

DISSERTAÇÃO

SECÇÃO DE SCIENCIAS MEDICAS

Cadeira de Pathologia interna — Cirrhose hepatica.

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO DE SCIENCIAS ACCESSORIAS

Cadeira de Phisica. — Atmosphaera.

SECÇÃO DE SCIENCIAS CIRURGICAS

Cadeira de Anatomia. — Apparelho respiratorio.

SECÇÃO DE SCIENCIAS MEDICAS

Cadeira de Pathologia interna. — Tetano.

THESE

APRESENTADA A

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

EM 31 DE AGOSTO DE 1882

E PERANTE ELLA SUSTENTADA EM 9 DE DEZEMBRO DO MESMO ANNO

POR

MANOEL JOSÉ DA CRUZ

DOUTOR EM MEDICINA PELA MESMA FACULDADE

NATURAL DE MINAS-GERAES

Filho legítimo de

MANOEL JOSÉ DA CRUZ

E DE

D. Maria José de Souza Guimarães**Rio de Janeiro**

TYP. CAMÕES—FONSECA, IRMÃO & SOUZA LIMA

143 Rua Sete de Setembro 143

1882

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Director

CONSELHEIRO DR. VICENTE CANDIDO FIGUEIRA DE SABOIA.

Vice-Director

CONSELHEIRO DR. ANTONIO CORRÊA DE SOUZA COSTA.

Secretario

DR. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES.

Lentes Cathedaticos

Drs.

Cons. F. J. do C. e Mello Castro Mascarenhas.	Physica medica,
Cons. Manoel M. de Moraes e Valle.....	Chimica medica e mineralogia
João Joaquim Pizarro	Botanica medica e zoologia.
José Pereira Guimarães.....	Anatomia descriptiva.
Conselheiro Barão de Maceió.....	Histologia theorica e pratica e anatomia pathologica.
Domingos José Freire Junior.....	Chimica organica e biologica.
João Baptista Kussuth Vinelli (Examinador)	Physiologia theorica e experimental.
João José da Silva.....	Pathologia geral.
João Damasceno Peçanha da Silva.....	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco.....	Pathologia cirurgica.
Cons. Albino Rodrigues de Alvarenga	Materia medica e therapeutica especialmente brasileira.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Claudio Velho da Motta Maia.....	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparatus e pequena-cirurgia.
Cons. Antonio Corrêa de Souza Costa.....	Hygiene e historia da medicina.
Conselheiro Ezequiel Corrêa dos Santos....	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José de Souza Lima (Presidente)..	Medicina legal e toxicologia.
Cons. João Vicente Torres Homem.....	Clinica medica.
Cons. Vicente Candido Figueira de Saboia..	Clinica cirurgica.

Lentes Substitutos

Drs.

João Martins Teixeira	} Secção de sciencias accessorias
Augusto Ferreira dos Santos.....	
Antonio Caetano de Almeida	} Secção de sciencias cirurgicas.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro.....	
João da Costa Lima e Castro (Examinador)..	
Nuno Ferreira de Andrade	} Secção de sciencias medicas.
José Benicio de Abreu.....	

Lentes Interinos

Drs.

Cypriano de Souza Freitas.....	Anatomia e physiologia pathologicas.
.....	Clinica obstetrica e gynecologica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco.....	Clinica cirurgica.
Nuno Ferreira de Andrade.....	Clinica psychiatrica.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro.....	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
Holario Soares de Gouvêa.....	Clinica opthalmologica
João Paulo de Carvalho.....	Clinica medica.

n. B.—A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas

ERRATA

<i>Página</i>	<i>Linha</i>	<i>Em vez de</i>	<i>Leia-se.</i>
5	13	Discripção	Descrição
9	1	Laennec	Laennec
12	24	Côro	Couro
15	17	Conaliculos	canaliculos
19	7	Apparacentese	paracentese
>	27	diminuinda	diminuindo
24	9	<i>sclerosa</i>	<i>sclerose</i>
26	7	seda	sêdo
39		Patogenia	Pathogenia
40	37	angiocholite	angicholite
42	38	Cornil	Cornil
64	17	circunão	circula
69	2	Inflammatione	inflammatione
>	5	Disparatus	disperatus

DISSERTAÇÃO

SECÇÃO MÉDICA

CIRRHOSE HEPÁTICA



Duo sunt præcipui medicinæ cardines
ratio et observatio; observatio tamen
est filum ad quod dirigi debent omnia
medicorum rationia.

PAGLIVI.

PREFACIO

Só as inexoraveis prescripções da lei teriam poder de nos forçar a apresentar um trabalho desta ordem, que é a chave com que temos de fechar os nossos estudos escolares e a prova ultima que servirá de base para julgamento de nossa habilitação. Em cumprimento, pois, da lei escolhemos para ponto de dissertação — *Cirrhose hepatica*—: a isto não nos moveu o desejo de apresentar um trabalho completo e perfeito, no qual as diversas questões, que se prendem a esta lesão, fossem tratadas com proficiencia, que ellas exigem, faltão nos para tanto recursos, de que não podiamos dispôr; mas sim o desejo de escolher um ponto de interesse pratico e estudar e conhecer melhor esta parte da pathologia do figado, orgão que tão importante papel desempenha no organismo e que tão diversas alterações soffre sob a influencia das cendições climatericas do paiz em que habitamos. A nossa dissertação versará somente sobre tres fórmãs de cirrhose, a *atrophica*, *hypertrophica* e *syphilitica*; omittindo outras por ser-nos impossivel, em trabalho como este, descreve-las, além de as reputarmos de somenos importancia. O nosso trabalho vae cheio de lacunas, além de mal e imperfeitamente confeccionado, temos disto consciencia; todavia resta-nos a satisfação de ter envidado todos os esforços para, ao menos, pôr em pratica o preceito. *Scire tuum nihil est nisi te scire hoc sciat alter.*

Introdução historica-Divisão do assumpto

D'entre as lesões, que escolhem o figado para theatro de suas evoluções successivas, uma se destaca — *a cirrhose hepatica* — que por ser vulgar nos climas intertropicaes, preferimos para cumprir um dever, que nos impõe a lei.

Tomando-a, pois, para objecto da nossa dissertação, começaremos por dizer algumas palavras sobre o historico da lesão e apresentar a divisão que abraçamos sobre o assumpto.

A theoria da cirrhose hepatica, diz o Sr. Gubler, tal como se póde formula-la hoje, não é obra de um só homem, mas sim o resultado de um esforço lento e gradual, obtido por uma serie de trabalhadores que, auxiliando uns aos outros, chegaram a lançar progressivamente luz sobre quasi todos os pontos obscuros da questão. E' o que realmente veremos no correr da discripção historica.

Comquanto a maioria dos modernos, que têm escripto sobre a cirrhose hepatica, nos diga que esta determinação morbida não era conhecida na antiguidade ; todavia, quem tiver compulsado com attenção os livros d'aquella época verá que, sob a denominação de *marasmus hepatis*, etc., descrevem os antigos uma affecção do figado caracterisada — *post mortem* — pela rijesa do parenchima, rangendo sob a lamina do escalpello, e produzindo uma obstrucção do orgão, a qual muito assemelha-se ao figado cirrhotico.

Porém o certo é que até Laennec esta alteração confundio-se com diversas variedades de endurecimento, canceroso ou não, do figado.

A medicina da idade media, e mesmo aquella que foi ensinada até o fim do ultimo seculo, sendo, no que diz respeito ás molestias hepaticas, apenas um reflexo do que disseram os antigos

autores, pouco nos orienta á respeito da lesão, que faz o assumpto d'este trabalho. Só um pouco mais tarde, em 1819, quando em França surgio o genio de Laennec, é que se abriu uma nova era ás pesquisas sobre a cirrhose do figado. Foi incontestavelmente Laennec, o primeiro, que distinguio e bem descreveu esta alteração morbida em alguns topicos do seu — *Traité d'auscultation* — publicado em 1819.

O mais importante delles é o que se refere a um caso de pleuriz complicado de ascite e molestia organica do coração. Pela autopsia, diz Laennec « achou-se o figado reduzido ao terço de seu volume, occulto na região por elle occupado, parecendo composto, aos golpes de escalpello de granulações do tamanho de pequenos grãos de ervilhas de cor amarella ou amarella russa. » Continúa elle: « Eis uma especie de producção que se chama squirrho, eu porém a denominarei de *cirrhose*, palavra de origem grega, que quer dizer amarello russo, por causa da sua cor. Pelo que acabamos de transcrever, foi, com effeito, este autor quem primeiro suspeitou a existencia de uma affecção do orgão hepatico, coincidindo quasi sempre com ascite e desordens outras muito notaveis. Mas, dominado pela idéa de que na economia o cancro e o tuberculo eram producções heteromorphas — *vivendo per se* — porém incompativeis com a vida, julgou ver na cirrhose um producto especial, cujo termo final era o amollecimento. Esta idéa erronea, é até certo ponto justificavel, n'aquella época; demais este illustrado anatomo-pathologista não possuia então os elementos de que dispõe hoje a anatomia-pathologica, e por isso não pôde legar aos seus vindouros, estudos mais completos á respeito da modalidade morbida a que nos referimos; dado, porém, o primeiro impulso, os obreiros d'arte, que são incansaveis em descobrir materiaes para construir o grande edificio da sciencia, apresentaram-se no campo das investigações, e foram procurar lá nas profundezas do organismo a essencia d'aquillo, que produz desordem tão grave no laboratorio da vida, e que finalmente arrastava tantas victimas ao tumulo. As idéas de Laennec, considerando a cirrhose, como producção heteromorpha, apesar de sua autoridade, acharam logo numerosos contradictores, que as derrocaram. Enumeraremos entre estes, Bauillaud (em 1826) e Andral (1829), que demonstraram não haver producção alguma nova; porém acreditavam elles, nessa

época, com Ferrein, Bichat e outros anatomistas, que a glandula hepatica era constituida anatomicamente por duas substancias, e que as granulações provinham da hypertrophia de uma das duas — a *amarella* — e da atrophia da outra — a *vermeilha*. — Esta maneira de encarar a cirrhose, fundada em conhecimentos falsos sobre a anatomia-physiologica do figado, foi até certo tempo calorosamente sustentada por Bauillaud, Becquerel, Andral e outros: quando, em 1836, Herman, mostrou pelos seus estudos, isto é, pelas pesquisas e descobertas anatomo-pathologicas sobre a estrutura intima do figado, que a granulação amarella, de que fallam os autores precedentes, nada mais é do que os lobulos hepaticos, mais ou menos modificados em sua textura, e envolvidos por uma cinta de tecido conjunctivo hypertrophiado. Os trabalhos de Carswel (em 1838) de Hallemand (em 1839), depois, em Franca, o de Gubler, devem em seguida ser enumerados entre aquelles que abrem para a cirrhose a era das observações anotomo-pathologicas delicadas. Na realidade as pesquisas microscopicas permittiram aos illustres anatomo-pathologistas precedentes mostrar que a cirrhose era devida á hyperplasia de tecido conjunctivo interlobular.

Pouco depois, Oppolser ligou a cirrhose de Laennec á phlebite das ramificações da veia porta. Desde então conheceu-se que o ponto de partida da sclerose atrophica é a phlebite das ramificações interlobulares. Até esta data só se conhecia a cirrhose atrophica de Laennec; quando, em 1849, Requim publicou duas observações de cirrhose, em que a autopsia tinha mostrado um augmento de volume do figado. O autor citado considerou o augmento de volume da glandula, como devido á uma hypertrophia especial do elemento glandular; porém na opinião de Gubler, Grisolle e Jaccoud esta hypertrophia da glandula hepatica constituia o primeiro periodo da cirrhose classica.

Mais tarde (1871) Ollivier demonstrou que a cirrhose hypertrophica não era um periodo da molestia de Laennec, porém uma entidade morbida distincta, com symptomas e marcha especial. A anatomia pathologica veio confirmar as conclusões de P. Ollivier; as pesquisas hystologicas de Hayem demonstraram a existencia de neoplasia do tecido conjunctivo, e as de Cornil e Hanot descobriram alterações nos canaliculos biliares, *angiocholite* e *peri-angicholite*.

As pesquisas de Carnot e Gombault vierão ainda confirmar estes

trabalhos; finalmente, depois das lições professadas por Charcot na Escola de medicina de Paris em 1876, a cirrhose hypertrophica occupa um lugar no quadro nosologico ao lado da cirrhose atrophica. As longas e pacientes pesquisas, que este estudo tem exigido, levaram alguns autores a admittir outras formas de cirrhose, differentes d'aquellas, cujo historico acabamos de traçar; entre estas acha-se— a *syphilitica*—com a qual terminamos o nosso trabalho. O historico desta ultima forma encontra-se convenientemente desenvolvido na parte em que della nos occupamos. Diremos sómente de passagem, que foi Gubler que, como primeiro, estudou o figado syphilitico, em uma memoria lida á Sociedade de Biologia em 1852. Os trabalhos recentes de Lancereaux completáram estas primeiras pesquisas.

Divisão. — Da exposição historica, por nós feita em rapidos traços, resulta que, em nosso ponto, dissertaremos sobre a cirrhose hepatica, porém dividida em tres formas principaes: 1º *atrophica*; 2º *hypertrophica*; 3º *syphilitica*.

Expor e discutir cada uma destas fórmas, na ordem em que estão ennumeradas, tal o fim deste modesto trabalho.



Da cirrhose Atrophica.

CIRRHOSE DE LAENNEC—CIRRHOSE VENOSA—HEPATITE INTERSTICIAL

A cirrhose de Lannec, em cuja descrição vamos entrar, é uma molestia das mais vulgares nos paizes europeos. E' tambem, sem contestação, um dos estados pathologicos que o clinico em nosso paiz é constantemente chamado a observar; merece, pois, a nossa attenção.

Consiste ella na proliferação diffusa do tecido conjunctivo, que, transformando-se consecutivamente em tecido fibroso, retrahe-se acarretando comsigo a diminuição definitiva do volume do figado e a obliteração das ramificações intra hepaticas da veia porta; que determina ordinariamente ascite.

Etiologia e Pathogenia.

A etiologia da cirrhose atrophica não está ainda bem estabelecida para todos os casos; mas na maioria delles, a molestia póde ser attribuida a causas bem manifestas, que são:

O alcoolismo.—E' elle, na opinião de todos os pathologistas, a causa por excellencia productora da cirrhose atrophica; nos paizes da Europa constitue elle uma causa de grande importancia, e entre nós, diz o illustrado lente de clinica interna, o Sr. Dr. Torres Homem, vai se generalizando pelo consumo, que annualmente vai crescendo, consumo que é mesmo feito pelas classes mais elevadas da sociedade. Donde ó dizer de Gubler, que o bom alcool produz ordinariamente as lesões

do coração e o máo alcohol as lesões do figado. O Sr. Dr. Torres Homem diz ter a sua observação confirmado aquella proposição, pois que as lesões por causa alcoholica são, na classe abastada, mais frequentes no coração, e na proletaria, mais frequentes no figado. Como actua o alcohol? A theoria hoje admittida é a seguinte: absorvido em substancia, como bem demonstraram Sandras e Mitcherlich, pelas radículas da veia porta, que se expandem no tubo gastro-intestinal, é o alcohol transportado pelo systema venoso afferente-hepatico á glandula, onde a acção irritativa, exercendo directamente nas paredes vasculares intra-hepaticas da veia porta, determina uma phlebite. Sob a influencia prolongada da mesma causa, a inflammação ganha pouco a pouco, indo de dentro para fóra, as demais tunicas vasculares; a phlebite é logo seguida de uma periphlebite intra-hepatica. O tecido conjunctivo, que rodeia os vasos, torna pois a séde d'uma irritação, que traz como consequencia a proliferação activa do tecido conjunctivo interlobular, que se manifesta ao mesmo tempo sobre todas as partes do orgão. Dahi uma sclerose total do figado.

Impaludismo. — Uma das causas, que, na opinião dos pathologistas, representa um papel importante na producção da cirrhose vulgar, é a intoxicação paludosa; é bem possivel que o miasma palustre, absorvido e levado á torrente circulatoria, possa, pela sua predilecção para o apparelho hepato-biliar, determinar pela acção de presença e contacto uma irritação das paredes das veias intra-hepaticas, irritação que persistindo determina a phlebite, considerada como o ponto de partida de todas alterações, porque passa na cirrhose atrophica a glandula hepatica. As causas, que acabamos de discutir, são as que mais commumente produzem a cirrhose de Laennec; no entanto ainda outras existem que, embora secundarias, podem, na opinião de alguns pathologistas, crear a lesão que nos occupa. E' assim que Budd mostra-se inclinado a acreditar que na India certos condimentos excitantes podem, até certo ponto, explicar a frequencia d'esta lesão n'aquellas paragens; e Frerichs bem como Trousseau parecem crer que o uso immoderado do café, da pimenta produz, á semelhança do alcohol, hyperemia e irritações que, tornando-se permanentes, dão lugar á phlebite e aos phenomenos consecutivos proprios da cirrhose atrophica. Além d'estas causas apresentadas pelos autores, ha uma que só ouvimos do Sr. Dr. Torres Homem, em uma de suas prelecções sobre cirrhose: é a propagação da inflammação da pleura diaphragma-

tica direita ao figado, cuja influencia este professor demonstrou pela ausencia de outra causa e pelos dados anatomo-pathologicos, que forneceu-lhe a autopsia. Entretanto, diz o Sr. Frerichs, casos ha nos quaes, por mais minucioso que seja o pratico, não encontra causa alguma que lhe explique a producção da molestia de Laennec; o mesmo autor, em apoio á sua opinião, cita observações de varios pathologistas, e entre estas uma de Weber, em que a cirrhose datava do periodo fetal, caracterisando-se pelos mesmos phenomenos que se observam na cirrhose vulgar.

Sexo e idade.—Em relação ao sexo, o masculino é mais predisposto, provavelmente em razão de sujeitar-se mais ás causas productoras. Quanto á idade, em todos os periodos da vida ella póde apresentar-se: porém esta molestia é mais frequente dos 50 aos 70 annos, segundo as estatisticas de Frerichs.

Anatomia pathologica.

O estudo anatomo-pathologico da cirrhose atrophica, que consideramos dividida em dois periodos—*primeiro e segundo*—versará sobre as alterações macroscopicas e microscopicas.

Alterações macroscopicas.—No primeiro periodo o figado é um pouco hypertrophiado, ou então seu volume conserva-se normal, e já o augmento de consistencia é apreciavel. A superficie, cujo envoltorio conserva-se liso ou então torna-se mais expesso e opaco, apresenta-se normal ou vagamente granulosa; os contornos do orgão são pouco modificados.

No interior encontra-se as mesmas nodosidades que no exterior. A cor não se affasta sensivelmente da normal. O segundo periodo é caracterizado pelo endurecimento devido á evolução mais completa do tecido conjunctivo, e pela diminuição de volume e deformação do figado. Com effeito a consistencia da glandula é tão consideravel, que o dedo não póde penetral-a, e nos casos extremos a resistencia é verdadeiramente lenhosa, e o orgão transforma-se em uma verdadeira massa fibro-cartilaginea compacta e homogenea; o volume reduz-se muitas vezes ao terço do normal. Sobre a superficie do orgão percebe-se em grande numero elevações hemisphericas mais ou menos regulares e salientes.

O envoltorio seroso liga-se por numerosas adherencias aos orgãos circumvisinhos, taes como, o diaphragma, estomago, etc. No interior da glandula, que apresenta na dissecção a duresa da cartilagem e a tenacidade do côro, nota-se aqui e alli bridas mais ou menos largas de tecido conjunctivo, que circumscrevem as granulações. Estas são de uma cor amarella russa, d'onde o nome de *cirrhose* dado por Laennec.

Alterações histologicas.— Para se adquirir um conhe-

cimento mais aprofundado das modificações porque passa a textura do figado cirrhotico, é mister examinar-se com cuidado como se comporta cada elemento da glandula. Estudaremos primeiramente o tecido conjunctivo, depois as cellulas, systema vascular, finalmente os conductos biliares.

Tecido conjunctivo—O estudo do tecido conjunctivo, ainda mesmo feito com instrumento de fraco augmento, fornece caracteres importantes, que permittem, só por elles, estabelecer uma linha divisoria sensível entre as diversas formas de cirrhose.

Na cirrhose vulgar as dimensões das granulações variam em um mesmo figado ou de um para outro, oscillando ordinariamente as dimensões entre ás de uma ervilha e de uma noz. As granulações principaes foram denominadas por Carswell e Charcot—*granulações de primeira ordem*—que se compõem das de 2ª ordem em maior ou menor numero; estas ultimas por sua vez são formadas por um certo numero de lobulos hepaticos. As granulações de 1º ordem são envolvidas por laminas conjunctivas relativamente espessas, em forma de anel, (*cirrhose annular*.) As granulações de 2ª ordem são limitadas por bridas de menor espessura; enfim os lobulos hepaticos, na cirrhose adiantada, são tambem separados entre se por sepiros delicados, entretanto algumas vezes confundem-se entre se sem linha de demarcação bem definida. Segundo o que precede, já se vê, que a cirrhose vulgar é não só *annular*, porém *multilobular*; porque a granulação em sua origem compõe-se de um certo numero de lobulos hepaticos comprimidos entre se. Demais esta especie de cirrhose é essencialmente interlobular; com effeito o limite entre a periphèria dos lobulos e a brida fibrosa torna-se sensível e subitamente, não se vê, n'esta especie, o tecido conjunctivo penetrar na periphèria lobular e isolar as cellulas entre se. Taes são os caracteres mais accentuados d'esta forma de cirrhose, que divergem como veremos, dos da cirrhose hypertrophica.

As alterações precedentes do tecido conjunctivo são reveladas por instrumentos de fraco augmento; se agora, com auxilio de instrumentos aperfeiçoados, examinarmos successivamente os sepiros annulares e as cellulas observaremos, segundo o professor Charcot, o seguinte: As bridas são constituídas pelo tecido conjunctivo em diversas phases de seu desenvolvimento. Aqui as cellulas embriónicas, alli as fusiformes, acolá o tecido conjunctivo fibrillar, enfim

o tecido de retracção. Quanto aos lobulos, cuja reunião constitue a glandula, nota-se que ha um limite sem transição e brusco entre a sua periphèria e á dos sepiros conjunctivos; não succede n'este caso, como em outras formas de cirrhose, a hypertrophica por exemplo, o tecido conjunctivo penetrar na parte periphèrica dos lobulos. As cellulas, consideradas isoladamente, não apresentam deformação alguma, a não ser uma diminuição progressiva de muitas que se transformam em verdadeiros pontos. Esta atrophia é devida em grande parte á pressão que ellas soffrem em todas direcções.

As cellulas, não atrophicadas, apresentam uma pigmentação mais ou menos pronunciada, que lhe dá um aspecto sombrio; muitas vezes ellas se infiltram de granulações graxas, e esta infiltração, segundo a opinião do professor Charcot, não é constante e não constitue um caracter de cirrhose atrophica.

Apparelho vascular.— Estudadas as alterações, que se passam para o lado das cellulas e tecido conjunctivo, passemos ao estudo das alterações dos vasos hepaticos, principalmente das ramificações da veia porta. E' pois, na affecção d'estes vasos e do tecido conjunctivo circumvisinho, isto é, na *phlebite e periphlebite*, que se deve procurar, segundo a maioria dos autores, o ponto de partida das alterações cirrhoticas. Assim Budd considerava a cirrhose, como consequencia de uma inflammacão *adhesiva* do tecido aureolar na visinhança dos ramusculos da veia porta. Ultimamente Klebs e Cornil descobriram elementos embrionarios, durante as primeiras phases da cirrhose, nas paredes dos ramusculos venosos e na sua visinhança immediata. As experiencias de Solowieff, consistindo na ligadura do canal choledoque, vieram corroborar a opinião dos autores precedentes, pondo em relevo a proliferação do tecido conjunctivo do figado, consecutivamente á lesão dos vasos portas, produzida pela ligadura do canal choledoque.

Segundo o exposto, a *phlebite e periphlebite* intra-hepaticas constituem o phenomeno primitivo da cirrhose atrophica.

Conhece-se o phenomeno primitivo, porém ignora-se quaes são as phases ultteriores do processo. Só se sabe que, em um momento dado, os sepiros conjunctivos apresentam uma vascularisação bem accentuada, e que os vasos de nova formação affastam-se, pela sua disposição e estructura, do typo physiologico. Estes vasos, se-

gundo professor Charcot, estão em conexão estreita com o systema porta intra-hepatico, pois que a injeção feita pela veia porta penetra n'elles. Por outro lado, communicam facilmente com os lobulos sobreviventes, cujos capillares por sua vez se injectam.

Seja como for, embora estas alterações, a circulação intrahepatica se faz por algum tempo. Depois ella é pouco a pouco difficultada, embaraçada em consequencia da atrophia e mesmo do desaparecimento de um certo numero de lobulos, que determina ao mesmo tempo extincção das veias centraes: accresce ainda a tendencia progressiva ao estreitamento dos canaes portas; tendencia que torna-se palpavel pela difficultade que se experimenta em impellir injeções pela veia porta nos casos adiantados. E' n'estas condições que se produzem as vias collateraes, e, em sua ausencia, phenomenos de stase no systema da veia porta. São estas as principaes noções, que se conhece, concernentes ás modificações do systema vascular intra-hepatico na cirrhose commum.

Canaliculos biliares.—Nesta fórma de cirrhose, os canaes biliares tanto calibrosos, como interlobulores não apresentam alteração alguma notavel. O mesmo não succede com os canaliculos biliares intra-lobulares, estes desaparecem do centro para perepheria á medida que as cellulas hepaticas desaparecem. Eis a razão porque a secreção biliar póde achar-se supprimida parcialmente sem que haja ictericia. Não obstante, a ictericia póde produzir-se em alguns casos, embora raros, em consequencia de irregularidades que possam sobrevir neste processo de destruição, taes como, obliteração dos canaes biliares, quando os canaliculos ainda não são destruidos, e continua a secreção biliar. Em semelhante occurrencia a ictericia é produsida sem duvida por um mecanismo analogo ao da cirrhose hypertrophica, como veremos.

Taes são as principaes alterações do figado na cirrhose; que são o ponto de partida de uma longa serie de perturbações funcçionaes, que podem physiologicamente resumir-se no seguinte: 1.º difficultade no curso do sangue nas veias portas e super-hepaticas; d'ahi stase no systema porta e perturbações chylopoieticas. 2.º Perturbações da função secretora do figado, desde uma ligeira diminuição até completa suppressão. 3.º Perturbação da acção do figado sobre as metamorphoses organicas e depuração do sangue; em outros termos, perturbação da nutrição e da hematose hepatica

Symptomatologia.

Com quanto não se possa estabelecer as diversas phases, que se manifestam durante a evolução da cirrhose hepatica, todavia têm os pathologistas, clinicamente fallando, admittido dois periodos nesta lesão: o 1.º caracterizado pelos diversos phenomenos que se costumam observar em hyperemias simples e repetidas do figado; o 2.º por uma serie interessante de symptommas, dependentes de uma alteração material inamovivel, que perturba o funcionalismo do orgão a ponto de tornal-o inapto aos fins para os quaes foi destinado.

A cirrhose é ordinariamente, em seu primeiro periodo, uma molestia incidiosa, e de um diagnostico de extrema difficuldade. Com effeito na maioria dos casos os doentes não podem precisar o começo da lesão, cujos symptommas são nullos, ou pelo menos passam desapercibidos, e a ascite é o primeiro phenomeno que chama attenção do paciente. Muitas vezes os symptommas, que attraem attenção delles, são as perturbações gastro-intestinaes; digestões lentas, difficeis, acompanhadas de tympanismo mais ou menos consideravel; o appetite diminue; ha alternativas de constipação rebelde e diarrhea. Em alguns casos raros, os phenomenos precursores são evidentes; consistem em uma dôr surda no hypochondrio direito, com augmento de volume do figado e ictericia passageira. Este estado pôde persistir sem modificação durante algum tempo; porém muitas vezes é interrompido por crises agudas, que caracterizam-se pelo augmento das dores e mesmo um ligeiro movimento febril; estes paroxismos parecem corresponder ás impulsões congestivas, proprias da inflammação sclerosica.

Ordinariamente estes accidentes desaparecem no fim de pouco tempo, ainda que a molestia continue a progredir, e a constituição do individuo seja affectada cada vez mais. Até o presente, como se vê, os symptommas da cirrhose, no primeiro periodo, são por assim dizer negativos.

Entretanto os ultimos symptomas, quando observados em um individuo dado ao alcoolismo e submettido á impressão das causas, de que nos occupámos, nos leva a suspeitar a existencia de uma cirrhose que começa. Existam ou não os symptomas precursores, a lesão progride minando o organismo, até que o doente enfraquecido, exausto e com o trabalho morbido já muito adiantado, vem procurar os recursos da medicina. N'este ponto a cura é quasi impossivel; é a medicina symptomatica, que poderá prolongar ainda a vida d'aquelles que n'estas circumstancias procuram sua intervenção.

Passemos ao segundo periodo. Uma vez constituido, o segundo periodo caracteriza-se pelas modificações de volume do figado, pela ascite, tumor do baço, estado particular da urina e emmagrecimento cachetico.

Tendo feito em largos traços, a descripção dos symptomas do primeiro periodo, e apenas enunciado os que caracterizam o segundo; resta-nos agora occupar d'estes ultimos com algum detalhe, na mesma ordem em que foram ennumerados.

Figado.—No 2º periodo acha-se reduzido de volume; a sua superficie é crivada de granulações confluentes de diversos tamanhos. Pela apalpação e com um pouco de habito pôde-se conhecê-las e distinguil-as das granulações volumosas, que apresenta o figado lobado ou carcinomatoso. Percebe-se ainda pela apalpação a firme consistencia da glandula e sente-se os seus bordos arredondados e resistentes. Muitas vezes o figado diminue de volume a ponto de não ser mais accessivel á apalpação, mormente quando a ascite é consideravel, por que é recalcado na excavação do diaphragma. N'este ultimo caso, é facil pela percussão demonstrar a diminuição da extensão da obscuridade hepatica. De modo que pôde-se dizer: Quanto menor fôr o figado e consideravel a ascite, tanto mais difficil será o reconhecimento das desigualdades da superficie e da consistencia dura dos bordos do orgão; são estes dois signaes de um grande valor para o diagnostico, quando existem ou antes quando podem ser observados. Por vezes esta determinação é impossivel durante toda evolução da molestia; outras vezes, a ascite não sendo muito consideravel, ou então as paredes abdominaes tornando-se flacidas depois da punção, permittem a mão chêgar ao figado e penetrar mesmo por baixo das costellas, n'este caso pôde-se adquerir dados sufficientes para estabelecer um diagnostico preciso.

Estas manobras de ordinario não dispertam dor alguma na região hepatica, caso ella exista, é devida a uma *perihepatite*. Vê-se pelo exposto, que o exame directo do órgão doente não fornece sempre dados sufficientes para estabelecer o diagnostico.

Baço.—A tumefacção do baço é um facto quasi constante na cirrhose; a sua ausencia pôde-se explicar pelas razões seguintes: uma hemorragia profusa dos vasos intestinaes, diminuindo a tensão sanguinea na veia porta, ou, como pensa Frerichs, por uma progressão facil do sangue pela circulação de compensação salutar; ainda a sua ausencia pôde ser devida, segundo o Sr. Jaccoud, á existencia da sclerose no baço; quando chega á phase de retracção, o órgão diminue como o figado, e ascite apresenta notavel recrudescencia. Quanto ao volume do baço, pôde-se estabelecer, como regra geral, que tanto menor é o volume hepatico, tanto maior é o do baço; porque o embaraço, que a sclerose do figado determina na circulação porta, tambem se manifesta na veia splenica, que é da veia porta tributaria, e a stase, estendendo-se ás trabeculas splenicas, produz o entumescimento ou augmento de volume do órgão; e esta é a razão das condições inversas em que se acham as duas glandulas na cirrhose hepatica. Assim quanto maior fôr o volume do baço menor será o do figado.

Ascite.—É um facto raro não acompanhar a ascite a cirrhose; o professor Frerichs em 36 casos a encontrou 24 vezes. Ella resulta da stase do sangue na veia porta, stase que está na razão directa da difficuldade de progressão do sangue nos vasos intra-hepaticos e na inversa de sua facil progressão pelas collateraes de compensação. O derramamento ascitico, pois, varia segundo a intensidade sanguinea na veia porta, a dilatabilidade e permiabilidade da circulação collateral.

Ordinariamente a transsudação serosa começa e augmenta lentamente sem dores no ventre, em relação aos progressos da lesão morbida. No começo ella passa facilmente desapercibida; porém não tarda o individuo sentil-a por não poder atar as calças etc.; depois vem a oppressão sobre o estomago difficultando a digestão, então já ha grande collecção liquida no peritoneo, e pela percussão nota-se obscuridade hydropica, pela apalpação fluctuação. O derramamento ás vezes toma tal proporção, que difficulta a acção do diaphragma.

Pratica-se então a punção afim de diminuir a dyspnea; o liquido

escoado, podendo ter algumas vezes em suspensão um pouco de sangue, é habitualmente de côr citrina; e a analyse chimica tem por vezes demonstrado que elle contem albumina em quantidade mais ou menos consideravel; tambem não é raro que flocos de fibrina coagulada, dependentes ordinariamente de uma peritonite geral ou parcial, appareção em sua superficie, quando praticada apparcentesese.

Edema dos membros inferiores—Como consequencia immediata da ascite, encontra-se ordinariamente o edema dos membros inferiores, que os pathologistas procuram explicar pela compressão das veias iliacas primitivas e da cava inferior, compressão exercida pelo derramamento peritonial. Resulta da disposição d'estas hydropisias um aspecto verdadeiramente especial do individuo affectado de cirrhose. Emquanto a parte inferior do corpo se tumefas, é volumosa, a superior diminue pelo facto de um emmagrecimento progressivo. A ascite é um symptoma clinico muito importante e desenvolve ordinariamente antes do edema dos membros inferiores; entretanto não se deve ligar a este ultimo facto um valor diagnostico exagerado; com effeito ha casos em que, em virtude de affecções concomitantes, como molestia do coração, chloro-anemia antiga, etc., a hydropesia pôde invadir simultaneamente o ventre e as extremidades inferiores.

Apparelho renal.—A quantidade de urina, que os rins segregam, é diminuta, não só por ser ascite um suplementar na funcção excretora, como tambem por ser deficiente a nutrição; demais a ascite, comprimindo os vasos renaes e mesmo os rins, difficulta o seu functionalismo, diminuinda a quantidade de urina excretada. A sua côr é muito carregada, porque uma parte do pigmento sanguineo é eliminado pelos rins; e a proporção de uratos é tão consideravel, que estes saes se depositam espontaneamente pelo repouso sob forma de um precipitado avermelhado muito espesso: este excesso de acido urico revela a evolução viciosa das materias azotadas. Assim pois, a desordem das metamorphoses organicas se traduz por este estado caracteristico da urina.

Alterações gastro-intestinaes.—Como já dissemos, a hepatite intersticial começa muitas vezes por symptomas gastro-intestinaes; digestões lentas, difficeis, tensão dolorosa do epigastro, lingua saburrosa, tympanismo, constipação alternando com diarrhea. Todas

estas perturbações se accentuam cada vez mais no segundo período da molestia; pois estão na razão directa da stase sanguinea nas raizes da veia porta; e contribuem poderosamente para provocar a cachexia, que constitue um symptoma constante na ultima phase da affecção. A stase ás vezes é tão consideravel, que as paredes dos vasos não podem resistir á pressão do sangue, e uma hemorragia manifesta-se para o lado do canal gastro-intestinal, resultando aqui uma *hematemese*, ás vezes fulminante, alli uma *mellena*, que vem enfraquecer o doente e cooperar para sua terminação fatal. Além d'estas ha outras hemorragias, mais tardias, que sobrevêm sob a forma de epistaxis, hemoptyses, echimosis; são attribuidas pelos pathologistas a uma alteração do sangue. A constipação é devida á insufficiencia da secreção biliar e tambem á pressão que ascite determina sobre os intestinos; durante a qual as materias fecaes apresentam em um mesmo doente modificações notaveis. Ellas são durante alguns dias normaes, depois tornam-se muito seccas, e são cobertas de uma camada espessa de muco transparente; mais tarde são discoradas. Todas estas modificações são subordinadas ao estado da secreção biliar. A diarrhéa é devida a uma hypersecreção catarrhal dos intestinos, em consequencia da turgencia das radículas venosas. O meteorismo, que ordinariamente acompanha a digestão intestinal, tem por causa a diminuição da secreção biliar e a paralyisia dos musculos intestinaes.

Desordens da nutrição.—A nutrição dos cirrhoticos desde logo começa a soffrer. Os doentes têm as faces descarnadas, o tecido adiposo desaparece e as forças diminuem consideravelmente. Ha alguns casos, embora raros, em que o aspecto e o estado de forças não revelam cachexia profunda. A magresa e fraquesa dos cirrhoticos reconhecem por causa principal a diminuição da absorção venosa na superficie intestinal em consequencia da stase e augmento de pressão nas radículas da veia porta. A' esta causa de cachexia, propria aos cirrhoticos, podemos addicionar a perturbação gastro-intestinal, caracterisada pelo estado languido da digestão estomacal e intestinal, pela preparação defeituosa, que experimentam os *ingesta* tanto no estomago como no intestino em consequencia da diminuição da secreção biliar, como tambem da difficuldade creada pelo derramamento ascitico aos movimentos *peristalticos* e *ante-peristalticos* do estomago e intestinos, necessarios á boa chylicação; donde a má

absorção dos alimentos pelos ramos intestinaes absorventes da veia porta em prejuizo da nutrição.

Taes são os phenomenos capitaes, que fornecem ao pratico dados mais ou menos precisos para estabelecer o diagnostico da forma morbida que nos occupa. Faltam-nos ainda alguns symptomas accessorios ou secundarios, que, não sendo tão importantes como os precedentes em relação ao diagnostico, concorrem todavia para confirmal-o.

Alterações da circulação. — Discrevendo a anatomia da cirrhose, já mostrámos os obstaculos que soffre a circulação intra-hepatica, obstaculos que produzem para o lado da veia porta stases, que são tanto mais pronunciadas, quanto mais avançada é a affecção hepatica. Ha, todavia, sobre este ponto excepções; pois vê-se apparecer sobre a parede abdominal veias dilatadas, verdadeiras veias collateraes e compensadoras, pelas quaes uma porção de sangue, que não póde mais atravessar a glandula, é transportada aos canaes da circulação geral.

Com effeito observa-se casos de cirrhose classica, bem accentuados, diz o professor Frerichs, em que as perturbações circulatorias são apenas sensiveis, e outros em que, a molestia continuando a progredir, as desordens, que dependem da stase, desaparecem; a razão é que ella diminue ou se dissipa por meio das novas vias de circulação. Entre as novas vias a mais importante é fornecida pelas *veias portas accessorias* de Sappey, que estabelecem a junção entre os vasos portas de um lado e as veias parietaes profundas e superficiaes do abdomem de outro lado. Além das vias precedentes, que são as principaes, ha outras menos importantes, que merecem entretanto ser assignaladas, taes são: a anastomose das veias hemorrhoidarias superiores com as inferiores, que se lançam na veia hypogastrica; a da veia coronaria esquerda com as veias esophagianas e diaphragmaticas. Emfim, segundo Kiernan, em casos de adherencias entre o figado e o diaphragma, ha ramaes venosos que unem a veia porta ás diaphragmaticas. Vejamos a direcção da corrente sanguinea nas vias collateraes.

Sabemos que, no estado normal, o curso do sangue dirige-se da periphéria abdominal para a glandula hepatica, na cirrhose porém a direcção da corrente sanguinea enverte-se e marcha para

a periphéria, e vae escoar-se principalmente nos ramaes afferentes das veias epigastricas e mamarias internas.

O affluxo de sangue para as veias da parede abdominal tende dilatal-a e formar na face profunda da parede abdominal uma rede varicosa, que completa-se muitas vezes pelo desenvolvimento das veias subcutaneas. Estas veias se desenhão principalmente entre o umbigo e o epigastro, algumas vezes estendem-se até a região inguinal. Este phenomeno fornece muitas vezes um dado de grande valor para o diagnostico; entretanto póde elle existir e coincidir mesmo com uma ascite consideravel sem ter por causa a cirrhose, e sim a compressão ou a obliteração, *verbi gratia*, por um tumor da veia cava inferior ou da veia porta. Deve, pois, o clinico ter sempre em vista estas causas de erro.

Perturbações da respiração. — O desenvolvimento consideravel do abdomen em virtude da ascite e do meteorismo concorre grandemente para perturbar a hematose pulmonar, e muitas vezes a compressão das bases dos pulmões é tão consideravel que embarça a circulação d'estes órgãos a ponto de manifestar-se uma intensa dyspnea, que requer a paracentese. O illustrado lente de clinica interna diz ter encontrado algumas vezes em sua clinica um pleuriz supra-diaphragmatico direito, acompanhando a cirrhose. Em geral o pleuriz é secco e determina adherencias da pleura com o diaphragma. Explica-se esta inflamação pela propagação da hepatite á serosa peri-hepatica, determinando uma peritonite correspondente, que por sua vez propaga-se á pleura supra-diaphragmatica. Muitas vezes são pneumonia, edema pulmonar, exsudação pleuritica, acompanhadas do cortejo habitual das perturbações respiratorias, que se declaram nos ultimos dias de vida do paciente.

Perturbações da innervação. — Quasi sempre as funcções de innervação ficam intactas; o doente conserva o uso da razão até o momento da morte. Entretanto, casos ha, embora raros, em que phenomenos nervosos graves se declaram: delirio, convulsões e coma. Quanto á explicação de taes phenomenos os pathologistas divergem; porém a opinião mais aceita é d'aquelles que explicam estes phenomenos pela *acholia*, resultante da atrophia epatica.

Marcha-Duração-Terminação.

A cirrhose é de marcha lenta e continua, os seus traços clinicos mais sensiveis são ascite e o emmagrecimento. A ascite augmenta lenta e gradualmente, produzindo ella, depois de algum tempo, o edema dos membros inferiores. Em alguns casos, entretanto, a dilatação das veias collateraes diminue a stase da veia porta, e a ascite retém-se ou diminue e póde mesmo desaparecer.

A duração da molestia é difficil precisar-se: fazel-a datar do apparecimento da ascite e das perturbações gastro intestinaes, é um erro, como judiciosamente observa Frerichs; porquanto estes phenomenos por vezes apresentam-se, quando a affecção do figado já se acha bem adiantada. O que ha de certo, e que póde estabelecer-se como regra geral, é que a molestia é essencialmente chronica, podendo durar um e mais annos, quando ella existe só; porém a sua marcha é mais rapida e restringe-se mesmo a alguns mezes, quando a affecção complica-se com outras como: pneumonia, lesão do coração, mal de Bright, etc.

A terminação da cirrhose é sempre fatal, quando produções irreparaveis se têm feito para o lado do figado. A terminação mais commum é pelo depauperamento lento e progressivo das forças, por um estado marasmatico, a que tem chegado o individuo; ou então por uma complicação final: pneumonia, peritonite, humorrhagias gastro-intestinaes, etc.

Casos ha, raros todavia, nos quaes se têm manifestado phenomenos nervosos graves no fim da evolução da cirrhose, e que são seguidos immediatamente de morte: ora é um delirio ou subdelirio, que se declara repentinamente, cahindo o doente afinal em estado comatoso; ora é o coma que se nota desde logo, morrendo o individuo alheio a tudo e a todos que o cercam.

Como interpretar estes phenomenos? Para Grolemond elles são

devidos á *cholemia*, para o Dr. Flint á *cholestrimia*, para o professor Frerichs á *acholia*. Quanto á primeira opinião não devemos aceita-la em rasão da diminuição ou falta da secreção biliar; a segunda tem soffrido serias objecções, e é hoje, póde-se dizer, rejeitada; a terceira finalmente tem a seu favor o facto do aniquilamento de um órgão importante, trasendo como resultado o accumulo dos principios constituintes da bilis no sangue, e como consequencia uma intoxicação biliosa, a que se tem denominado—*acholia*.

Complicações.

Alem das desordens proprias da sclerosa e hepatica, outras sobrevêm dependentes directa ou indirectamente da lesão hepatica, as quaes constituem verdadeiras complicações. Assim temos a pneumonia, dysenteria, diversas sortes de hemorragias, pluriz, etc.

O pleuriz direito com ou sem derramamento é uma das lesões que costumam acompanhar a cirrhose, parecendo existir sua etiologia na propagação do processo morbido do figado até a pleura.

Sendo o abuso do alcool a causa mais ordinaria da cirrhose, é claro que outros órgãos, que soffrem, como o figado, a impressão deste agente venham a ser alterados em sua structura e em suas funções, assim temos : o mal de Bright, o estado amyloide dos rins e do baço, o delirium tremens; finalmente todas as molestias, que determina o alcoolismo, são estados morbidos que podem acompanhar a evolução da cirrhose, e que muitas vezes dominam a situação, causando por si sós estragos capazes de arrebatat o doente.

Diagnostic.

Quando discutimos a symptomatologia da cirrhose, dissemos que, no 1º periodo d'esta lesão, o diagnostico era difficilimo senão impossivel, pois existem molestias no figado, que se patenteam pelo mesmo grupo de phenomenos, cujas causas são ordinariamente as mesmas, que concorrem para a manifestação da cirrhose commum. Vejamos agora, se succede o mesmo no 2º periodo da lesão. N'este periodo os symptomas, na maioria dos casos offerecem uma grande importancia e permitem estabelecer um diagnostico certo. O aspecto do doente, cuja parte inferior volumosa contrasta com a superior, que é emmagrecida, descarnada; a ascite *sui generis*, a atrophia do figado, a tumefacção do baço, as perturbações gastrointestinaes, o desenvolvimento anormal da circulação venosa subcutanea, eis os symptomas que levam o clinico a acreditar na existencia de uma cirrhose. Ha, todavia, affecções que podem confundir-se com a cirrhose.

Algumas d'estas se assestam na propria glandula, outras fóra d'ella. Das affecções que se localizam no figado só tratarei do carcinoma hepatico, por ser este o mais commum e confundir-se algumas vezes com a cirrhose; quanto aos kistos hidaticos e outros tumores do figado, alem dos symptomas que lhes são proprios, elles são accompanhados de augmento de volume do figado; a ascite e outros symptomas da stase falham quasi sempre.

Cancer hepatico.—Elle distingue-se da cirrhose por dores mais ou menos vivas, desenvolvimento precoce e rapido do emmagrecimento e da cachexia especial, e principalmente pelo resultado da apalpação; a porção que excede as costellas não é lisa e uniforme, nem simplesmente granulosa; porém offerece á apalpação verdadeiras bossas e depressões. No cancer a ascite, quando existe

manifesta-se tardiamente; na hepatite intersticial, ella é um dos symptomas prematuros; demais fazendo-se a punção exploradora no abdomen, obtem-se no cancer um liquido sanguineo e na hepatite um liquido citrino. Emfim a ausencia das causas ordinarias da sclerose e a raridade do tumor splenico são dados importantes para o diagnostico. Temos procurado até agora distinguir a cirrhose classica das lesões que têm sua seda no figado; procuremos distinguil-a agora das molestias que não se assestam n'este orgão e que possam trazer confusão ao diagnostico. N'este numero se acha a peritonite tuberculosa, com que a cirrhose se confunde frequentes vezes.

Peritonite tuberculosa.—A cirrhose hepatica póde confundir-se com a peritonite tuberculosa; mas segundo a lei de Louis, *sempre que ha tuberculos em um orgão os ha tambem no pulmão* (lei que accetamos de um modo generico) a ausencia de tuberculos no pulmão, a falta dos phenomenos proprios da peritonite tuberculosa, como a dor em todo o ventre, o seu empastamento, proprio á peritonite chronica, a sua configuração e outros signaes fornecidos pela apalpação e percussão nos servirão para estabelecer o verdadeiro diagnostico, excluindo a peritonite tuberculosa.

Pylepheblite adhesiva—Esta lesão manifesta-se, embora raras vezes, na pratica, e ella tem de commum com a cirrhose não só os phenomenos da stase no systema porta-hepatico, como tambem ainda a atrophia do orgão, porque falta-lhe o estimulo physiologico—o sangue da veia porta. N'estas circumstancias o diagnostico é difficilimo, mas a instantaneidade no apparecimento dos symptomas na lesão da veia porta, precedida de dor, comparada com a lentidão destes mesmos symptomas, na maioria dos casos de cirrhose, o estudo attento das causas de ambas, pódem esclarecer a situação. Porém ainda assim o diagnostico não passa de provavel, e só se póde estabelecer um diagnostico positivo, quando pela apalpação, chegar-se a perceber as modificações particulares da structura e consistencia do figado, que caracterisam a cirrhose. No mesmo caso estão todas as affecções que comprimem a veia porta, como o cancer do pyloro, do pancreas, etc.

Mal de Bright.—A hepatite intersticial atrophica póde ainda confundir-se com o mal de Bright; com effeito a compressão produzida pela ascite sobre as veias iliacas determina o edema dos membros inferiores, e a produzida sobre as veias renaes, deter-

mina a albuminuria, como já vimos, e estes phenomenos difficultam algum tanto o diagnostico. Distinguem-se, porém, entre se, porque na hepatite intersticial, é signal capitil preceder a ascite áquelles phenomenos, pois elles não são mais do que uma consequencia d'ella, demais a albumina desaparece ou diminue consideravelmente feita a paracentese.

Molestias organicas do coração. — Nas lesões cardiacas a ascite revela-se em um periodo avançado, posteriormente ao edema dos membros inferiores: na cirrhose dá-se inteiramente o contrario, a hydropisia começa pelo peritoneo, passa depois aos membros inferiores. Emfim o exame do coração virá esclarecer a questão, ligando ou não a ascite ás lesões cardiacas.

Em conclusão: o diagnostico da cirrhose no 1º periodo é quasi impossivel, no 2º, embora cercado de innumeradas difficuldades, é quasi sempre certo, principalmente quando puder o pratico apreciar o aspecto granuloso da superficie do orgão.

Prognostico.

O prognostico da cirrhose é dos mais fataes. Desde que um estado conjestivo do figado se manifeste, principalmente nos alcoolicos, é preciso logo submettel os a um tratamento energico. Neste periodo a therapeutica possui ainda poderosos recursos: porém chegada a lesão ao periodo em que as producções morbidas são irreparaveis a morte é certa. Cumpre ao medico em taes circumstancias palliar a molestia, modificando-lhe os phenomenos, que mais torturem o doente, para assim affastar o mais possivel o momento da catastrophe.

Tratamento.

O tratamento da hepatite intersticial atrophica varia conforme a affecção percorre o seu 1º ou 2º periodo. Em geral é muito raro que se possa reconhecê-la em começo ; porém quando isto for possível, o tratamento deverá ser aquelle que ordinariamente é empregado nos casos de hyperemia activa do figado; procurando desde logo evitar-se a causa que lhe deu origem. Assim o primeiro passo a dar é a remoção das causas productoras, como a abolição das bebidas alcoolicas e de todo e qualquer excitante do figado ; e em seguida remover a congestão hepatica por meio de sanguesugas ao anus, ventosas scarificadas á região hepatica, calomelanos em dóse purgativa, saes neutros ; se estes meios não sortirem effeito, lançaremos mão dos revulsivos, como tintura de iodo, vesicatorios, sedenhos sobre a região hepatica, e internamente os purgativos salinos, como sulfato de magnesia e soda, os calomelanos, em dóse de 60 centigr. á 1 gram., que, como meios auxiliares, darão bom resultado. O uso das aguas mineraes de Carlsbad, Mariembad, Vichy, da Campanha em Minas-Geraes, é de grande vantagem, principalmente quando o paciente poder ir ás suas fontes. Se a syphilis e o impaludismo estiverem em jogo, além dos meios já indicados, os especificos devem immediatamente ser prescriptos. Empregaremos alli os mercuriaes combinados com os iodados, e depois passaremos ao uso do iodo sob a fórma de iodoruto de potassio e de ferro ; aqui os diversos preparados de quinina. Contribuirão ainda, em grande parte para reter o mal em sua origem, a hydrotherapia, sob fórma de duchas frias ou quentes, o exercicio moderado, a moradia em localidades seccas e bem ventiladas, um regimen brando, consistindo principalmente em substancias de faci^l

digestão. No segundo periodo, quando já o tecido conjunctivo começa a retrahir-se, então é impossivel por-se paradeiro á sua evolução. Em taes circumstancias o tratamento deve ser puramente symptomatico, sendo um dos primeiros cuidados do medico sustentar as forças do doente, que diminuem de dia para dia em consequencia das perturbações digestivas e da absorpção insufficiente dos principios nutritivos ingeridos, por meio de tonicos amargos e ferruginosos, e de uma alimentação reparadora, de accordo com o estado da via digestiva. Nesta phase da molestia pois é inutil senão nocivo o tratamento que, ainda ha pouco, aconselhamos para o primeiro periodo; porque tendo uma acção debilitante esgotaria o doente e favoreceria os progressos da degenerescencia cirrhotica. O papel do medico no segundo periodo limita-se ordinariamente em attenuar, tanto quanto possivel, a acção funesta que a cirrhose exerce sobre os orgãos digestivos, sobre a producção da ascite, como tambem em remover as complicações que se manifestarem no correr da molestia. Os meios mais apropriados para combater a preguiça do estomago e entreter a sua actividade são: os tonicos amargos, como as infusões de quassia, genciana, etc., as gottas amargas, o vinho quinado, agua ingleza, e as preparações ferruginosas. No caso de manifestarem-se nauseas ou vomitos deve-se empregar as preparações calmantes de belladona, morphina, acido cyanidrico. Quando ha hematemese, o emprego dos adstringentes, como o perchlorureto de ferro, tannino, etc.; e das bebidas geladas é perfeitamente indicado. Deve-se manter a liberdade de ventre pelos purgativos salinos, rhuibarbo, aloes, etc.; quando houver diarrhéa combate-la pelo opio, adstringentes, clysteres laudanizados. A enterorrhagia cederá aos mesmos meios aconselhados na hematemese, auxiliados pelos clysteres adstringentes. A's vezes os doentes queixam-se de grande desenvolvimento de gazes no estomago e intestino, contra elles serão prescriptos, além dos tonicos amargos, as preparações carminativas. O illustrado lente de clinica interna, o Sr. Dr. Torres Homem administra constantemente no 2º periodo da cirrhose o iodureto de potassio como um meio fundente do tecido conjunctivo. Para combater a ascite deve-se prescrever os diureticos, sudorificos, purgativos, e finalmente a punção; esta ultima só deve ser praticada em caso de muita urgencia, quando a suffocação e as perturbações digestivas

adquirem proporções assustadoras; não só porque o liquido ascítico se reproduz com extrema facilidade, como também por conter albumina proveniente do sangue; de sorte que a reprodução de ascite representa novas perdas de albumina do sangue, que concorrem para augmentar a cachexia. Demais tem-se observado, algumas vezes, depois da punção um colapso que é quasi sempre seguido de morte. Os diureticos, como os sudorificos são ordinariamente inefficazes, não produzem o resultado que delles se espera. Entretanto, se quizermos prescrever os diureticos, podemos recorrer á digitalis, á scilla, porém com reserva, aos vinhos diureticos, etc. Entre os sudorificos empregaremos de preferencia a infusão de folhas de jaborandy, ou o seu alcaloide, a pilocarpina na dose de 1 a 2 centigram. em injeções hypodermicas. A acção dos purgativos sobre a ascite é mais prompta, porque a secreção das materias aquosas pela mucosa intestinal actúa directamente sobre o grão de repleção sanguinea da veia porta, é mais facil excitar esta secreção que a dos rins.

Entre os purgativos podemos lançar mão do oleo de andaaçú, da cayaponina em forma pilular, da jalapa composta, purgativos quotidianamente empregados pelo Sr. Dr. Torres Homem em sua clinica. As complicações, como pneumonia, pleuriz, peritonite, etc., serão tratadas pelos meios que lhes são apropriadas.

Contra a acholia e os accidentes nervosos que ella determina, o opio e o ether podem momentaneamente attenual-os. Emfim neste periodo só se procura suavisar os ultimos momentos do enfermo.

Observações.

Addicionare nos á cirrhose de fórma atrophica que acabamos de descrever, as tres observações seguintes, colhidas na enfermaria de clinica a cargo do Sr. Dr. Torres Homem. Pela sua leitura vê se que duas foram as causas que determinaram a molestia, o *alcoolismo* e o *impaludismo*, actuando ora isolada ora simultaneamente, assim em um dos casos foi só o alcoolismo a causa produtora, em outro, o impaludismo ; no terceiro, emfim, ambas as causas concorreram para a producção da lesão.

Quanto aos symptomas principaes, caracteristicos da cirrhose vulgar, como ascite, atrophia do figado, seu estado lobulado, hypertrophia splenica, etc., quasi todos se revelaram de um modo patente e sensivel nos doentes cujas observações vão em seguida transcriptas.

1.^a Observação-Cirrhose atrophia do figado-Atheroma com dilatação aorta-Tuberculose pulmonar

Luiz Pedro Martins Duarte, branco, brasileiro, fluminense, de 44 annos de idade, viuvo, constituição fraca, temperamento lymphatico, charuteiro, morador á rua do Conde d'Eu n. 392, entrou no dia 8 de Abril de 1881 para o Hospital da Misericordia e foi occupar o leito n. 13.

Anamnese.—Referio que, após varias manifestações syphiliticas, de que se tratara convenientemente no hospital, fôra acometido de um resfriamento, depois do qual sentio-se com febre e máo estar, tonteiras, incommodos esses que desappareceram dentro de

alguns dias; mas deram lugar a outros, taes como : vomitos, náuseas, anorexia, pyrosis. A proporção que seus soffrimentos se foram tornando duradouros, começou o doente a sentir algumas dôres no hypochondrio direito, que se manifestavam principalmente por occasião de certos movimentos; algum tempo depois notou, com sorpresa, que seu ventre crescia, ao passo que o resto do corpo emmagrecia, e que o seu estado geral apresentava-se em más condições.

Abusou em larga escala das bebidas alcoolicas. Nunca teve febres intermitentes nem tão pouco rheumatismo.

Declarou outrossim que as dôres surdas na região hepatica e o augmento do ventre appareceram-lhe havia um anno mais ou menos.

Estado actual. — Grande emmagrecimento, contrastando singularmente com o enorme desenvolvimento do ventre; pallidez pronunciada das mucosas, enfraquecimento geral, anemia profunda.

A percussão do ventre dá lugar á som humorico; a apalpação deixa perceber a ondulação caracteristica da existencia de liquido na cavidade peritoneal; a simples inspecção indica que o ventre apresenta symetria em suas duas metades, o que demonstra que o augmento de volume se faz uniformemente. As veias peri-abdominaes mostram-se turgidas, indicando a existencia de uma circulação venosa suplementar, phenomeno revelador de serio embaraço na circulação da veia porta. Algum edema malleolar, posterior á ascite; embaraços nas funcções digestivas, traduzidos por vomitos, náuseas, anorexia, pyrosis e alguma constipação de ventre; lingua pallida, coberta de saburra esbranquiçada; urina diminuta, vermelha, de reacção acida, diminuição consideravel de uréa, não ha albumina. No fim da observação acha-se uma tabella de analyse das urinas, feita pelo Sr. Dr. Martins Costa, em que se apprecia bem a quantidade de urina emittida em 24 horas, como a sua reacção, densidade e quantidade de uréa. O exame do figado revela a sua atrophia; e o do baço a hypertrophia. No apice do pulmão direito encontram-se pela auscultação os phenomenos physicos dos dous primeiros periodos da tuberculose pulmonar.

No aparelho circulatorio encontra-se, na base do coração, uma bulha de percussão, acompanhada de um sopro rude, aspero, phenomenos esses que indicam uma atheromasia da aorta com dilatação. Nada mais se encontrou.

Marcha e tratamento.—Abril 9.—Prescrição: Pilulas com 1 centigr. de cayaponina. Tome 3 por dia.

Dia 10.—As pilulas produziram uma larga catharse. Deu-se:

Infusão de genciana e lupulo	120 gram.
Iodureto de potassio	1 "
Xarope de cascas de laranjas	30 "

Em 3 doses.

Uma injeção hypodermica de chloridrato de pilocarpina.

11—18.—O mesmo estado. O mesmo tratamento, menos a injeção, que, apesar de abundante diaphorese que produziu, não modificou sensivelmente a ascite, que continua consideravel.

19—Praticou-se a paracentese, dando 6 litros de serosidade.

20—30.—Accentuação das perturbações digestivas. Ascite reproduzida com grande intensidade. Prescrição a mesma.

Maió 2.—Praticou-se a paracentese de novo, retirando-se 5 litros de serosidade. O mesmo estado. O mesmo tratamento.

3 e 4.—Acha-se um pouco alliviado. Mandou-se dar:

Vinho quinado	120 gram.
Iodureto de potassio.	1 "
Xarope de cascas de laranjas	30 "

Para tomar um calice de 2 em 2 horas.

5—9. Os embaraços nas funcções digestivas, que tinham cedido algum tanto, accentuaram-se de novo.

10. Prescreveu-se:

Magnesia de Murray	1 frasco
Tintura de noz vomica	1 gram.

Tome um calice de 2 em 2 horas.

11—13. Nada de melhora. Ascite consideravel. Praticou-se ainda uma vez a paracentese.

14. Prescrição a mesma. O doente accusou dôr intensa no ponto do abdomen, em que se fez a punção. Mandou-se fomen-tar este logar com pomada mercurial e de belladona.

15. Algumas melhoras. Applicou-se uma cataplasma de linhaça sobre o ventre.

16. Accusou tosse secca e intensa que o encommoava:
Suspendeu-se a prescripção precedente e deu-se :

Xarope de tolú.	} ana 30 gram.
" " polygala	
" " diacodio	

Agua de louro cereja . . . 10 gram.

Dóse: uma colher de sopa de 3 em 3 horas.

17—19. Continúa a tosse. A auscultação revela phenomenos francos de fusão tuberculosa no apice do pulmão direito, e começo de compromettimento do segundo.

Temperatura no dia 19, $38^{\circ},m_0$; $38^{\circ},t_2$. Suspendeu-se o xarope e fez-se a seguinte prescripção :

Arseniato de soda	5 centigram.
Sulfato de morphina	10 "
Xarope de helecina	250 gram.

Tome 3 colheres de sopa por dia.

20. Neste dia, sobre a madrugada, o doente sentio uma pontada no lado direito do thorax, que o torturou muito. A escuta revelou ruido de attrito na região mamelonaria direita; portanto um pleuriz concomitante. Para combater esta complicação, applicou-se 6 ventosas sarjadas no fóco da dôr, e posteriormente compressas frias no mesmo lugar. T. $38^{\circ},m_1$ $38^{\circ},t$.

21. O mesmo estado. Pinceladas de tintura de iodo no fóco da dôr.

Injecção hypodermica de morphina no mesmo lugar. T. $37^{\circ},m_6$; $37^{\circ},t_4$.

22. A pontada desappareceu. A temperatura normal.

23—29. Poucas melhoras. Continuou com a prescripção do dia 19.

30. O doente persiste na idéa, já manifestada anteriormente de retirar-se do hospital, pelo que foi-lhe concedida a respectiva alta. Sahio com melhoras muito pouco sensiveis, levando, além das lesões com que eñtrou, um pleuriz já em via de resolução.—

Analyse das urinas pelo Sr. Dr. Martins Costa

MEZ DE MAIO DE 1881

<i>Data</i>		<i>Quantidade emittida em 24 horas</i>	<i>Reacção</i>	<i>Densidade</i>	<i>Uréa total grammas</i>
Dia	16	335 centim. cubicos.	Acida	1,023	3,780
"	17	380 " "	"	1,018	5,185
"	18	340 " "	"	1,023	2,948
"	19	370 " "	"	1,022	2,338
"	20	360 " "	"	1,023	1,985
"	22	320 " "	"	1,021	3,266

2ª Observação. Cirrhose. Atrophica do figado.

Antonio Custodio Dufles, brasileiro, de côr branca, livre, de temperamento lymphatico e constituição fraca, de 34 annos de idade, casado, morador em S. Pedro e S. Paulo (Nitheroy) entrou para o Hospital da Misericordia em 5 de Maio de 1881 e foi occupar o leito n. 17.

Anamnese. — Refere que ha annos, não podendo precisar quando, foi accomettido de febres intermittentes, de que sarou, mas que ha 40 dias mais ou menos começou a sentir dores no hypochondrio direito e perturbações digestivas, nauseas, vomitos, prisão de ventre; ao mesmo tempo notara que o abdómem augmentava lenta e gradualmente de volume e que só depois do grande volume do ventre é que notara a inchação das pernas. Não abusou das bebidas alcoolicas, nem tão pouco acusou antecedentes syphiliticos.

Estado actual. — Actualmente observamos: grande anemia, revelada pelo descoramento das mucosas (labiaes, conjunctivas, etc.) magresa consideravel, côr dos tegumentos de um amarello sujo terroso; ha um verdadeiro estado cachetico.

Ventre enormemente distendido por serosidade (ascite); veias abdominaes superficiaes engorgitadas, desenhando-se perfeitamente, ligeiro edema dos membros abdominaes.

Apparelho digestivo : anorexia, digestão difficil, nauseas, vomitos, prisão de ventre, figado diminuido de volume, baço augmentado. A urina é escassa, de reacção acida, bastante concentrada, deixando depositar espontaneamente pelo resfriamento uratos, sob a fórma de um precipitado vermelho; ha diminuição de uréa. Tudo isto foi revelado pela analyse das urinas, feita pelo Sr. Dr. Martins Costa e acha-se representado na tabella infra.

Marcha e tratamento.—Dia 5. Prescripção: 2 pilulas de cayaponina.

6. O doente evacuou abundantemente. Foi-lhe receitado o seguinte :

Infusão de lupulo e genciana 120 gram ; iodureto de potassio 1 gram.; xarope de cascas de laranjas amargas 30 gram. Em 3 dóses.

Neste mesmo dia foi praticada a paracentese, retirando-se 10 litros de serosidade.

7—13. Sentio-se menos affrontado pela retirada do liquido da cavidade, porém já no dia 12 queixava-se de dôr e calor no ventre, anorexia, lingua amarga, prisão de ventre, nauseas. A medicação a mesma.

13. Continuando no mesmo estado, suspendeu-se a poção de iodureto de potassio e prescreveu-se : Sulfato de magnesia 45 grammas.

13. O purgativo produziu largas evacuações.

15. Mandou-se dar pilulas de proto-iodureto de ferro de Blancard. Tome 3 por dia ; e agua ingleza: 3 calices por dia.

16—31. A mesma prescripção (pilulas de Blancard) Porém durante este tempo o doente não experimentou melhora alguma, ao contrario, ia definhando lentamente, e o pouco que comia era ordinariamente vomitado ; a reproducção da ascite era já bem manifesta, pelo que foi de novo praticado a paracentese no dia 27. No dia 1 de Junho o enfermo pediu e com insistencia a sua alta, que lhe foi dada, sahindo no seguinte estado : depauperamento consideravel, pallidez extrema, perturbações gastro-intestinaes bem accentuadas ; o ventre não se acha muito volumoso por se haver praticado, ha poucos dias, a paracentese ; emfim o doente retirou-se do hospital em estado gravissimo.

— Analyse das urinas pelo Sr. Dr. Martins Costa: —

— Mez de Maio de 1881 —

Data		Quantidade emittida durante 24 horas	Reacção acida	Densidade	Urea total grammas
Dia	16	220 cent. cubicos	»	1,018	3,138
»	17	235 " "	»	1,023	3,412
»	18	350 " "	»	1,023	4,353
»	19	340 " "	»	1,020	3,332
»	20	430 " "	»	1,023	5,336
»	22	500 " "	»	1,022	3,757
»	23	350 " "	»	1,018	4,235
»	24	500 " "	»	1,020	6,265
»	25	500 " "	»	1,022	8,144

3ª Observação. Cirrhose atrophica. Aortite chronica.

Sebastião da Silva, branco, brasileiro, natural do Rio Grande do Sul, de 37 annos de idade, solteiro, residente na rua da Saude n. 134, entrou no dia 14 de Julho de 1881 para o Hospital, indo occupar o leito n. 14.

Anamnese.—Declarou que havia 15 dias começara a sentir dores vagas, accompanhadas de tensão no hypochondrio direito depois de alguns accessos de febre intermittente de typo quotidiano; e que em seguida notara que o seu ventre tornara-se proeminente, sem que pudesse dar uma explicação satisfactoria desse facto. Disse mais que cançava muito, quando fazia qualquer exercicio.

Nunca teve molestia grave, a não ser febre intermittente que por vezes o atacara em Caravellas, onde residio durante muitos annos e d'onde veio ha cerca de um mez.

Já teve rheumatismo e varias manifestações syphiliticas.

Tem feito uso constante dos alcoolicos, se bem que nunca abusasse.

Estado actual.—E' um individuo de constituição regular, temperamento sanguineo, e apresenta em seu estado actual apenas as seguintes modificações. No apparelho circulatorio apresentam-se apenas os signaes phisicos de uma aortite chronica. Toda attenção do observador é dirigida para o abdomen que se apresenta proeminente, tenso, contendo em seu interior liquido em soffrivel quantidade, reve-

lado pela ondulação que se obtem pela competente exploração. O figado mostra-se á apalpação e percursão endurecido e diminuido de volume. O baço apresenta-se bastante augmentado. Ha uma ligeira sub-ictericia, revelada pela côr amarellada das scleroticas. Lingua saburrosa, alguma anorexia e prisão de ventre; taes são as perturbações do apparelho gastro-intestinal.

Marcha e tratamento.—Dia 14. Prescrições:

Extracto de elaterio inglez 3 decigram.; extracto de rhuibarbo 22 gram.

Me. e divida em 12 pilulas. Dose: 3 por dia.

15. Evacuou abundantemente com as pilulas. Mandou-se dar: Infusão de lupulo e genciana 120 gram., iodureto de potassio 1 gram. xarope de cascas de laranjas 30 gram. Em 3 doses.

16—25. As dores vagas do figado diminuíram subitamente

A ascite não se incrementou; porém, á tarde do dia 25, o doente accusou um calafrio intenso, prolongado, seguido de calor ardente, o qual foi por sua vez acompanhado de suores copiosos, emfim um accesso perfeito de febre intermittente com os seus tres estadios: á diaphorese abundante seguiu-se uma completa apyrexia. A temperatura elevou-se á 39^ot,0.

26. O doente conserva-se apyretico sem modificação sensível em seus incommodos. Receitou-se: Sulfato de quinina 1 gram.

27. Temperatura 37.^{mo}0; 40.^ot,5 Prescreveu-se ainda: Sulphato de quinina 1 gram.

28. T. 37.^{mo}1; 36.^ot,1. Deu se: Sulfato de quinina 1 gram. (ás 10 horas da manhã.) Sulfato de quinina 60 centigr. (á 1 hora da tarde).

29. T. normal. Tomou ainda: Sulfato de quinina 60 centigram. Vinho quinado: 2 calices por dia.

30. Continúou apyretico. Deu-se por precaução: Sulphato de quinina 50 centigram. Continuou com o vinho quinado.

31 T. normal. Tomou somente 3 calices de vinho quinado por dia.

Agosto 1. Voltou ao iodureto de potassio (2 gram.)

7. Durante este lapso de tempo o doente esteve apyretico, fez uso constante de iodureto de potassio; tendo melhorado sensivelmente dos seus encommodos, particularmente das dôres que extinguiram-se de todo. O doente pois achando-se muito melhor, solicitou e obteve alta em 8 de Agosto de 1881.

Da Cirrhose Hypertrophica.

SCLEROSE HYPERTROPHICA, BILIAR, HEPATITE INTERSTICIAL HYPERTROPHICA.

Os clinicos modernos admittem, além da *sclerose hepatica atrophica* a *hypertrophica com ictericia*. Esta ultima, considerada no ponto de vista histologico, póde-se definir, uma inflammação intersticial caracterisada por proliferação permanente e diffusa do tecido conjunctivo, de modo que o figado conserva-se augmentado em todo o periodo da molestia. Na sclerose atrophica, e no primeiro periodo, o figado augmenta de volume por proliferação do tecido conjunctivo; no segundo periodo elle retrahe-se e atrophia em consequencia da transformação do tecido conjunctivo em fibroso; mais na sclerose hypertrophica, de que tratamos, a proliferação tem logar, porém o tecido conjunctivo não soffre a transformação em tecido fibroso, de modo que o figado conserva-se augmentado de volume e endurecido.

Etiologia e Patogenia.

As noções etiologicas, que se possui sobre a cirrhose hypertrophica, com ictericia, são ainda pouco numerosas e têm sómente um valor muito relativo, a etiologia desta molestia é ainda muito mal conhecida, segundo o Sr. Surre. Não obstante enumenaremos as causas, conside-

radas pelos clinicos como capazes de produzi-la. Alguns, entre elles Lancereaux, em razão do desenvolvimento do figado e do baço nesta fórma de cirrhose, consideram a febre intermittente, o impaludismo como a causa a mais importante senão a unica desta affecção, a ponto de denominar-a *paludosa*; porém outros, entre elles Hanot, affirmam que grande numero de cacheticos pelo impaludismo não é affectado de sclerose hypertrophica, e, reciprocamente, muitos cirrhoticos hypertrophicos, não soffrerão a menor acção do miasma palustre. Póde-se pois admittir, com Hanot, que o impaludismo constitue uma das causas mais frequentes e não unica como queriam alguns praticos. Deve-se considerar do mesmo modo a syphilis, que tem sido assignalada em algumas observações; devemos desde já declarar que a verdadeira *hepatite syphilitica*, como veremos, differe clinica e anatomicamente da cirrhose hypertrophica. Gubler em uma de suas observações; depois outros autores attribuem esta fórma de cirrhose á lithiase biliar; a observação porém tem demonstrado que ella é simplesmente uma causa predisponente: póde mesmo não passar, segundo o Sr. Surre, de simples coincidencia.

O alcoolismo, mais do que nenhuma outra causa, parece gozar um papel importante na genese da cirrhose hypertrophica. Sem ter uma influencia tão accentuada como sobre a cirrhose commum, encontra-se elle, como antecedente pathologico, na historia de quasi todos os doentes desta fórma de cirrhose. Tem-se ainda invocado algumas causas accidentaes, por exemplo, o catarrho gastro-intestinal, porém na opinião de alguns praticos, parece provavel que se tenha tomado o effeito pela causa, as primeiras perturbações digestivas dependentes da molestia do figado por ponto de partida do mal. Em resumo, a morada em paizes pantanosos, o alcoolismo, etc., parecem representar algumas vezes o papel de causas determinantes, porém outras vezes esta nos escapa.

Até o presente, é mister confessar, a etiologia não fornece elementos importantes para o diagnostico differencial entre a *cirrhose atrophica* e *hypertrophica*. Póde-se dizer, de um modo geral, que uma e outra se desenvolvem sob a influencia das mesmas causas. Sendo pois as causas as mesmas, porque razão actuam ellas aqui sobre o systema vascular alli sobre as vias biliares? Porque mecanismo a *angiochollite* se desenvolve? São outros tantos pontos obscuros, que ainda esperam uma explicação decisiva. O que se sabe de positivo e

certo é: que a origem da sclerose hypertrophica consiste em uma lesão das vias biliares. A mucosa dos conductos biliares é o theatro de uma proliferação epithelial das mais activas, indicio de um estado irritativo da parede do vaso. O processo irritativo caminha em seguida de dentro para fóra desta membrana para as mais externas, e attinge secundariamente o tecido conjunctivo, cuja distribuição não é conhecida. Taes são, parece-nos, os unicos dados que se possui até esta data sobre a etiologia e pathogenia da cirrhose hypertrophica.

Anatomia pathologica.

Exame macroscopico.—O estudo macroscopico do figado nos mostra que este orgão é consideravelmente augmentado de volume, e attinge algumas vezes á enorme cifra de 3,500 gr.

N'esta forma o figado conserva os seus bordos cortantes, a sua côr é de um amarello côr de óca, apresenta certa resistencia á pressão. A sua superficie é algumas vezes perfeitamente lisa, outras vezes é semeada de pequenas granulações; não ha bossas como se observa na cirrhose commum. Os vasos hepaticos não parecem ser a séde de alteração alguma característica.

Exame histologico.—Este exame, na especie, é de grande importancia. E' elle que nos vai mostrar as alterações anatomo-pathologicas mais interessantes.

Lesões microscopicas do tecido conjunctivo.—Essas alterações não são absolutamente identicas em todo ponto affectado, differem mais ou menos, segundo os pontos, em que o exame é praticado, e essas differenças estão visivelmente em relação com a phase e intensidade da lesão. Vejamos resumidamente as particularidades notaveis apresentadas por Hanot, e que são geralmente as mesmas que Cornil e Hayem indicaram em suas observações. Examinando elles laminas de tecido hepatico, convenientemente preparadas, observarão: que em certos pontos, os lobulos conservavão-se quasi no estado normal, apenas eram separados por sepitos quasi imperceptiveis de tecido con-

junctivo. Porém em outros, os lobulos hepaticos são separados por uma ganga de tecido conjunctivo bem *appreciavel*, sulcada por canaliculos biliares, formando plexus mais ou menos numerosos. A espessura do tecido conjunctivo, que separa os lobulos entre se é muito variavel, póde mesmo igualar tres vezes a largura media dos lobulos. O tecido conjunctivo perilobular envia á peripheria dos lobulos tractos, que separam as cellulas mais externas entre se. Algumas d'estas são pouco modificadas, mas quasi todas são achata-das pela zona conjunctiva que as encerra. Assim ha pontos em que não existem, por assim dizer, vestigio algum de sclerose interlobular; em outros pontos o tecido conjunctivo interlobular, muito mais desenvolvido, dá origem á sepiros, que se ensinham no interior dos lobulos, e formam em torno d'elles circulos, que começam atrophial-os; enfim em outros, o trabalho irritativo tem chegado ao seu maximo de desenvolvimento. N'este ultimo caso o lobulo é reduzido á algumas cellulas atrophias, granulosas, pigmentadas, perdidas no meio de tractos conjunctivos que as crusam em todos sentidos. Na maior parte dos lobulos, as lesões são intermediarias, ha uma zona exterior mais ou menos larga, composta de cellulas atrophias pelos prolongamentos do tecido conjunctivo extra-lobular, e uma zona interna, que conserva-se normal.

Quanto aos vasos sanguineos, desde já podemos dizer, que elles não soffrem modificações importantes; entretanto algumas vezes o seu diametro excede ao habitual. As novas cellulas são pouco numerosas ou faltam completamente em torno dos vasos sanguineos, pelo contrario, multiplicam-se em torno das paredes dos canaliculos biliares, que lhes servem, póde-se dizer, de centros de formação.

Modificações dos canaliculos biliares.—Cabe á Carnil a honra de haver, como primeiro, notado as particularidades anatomo-pathologicas, que mais caracterizam a cirrhose hypertrophica, queremos fallar das lesões dos canaliculos biliares. Por sua vez, Hanot, no seu estudo sobre cirrhose hypertrophica, declara que de 1873 a 1874 autopsiou tres individuos, mortos desta especie de cirrhose, e que nelles encontrou lesões dos canaliculos biliares, e as ligou a uma *angiocholite*.

Para Carnil esta lesão consiste pouco mais ou menos no se-

guinte: Consideravel desenvolvimento da rede dos canaliculos biliares inter-lobulares. Em todo tecido conjunctivo inter-lobular, vê-se, sobre laminas convenientemente preparadas, uma rede muito rica de canaliculos, formando malhas muito serradas e semelhantes na structura e no revestimento epithelial aos canaliculos biliares inter-lobulares normaes. Em lugar de um só canaliculo, que acompanha cada ramo inter-lobular da veia porta, na cirrhose hypertrophica encontra-se uma rede de finas malhas. Ha differença no calibre destes canaes, aquelles que se encontram no meio do tecido conjunctivo, são os mais volumosos, e muito mais grossos que os canaliculos biliares inter-lobulares normaes; além disso são forrados por cellulas cubicas ou cylindricas, e cheios habitualmente de cellulas destacadas. Os canaliculos biliares mais proximós dos bordos dos lobulos hepaticos, são muito mais finos e delgados que os precedentes, mesmo assim elles são atravessados por cellulas alongadas e dispostas tópo a tópo. Nos canaliculos mais largos, as cellulas são dispostas em duas ou mais series parallelas, enchendo o conducto biliar. O canaliculos estreitos, cheios ou por uma só serie de cellulas ou por mais, estão em communicação directa com os mais grossos canaes, forrados completamente por cellulas epitheliaes cubicas ou cylindricas. Parece que se trata aqui de penetração de cellulas epitheliaes nos canaliculos intra-lobulares, que as não possuem no estado normal. Os canaliculos biliares, embora multiplicados e desenvolvidos não dão passagem á bilis, que tem origem nas cellulas hepaticas, obrigando-a accumular-se ahi: a razão é que os canaliculos menores são fechados mais ou menos completamente pelas cellulas que nelles existem; os maiores são atacados tambem de um catarrho com formação de novas cellulas, que as obliteram, donde a dificuldade e mesmo impossibilidade do curso da bilis. Disto resulta a estase biliar nas cellulas hepaticas e ictericia em consequencia do accumulo da materia corante da bilis no sangue.

Um facto importante e de alto interesse é a disposição da sclerose em relação á rede biliar dilatada.

Hanot havia já notado que, em torno destes canaes, o tecido conjunctivo era mais denso e fibroso, como se o trabalho irritativo fosse ahi de data mais antiga. Charcot confirmou a opinião de Hanot, dizendo: que o processo irritativo inicial parece fazer-se

de preferencia na visinhança dos canaes biliares, muito mais do que ao redor dos vasos arteriaes ou venosos, é este o caracter fundamental desta variedade de sclerose.

Dos dados, que acabámos de expor, fornecidos por observadores de todo merecimento, resalta que a lesão fundamental e primitiva da cirrhose hypertrophica é uma *angiocholite*, limitada aos canaes biliares e inter-lobulares, e que as alterações dos lobulos hepaticos são sempre consecutivas. Emfim o que se admite até o presente, como facto capital da anatomia da cirrhose hypertrophica, é a existencia da *angiocholite* e a predominancia da lesão nos espaços inter-lobulares.

Ao terminarmos parece-nos indispensavel apresentar em resumo os pontos em que as lesões da affecção, que acabamos de descrever, differem das que se mostram na cirrhose classica, com que tantas vezes tem sido confundida.

Na cirrhose classica, a sclerose é quasi sempre extra-lobular; o tecido hypertrophiado vae immediatamente retrahindo-se cada vez mais, comprimindo e atrophando insensivelmente vasos e lobulos.

Na forma que discrevemos, o tecido conjunctivo desenvolve-se tanto dentro, como fóra dos lobulos: não tem tendencia á retracção, e nos pontos em que faz desaparecer os lobulos, fal-o interpondo-se ás cellulas e substituindo-as á proporção que ellas desaparecem.

Na cirrhose commum os canaliculos biliares conservam-se normaes: aqui experimentam consideraveis lesões, que já foram descriptas, e que differenciam esta affecção da cirrhose classica.

Symptomatologia.

Os principaes elementos do quadro symptomatico da cirrhose hypertrophica confirmada são, a *ictericia chronica* e a *hypertrophia* do figado, finalmente podemos addicionar um terceiro, *ausencia d'ascite*. Porém a cirrhose, que descrevemos, antes de chegar á esta phase de estado, apresenta um periodo prodromico, em que os symptomas não são bem caracteristicos.

Assim a ictericia e as dores no hypochondrio direito e no epigastro de ordinario dão principio á serie dos accidentes. Em quasi todas observações, que temos lido, a ictericia e as dores hepaticas são acompanhadas, desde logo, de anorexia, digestões difficeis, constipação de ventre, máo estar geral. A ictericia e a dor hepatica sobrevêm, de quando em quando, por verdadeiros accessos, acompanhados de engurgitamento do figado, e algumas vezes de febre. Depois o máo estar desaparece pouco a pouco, as forças e o appetite reapparecem e a ictericia attenua-se. Depois de algumas alternativas para melhor e para peor, a molestia entra no segundo periodo, que é caracterisada pela *ictericia chronica e hypertrophia permanente* do figado.

A ictericia é pois uma das manifestações capitaes da molestia. Em alguns casos, ella é pouco sensivel ao começar, depois augmenta gradualmente: em outros é intensa desde o seu começo. Qualquer que seja o gráo de intensidade, com que a ictericia se revela, ella persiste até o fim.

Todavia, durante a longa evolução desta forma de cirrhose, a ictericia passa por numerosas variantes: umas vezes o doente apresenta uma côr olivar ou ennegrecida, outras uma côr muito menos accusada, verdadeira cor subicterica dos tegumentos e das conjunctivas. A ictericia augmenta durante os accessos da dor hepatica e elevação da temperatura, para diminuir depois no intervallo das crises: fazendo muitas vezes crer o medico em um verdadeiro ataque de ictericia, quando o estado geral do doente não está ainda muito compromettido, e elle pode entregar-se ás suas occupações ordinarias. Como já dissemos todo o tegumento externo e as scleroticas apresentam uma cor amarella mais ou menos carregada. As materias fecaes algumas vezes são descoradas, outras conservão o seu aspecto quasi normal. A urina é icterica, tratada pelo acido azotico dá uma cor verde de intensidade variavel.

Qual é pois o mecanismo da producção d'esta ictericia, que occupa um lugar tão importante no quadro symptomatico desta affecção? Gubler explicou este symptoma em uma de suas observações pela obliteração dos conductos biliares por calculos; porém esta particularidade não se tem encontrado em outras observações, ella é antes uma excepção do que a regra. Cornil foi o primeiro que procurou ligar o symptoma *ictericia* ás lesões dos canaliculos biliares, como tambem á proliferação do tecido conjunctivo, que se observa na forma da cirrhose, de que tratamos.

A proliferação do tecido conjunctivo não compromette os vasos sanguineos, más as radículas biliares, comprimindo-as e embaraçando portanto a excreção da bilis, que é reabsorvida pelo sangue, por meio do qual diffunde-se pelos tecidos, determinando ictericia que é um symptoma permanente e primitivo da cirrhose hypertrophica. Além deste embaraço temos a proliferação das cellulas epitheliaes consecutivas a uma *angiocholite*, as quaes, accumulando-se no interior dos canaes inter-lobulares, concorrem para a sua obliteração.

Esta opinião é seguida por muitos pathologistas, por isso que mais quadra com as oscillações dos symptomas, sobre que insistimos.

Com effeito no momento das crises, quando o processo morbido soffre novo impulso, a proliferação epithelial no seio dos canaliculos biliares deve tambem tornar-se mais activa, e a obliteração dos conductos será mais completa, donde a exaggeração da ictericia.

Depois, nas phases intermediarias, uma grande parte das cellulas de nova formação devem desapparecer ou por absorpção ou impellidas para conductos mais largos, e a obstrucção dos canaes diminuirá, dahi a menor intensidade da ictericia. O catarrho, quando for intenso e estender-se a todos canaliculos biliares, pode oblital-os de tal modo que não deixe passar para o intestino bilis capaz de corar as materias fecaes; estes casos são raros, de ordinario a circulação da bilis se faz em um ou outro ponto, de sorte que o liquido biliar passe para o intestino em quantidade mais ou menos notavel.

Hypertrophia hepatica.—A hypertrophia do figado é, como dissemos, outro signal capital desta affecção.

Uma vez confirmada, a hypertrophia é ainda sujeita á oscillações; assim o figado augmenta no momento das exacerbações febris e da ictericia. Algumas vezes a hypertrophia chega a ser tão consideravel, que enche o hypochondrio direito, desce até ao embigo, fazendo saliencia para o exterior, que se apprecia pela simples vista. Pela apalpação encontra-se este orgão bastante resistente e elastico, o seu bordo anterior nitido e cortante, a superficie, que excede o rebordo das falsas costellas, ordinariamente lisa. Esta hypertrophia permanente do figado é devida naturalmente á producção consideravel do tecido conjunctivo de nova formação, e ao desenvolvimento anormal dos canaliculos biliares. Aos symptomas precedentes devemos addicionar a *ausencia d'ascite*, que é um signal negativo de alto valor. Ainda mesmo que o derramamento peritoneal se faça, elle é não só tardio, como pouco pro-

nunciado. Em geral pôde-se avançar que os phenomenos resultantes da stase na veia porta, que gosão um papel predominante na cirrhose commum, falham quasi sempre na cirrhose hypertrophica.

Assim, além da ausencia da ascite, temos a ausencia das hemorragias gastro-intestinaes, a da circulação suplementar periabdominal etc,. Em resumo, a *ictericia chronica*, a *hypertrophia* consideravel e permanente do figado, a *ausencia d'ascite*, como do desenvolvimento anormal das veias sub-cutaneas abdominaes são o quadro symptomatico desta affecção, que termina quasi sempre pelos phenomenos da *ictericia grave*.

Marcha, Duração e Terminação.

A cirrhose hypertrophica é uma molestia de marcha essencialmente chronica. Por espaço de quatro, cinco, seis annos, espaço que chamaremos—*periodo tolerante*—esta affecção se caracteriza por perturbações funcçionaes pouco accusadas, ictericia sub-aguda, hypertrophia bastante sensivel do baço e figado.

A sua evolução durante este espaço é interrompida por impulsões congestivas, que accentuam cada vez mais a ictericia e a hypertrophia hepatica. Durante este tempo o emmagrecimento e a diminuição das forças têm sido lentas e progressivas: chega enfim um momento em que seu progresso é sensivel, a saude em geral é affectada. O paciente definha desde então rapidamente, cae no marasmo e entra sem poder reagir no periodo fatal, que termina quer pelos accidentes da *ictericia grave*, quer pelos os da peritonite e das affecções pleuro-pulmonares. A morte é pois a consequencia fatal da molestia que nos occupa.

Complicações.

Na ultima phase da cirrhose hypertrophica frequentes vezes sobrevêm complicações, que arrebatam com mais ou menos rapidez o doente: por exemplo, a peritonite, accidente grave, que por vezes precipita a terminação fatal; entretanto em certos casos póde reter-se e mesmo dissipar-se completamente.

Outras vezes são affecções pleuro-pulmonares, accompanhadas de seu cortejo habitual de perturbações respiratorias, que vêm complicar a molestia e precipitar a sua marcha. O doente ordinariamente morre com os symptomas da *ictericia grave*; febre, delirio, coma.

Diagnosticco e Prognostico.

A cirrhose hypertrophica confunde-se com diversas lesões, que têm por character commum o augmento de volume do figado. Entre estas, enumeraremos as que mais commumente encontra-se na pratica.

Lithiase biliar.—A cirrhose póde confundir-se em alguns casos com a lithiase biliar; o diagnosticco será então baseado na ausencia, quasi constante, de accessos dolorosos e febris na cirrhose, e na sua longa duração. Demais, na lithiase o augmento de volume do figado quasi nunca attinge a proporções consideraveis, que geralmente

apresenta na cirrhose hypertrophica; o baço, pelo contrario, conserva o seu volume normal, a vesicula biliar é fortemente distendida nas obliterações do canal cheledoque. Na maioria dos casos, pois, a hypertrophica hepatica, a ausencia completa em todos os periodos de uma ou mais crises bem manifestas de colicas hepaticas, a longa evolução da molestia tornaram o diagnostico possivel.

Abcesso do figado.—Tem-se confundido algumas vezes a cirrhose hypertrophica com o abcesso do figado, o erro em grande numero de casos é facil de evitar. Na maioria dos casos, os abcessos do figado têm lugar no meio de circumstancias bem determinadas; a contusão do figado, a dysenteria, etc.

A sua marcha é rapida, quer termine favoravel ou desfavoravelmente. Os symptomas geraes ordinariamente são graves, e por outro lado a ictericia é muito pouco intensa.

Rouis em 155 casos de abcessos só observou a ictericia em 26. Emfim quando a colleção purulenta vier manifestar-se debaixo das paredes abdominaes, e dar lugar á fluctuação, não restará duvida alguma no diagnostico.

Cancer hepatico.—A cirrhose hypertrophica póde confundir-se com o cancer hepatico; porém neste as dores do hypochondrio direito são mais vivas, o desenvolvimento do emmagrecimento e da cachexia especial é precoce e rapido; a porção do orgão, que excede as falsas costellas, offerece saliencias e depressões, que são facilmente apreciaveis pela apalpação; a ictericia é pouco intensa, o baço, regra geral, conserva suas dimensões normaes. Emfim a ausencia das causas ordinarias da sclerose é um dado importante para o diagnostico.

Figado amiloide.—Esta affecção distingue-se da cirrhose pelo estado do bordo do figado, que de cortante torna-se espesso, arredondado; e pela ausencia da ictericia.

Demais o figado amiloide constitue uma das lesões secundarias mais frequentes da syphilis, tuberculose e suppurações osseas.

Figado graxo.—Nesta molestia, tão frequente nos phthisicos, alcoolicos, etc., não ha dores na região hepatica, como tambem ictericia, emmagrecimento; embora haja augmento da glandula hepatica, unico phenomeno que approxima esta lesão da cirrhose hypertrophica.

Diabetes e leucocythemia—Estas duas affecções quasi sempre são accompanhadas de tumefacção hepatica.

Mas este órgão attinge, em taes circumstancias, volume consideravel; a ictericia falta, ou é rarissima; demais o exame da urina e os phenomenos concomitantes em um caso, a analyse microscopica do sangue em outro, não permitem quasi conservar a menor duvida.

Kistos hydaticos.—Esta affecção póde por vezes levar o medico a um diagnostico falso, conforme o logar que os kistos occuparem n'este órgão. Se localisarem-se na face anterior e superficial do figado, encontrar-se-ha pela apalpação saliencias bem limitadas, como tambem o phenomeno conhecido sob o nome de *fremito hydatico*. Mas se o desenvolvimento dos kistos se der na profundidade do órgão, a fluctuação será impossivel; n'este caso os unicos elementos para o diagnostico são: a ausencia do emmagrecimento, do tumor splenico, e finalmente da ictericia, salvo se, pela sua localização, elles fizerem compressão em certo numero de canaes biliares, produzindo a ictericia chronica; será então difficil o diagnostico. Em taes circumstancias a punccão exploradora é um meio a recommendar-se.

O prognostico é sempre fatal. As observações, que temos lido, terminarão pela morte.

Tratamento.

O tratamento aqui como na cirrhose atrophica é quasi sempre palliativo. No periodo inicial, quando ha phenomenos conjestivos francos, dores hepatica e splenica, dever-se-ha recorrer ás emissões sanguineas locaes, sanguesugas á margem do anus, ventosas scarificadas á região hepatica, e internamente dever-se-ha prescrever os purgativos salinos, os cholagogos, taes como: os calomelanos, podophilina, jalapa, aloes, etc., com o fim de provocar a secreção biliar e discongestionar o figado. N'este periodo póde-se aconselhar o uso das aguas alcalinas, como ás de Vichy, de Carlsbad, entre nós são recommendaveis as aguas de Cachambú e Baependy.

Logo que o figado seja a séde de *hyperplasia*, o medico deve dirigir contra ella os revulsivos e os cauterios, continuando ainda

com os purgativos. Um dos meios, hoje preconizado para reconduzir o fígado e o baço ás suas dimensões normaes, é a hydroterapia sob a forma de duchas frias dirigidas contra a região hepatica e splenica; demais actuam ellas como reconstituintes. Quando tornam-se mais importantes outros phenomenos, que não são directamente dependentes da função hepatica, como as desordens gastro-intestinaes; dyspepsia, nauseas, vomitos, constipação de ventre, timpanismo, etc., convem corrigil-os por meio de tonicos, calmantes, brandos purgativos, carminativos, etc., com o fim de impedir a cachexia.

Uma vez estabelecido o periodo cachetico, a therapeutica deve consistir principalmente em sustentar as forças do doente, como em remover as complicações que porventura manifestarem-se. E' preciso pois tonificar o paciente por todos os meios, a quina sob todas as formas, o café, o alcool em pequenas doses são indicados.

Os amargos como tambem as preparações de pepsina são recommendados para estimular o estomago e combater a dyspepsia. O unico fim do medico, lançando mão d'estes meios é prolongar, o mais possivel, a vida de seus doentes, sem a menor esperanza de cural-os.

DA CIRRHOSE SYPHILITICA.—HEPATITE SYPHILITICA INTERSTICIAL.

Os antigos já tinham formado idéa sobre a influencia da syphilis no figado, considerando alguns este orgão o ponto de partida d'esta diathese, acreditando outros que elle soffria em consequencia da alteração de certos humores. Entretanto nenhum dentre elles tinha procurado verificar directamente as alterações de que a glandula podia ser séde sob a influencia da syphilis. Foi sómente depois dos estudos de Ricord sobre as affecções visceraes, que a attenção foi despertada e appareceram observações sobre ellas, e em particular sobre as do figado. E' assim que Gubler em França publicou em 1852 a sua memoria sobre a *hepatite syphilitica* da primeira idade, e Ditrich na Allemanha (1868) os seus estudos sobre a mesma molestia no adulto. Desde então succederam-se diversos trabalhos no mesmo sentido, como os de Leudet, Lecantour, Frerichs e Lancereaux; e hoje está fóra de duvida, que esta especie de hepatite occupa logar distincto no quadro nosologico. Quasi todos syphiligraphos, a exemplo de Frerichs e Virchow, admittem duas modalidades principaes de hepatite especifica, a *intersticial diffusa* e a *circumscripta ou gommosa*, constituindo verdadeiramente tumores, chamados *syphilomas* por Vagner ou *gommas* por Virchow.

Vamos nos occupar especialmente da primeira forma, que é tambem denominada *cirrhose syphilitica* do figado.



Etiologia .

É a syphilis a causa determinante das modificações anatómicas do fígado, n'isto não ha menor duvida ; porém a razão, porque a localização morbida se dá no elemento conjuntivo e não em outro qualquer, ignora-se.

Os clinicos em geral acreditam que, a existencia de habitos alcoolicos anteriores, é uma circumstancia que talvez contribua para favorecer a localização da syphilis no fígado.

De facto os excessos alcoolicos, determinando impulsões congestivas para o lado do fígado, predispõem-no a experimentar a influencia syphilitica ; demais esta causa é assignalada em certo numero de observações de hepatite syphilitica. Uma outra causa predisponente nos recém-nascidos é, na opinião do professor Gubler, a superactividade funcional do fígado nesta idade.

Anatomia pathologica

A configuração exterior do fígado é susceptivel de variar muito na forma da cirrhose, que descrevemos. No adulto encontra-se por vezes na superficie do fígado cicatrizes, cujo aspecto é esbranquiçado. Ellas assestam de preferencia sobre a face convexa da glandula ; ora ellas são discretas, ora em tão grande numero, que dão ao fígado uma forma irregularmente lobulada.

Algumas vezes o tecido fibroso, de que se compõem estas cicatrizes, partindo da capsula expessa de Glisson, implanta-se mais ou menos profundamente na substancia glandular.

A capsula de Glisson é ordinariamente expessa e opaca; adherencias fibrosas por vezes a ligam ás visceras vizinhas.

O volume do figado é variavel ; ora é normal, ora augmentado, ás mais das vezes reduzido, chegando algumas vezes a uma atrophia consideravel. A fórma do orgão offerece tambem diversas modificações. Em um caso o figado conserva a sua fórma geral, porém a sua superficie é desigual, bosselada, herissada de pequenas eminencias arredondadas ; outras vezes, que são as mais frequentes, a superficie hepatica torna-se mais desigual, os bordos anfractuosos e irregulares.

Emfim a superficie do figado apresenta um aspecto *lobato*, devido á numerosos sulcos, que de ordinario se irradiam do ligamento suspensor, e no fundo dos quaes existem um tecido fibroso resistente. E' esta disposição *lobata* que Frerichs e Lancereaux consideram como um signal quasi pathognomonic da fórma em questão. Nos casos, os mais accentuados, as deformações da glandula são enormes. Assim Frerichs refere em sua obra um caso, em que o lobo esquerdo era reduzido a um simples appendice; um outro, em que, diminuido o lobo direito e augmentado o esquerdo, o organo apresentava-se de fórma quadrada. Na primeira idade, o figado não perde a sua fórma nem o seu aspecto normal, somente é mais volumoso : a sua superficie, em logar da cor vermelha escura normal, é mais ou menos amarella, e algumas vezes lisa ; porém na maioria dos casos, sobre este fundo amarello se destacam pequenos nucleos esbranquiçados do tamanho de grãos de ervilha.

Lesões microscopicas. — Nesta fórma de cirrhose, como nas precedentes, é ainda o tecido conjunctivo intersticial que é principalmente alterado. Porém, é na *cirrhose syphilitica*, que existe ordinariamente uma sclerose em fachas e uma sclerose diffusa. Os grandes septos fibrosos, que partem da capsula de Glisson, dividem o figado em lobos, que circumscrevem um grupo de lobulos hepaticos, os quaes, por sua vez, são envolvidos por uma proliferação conjunctiva evidente, caracterizada por grande quantidade de elementos embryonarios, fusi-formes, e em certos pontos mesmo pelo tecido fibroso. A proliferação

dos elementos conjunctivos parece, segundo os anatomo-pathologistas, começar pelos espaços interlobulares, e estender-se á periphèria dos lobulos. Porém, não se limita a este ponto; ensinua-se, como na cirrhose hypertrophica, na periphèria dos lobulos, e estende-se mesmo ás proximidades da veia central, dissociando as cellulas entre si. As sclerose é, pois, *extra e intra-lobular*, como a sclerose biliar.

Qual é o ponto de partida da proliferação conjunctiva?

Será ella um phenomeno primitivo ou secundario?

No estado actual da sciencia reina ainda grande difficuldade a este respeito. Sabe-se sómente que a *neoformação* conjunctiva não tem por ponto de partida, como na cirrhose atrophica, alterações dos vasos e dos canaliculos biliares intra-hepaticos.

Lesões accessorias.— Além destas lesões do figado, encontra-se ordinariamente outras, que muito concorrem para o diagnostico da affecção syphilitica, taes como: cicatrizes nos órgãos genitales, no pharynge; erupções cutaneas; tumores osseos, etc. Muitas vezes o baço apresenta-se augmentado de volume, augmento que é devido ás vezes a uma *hyperplasia* pura e simples do tecido conjunctivo intersticial, outras vezes a uma *infiltração amiloide*, que vem reunir-se a primeira lesão. Taes são em resumo as lesões que se encontram no figado syphilitico.

Symptomatologia

A symptomatologia desta affecção é infelizmente muito vaga e obscura. Ha mesmo casos, em que as lesões syphiliticas do figado podem permanecer latentes, e não dar logar á symptoma algum morbido, durante toda sua evolução; vindo finalmente a autopsia revelar alterações que nada, até então, faria suspeita-las.

Entretanto, não são poucos os casos, em que os signaes são bastante pronunciados, de modo a tornar o diagnostico possivel. Nestes a *hepatite syphilitica* caracteriza-se por dores na região hepatica, ordinariamente surdas e comprimentes, por um máo estar vago, perturba-

ções digestivas, accompanhadas muitas vezes de diarrhéa, que contribue notavelmente para enfraquecer os doentes. E' raro a ictericia, e quando ella existe, é devida quasi sempre a uma disposição anatomica local, que a explica; ora é uma brida fibrosa, collocada sobre o trajecto do canal hepatico, ora uma serie de ganglios hypertrophiados, grupados em torno do conducto excretor commum das vias biliares.

Outro symptoma muito commum é a *ascite*, e ella manifesta-se quasi sempre nas ultimas phases da molestia. Aqui a ascite não é, como na cirrhose vulgar, indicio de obstrucção definitiva da veia porta, pois que ha exemplos de cura em doentes, que tinham-na apresentado em alto gráu. Outros signaes ainda existem, fornecidos pela exploração directa do orgão, que muito concorrem para se obter noções preciosas sobre a cirrhose syphilitica. Consistem elles em modificações de volume e fórma do figado. Ora é uma atrophia da glandula, ora hypertrophia, que se encontra na hepatite syphilitica intersticial. Muitas vezes pela apalpação sente-se tumores e desigualdades na face convexa do figado, podendo mesmo sentir-se em alguns casos, um lobo atrophiado e outro augmentado de volume. Este signal é considerado por alguns auctores como caracteristico; infelizmente elle falha muitas vezes, podendo o figado conservar a sua fórma e volume quasi normal, a ponto de não offerecer á apalpação a menor lesão apparente. O quadro symptomatico, acima descripto, quando observado, já offerece ao medico elementos para diagnosticar uma hepatite especifica. O diagnostico torna-se evidente, quando os symptomas precedentes forem accompanhados de dôres osteocopas, cepheas persistentes, etc.

Marcha, duração e terminação

A marcha da affecção, que nos occupa, é diversa no adulto e na criança. No adulto a marcha da sclerose syphilitica é lenta e progressiva, persistindo mezes, e podendo, de vez em quando, offerecer exacerbações e remissões temporarias, que correspondem sem duvida ás lesões successivas, que nascem, crescem e retêm-se. Na criança esta affecção desenvolve-se commumente com grande rapidez, podendo percorrer todos os periodos em algumas semanas á um mez.

Na primeira idade a morte é certa, e sobrevem principalmente pelo esgotamento geral de toda a economia. Não succede outro tanto no adulto; pois a molestia póde terminar algumas vezes pela cura, desde que seja combatida em tempo pelo tratamento específico.

Diagnosticó.

O diagnosticó da cirrhose syphilitica é sempre muito difficil.

Esta affecção, como dissemos, póde existir em estado latente; seus symptomas, em regra geral, quando se manifestam não apresentam caracter algum especial, capaz de nos fazer reconhecer a sua natureza. Entretanto casos ha, em que os signaes incontestaveis de syphilis, os dados anamnesticos, o exame do figado, indicando saliencias e depressões, nos levam a considerar a syphilis como sendo a causa da molestia.

Quando o figado apresenta-se bosselado, o diagnosticó póde confundir-se com o do cancro; mas n'este as bossas cancerosas são mais duras e desenvolvidas, ha depauperamento da economia; demais não se observa no cancro as manifestações syphiliticas.

Prognostico.

Na primeira idade, a hepatite syphilitica é sempre fatal, pelo menos não ha exemplo de cura depois das manifestações especificas; em quanto que no adulto a cura muitas vezes tem lugar, principalmente quando o tratamento específico entervem desde o começo, e a saude não tem sido profundamente perturbada. O medico, pois, deve basear o seu julgamento no estado geral do doente e no seu gráo de cachexia. Assim uma diarrhéa tenaz, albuminuria consideravel, dyspnéa, vomitos repetidos, são circumstancias que aggravam muito o prognostico.

Tratamento.

Quando esta afecção do fígado apparecer em crianças, instituiremos o tratamento específico, porém com as devidas precauções; prescreveremos os mercuriaes, preferindo o seu emprego debaixo da forma de licôr de Van-Swieten (10 á 40 gottas misturadas em leite) e o iodureto de potassio, por intermedio da ama. Quando houver diarrhéa abundante, procuraremos combatel-a primeiramente pelos meios adequados; no caso de pertinacia, Julio Simon aconselha administrar ás crianças o mercurio internamente, sob a forma de licôr de Van-Swieten, que é o melhor contra o fluxo intestinal específico nesta idade. Mas, na maioria dos casos, achamos prudente começar o tratamento dos pequenos doentes pelo o emprego dos anti-syphiliticos externamente: fricções nas axillas e outras partes facilmente absorventes com o fim de evitar as perturbações digestivas.

Desde que houver tendencia á salivação, é bom suspender, pelo menos temporariamente as fricções mercuriaes.

No adulto teremos muito mais facilidade no emprego do tratamento indicado: assim prescreveremos o iodureto de potassio, começando logo por uma dóse media de 1 gram., que augmentaremos gradualmente até 6 gramm. e mesmo 10 gram. por dia. Ha casos rebeldes á este tratamento, que entretanto cedem rapidamente á medicação mixta, por exemplo, ao xarope de Gibert. Quando o doente acha-se depauperado, deve-se prescrever, além do tratamento específico, uma preparação de ferro ou de quina. Uma boa hygiene, um regimen substancial, convenientemente dirigido, completarão o tratamento.

PROPOSIÇÕES

Secção de sciencias accessorias**Cadeira de Physica****Atmosphera****I**

Dá-se o nome de atmosphera á enorme massa de ar, que serve de envolucro ao globo terrestre.

II

A atmosphera tem um limite; a sua altura é calculada em 320 a 340 kilometros.

III

O ar não é um gaz simples, porém uma mistura de gazes elementares.

IV

Os principaes elementos do ar atmospherico são o azoto e o oxigeneo, na proporção de 20,80 de oxigeneo e de 79,20 de azoto em 100 litros de ar.

V

Além [destes principios são] tambem encontrados no ar vapor d'agua, em maior ou menor quantidade, acido carbonico na razão de 3 a 6 decimo-millesimos.

— 62 —

VI

A quantidade de vapor d'agua existente na atmosphaera varia com as estações ; é em maior quantidade no verão que no inverno, não obstante o estado hygrometrico ser inverso as mais das vezes.

VII

Tem-se calculado, por meio da balança, que o peso de um litro de ar puro, na temperatura de zero e sob a pressão atmospherica $0^m,76$ é approximadamente de 1 gr.. 3.

VIII

Um litro de ar pesando 1 gr. 3, concebe-se que pressão consideravel deve exercer na superficie do globo a enorme massa de ar.

IX

Em virtude da pressão que as camadas superiores da atmosphaera exercem sobre as inferiores, o ar é mais denso na superficie da terra do que em qualquer outro ponto.

X

A pressão da atmosphaera sobre um centimetro quadrado tem sido calculada pelos physicos em 1 k, 33 gr.

XI

A pressão que a atmosphaera exerce sobre um homem de estatura regular, sendo a superficie do corpo de um metro e meio, é calculada em 15,500 kilogrammas (1,055 arrobas).

XII

Todo corpo mergulhado na atmosphaera perde de seu peso uma quantidade igual a do ar deslocado.

XIII

O ar além de ser essencial á vida, fornecendo-lhe o seu oxigeneo, é tambem para a propagação do som.

Secção de sciencias chirurgicas

Cadeira de Anatomia descriptiva

Apparelho respiratorio

I

O apparelho da respiração compõe-se: de pulmões, órgãos essenciaes á respiração; dos bronchios e suas divisões, trachea, larynge e fossas nasaes, que constituem um conducto, que põe os pulmões em communição com ar exterior.

II

Os pulmões occupam grande parte da cavidade thoraxica, que os protege, estão ao lado do coração e separados um do outro, pelos mediastinos, e do estomago, do figado e outros órgãos abdominaes pelo diaphragma.

III

Os pulmões têm uma forma conica, cujo apice está para cima e a base para baixo.

IV

Os pulmões são envolvidos em uma membrana serosa denominada *pleura*; para cada pulmão ha uma *pleura* visceral e uma parietal.

— 64 —

V

O pulmão direito é dividido em tres lobos, o esquerdo em dous. Cada lobo pulmonar é constituido por um certo numero de lobulos, circumscritos entre se por um tecido cellular, denominado—*tecido cellular inter-lobular*.

VI

Os lobulos são completamente independentes uns dos outros; podem ser insufflados, injectados separadamente.

VII.

Alguns autores consideram o lobulo como formado de vesiculas com septos incompletos, communicando largamente entre se.

VIII.

Outros pensam que o lobulo é constituido por cellulas perfectamente fechadas.

IX.

Os pulmões recebem duas ordens de arterias, a *arteria pulmonar* e as *arterias bronchicas*, e emittem duas ordens de veias, as *veias pulmonares* e *bronchicas*.

X.

A arteria pulmonar vai do ventriculo direito ao interior das cellulas pulmonares; ella conduz sangue venoso.

XI.

As veias pulmonares vão das cellulas pulmonares á auricula esquerda; n'ellas circulam sangue arterial.

— 65 —

XII.

A trachea é um tubo constituído por aneis cartilagosos incompletos, separados entre se por intervallos membranosos, e que se estende do larynge até o nivel da terceira vertebra dorsal, em que se bifurca em dous conductos, denominados *bronchios*.

XIII.

O larynge, conducto cartilaginoso, que deixa passar o ar na trachéa, é o principal orgão da phonacão.

— 66 —

Secção de sciencias medicas

Cadeira de Pathologia interna

Tetano

I.

Tetano é uma nevrose spino-bulbar caracterisada por contracções permanentes, interrompidas de vez em quando pelo redobramento convulsivo de alguns ou de todos os musculos voluntarios.

II.

Na etiologia do tetano, o frio, principalmente acompanhado de humidade, e o traumatismo representam o papel mais importante.

III.

D'ahi a divisão do tetano em traumatico e não traumatico ou spontaneo, esta ultima especie sendo mais rara.

IV.

No estado actual da sciencia, ainda não é possivel dizer-se qual é a lesão anatomica constante do tetano.

— 68 —

V.

O tetano é uma molestia de diagnostico facil, por isso que sua symptomatologia é bem caracteristica.

VI.

O prognostico do tetano é, em regra geral, grave, sendo porém, menos no tetano spontaneo do que no traumatico.

VII.

De todas as theorias que existem para explicar a pathogenia do tetano, a nervosa é aquella que nos parece mais satisfatoria.

VIII.

A theoria nervosa está perfeitamente de accordo com o que nos explica a physiologia.

IX.

Como todas as molestias, cuja pathogenia é pouco conhecida, o tetano tem dado lugar a diversos tratamentos.

X.

Sempre que tivermos de tratar um tetanico devemos attender a duas indicações : causal e pathogenica.

XI.

Preenche-se a primeira attendendo-se ás causas que produziram a molestia, procurando removel-as.

XII.

Preenche-se a indicação pathogenica lançando mão dos agentes therapeuticos que diminuem a acção reflexa da medulla, exaltada na molestia, taes como : bromureto de potassio, chloral, opiaceos, etc.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I.

Morbo regio laborantibus jecur durum fieri malum.

(Sec. VI, Aph. XXXII.)

II.

Ex jecoris inflammatione singultus malo est.

(Sec. VII, Aph. XVII.)

III.

Si febris non ex bile orta prehenderit, aqua calida et copiosa capiti affusa, fit febris solutio.

(Sec. VII, Aph. XXXII.)

IV.

Aqua inter cutem laborantem si tussis detineat, disparatus est.

(Sec. VII, Aph. XXXVII.)

V.

Quibus jecur vehementer dolet, iis succedens febris dolorem solvit.

(Sec. VII, Aph. LII.)

VI.

Quibus jecur aqua plenum in omentum eruperit, iis venter aqua impletur et moriuntur.

(Sec. VII, Aph. LV.)

Esta these está conforme os estatutos.

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 1882

DR. CAETANO DE ALMEIDA.

DR. FERREIRA DOS SANTOS.

DR. BENICIO DE ABREU,