan una depresión central, de volúmen y consistencia variables y que á la superficie de corte se presentan casi siempre reblandecidas en su centro y de un color blanco ó amarillento.

Es frecuente encontrar afectados los ganglios gastro-hepáticos, peri-pancreáticos y mediastínicos en el cáncer primitivo. La generalización por intermedio de las venas supra-hepáticas, dá lugar á núcleos cancerosos secundarios en el pulmon.

La presencia de masas cancerosas superficiales en el cáncer nodular, dá lugar á la existencia frecuente de peri-hepatítis, que por el contrario se encuentra rara vez en el cáncer masivo.

¿En que elementos histológicos toma orígen el cáncer primitivo? ¿Procede de las células hepáticas? ¿Procede del epitelio de los conductos biliares? Las opiniones de los autores están divididas al respecto; pero en realidad la observación demuestra que según los casos se desarrolla ya á expensas de las células hepáticas, ya á expensas del epitelio de los conductos biliares.

Hay además autores que opinan que tiene su punto de partida en ambos á la vez.

Los elementos celulares constitutivos del cáncer primitivo se encuentran casi siempre formando nidos epiteliales. Las células son generalmente polimorfas y de tamaño variable. Más rara vez, se encuentran células gigantes, ó un revestimiento único de epitelio cilíndrico.

Haciendo al adenoma sinónimo de cáncer, describen Hanot y Gilbert una nueva forma de cáncer primitivo (cáncer con cirrosis-epitelioma trabecular).

El adenoma tiene caracteres propios que lo distinguen macroscopica y microscopicamente.

Se presenta bajo la forma de nudosidades lobuladas, profundas ó superficiales, desiguales y presen-

tando un volúmen que varía desde el de una lenteja al de una nuecesilla.

Los nódulos de adenoma son compactos y de color blanco amarillento; más tarde se hacen blandos y friables y toman un hermoso color amarillo de oro. Generalmente se encuentran invadidas por el neoplasma las ramificaciones intra y extra-hepáticas de la vena porta. En algunos casos se encuentran nódulos secundarios en los pulmones.

El exámen microscópico demuestra que estos nódulos están constituidos por cilindros epiteliales conglomerados y anastomosados que recuerdan la extructura de las trabéculas del hígado, de las cuales derivan y que en ciertos casos poseen un canal central.

El adenoma coexiste la mayor parte de las veces, no siempre, con cirrosis. Se le considera por algunos casos como consecutivo á esta y obedeciendo en cierto modo á un proceso de compensación.

Ulteriormente el adenoma podria transformarse en carcinoma, transformación que no es admitida por los autores citados más arriba, que como hemos dicho ya, consideran idénticos á ambos tumores y creen además que el adenoma no es consecutivo á la cirrosis, sinó que se desarrolla simultáneamente con ella.

SINTOMAS

Generalmente la enfermedad se inicia por peturbaciones digestivas: inapetencia, repugnancia á los alimentos, especialmente la carne, náuseas, flatulencia, constipación, á veces vómitos y crisis diarréicas.

Después de cierto tiempo, se hace apreciable el aumento de volúmen del hígado, que dá lugar á un abultamiento correspondiente de la parte superior del abdómen. El hígado sobrepasa el reborde costal, desciende hácia la espina ilíaca anterior y superior á la que alcanza en ciertos casos, extendiéndose además hácia el ombligo y el hipocondrio izquierdo.

Presenta caracteres diferentes según que se trate de un cáncer masivo ó de un cáncer nodular.

En el primer caso la superficie es lisa, el borde anterior cortante, la consistencia leñosa.

En el segundo se reconocen por la palpación, nudosidades redondeadas, de consistencia variable, que cuando son muy voluminosas y en los casos de paredes abdominales delgadas forman un relieve visible á simple vista. No es raro observar un tumor único constituido por la reunión de pequeñas nudosidades.

El síntoma dolor acompaña casi constantemente al aumento de volúmen del hígado. Como la peri-

hepatítis desempeña un papel muy importante en su patogenia, de ahí su mayor frecuencia é intensidad en el cáncer nodular.

Tiene su asiento en el hipocondrio derecho y en el epigastrio desde donde se irradia hácia atrás á las vértebras dorsales y más generalmente hácia el hombro y el brazo derechos.

Su intensidad es variable, en ciertos casos se trata de un dolor poco intenso, contínuo ó intermitente, en otros se observan crísis dolorosas sumamente violentas.

La palpación y los movimientos respiratorios provocan en ciertos casos el dolor. La compresión de los nervios del hígado por las masas cancerosas esplican conjuntamente con la peri-hepatítis su producción.

La ictericia es frecuente en el cáncer nodular. La coloración de la piel en estos casos varia desde un ligero tinte subictérico hasta un verdadero color amarillo verdoso que aumenta progresivamente y persiste hasta el fin. Pocas veces se observa que disminuye y desaparece después de haber alcanzado su máximum de intensidad.

La ictericia es debida al catarro de las vias biliares ó á la compresión de las mismas por los núcleos cancerosos.

La coloración amarilla de la piel no se observa sinó rara vez cuando el cáncer es masivo, debido á la transformación de una porción considerable de parenquina hepático en una masa neoplasica.

El hígado en estas condiciones no produce bilis, no puede por consiguiente haber ictericia. Hay ade-

mas decoloración y fetidez de las materias fecales.

La ascítis, escepcional en el cáncer masivo, existe en más de la mitad de los casos de cáncer nodular.

Sus causas son múltiples: compresión de las ramas de la vena porta ó de su tronco, peri-hepatítis, peritonítis, son las principales.

En ciertos casos es debida puramente á la peri-hepatítis y no á un obstáculo de la circulación porta, como lo demuestra la ausencia de congestión esplénica y de circulación colateral. Es así como se esplica la frecuencia de la ascítis en el cáncer nodular y su rareza en el masivo.

El líquido es generalmente poco abundante, seroso ó sero-fibrinoso, en ciertos casos es hemorrágico.

A veces se observa la dilatación de las venas abdominales sub-cutaneas.

El bazo no aumenta de volúmen. En 91 observaciones de cáncer del hígado recogidas por Frerichs solo se ha observado 12 veces la hipertrofia del bazo.

Las perturbaciones digestivas del principio de la enfermedad persisten durante toda la duración de la misma, haciéndose cada vez más marcadas. La anorexia es completa, las digestiones se verifican con mucha dificultad; casi siempre hay constipación. En los últimos dias se presentan vómitos biliosos ó alimenticios; sanguíneos en algunos casos.

La orina disminuye considerablemente de cantidad. La cantidad de úrea es tambien mucho menor. Cuando hay ictericia se encuentra por lo general pigmentos biliares en la orina.

La hipertrofia del hígado, la ascítis y el meteorismo dan lugar á veces á una disnea más ó menos

intensa, en la que toman parte tambien, en ciertos casos, núcleos secundarios desarrollados en el pulmon ó una pleuresia del lado derecho.

El pulso permanece normal por lo general.

El estado general se altera profunda y rápidamente. Los enfermos se demacran, pierden las fuerzas, la piel presenta un tinte pálido, terroso ó amarillento.

El estado de la temperatura es variable. Hay casos en que permanece normal ó aún desciende. En otros la fiebre toma participación en el cuadro clínico de la enfermedad. Casi siempre la temperatura se eleva poco; oscila entre 38 y 39°.

Las temperaturas muy elevadas son el indicio de una complicación intermitente ó de una evolución rápida del tumor.

Además de las dos formas precedentemente descritas, algunos autores establecen más ó menos artificialmente otras, basadas en el predominio de tal ó cual síntoma, asi como tambien en la manera de iniciarse ó de evolucionar del padecimiento; pero estas divisiones no tienen importancia y solo sirven para complicar el estudio de la enfermedad.

DIAGNÓSTICO

El hígado amiloideo, la leucocitemia, las cirrosis hipertróficas biliar y grasosa tienen en su sintomatología muchos puntos de contacto con el cáncer masivo:

Hígado grande, de superficie lisa, coincidiendo con ausencia de ictericia en las dos enfermedades primeras y de ascítis en todas ellas.

La mayor parte de las veces se evitará un error de diagnóstico constatando:

En el hígado amiloideo: existencia de una caries ó una supuración prolongada, aumento de volúmen del bazo, albuminuria, marcha lenta de la enfermedad.

En la leucocitemia: alteraciones de la sangre, esplenomegalia, evolución lenta. Haremos notar además, que entre nosotros la degeneración amiloidea del hígado es tambien sumamente rara.

En la cirrosis hipertrófica biliar: ictericia y policolia, evolución lenta, estado general no muy deteriorado.

En la cirrosis hipertrófica grasosa: causas especiales, tinte sub-ictérico.

Distinguir un cáncer nodular primitivo del hígado de un cáncer secundario es imposible en ciertos casos.

Un exámen completo de todos los órganos es siempre necesario para que, constatando su integridad, se establezca el diagnóstico: pero aún así el error se comete, cuando el neoplasma inicial se encuentra oculta profundamente y escapa á nuestros medios de investigación.

El hígado sifilítico presenta como el cáncer nodular irregularidades y nudosidades en su superficie y se acompaña tambien como él de ictericia y ascítis; sin embargo, la evolución es mucho más lenta, hay antecedentes de sífilis y en ciertos casos se observan tambien al mismo tiempo otros síntomas de la misma enfermedad.

Después del cáncer secundario, los quistes hidatídicos del hígado, sobre todo los multiloculares son los que se confunden más fácilmente con el cáncer primitivo nodular.

Se distinguirán los quistes por su evolución mucho más lenta y además no hay alteración marcada del estado general en los enfermos. En los casos difíciles se desvanecerá la duda mediante una punción.

Más rara vez se ha confundido el cáncer nodular con un cáncer de la vesícula biliar, del riñon derecho ó con voluminosos tumores estomacales.

Hay además cánceres del hígado que ocupan casi por completo la cavidad abdominal de tal manera que es imposible determinar en que órgano se han desarrollado.

MARCHA Y PRONÓSTICO

La marcha del cáncer primitivo del hígado es en todos los casos rápida y progresiva. A veces la muerte se produce al cabo de cuatro ó seis semanas, rara vez dura la enfermedad más de un año, la duración media es de tres á seis meses.

La edad influye en general en la evolución de la enfermedad. Antes de los 40 años el cáncer primitivo evoluciona con mucha rapidez y la muerte se produce en ménos de dos meses. Entre 40 y 70 años la duración media está comprendida entre tres y seis meses. Después de los 70 alcanza hasta ocho y doce meses.

Los vómitos continuados y la fiebre indican una evolución rápida.

El hígado aumenta de volúmen desde el principio hasta el fin de la enfermedad.

La secreción urinaria casi desaparece. La constipación es reemplazada por la diarrea. Aparecen edemas en los miembros. La temperatura se eleva á veces durante los últimos dias, otras por el contrario desciende.

El adelgazamiento y la debilidad aumentan con mucha rapidez. El enfermo conserva, generalmente intactas sus facultades intelectuales y se va extinguiendo lentamente.

TRATAMIENTO

El tratamiento es puramente paliativo. Se tratará de prolongar la vida del enfermo, sosteniendo sus fuerzas al par que se aliviarán sus padecimientos atacando los síntomas que se presenten.

Se combatirán las alteraciones digestivas, la ascítis, la fiebre y el dolor por los medios generalmente empleados y se hará uso del régimen lacteo y los tónicos.

Mencionaré además el ensayo reciente del tratamiento curativo del cáncer por la seroterapia.

Richet y Hericourt emplean el suero esterilizado de animales á los cuales se les ha inyectado previamente el líquido filtrado, resultante de una maceración de cáncer.

Emmerich y Scholl inyectan el suero de animales á los cuales se les ha inoculado con anterioridad culturas virulentas de streptococos de la erisipela.

Sin que sea posible todavía formular un juicio definitivo, parece sin embargo que los resultados obtenidos hasta el presente no son del todo satisfactorios y que la mayor parte de las veces solo se observa la mejoría de algunos síntomas y una disminución del volúmen del tumor.

Hay que tener en cuenta por otra parte, que, como la generalidad de los procedimientos nuevos es susceptible de perfeccionamientos que permitan quizás en lo futuro conseguir mayores beneficios.

OBSERVACIÓN I

Sala 4ª, Nº 21, 5, — Enero 24 del 95.

N. N., 33 años, argentino, casado, peon.

Antecedentes hereditarios — Buenos.

Antecedentes individuales — A la edad de 8 años tuvo una enfermedad que él califica de indigestión y que le duró tres meses

A la edad de 18 ó 19 años tuvo blenorragia y llagas que fueron seguidas de caida del pelo, manchas en el cuerpo y llagas en la garganta, por lo que entró al Hospital San Roque, estando allí once meses y saliendo de alta curado.

Hace proximamente 8 años al bajar de un tramway sufrió un golpe en el testículo derecho hinchándose y poniéndose doloroso; entró entónces á este hospital, donde se le hizo una punción sacándosele un líquido cristalino.

Se resfria á menudo y ha escupido varias veces sangre, aunque nunca en gran cantidad.

No ha sido alcoholista.

La enfermedad actual, ha empezado hace un mes y nueve dias. Sintió entónces después de una comida, un fuerte dolor en la región epigástrica, náusea y mucha sed; notó entónces que sobre la región hepática tenía un pequeño tumor doloroso, no tenía entónces ni anteriormente diarrea.

Estas molestias fueron en aumento hasta el noveno dia en que apareció una diarrea no muy intensa, cuatro ó cinco deposiciones diarias y que han ido en aumento hasta producirse hoy nueve ó diez.

Desde el principio de la enfermedad ha perdido el apetito y suele tener náuseas. Se ha enflaquecido mucho perdiendo en un mes cerca de veinte kilos.

Tiene sudores nocturnos en que empapa las cubiertas de la cama.

Estado actual — Hombre bien desarrollado, buen esqueleto, poco panículo adiposo, color pardo-obscuro.

En las piernas, muslos, abdómen y torax, manchas parduzcas que existen también aunque en menor cantidad en el dorso y los brazos; estas manchas son prurriginosas. Una pequeña cicatriz de un centímetro en la ingle izquierda (herida).

Tórax — Simétrico. Diámetros normales. Respiración costo-abdominal.

Los pulmones no presentan nada de particular ni en su parte anterior ni posterior.

Corazón — Tampoco presenta particularidad alguna; el pulso es regular igual y depresible.

Hígado — Por arriba desde la séptima costilla hasta unos seis traveses de dedo por debajo del reborde costal sobre la línea mamilar; la matitez se extiende hácia la izquierda hácia el hipocondrio del mismo lado; la percusión es dolorosa y á la palpación se nota un tumor duro no fluctuante, algo lobulado, sobre la cara anterior en la prolongación de la línea mamilar.

Bazo — No se palpa. Mide 10 centms. á la percusión.

Abdómen — Fuera de lo indicado en la región hepática nada de anormal.

Enero 26 — Tiene temperatura, anoche 38°7, hoy 37°6. Se hace una punción capilar en el sitio ménos duro del tumor y se saca solo una pequeña cantidad de sangre y una particulita sólida.

Enero 28 — La temperatura persiste.

Se hace una segunda y tercera punción en el sitio del tumor por encima y debajo del reborde costal sin ningun resultado, solo sale un poco de sangre.

Enero 30 — El enfermo se resiste á que se le haga una nueva punción. Se le da el alta.

Entra de nuevo al hospital el dia 6 de Abril.

Estado actual:

Abdómen: globuloso, red venosa muy marcada, más en los flancos; á la palpación se nota en el hipocondrio derecho un tumor duro, casi leñoso, que desciende hasta la línea umbilical, es irregular, presentando una série de saliencias de tamaño variable; doloroso á la palpación, sigue los movimientos respiratorios; la percusión del tumor da un sonido mate, se confunde por arriba con la matitez hepática, que empieza al nivel del borde superior de la quinta costilla; á la izquierda la matitez que da el tumor llega hasta la línea media; en el resto del abdómen la percusión de sonoridad muy marcada, sobre todo en la parte supra-umbilical, matitez en ambos flancos; hay fluctuación.

Bazo — No se puede percutir por estar confundida la matitez con la de la parte superior.

Pulmones — Por detrás; percusión pulmon izquierdo: matitez á partir de tres traveses de dedo

del ángulo inferior del omóplato; vibraciones abolidas al nivel de la matitez; auscultación: respiración vesicular fuerte en la parte superior, en el limito superior de la matitez rales subcrepitantes, en el resto abolición de la respiración. En el pulmon derecho iguales fsnómenos. Dos punciones en el octavo y noveno espacios intercostales izquierdos por detrás dan un líquido hemorrágico.

Corazón — Tonos un poco débiles, no hay aritnia.

Pulso — Regular, igual, depresible.

Abril 10 — Tinte ictérico muy marcado de las conjuntivas y de la piel. La ascítis ha aumentado; ha tenido una fuerte epistaxis.

Abril 20 — Sigue lo mismo, hay gran cantidad de bílis en la orina. Se hace una punción en el abdómen, se saca un líquido transparente citrino.

Abril 25 — La ascítis aumenta gradualmente. Tiene cada dos ó tres dias epistaxis abundante. Se ha enflaquecido muchísimo. Siempre tiene tos.

Mayo 15 — Sigue muy mal.

Mayo 20 — Sigue mal, no se alimenta, no puede caminar.

Mayo 31 — Muere á la seis de la mañana.

AUTOPSIA. — DIAGNÓSTICO ANATÓMICO : Cáncer primitivo del hígado, con círrosis hipertrófica — Metástasis pulmonares — En los ganglios peri-pancreáticos y peri-bronquiales — Ictericia — Ascitis — Pequeño derrame pleura izquierda — Adherencias parciales pleura izquierda — Congestión crónica del bazo — Congestión venal — Gastritis crónica.

De buena constitución y nutrición malísima — Buena conformación. Muy poco panículo adiposo. Piel oscura presentando además una coloración amarillo-paja uniforme, así como también en las conjuntivas. Pérdida completa de su elasticidad. Sin rígidez cadavérica. Abdómen aumentado de volúmen predominando su diámetro transversal. Aplanado de arriba á abajo.

Tórax — Diafragma se encuentra á la altura de la cuarta y quinta costilla derecha é izquierda respectivamente.

Lado izquierdo — Existe en la cavidad pleural un derrame (unos 300 c. m. c.) de un líquido no turbio, de un color amarillento teñido con sangre.

En el vértice existen algunas adherencias limitadas bajo forma de pequeñas bridas.

Pulmones — Sembrados en toda la superficie externa, existen tumores cuyo volúmen varía desde una pequeña arveja hasta una avellana grande.

Son tumores amarillos, perfectamente redondos, salientes, sub-pleurales.

Al corte ofrecen la misma coloración, compactos como constituidos por granulaciones y perfectamente limitados. En el espesor mismo del parénquima existen también tumores semejantes. Algunos ofrecen puntos rojo-oscuros por haberse hecho pequeñas hemorragias en su interior.

El resto de ambos pulmones crepita y tiene una coloración rojo-oscuro en las partes más declives.

Ganglios peri-bronquiales aumentados de volúmen en su mayor parte. Superficie de corte tiene una coloración amarillenta habiéndose hecho en algunos pequeños focos hemorrágicos.

Corazón, pericardio poco líquido amarillento. — Nada de anormal.

Abdómen — Ha dado salida á gran cantidad de líquido (más de 5 litros) de color amarillo bastante obscuro.

Las relaciones de las visceras abdominales son: borde del hígado muy bajo, cubriendo casi completamente el estómago. Epiplón mayor invertido de manera que su borde libre ha venido á establecer una adherencia en la cara superior del hígado.

El Bazo no se ve. Las otras visceras en relaciones normales.

Hígado — Gran aumento de volúmen y peso (4,500 gramos) uniforme en ambos lóbulos. Conformación general bien. Superficie externa sumamente irregular por la existencia de tumores saliente y de volúmen variable. En la cara superior existen tres más ó ménos redondeados, de superficie lisa y amarillenta. En el borde anterior existe otro más alargado que contribuye á deformarlo. Además existen otros más pequeños en la superficie externa. Además de estos tumores existen numerosas granulaciones de volúmen variable, generalmente del tamaño de una arveja y muy salientes. Estos tienen un color verdoso obscuro así como el resto del parénquima hepático.

Al corte ofrece los siguientes caracteres: los tumores de la cara superior están constituidos por dos zonas, una central compacta de un color amarillo de oro algo dura y una zona de color más obscuro con pequeña infiltración sanguínea, de consistencia más blanda, el que se halla en el borde anterior es

blando y de consistencia y aspecto idénticos á la zona periférica de los anteriores, además hay otros focos centrales reblandecidos de una coloración verde obscura.

En las partes en que no hay tumor el parénquima es granuloso de color verdoso, duro, siendo pocos visibles los acini. Se vé perfectamente bastante tejido conjuntivo, blanquecino, diseminado en diversos puntos. La cara inferior se presenta también granulosa. Vesícula biliar contiene bílis clara y fluida. Pared normal.

Los gánglios linfáticos que rodean al páncreas se encuentran muy aumentados de volúmen, al corte presentan una coloración amarillenta y en algunos puntos existen hemorragias.

Bazo — Forma conservada. Volúmen y peso algo aumentado (200 gramos). Cápsula lisa y brillante. Al corte la pulpa tiene una coloración rojo-vinosa intensa. Consistencia aumentada.

Riñones — Forma y volúmen normales. Cápsula libre. Superficie renal lisa y uniforme. Color rojo algo subido, viéndose bien las estrellas vasculares. Al corte, sustancia cortical y medular, relación normal. Color rojizo, glomérulos poco aparentes. Superficie lisa. Consistencia algo aumentada. Pirámides normales. Pélvis, coloración un poco rojiza. Uréteres bien. Vejiga contiene poca orina.

Estómago — Contiene poco líquido espeso rojizo. Mucosa lisa, cubierta de mucus espeso. Vasos submucosos aparentes, una que otra erosión superficial.

Intestinos — Nada de particular.

Cráneo — Normal.

EXÁMEN HISTOLÓGICO DEL HÍGADO

El resultado de este exámen cuyos datos me han sido suministrados, por mi distinguido profesor Dr. Susini en compañia del cual tuve el gusto de examinar los cortes preparados, es el siguiente:

El aspecto general de uno de los cortes examinados es el de un hígado con cirrósis atrófica. Se notan islotes de células atrofiadas, pigmentadas, rodeadas de un tejido conjuntivo adulto que en ciertos puntos presenta una infiltración difusa ó conglomerada de pequeñas células. En el interior del tejido conjuntivo se observan por puntos porciones de canalículos biliares.

A una cierta distancia de algunos de estos islotes y en la vecindad inmediata de otros se encuentran partes constituidas por un tejido fibroso espeso en forma de anillo grande, en cuyo interior se encuentran masas epiteliales en forma de tubos, constituidos por células grandes semejantes á las del hígado y con canalículos que presentan pigmento biliar en su interior.

En la periferia de estos núcleos, las células hepáticas se encuentran agrupadas en capas concéntricas delgadas, estando las células atrofiadas y fuertemente pigmentadas. Esta estratificación de las células hepáticas llega á su máximum allí donde se encuentran comprendidas entre dos núcleos de esas neoformaciones arriba indicadas.

Un hecho muy interesante es el de que en uno de los islotes, anteriormente mencionados, constituidos por las células hepáticas, la parte central pre-

senta una estructura distinta: tubos llenos de células epiteliales demostrando el nacimiento de éstos en el centro de aquel, con el cual se encuentra en íntimo contacto y sin que haya la menor cantidad de tejido conjuntivo que lo separe. De una manera difusa se encuentran cavidades llenas de estos tubos ramificados, compactos y cuyo contenido desaparece fácilmente quedando solo un estroma fibroso.

En algunos puntos se observa una dilatación de los vasos de la vena porta, tomando el tejido el aspecto de un angioma, encontrándose también focos hemorrágicos.

Estas diversas formaciones alternan las unas con las otras, habiendo algunos puntos, sobre todo debajo de la cápsula en que el tejido conjuntivo es muy espeso é infiltrado y en que se hallan formaciones epiteliales alargadas que se reconoce que están situadas en el interior de los vasos cuyo endotelio está conservado.

El diagnóstico microscópico es pues el de un carcinoma epitelial que ha tomado su punto de partida en las células hepáticas en un hígado cirrótico con núcleos de adenomas y cancerosos con hemorragias.

Las formaciones á que ántes hemos hecho referencia de las masas epiteliales en el interior de los islotes cirróticos y en continuidad con estos, rodeado el todo por tejido conjuntivo es una prueba evidente del orígen que asignamos al neoplasma, cuya propagación se ha hecho en gran parte en el interior del hígado por medio de los vasos sanguíneos.

OBSERVACIÓN II

N. N., de 60 años, soltero, peon, español, ingresa al hospital del mismo nombre el dia 8 de Agosto de 1893.

Antecedentes hereditarios — Desconocidos.

Antecedentes individuales — La única enfermedad que dice haber tenido, es sífilis cuando joven, después no recuerda ninguna otra hasta la presente. Es alcoholista.

Su enfermedad actual empezó algunos meses atrás, por alteraciones digestivas; comenzó á perder el apetito á tener náuseas y observó que las digestiones se hacían muy lentamente. Al cabo de cierto tiempo notó que el vientre se le hinchaba y empezó á sentir dolores abdominales.

El enfermo se presentó al hospital en muy mal estado de nutrición. Presentaba un tinte amarillo en las conjuntivas, y amarillo-verdoso en la cara y el cuerpo.

El abdómen sumamente dilatado ocupado casi por completo por el hígado, grandemente aumentado de volúmen, y que invadía hácia abajo la fosa ilíaca derecha. No era posible reconocer el estado del bazo.

Se quejaba de dolores contínuos en el abdómen. La orina contenía gran cantidad de pigmentos biliares. Habia dispnea intensa.

El enfermo fué empeorando dia á dia. No se alimentaba, tenía vómitos y diarrea y continuamente atormentado por los dolores, fallece diez dias después de su entrada al hospital.

AUTOPSIA

Cadáver — En mal estado de nutrición. Rijidez cadavérica desaparecida. Tinte ictérico de la piel y mucosas.

Cráneo — Duramadre engrosada. Meningeas inyectadas y opacas conteniendo entre sus mallas un líquido seroso de coloración amarilla. Los ventrículos laterales contienen también líquido presentando los mismos caracteres.

Tórax — Entre la pleura parietal y visceral se encuentran adherencias fibrosas que se desprenden con dificultad.

Pulmones — En la parte anterior se tocan por sus bordes, consistencia disminuida, coloración pálida, sale poco líquido sanguinolento de la superficie de corte. En la parte posterior aumentados de consistencia, presentan una coloración rojo-obscura, crepitan poco á la presión y al corte sale un líquido sero-sanguinolento mezclado á burbujas de aire en abundancia.

Corazón — Entre el pericardio parietal y visceral se encuentra una pequeña cantidad de líquido transparente y amarillento. Coronarias algo flexuosas, presentan pequeñas placas ateromatosas. La aorta presenta también placas de ateroma.

Abdómen — Abultado. Al abrirlo deja salir un líquido citrino de tinte ictérico en gran abundancia.

Hígado — Considerablemente aumentado de volúmen y de peso. Al corte presenta una superficie irregular en la cual se observan islotes de una coloración blanco-amarillenta, de consistencia blanda y

dando por el raspado un jugo lechoso. Estos islotes alternan con restos de parénquima hepático de color verdoso. La superficie exterior del órgano es lisa. Conserva su forma normal.

Bazo — Lijero aumento de volúmen, cápsula lisa. El parénquima se desgarra con facilidad.

Riñones — La cápsula se desprende fácilmente. Superficie de corte lisa, presenta una coloración roja algo ictérica.

Estómago — Dilatado. La mucosa está cubierta por una capa de mucus que se desprende con facilidad. Cerca del pílolo se encuentra una úlcera del tamaño de una moneda de dos centavos de bordes escalonados y superficie lisa.

Intestinos — Mucosa congestionada.

DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO

El estudio histológico del hígado, demostró tratarse en este caso, de un carcinoma primitivo del epitelio de los canalículos biliares.

Buenos Aires, Septiembre 12 de 1895.

ANTONIO URRIZOLA.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La punción aspiratriz simple es el tratamiento más ventajoso de los quistes hidáticos no supurados del hígado.

II

La asfixia por sub-mersión no tiene siempre signos característicos.

III

El médico no debe estar legalmente obligado á servir de perito á requisición de las autoridades.

Buenos Aires, Septiembre 14 de 1895.

Sírvanse informar sobre la admisibilidad de este trabajo, los Señores: Académico Doctor José Penna y Profesores Suplentes Doctores Abel Ayerza y Julio Mendez.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
Luis M. Acuña.

Señor Decano:

Esta tesis reune las condiciones de admisibilidad.

Buenos Aires, Septiembre 26 de 1895.

José Penna.
Abel Ayerza. — Julio Mendez.

Buenos Aires, Septiembre 26 de 1895.

En vista del informe que antecede, entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el dia en que haya de ser sostenida.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
Luis M. Acuña.