



BOLETIN MENSUAL

SECCIÓN OFICIAL

De conformidad con lo prevenido en el artículo 46 de los Estatutos, la Junta formula el adjunto proyecto de Presupuesto, que podrá discutirse en la próxima Junta general ordinaria:

INGRESOS

	Pesetas.
200 cuotas de entrada á 10 pesetas.	2.000
200 sellos de á 5 pesetas para los títulos.	1.000
40 sellos de á 5 pesetas para certificados.. . . .	200
600 sellos de á 3 pesetas para idem.	1.800
	5.000

GASTOS

Alquiler de un local.	400
Mobiliario.. . . .	1.000
Alumbrado.	150
Libros é impresos varios.. . . .	400
BOLETÍN.. . . .	800
Gastos de Secretaría.	250
Socorro á médicos desvalidos (extraordinario).	1.000
	4.000

El Tesorero,
JUAN MATLLEU.

Al objeto de que puedan ser discutidos, en la próxima Junta general, cuantos asuntos crean pertinentes los Sres. Colegiados, se transcribe el párrafo V del artículo 39 de los Estatutos:



« Asuntos de interés general para la clase médica ó para el colegio que se proponga por los colegiados.

Para que se dé cuenta de estas proposiciones, tendrán que reunir los siguientes requisitos:

- (a) Formularse por escrito y estar razonadas.
- (b) Suscribirlas dos colegiados.
- (c) Presentarse en la Secretaría del Colegio antes del 31 del presente mes.

Cuyas disposiciones deberán tener presentes los Sres. Colegiados que deseen someter á discusión algún asunto. — Gerona 10 Diciembre de 1898. — P. A. de la J. — *El Secretario*, FRANCISCO VIÑAS.

JUNTA DELEGADA DE FIGUERAS

En la ciudad de Figueras, á 17 Noviembre de 1898. Reunida la Junta, con asistencia de todos los vocales, deliberó y tomó resoluciones acerca los asuntos siguientes:

« Previamente convocado, para las once de la mañana, compareció el señor Cusi, (médico de Vilabertrán), llamado ante esta Junta, en virtud de la protesta suscrita por varios señores médicos residentes en Figueras referente á haber sido nombrado delegado del Montepío de Cataluña en la expresada ciudad. Leída que le fué, por el infrascrito secretario, la antecitada protesta, y enterado de su contenido, dijo: que si bien no tenía residencia en Figueras y que su domicilio era en Vilabertrán, distaba muy poco esta población — de uno á dos kilómetros — de Figueras; lo cual, le facilitaba ejercer regular y cotidianamente en la misma; que desde hace muchos años presta asistencia facultativa á un número no despreciable de igualados; y que en el próximo año económico tomaría patente en la expresada ciudad, y tributaría al igual que los demás médicos establecidos en la misma. En virtud de las anteriores esplicaciones, se acordó dar por terminado el asunto relacionado con el Montepío; así como, no haber lugar á la protesta de los señores médicos de Figueras, y hacer constar en acta la satisfacción con que ha visto esta Junta la destitución del Herbolario Vidal; cesando así, la ingerencia bochornosa de dicho señor, en las atribuciones propias y esclusivas de la profesión médica.

« También, previa convocatoria, comparecieron á la una de la tarde los señores médicos Texidó, (residente en Llers); Poch, (de Capmany); Subirós y Figueras, (de La Junquera), y Pou, (de Agullana); quienes enterados del objeto de la convocatoria y de la trascendencia de la demarcación de zo-

nas de iguala, entróse enseguida á la discusión del proyecto de arreglo y reparto de pueblos, presentado por el infrascrito secretario, cuyo proyecto, con ligeras modificaciones, quedó aceptado por todos los interesados conviniendo: que el Sr. Poch, dejaría de tener igualados en el pueblo de Viure; que los Sres. Subirós y Figueras, de la Junquera, harían lo mismo con los igualados de Cantallops, Agullana y La Bajol; que el Sr. Pou, de Agullana, despediría á los igualados de la Estrada; quedando de este modo, arreglados con límites fijos, y reconocidos oficialmente por el *Colegio de medicos de la Provincia* los Distritos médicos que á continuación se exponen:

Distrito de Llers. — Comprende las poblaciones de Llers, Pont de Molins, Viure y las Escaulas. Advirtiéndose que en el pueblo de Viure, únicamente podrá tener igualados el Sr. Texidó, y en el pueblo de Las Escaulas, únicamente el Sr. Salvatella.

Distrito de Capmany. — Comprende las poblaciones de Capmany, Cantallops y Vilarnadal.

Distrito de La Junquera. — Comprende la villa de La Junquera y suburbios de Canadal, Requesens, S. Julián, Pertús, La Estrada y casas de campo del término de Agullana cuya distancia sea menor de dos kilometros de La Junquera.

Distrito de Agullana. — Comprende las poblaciones de Agullana y La Bajol y suburbio de Buscarós, en la parte comprendida en el término Municipal de Agullana.

Hízose presente á los allí reunidos, que la Junta vería con gusto, que en los Distritos médicos que haya dos ó más comprofesores, se formara por los mismos un reglamento interno, para que queden mejor regulados los actos profesionales, y cese toda tirantéz de relaciones, evitando así, la competencia de precios de que tanto se valen las Hermandades de socorros mútuos, Municipios, etc.; en un todo análogo á lo que han hecho los comprofesores de Llers, y lo que harán los señores médicos de La Junquera, cuyo proyecto de Reglamento interno, presentarán en la próxima sesión para su aprobación.

Acordóse, así mismo, remitir comunicación á los comprofesores de Castelló de Ampúrias, para que se sirvan asistir á la reunión próxima, en la cual se tratará y resolverá sobre los hechos denunciados.

No habiendo más asuntos de que tratar y señalado el primero de Diciembre para la próxima reunión, se levantó la sesión. Eran las tres de la tarde. — *El Presidente*, ENRIQUE VILAR. — *El Secretario*, EMILIO CARDONER.

PER LA REGENERACIÓ (1)

“Veritas una.”

I

¿No esteu cançats companys meus de penas y fatigas de sentir y llegir per tot arreu, en diaris, revistas y folletos grans discursos, treballs y fórmulas infalibles per la regeneració d' Espanya que, segons dihen té de venir?

Donchs jo sí; y no porque l' idea no m' agradi, sino porque senzillament no hi crech; porque entench jo que per regenerar una cosa, aquesta té d' haver vingut á menos (com se sol dir) y la nostra raça no hi ha vingut á menos, puig avans, se distingía per *indomitable, guerrera, aventurera, discursaire, hidalga*; en fí, ja 'ns ho digué 'n Cervantes; y avuy, precisament se distingeix per lo mateix, no pas per afició al treball, ni per lo sentit práctic que tenen altrás raças; lo que hi ha, es que avans eram 'ls amos porque 'ls altres feyan encare menos que nosaltres, y ja se sab, que en terra de cegos un borni es 'l rey; més are 'ls altres s' hi vehuen de tots dos ulls y nosaltres som bornis com sempre, donchs veyám pregunto jo, ¿cóm se pot regenerar una nació que no ha sigut may res? en tot cas, generarse, es á dir, formarse, y are que no diguin els clásichs patriotas, que la Historia d' Espanya canta ben clar las sevas glorias passadas, que ja tothom ha caygut en que tot alló que 'ns ensenyaban cuan estudiabam lo Batchillerat, es una pura falornia y tota la ditxosa Historia nostra se reduheix á guerras y més guerras y... casi res més, si no hi contém alguns fets tant gloriosos com la ganga del descubrimient d' América ó la institució encare més gloriosa del may prou alabat tribunal de la Inquisició, que ell sol era prou pera portarnos lo grau de civilisació y adelanto científich que tením are.

Més, diréu los que teníu la bona fé y paciencia de llegir aquestes ratllas ¿qué té que véurer tot aixó, ab el fí d' aquest periódich, que es purament defensor y orgue del Col·legi de Metjes de la provincia?

(1) Entre los acuerdos tomados por la Junta de Gobierno en la sesión del día 4 del pasado noviembre, hay uno que copiado dice: “leídas las cartas de D. Evelio Barnadas en las cuales espresa el deseo de publicar en el BOLETÍN una serie de artículos escritos en catalán para tratar asuntos de deontología; vistos los artículos 20 al 23 del Reglamento del régimen interior de este Colegio que hacen referencia al BOLETÍN, publicación oficial del Colegio, y no estando excluido ningún idioma, todo colegiado tiene derecho á usar la forma de lenguaje que estime más oportuna para espresar sus opiniones y se acordó publicar cuanto envíe el Sr. Barnadas.” — *El Secretario*, F. VIÑAS.

Es veritat, pot ser res; m' heu de dispensar per dugas cosas, en primer lloch, perque dihuen que de l' abundancia del cor, la boca en parla, y en segón lloch perque com jo tinch intenció (ab vostre permís) de dir quatre cosas sobre la clase médica y aquestas cosas no totas son d' alabança sino més be... aixís... un xich cruas, puig penso parlar clar... ja se sab, sempre fa peresa començar y sembla que dihent un xich de mal d' Espanya no costa tant dir mal dels espanyols perque sempre hi ha alló de poder donar una mica de culpa á la mare patria, y are prou que una hora ó altre ha de ser.

Donchs es el cas mos companys, que rumiant moltas estonas sobre 'l passat, lo present y pervindre de nosaltres metjes, ajudat de mon pobre magí, de ma poca esperiencia de l' ofici y més que tot, de lo que á diari llegim en las pocas publicacions professionals que 's dedican á portar lo balanç de nostres interessos ab el laudatble fi d' afavorirlos, m' ha fet sempre estranyesa que totas las impresions son més aviat negres qu' altre cosa: tothom se queixa del seu ofici, més dupto que hi hagi una altra carrera, ofici, ó lo que siga, que 's queixi tant com nosaltres y tant devades. Tot es parlar amargament, de que nostre abnegació, nostre ciencia, nostre sacerdoci (com hi ha molts que 'ls agrada dir á nostre carrera), es sols motiu de descuyt per part dels Governos, d' esplotació per part del Fisch, que som trepitjats per els Tribunals de Justicia, objecte de burla y esclaus dels cacichs de poble y per fi, y (aixó es lo pitjor) poch recompensats pel públich á qui nosaltres consagramos nostres esforços, nostre ciencia y fins á vegadas nostre salud y la vida.

Llavors jo 'm pregunto: ¿es cert tot aixó? y dich: be massa que ho es: y donchs, per hont se pert l' aigua? Arrivant á n' aquest punt veig que tot son excusas, divagacions y res en clar. Tornant á llegir las revistas que vos deya, casi invariabilmente donan la culpa als Governos, á la ignorancia del vulgo, es á dir als de fora casa, may un sol cárrech per nosaltres mateixos, pot ser ho fa, que nosaltres metjes no veyém sino els mals dels altres.

Pero jo, tossut vinga pensar sobre 'l mateix punt, y m' he dit al fi: es molta veritat que la clase médica va de mala manera y hasta cada día pitjor, més veyám, ja que 'l mal 'ns ve de fora y no hi ha modo pràctich de curarlo, fem un exàmen de conciencia y preguntém, nosaltres 'ns dihém sense embuts homes de ciencia, ¿la tením la majoria dels metjes aquesta ciencia?: nosaltres parlem sempre de nostre abnegació per lo be del próxim, ¿es que varem estudiar Medicina per amor al próxim ó per guanyarnos la vida?: nosaltres parlem

sempre de nostre companyerisme ¿es veritat que 'l practiquém?

Feume 'l favor de posarvos la ma sobre 'l cor (que diu qu' es un bon remey per dir la veritat) ¿qué vos en sembla? á la primera pregunta hem de contestar més ó menys avergonyits que *no*, aixó es que podrém tenir de tot pero ciencia no pas gayre; la segona deixémla per are y en quant á la tercera ó sia parlant de companyerisme, no ho dihém perque es massa gros, no 'n tením gens ni mica no més que á la llengua.

Are per acabar, deixeu-me dir no més dos cosas; que aixó de que la ignorancia nostre y la absoluta falta de companyerisme son las causas més grossas de nostres mals, ho crech com article de fé y per lo tant ningú estranyí que ho diga tant descarnat; gens amich de fórmulas, no sé sinó parlar aixís clar, y aixís penso seguir per probar lo que deixo dit, un altre día si Deu ho vol; si á mos companys los hi sembla que 'n faig massa, demano perdó á n' els vells, si ab el meu modo de dir, se han sentit escalfor á las galtas, per altre part ja 'ls hi aconsello un remey ben senzill; que llegeixin la firma d' aquest mal girbat article y 's posarán tranquils tot seguit perque veurán que no es pas cap nom de profeta ni d' endevinayre sino el de un dels marrechs més tendres del Col·legi. En quant á n' els joves no 'ls demanò pas perdó, y si volen que vingan, que 'ls convidaré á rumiar ab mí d' aquestas y otras cosas.

EVELI BARNADAS.

Olot, Novembre 1898.

MEDIO DE EVITAR EL EXCESIVO DESARROLLO DE CLIENTES MOROSOS

Impulsado única y exclusivamente por el mal caríz que va tomando nuestro estado, me veo obligado á publicar este insignificante trabajo, haciendo con él patente los recursos que hemos de valernos para obtener los resultados fructíferos á que con todo derecho aspiramos.

Cada día más, experimentamos las consecuencias de la tremenda crisis por que atraviesa nuestro extenuado país, lo cual (y ésta constituye la condición principal) unido al terrible incremento que van tomando los inmundos vicios que, de una manera escandalosa, imperan en la sociedad actual, hace que nosotros también salgamos perjudicados grandemente en la contienda.

Si á eso añadimos la mala fé que se nota en gran número de nuestros clientes, lo cual aún implica al asunto mayor carácter de gravedad, tendremos la fotografía exacta de nuestra crítica situación.

Hoy que vivimos en una época de calamidades y en la que el vicio, en todas sus fases, domina por doquier de una manera prodigiosa y alarmante, aumenta el número de clientes morosos cada día más, la mayor parte de los que lo son por el mero hecho de no *querer* satisfacer el importe de la iguala á su respectivo médico.

Me expreso en esa forma, porque si tenemos en cuenta que á ellos no les faltan recursos materiales para continuar rindiendo culto á los asquerosos vicios que de continuo se dedican ¿porqué, pues, carecen de aquéllos para cumplir debidamente con el médico que presta auxilio y solícito acude siempre que es solicitado?

Hechas á grandes rasgos semejantes consideraciones; no reparo en decir que uno de los medios que merecen mi mayor confianza para alcanzar el *bello ideal* y la práctica lo sanciona á cada momento, por lo que me demuestro decidido partidario, consiste en prodigar las listas de clientes morosos, á los cuales ninguno de nosotros debe ni en rigor puede prestar sus científicos auxilios, mientras permanezcan en tal condición, poniendo en ello especial cuidado y no hacer como hasta ahora que se prescinde casi por completo de aquellas, lo cual redundará en perjuicio nuestro.

Aquello, á no dudar, nos reportará ventajas inmensas, porque si el cliente moroso que cae enfermo se convence y se persuade de que ni á su médico ni á los compañeros de este, les es lícito visitarle en su enfermedad, se dará prisa, *propter necessitatem*, de ponerse al corriente de sus respectivos atrasos para no quedar sin la debida asistencia facultativa.

Si se logra escarmentar á dos ó tres clientes de semejante *alcurnia* y *linaje*, tenemos ya ganado el pleito, como vulgarmente se dice, pues la noticia llegará á conocimiento de todos los *interesados*... y correrá, *urbi et orbi*, con la velocidad del rayo.

En cambio si nosotros demostramos apatía y negligencia en tan importante asunto, forzosamente el perjuicio que nos irrogará será de gran consideración, el cual, sumando los años, dada la progresión ascendente y el sesgo que va tomando la *cosa*, día vendrá, y éste no se halla lejano, en que el tanto por ciento de morosos que arrojarán nuestras listas, será respetable é imponente, y ya se comprende en cuanto ha de perjudicar á nuestros ya escasos ingresos.

Hora es, pues, de defender á *capa* y *espada* nuestros legítimos intereses y de esforzarnos en contrarrestar á tantas calamidades que nos vienen encima y con velocidad espantosa.

Unánimes y en haz apretado hemos de demostrar decidido empeño en la confección de las referidas listas de clientes morosos y que cada uno de nosotros pondrá especial cuidado de repartir entre los compañeros de localidad, á fin de evitar el engaño de que pueden ser víctimas.

Si así lo hacemos, yo os aseguro desde ahora, sin temor de sufrir la más mínima equivocación, que pronto saldremos garantes en nuestro cometido.

De no oponer un eficaz tratamiento á lo que acabo de exponer, con la premura que las circunstancias exigen, á pasos agigantados nos precipitamos inconscientemente en el más espantoso abismo que á todo trance hemos de procurar evitar, ya que en nuestra mano poseemos el infalible y no por cierto estéril correctivo.

La necesidad de lo mencionado es á todas luces evidente, el retardo injustificable.

Es necesario que no permanezcamos ya más sugetos al opresor yugo de esos tiranos clientes.

¡Guerra á los morosos!

Pese á quien pese no prestemos jamás nuestros servicios á ninguno de ellos que bien merecido y acreditado lo tienen, dado su innoble y atrevido proceder.

JOSÉ CARRERAS.

Torroella de Montgri 20 Noviembre 1898.

Durante el presente año nos han honrado con el cambio las siguientes Revistas:

Alicante:	<i>Boletín del Colegio de Médicos.</i>
Baleares:	<i>Revista Balear de ciencias médicas.</i>
Barcelona:	<i>Boletín oficial del Colegio de Médicos.</i>
»	<i>El Criterio católico en las ciencias médicas.</i>
»	<i>La Dosimetría.</i>
»	<i>La Independencia médica.</i>
»	<i>El Eco de las matronas.</i>
»	<i>Revista de Ciencias médicas.</i>
Burgos:	<i>Medicina y Farmacia.</i>
Cáceres:	<i>La Medicina ferroviaria.</i>
Granada:	<i>Gaceta Médica.</i>
»	<i>Gaceta médica escolar.</i>
Lérida:	<i>La Unión médica.</i>
Madrid:	<i>Correo internacional odontológico.</i>
»	<i>La Oto-rino-laringología y Obras completas del Doctor Letamendi.</i>
Navarra:	<i>La Región médico-farmacéutica.</i>
Sevilla:	<i>Revista Médica.</i>
Valencia:	<i>Boletín del Instituto médico.</i>
»	<i>El Mensajero.</i>
Valladolid:	<i>Boletín del Colegio de médicos.</i>

Agradeciendo en lo que vale la atención que con nuestro BOLETÍN han tenido los Directores y Redacciones de las citadas Revistas, debemos hacer constar nuestro agradecimiento.

ÍNDICE

	PÁGINAS
Deontología	
Concepto social del médico. — Su conducta. — Necesidad de la asociación, por el <i>Dr. Adolfo de Castro y Pulido</i>	7
Sobre la colegiación obligatoria, por <i>D. José Diestro</i>	88, 102 y 160
La Colegiación obligatoria, por <i>R. Vidal</i>	84
Más en pro de la colegiación.	88, 91 y 92
¡Viva la Colegiación obligatoria! — <i>J. J. del Junco</i>	170
La Colegiación, por <i>J. Pascual</i>	53
Las protestas contra la Colegiación obligatoria, por <i>J. Pascual</i>	76
Per la Regeneració, por <i>Eveli Barnadas</i>	232
Científica	
Un apunte de embriología patológica, por el <i>Dr. B. Robert</i>	21
Contribución á la epidemiología histórica de la provincia de Gerona, por <i>Manuel de Chía</i>	23 y 205
Importancia de las preparaciones directas en el diagnóstico de las enfermedades infecciosas, por <i>Pedro Roca y Auguet</i>	147
Profilaxis de la psittacosis, por <i>Enrique Alabern</i>	107
El IX Congreso internacional de Higiene y Demografía, por el <i>Dr. José M.^a Mascaró</i>	94
Demografía. -- Reclutamiento de 1898, por <i>J. Pascual</i>	174
Bibliografía	
Noticia de siete memorias sobre enfermedades en el castillo de Figueras (1830-1845), por <i>Ignacio Mele</i>	47
Higiene razonada de la boca, por el <i>Dr. Boniquet</i> . — La Gynecología catalana, por <i>J. Pascual</i>	227
Sección Oficial	
Real decreto de 16 febrero fijando el derecho á percibir honorarios los médicos de los pueblos en el reconocimiento de quintas.	51

Real decreto de 12 abril aprobando los Estatutos para el régimen de los Colegios de médicos. — Estatutos á que se refiere el Real decreto anterior.	55
Real orden de 22 junio reformando el artículo 39 de los Estatutos.	118
Real orden de 6 julio suspendiendo la aplicación del Capítulo 3.º de los Estatutos.. . . .	191
Acuerdos de la Junta.	37 y 73
Convocatoria para Asamblea extraordinaria.	118
Acuerdos de las Juntas delegadas.	
De Figueras.. . . .	156, 198 y 222
De Gerona.	217 y 218
De La Bisbal.	193
De Olot.	197
De Puigcerdá.	197
De Santa Coloma.	154
Circular del Gobernador civil creando la Junta interina del Colegio.	72
Lista provisional de electores y elegibles para cargos del Colegio de médicos de la provincia.	111
Lista rectificada de electores y elegibles para la constitución del Colegio de médicos de la provincia.	120
Elección de la Junta de Gobierno del Colegio de médicos. — Resúmen del acta del escrutinio general, por <i>F. Sánchez</i>	142
Patentes.—Disposiciones administrativas que están en vigor	129
Déficit que resulta por la tributación por Patentes año 1897-98.	1
Reparto del déficit.	38
Minuta de Reglamento para el régimen del Colegio de médicos de la provincia de Gerona, por <i>J. Pascual</i>	97
Admisión de socios.. . . .	37 y 73
Clientes morosos.	204
Avisos.	72, 116, 136 y 152
Premio al mejor estudio de topografía médica de cualquiera de las poblaciones de la provincia de Gerona.	146

Necrología

Joaquín Casas.	135
Narciso V. Catalá.	116
Florencio Cavallería.	216
Francisco Fornés.	96
Tomás Franch.	17
Luis Lloret.	30
Manuel Matas.	192
Joaquín Pasolas.	226
Miguel Pons.	225

	PÁGINAS.
Narciso Ros..	96
Celestino Soler.	30
Lorenzo Subirana.	135
José Vidal.	136

Variedades

Montepío provincial de Gerona, por <i>R. Vidal</i>	30
El Montepío del Sindicato, por <i>M. Martínez</i>	42
¿Quedaremos sin Montepío?, por <i>M. Martínez</i>	125
La última reunión del Sindicato y la constitución del Colegio de médicos de esta provincia, por <i>F. Viñas</i>	137
Un entusiasta aplauso á nuestros colegas vallisoletanos, por <i>M. Martínez</i>	200
Una Real orden... que nos tiene sin cuidado. — <i>Boletín C. de M. de Valladolid</i>	186
Al IX Congreso internacional de Higiene y Demografía, por <i>J. Pascual y Prats</i>	18
Sobre la Colegiación obligatoria.	34
Medio de evitar el excesivo desarrollo de clientes morosos, por <i>José Carreras</i>	234
Ejemplos.	36

FOLLETIN. — Se ha repartido por separado los cuadernos 1.º y 2.º de la Memoria del Doctorado escrita por *D. Florencio Cavallería*.

GRABADO. — En el número de septiembre se repartió en hoja aparte, el retrato del decano de los médicos que ejercen en la provincia.

ASISTENCIA MÉDICA MUNICIPAL

PROVINCIA DE GERONA

Pueblo de

SERVICIO DE HOSPITALES

Nombre del Hospital

Número de médicos.

Sueldo que disfrutan. pesetas.....

Modo que prestan el servicio.
 { Continuo.
 { Por semanas.
 { Por meses.

Número de enfermeros.
 { Laicos.
 { Religiosos.

Número de camas.

¿ Hay salas especiales..
 { De pago.
 { Para enfermedades contagiosas.

Clases de enfermos que se admiten..
 { Solo los del pueblo.
 { Solo los agudos.
 { A los de todas clases..
 { A los militares.

Instrumental quirúrgico ⁽¹⁾.....

Medios de desinfección ⁽²⁾.....

¿ Hay sala de autopsias?

¿ Existe farmacia?

Presupuesto ⁽³⁾.
 { Gastos. pesetas.
 { Ingresos. pesetas.

Los ingresos proceden.
 { De donativos.
 { Del presupuesto municipal.
 { De rentas propias.

SERVICIO MUNICIPAL

¿ Hay médico municipal nombrado?

No habiéndolo ¿ percibe V. algo en concepto de asistencia domiciliaria á los pobres?

¿ Cuanto percibe V.?

¿ Hay lista de pobres?

Número de los que figuran en ella.

¿ Existe local para la práctica de las autopsias?

Cantidad que figura en el Presupuesto para beneficencia municipal ⁽⁴⁾

..... de de 1898.

El Médico,

⁽¹⁾ Escasa, abundante.

⁽²⁾ Estufas, cámaras ó nulos.

⁽³⁾ Los datos los pueden facilitar la Junta de administración.

⁽⁴⁾ La Secretaría del Municipio facilitará los datos.

Sello
1/4 de céntimo

Sr. Presidente del Colegio de Médicos

GERONA

ESTUDIO DE LA CIRROSIS ATROFICA

DE LAËNNEC

ó

ESCLEROSIS ATROFICA DEL HÍGADO

MEMORIA

LEIDA POR

FLORENCIO CAVALLERÍA Y DE BUDALLÉS

en el acto de graduarse Doctor en Medicina y Cirujía



GERONA

IMPRENTA Y LIBRERÍA DE PACIANO TORRES

Plaza de la Constitución, número 9

1898



ESTUDIO DE LA CIRROSIS ATROFICA

DE LAËNNEC

ESQUELEROSIS ATROFICA DEL HIGADO

MEMORIA

LEIDA POR

FLORENCIO CAVALLERIA Y DE BUDALLES

en el acto de graduarse Doctor en Medicina y Cirujia



GERONA

IMPRESA Y LIBRERIA DE PAGANO TORRES

Plaza de la Constitucion numero 11

1898

El hígado es un órgano glandular voluminoso, situado en la cavidad abdominal de la que ocupa la casi totalidad del hipocóndrio derecho, parte del epigastrio y parte también del hipocóndrio izquierdo. Su peso es próximamente de 1.500 gramos por término medio. Presenta dos caras: una convexa y otra plana y dos bordes: uno anterior y otro posterior.

La cara convexa mira hacia el estómago y la parte superior y derecha de modo que su borde anterior está más bajo que su borde posterior. La cara convexa está dividida en dos partes desiguales por un repliegue peritoneal llamado ligamento suspensorio y la cara plana está dividida en tres regiones: una media y dos laterales por dos surcos: un

SEÑORES: otro por debajo de las cuales están cortadas por otro surco transversal que los tres juntos forman una A. La porción media queda dividida por el surco transversal en dos regiones, llamada la anterior y la posterior; eminencia porta posterior

Al hacer uso de la palabra en este sitio donde antes que yo han hablado distinguidos médicos, dotados de vastos conocimientos y de esclarecido talento y por lo tanto más dignos de molestar la respetable atención del Muy Ilustre Tribunal á quien tengo el honor de dirigirme, me siento impresionado en extremo, y no osaría abrir los labios sino estuviera persuadido de que me dirijo á profesores que llevan hermanadas la sabiduría con la indulgencia, y que no me negarán la benevolencia que tan necesaria me es para llevar á cabo este modesto trabajo.

Largos ratos he pasado meditando el tema de mi discurso, y todos mis deseos eran poder exponer algún caso práctico, importante, pero no he podido satisfacerlos, porque recién salido de la Universidad carezco absolutamente de práctica y por lo tanto no se me ha presentado ocasión para ello. De aquí que me haya visto precisado á desarrollar un tema teórico y buscando entre estos uno que fuese importante, me he decidido por el siguiente:

ESTUDIO DE LA CIRROSIS ATROFICA DE LAËNNEC

ESCLEROSIS ATRÓFICA DEL HÍGADO

Son tantas las modificaciones que se operan en la glándula hepática cuando se halla invadida por un proceso de naturaleza cirrótica, que es de todo punto imposible comprenderlas sin dar antes una idea aunque ligera de la anatomía y fisiología del hígado.

El hígado es un órgano glandular voluminoso, situado en la cavidad abdominal de la que ocupa la casi totalidad del hipocondrio derecho, parte del epigastrio y parte también del hipocondrio izquierdo.

Su peso es próximamente de 1.500 gramos por término medio.

Presenta dos caras: una convexa y otra plana y dos bordes: uno anterior y otro posterior.

La cara convexa mira arriba y adelante y la plana abajo y atrás de modo que su borde anterior está más bajo que su borde posterior. La cara convexa está dividida en dos partes desiguales por un repliegue peritoneal llamado ligamento suspensorio, y la cara plana está dividida en tres regiones: una media y dos laterales por dos surcos antero-posteriores los cuales están cortados por otro surco transversal de modo que los tres juntos forman una *H*. La porción media queda dividida por el surco transversal en dos regiones, llamada la anterior eminencia porta-anterior, y la posterior, eminencia porta-posterior ó lóbulo de Spigelio.

El borde antero-inferior del hígado es delgado y cortante, mientras que el pósterio-superior es más grueso y redondeado, sobre todo en su extremidad derecha.

Presenta además el hígado dos extremidades: una, gruesa, derecha, que se cobija en la concavidad del diafragma, y otra, izquierda, pequeña, que se relaciona con la extremidad derecha de la cara anterior del estómago y algunas veces llega hasta el baso con el cual puede contraer más ó menos adherencias. El hígado está mantenido en situación por cuatro ligamentos ó repliegues peritoneales, que son: el ligamento suspensorio, el coronario y los dos triangulares, derecho é izquierdo, los cuales tienen por objeto fijar sólidamente el órgano al diafragma é impedir sus desviaciones laterales.

La viscera hepática recibe sangre por dos órdenes de vasos: la arteria hepática, que al llegar al surco transversal de la cara inferior se divide en dos ramas, derecha é izquierda, que penetran en el interior del órgano, y la vena porta, que se mete también dentro del hígado por el surco transversal, dividiéndose igualmente en dos ramas.

Del hígado salen también dos órdenes de vasos: uno representado por las venas supra-hepáticas que vierten la sangre que llevan á la vena cava inferior y el otro por los linfáticos que emergen en gran número por distintas partes.

El hígado tiene también sus nervios, que proceden, ya del plexo solar, ya del pneumogástrico derecho, directamente.

Pero, lo que más nos interesa para nuestro objeto de la anatomía del hígado, es su estructura. Practicando un corte en el hígado, ob-

servamos que toda su masa está constituida por un gran número de lobulillos justapuestos los unos al lado de los otros y que ofrecen igual volúmen. Examinándolo más detenidamente se observa que estos lobulillos no están en contacto, sino que se hallan separados entre sí por espacios ocupados por tejido conjuntivo.

Estudiemos la estructura del lobulillo hepático, y conociendo la de éste, conoceremos la del hígado, toda vez que éste está formado por una reunión de lobulillos.

El lobulillo hepático tiene un milímetro ó milímetro y medio de diámetro, y su forma es poliédrica. Del centro del lobulillo parte una vena llamada intra-lobular que va á unirse á la rama más próxima de las venas supra-hepáticas, de modo que los lobulillos quedan colgados de estas venas como los lóbulos glandulares á sus conductos excretorios.

Las venas supra-hepáticas nacen de todas las partes de la glándula por ramificaciones muy finas, las cuales forman por su reunión, ramas más gruesas, y éstas, á su vez, constituyen los troncos venosos que emergen del hígado.

Hemos dicho que los lobulillos estaban separados entre sí por unos espacios que están ocupados por tejido conjuntivo, pues en estos espacios se encuentran las venas portas, la arteria hepática, los vasos linfáticos y los conductos biliares.

La arteria hepática y la vena porta, que penetran por el surco transversal del hígado, se dividen y subdividen en gran número, corren por los espacios inter-lobulillares hasta llegar á la periferia del lobulillo donde las ramificaciones de la vena porta reciben el nombre de venas peri-lobulillares ó estra-lobulillares, y tanto éstas como las divisiones de la arteria hepática se anastomosan con los capilares intra-lobulillares, los cuales convergen hácia el centro del lobulillo para formar por su reunión la vena intra-lobulillar. Los vasos capilares que ocupan el interior del lobulillo por sus anastomosis constituyen una red en cuyas mallas están colocadas las células hepáticas. Las células hepáticas tienen una dimensión media de $0^{\text{mm}} 018$ á $0^{\text{mm}} 026$, son de forma poligonal y carecen de cubierta, estando formadas de un proto-plasma granuloso con uno ó dos núcleos; además se encuentran en ellas granulaciones diversas. Las células hepáticas tienen relaciones inmediatas con los vasos sanguíneos y los conductos biliares. En efecto, los vasos, ya venosos, ya arteriales, que rodean los lobulillos hepáticos, emiten capilares en el interior de éstos, se anastomosan entre sí y se dirigen de la periferia al centro del lobulillo para anastomosarse con los capilares de la vena hepática central. De estas anas-

tomosis resulta una red en la cual están contenidas las células hepáticas, y éstas comunican con los capilares, no por sus caras, sino por sus bordes.

Los conductos biliares rodean también los lobulillos hepáticos, penetran en su interior, constituyen una red de mallas estrechas y comunican directamente con las células hepáticas, caminando en medio de sus caras á diferencia de los capilares sanguíneos, que ya hemos dicho se relacionaban con las aristas de dichas células.

Los vasos linfáticos proceden del interior del lobulillo, salen de ellos, se anotomosan entre sí y constituyen redes que acompañan á los vasos venosos.

Los nervios del hígado marchan junto con los vasos y rodeados de tejido conjuntivo; los unos se terminan en el canal hepático y sus divisiones, y los otros sirven de nervios vaso-motores á la vena porta y á la arteria hepática.

En la superficie del hígado existe una doble membrana de envoltura: una serosa que no recubre la totalidad de la superficie de la glándula, y otra, fibrosa, que no sólo cubre todo el órgano, sino que al llegar al surco transversal, penetra en su interior, constituyendo la cápsula de Glisson, la cual proporciona el tejido conjuntivo que rellena los espacios inter-lobulillares, acompañando á los vasos y nervios. Este tejido conjuntivo, al llegar á la periferia de los lobulillos, penetra también en su interior y constituye una red que, unida á la vascular, forma la trama ó armazón de las células hepáticas. En resumen, podemos considerar el lobulillo hepático como un conjunto de células causadas por varias redes: vascular sanguínea, de canalículos biliares, de fibras conjuntivas y de linfáticos.

Conocida la anatomía del hígado, digamos algo de su fisiología.

El mero hecho de existir el hígado en casi todos los animales de la escala zoológica, indica que su presencia en el organismo es indispensable, y efectivamente, dicho órgano está destinado á desempeñar funciones tan importantes en la economía, como son: la secreción biliar y la glucogénia ó formación de la materia glucógena.

El hígado fabrica bÍlis con los elementos que toma del plasma de la sangre, ya de la que circula por la vena porta, ya también de la que pasa por la arteria hepática, pues Wilson, Lawrence y otros autores, han observado casos en que estando la vena porta obliterada, el hígado producía bÍlis y por otra parte se ha observado también que ligando la arteria hepática se producía igualmente aquella secreción. La cantidad media de bÍlis segregada por el hombre en 24 horas, es de 1 kilogramo y medio.

Bichat, comparando el extraordinario volumen del hígado con el pequeñísimo de sus conductos escretorios, ya previó que dicha glándula, además de la secreción biliar debía desempeñar alguna otra función, pero ignoró cuál fuese ésta; pero, más tarde, en 1848, el eminente fisiólogo Claudio Bernard descubrió que el hígado era el encargado de la fabricación de la materia glucógena.

La presencia de la glucosa en el hígado está demostrada por los hechos siguientes: La presencia de la glucosa en el líquido obtenido por la cocción de un pedazo de hígado; la presencia de dicho cuerpo en la sangre que sale del hígado aún cuando no exista en la sangre que entra en el órgano; el encontrar glucosa al cabo de 24 horas en hígados que se habían lavado antes perfectamente; y además, el no encontrar nada de glucosa en la sangre de ranas que dos ó tres semanas antes se les hayan estirpado sus órganos hepáticos. El hígado fabrica glucosa, cualquiera que sea la alimentación del individuo, lo cual indica que no impide la formación de dicho cuerpo la falta en la alimentación de materias feculentas y azucaradas. Es, pues, la formación del glucógeno, no una transformación, sino una verdadera producción de la célula hepática.

Una vez formada la materia glucógena, ¿qué se hace de ella? Una parte queda retenida en la misma célula hepática como alimento de ahorro, y la otra se transforma en glucosa en virtud de la acción de un fermento especial contenido en el mismo hígado, aunque en pequeña cantidad, y por las venas hepáticas es llevada á la circulación, distribuyéndose con la sangre por todo el organismo y contribuyendo á la nutrición y al mantenimiento del calor animal.

Además de la secreción biliar y de la sustancia glucógena, ¿tiene el hígado otras funciones? Es probable que sí. Según las observaciones y experimentos de Claudio Bernard y de M. Versoz, el hígado puede formar grasa, haciendo sufrir una transformación á una parte de los materiales que son conducidos á dicha viscera por la vena porta y especialmente de las sustancias azucaradas. Aunque sea una realidad la formación de la grasa en el hígado, esto no quiere decir que toda se produce en él, pero que toma una gran parte en dicha producción. Algunos autores, y entre ellos Brouardel, han llamado la atención de los fisiólogos sobre otra función del hígado, atribuyendo á esta glándula la fabricación de la urea que existe en el organismo, sino toda, á lo menos en su mayor parte. Abonan esta idea el encontrarse esta sustancia en notable proporción en el tejido hepático y además los resultados que Cion ha obtenido del análisis de la sangre conducida por la vena porta y de la conducida por las venas hepáti-

cas, habiendo encontrado mayor cantidad de urea en estas últimas.

Respecto al modo cómo se forma la urea en el hígado, no están conformes los autores, pues Meisner dice, que los materiales de formación de dicha sustancia son los glóbulos rojos en vía de destrucción. Murchisson hace intervenir la fibrina además de los glóbulos rojos; y Gœthgens y Heinsius la consideran como resultado del desdoblamiento de las materias albuminóideas en el hígado.

Es indudable que el hígado es un órgano productor de urea, pero no toda la que existe en el organismo es fabricada por dicha glándula, pues los análisis de M. Wurzt, el cual ha encontrado mayor cantidad de urea en la linfa y en el quilo, que no en la sangre arterial ni en la venosa, indican que esta sustancia se produce también en la intimidad de los elementos anatómicos de diversos tejidos.

Se ha indicado también al hígado la función ó propiedad de destruir ciertas sustancias narcóticas y venenosas como la nicotina, y la hiosciamina, pero esto no está suficientemente demostrado.

Vemos pues que el hígado juega un gran papel en el organismo, que está encargado de funciones múltiples y todas ellas muy importantes, y si á esto se agrega el desarrollo de la gran cantidad de calórico que debe producir por su funcionalismo, reconoceremos la importancia que tiene en estado normal y el gran número de perturbaciones que ha de acarrear en la economía la alteración del órgano por los procesos morbosos.

Terminada la fisiología del hígado, vamos á entrar de lleno en el desarrollo del tema anunciado.

La esclerosis atrofica del hígado no fué descrita por nadie antes de Laënnec, el cual describió esta enfermedad como especie morbosa distinta y le asignó el nombre de cirrosis en virtud de la coloración especial que presenta el hígado cirrótico.

Laënnec hizo una buena descripción de la cirrosis, pero no estuvo acertado en el modo de considerar la naturaleza de la afección, puesto que la consideró como un tejido de nueva formación análogo al del escirro.

El primero que dió á conocer la verdadera lesión de la cirrosis, ó sea el que fijó de una manera exacta la anatomía patológica del proceso morbozo fué el inglés Kieman, que demostró la existencia normal de una trama conjuntiva que rodea y penetra el lobulillo hepático, y dijo que el desarrollo anormal de esta trama conjuntiva era lo que constituía el proceso cirrótico.

Describiremos la cirrosis atrofica de Laënnec, adoptando el orden siguiente: anatomía patológica; síntomas; marcha, duración y terminación; diagnóstico y pronóstico; etiología y tratamiento.

Anatomía patológica. — Las lesiones son distintas según el período de la enfermedad. En el 1.^{er} período hay más bien aumento que disminución de volumen del órgano, el color es poco distinto del normal y la superficie se encuentra lisa ó ligeramente granulada. Practicando un corte en el órgano se encuentra el parenquima impregnado de una sustancia viscosa compuesta de elementos conjuntivos muy finos y de células fusiformes.

En el 2.^o período el hígado se halla disminuído de volumen, tanto, que, según Rokitanski, llega á una mitad ó á una cuarta parte del volumen normal, á veces pesa no más que 700 ú 800 gramos; el tejido glandular está atrofiado mientras que el tejido fibroso aumenta, á lo cual debe el órgano su mayor dureza. El hígado está deformado, su borde cortante toma una forma redondeada y su superficie se presenta desigual y granulosa, cuyas granulaciones están formados por lóbulos hepáticos rodeados de anillos de tejido conjuntivo que ha sufrido una especie de retracción. Cuando se corta la glándula rechina y se observan en ella dos materias: una, agrisada, de naturaleza conjuntiva, y otra, amarilla, formada por los lóbulos hepáticos infiltrados de pigmento biliar, á consecuencia de la compresión que sufren los conductos biliares por el tejido de nueva formación.

A la disposición del tejido escleroino que se encuentra formando un anillo al rededor de los lobulillos hepáticos, debe la enfermedad el nombre de esclerorio anular.

Cada anillo abarca muchos lobulillos, y á esto se debe el nombre de esclerosis multi-lobulillar que se da también á la afección, y algunos autores creen que el tejido de nueva formación no penetra en el interior del lobulillo, y por esto la llaman también esclerosis estra-lobulillar; pero, si bien esto es lo común, no obstante, no sucede siempre, y se presentan casos en que la esclerosis es también mono-lobulillar y intra-lobulillar como la cirrosis hipertrófica.

La hiperplasia del tejido conjuntivo hepático ocasiona grandes alteraciones en los demás elementos componentes de la glándula. La células se deforman y atrofian, ya son asiento de una atrofia simple, ya de una atrofia gránulo-grasosa. Las ramificaciones de la vena porta se dilatan, se desarrollan vasos de nueva formación y se modifica la estructura de sus paredes, perdiendo su elasticidad y contractilidad. Los canalículos biliares se desarrollan también, pero en menor escala. Además de las lesiones que se abservan en el hígado en los casos de cirrosis atrofica, se notan también alteraciones en otros órganos, como en el peritoneo que se desarrolla una peritonitis parcial, en el bazo que se halla tumefacto y en el riñón cuyo tejido sufre un proceso esclerósico,

aunque independiente del hígado. Además las venas del esófago se encuentran varicosas porque la sangre que contienen no puede desaguar en la vena porta por el éxtasis que en ella tiene lugar.

Pasemos ahora al estudio de los

Síntomas. — Al principio de la enfermedad los síntomas son insidiosos y variables: unas veces comienza por trastornos gastro-intestinales, las digestiones son laboriosas, hay pérdida del apetito, mal gusto de boca, lengua súa, una sensación de desfallecimiento especial, náuseas y á veces vómitos y alternativas de estreñimiento y diarrea, la cual se debe al estado catarral de la mucosa enterica producida por el éxtasis de la vena porta; otras veces aparece la ascitis sin que se manifieste antes ningún síntoma que nos indique el trastorno que se opera en la glándula hepática; y otras, siendo lo menos frecuente, el enfermo se queja de un dolor sordo en el hipocondrio derecho; hay aumento de la macidez hepática y la piel toma un tinte ictérico. En algunos casos se observa que los verdaderos síntomas de la enfermedad van precedidos de hemorragias.

A medida que el mal progresa aparecen un conjunto de síntomas que nos permiten las más de las veces formular un diagnóstico verdadero: el volúmen del órgano se modifica traduciéndose al exterior por los cambios que se observan en la zona de macidez hepática, hay ascitis, aumento de la macidez esplénica, desarrollo de una circulación venosa complementaria en las paredes abdominales, trastornos digestivos, modificaciones del líquido urinario y un enflaquecimiento caquéctico. Examinemos cada uno de estos síntomas.

ALTERACIONES DEL VOLÚMEN DEL ÓRGANO. — Mientras el tejido conjuntivo de nueva formación no se retrae, el volúmen del órgano está aumentado, de modo que la macidez llega á estenderse desde el ómbliigo hasta el borde superior de la 5.^a costilla en algunos casos, pero cuando empieza la retracción, el volúmen del órgano disminuye progresivamente y la macidez puede quedar reducida á la mitad de su extensión normal y aún menos. La parte del hígado que disminuye primero de volúmen es el lóbulo izquierdo, y la macidez correspondiente al mismo puede desaparecer por completo. Muchas veces es bastante difícil determinar el volúmen y configuración del órgano por la percusión y palpación, en virtud de interponerse el liquido peritoneal entre el hígado y las paredes abdominales; no obstante, en estos casos se consigue algún resultado practicando la exploración como aconseja Bamberger, y es, colocar al enfermo en decúbito lateral izquierdo y alejar con una rápida compresión el líquido interpuesto entre el hígado y las paredes del abdómen. Se ha dado gran importancia semyológica al observar por

la palpación las granulaciones de la superficie hepática, pero esto no puede percibirse casi nunca.

La disminución de la macidez hepática no sólo es debida á la atrofia del órgano sino también á que éste es empujado hácia arriba por el líquido peritoneal y los gases intestinales.

ASCITIS. — La ascitis es una consecuencia de los obstáculos que encuentra la sangre al circular por la vena porta. Se produce por una trasudación de la serosidad en las raíces peritoneales de dicha vena y su desarrollo guarda generalmente relación con la extensión de la lesión hepática y con los obstáculos que se oponen á que la sangre circule por la vena porta; no obstante, se ven casos en que la ascitis se desarrolla rápidamente á pesar de estar el proceso cirrótico poco adelantado, lo cual nos induce á creer que la cirrosis se haya complicado con una perihepatitis.

Aparece en la cirrosis la ascitis antes que todo otro fenómeno hidrópico porque la dificultad en el círculo sanguíneo no se encuentra en la vena cava inferior sino en la porta, y únicamente cuando la ascitis es considerable, que llega á comprimir aquélla, es cuando aparecen otras hidropesías, como anasarca de los miembros inferiores, abultamiento del escroto, etc.

El volúmen del abdómen aumenta con la cantidad del líquido hidrópico, el ómblico se hace proeminente, se nota una macidez absoluta en las partes ocupadas por el líquido y haciendo cambiar de posición al enfermo cambia también aquél de lugar.

La cantidad de líquido es variable, pudiendo llegar á 18 litros, y cuando es considerable, motiva fenómenos asfícticos que reclaman la paracentesis.

El líquido derramado es de naturaleza serosa, de color amarillo claro, de densidad 1.012 á 1.016, contiene agua en gran cantidad, albúmina, materias extractivas, grasa, urea, gases y sales, principalmente de sosa.

TUMEFACCIÓN DEL BAZO. — Este síntoma no es constante, sino frecuente, pues se observa en la mitad de los casos. El bazo adquiere un volúmen triple ó cuádruplo que en el estado normal y debe su producción á la dificultad que encuentra la sangre al circular por el interior del hígado. A veces el bazo es asiento de esclerosís como el hígado, y en este caso, antes de la retracción del tejido conjuntivo de nueva formación, el volúmen del órgano está aumentado, pero viene luego la retracción y entonces aquél disminuye, lo cual nos explica el porqué á veces encontramos el bazo atrofiado y no hipertrofiado.

CIRCULACIÓN SUPLEMENTARIA. — Cuando á consecuencia de la com-

presión que experimentan los lóbulos hepáticos por los anillos del tejido de nueva formación, no puede tener lugar la circulación por el interior del hígado, la sangre busca otras vías para desaguar en los vasos de la circulación general, y de aquí que se desarrollen en las paredes abdominales unas venas, que si bien que rudimentarias existen ya en estado normal, adquieren notable desarrollo en los casos de cirrosis atrófica. Estas venas constituyen redes: una superficial y otra profunda que comunican con los ramos de la vena porta por las venas portas accesorias de Sappey comprendidas por este autor en el cuarto y en el quinto grupo. Las del cuarto grupo llevan la sangre á las venas diafragmáticas y subcutáneas torácicas y las del quinto á las epigástricas, mamosas internas y tegumentosas del estómago.

Cuando se establece la circulación complementaria, la ascitis y los demás síntomas de la cirrosis remiten y hasta pueden llegar á desaparecer, pero esto es sólo transitorio, pues al cabo de algún tiempo vuelven á presentarse.

TRASTORNOS DIGESTIVOS. — Consisten en fenómenos de catarro gástrico é intestinal, todo debido al éxtasis de la vena porta.

Se observa meteorismo, estreñimiento y más comunmente diarrea, porque la absorción venosa en el intestino es defectuosa en virtud del aumento de presión interior en las raicillas portas. La diarrea no debe cohibirse pronto, pues si se corta puede presentarse la ascitis.

ORINA. — Presenta un color subido, es ácida y muy rica en uratos, los cuales se precipitan por el enfriamiento. Contiene un pigmento muy parecido al pigmento biliar por su composición. Puede contener albúmina debida ya á la ascitis ya á una enfermedad de Bright concomitante.

HEMORRAGIAS. — Son frecuentes, y se presentan bajo la forma de epistaxis, hemoptisis, gastrorragia, enterorragia, etc. Se han atribuido al éxtasis de la vena porta, pero desde luego se comprende que si bien pueden reconocer tal causa las que se manifiestan en la mucosa gastroenterica, no reconocen igual origen las que se presentan en mucosas que no tienen nada que ver con el estado de la sangre en los vasos portas. Además prueba también el que muchas hemorragias que se presentan en la cirrosis no son debidas á obstáculos mecánicos en el curso de la sangre en dichos vasos, el presentarse á veces al principio de la enfermedad, cuando no hay ascitis ni nada que nos indique la dificultad en el círculo sanguíneo. Todas estas hemorragias independientes del éxtasis de la vena porta se aplican por una discrasia ó estado morbozo de la sangre.

Las hemorragias son más frecuentes en el período avanzado de la cirrosis, y agravan el estado del enfermo.

Se presentan á veces hemorroides que deben respetarse, pues por ellas se desengurgitan las raicillas de la vena porta, y si se operan aumentan la gravedad del estado del enfermo.

ICTERICIA. — No se presenta en la cirrosis atrófica, lo que la distingue de la cirrosis hipertrófica en que es constante, no obstante, la piel adquiere un color sucio especial.

Marcha, duración y terminación. — La marcha es lenta, esencialmente crónica. El enfermo durante el curso de la enfermedad enflaquece considerablemente, porque no puede nutrirse del modo debido en virtud de hallarse perturbadas sus funciones digestivas, pues á consecuencia del catarro gástrico la quimificación es defectuosa, la quilificación es insuficiente ya por las alteraciones de la mucosa enterica y también porque las funciones del hígado se hallan perturbadas y la secreción biliar está alterada, la absorción intestinal no se verifica, produciendo una diarrea abundante, las funciones del hígado y del bazo en la sanguificación se encuentran comprometidas, todo lo que contribuye á que el enfermo pierda las fuerzas, se debilite cada vez más y caiga su organismo en un estado verdaderamente caquéctico.

La duración no puede fijarse porque unas veces la esclerosis hepática es la única enfermedad que sufre el enfermo, mientras que otras va asociada á una lesión cardíaca, pulmonar ó renal, y otras el hígado no es el único órgano atacado de esclerosis, sino que ésta se presenta también en el riñón, en el bazo, en los pulmones y en el cerebro, todo lo cual modifica la duración de la enfermedad. La duración media es de doce á diez y ocho meses.

Termina siempre por la muerte. Puede sucumbir el enfermo por los progresos de la enfermedad en virtud de las hidropesías, enflaquecimiento y caquexia, ó bien muere por una enfermedad intercurrente como una peritonitis, una pulmonía, una pleuresia ó una tuberculosis.

Diagnóstico. — Punto más importante de la historia de la enfermedad y no siempre fácil de establecer porque los síntomas que se presentan son propios también de otras afecciones.

Cuando el cuadro de síntomas es completo el diagnóstico es fácil, pero hay casos en que las manifestaciones del mal son en escaso número, no se presentan con toda claridad y se hace por consiguiente difícil el juicio de que tratamos; no obstante, cuando la dolencia está bastante desarrollada, apreciando bien todos los síntomas, observando bien el modo como se presentan cada uno de ellos y teniendo en cuenta las causas que hayan obrado sobre el enfermo, si es posible investigarlas y de las que nos ocuparemos al tratar de la etiología, son datos suficientes para establecer un buen diagnóstico.

El observar los cambios que ha sufrido el hígado en su volúmen, el manifestarse la ascitis ya aislada ya acompañada de otras hidropesias pero siendo anterior á ellas, el apreciar la tumefacción del bazo, el tinte subictérico de la piel, etc., nos dan la seguridad de que se trata de una cirrosis atrófica.

Veamos ahora con que enfermedades puede confundirse y hagamos el diagnósico diferencial con cada una de ellas.

El cáncer del peritoneo da ascitis, produce enflaquecimiento rápido y conduce á la caquexia pero se distingue de la cirrosis en que no hay tumefacción del bazo, hay dolores bastante intensos y en un período adelantado puede observarse el tumor canceroso al través de las paredes abdominales por medio de la palpación; además este cáncer casi siempre es secundario de modo que antes hánse observado síntomas propios de un proceso canceroso en otros órganos como el estómago, los riñones, etc.

La tuberculosis del peritoneo ocasiona también ascitis, enflaquecimiento y caquexia pero en ella no hay tampoco tumefacción del bazo y generalmente coincide con el desarrollo de tubérculos en otros puntos de la economía.

El cáncer hepático que pudiera confundirse con la cirrosis se distingue de ella porque hay un aumento extraordinario de la macidez hepática, el hígado forma nudosidades cancerosas que pueden percibirse por la palpación, falta la tumefacción del bazo (síntoma negativo de mucha importancia), no hay manchas venosas en los carrillos, la ascitis es menos abundante que en la cirrosis, muchas veces se presenta ictericia y en otras hay fiebre, el enflaquecimiento es rápido y por último faltan las causas ordinarias de la cirrosis.

Los quistes hidatídicos del hígado no es posible confundirlos con la cirrosis porque no producen alteraciones digestivas, ni ascitis; el enfermo no enflaquece y además se observa una distensión notable del hígado de modo que la zona de macidez hepática está considerablemente aumentada y á veces puede percibirse una vibración ó temblor en el tumor que Piorry ha denominado chillido de los hidátides.

La pileflebitis adhesiva presenta un síndrome y un curso análogos á los de la cirrosis atrófica pero se distinguen por la causa, toda vez que el abuso de los espirituosos, causa común de la cirrosis no produce la trombosis de la vena porta, sino que ésta es efecto ya de la inflamación de dicha vena ya de una flecmasia ó compresión de una región próxima que determina la formación de un trombus en el interior de aquel vaso. Tiene su importancia también el que en la pileflebitis se desarrolla y se reproduce con mucha más rapidez la ascitis que en la cirrosis.

Ocupémonos ahora del diagnóstico diferencial entre la cirrosis atrófica y la hipertrófica.

No es ciertamente cosa fácil dilucidar en muchos casos de qué variedad de cirrosis se trata, pues si bien es verdad que hay procesos cirróticos que comparados unos con otros la diferencia no puede ser más marcada, y que nos permiten admitir las dos variedades citadas, en cambio tropezamos con otros que presentando síntomas de cada una de ellas, no sabemos á cual asociarlos y nos vemos precisados á considerarlas como un grupo de cirrosis aparte y que denominamos mixtas, v. g. presentarse un caso con ascitis, circulación complementaria, ictericia persistente y en la autopsia encontrar lesiones propias de ambas cirrosis. Esto nos indica por consiguiente que el diagnóstico diferencial entre la cirrosis atrófica y la hipertrófica es á veces poco menos que imposible; pero ateniéndonos á los casos extremos, es decir, comparando un caso tipo de cirrosis atrófica con otro característico también de cirrosis hipertrófica vemos que difieren por sus síntomas, por sus lesiones y por su duración, puesto que la atrófica se manifiesta por la ascitis, por la circulación complementaria y por frecuentes hemorragias, faltando en ella la ictericia, al paso que la hipertrófica no ocasiona ascitis ni circulación complementaria, da lugar á pocas hemorragias y se presenta una ictericia persistente. Las lesiones son así mismo distintas: en la atrófica hay atrofia del hígado y éste está deformado, el tejido de nueva formación toma la forma de anillos, abraza muchos lobulillos y es exterior á éstos y en la hipertrofia forma dicho tejido islotes en los espacios inter-lobulillares, abarca cada lobulillo separadamente y es interior á éstos. Además el hígado está hipertrofiado, voluminoso y no es desigual.

Difieren también por la duración, de modo que la atrófica dura por término medio de 12 á 18 meses y la hipertrófica de 3 á 8 años.

Es necesario también distinguir la verdadera cirrosis atrófica de Laënnec de las cirrosis del hígado que van asociadas á enfermedades del corazón y de los riñones, que se distinguirán porque en éstas hay manifestaciones propias de las lesiones que tienen lugar en los órganos citados, y no debe confundirse tampoco con la cirrosis sifilítica para lo cual debemos investigar bien la anamnesis del enfermo y observar si hay vestigios de manifestaciones sifilíticas en otros órganos de la economía.

Terminado lo que se refiere al diagnóstico, deberíamos decir algo del pronóstico, pero como al tratar de la marcha, duración y terminación de la dolencia ya dijimos que terminaba siempre por la muerte, no nos detendremos sobre este punto, y vamos á ocuparnos de la etiología y del tratamiento.

ETIOLOGÍA.— La cirrosis atrófica se ha observado alguna vez en los niños pero es muy rara en esta edad. Se desarrolla con más frecuencia entre los 35 y 60 años; es más común en el sexo masculino que en el femenino.

Se han aducido como causas capaces de ocasionar esta enfermedad la sífilis y el paludismo, pero si bien es verdad que conducen á una variedad de cirrosis, no corresponde ésta á la verdadera cirrosis de Laënnec, la cual, en la mayoría de casos, es producida por el abuso de los alcohólicos, sobre todo del aguardiente. Muchos individuos atacados de cirrosis tienen la mala costumbre de beber aguardiente ó vino en ayunas.

El alcohol, una vez absorbido, se acumula en el hígado y ocasiona un trabajo irritativo que da por resultado la proliferación del tejido conjuntivo normal de esta glándula. Esta formación conjuntiva exuberante dificulta las funciones sustantivas de los elementos hepáticos y cuando el desarrollo de aquélla es completo, ó sea cuando hay la retracción del nuevo tejido, dichos elementos son comprimidos, se atrofian y destruyen, ocasionando el cortejo de síntomas que hemos visto.

Budd da importancia también en la producción de la cirrosis á los alimentos demasiado escitantes y atribuye á esta causa la frecuencia con que se presenta esta enfermedad en la India cuyos habitantes hacen uso de alimentos muy condimentados.

Frerichs y Trousseau consideran á los alimentos estimulantes como agentes capaces de producir congestiones del hígado, y que repitiéndose éstas pueden acarrear la cirrosis. Finalmente debemos decir que se presentan casos de cirrosis que no sabemos á qué causas atribuirlos.

El **tratamiento** de la cirrosis es distinto según que la enfermedad se halle en el primer período ó en el segundo.

En el primer período, si es que podamos conocerlo, ó más bien si presumimos que va á tratarse de una cirrosis porque los síntomas no son característicos, los esfuerzos del médico deben dirigirse á que la enfermedad no se desarrolle, para lo cual es necesario establecer un buen régimen diatéctico recomendando al enfermo que abandone el mal hábito de abusar de los alcohólicos, lo que difícilmente se consigue pues desgraciadamente el enfermo se ha encariñado con ellos y por más que prometa abstenerse de los mismos y lo realice por más ó menos tiempo, vuelve después á caer en tan degradante vicio. Deben proscribirse también los alimentos muy sustanciosos y demasiado escitantes haciendo uso únicamente de frutas, legumbres, carnes de aves, huevos, leches, etc. Debe recomendarse así mismo al enfermo mucho ejercicio y evitar el estreñimiento, todo con el fin de disminuir el éxtasis de la vena porta y hacer más fácil la circulación por la misma.

BOLETÍN MENSUAL
DEL
COLEGIO DE MÉDICOS
DE LA
PROVINCIA DE GERONA

BOULETIN MENSUEL

COLLEGE DE MEDICINE

PROVINCE DE QUÉBEC