DISSEBLATIO

PRIMEIR, CADEIRA DE CLINICA MEDICA

Da influençia exercem as molestias do coração sobre o figado e reciprocamente as d'estes orgão sobre o centro circulatorio.

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade.

THESE

AUTESENTADA

A' Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

Em 29 de Agosto de 1885

Para ser sustentada por

EICERO BIBEIRO FERREIRA BODRIGUES

(Natural de Minas Geraes)

AFIM DE OBTER O GRAO DE DOUTOR EM MEDICINA

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

-meres DE DE CEren

DIRECTOR—Conselheiro Dr. Vicente Candido Figueira de Saboia.

VICE-DIRECTOR—Conselheiro Dr. Albino Rodrigues de Alvarenga.

SECRETARIO—Dr. Carlos Ferreira de Souza Fernandes.

SECRETARIO—Dr. C	arl	os	ŀ	er	те	ira	de Souza Fernandes.
Drs.: LEN	TE	3 (JA'	TΉ	EI	R.	ATICOS
João Martius Teixeira. Augusto Ferreira dos Santos João Joaquin. Starro. José Pereira Guimarães Conselheiro Barão de Maceió Domingos José Freire Junior João Baptista Kossuth Vinelli. João José da Silva Cypriano de Souza Freitas João Damasceno Peçanha da Silva Pedro Affonso de Carvalho Franco Conselheiro Albino Rodrigues de Al			*** ** ** ** **		N 102 102 102 102 1	N 52 52 52 52 53 7	Physica medica e mineralogia, Chimica medica e zoologia. Botanica medica e zoologia. Anatomia descriptiva. Histologia theorica e pratica. Chimica organica e biologica. Physiologia theorica e experimental. Pathologia geral. Anatomia e physiologia pathologicas. Pathologia medica. Pathologia cirurgica. Materia medica e therapeutica, especial-
Luiz da Cunha Feijō Junior				i i		ā	mente brazileira. Obstetricia. Anatomia topographica, medicina ope- mtoria experimental, apparelhos e pe-
Nuno Ferreira de Andrade	14		1		4		quena cirurgia. Hygiene e historia da medicina.
Agostinho José de Sonza Lima	I to	*	•	٠	3	4	Pharmacologia e arte de formular. Medicina legal e toxicologia.
Conselheiro João Vicente Torres Ho	mer	m.				.)	Clinica medica de adultos.
Domingos de Almeida Martins Costa Conselheiro Vicente Candido Figuel João da Costa Lima e Castro	m t	le:	Sal	net	16.	- }	NOTE IN CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF THE PROP
Hilario Soares de Gouvêa Erico Marinho da Gama Coelho			*1	÷			Clinica ophthalmologica.
Erico Marinho da Gama Coelho				Ÿ	٠	8	Clinica obstetrica e gynecologica, Ulinica medica e cirurgica de crianças
Candido Barata Killeiro		ž	ì	8			Clinica de molestias entancas e syphili- ticas.
João Carlos Teixeira Brandão					*		Clinica psychlatrica.
LENTES SUBSTITUTOS SERVINDO DE ADJUNTOS							
Antonio Caetano de Almeida Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro . Lose Benicio de Abreu				•			Anatomia topographica, medicina o je ratoria experimental, apparelhos e je quena cirurgia. Anatomia descriptiva. Materia medica e thempentica, especial-
ADJUNTOS mente brazileira.							
Jose Maria Teixeira Francisco Ribeiro de Mendonça Arthur Fernandes Campos da Paz		:	- 60	-	20 8 63	2 803 804	Chimica medica e mineralogia. Physica medica. Botanica medica e zoologia. Histologia theorica e pratica. Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho Luiz Ribeiro de Souza Fontes.					ŝ	÷	Physiologia theorica e experimental. Anatomia e physiologia pathologicas.
Henrique Ladisla de Souza Lopes				-	:	*	Pharmacologia e arte de formular. Medicina legal e toxicologia.
Francisco de Castro. Eduardo Augusto de Menezes . Bernardo Alves Pereim . Carlos Rodrigues de Vasconcellos . Ernesto de Freitas Crissiuma .		100			4 4 1 4 4		Clinica medica de adultos.
Francisco de Paula Valladares. Pedro Severiano de Magalhães . Domingos de Góes e Vasconcellos		13					Clinica cirurgica de adultos.
Pedro Paulo de Carvalho		32		14	4	7/17	Clinica obstetrica e gynecologica. Clinica medica e cirurgica de crianças. Clinica de molestias cutancas e syphili- ticas.
Joaquim Xavier Pereira da Cunha	10	1		ě	-4	94	Clinica ophthalmologies.

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

Clinica psychiatrica.

HISTORICO

As lesões organicas do coração tornando-se frequentissimas, e numerosas, seja porque tambem o alcoolismo vae ampliando os seus dominios e avassalando muitos adeptos, seja porque o coração, como diz Peter, centro das reflexões psychicas, se torne mais vezes o collector de decepções e illusões devidas aos caculos ambiciosos que em nossos dias tem attingido proporções gigantescas, despertaram para esta parte da pathologia a attenção dos clínicos e factos, que até então eram considerados como offerecendo um interesse muito secundario, adquiriram vulto proeminente e se transformaram em um assumpto importantissimo de pesquisas clínicas e anatomo-pathologicas.

Estes phenomenos que assim se tornaram salientes, são nada menos que os soffrimentos que patenteiam as diversas visceras do organismo quando o musculo cardiaco desvia-se do terreno physiologico para o da pathologia; e d'entre estas visceras que se mostram tão sensiveis aos insultos dirigidos ao musculo cardiaco, o figado, mais do que qualquer outra, se torna notavel; d'ahi a razão porque se procurou saber o modo de ser d'estas relações tão intimas, tanto mais intimas quanto o funccionalismo do coração tambem so perturba nos casos em que a glandula hepatica se torna séde de alguma lesão anatomo-pathologica.

Sem duvida não é de hoje que os clinicos se occupam de semelhante questão, e já Portal no seculo passado, Gendrin e Beau, Andral e Bouillaud, Stokes e Murchison no presente, tinham chamado a attenção para ella; porem trabalhos exclusivamente dedicados as relações que existem entre o coração e o figado durante o processo de um facto pathologico em qualquer

delles, apenas se observam depois da publicação da obra de Murchison sobre as molestias do figado. Gangolphe, um dos primeiros, publica em 1875 sua these sobre o sopre icterico em que se faz menção de nove casos de ictericia acompanhados de sopro mitral, facto sobre o qual elle emitte ideias que depois foram acceitas pelo professor Fabre de Marselha e que em nosso capilulo de physiologia pathologica teremos de expôr e analysar. Entretanto só a ictericia parecia entrar em jogo a ser capaz de perturbar o funccionalismo do orgão central de circulação e o professor Fabre não hesitava em declarar isto mesmo. « Eu vi, diz elle, affecções do figado, as mais graves e as mais extensas, cirrhoses, por exemplo, que não produziam ictericia e não provocavam phenomenos cardiacos. E em nosso n. 9 da sala Santa Catharina, quando a molestia do figado augmentava, quando a ascite consecutiva se desenvolvia, quando a cachexia se aggravava, nós vimos a ictericia diminuir, porque o figado profundamente alterado não formava mais tanta bile, e os signaes cardiacos, ruido de sopro, diminuição de impulsão, desapparecerem porque a ictericia diminuia. A myocardite é, pois, subordinada a ictericia, isto é, ao accumulo de bile no sangue. »

A questão achava-se n'este estado quando o professor Potain, emprehendendo uma serie de pesquisas sobre as cardiopathias secundarias no Hospital Necker e presentindo que as perturbações gastro-hepaticas deviam exercer uma influencia poderosa sobre a genese das lesões cardiacas, concentrou sua attenção sobre esse ponto, chegou a convencer-se, depois da observação de muitos factos, que realmente assim era e communicou suas ideas ao congresso de Paris do anno de 1878. Depois d'estas pesquisas de Potain, Joseph Teissier veio, no anno seguinte, no congresso aberto em Montpellier, ler uma nota sobre o mesmo assumpto. Levantou-se, então uma interessante discussão e n'ella tomaram parte Combal, Teissier Senior, François Franck, Lanceraux, Thaon e Potain. Mais tarde Francois Franck publicou na Gazeta hebdomadaria um trabalho a respeito da influencia pathogenica das affecções gastro-hepaticas sobre o coração. O impulso dos trabalhos n'este sentido estava dado e não faltou quem se dedicasse a estes estudos, tanto que em 1880 apparecem as theses de Morel e Laurent; a primeira sobre as lesões do coração direito consecutivas a certas molestias dolorosas do apparelho hepatico e gastro intestinal, e a segunda sobre as modificações dos ruidos do coração na cirrhose do figado. Em 1881 vê a luz da publicidade a these de Talamon onde as vistas de Budd e Handfield Jones sobre as lesões anatomo-pathologicas do figado cardiaco cirrho-

tico recebem uma confirmação scientifica filha da observação minuciosa da marcha do processo cirrhotico, e encaradas sob este novo ponto de vista as modificações estructuraes da glandula hepatica tornam-se objecto de uma scisão profunda entre os anatomo-pathologistas na qual tomam parte Cornil e Ranvier e tambem Sabourin que em suas recentes publicações feitas na revista mensal de medicina procura consolidar as ideias primitivas sobre o figado cardiaco cirrhotico e invalidar o trabalho de Talamon, trabalho que apezar de tudo serve ainda de base. para uma serie de lições do professor Picot sobre a influencia das molestias do coração sobre o figado e do figado sobre o coração nas quaes elle confirma com as suas proprias as pesquisas de Talamon; facto este de alta importancia, porque a ninguem passa despercebido o genio activo, emprehendedor e sobretudo methodico do celebre professor de clinica medica da Faculdade de Medicina de Bordeaux.

Antes, porem, já em 1883 Rendu se occupara das synergias morbidas que existem entre e orgão central da circulação e o figado, pondo em contribuição os estudos e experiencias anteriormente feitos n'este sentido e dando lugar ao apparecimento do primeiro trabalho (acreditamos nós) exclusivamente dedicado ao estudo d'estas correlações pathologicas que a clínica nos demonstra existir entre o motor da onda sanguinea e o figado e reciprocamente entre a viscera glycogenica e o coração Em 1884 além das sabias lições de clínica de Picot, além das pesquisas de Sabourin apparece ainda publicada na revista de medicina a exposição clínica methodica e altamente instructiva das desordens que o coração pode experimentar defronte de uma lesão hepatica, feita por Barié um dos distinctos discipulos de Potain.

Vê-se, pois que o assumpto é todo de actualidade, que foi propriamente o professor Potain quem frisou bem os dados do problema, que os trabalhos publicados sobre este ponto são de data muito recente e que o que mais tem preoccupado o espirito d'aquelles que se tem entregado ao estudo d'esta questão é a elucidação da physiologia pathologica do facto, é a explicação racional e scientífica da pathogenia das molestias do coração sobre o figado e vice-versa da pathogenia das affecções hepaticas sobre o centro circulatorio.



PRIMEIRA PARTE



Influencia das molestias do coração sobre o figado

ETIOLOGIA E PATHOGENIA

Encarregado da ardua missão de imprimir á massa sangninea um movimento incessante, o coração preenche perfeitamente o papel que lhe está confiado até o momento em que uma circumstancia qualquer intervem perturbando o seu funccionalismo, e então, comprehende-se, ou esta circumstancia e ephemera e passageira, ou é ella persistente e duradoura; no primeiro caso as perturbações que lhe são consecutivas desapparecem logo e tudo volta ao estado normal, ao estado physiologico; no segundo, porém tão tenazes e chronicos são os effeitos quanto perenne a causa que os gerou. Ora um dos accidentes que constantemente acompanha as cardiopathias é a congestão hepatica, e nem isto e um facto novo, nem a primeira vez que em tal se falla, porque de ha muito tinham os clinicos observado que todas as vezes que por uma razão qualquer a circulação se acha embaraçada no coração, seja por uma molestia deste orgão ou do pericardio, seja por uma molestia qualquer das pleuras ou dos pulmões que

retumbe sobre o orgão central da circulação, difficultando o seu funccionalismo, a consequencia forçada é a stase da corrente sanguinea na veia cava inferior, nas veias super-hepaticas e finalmente no figado que é então séde de uma congestão passiva.

Porém esta congestão hepatica, que praticamente pode ser verificada, reconhecida e determinada pelo augmento de volume que ella imprime ao figado tornando o patente abaixo do bordo inferior das falsas costellas direitas, é passageira nas cardiopathias agudas e desapparece sem deixar vestigios duradouros, logo que sua causa pathogenica não exista mais; e se por acaso o individuo morre sob a influencia da molestia cardiaca, o figado apenas se mostra um pouco mais congesto que de custume e seu parenchyma e sua estructura nada apresentam de notavel, nada que mereça menção.

Vê-se, pois de quão pouco interesse é este facto nas molestias agudas do motor da onda sanguinea, quer o encaremos sob o ponto de vista clínico, quer o analysemos sob o ponto de vista anatomo pathologico; tambem assignalando esta congestão aguda do figado nas cardiopathias agudas, nós apenas temos em vista não sermos deficientes e na dissertação que vamos emprehender referir-nos emos somente as modificações que experimenta a glandula hepatica sob a influencia das molestias chronicas do coração; porque são tambem essas as que interessam o clínico, reclamando muitas vezes uma therapeutica apropriada, e ao anatomo pathologista que encontra então lesões mais ou menos profundas que lhes dão conta dos soffrimentos da glandula e que lhes fornecem base para apoiar a physiologia pathologica do facto.

A força empregada pelo coração para enviar a onda sanguinea aos diversos departamentos do systema circulatorio, é, por assim dizer, calculada e medida no estado physiologico, desde o momento porem que um obstaculo permanente venha embaraçar o funccionalismo regular desta viscera, ella luta energicamente para vencel-o e durante todo esse tempo aquelle que tem uma molestia do coração não experimenta senão perturbações funccionaes da circulação, e isto sob a influencia de carreiras precipitadas ou da ascenção de um logar elevado, em todas as circumstancias emfim em que o coração deve funccionar com uma energia excepcional. E esta perturbação funccional consiste em palpitações — assim, perturbações da circulação, palpitações e palpitações em momento determinados, eis o que produz por muito tempo uma lesão organica do coração .- (Peter) Chega porém um momento em que as differentes visceras do organismo tomam parte na questão, resentem-se do insulto feito ao orgão central da circulação e mostram sue coparticipação no facto por alterações mais ou menos salientes em seu estado physico e physiologico. Então, diz Rendu, co quadro muda se, logo os cardiacos tornam-se valetudinarios, quasi cacheticos. Uma oppressão habitual e permanente, um abatimento profundo. uma tendencia as infiltrações serosas e as hydropisias, uma perturbação radical da nutrição mostram que a affecção entrou em uma phase nova e que o coração não é mais o unico que soffre.

E' com effeito o periodo em que todos as visceras tomam sua parte na molestia e são arrastadas em uma decadencia commum.

As congestões, as fluxões serosas, as inflammações viscera-es, as degenerescencias organicas marcham de par com a lesão do musculo cardiaco e concorrem por crear um estado pathologico complexo, e que depois de uma serie de oscillações successivas, acabam por dar lugar a asysthiolia. Papel importante desempenha então o figado; é elle uma das primeiras visceras que se congestiona e o que mais se hyperemia, não só porque, collocado muito perto do coração no trajecto da veia cava inferior, é logo alcançado pela stase sanguinea que nella se opera, como também porque possuidor de uma circulação dupla que tem de satisfazer as suas necessidades nutritivas e funccionaes, elle vê passar, atravez de suas veias sem valvulas, a onda sanguinea com grande lentidão reconhecendo apenas como força motora a vis a tergo. Taes circumstancias alliadas a acção da gravidade fazem com que o figado, seja um dos primeiros orgãos em que a hyperemia se realiza e com ella o augmento de volume da glandula que se torna dolorosa, que acaarreta perturbações digestivas, alterações na hematopoise, que apresenta muitas veses o pulso hepatico, ictericia, epistaxis e outros symptomas que indicam a alteração especial da crase sanguinea ligada as perturbações das funcções hepaticas.

Porem basta ter se acompanhado um certo numero de cardiopathias para desde logo convencer-se que nesta serie evolucional de lesões, a mathemathica não è levada em linha de conta, que as congestões visceraes não se passam sempre de mesma forma que nem sempre é o figado o que primeiro se hyperemia, que nem sempre a hyperemia è a unica lesão que affecta a glandula hepathica e que forçoso é apellar-se para um outro factor cuja influençia se taz sentir muito poderosamente para desviar a marcha natural dos fatos. Demais não é em todas as cardiopathias que o figado se mostra tão sensivel que seja uma das primeiras visceras affectadas; casos ha, os das lesões aorticas em que as alterações hepathicas não se manifestam. Não que ofigado não tenha de passar por sua phase congestiva e de experimentar phenomenos de stase, porem é incontestavel que estas desordens sobrevem mais tardiamente, muito menos graves do que na evo-

lução das affecções mitraes. Qual a rasão d'este facto? Como actua então o coração sobre o figado? Como explicar as relações que existem entre este dois orgãos? São estes os pontos que devem ser liquidados e que o foram diversamente. São estes os pontos complicados da questão e que se tem encarado de diversos modos.

Para aquelles que se acham filiados a escola mecanica estas desordens circulatorias dependem exclusivamente de uma questão de hydraulica.

Com effeito, dizem elles, no estado normal, atensão do sangue nas cavidades de sangue vermelho é muito mais elevada do que nos vasos de sangue negro.

A pressão no ventriculo esquerdo é cerea de trez vezes mais forte do que no ventriculo direito. Quando o coração está doente, chega um momento em que a passagem do sangue atravez das cavidades tornando-se mais difficil, a tensão sanguinea sobe nas cavidades direitas; isto tem lugar sobretudo quando se trata de lesões auriculo-ventriculares, muito mais do que quando se trata de lesões arteriaes e a inda mais quando se trata de lesões da arteria pulmonar do que de lesões da aortra ,Ora suppondo se que se trata de uma lesão auriculo ventricular do coração esquerdo, quer seja u.na insufficiencia, quer seja uma stenose, a consequencia natural é a dilatação da auricula esquerda e hypertrophia correspondente, pois que tendo ella de lutar contra um obstaculo anomalo, necessita multiplicar proporcionalmente sua força motora; a auricula porem tem uma espessura pouca consideravel, a luta não poderá se prolongar por muito tempo e como ella não pode dar sahida ao sangue que lhe chega pelas veias pulmonares, estas dilatam-se para, receber o excesso; ha, em uma palavra stase nas veias pulmonares stase que vae se propagando até os pulmões que por sua vez hyperemiam-se. Esta congestão passiva dos pulmões crêa para o coração direito um obstaculo poderoso que obriga-o a augmentar sua força contractil, o que não impede entretanto, que os phenomenos de stase se mostrem pelo lado da veia cava inferior e subsequentemente para as veias super-hepaticas e destas para o figado que torna-se então muito congesto, não sò porque a força contractil do coração é impotente para expulsar todo sangue de suas cavidades; como tambem porque a circulação hepatica se faz com muita lentidão e demora; lentidão e demora estas que são resultantes, de um lado da falta de valvulas nas veias porta, super-hepaticas e cava inferior e da acção muito directa da gravidade, e de outro lado da necessidade que tem o figado de apropriar-se dos elementos precisos para a funcção glycogenica e para manter a Sua nutrição; factos estes que certamente não se realisarião se a circulação se effectuasse muito rapidamente. Parece, pois que

tudo concorre para que o figado se torne eminentemente congesto nas lesões auriculo-ventriculares do coração esquerdo e que esta

congestão seja uma das primeiras a ter lugar.

O mesmo diriamos se se tratasse de uma lesão do coração direi o somente a congestão hepatica não succederia a congestão pulmonar seria ella a primeira a manifestar-se, porque o figado n'estas circumstancias está muito mais perto do coração do que os pulmões.

Mas se se trata de uma lesão do orificio aortico, uma stenose, por exemplo? Nada mais natural que a immunidade do figado ou pelo menos uma longa demora na manifestação de seu soffrimento, ou antes na coparticipação do estado morbido do musculo cardiaco; porque então o ventriculo esquerdo é que tem de lutar contra o obstaculo e o ventriculo esquerdo dispõe de elementos bastante poderosos para sustentar, por muito tempo, combate contra o embaraço morbido; de sorte que só depois que a evolução morbida se acha muito adiantada, só quando á hypertrophia do ventriculo esquerdo se une a dilatação e que a auricula esquerda toma parte na molestia é que os phenomenos de stase começam a mostrar-se, porque então não ha mais equilibrio entre o conteudo do coração direito e o do coração esquerdo.

Porem mesmo n'este periodo, as stases sanguineas visceraes não se produsem e sò quando um enfraquecimento da contractilidade cardiacase manifesta (o que sobrevem depois de tempo muito longo) é que o funccionalismo do figado se acha perturbado.

Quando nós nos achamos em face de uma insufficiencia aortica as perturbações circulatorias são diversas, porem o figado só tardia mente toma parte nesse soffrimento, visto que ainda aqui é o ventriculo esquerdo que tem de lutar contra o obstaculo representado pela onda sanguinea que volta para sua cavidade impellida pela systole aortica, e o vantriculo esquerdo hypertrophia-se, redobra sua potencia motora, envia para o interior das arterias uma onda mais volumosa que de costume, compromette a elasticidade d'estes vasos até que os phenomenos de stase manifestando-se para o lado auricula esquerda determinem sua dilatação, por conseguinte mais difficuldade em libertar-se do seu conteudo, por conseguinte dandolugar a factos que favorecem a stase nas veias pulmonares, a conges tãopulmonar, a hypertrophia do ventriculo direito, a dilatação da auricula correspondente, stase nas veias cava e super-hepathicas e finalmente a congestão hepatica. Comprehende-se pois que para chegar este resultado final muitos obstaculos tem de ser superados, muitas resistencias devem ser annulladas e como cada uma dellas não cede senão depois de um tempo mais ou menos longo, a consequencia natural é que a congestão hepatica só tardiamente effectuará e se fara sentir pelo exame medico.

Tal é em resumo a theoria mecanica, tal é o modo porque explica ella a influencia das molestias do coração sobre o figado. Nesta doutrina um facto sobresahe, é que a hyperemia da glandula hepatica, a menos que não se trate de uma lesão do coração direito, é consecutiva á congestão pulmonar, porque, segundo ella. a pequena circulação é a primeira compromettida e só mais tarde é que a grande circulação soffre a influencia da lesão cardiaca. Portanto, se ella prevalecesse exclusivamente nós seriamos obrigados a admittir factos contra os quaes a clinica protesta solemnemente, isto é que a congestão hepatica se mostrará sempre depois da congestão pulmonar, salvo nos casos de lesão do coração direito; e tambem que os vasos sanguineos não passam de tubos inertes que se deixam distender muito facilmente, sem oppor a minima resistencia, sem fazer valer a sua autonomia propria. Contra estes factos pode-se citar opiniões de abalisados mestres. Assim Peter em suas lições de clinica combatendo a asystolia, tal como a interpretava Beau, diz: «Para Beau o coração é tudo e os vasos nada são. E'esta uma proposição fundamentalmente inexacta. No acto circulatorio dois agentes intervem a titulos diversos : o coração agente motor, encarregado de dar a impulsão; e os vasos, orgãos de transporte, de regularisação e de distribuição.

E' evidente que é porque o coração se contrahe que o sangue é lançado em todos os departamentos do systema circulatorio. Porem é evidente tambem que o coração se contrahe de uma maneira sempre a mesma nos individuos bem sadios, e que, todavia certas modificações se passam no resto do organismo, as quaes estam sob a dependencia propria dos vasos. Por exemplo, não é necessario que no acto secretorio de uma glandula no momento em que ella passa do estado de repouso ao de funcção vá ter a esta glandula maior quantidade de sangue? e não é certo que para satisfazer a esta secreção o coração não modifica nem o numero nem a energia de suas pulsações?

Assim, a glandula parotida não pode funccionar senão com a condição de receber mais sangue: é a congestão secretoria. Assim, emfim, os vasos intervem por uma acção independente do coração, e, por assim dizer, individualmente: é o que Stahl tinha entrevisto e o que Claude Bernard demonstrou.

Em outra pagina fallando das congestões morbidas independentes insiste Peter sobre este facto: « A autonomia vascular que faz as congestões funccionaes independentes, assim como vimos a proposito da glandula parotida, faz tambem as congestões morbidas independentes. Sem duvida, ha pelo facto das affecções cardiacas, congestões passivas; todavia, ha algumas que são parciaes, que se fazem espontaneamente, por assim dizer, e que conduzem a phlegmasia ou a hemorrhagia, porém na producção das quaes o embaraço habitual da circulação presta seguramente o seu concurso. Assim, em certos individuos, o figado se congestiona antes dos pulmões, e sempre em um mais alto grau do que estes orgãos quando congestos: o que está em desaccordo com a hydraulica da circulação (se a hydraulica fosse o unico agente destas congestões); e o que não se pode conceber senão pela autonomia vascular independente. »

Em seu tratado clínico e pratico das molestias do coração, diz ainda Peter: « Na serie evolucional das lesões, o que deveria necessariamente quasi fatalmente ter lugar, é na ordem das congestões, a congestão pulmonar primeiro, depois a do figado, do baço dos rins, etc; porem o que perturba a regularidade physica d'estes accidentes consecutivos ao obstaculo cardio-vascular, é a autonomia propria dos vasos, autonomia vascular que faz as congestões physiologicas independentes, e que pode fazer, pelas mesmas razões, as congestões morbidas independentes. Tambem vê-se, em certos individuos affectados de lesões valvulares, e sob influencias pessoaes, a congestão do figado predominar sobre a congestão dos pulmões e mesmo a congestão dos centros nervosos habitualmente a ultima em data, predominar sobre a de qualquer outra viscera. »

De seu lado Constantin Paul em seu livro sobre as molestias do coração, analysando o valor da theoria hydraulica nos faz ver que a ella se deve junctar uma outra ordem de condições, esta ordem de condições, é, diz elle: que os vasos hepaticos e abdominaes não são mais inertes que os vasos da s outras regiões e que elles não tem necessidade, para curvar-se, de serem vencidos pela superpressão hydraulica. Estes orgãos tornam-se doentes, por seu turno, seja porque a innervação sufficiente lhes falte, seja porque n'elles produzem-se lesões locaes. Eis como se pode comprehender o que se apresenta algumas vezes, que as perturbações digestivas ou outras em relação com as molestias do coração sejam muito mais accentuadas e mais graves do que as perturbações pulmonares que todavia as precedem mais habitualmente.

Finalmente Rendu ainda se vem collocar ao lado de Peter e Constantin Paul quando diz: « No que é relativo as perturbações hepaticas ellas estam longe de seguir, em sua epoca de apparição a ordem que indicarião as previsões theoricas. Diariamente vê se doentes affectados de lesões cardiacas ainda bem toleradas apresentar complicações serias do lado do figado quando nada trahe a existencia de uma bronchite ou de um edema pulmonar symptomatico de um embaraço da pequena circulação. E' pois falso

dizer, com a escola mecanica, que a stase pulmonar deve preceder necessariamente a hyperemia hepatica; porque a clinica demonstra por vezes o contrario. » Para melhor corroborar suas vistas sobre este ponto descreve Rendu dois factos tirados de sua clinica em que se demonstra á evidencia a manifestação dos phenomenos hepaticos precedendo de muito as complicações pulmonares.

De tudo quanto precede se conclue pois que a theoría mecanica é por si só deficiente, que ella não comporta todos os dados do problema; porque ella não leva em linha de conta as susceptibilidades individuaes, porque ella não liga aos vasos a importancia que a sua innervação lhes concede e porque quer submetter phenomenos de physiologia pathologica á leis mathematicas que podem e são verdadeiras quando se trata de objectos materiaes e brutos; porém que falseiam completamente quando se trata de um organismo dotado de autonomia propria que pode e faz valer suas susceptibilidades na producção de qualquer syndroma morbido. Isto vem provar ainda mais que em medicina o exclusivismo não faz carreira, que é preciso muitas vezes recorrer-se a factores diversos para explicar-se um facto na apparencia muito simples.

Mas se é certo que a escola mecanica não se sustenta quando procura mostrar a pathogenia das molestias do figado nos casos de lesão cardiaca, exclusivamente por perturbações hydraulicas, será também certo que a hydraulica não intervem de modo algum na repercussão sobre o figado de molestias cardiacas? isto é, simplesmente pela autonomia-vascular, autonomia que os vasos vão buscar nos centros nervosos, poderemos nós dar conta d'estas perturbações hepaticas?

Incontestavelmente o systema nervoso tem sob sua dependencia todos os orgãos da economia; sem duvida alguma as susceptibilidades individuaes pesam muito na balança concedendo a preferencia para as molestias aos orgãos mais predispostos; porém tambem não se pode contestar a veracidade da escola mecanica, não se pode negar que o sangue é um liquido que circula em canaes e que portanto elle forçosamente tem de submetter-se as leis de hydraulica, embora esses canaes sejam activos e façam valer os seus direitos no movimento desse liquido. É em verdade, que supponhamos, um obstaculo qualquer em um ponto do systema circulatorio. Qual o resultado?

O sangue não pode vencer esse obstaculo; logo elle tem necessariamente de parar muito embora as paredes dos vasos a isso se opponham, como de facto oppõe-se; mas também e lla não podem lutar eternamente, chega sempre um momento em que a vitalidade do vaso fica compromettida e então fica elle reduzido a um tubo inerte dando lugar portanto a que as leis de hydraulica se verifiquem e se realisem.

Accresce ainda que esta vitalidade vascular de um cardiaco não está em pleno vigôr, porque as causas que geram as molestias organicas do coração fazem tambem sentir sua acção sobre o sangue ou sobre o proprio vaso; de sorte que não seria muito difficil vencel-a.

Assim pois na pathogenia das molestias do figado no decurso de cardiopathias é preciso não ser-se exclusivista, é preciso interpretrar-se os factos como os factos são e não querer subordinal-os a uma interpretação unica. A's perturbações hydraulicas muitas vezes, á autonomia vascular outras tantas cabe a responsabilidade dos soffrimentos do figado.

Agora vejamos ainda outro lado do problema. O figado cardiaco reconhecido como tal apresenta lesões bem definidas que consistem, como veremos quando tratar-mos da anatomia pathologica, em um dilatação da veia central do lobulo, dos capillares interlobulares e na degenerescencia das cellulas hepaticas visinhas a veia central; no emtanto bom numero de vezes, fazendo-se a autopsia de um cardiaco encontra-se no figado tecido conjunctivo de nova formação, espessamento da capsula de Glisson e outros elementos que não se encontram no figado cardiaco moscade ou cardiaco propriamente dito.

Ora, facto notavel, e para o qual o professor Picot chama muito especialmente a attenção — a neoformação de tecido conjunctivo no figado cardiaco não é uma circumstancia isolada no organismo, ella coincide com lesões diversas para outras visceras e outros orgãos, caracterisadas principalmente por lesões atheromatosas assestadas na aorta e em outras arterias quer periphericas, quer visceraes. Estas alterações arteriaes, foram constantemente encontradas por Picot e Talamon todas as vezes que a lesão estructural da glandula hepatica não pertencia ao figado moseade, mas ao figado cardiaco cirrhotico.

Mas não param aqui as perturbações viceraes simultaneas ao figado cardiaco cirrhotico.

Nas observações de Picot, os rins achavam-se com alterações analogas as que se encontra no rim que foi séde de uma nephrite intersticial ou antes com alterações identicas as que apresentam os rins conhecidos com o nome de rins senis, cujo característico anatomico consiste em uma proliferação de tecido conjunctivo. Em outros casos verifica-se que ao lado d'estas al-

terações existem outras identicas para o coração, para a medulla, o baço e até mesmo para os pulmões. Parecia que mão intelligente tinha disseminado tecido conjunctivo em diversos departamentos do organismo e que a lesão cardiaca como que reclamava uma especialidade em facilitar o desenvolvimento do tecido conjunctivo.

Como é muito natural este estado de cousas impressionou a clinicos diversos que procurayam dar uma explicação satisfactoria d'esta exuberancia de tecido conjunctivo que certamente não poderia correr por conta da lesão cardiaca, uma vez que esta só é capaz de determinar perturbações mecanicas da circulação nas diversas visceras e não perturbações inflammatorias como soem ser as que presidem a neoformação de tecido conjunctivo. Avançando esta proposição nós não queremos de modo algum dizer que as perturbaçõs mecanicas consecutivas as cardiopathias não provoquem muitas vezes o desenvolvimento de tecido conjunctivo; mas apenas pretendemos frisar este pontoque o tecido conjunctivo de nova formação se desenvolve nos pontos em que se effectuou a perturbação mecanica da circulação e não em pontos distantes como o facto se verifica no figado cirrhotico cardiaco, como veremos mais tarde, a proposito da anatomia pathologica.

Seja como fôr o que é certo é que não se acreditando muito que estas alterações conjunctivas estivessem sob a dependencia da lesão cardiaca pensou-se em fazer intervir um novo factor que as explicasse convenientemente e então perguntou-se : não será permittido suppor se que o figado soffre, não porque o coração padece, mas porque como este orgão, elle foi submettido a mesma causa morbigenica? Não será muito razoavel considerar-se protopathica e não deuteropathica a modificação estructural do figado? Diversamente responderam os clinicos a estes quesitos, opinando uns pela affirmativa, propendendo outros para a negativa. Entretanto quando se considera que os cardiacos, cujo figado se apresenta com lesões diversas das do figado moscade, ou são alcoolicos, ou syphiliticos, ou saturninos ou provavelmente gottosos ou envenenados pela malaria e algumas vezes rheumaticos e quando se considera que estas circumstancias imprimem modificações profundas no organismo todo inteiro e não limitam seu poder morbigenio somente ao coração, quando se attende as pesquisas de Picot e aos trabalhos de Talamon, a convicção de que existe uma causa commum as alterações conjunctivas nos diversos orgãos crea raizes profundas no espirito e nós dizemos: existe, com certeza uma causa que colloca o organismo em circumstancias muito aptas para a neoformação de tecido conjunctivo, isto é, que dá origem a uma diathese fibroide cujo caracteristico consiste na apparição no seio dos diversos orgãos da economia — cerebro, medulla, coração, pulmão, figado, baço, rim, tecido cellular etc, - de alterações sclerosicas. Mas desde que nós admittirmos a existencia de uma diathese fibroide, nós somos forçados o estudar a arterio-eapillarite-fibrosa (arterio-eapillaryfibrosis) de Gull e Sutton, processo morbido cujas primeiras manifestações se fazem para o lado dos vasa-vasorum que são affectados de uma endarterite proliferante consistindo na producção, no seio da membrana interna destes vasos, de um tecido conjunctivo de nova formação constituido por circulos concentricos de fibrillas, cellulas embryonarias, e, que tem por fim diminuir progressivamente o calibae vascular e mesmo produzir sua extincção completa, e como consequencia d'este estado de cousas, a diminuição dos actos elementares da nutrição nos tecidos.

E', segundo toda a probabilidade, sob a influencia d'esta diminuição dos aetos nutritivos que se vê produzir a vegetação exuberante dos elementos anatomicos de ordem inferior (elementos de tecido conjunctivo), ao mesmo tempo que a desnutrição dos elementos nobres dos orgãos (cellulas hepaticas, renaes, tibras musculares, cellulas nervosas) e como consequencia, suas degenerescencias, albuminosa depois gordurosa mais ou menos avançada. (Picot).

Assim pois no estudo da influencia pathogenica das cardiopathias sobre as lesões anatomo-pathologicas do figado nós somos obrigados a ir alem da affecção cardiaca, a remontar a um ponto muito mais distante e a analysar as desordens que se effectuam no organismo que se submetteu a influencia do alcoolismo, da syphiles, da gotta, dos preparados de chumbo, da velhice e algumas vezes tambem do rheumatismo, pois que são estas as circumstancias que cream a diathese fibroide, que determinam a manifestação da arterio-capillarite fibrosa. Mas como cream ellas este processo morbido? Como é que causas, na apparencia tão diversas realisam um mesmo estado pathologico? Será porque todas ellas actuam sobre o organismo de um modo identico? Em outros termos, as causas sendo differentes, as lesões sendo as mesmas, deve-se concluir que as desordens, que ellas occasionam no organismo, para alcançar o fim a que se propõem, são tambem as mesmas? Sobre isto nada ha de certo, nada de positivo; entretanto forçoso é confessar que todas ellas attacam profundamente a crase sanguinea, todas ellas acarretam uma diminuição mais ou menos consideravel das hemathias e arrastam por conseguinte, mudanças importantes nas condições da hematose; mas não é só isto: nota-se ainda que no sangue dos individuos que se acham em semelhantes circumstancias existem principios que, ou não fazem parte da constituição do meio interno, ou se fazem elles ahi existem em proporções taes que sua presença não pode passar despercebida ao organismo e que provocam desordens capazes de dar origem a diathese fibroide; é assim que, nos alcoolicos, segundo as pesquisas experimentaes de Schulinus, Dupré, Albertoni e Lussana, e Martis Costa o alcool quando tomado em doses frequentes e elevadas accumula-se no organismo, circula por muito tempo com o sangue e, se acha nos tecidos e nos liquidos constituintes. Alem disso elle determina um augmento de acido urico na economia; porque o acido urico e os uratos, pouco soluveis no alcool, se tornam menos soluveis no seio do organismo, pelo facto da presença d'este alcool,

Nos syphiliticos, o parasita representa um papel importante; porque é elle um elemento estranho ao sangue e capaz de provocar desordens mais ou menos notaveis, se bem que a natureza parasitaria da syphilis não esteja bem estabelecida, embora Klebs tenha observado á presença de micro-organismos no canero indurado, Aufrecht no succo das placas mucosas, Birsch-Hirschifeld nas placas mucosas e nas gommas syphiliticas e Martineau e Hamonic tenham obtido a cultura d'estes elementos, segundo o processo de Pasteur.

Mas suppondo mesmo que os parasitas da syphilis não existam, ainda nós encontramos no sangue dos syphiliticos, alterações serias caracterisadas pela diminuição dos globulos vermelhos e augmento dos leucocythos; factos que ainda vem depôr em prol da proposição que avançamos, isto é, que no sangue dos syphiliticos existem principios anormaes capazes de provocar uma endo e periarterite dos pequenos vasos.

No sangue dos gottosos o excesso de acido urico, sob a forma de urato de sodio é um facto cuja veracidade Garrod, desde muito tempo, poz em evidencia; além de que este sangue é menos alcalino do que no estado normal e contem frequentemente acido oxalico e em geral uma proporção exagerada de uréa.

No saturnismo não só se encontram particulas de chumbo, como ainda notaveis proporções de acido urico e diminuição de hemathias.

Nos velhos, Os actos intimos da nutrição são profundamente alterados; as materias albuminoides da crase sanguinea são diminuidas e os materiaes de desassimilação são muito abundantes.

Finalmente nos rheumaticos nós encontramos condições analogas no ponto de vista da analyse qualitativa e quantitativa do liquido sanguineo. Diminuição consideravel por vezes, do numero das hemathias, crescimento enorme da fibrina, hypoalbuminose, augmento das materias extractivas e da cholesterina; taes são as lesões no rheumatismo articular agudo e tambem no rheumatismo chronico. Accresce ainda que, segundo as pesquisas de Klebs, o rheumatismo é uma molestia parasitaria que reconhece como causa a monadina rheumatismal, theoria acceita por Köster e que se for exacta vem ainda trazer mais um elemento alheio a constituição do sangue para dotal-o de propriedades irritantes.

O facto dominante, pois, nos individuos que se acham sob a influencia de uma d'estas circumstancias é um desarranjo mais ou menos notavel nas proporções qualitativas e quantitativas dos elementos que entram na constituição do sangue, é uma discrasia mais ou menos profunda onde dois factos se tornam salientes: 1.º a hypoglobulia que traz como consequencia a penetração, no sangue, de uma quantidade menos consideravel de oxygeno que não pode satisfazer de um modo perfeito as combustões organicas, que não pode presidir convenientemente os phenomenos de nutrição intima; d'onde resulta que certos elementos podem ser prejudicados; são os elementos em que a nutrição se faz com mais difficuldade, isto é, os elementos mais nobres, cellulas nervosas, hepaticas, etc., mas estes elementos não sendo convenientemente nutridos soffrem as degenerescencias gordurosa, albuminosa etc., o que nos explica as alterações que experimentam as cellulas hepaticas no figado cirrhotico cardiaco; 2.º fluctuam no sangue elementos irritantes, estranhos a sua composição e que incessantemente se põe em contacto com as paredes vasculares; ora estas, nós sabemos, não são tubos inertes, são dotadas de autonomia propria e não toleram servilmente a presença d'estas substancias anormaes, ellas pois reagem e manifestam a sua reacção por phenomenos inflammatorios que se passam em suas tunicas interna e externa; d'onde phenomenos de endo e periarterite.

Ora estes phenomenos de endo e periarterite constituem a phase inicial da arterio-capillarite-fibrosa, é pois muito possivel que esta se effectue pela forma porque acabamos de descrever—Note-se que nós dizemos que é muito possivel e não affirmamos absolutamente nada, porque as modificações, porque passa o organismo para dar nascimento a diathese fibroide, nos são completamente desconhecidas e nada nos auctorisa a dizer que os factos dão-se por esta ou aquella forma; entretanto quando se sabe que as lesões atheromatosas das arterias reconhecem por

causa, como o demonstraram M. Martin e Cornil e Ranvier, uma alteração especial dos vasos nutritivos, uma endarterite fibroide, proliferativa e obliterante; quando se sabe que as lesões renaes que dissemos ser simultaneas ao figado cardiaco cirrhotico reconhecem como causa lesões arteriaes que nada mais são que a endo-periarterite, a endarterite proliferante; quando se sabe que o coração, muitas vezes, se apresenta sclerosado, como o professor Picot refere em suas observações e que esta sclerose cardiaca é dependente, segundo Rigal, Juhel Renoy e Letulle de alterações que se passam para os pequenos vasos caracterisadas pela endoperiarterite; quando se recorda que outras lesões que porventura sejam concomitantes ao figado cardiaco cirrhotico se acham filiadas a mesma alteração vascular; quando se tem em vista os trabalhos de Talamon e Picot nos quaes se acham consignadas as mesmas lesões arteriaes para o lado do figado cardiaco cirrhotico, parece impossivel que sejamos tão systematicos que queiramos fazer correr a sclerose hepatica por conta da lesão cardiaca quando todas as outras se acham sob a dependencia de um vicio geral de nutrição.

A razão não comprehende bem o porque se deva emprestar ao figado sclerosado uma causa diversa da que actuou sobre os demais orgãos facilitando o desenvolvimento de tecido conjunctivo; tanto mais quanto observadores eminentes nos affirmam que a proliferação conjunctiva começa em torno das arteriolas affectadas de endo e periarterite obliterante e não em torno da veia central do lobulo hepatico como deveria succeder se a alteração anatomo-pathologica estivesse subordinada a lesão cardiaca.

E' por isso que o professor Picot em suas lições de clinica chega a conclusões que elle enuncia do modo seguinte: « Em resumo pois as lesões hepaticas que nós demonstramos existir nos casos de nossa segunda serie e que constituem o figado moscade cirrhotico são o resultado do processo morbido geral chamado tambem diathese fibroide; ellas tem par causa anatomica a endo e peri-arterite, a arterio-capillary-fibrosis de Gull e Sutton e, por cendições etiologicas particulares, um estado do sangue variavel em sua natureza e que se desenvolve mais especialmente sob a influencia da velhice, da gotta, do saturnismo, do rheumatismo, da syphilis e do alcoolismo. Estas lesões hepaticas se acompanham de lesões da mesma origem que se observa nas arterias, nos rins. no pulmão, baço, coração, medulla espinhal; ellas não dependem de modo algum de tal ou tal outra lesão anatomica (valvular ou não valvular) do orgão central da circulação. > (- Picot -)

Estas ideias de Picot nós as adoptamos in totum e como elle, nós diremos que provavelmente o sangue, em presença de certas causas experimenta modificações profundas que são acompanhadas da endarterite proliferante e de suas consequencias que se revelam pela neoformação de tecido conjunctivo no figado e em diversos orgãos da economia; e o que ainda mais nos convence é que esta alteração das paredes vasculares, especial aos pequenos vasos, se encontra em certas molestias agudas nas quaes, uma modificação pathologica seria do sangue é admittida por todos. E' o que se observa, por exemplo na diphteria em que M. Martin demonstra a endarterite sclerosica não só no pulmão affectado de broncho-pneumonia diphterica, como tambem nas paredes e nos pilares do coração. E' o que se verifica na febre typhoide na qual Hayem encontrou sobre as arteriolas do coração, tanto nas paredes como nos pilares, endarterites obliterantes das mais notaveis tendo produzido uma diminuição consideravel e mesmo uma obliteração completa do calibre vascular.— (Picot).

Mas se nós achamos muito razoaveis e convincentes as vistas do professor Picot para explicar a sclerose hepatica do figado moscade cirrhotico quando esta lesão é acompanhada de outras identicas para orgãos diversos da economia; nós não levamos o exclusivismo a um extremo tal que regeitemos completamente a influencia do coração sobre a selerose hepatica quando isolada, isto é, quando limitada somente ao figado. Não era possível que nós que combattemos sempre as ideias systematicas em medicina, quizessemos acceitar a doutrina da arterio-capillarite-fibrosa para explicar todo o facto de sclerose que se passa no organismo durante uma lesão cardiaca, quer a proliferação conjunctiva seja generalisada, quer limitada somente ao figado. Não; nós queremos acreditar que a diathese fibroide é manifesta quando a proliferação conjunctiva é generalisada; porém que não temos necessidade alguma de invocal-a quando o processo cirrhotico se acha limitado a glandula hepatica; porque então como perfeitamente nos fazem observar Cornil e Ranvier e Sabourin a cirrhose não se desenvolve em torno das arteriolas, mas em torno da veia central do lobulo; e mesmo não se comprehenderia como o organismo todo inteiro estando sob a influencia de uma causa morbigenica tão poderosa como o é a arterio-capillarite-fibrosa, só o figado apresentasse lesões estructuraes que a denunciassem.

Alem d'isso mesmo nos casos em que a endarterite fibrosa, isto é, a arterio-capillary-fibrosis, intervem como causa das lesões hepaticas, a affecção cardiaca não se conserva extranha a estas alterações hepaticas e o proprio professor Picot reconhece isto quando nos diz:

 Deve-se notar, com effeito, que o figado moscade cirrhotico, seu nome o indica, não é pura e simplesmente um figado scleroso, porem que é tambem um figado cardiaco, acceitando esta denominação com o valor anatomo pathologico que lhe concediam os auctores outr'ora. Em todos os nossos casos d'esta alteração especial do figado, nós, effectivamente, encontramos, as modificações classicas de estructura que caracterisam o simples figado cardiaco: dilatação da via central, dilatação dos capillares intralobulares, atrophia das cellulas hepaticas; e os auctores que se occupavam d,esta questão, entre outros Debove e Letulle, Talamon e Rendu igualmente as verificaram. E' pois bem certo que a producção do figado moscade cirrhotico reconhece ao mesmo tempo por origem a molestia do coração e o processo morbido geral, a proliferação de tecido conjunctivo. > -(Picot. —)

Foi-nos mister deter-nos mais minuciosamente na analyse das manifestações cirrhoticas que se notam no figado no decurso de uma affecção cardiaca, porque é este um ponto ainda em litigio e que tem dividido os clinicos e anatomo-pathologistas em dois partidos contrarios, acreditando uns que as alterações estructuraes da glandula hepatica correm exclusivamente por conta da lesão cardiaca, quer sejão ellas limitadas ao figado ou nãoa suppondo outros que só a diathese fibroide deve ser accusadopela exuberancia de tecido conjunctivo no figado moscade cirrhjo tico e finalmente acreditando alguns, Rendu entre outros, a cudo grupo nos filiamos, que suppõem que a proliferação de techoconjunctivo que se encontra no figado no decurso de uma cardde pathia qualquer está sob a dependencia da diathese fibroida quando esta mesma proliferação se encontra em outros orgãos lla economia e sob a dependencia da affecção cardiaca quando cou se limita a glandula hepatica, os outros orgãos ficando mais e menos indemnes. Como se vê o problema é muito complicadoos muito obscuro, pois que intervem dois factores capazes amb o de chegar ao mesmo resultado, isto é, a neoformação de tecide conjunctivo e nós não podemos saber com certeza o contingents com que cada um concorre; tambem e por isso que muitoa conservam-se na espectativa não suppondo ainda liquidada questão.

Em resumo; na producção de manifestações morbidas para o lado da glandula hepatica, deuteropathicas de uma lesão cardiaca, intervem como factores, as desordens hydraulicas, as susceptibilidades individuaes caracterisadas pela autonomia vascular ou o que é o mesmo pela parte activa que no organismo tem o systema nervoso e finalmente um estado particular da

economia creado pelo alcool; pela syphilis, pela gotta, pelo saturnismo, pela velhice e algumas vezes pelo rheumatismo.

Para terminar este capitulo resta-nos analysar se são somente as cardiopathias primitivas as que fazem sentir sua acção sobre a glandula hepatica ou se tambem as cardiopathias secundarias representadas pelas lesões organicas resultantes do mal de Bright repercutem-se sobre o figado.

Rendu, que consagra algunas palavras a este assumptor faz-nos ver que nem sempre o figado se altera com as lesões cardiacas consecutivas a nephrite parenchymatosa; mas que isto se observa quando a lesão cardiaca se assesta sobre as cavidades esquerdas; ao passo que o figado não pode assistir impassivel os insultos feitos as cavidades direitas. Assim é que, cita elle dois casos de nephrite intersticial em que a hypertrophia tendo-se limitado somente ao coração esquerdo, o figado não soffreu alteração alguma ou antes apresentou modificações que não sendo as modificações classicas do figado moscade, nem de cirrhose cardiaca, não poderião correr por conta da affecção cardiaca. Entretanto quando o processo morbido se estende aos dois corações as complicações hepaticas se manifestam e o proprio professor Rendu se encarrega de n'ol-o dizer n'estas poucas linhas:

observar é a auseneia de lesões hepaticas nos casos de nephrite intersticial, todas as vezes que a hypertrophia cardiaca limita-se exactamente ao ventriculo esquerdo. Porem não é este o caso mais frequente, contrariamente ao que se diz nas obras classicas. Por nossa conta, nós vimos um grande numero de doentes brighticos mortos com signaes de affecção cardiaca, a hypertrophia assestar-se ao mesmo tempo sobre o ventriculo esquerdo e sobre o ventriculo direito. E' mesmo n'estes casos que se encontra, as mais das vezes, estes corações enormes, em que as quatro cavidades são igualmente dilatadas sem lesões valvulares apreciaveis N'estas condições produz-se frequentemente dilatações passageiras do ventriculo direito, por vezes mesmo, insufficiencia tricuspide, causa provocadora immediata de desordens hepaticas. 3

Parece por estas palavras de Rendu que a escola mecanica se acha fortemente apoiada, porque o figado não soffre emquanto o coração direito está illeso, emquanto, por conseguinte, não se effectua a stase para o lado da veia cava inferior, porem é ainda Rendu, quem, não contestando a influencia das leis hydraulicas, se encarrega de negar a influencia exclusiva da escola mecanica, por meio de um facto tirado de sua clinica em que uma nephrite intersticial é acompanhada de lesões hepaticas

precedendo as complicações pulmonares.

Porem as lesões descriptas por elle e encontradas no figado, parece-nos, que são devidas ao processo que ja descrevemos com o nome de arterio capillarite fibrosa; mesmo porque n'esse individuo, tão affectados estavam os rins, como as arterias, como o coração e tambem o figado. Em ultima analyse pois as cardiopathias tanto primitivas como secundarias perturbam as condições physicas e physiologicas da glandula hepatica, por um mecanismo que depende, ora de desordens hydraulicas, ou de susceptibilidades individuaes e ora de um estado geral do organismo denominado — diathese fibroide.



CAPITULO II

Anatomia pathologica

Discutindo a influencia pathogenica e etiologica das molestias do coração sobre a glandula hepatica nós deixamos entrever que as lesões anatomo-pathologicas, que a necropsia demonstrava existir n'esta viscera, não eram sempre as mesmas; porem que ellas variavam conforme a causa morbifica a que se submettera o figado.

Agora, confirmando aquillo que tinhamos dito, nós procuraremos descrever as alterações estructuraes que experimenta o
tecido hepatico quando o individuo succumbe a uma lesão cardiaca. N'este caso quando se abre a cavidade abdominal do
cadaver e que se examina o figado, nota-se que elle não tem
sempre o mesmo aspecto, que algumas vezes apresenta-se
de um modo e outras vezes sob uma forma muito diversa; isto
deu lugar a que observações microscopicas minuciosas fossem
feitas e d'estas observações resultou a confirmação d'aquillo que
se suppuzera, isto é, que o figado ora apresentava phenomenos
simplesmente congestivos ou antes lesões mecanicas e ora apresentava elementos caracteristicos de lesões inflammatorias; d'onde
resultou a divisão, muito natural, do figado cardiaco em duas
formas: uma em que as lesões mecanicas predominavam, era o

figado cardiaco propriamente dito, o figado moscade (foie muscade), outra em que as lesões inflammatorias tinham a supremacia, era o figado cardiaco cirrhotico.

De um e outro occupar-nos-emos separadamente.

FIGADO CARDIACO PROPRIAMENTE DITO—FIGADO MOSCADE— Quando se examina, a simples vista, o figado moscade nota-se logo que este orgão se acha augmentado de volume, mas que este augmento se fez uniformemente por toda a glandula; de sorte que, a não ser os bordos arredondados, sua forma em nada differe da do figado physiologico. Se não houve, durante a vida, uma perihepatite para dar lugar a formação de placas lacteas na capsula de Glisson, nós poderemos vêr, atravez da transparencia, d'esta capsula a superficie hepatica, sem granulação alguma, perfeitamente lisa, constituida pelos lobulos hepaticos que são então um pouco mais volumosos e vasculares que de ordinario. Praticando-se um golpe, reconhece-se que elle se effectua facilmente, que a faca não encontra uma resistencia mais consideravel do que aquella que offerece o figado no estado normal; porem a quantidade de sangue que se escôa é mais consideravel e o exame attento seja com a lente, seja a olho nú, mostra que o tecido hepatico tem um aspecto muito diverso do tecido normal do figado, e, com effeito, os lobulos parecem mais volumosos e dotados de uma dupla coloração, conforme se examina a sua parte central ou sua peripheria. A parte central apresenta uma côr mais carregada fingindo acajú, ao passo que a zona peripherica é cinzeta e opaca; isto se o golpe cahe prependicularmente a veia central; porque no caso contrario, a secção, interessando as divisões de uma veia superhepatica, faz com que o lobulo mostre o aspecto de uma figura foliacea de nervuras vermelhas cercadas por uma zona cinzenta. Seja como for, o que é exacto e o que dá logo na vista é esta coloração dupla do tecido hepatico que não podendo ser explicada sufficientemente, pela falta de meios de investigação (quando o microscopio ainda não tinha conquistado o lugar que elle possue hoje na sciencia), fez com que Andral admitisse, no estado normal, a existencia de duas substancias differentes no figado.

Comparou-se esta côr especial do figado cardiaco a da noz moscada, d'ahi a razão porque é elle conhecido com o nome de figado moscade, que é muito mais appropriada que a de figado cardiaco, porque estas alterações hepaticas tanto podem ser observadas nas lesões cardiacas, como nas affecções broncho-pulmonares.

Se depois de feito o exame macroscopico do figado, nós procurarmos examinal-o ao microscopio, veremos que essa dupla

coloração tem uma razão de ser que não é precisamente a existencia de duas substancias diversas, como o suppunha Andral. Assim é que o exame das secções delgadas do figado affectado d'estas alterações demonstra no centro da zona vermelha a veia central muito dilatada, tão dilatada mesmo que, em certos casos, pode-se vêr a sua abertura a olho nu — (Cornil e Ranvier). O resto da região vermelha é constituido pelos capillares muito mais calibrosos que no estado normal, cheios de sangue e contendo em suas malhas as cellulas hepaticas achatadas, comprimidas e atrophiadas possuindo, todavia, seus nucleos e um protoplasma finamente granuloso impregnado de granulações pigmentares pretas de origem hematica e algumas vezes, de granulações amarellas de pigmento biliar — (Cornil e Ranvier).

Algumas vezes tambem, nota-se que o conteudo da cellula hepatica retrahido e granuloso concentra-se na parte central d'esta deixando a parte peripherica vasia; de sorte que sob a influencia do carmim a linha de contorno da cellula apresenta-se sob a forma de uma linha rosea separada do conteudo cellular por este espaço vasio; e só alem d'esta linha é que se encontram os globulos sanguineos, de modo que este pequeno vacuo deixado pelo protaplasma, se acha interposto entre este e os capillares sanguineos.

Nem todos os auctores estão de accordo na explicação que precede a respeito d'este pequeno intervallo que vae entre o capillar e o protoplasma; Talamon que o assignala acredita que ha mais alguma cousa alem da deformação cellular, porem que elle não nos diz qual seja; Wickam Legg que o examinou suppõe que se trata antes da parede transparente do vaso. Seja como fôr, o que é certo é que não se deve consideral-o como tecido conjunctivo de nova formação, o que seria tanto mais facil quanto o nucleo da cellula pode, muitas vezes, em lugar de occupar a parte central, achar-se precisamente em um dos pontos d'esta facha e dar a illusão de nucleos do tecido conjunctivo inflammado. A este respeito bom é que se note que mesmo quando o lobulo está reduzido a uma especie de angioma cavernoso pela dilatação excessiva dos capillares engurgitados de globulos sanguineos, vê-se, ainda nos delgados traços que representam o esqueleto das cellulas hepaticas, seus nucleos coloridos em carmim; ora é este ainda um aspecto que não se deveria tomar por tecido conjunctivo de nova formação -(Talamon ---)

Frisando esta circumstancia — ausencia de tecido conjunctivo de nova formação na parte central do lobulo — nós o fizemos

muito propositalmente, porque Wickam Legg, que fez pesquisas em vinte figados cardíacos, achou sempre que, excepto um pouco de espessamento da tunica externa da veia central não se via nenhuma producção nova de tecido conjunctivo no centro do lobulo hepatico; porem que no intervallo dos lobulos, nos espaços inter-lobulares havia quasi constantemente uma proliferação conjunctiva tendo a maior analogia com aquella que se reconhece no primeiro grau de cirrhose atrophica. Este facto não é acceito por todos os anatomo-pathologistas. Frerichse com elle Wirchow e Rokitansky acreditam que sob a influencia da pressão sanguinea as cellulas centraes atrophiam-se e são substituidas por tecido conjunctivo de nova formação. Cornil e Ranvier não contestando os factos assignalados por Wickam Legg, pois que tambem elles foram testemunhas de um caso identico, alliam-se ainda as opiniões d'aquelles que creem em lesões cirrhoticas do centro do lobulo, indo assim de encontro ás ideias de Liebermeister, Green, Talamon e Picot que acompanham Wickam Legg em suas observações. Mais tarde quando nos occuparmos do figado cirrhotico cardiaco nós ventilaremos esta questão que está hoje na ordem do dia e que tanto trabalho tem dado aos anatomo pathologistas.

A zona peripherica da ilhota hepatica é constituida por capillares de volume normal ou menos volumosos que os precedentes e por cellulas em degenerescencia gordurosa completa. Estas mostram grossas granulações ou mesmo uma ou duas grossas gottas, que as distendem completamente dando-lhes uma forma espherica. E' o sangue da veia porta que, stagnando na peripheria, abandona as cellulas que ahi se acham a gordura que vem da digestão.— (Cornil e Ranvier—). Assim descrevem estes auctores as alterações que se passam na peripheria do lobulo hepatico e para elles a dupla coloração do figado é o resultado da impregnação gordurosa na zona peripherica e da stase sanguinea na parte central.

Tal não é porem a opinião de Talamon que acredita que a zona peripherica é constituida por cellulas de uma vitalidade duvidosa, que podem soffrer mesmo a degenerescencia gordurosa, porem esta degenerescencia não tem em geral nem a extensão, nem a séde constante que se lhe attribuio; ellas se acham disseminadas irregularmente pela ilhota hepatica e não formam, de modo algum, como se diz, uma zona externa de degenerescencia gordurosa. Se em um golpe de figado moscade, as partes periphericas do lobulo parecem amarelladas, isto é devido, não a transformação gordurosa das cellulas, porem a anemia relativa d'estas partes contrastando com o engurgitamento sanguineo das

partes centraes — (Talamon). No figado moscade o aspecto dos espaços portas não é sempre o mesmo; ora elles são perfeitamente normaes, ora se acham um pouco dilatados e ora finalmente elles contem um numero mais ou menos consideravel de tecido conjunctivo de nova formação. As mais das vezes, a lesão fica limitada ao espaço porta, ella não ganha as fissuras inter-lobulares e não penetra na espessura do lobulo. Entretanto casos ha em que a proliferação conjunctiva vae mais longe; vê-se então que ella adianta-se sob a forma de traineés de cellulas embryonarias até as fissuras inter-lobulares e que alcança um pouco o interior do lobulo entre as filas de cellulas hepaticas. — (Wickam Legg).

Taes são as lesões microscopicas do figado cardiaco e que nos explicam perfeitamente a razão de ser dos caracteres observados a olho nú.

A stase sanguinea que se opera nas veias inter-lobulares determinam augmento de volume da glandula; mas como esta stase se faz uniformemente a forma do figado não se altera; assim como também não se altera a sua consistencia; visto que só a proliferação de tecido conjunctivo poderia tornal-o mais resistente, e esta proliferação não se dá, ou quando tem lugar o tecido conjunctivo se acha no estado embryonario e não offerece aquella resistencia caracteristica do tecido fibroso.

E' tambem esta a razão porque a superficie da glandula se conserva lisa e não granulosa como deveria succeder se o tecido conjunctivo já bastante organisado puzesse em jogo sua poderosa retractilidade.

A dilatação da veia central do lobulo, a dilatação dos capillares intralobulares e o engurgitamento, mais ou menos consideravel de sangue n'estes vasos nos explicam a razão porque a parte central do lobulo tem uma côr mais carregada do que a zona peripherica que ou se acha relativamente anemica, como diz Talamon, ou infiltrada de granulações gordurosas, como dizem Cornil e Ranvier.

A pressão insolita a que se acham submettidas, as cellulas da zona central, em consequencia da grande dilatação dos vasos d'esta região, arrasta necessariamente a morte d'estes elementos e é isto o que faz com que o lobulo hepatico apresente, muitas vezes, o aspecto de um angioma. Como se vê, as lesões que se effectuam no figado moscade correm quasi que só por conta de phenomenos mecanicos, os phenomenos inflammatorios são quasi nullos e apenas caracterisados pelo apparecimento de tecido conjunctivo de nova formação nos espaços portas; não assim nos

figados attacados de cirrhose cardiaca dos quaes agora nos vamos occupar.

FIGADO CARDIACO CIRRHOTICO. — Por muito tempo a opinico classica sobre o figado cardiaco tal como ainda hoje a acceitam Wirchow, Frerichs e outros, gosou da supremacia em sciencia e era a unica para á qual se appellava quando se tratava de explicar as lesões que experimenta o figado nos casos de lesões organicas do coração; embora antigos auctores, Becquerel e Trousseau entre outros, a quem não tinha escapado o aspecto cirrhotico que apresenta o figado em certos casos de lesões cardiacas, admittissem como origem possiv l da cirrhose as molestias do coração, porem elles confundiam, pelo menos no que diz respeito a alteração estructural, esta cirrhose ou sclerose hepatica de origem cardiaca com a cirrhose de origem alcoolica, facto este que deve ser imputado a imperfeição dos estudos microscopicos d'aquelle tempo, Budd e Handfield Jones foram os primeiros que estabeleceram uma franca distincção entre as duas cirrhoses.

Este ultimo principalmente é muito explicito quando diz:

O figado moscade não se termina pelo figado attacado de cirrhose alcoolica; porém nos canaes e nas fissuras dos lobulos ascim como nos espaços interlobulares effectua-se o derrame de um exsudato morbido cuja organisação ulterior terminará pela condensação maior da zona peripheriea do lobulo. O plasma parece insinuar-se entre as cellulas nas partes externas dos lobulos.

Em summa Handfield Jones tinha visto a sclerose interlobular que é hoje assumpto de tantas controversias e que, em geral, recusa-se admittir.

Mais tarde Liebermeister verifica a exactidão das ideias de Handfield Jones sobre as modificações da substancia intersticial do figado. Green é um dos poucos auctores que admitte, no figado moscade, a existencia de uma selerose perilobular como uma lesão constante. Depois d'isto Klebs e Rindfleisch fallam também da producção de tecido conjunctivo nos canaes interlobulares, porem elles a consideram como um facto accessorio no figado moscade.

Foi preciso que Wickam Legg escrevesse uma memoria sobre a histologia do chamado figado cardiaco, na qual elle acceitava in-totum as ideias de Handfield Jones; foi preciso que estas ideias recebessem a confirmação de Talamon e Picot em França para que ellas adquirissem uma certa importancia e se tornassem mais conhecidas, attrahindo sobre si a attenção de investigadores muito habeis e auctorisados, que sobre ellas escreveram

memorias diversas de que nos occuparemos depois de um rapido resumo do figado cardiaco cirrhotico.

Já nos tempos em que os estudos anatomo-pathologicos eram muito defficientes pela falta dos meios proprios de investigação, não tinha escapado a sagacidade de alguns espiritos observadores a multiplicidade de aspectos que apresentava a glandula hepatica de um individuo morto no decurso de uma molestia cardiaca. Elles tinham verificado que, em muitos casos, o figado, longe de apresentar aquelle augmento de volume que constitue a regra nos casos de figado moscade, mostrava-se, pelo contrario, com um diminuição mais ou menos consideravel em seu peso; que a consistencia da glandula, que, no figado cardiaco, pouco se afastava da normal n'estes casos era muito augmentada de tal sorte que a faca encontrava uma grande difficuldade em vencer a sua resistencia; elles tinham observado mais que a capsula de Glisson, na grande maioria dos casos, tinha perdido sua transparencia para apresentar uma côr placas lacteas mais ou menos extensas, um espessamento mais ou menos notavel, indicios estes de phenomenos inflammatorios que ahi tiveram lugar; e que nos raros casos em que a capsula ainda se achava transparente, a superficie do figado, alem do aspeeto chamado moscade que offerecia, tinha tambem isto de particular — que a peripheria dos lobulos era mais cinzenta do que no figado cardiaco ordinario.

A estes dados que por si sós tinham sido sufficientes para fazer com que Becquerel e Trousseau admiitissem as lesões car diacas como causas de cirrhose hepatica, dados que a observação mais aperfeiçoada de nossos tempos considerou como perfeitamente exactos e veridicos, deve-se accrescentar ainda que não se demonstra no figado cardiaco cirrhotico, na superficie dos golpes que n'elle se faz, aquelle estado granuloso que é de praxe ua cirrhose-atrophica verdadeira, (cirrhose alcoolica, cirrhose de Laennec, foie clouté dos Ingleses), os lobulos não fazem saliencia, porem a superficie do golpe fica lisa e plana. N'este golpe reconhece-se ainda este estado de noz moscada ordinaria, porem com esta differença-que a zona peripherica dos lobulos é mais cinzenta - Finalmente examinando-se o golpe depois que o tecido hepatico foi lavado, nota-se, em torno dos lobulos. fitas brilhantes constituidas por um tecido conjunctivo do nova formação.

Taes são os caracteres microscopicos do figado cardiaco cirrhotico, que denotam, sem duvida alguma, uma proliferação mais ou menos consideravel de tecido conjunctivo e que são facilmente confirmados pelo exame microscopico. Em que ponto,

porem se effectúa essa neoformação de tecido conjunctivo? Será nos espaços de Kiernan ou será na parte central do lobulo?

Aqui começa o desaccordo entre os anatomo-pathologistas; aqui dois partidos diametralmente oppostos se acham frente a frente; um advogando a causa em favôr da proliferação conjunctiva na parte central do lobulo, outro pleiteiendo em prol da prolifereção perilobular; no primeiro campo estam Wirchow, Frerichs, Rokitansky Rindfleish, Cornil e Ranvier e Sabourin; no segundo se acham Budd, Handfield Jones, Liebermeister, Green, Wickam Legg, Talamon e Picot. Cornil e Ranvier em seu Manual de histologia pathologica (2. edição de 1884) referindo se ao figado cardiaco cirrhotico diz: « Nós descrevemos a congestão chronica, com dilatação dos vasos capillares e atrophia das cellulas hepaticas que se observam tantas vezes nos doentes affectados de molestias chronicas do coração. Porem. alem disso, nas mesmas condições, sobrevem algumas vezes um cirrhose especial assestando-se principalmente no tecido peripherico ás veias super-hepaticas.

E' o que se chama propriamente fallando a cirrhose cardiaca. E' inutil dizer que os individuos affectados de uma lesão cardiaca podem apresentar tambem uma verdadeira cirrhose commum. Nós tinhamos descripto esta forma de cirrhose cardiaca na primeira edição d'esta manual, tinhamos insistido sobre a neoformação de tecido conjunctivo embryonario ou fibroso ao longo das veias super-hepaticas e no contorno das veias centraes das ilhotas. Sabourin estudou recentemente esta questão e confirmou nossa opinião. « Vem então descripta uma observação de Sabourin que não reproduziremos por ser completamente inutil; basta que se saiba que ella confirma a opinião de Cornil e Ranvier.

Eis agora o que nos dizem Wickam Legg e Talamon: « As lesões inflammatorias do figado cardiaco foram localisadas, antes por uma vista de espirito do que por uma exacta interpretação dos factos em torno da veia central intralobular. Ora nós podemos dizer que em caso algum encontramos esta cirrhose perivenosa central. A parede da veia é espessada, sclerosada, e este espessamento se córa em roseo pelo carmim de uma maneira toda especial; quando o golpe interessa a veia no sentido longitudinal e não transverso, vê-se, em lugar de um circulo, duas bandelettas parallelas limitarem o vaso cheio de sangue. Porem nunca vimos nem tecido fibrillar, nem cellulas embryonarias, nem nada que se assemelhasse a uma neoformação conjunctiva cercar esta veia ou partir de suas paredes espessas para ponetrar entre as cellulas visinhas. Existe, todavia, um irritação conjunctiva no

figado cardiaco; porem não é em torno da veia central que se deve procural-a; é nos espaços portas; e ahi ella é, por assim dizer, constante; pelo menos nós verificamos de um modo mais ou menos notavel, em todos os casos que examinamos. >

Como se vê existe perfeita união entre os auctores quando se trata de interpretar os phenomenos mecanicos do figado cirrhotico cardiaco; todos elles reconhecem que a veia central do lobulo e os capillares intralobulares se acham muito dilatados e com as paredes espessas, como o facto tem lugar no figado moscade; mas na interpretação dos phenomenos inflammatorios as opiniões divergem completamente, são até contradictorias e não se pode tirar uma conclusão rasoavel. E' que a questão é muito obscura e demais muito complexa mormente si se quizer fazer intervir um unico factor na producção das lesões hepaticas.

Mas se concedendo-se, a lesão cardiaca o papel a que ella tem direito no figado cardiaco, isto é, se fizermos eorrer por conta da cardiopathia os phenomenos mecanicos do figado cardiaco cirrhotico, nós procurarmos um outro factor que nos explique a razão de ser dos phenomenos inflammatorios; parecenos que o problema fica mais facil de ser resolvido ou que pelo menos approxima-se muito mais da verdade, e muito principalmente se, abandonando o exclusivismo, nós encararmos as modificações anatomicas do figado durante a evolução de uma cardiopathia, como a resultante de causas diversas das quaes ora uma, ora outra, adquire a supremacia ou intervem mais directamente; e muitas vezes mesmo estas diversas causas se reunem de modo que não se pode saber ao certo até que ponto se deve fazer correr a lesão por conta de uma, até que ponto se estende a nifluencia de outra.

Foi mesmo attendendo a estas circumstancias que, quando nos occupamos da etiologia e pathogenia, nós procuramos determinar os factos em que acreditavamos que a lesão hepatica é o producto da affecção cardiaca e separal-a assim d'aquelles em que ella reconhece como causa um vicio geral do organismo a que se deu o nome de diathese fibroide.

Esta distincção nos parece tanto mais razoavel quanto nos casos em que a proliferação conjunctiva existe generalisada ou attacando muitas visceras, o exame attento do figado nos faz vêr que, mesmo quando a neoformação conjunctiva é pouco abundante, sempre as paredes das arteriolas são doentes. Ellas são augmentadas de volume, ao passo que o calibre vascular é diminuido, e este augmento de volume das paredes resulta da presença, em torno dos vasos, de numerosos circulos concentricos

de fibrillas semeadas de raras cellulas embryonarias. Estas alterações conjunctivas se nos revelam como a consequencia de uma lesão inflammatoria que se assestou nas tunicas interna e externa das arteriolas; em uma palavra, como a consequencia de uma endo e peri-arterite proliferante. As venulas portas tem, por vezes tambem, sua parede affectada de uma lesão analoga.—
(Picot—)

Esta endo e periarterita que nós consideramos como subordinada a uma das circumstancias capazes de crear a arteriocapillarite fibrosa é muito provavelmente o ponto de partida da proliferação conjunctiva na glandula hepatica quando essa proliferação existe tambem em outros orgãos.

Não é esta uma supposição gratuita que fazemos, é antes uma hypothese perfeitamente baseada em factos incontestaveis e admittidos por todo o mundo, observados em casos identicos na arterio-capillarite fibrosa confirmada.

Com effeito as lesões atheromatosas das arterias n'este processo morbido ou mesmo fóra delle são consideradas hoje, depois dos trabalhos de M. Martin e de Cornill e Ranvier, como o resultante de uma endo e periarterite obliterante dos vasa-vasorum; portanto, como a consequencia de um estado morbido em que a proliferação de tecido conjunctivo é uma das circumstancias mais importantes.

De outro lado as alterações renaes que denunciamos como simultaneas da sclerose hepatica são também alterações analogas as que offerecem os rins senis cujo característico é ainda uma proliferação de tecido conjunctivo que tem como ponto de partida uma alteração vascular, uma endo e periarterite proliferante conforme nos affirmam os trabalhos de Cornil e Ranvier, de Lemoine, Sadler e de Demange. A respeito de alterações fibrosas assestadas no proprio musculo cardiaco e que algumas vezes são também simultaneas no figado cardiaco cirrhotico como o facto é bem explicito nas observações de Picot, nós já fizemos vêr que as ideias de Juhel-Renoy e de Debove e Letulle hoje acceitas por todos, consideram-n'as como dependentes ainda de uma periarterite que é a phase inicial da lesão.

Nós poderiamos citar como consequencias d'esta endo e periarterite outras modificações anatomicas que se encontram em outros orgãos, taes como a medulla, os pulmões etc., porem queremos acreditar que os factos que assignalamos são já bastante poderosos para servir de base ao nosso modo de pensar; pois que parece-nos impossível haver algum espírito tão systematico

que vendo-se obrigado a crêr que as alterações que se passam para os outros orgãos se acham sob a dependencia da endo e periarterite proliferante, queira invocar a perturbação cardiaca para explicar a neoformação conjunctiva no figado cardiaco cirrhotico. Mas se nós admittirmos a endo e periarterite proliferante como facto primitivo das lesões structuraes das diversas visceras e orgãos, nós seremos, ipso facto, forçados, a admittir : primeiro que a diathese fibroide, causa d'estas alterações vasculares, é o factor mais importante na proliferação conjunctiva que se effectua no figado cardiaco cirrhotico; segundo que a lesão tendo seu ponto de partida nas alterações vasculares n'esta endo e periarterite proliferante deve necessariamente, occupar os lugares onde ellas se acham, que no figado vem a ser os espaços de Kiernan, os espaços portas situados entre os lobulos e não no centro dos lobulos. Tambem as observações de Talamon demonstram que, quando se examina o figado cardiaco cirrhotico de um individuo em que existia neoformação conjunctiva em diversos outros orgãos, os espaços portas, se a lesão não se achava muito adiantada, apresentavam-se um pouco dilatados e contendo um numero mais ou menos consideravel de cellulas embryonarias de tecido conjunctivo, as quaes ganhando as fissuras interlobulares ião-se adiantando progressivamente e sempre com o mesmo caracter de celiulas embryonarias. Estas mesmas observações demonstram ainda que se o individuo teve tempo de resistir a affecção cardiaca de modo a permittir que a lesão hepatica se tornasse mais adiantada, o tecido conjunctivo muda de caracter, torna-se fibrillar, invade as fissuras interlobulares em toda a sua extensão e o proprio lobulo hepatico. Acha-se então os espaços de Kiernan, assim como as fissuras interlobulares, consideravelmente dilatados, cheios de fibrillas no meio das quaes reconhece-se ainda um numero mais ou menos notavel de cellulas embryonarias, emfim no lobulo encontra-se, partindo dos espaços e das fissuras, porções de tecido conjunctivo de nova formação que penetram entre os elementos cellulares e se adiantam sob a forma de raios para um ponto mais ou menos profundo do centro do lobulo. Estas porções de tecido conjunctivo anastomosam-se entre si, na maior parte dos casos, e estas anastomoses constituidas por tecico conjunctivo em diversos graus de evolução traz como consequencia a fragmentação, por assim dizer, do lobulo hepatico em um numero variavel de ilhotas de cellulas hepaticas.

Finalmente ha ainda nas observações de Talamon, casos em que a proliferação foi levada tão longe que independentemente d'estas alterações, encontram-se muitos lobulos mergulhados em uma verdadeira ganga de tecido conjunctivo. Taes são as lesões microscopicas que nos apresentam os figados cardiacos cirrhoticos dependentes da arterio-capillarite fibrosa; não se fallando nas alterações mecanicas que n'elles se encontram, que correm por conta da affecção cardiaca e que são identicas as que nos revela o exame do figado moscade.

Eis agora como se dão os factos segundo pensamos nós:— o alcool ou qualquer uma das causas productoras da diathese fibroide acarreta uma dyscrasia profunda e faz circular com o sangue elementos que, ou por sua qualidade ou por sua quantidade, são estranhos a esse liquido e determinam, pelo seu contacto com as paredes dos pequenos vasos, arterites que se terminam pela proliferação de tecido conjunctivo; ellas são, por assim dizer, o impulso primitivo de uma serie de factos para os quaes o organismo ja estava preparado; e com effeito a irritação peri-vascular se propaga a circumvisinhança e a neoformação de tecido conjunctivo continua a se effectuar e continúa por tal forma que mais tarde torna-se difficil saber qual foi o ponto em que primitivamente a lesão se manifestou.

Com se vê o figado cardiaco cirrhotico offerece, n'estes casos, muita analogia com o figado attacado de cirrhose alcoolica, porem do qual elle se distingue porque n'aquelle o tecido conjunctivo penetra na espessura do proprio lobulo e sua proliferação começa especialmente em torno das arteriolas que são affectadas de endo e periarterite, alcançando tardia e fracamente os ramos terminaes da veia porta. O que a distingue da cirrhose hypertrophica é que ella é tambem intralobular e não começa em torno dos canaliculos biliares.

De tudo o que acabamos de dizer resulta que, n'estes casos de figado cardiaco cirrhotico, duas são as causas de suas alterações estructuraes; uma a lesão cardiaca por conta da qual existem perturbações mecanicas, e outra a diathese fibroide a favor de quem se mostram os phenomenos inflammatorios. E portanto muito natural que, ora uma tenha a precedencia, ora seja a outra quem primeiro faça sentir a sua influencia; o momento preciso, porem, em que uma ou outra d'estas influencias etiologicas intervem, é o que difficilmente se poderá verificar; parece, comtudo que deve-se dar ao coração a precedencia nos casos em que os phenomenos mecanicos sendo muito pronunciados, os inflammatorios estam apenas na phase inicial e que á diathese fibroide deve caber o lugar primitivo quando os phenomenos inflammatorios estando muito adiantados, os mecanicos são menos pronunciados.—(Picot —)

Assim se nos apresenta o figado quando, ao mesmo tempo que elle, existem outros orgãos em que a neoformação conjunc-

tiva manifestando-se, denuncia a existencia da diathese fibroide; mas quando esta diathese não existe, quando a exuberancia de tecido conjunctivo so existe no figado conservando-se os outros orgãos perfeitamente illesos, então as cousas já não se passam mais do mesmo modo e o coração será o unico culpado das perturbações anatomo-pathologicas que experimenta o figado: pois que nós não comprehendemos o porque estando o organismo sob a influencia de um vicio geral de nutrição este vá fazer sentir sua influencia somente sobre o figado e não exerça influencia igual sobre os demais orgãos; tambem ha nisto tanto mais razão de ser quanto Cornil e Ranvier e Sabourin e tantos outros auctores cuja reputação scientifica se acha perfeitamente consolidada nos fallam de figados cardiacos cirrhoticos em que a proliferação conjunctiva começa em torno da veia central do lobulo e não em torno dos arteriolas perilobulares como aquella de que acabamos de fallar. A frequencia de cirrhoses d'este genero é tal que estes auctores a consideram como a unica verdadeira e se não põe em duvida a cirrhose perilobular de Wiekam Legg, julgam-n'a apenas como um facto accidental e muito raro.

Nos já emittimos nossa opinião, a respeito d'esta questão, ja vimos que a cirrhose atrophica de Wickam Legg é provavelmente o fructo da diathese fibroide; mas que fóra d'isso nós encontraremos a cirrhose descripta por Cornil e Ranvier do modo seguinte, quando elles se occupam do figado moscade: « Acha-se muitas vezes, tecido conjunctivo de nova formação em torno da veia central dilatada e das veias super-hepaticas, o que impede a coloração vermelha central ser tão uniforme como no começo do processo. Nos golpes vê-se com effeito ao microscopio uma zona de tecido conjunctivo de nova formação em torno da veia central. N'esta zona, existem algumas cellulas connectivas de nucleo ovoide. As cellulas hepaticas são atrophiadas, finamente granulosas, reduzidas, muitas vezes, a uma pequena porção de granulações proteicas e gordurosas. Os capillares não são sempre tão dilatados como nas formas precedentes. O que domina então é uma sclerose em torno da veia hepatica.

Seja como for o que é certo é que sempre se observa n'estes casos que o figado longe de apresentar um augmento de volume consideravel como nos casos de figado moscade, é pelo contrario diminuido em suas dimensões, o que se explica perfeitamente pela congestão no primeiro caso e pela retração occasionada pelo tecido conjunctivo de nova formação no segundo.

Em resumo, pois, o tigado na evolução de uma cardiopathia ou pode apresentar simplesmente phenomenos congestivos carac-

terisados pela dilatação da veia central do lobulo, dos capillares intralobulares e por atrophia das cellulas hepaticas circumvisinhas, ou pode apresentar estes phenomenos congestivos alliados a phenomenos inflammatorios caracterisados por neoformação de tecido conjunctivo. Ne primeiro caso a lesão hepatica depende da lesão cardiaca, no segundo se ella é limitada somente ao figado é ainda a affecção cardiaca a auctora de taes desordens, se é generalisada as outras visceras então é a arterio-capillarite fibrosa quem deve ser accusada do que succede ao figado.

Nós achamos pois, diz Rendu, no ponto de vista anatomico, as mesmas differenças que tinhamos demonstrado fallando da pathogenia das perturbações hepaticas nos cardiacos. Não ha relação necessaria entre a natureza da molestia do coração e a lesão do figado. Esta conclusão é ainda uma prova bem convincente que os phenomenos mecanicos não gosam sempre, nem necessariamente do primeiro papel na genese d'estas lesões.

Certamente a stase sanguinea contribue, largâ manû, para determinar a atrophia das cellulas hepaticas e as alterações do figado moscade; porem é preciso alguma cousa mais, acreditamos nós, para produzir a sclerose.

Os phenomenos, irritativos que terminam pela proliferação conjunctiva são de ordem vital, elles dependem talvez da qualidade do sangue, o qual mal depurado adquire propriedades no civas: talvez tambem sejam devidos a influencia geral diathesica em virtude da qual o proprio coração torna-se doente. E' provavelmente esta a explicação que convem melhor para os casos em que a sclerose se generalisa simultaneamente aos rins, ao coração e ao figado, como é frequente observar nos gottosos, nos alcoolicos e sob a influencia do saturnismo .— (Rendu)

CAPITULO III

SIMPTOMATOLOGIA

As lesões anatomo-pathologicas, que se encontram no figado no decurso de uma molestia do coração, são, como nós acabamos de vêr, ou simplesmente congestivas ou congestivas e inflammatorias ao mesmo tempo; o que nos leva a indagar se os symptomas a que ellas dão lugar podem nos fazer chegar ao diagnostico das alterações estructuraes; ou o que é o mesmo se é possivel distinguir-se quando o figado é séde de lesões mecanicas simples dos casos em que os factos predominantes só dependem dos phenomenos inflammatorios.

Ora uma das circumstancias que primeiro procuramos conhecer nos casos de lesões hepaticas é, sem duvida alguma, o grau das dimensões do orgão, isto é, trata-se de saber se ha ou não augmento de volume do figado.

No caso presente, quando a affecção hepatica é só congestiva nota-se augmento de volume do figado, augmento de volume que se estende uniformemente a toda a glandula, que não é mais consideravel em um sentido do que em outro. O figado é percebido abaixo do rebordo costal sobre a linha mamaria direita, e isto muito mais sensivelmente do que quando se trata de uma congestão activa em que o engurgitamento começa pelas arterias—(Murchison).

Este augmento de volume do figado cardiaco moscade conserva-se até a morte do individuo e pela autopsia verifica-se que elle tem um pêso superior ao peso physiologico— (Picot.)

Se porem nós examinarmos um cardiaco em que a lesão hepatica se encontra sob a forma de cirrhose cardiaca, os phenomenos dependentes do volume da glandula já não são os mesmos. Ora o figado conserva suas dimensões quasi normaes e ao exame clínico não o encontramos excedendo o rebordo das falsas costellas; ora elle acha-se manifestamente diminuido de volume; não se pode sentir seu bordo livre, existe uma zona de sonoridade entre este bordo e a das falsas costellas direitas; ora finalmente, demonstra-se, a principio, um augmento notavel de volume de modo a poder se perceber que elle excede o rebordo das falsas costellas de muitos dedos transversos; n'este caso porem, o augmento de volume não persiste e em breve

verifica-se uma certa retracção do figado a qual vae-se accentuando cada vez mais até que o figado não possa manifestar sua presença abaixo do rebordo costal, nem mesmo quando se introduz profundamente o dedo no hypocondro direito. Não ha necessidade de insistir mais sobre estas modificações no volume do figado, pois que todos sabem que ellas dependem da marcha do processo morbido. A principio, com effeito ha uma congestão dependente da molestia cardiaca cao mesmo tempo proliferação de tecido conjunctivo então em sua phase inicial, isto é, no estado embryonario o que naturalmente determina augmento de volume; porem depois o tecido conjunctivo organisando-se, retrahe e arrasta a diminuição de volume da glandula. Este facto, que é assignalado por Picot, é confirmado por Murchison na pagina 480 de seu tratado sobre as molestias do figado onde elle cita uma observação de insufficiencia mitral acompanhada de atrophia chronica do figado consecutiva a affecção cardiaca, observação em que a matidez hepatica se achava muito diminuida, não excedia mesmo 3 pollegadas sobre a linha mamaria direita.

O segundo symptoma que chama a attenção do clinico para a glandula hepatica é a dôr. O doente accusa uma sensação de constricção ou de distensão dolorosa na região do figado, e a pressão abaixo do rebordo costal determina uma sensibilidade mais ou menos marcada, porem raras vezes muito aguda e podendo se estender até a espadua direita. Isto para os casos em que se trata de uma simples congestão hepatica; porque quando o processo cirrhotico domina a scena, a dòr pode existir no começo da molestia, porem depois ella não constitue o facto saliente do soffrimento do figado; pelo contrario é ella perfeitamente toleravel; a menos que não sobrevenham attaques de peri-hepatite intercurrente, porque então a sensibilidade hepatica augmenta-se; mas mesmo n'estes casos, nota-se nos intervallos dos attaques, mui pouca dôr no hypocondro direito. A ictericia não é um facto constante da congestão hepatica; mas é a regra; é ella quem da esta côr especial dos cardiacos caracterisada por uma ligeira côr amarellada dos tegumentos e das conjunctivas e que recorda mesmo a apparencia de um estado cachetico.

O mecanismo d'esta ictericia, que é explicada por alguns pela retenção incompleta da bile embaraçada em seu curso pela stase sanguinea no figado ou então por uma verdadeira polycolia consecutiva ao excesso de sangue no apaprelho hepatobiliar, consiste para Rendu em uma destas ictericias pertencentes a cathegoria das ictericias chamadas hematogenas ou hemapheicas assignaladas por Gubler. E' baseando n'este mecanismo que Rendu explica a côr mais carregada das ourinas

que elle suppõe ser devida a uma quantidade mais consideravel de pigmento sanguineo n'este liquido; facto este que denota uma perturbação profunda no funccionalismo do figado cuja faculdade de destruir globulos vermelhos é levada bastante longe para determinar augmento na proporção do pigmento nas ourinas.

Na cirrhose cardiaca a ictericia é rara, mas quando se apresenta deve ser tomada em grande consideração, por isso que pode ser seguida de ictericia grave, como Talamon teve occasião de verificar em quatro casos que se lhe apresentaram e que terminaram pela morte no meio de symptomas que lembravam os da ictericia grave. A mesma côr sub-icterica que se nota nos cardiacos affectados do figado moscade encontra-se nos cirrhoticos cardiacos, e raro é o doente que não apresenta uma côr amarella descorada com uma aureola carregada em torno dos olhos; de sorte que a ictericia nenhum valor tem para o diagnostico differencial da lesão anatomica do figado.

As perturbações dyspepticas caracterisadas por nauseas, perda de appetite, lingua saburrosa, gosto amargo na bocca, flatulencia etc, encontram-se tanto na congestão hepatica como na cirrhose e podem correr não só por conta do figado, como tambem por conta do coração que assim como faz sentir sua acção sobre o figado influe tambem sobre o estomago perturbando o seu funccionalismo. Estes phenomenos pois não trazem muita luz ao problema; salvo si se quizer tomar em consideração certos caracteres particulares a dyspepsia hepatica; taes como: sua manifestação somente duas ou tres horas depois da ingestão dos alimentos, a repugnancia para certos alimentos como a carne e as substancias graxas e a maior frequencia da diarrhea; porque estes phnomenos quando reunidos depõe grandemente em favôr das perturbações da digestão hepatica.

Quando a congestão venosa do figado perturba a circulação da veia porta, pode haver tensão no hypocondre esquerdo e augmento da matidez splenica; ao passo que na cirrhose cárdiaca, Frerichs, considera a hypermagalia splenica como mediocre e passageira e diz elle, que em um periodo adiantado o orgão torna-se mais denso e resistente e toma suas dimensões normaes.

Os caracteres physicos e chimicos da ourina consistem em uma diminuição na quantidade eliminada d'este liquido que apresenta uma côr mais carregada e é dotado de um sedimento abundante de urea e de uratos, quando a congestão domina. E' preciso notar-se que nem sempre se observa este augmento de urea nas ourinas dos individuos victimas de uma congestão hepatica resultante de lesão cardiaca. Rendu affirma ter encontrado casos em que a proporção d'esta substancia se achava muito diminuida, e elle deixa entrever que os rins não são completamente alheios ao facto; porque tambem elles soffrem as consequencias de uma circulação mal equilibrada. Alem d'isso ha. por vezes, albuminuria.

Na cirrhose cardiaca a regra é a diminuição na quantidade de urea nas ourinas, facto que se explica facilmente, pois que ha uma destruição mais ou menos notavel da glandula cuja funcção desassimilladora se acha desde então diminuida, dando, assim lugar a uma producção menor de urea.

A albuminuria é então um symptoma que se apresenta frequentemente.

Ella não depende de stase do systema porta, nem da compressão das veias renaes pelo derrame ascitico, mas da mesma lesão que produzio a cirrhose e é por isso que ella não desapparece depois da evacuação do liquido.

Accresce ainda que as hemorrhagias que se fazem no dominio do systema porta, e aquellas que devidas as profundas alterações do sangue se fazem em um ponto afastado d'este systema, podem ser observadas no decurso da cirrhose cardiaca

Resta-nos fallar de um symptoma importantissimo e que revela a parte activa que toma o figado no decurso de uma cardiopathia, este symptoma é a ascite. Quando ella se apresenta como uma dependencia do estado congestivo do figado, reconhece, a mesma causa que o edema dos membros inferiores, isto é, o embaraço eirculatorio geral, devido a affecção cardiaca. E' por esta razão que n'este caso a ascite segue as variações do edema, isto é apparece e desapparece com elle.

Nos casos, porem de cirrhose cardiaca, casos em que ella é muito frequente e adquire, por vezes, proporções muito consideraveis e que nos faz lembrar que se trata antes de um kysto ovarico ou de uma cirrhose vulgar do qué de uma cardiopathia a causa da ascite se acha, não mais na lésão do coração, mas em qualquer outro ponto que esteja subordinado ao figado doente, e tanto assim é que ella torna-se persistente, apezar das melhoras da affecção cardiaca, ella não acompanha mais as variações do edema que continua sob a influenciado estado do coração. E' assim que se explica como a digitales pode, melhorando a lesão cardiaca, fazer desapparecer o edema, sentir grande influencia sobre a ascite. E n'estes casos, quer se recorra ao excesso de tensão sanguinea no systema porta consecutivo ao em-

baraco occasionado pela cirrhose na circulação intersticial do figado, quer se recorra, como o faz Rendu, a uma peritonite consecutiva a peri-hepatite, o que é certo é que a ascite reconhece como causa a lesão hepatica, o que é certo é que ella corresponde sempre a sclerose hepatica.

A dilatação muito consideravel da rede venosa intra-hepatica e a ausencia, na cirrhose cardiaca, de anneis completos de tecido connectivo de nova formação que determinem a constricção de um ou de muitos lobulos hepaticos, como succede na cirrhose de Laennec, inspiraram a Rendu uma certa repugnancia em admittir como causa da aseite o augmento de tensão sanguinea na veia porta consecutivo ao embaraço da circulação intersticial do figado; é por isso que elle appella para a peritonite cujos traços se conservam na cavidade abdominal sob a forma de espessa-mentos, de despolimento e vascularisação anormal da serosa; assim como de adherencias do colon transverso do grande epiploon e de algumas porções do intestino delgado. Seja como fôr o que é verdade é que a ascite vem ainda demonstrar que a alteração estructural, que se observa no figado, não é simplesmente mecanica, mas, de origem inflammatoria; pois que de um lado a necropsia demonstra que a ascite coincide com a neoformação de tecido conjunctivo no figado e de outro lado a clinica faz vêr que quando a ascite corre por conta da congestão passiva do figado ella se mostra mui tardiamente, quando o edema dos membros inferiores já existe desde muito tempo, quando o coração já exhausto, não pode continuar a luta per mais tempo; ao passo que quando o exame clinico faz demonstrar a retracção do figado, a ascite se mostra cedo e muitas vezes faz progressos muito rapidos. E' isto o que Picot diz ter observado e o que Rendu confirma quando diz, fallando da ascite nos cardiacos: « O ventre n'elles é tumefacto, distendido por um derrame muitas vezes excessivo; uma rede venosa superficial serpenteia na superficie dos tegumentos e testemunha o embaraço da circulação profunda. ora, emquanto a infiltração alcança assim o apogeo na cavidade abdominal, as pernas ficam seccas, os membros inferiores não são de modo alg um edemaciados, tudo se passa como se existisse uma perturbação circulatoria no systema porta. >

Depois quando se refere a peritonite como causa da ascite elle se exprime ainda por esta forma: « Que o figado seja o ponto de partida d'esta peritonite, a causa não parece duvidosa; que a irritação da serosa coincide quasi sempre com a sclerose intersticial do figado, é ainda exacto, porem è ir muito longe, pensamos nós, referir a ascité a esta ultima lesão. >

Nós não precisamos accrescentar que no meio d'estes symptomas dependentes da affecção hepatica sobrevem os dependentes da lesão cardiaca, que então são complicadissimos, porque o desequilibrio que esta lesão determina na circulação se faz sentir em todos os orgãos que por sua vez entram também em scena,

E' por isso que apezar de termos estabelecido caracteres por meio dos quaes se podesse distinguir a lesão mecanica do figado da lesão inflammatoria muitas vezes o clínico fica perplexo na leito do doente e hesita em estabelecer um diagnostico positivo da alteração anatomo pathalogica da glandula hepatica; pois como muito bem se exprime Rendu; no periodo em que apparecem as desordens hepaticas existe quasi sempre outros orgãos doentes, e n'este complexo symptomato logico que caracterisa a asystolia, é permittido perguntar qual a parte que cabe ao figado comparativamente a que cabe as outras visceras. >

O problema é portanto mais difficil do que poderia supporse a primeira vista.

CAPITULO IV

Influencia das lesões do figado sobre a marcha das molestias do coração

Sem duvida vae bem longe o tempo do predominio das theorias Gallenicas que consideravam o tigado como o orgão central
da vida vegetativa e portanto encarregado de desempenhar as
funcções mais importantes da economia animal; é incontestavel
que longo intervallo medeia entre os nossos tempos e os de
Thomas Bartholin que restringindo as funcções do figado a secreção biliar, fazia o tão celebre epitaphio que annunciava o fim
do reinado hepatico; mas o que faz com que esse intervallo se
pareça tão longo, não é tanto o numero de annos que se interpoz
entre a nossa e a antiga epoca; porem as pesquisas conscienciosas
e exactas que se tem feito sobre a glandula hepatica, sobre seu
funccionalismo, e que nos tem, até certo ponto, patenteado a

razão de ser d'esta viscera no organismo. Hoje nós sabemos que ao figado cabe realmente um papel importante na economia animal, que diversas funcções são por elle desempenhadas e que não podem impunemente ser suspensas ou embaraçadas sem que o organismo todo inteiro se resinta d'isso.

Ora no decurso de uma cardiopathia é bem claro que muitos phenomenos pathologicos devem ser filiados a glandula hepatica séde de alterações mais ou menos profundas. Com effeito a congestão passiva que se effectua no figado, propaga-se a veia porta e aos orgãos onde ella tem suas raizes; de sorte que os vasos da mucosa gastro-intestinal, ou do baço, do pancreas, etc., são repletos de sangue venoso, o que dá lugar a que uma funcção essencial á nutrição — absorpção das materias ingeridas pelas vias digestivas - experimente obstaculos consideraveis, d'onde resultam phenomenos de depauperamento, tanto mais pronunciados, quanto mais compromettida é a funeção nutrictiva. Accresce a isto que a mucosa gastro-intestinal fortemente congestionada pode tornar-se séde de uma inflammação catharral, sob a influencia de causas que em outras circumstancias ficarião inertes, e apparecem então a diarrhéa, os vomitos, a perda de appetite, phenomenos dyspepticos em summa, que apressam a cachexia e collocam o individuo em circumstancias muito pouco aptas para resistir a affecção cardiaca. A stase no systema porta determina uma tensão exagerada nas veias que trazem o sangue do peritoneo, o serum transuda atravez das paredes dos vasos na cavidade peritoneal e a consequencia forçada é a manifestação de uma hydropisia do peritoneo que quando muito consideravel embaraça mecanicamente a acção do diaphragma e concorre assim para augmentar a angustia respiratoria que a lesão cardiaca já provocara.

A ascite reclama então uma therapeutica especial e a puncção é o meio a que se recorre para dar sahida ao liquido; porem este reproduz-se incessantemente e de cada vez é preciso praticar uma nova puncção que constitue, por assim dizer, uma porta por onde se faz uma espoliação enorme, que por sua vez torna-se uma causa immediata de enfraquecimento.— (Rendu) — Alem d'estes, outros symptomas podem correr por conta da congestão passiva do figado ou mesmo da sclerose d'este orgão, porem não influem grandemente sobre a marcha da lesão cardiaca e por isso nós os passamos em silencio; frisando apenas este facto — que as alterações hepaticas, a principio, puramente passivas, adquirem mais tarde uma individualidade propria e reclamam uma therapeutica especial e diversa da que deve ser applicada a lesão cardiaca.

Rendu que discute perfeitamente o facto da autonomia mor-

bida do figado nas cardiopathias cita a este respeito uma observação que não podemos furtar-nos ao desejo de transcrevel-a tanto é ella demonstrativa sobre a influencia do figado na marcha da lesão cardiaca.

(Observação—) — (Rendu). Insufficiencia mitral; rheumatismo agudo intercurrente; congestões hepaticas coincidindo com accessos de arythmia cardiaca).

Carlos Berthier, 55 annos de idade, cocheiro, gozou sempre de uma saude excellente até agosto de 1879, epoca em que foi affectado de rheumatismo articular.

Desde então apresentou signaes de affecção cardiaca, caracterisados por suffocação, palpitações, edema passageiro das pernas. Por muitas vezes foi tratado no Hospital de Santo Antonio e no Hotel Dieu d'estes accidentes, que cediam logo ao uso da digitales. Volta ao Hospital Tenon por uma recrudescencia de suas perturbações cardiacas, a 7 de Fevereiro de 1880. Tem o facies amarellado, sub-icterico, o pulso pequeno, desigual e irregular, o não pode fazer esforços, sem cançar-se. A auscultação demonstra-se que o coração volumoso e hypertrophiado, apresenta um ruido de sopro systolico com o maximo na ponta.

O figado, muito volumoso, desce 4 dedos abaixo das costellas e mede 21 centimetros de matidez vertical. Existe, á percussão, uma dôr muito viva correspondendo a região hepatica. Não ha perturbação pulmonar, nem ascite, nem albuminuria; edema das pernas moderado.

Em razão da ausencia de febre e da arythmia cardiaca, acreditamos dever dar ao doente café, antes do que digitales, e favorecer a digestão gastro-hepatica que parece-nos muito perturbada. Nos dias seguintes o coração se acalma e torna-se um pouco mais regular, o figado diminuio ligeiramente, porem a côr fica sempre sub-icterica, as ourinas raras e pretas, o sopro systolico do coração é mais energico. A 13 de Fevereiro sobrevem, sem causa conhecida, um accesso de rheumatismo articular, com febre, dôres muito agudas nas articulações coxo-femoraes e nos joelhos, hydarthrose dupla.

Nota-se ao mesmo tempo que o figado augmentou bruscamente de volume; elle mede 26 centimetros de matidez vertical sobre a linha mamaria e é muito doloroso a percussão. O coração que começava a acalmar-se torna-se ataxico e bate tumultuosamente. Apezar d'este estado do coração, em razão da intensidade do rheumatismo prescreve-se o salycilato de sodio, A tarde a dôr articular diminuio um pouco. No dia seguinte as dôres não voltaram, o coração se acalma, o figado fica ainda volumoso. A 17 de Fevereiro não ha mais dôr, o coração bate quasi que regularmente; supprime se o salycilato de sodio. Esta melhora dura pouco.

Desde o dia 19 de Fevereiro nota-se uma sensibilidade viva na região hepatica que torna-se, de novo, congesta e dolorosa, o doente sente-se opprimido, sem dôres articulares, sem complicação pulmonar; porem a arythimia cardiaca reappareceo de um modo excessivo. O sopro esta enfraquecido e o coração dilatado se contrahe evidentemente muito mal. No dia 20 os mesmos accidentes; a digitales em nada influe sobre o coração, que conserva-se sempre tumultuoso; hoje as articulações são de novo invadidas, a ourina é muito carregada, hemapheica e rara. Volta-se a administração, do salycilato de sodio na dose de 3 grammas dadas em chyster; por causa de alguns phenomenos de intolerancia gastrica. Como da primeira vez uma melhora rapida se produz immediatamente, e desde o dia 23 se acham inteiramente attenuadas ; simultaneamente, o figado diminue e é menos doloroso (24 centimetros); as contracções cardiacas são francas, menos irregulares, entretanto não se ouve ainda o sopro da insufficiencia mitral, ourina 2,200 grammas (mesmo tratamento.) A 24 a crise passa, não ha mais dor, o coração recuperou a calma; pulso 90; sopro manisfesto na ponta; porem pulsações irregulares; figado 23 centimetros. 27 de Fevereiro. Pulso regular, cahe 48 pulsações por minuto, o figado não tem mais que 22 centimetros, o doente começa a levantar-se. A 1.º de Março o pulso é ainda um pouco irregular, está a 40; a ourina 2 litros, de côr clara, não hemapheica; o figado ainda um pouco sensivel, mede 20 centimentros. Nos dias seguintes as ourinas oscillam entre 2 litros e 2 litros e meio: não ha mais traço de congestão renal; a congestão hepatica diminue progressivamente. A 8 de Março matidez vertical 19 centimetros. Durante todo este periodo o doente continúa a tomar 2 grammas de salycilato de sodio supprime-se o medicamenro a 12. O doente deixa o hospital em um estado satisfactorio a 18 de Março; seu figado mede então 17 centimetros de matidez vertical. Nos o vemos entrar um mez depois com accidentes de rheumatismo agudo inteiramente comparaveis aos precedentes: o figado tornou-se volumoso e mede 24 centimetros, o coração está dilatado e asystolico. Como no mez de Março o salycilato de sodio acalma todos os accidentes e a 4 de Junho o doente deixa o hospital em bom estado. Nós não relatamos os detalhes da observação, que é a repetição do que já se disse. Aqui ainda, a medida que o figado dintinue de volume. o coração regularisava retardava suas pulsações e houve sempre uma estreita solidariedade entre estes dois phenomenos.

Transcrevendo minuciosamente esta observação de Rendu nós tivemos em vista, em primeiro lugar deixar aqui estampado um facto que diariamente se observa, que a clinica muitissimas vezes nos deixa observar, isto é, os attaques passageiros de asystolia cardiaca, quando o orgão central da circulação ainda tem forças bastantes para lutar contra a lesão organica de que é ella vietima; em segundo lugar tornar bem saliente o papel do figado sobre a marcha da affeeção cardiaca; pois que é sempre elle quem primeiro se mostra attacado e dá signal para o rompimento do equilibrio circulatorio, é sempre elle quem dá o grito de alarma e que põe em revolução toda a mecanica da circulação.

E' bem verdade, como diz ainda Rendu, que n'este caso tanto se podia increpar o figado como o rheumatismo sobre estas desordens passageiras; mas tambem é preciso attender-se que mesmo quando o musculo cardiaco não se acha sob a influencia rheumatismal, estes factos se reproduzem e que demais quando se trata não de uma lesão auriculo-veutricular ou ventriculo arterial, mas de uma endocardite rheumática, rarissimas vezes se observam estas palpitações desordenadas e esta especie de demencia cardiaca; alem de que n'estas circumstancias, a congestão do fi' gado e um facto inteiramente excepcional.

De outro lado pode se encontrar estas congestões hepaticas no decurso de uma affecção cardiaea, fóra da influencia rheumatica, provocando accessos passageiros de asystolia.

N'esta observação torna-se ainda saliente um facto sobre o qual ainda não chamamos a attenção - é que as congestões hepaticas dependentes de uma lesão organica do coração não são persistentes e tenazes no principio do processo morbido; ellas são intermittentes, apparecem e desapparecem; porem mais tarde quando ella se torna chronica o tigado experimenta alterações profundas em seu parenchyma, que se tradusem por phenomenos proprios das lesões hepaticas, que fazem sentir sua influencia principalmente sobre os orgãos da digestão e dos que dependem do systema porta; de modo que a nutrição profundamente perturbada, ja porque os alimentos não são perfeitamente elaborados no tubo gastro intestinal, ja porque a absorpção não se pode effectuar convenientemente, visto a alta tensão do sangue no systema da veia porta, a nutrição dissemos nos, vac-se tornando cada vez mais insufficiente o organismo é collocado em um estado de depauperamento consideravel, de cachexia pronunciadissima que nada mais faz do que encurtar o intervallo que separa o cardiaco do tumulo.

Aceresce a tudo isto que a economia ja se acha sob a in-

fluencia de um sangue viciado, de um sangue impuro, que não tem oxygeno sufficiente para as combustões organicas, mas que tem um excesso de gaz carbonico para adulterar a constituição d'este liquido; porque a propria lesão cardiaca, perturbando os phenomenos da homatosc pulmonar, faz com que menor quantidade de oxigeno seja absorvido e menor quantidade de gaz carbonico seja eliminada. De outro lado as congestões que se manifestam para as differentes visceras compromettem o funccionalismo d'estas e a depuração do sangue é mal feita, incompleta e defficiente dando assim lugar a persistencia de elementos estranhos na torrente circulatoria e a ausencia de elementos cuja fabricação corre por conta de uma das visceras affectadas. Resulta de tudo isso uma symptomatologia complicadissima que nos revela a parte que cada orgão toma na extineção d'essa vida já tão compromettida.

Este facto é tão exacto que o clinico vê-se muitas vezes for çado a abandonar a molestia primitiva para tratar de symptomas dependentes de uma lesão deuteropathica que ameaça mais de perto a vida do doente; é isso, por exemplo, o que se faz quando a digitales não tendo influencia alguma sobre a aseite nós nos vemos obrigados a lançar mão de uma therapeutica apropriada para acalmar o estado do figado por conta de quem ella existe.

Aqui terminamos o que tinhamos a dizer a respeito da influencia das molestia cardiacas sobre o figado; molestias que provocando alterações para as diversas visceras da economia, véemse obrigadas, depois a sujeitar-se aos accidentes que elles determinam; de modo que bem considerado nós temos um verdadeiro circulo—o coração doente perturba o funccionalismo das outras visceras que reagem, por sua vez, sobre o orgão central da circulação.



SEGUNDA PARTE

Da influencia que exercem as molestias do figado sobre o orgão central da circulação

OK TODUCKTER



O mutuo apoio que, no estado physiologico, as diversas visceras do organismo prestam umas as outras, faz com que os phenomenos biologicos se effectuem como o resultado de um conjuncto de factos perfeitamente harmonicos; de tal sorte que ser-nos ha impossivel levar a abstracção tão longe que no funccionalismo de um orgão qualquer não se nos depare logo a influencia que sobre este funccionalismo vem exercer um outro orgão, na apparencia, muito diverso. Que nos seja licito figurar um exemplo. Que relação poderia haver entre os pulmões encarregados dos phenomenos da hematoss e o figado encarregado da secreção biliar, da funcção glycogenica, da fabricação de uréa e de outros factos mais ou menos problematicos?

Nenhuma, apparentemente; mas se aprofundarmos um pouco mais o nosso estudo, nós veremos que tanto os pulmões como o figado concorrem para o mesmo fim, isto é, a depuração do sangue, isto é, a collocação do sangue em circumstancias aptas para a nutrição do organismo; e tanto é isto certo que nos climas quentes em que os pulmões por mais que trabalhem são impotentes para depurar o sangue, o figado chama a si parte do trabalho pulmonar, fabricando maior quantidade de bile para eliminar por ella aquella quantidade de gaz carbonico que os pulmões não puderam expulsar do organismo. Pois bem, é esta relação que existe entre os diversos orgãos da economia que nos leva a considerar o organismo como um verdadeiro machinismo onde cada roda desempenhando o seu papel auxilia tambem o da roda visinha, esta a outra mais proxima e assim por diante de tal sorte que dada a perturbação de uma, todas as outras ficam paralysadas e não podem continuar a funccionar convenientemente.

Foi tambem a concepção e a interpretação fiel d'estes factos que levaram os clínicos não só a afastar-se do terreno antigamente trilhado em que o que mais preoccupava a imaginação dos medicos era o diagnostico do processo morbido, sem que as consequencias d'este merecessem a importancia que se lhes devia, como tambem a tornar mais saliente a lesão primitiva e bem assim os factos que a ella se prendem. E' assim, que se effectuaram os estudos das cardiopathias medullares e que as cardiopathias hepaticas ainda ha pouco assignaladas pelo professor Potain tem conseguido attrahir a attenção dos clínicos dando lugar a elucidação de problemas até então desconhecidos.

Mas por isso mesmo que existe entre os differentes orgãos uma synergia funccional evidente e que quando uma lesão visceral qualquer, perturbando a evolução physiologica dos actos que n'ella se passam, retumbam sobre todas as outras, é que o estudo do processo morbido torna-se altamente complicado, porque nem sempre no quadro symptomatologico pode-se discernir perfeitamente a parte que cabe a cada viscera. Ou por esta razão ou porque o estudo da influencia das molestias hepaticas sobre o coração datam de uma epoca muito recente, o que é exacto é que elle não se acha ainda completamente liquidado e que espera sua solução de pesquisas ulteriores.

Com effeito, como nós veremos mais tarde, não se sabe quaes são as lesões hepaticas capazes de influenciar sobre o orgão central da circulação; não se sabe quaes são as perturbações cardiacas resultantes das affecções hepaticas; ignora-se ainda se a cada molestia hepatica corresponde uma perturbação cardiaca especial e se dado tal ou tal processo morbido para o lado do figado nós poderemos prevêr o que vae succeder ao coração. São outros tantos factos que ainda merecem estudos mais aprofundados e que só com o correr dos tempos poderão ser postos em evidencia; por emquanto nós apenas nos limitaremos a descrever aquillo que nos parece ter mais cunho de veracidade e para isso dividimos esta segunda parte do nosso trabalho em tres capitulos. No primeiro procuraremos saber quaes são as molestias hepaticas que retumbam sobre o coração; no segundo indagaremos das perturbações que experimenta o coração em consequencia de uma affecção hepatica e como se deve reconhecel-as no leito do doente; no terceiro finalmente, ventilaremos a questão da pathogenia.



CAPITULO I

MOLESTIAS HEPATICAS QUE REPERCUTEM SOBRE O CORAÇÃO

Um sem numero de circumstancias se congregam para fazer com que esta parte de nosso ponto se ache ainda rodeada da maior obscuridade, e quasi que totalmente por se fazer; não, que as vistas de muitos clínicos não se tenham convergido para ella, mas porque a complexidade do problema torna excessivamente difficil a sua resolução.

Com effeito, uma lesão hepatica isolada no organismo, é inteiramente excepcional; raro é que as vias gastro-intestinaes, que guardam relações tão intimas com o figado, não soffram simultaneamente com elle; a tal ponto que no quadro symptomatologico de uma affecção d'esta viscera, os primeiros phenomenos

morbidos que se manifestam correm quasi todos por conta do estomago; de modo que se no decurso de uma molestia do figado apparecem perturbações cardiacas, nós temos o direito de perguntar se estas perturbações dependem da glandula hepatica ou se das vias gastricas; e isto com tanto mais razão quanto nós sabemos que as perturbações gastro-intestinaes são acompanhadas de desvios anormaes no funccionalismo cardiaco; desvios que já de ha muito foram assignalados por Chomel e por quasi todos aquelles que se tem occupado com as affecções gastricas. Tambem nas observações citadas por Picot, Rendu, Morel e Barié avultam muito mais as molestias gastro hepaticas como factores de cardiopathias do que as lesões simples do figado. De outro lado nós vemos que as molestias do figado que mais communente alteram o funccionalismo cardiaco não são sempre acompanhadas da coparticipação de um estado morbido do orgão central da circulação e mesmo nos casos em que esta coparticipação tem lugar, ella não se mostra sempre do mesmo modo, isto é que a mesma causa não é sempre seguida dos mesmos effeitos, o que, em verdade, deveria ser previsto, porque o organismo humano, gosando da autonomia que lhe é propria, influe mais ou menos poderosamente sobre os factos que se dão em sua intimidade fazendo com que elles se passem ora de uma forma, ora de outra; e pois, antes que uma molestia hepatica tenha de estender se ao coração, ella tem necessidade, primeiramente, de pedir o apoio da susceptibilidade individual, que lhe è concedido ou negado; neste ultimo caso a molestia do figado ficará limitada ao orgão em que se desenvolveu, ao passo que n'aquelle ella podera fazer com que o coração entre também em scena; mas ainda aqui, sob um papel que mão é sempre o mesmo, que é variavel e que ora é secundario e sem importancia, ora proeminente e decisivo.

Isto já nos leva a solução de uma questão que naturalmente surge ao espírito e que estabelecemos em outra parte d'este ponto, isto é, que dada uma molestia hepatica nós não poderemos prevêr o que vae succeder ao coração; porque antes que este entre em acção o organismo tem de dar o seu veto ou o seu consensus que pode ou não ser acompanhado de restricções.

Estes factos nos conduzem a outra questão que convem também liquidar desde já e que consiste simplesmente em saber em que casos a molestia cardiaca é secundaria e sem importancia e em que casos é ella proeminente e positiva.

A primeira vista parece que é instamente nos casos em que a glandula hepatica se acha altamente compromettida, em que grande parte de seu parenchyma se acha destruido, como nas cirrhoses atrophicas, nos abcessos vastos, nos grandes kystos hydaticos, nos cancers etc., que as perturbações cardiacas devem attingir o seu maximo; ao passo que nas affecções ligeiras do figado, como no eatharro biliar, nos calculos hepaticos, nas congestões, onde a estructura do figado se conserva intacta a coparticipação cardiaca seja minima e insignificante.

Entretanto quasi todos os auctores são accordes em affirmar exactamente o contrario; quasi todos tem observado que as cardiopathias rarissimas vezes succedem a uma affecção profunda do figado cuja influencia morbida se faz sentir muito mais frequentemente nos casos de lesões mais leves, mais superficiaes.

E nem é isso coisa surprehendente e nem isso é caso novo em sciencia, pois como muito bem faz vêr Barié, não são os grandes traumatismos que produzem o tetano, são as pequenas ulcerações, insignificantes exceriações das extremidades que fazem sempre mais alarde, que são acompanhadas do terrivel cortejo de contracturas que constitue o tetano.

Confirmemos estas proposições com a auctorisada opinião de Picot; eis o que elle diz a este respeito: = Não são as molestias que alteram mais profundamente o figado em sua estructura que retumbam mais vivamente sobre o coração, para n'elle determinar seja perturbações funccionaes serias, seja lesões passageiras, seja emfim lesões permanentes. E na verdade, ainda que em nossas salas, tenhamos encontrado muito frequentemente affecções carcinomatosas da glandula hepatica nunca n'estas affecções nós vimos o coração perturbar-se seja no ponto de vista funccional, seja no ponto de vista anatomico, e apresentar as alterações ou as lesões que estudamos. Da mesma forma e como Rendu, encontramos hepatites suppuradas, abcessos de figado consecutivos a dysentheria, kystos hydaticos, sem nenhuma repercu-são para o coração, a não ser deslocamentos d'este orgão, por compressão. Da mesma forma ainda, nós vemos perturbações cardiacas ligeiras e aquellas cuja gravidade é tal que offerecem o aspecto da crise de angina do peito, produzir-se no curso de uma simples congestão hepatica, de uma ictericia catharral, de um attaque de colicas hepaticas.

Quer isto dizer que as molestias que attacam profundamente a estructura do figado sejam incapazes de provocar perturbações cardiacas? De modo algum. Só Laurent refere em sua these 17 casos de cirrhose acompanhadas de desordens cardiacas; Pieot refere tambem a observação de 2 casos de cirrhose e 1 de kysto hydatico em que estas desordens se manifestaram evidentemente; Morel cita em identicas circumstancios 1 facto de cirrhose atrophica e 1 de cancer hepatico. Vê-se, pois que se é verdade que as perturbações cardiacas se monstram mais frequentemente nos casos de molestias que poupam a estructura hepatica, não deixa tambem de ser exacto que ellas podem ser observadas nas molestias graves do figado, e até, nós somos forçados a abrir uma excepção em favôr da cirrhose hypertrophica que sob este ponto de vista goza dos mesmos predicados que as lesões ligeiras da glandula hepatica, pois que é muito commum encontrar-se durante sua evolução as perturbações cardiacas que mais tarde teremos de analysar; a tal ponto que Rendu chega a nos dizer, tratando da cirrhose hypertrophica com ictericia: « Aqui, á coexistencia de um sopro cardiaco persistindo com a affecção do figado é um phenomeno frequente, que se acha assignalado pelos primeiros auctores que descreveram a affecção. Olivier relata a historia de um homem que apresentava no nivel da ponta do coração um sopro intenso e rude, o qual tinha sido considerado como symptomatico de uma lesão organica da valvula mitral; todavia á autopsia, não se achou senão um coração volumoso sem insufficiencia manifesta. Pitres apresenta a sociedade anatomica um caso do mesmo genero. >

Rendu tambem assistio dois casos de cirrhose hypertrophica (do mesmo genero) com ictericia nos quaes ouvia-se um sopro systolico manifestamente localisado no coração direito, ao longo do sterno, e em que a autopsia demonstrou dilatação do coração direito porem sem insufficiencia tricuspidiana. Estes factos de cirrhose hypertrophica com ictericia, combinados com aquelles em que a lesão, posto que leve, era, na maior parte das vezes, acompanhada de ictericia fizeram com que se considerasse as lesões cardiacas que lhes eram consecutivas como a resultante do contacto da bile com o coração e a ictericia como o traço de união quasi que necessario entre a lesão hepatica e a perturbação cardiaca. Hoje que se tem concentrado mais especialmente a attenção sobre este ponto, uma tal interpretação não tem mais razão de ser, porquanto muitos casos ha cm que a ictericia não se mostra e comtudo as desordens cardiacas são bem patentes; todavia, attendendo-se ainda que estas desordens são vistas muito mais frequentemente quando a lesão hepatica é complicada de ictericia, poder-se-ia perfeitamente, se se quizesse fazer uma classificação das molestias do figado pelo grau de intensidade com que ellas repercutem sobre a coração, tomar a ictericia como base e dividir-se as affecções hepaticas em affecções ictericas e não ictericas; ficando contidas na primeira classe a congestão hepatica, o catharro biliar, a lithiase biliar e a cirrhose hypertrophica com ictericia, e na segunda a cirrhose atrophica, os kystos hydaticos e o cancer hepatico. E' bem de vêr que nós não pretendemos fazer classificação alguma, porque para isso faltam-nos

os elementos necessarios, demais n'este quadro não vão consignadas senão as affecções que diversos clinicos tem visto representarem o papel de causa de cardiopathias; mas em todo o caso a ideia ahi fica estatuida e seria bem curioso que se pudesse, depois de um exame mais serio no intuito de verificar se tambem as outras molestias de que o figado pode ser victima não actnam no mesmo sentido sobre o coração, estabelecer uma classificação racional e scientifica das diversas affecções hepaticas sob o ponto de vista da influencia que ellas exercem sobre o coração.

Antes de ir mais longe, nós temos necessidade de resolver esta questão: as desordens cardiacas que se mostram no decurso de uma molestia hepatica dependem mesmo d'esta affecção? No principio d'este capitulo nós já deixamos entrever a difficuldade que ha em responder-se peremptoriamente a esta pergunta, pelas relações intimas que o figado guarda com o estomago cuja influencia sobre o centro circulatorio não é desconhecida; mas a clinica tem fornecido casos em que esta influencia da lesão hepatica não pode ser posta em duvida; porque n'elles (é verdade que são raros) apezar da molestia do figado, os individuos conservam uma certa integridade das funcções digestivas, só tem pequenas perturbações do lado estomago ou mesmo este orgão conserva-se intacto, e no emtanto as desordens cardiacas se manifestam de modo incontestavel.

De outro lado a experimentação physiologica veio confirmar o que a clinica já tinha demonstrado. Arloing e Morel estabelecem a respiração artificial em um cão, injectam no animal uma solução de curare, abrem o thorax e o abdomen e põe a descoberto o coração, o estomago e o figado.

A disposição de um apparelho registrador em communicação com a arteria pulmonar do cão, demonstra excesso de tensão n'este vaso todas as vezes que se excita o figado ou a vesícula biliar.

Ora sabendo-se, como se sabe, que as desordens cardiacas são a resultante de desordens pulmonares traduzidas por um excesso de tensão na arteria pulmonar, verificado fica que é realmente o figado o auctor de todas estas desordens. Barié chega a um resultado identico excitando o figado atravez de uma ferida feita na parede abdominal de um cão e auscultando os ruidos cardiacos que então se revelam pelo exagero do 2.º ruido no nivel do fóco da arteria pulmonar, o que indica excesso de tensão sanguinea n'este vaso e portanto que o figado é o principal auctor d'estas desordens ou que é o mesmo, que entre as cardiopathias e as molestias hepaticas podem existir e existem relações de causa a effeito.

Mas estas mesmas experiencias que eram tão confirmativas e concludentes vieram demonstrar ainda que os factos da observação de Teissier por elle expostos no congresso medico de Montpeier deviam ser perfeitamente acceitos, pois que a excitação dos ligamentos largos e do apparelho utero ovariano acompanhava-se de desordens identicas para o centro circulatorio; isto quer dizer que as perturbações circulatorias não se acham somente sob a dependencia de affecções gastro-hepaticas e em seus annexos. Comprehende-se a importancia d'estes factos pois que elles são sufficientes para demonstrar que o pneumogastrico não pode ser considerado como a via das excitações morbidas aos centros nervosos, como mais tarde veremos quando occuparmo-nos da physiologia pathologica d'esta questão.

De tudo aquillo que acabamos de expor, deduz-se que dada uma alteração funccional ou organica do orgão central da circulação, o medico não devera limitar o seu diagnostico á lesão que se manifesta, mas procurar nos demais apparelhos se ha ou não alterações capazes de assumir a responsabilidade dos soffrimentos cardiacos; pois que se é verdade que nos casos de lesões organicas do coração protopathicas a nossa therapeutica se conserva impotente e quando muito pode alliviar e prolongar a existencia do doente, não deixa também de ser exacto que estas mesmas lesões quando subordinadas a uma affecção gastro-hepatica poderão ser perfeitamente debelladas, desde que se afastar por meios promptos e energicos sua causa determinante. E' como diz Picot, um diagnostico a fazer-se e nós devemos fazel-o, porque do contrario expomos, por um erro nosso, o doente a todas as consequencias do desenvolvimento de uma lesão cardiaca permanente e irremediavel.

CAPITULO II

Desordens cardiacas de origem hepatica

As observações clinicas, hoje bastante numerosas, tem permittido estabelecer uma especie de gradação crescente nas manifestações symptomaticas de origem hepatica para o coração; ellas tem permittido verificar que as desordens cardiacas podem passar por todas as phrases, desde as simples palpitações até as lesões irreparaveis das cavidades e valvulas auriculo-ventriculares, apresentando, entretanto muitas formas intermediarias; assim e que, muitas vezes, as palpitações são o sympthoma predominante; vê-se seu numero e sua intensidade augmentar-se, ao mesmo tempo que seu rythmo se altera; em outros casos ao lado d'esta arythmia cardiaca, apparecem irradiações dolorosas para o plexo cervical, para o plexo brachial, sensações de pêso para o peito, embaraço respiratorio, anhelação, uma dypsnea mais ou menos intensa, um sentimento real de suffocação.

Outras vezes, ao contrario, a repercussão se faz silenciosamente. Durante muito tempo os docntes põem-na em duvida; elles não experimentam senão um simples embaraço respiratorio quando fazem exforços; e entretanto, chega um momento em que, este embaraço crescendo, porem de um modo continuo e sem paroxysmos eriticos, o medico verifica para o coração modificações symptomáticas e lesões anatomicas, muitas vezes, muito serias.

As mais das vezes, sobretudo nas formas acompanhadas de erises, o coração é ferido no ventriculo direito. E' uma dilatação d'este ventriculo que sobrevem, dilatação mais ou menos consideravel, capaz de cura quando a influencia morbigenica do figado pode ser afastada; porem susceptivel de tornar-se permanente, irremediavel, no caso contrario. Esta dilatação pode chegar a ponto de determinar uma dilatação do orificio tricuspide e uma insufficiencia tricuspidiana definitiva. Mais raras vezes é o coração esquerdo que soffre. A lesão é identica a do coração direito; é uma dilatação da cavidade ventricular, um alargamento do orificio mitral, depois o estabelecimento de uma insufficiencia da mitral.

Emfim podem apparecer ainda outras lesões concomitantes, porem raras, como sejam uma peri e endo cardite vegetante, etc — (Picot.—)

Foi observando o modo pelo qual se effectuava a evolução symptomatologica dos phenomenos morbidos característicos das desordens cardiacas de origem hepatica que Barié propoz para ella a seguinte classificação baseada na ordem de frequencia e de importancia d'estas manifestações symptomaticas: 1.º Palpitações; 2.º Forma cardio-pulmonar propriamente dita; 3.º Forma de augnia do peito; 4.º Forma frusta.

Foi tambem baseado na frequencia das lesões anatomicas que Picot propoz para ellas a seguinte serie: 1.º Dilatação do coração direito remediavel e com ou sem insufficiencia tricuspide; 2.º dilatação do coração direito irremediavel e com insufficiencia tricuspide; 3.º dilatação do coração esquerdo com insufficiencia mitral; 4.º dilatação do coração direito com insufficiencia tricuspide e ulteriormente peri-cardite e endo cardite vegetante.

Acceitando a classificação de Barié para a parte clinica, nós procuraremos os factos de accordo com ella, afastando-nos um pouco, entretanto, na interpretação dos ruidos de sopro, que para Barié nunca são reveladores de uma insufficiencia mitral, o que não nos parece ser muito razoavel, pois que equivale a por em duvida a probidade scientifica de auctores muito conscienciosos que algumas vezes a encontraram.

Primeiro — Palpitações. N'esta forma o doente victima de uma lesão hepatica ou gastro-hepatica, vae passando regularmente tanto o permitte sua affecção, até que um dia, ordinariamente depois das refeições elle sente palpitações violentas; parece-lhe que o coração quer saltar do peito, que ha intermittencias nas suas contracções; sobrevem dôres mais ou menos agudas sobre a região percordial, anhelação, anciedade; o individuo julga-se gravemente doente do coração, o medico e chamado e encontra, as vezes, pulsações simplesmente mais rapidas, porem conservando seu rythmo e regularidade normal; outras vezes notão-se desigualdades, falsos passos do coração e em muitos casos observa-se que o centro circulatorio se acha verdadeiramente tumultuoso e acompanhado de palpitações violentas, intermittentes e irregulares; os doentes accusam, então uma dôr aguda no nivel do espaço intercostal onde vem bater a ponta do coração, este ultimo phenomeno pode ser explicado pela hyperestheria thoraxica frequente em alguns chloroticos ou nevropathas, ou ainda por uma nevralgia intercostal concomitante, assim como Beau e Peter demonstravam — (Barié —)

Apezar de tudo isto a auscultação e a percussão nada revelam de anormal para o lado do musculo cardiaco; demais a digestão uma vez terminada, tudo desapparece, tudo entra na ordem; parece que o individuo não tem mais nada que não é mais o mesmo que ha pouco soffria tão horrivelmente de uma pretendida lesão cardiaca.

Foi, por exemplo, o que Picot teve occasião de observar em uma moça de 22 annos de idade, affectada de uma congestão do figado e do baço complicada de dilatação estomacal.

N'esta doente diz Picot, de tempos a tempos, porem sem regularidade e sem causa apreciavel, posto que as mais das vezes, depois das refeições, apresenta-se uma crise consistindo na manifes tação de symptomas dolorosos sobre a região precordial e na apparição de violentas palpitações e de um embaraço respiratorio extremo. N'estes momentos parece lhe que não tem mais ar, que ella vae suffocar, é victima de angustias medonhas, e sente, como ella o diz, que vae morrer. Entretanto a crise passa, fica por algum tempo uma prostração extrema que depois desapparece completamente até que uma nova causa venha despertal-a

O exame do coração, fóra da crise, mostra uma ligeira dilatação do ventriculo direito, porem pela escuta não se podia demonstrar nem irregularidade nas pulsações cardiacas, nem ruidos de attricto pericardicos,nem sopro de orificio, nem ruido de galope. Em summa o funccionalismo do coração parecia absolutamente regular. As arterias não mostravam traço algum de atheroma e o pulso tinha sua frequencia e sua regularidade normaes. »

Eis como se manifestam as perturbações funccionaes do coração no decurso de uma molestia hepatica— é uma horrorosa borrasca que põe o coração em um verdadeiro estado de demencia, como se elle estivesse sob a influencia de uma excitação horrivel; que leva a maior anciedade e abatimento ao animo do doente e que comtudo desapparece, como por encanto, no lim de um tempo mais ou menos longo, sem deixar o menor vestigiomaterial de sua passagem; de modo a illudir o medico se elle não examina o doente durante o accesso.

Mas será tudo isto devido a lesão hepatica ou a perturbações dyspepticas que, em regra, são concomitantes d'aquella?
Barié acredita que estes phenomenos correm mais directamente
por conta das perturbações dyspepticas cuja influencia sobre o
coração é muito conhecida, incontestavel e que Chomel suppunha ser devido a grande quantidade de alimentos ingerida ou
então a qualidade d'estes alimentos! interpretação esta que nada
tem de rasoavel, pois como se sabe estas crises cardiacas mostram-

se as vezes, em consequencia da ingestão de uma quantidade insignificantissima de alimentos, como se pode provar com um facto da clinica de Picot em que os accessos cardiacos se manifestaram depois da ingestão de uma taça de leite e ficaram completamente silenciosos depois de uma distenção exagerada do estomago por meio da poção de Riviére. Demais Murchison, um dos primeiros que se lembra de fallar na influen.cia das molestias hepaticas sobre o coração, já considerava estas molestias como uma das causas das irregularidades e intermittencias do pulso, tanto que, diz elle : « Foi moda attribuir a intermittencia, n'estes ultimos casos, a irritação do pneumo-gastrico pela dyspepsia ou flatulencia, porem assim como eu já fiz observar para a vertigem e para as palpitações, não se demonstra, muitas vezes, nem flatulencia, nem outro signal de perturbação gastrica; e eu posso concluir, segundo minha experiencia que, na maior parte dos casos, a irritação do pneumogastrico, tem uma origem toxica, ou é devida a presença no sangue de alguns materiaes morbidos resultantes da perturbação do figado. »

Como se vê Murchison não é só muito explicito, é tambem positivo quando affirma que as irregularidades cardiacas são dependentes da molestía hepatica, elle porem faz intervir um elemento toxico capaz de irritar o pneumogastrico; é o que, por emquanto, nós pomos de quarentena até o momento em que tivermos de nos occupar da questão pathogenica; agora nós apenas chegamos a esta conclusão: tanto o figado como o estomago podem perturbar o funccionalismo cardiaco; de modo que quando as duas causas concorrem juntas, é possível que estas perturbações dependam de ambas sem que nos seja lícito dizer qual a parte que cabe ao figado, qual a que cabe ao estomago; sendo porem certo que essas irregularidades desapparecem quando se dirige uma therapeutica apropriada as affecções gastro-hepaticas.

Segunda. Forma cardio-pulmonar propriamete dita. Os factos que acabamos de referir são os mais simples, n'elles, tudo se reduz a perturbações de motilidade do centro circulatorio alliadas algumas vezes a perturbações de sensibilidade que cedem completamente quando o tratamento é bem dirigido.

Porem as perturbações cardiacas podem se manifestar de um modo accentuado e collocar o medico novel, não prevenido d'esta circumstancia, em serios embaraços; com effeito, que se nos figure diante de um doente que se entrega a exforços inauditos para fazer chegar o ar nos pulmões, contrahindo os musculos inspiradores, agarrando-se, com os braços elevados, a um movel visinho, de modo a permittir maior amplitude nos mo

vimentos inspiratorios, que toma as posições as mais exquisitas, já inclinando-se para diante, já abraçando seus joelhos com as mãos ou mesmo apoiando-se sobre os cotovellos e os joelhos que tem a face vultuosa, colorida em vermelho violaceo, o nariz e as extremidades mais frias que o resto do corpo, que pede ar, que diz que soffoca, que leva a mão ao pescoço onde sente uma sensação de estrangulamento e que exclama a cada minuto que vae morrer, que se nos figure tudo isto e mais uma dôr intensa atraz do sterno, assim como na região do pescoço e ao longo da face interna do braço esquerdo arrancando gritos e queixas e, que se calcule se ha ou não razão em excesso para fazer com que um medico inexperiente fique seriamente embaraçado e julgando que se trata de uma lesão cardiaca muito adiantada acompanhada de um terrivel accesso de angor pectoris.

Entretanto, coisa notavel, esta necessidade tão imperiosa de ar que não se acalma com a acceleração dos movimentos respiratorios os quaes podem chegar até 60 por minuto; esta necessidade de ar que faz com que o doente supponha que alguma cousa impede a entrada do ar nos pulmões, não é o resultado do da deficiencia de ar no apparelho pulmonar, este penetra sem nenhuma difficuldade como o demonstra a auscultação fazendonos vêr que o murmurio vesicular se acha absolutamente claro e normal nos dois pulmões. E' que diz Barié, o doente suffoca, não porque o ar não se introduza nos pulmões, mas porque o sangue não chega mais ao contacto do ar no alveolo, para assegurar o mecanismo regular da hematose. Não é nas vias respiratorias que reside o obstaculo porem no systema circulatorio intra-pulmonar.

Seja como fôr o que é exacto é que a dyspepsia vai pouco a pouco diminuindo, as respirações retardam-se e regularisam-se, a borrasca acalma-se de todo ou deixa um pouco de anhelação que pode durar um tempo mais ou menos longo

A quantidade de ar que penetra nos pulmões foi medida por Ba rié que verificou haver uma differença muito insignificante da que normalmente se introduz nas vias aereas, o que ainda vem demonstrar que à dyspnea não é n'este caso a consequencia de deficiencia aerea no seio do apparelho pulmonar; mas mesmo que esta mensuração não tivesse sido feita, nós poderiamos chegar a esta conclusão examinando o apparelho pulmonar e cardiaco no intervallo das crises; porque então verificariamos que não ha n'esses orgãos nada que nos auctorise a consideral-os como agentes de tão grandes desordens. Nós dizemos no intervallo das erises porque n'essa occasião não pode haver engano possível; os factos se nos apresentam taes como devem ser e não alterados como no

momento dos accessos; com effeito o exame do coração n'esta occasião pode nos levar ao espirito a convicção de que se trata realmente de uma lesão cardiaca caracterisada por dilatação do ventriculo direito com insufficiencia tricuspidiana, quando na realidade esta insufficiencia, tão passageira como a propria crise dyspneica não existe. E'certo que a insufficiencia tricuspide vem afinal ser a consequencia d'esses accessos repetidos, se não se afasta em tempo a sua causa productora representada pela molestia hepatica; mas tambem é preciso ter-se bem em vista que no momento da crise phenomenos taes se nos apresentem que nós sejamos levados a concluir pela existencia de um facto inexacto que quando muito poderá ser uma dilatação permanente, porem remediavel do coração direito, como as observações clínicas tantas vezes tem demonstrado.

Estes phenomenos que se nos mostram revelando uma lesão profunda do orgão central da circulação são de tal modo importantes que merecem um estudo minucioso e particular; tanto mais quanto elles são muitas vezes a expressão da realidade, isto é, a tradução exacta de uma dilatacão do coração direito acompanhada de uma insufficiencia tricuspide irremediavel e irreparavel; apenas com esta differença que n'este ultimo caso elles se nos apresentarão tanto por occasião dos accessos como no intertervallo d'estes; um pouco mais exagerados n'aquelles momentos do que n'estes, o que demonstra a necessidade do exame medico em ambos os casos.

Antes de entrar na analyse d'estes symptomas nós precisamos declarar que, muitas veses verifica-se a existencia da dilatação do coração direito sem que os phenomenos pulmonares que acima mencionamos se manifestem; isto constitue uma circumnstancia altamente importante, porque quando se trata de interpretar o papel pathogenico do figado, ella demonstra uma lacuna na theoria nervosa (hoje tão acceita) que considera desordens cardiacas como a resultante necessaria das perturbações pulmonares.

Tambem foi attendendo a grande importancia d'esta ausencia dyspneica na dilatação do ventriculo direito, que nós muito propositalmente a passamos em silencio até agora e reservamos-lhe este lugar em separado; porque quando se acompanha um doente de molestia hepatica ou quando se lê as observações dos auctores, vê-se logo que, na grande maioria dos casos, as dilatações cardiacas direitas não se mostram senão depois que o apparelho pulmonar entrou em acção, porem em casos mais raros assim não succede, nada ha que chame attenção para o apparelho cardio-pulmonar ese o medico não procura indagar do que vai para o coração a dilatação cardiaca passará completamente despercebida.

O facto dominante, pois nos accessos cardio-pulmonares de origem hepatica é a dilatação das cavidades direitas do coração, dilatação que póde ser acompanhada de insufficiencia tricuspide passageira ou permanente; assim como diminuição no calibre dos capillares intra pulmonares que impede o mecanismo regular da hematose. Nós vamos ver quaes os meios de reconhecer tudo isto. — 1º Apalpação. No estado normal, a ponta do coração bate no 4.º ou 5.º espaço intercostal esquerdo a 4 ou 5 centimetros do bordo esquerdo do sterno no trajecto da vertical mamelonar; no emtanto quando se examina o coração de um individuo em que a dilatação do coração direito tem lugar, a apalação nos mostra que a ponta do coração póde achar-se ligeiramente abaixada e fóra do 4.º espaço intercostal; este facto é muito raro; o que é muito commum é o desvio da ponta do coração para o lado da parede axillar esquerda, isto é, que a impulsão cardiaca em vez de se fazer sentir na vertical do mamelão, é percebida na axilla, distante d'aquelle - um, dois até cinco ou seis centimetros. Este signal que nos fornece a apalpação é de alto valor quando elle é bem manifesto; porque nos permitte immediatamente affirmar que se trata de uma dilatação das cavidades direitas do coração; direitas e não esquerdas, porque quando a dilatação se assesta sobre o coração esquerdo, a regra é que a ponta se acha muito abaixada não se afastando sensivelmente da vertical que passa pelo mamelão.

Pois bem este signal, que é tão importante que nos leva a diagnosticar uma lesão organica do coração direito, se examinarmos o doente no momento dos accessos desapparece completamente sem deixar o minimo vestigio de sua existencia no intervallo dos accessos; tanto que mareando se com um lapis dermographico o lugar onde bate a ponta quando o coração está tumultuoso, nós poderemos depois assistir a sua retracção logo que os aecidentes gastro-hepaticos desapparecem, isto e, logo que se finaliza a crise.

Mas continuemos a analyse dos symptomas

Em geral o choque da ponta é fraco, algumas vezes, entretanto elle levanta a parede thoraxica com tanto vigor como nos casos de hypertrophia. A mensuração permitte também determinar o grão de dilatação das cavidades direitas-

Alem d'estes signaes revelados pela apalpação e percurssão observam-se ainda phenomenos sthetoscopicos permanentes ou transitorios assestando-se ao mesmo tempo sobre o timbre e o rythmo dos ruidos ou sobre um só d'este elementos; signaes que vem confirmar a existencia da dilatação do coração direito,

com ou sem insufficiencia tricuspide. Estes phenomenos sthetoscopicos podem ser constantes ou não, isto é, que alguns d'elles se manifestam sempre que as perturbações cardiacas tem lugar, mesmo depois do attaque dyspneico; ao passo que os outros não se mostram sempre. Tambemestes ultimos são de uma gravidade muito mais consideravel e nos obrigam a estabelecer um prognostico muito serio quando elles se nos revelam nos intervallos das crises.

O signal constante que a escuta nos manifesta é o exagero do segundo ruido no fóco da arteria pulmonar. Applicando-se o ouvido na região supra mamelonar na parte a mais interna do segundo espaço intercostal esquerdo ouve-se o segundo ruido muito sensivel, por vezes de um timbre metallico; depois, a medida que se afasta d'este fóco e que se vae para o lado direito a intensidade diminue pouco a pouco e o ruido perde-se de todo quando se chega ao fóco aortice. O professor Fabre (de Marselha) ligava um alto interesse a este symptoma porque para elle o caracter vibrante de segundo ruido a esquerda do sterno era signal manifesto de dilatação do coração direito.

Qual sera a razão do exagero na resonancia do segundo ruido no foco da arteria pulmonar ?

Será porque a parede cardiaca, adelgaçada ao mesmo tempo que dilatada e approximada da parede thoraxica o repercute com mais energia e força? Ou será porque as valvulas pulmonares tendo de lutar contra uma tensão consideravel do sangue no systema da arteria pulmonar, levantam-se com mais força?

Esta interpretação ultima é acceita por François Franck e por quasi todos os clinicos, não só porque existem experiencias physiologicas que depõem cabalmente em favor do augmento de tensão sanguinea na arteria pulmonar; como tambem porque a analogia clinica nos força a acceitar esta interpretação; com effeito, a dilatação cardiaca com exagero de resonancia do segundo ruido a esquerda do sterno, encontra-se em duas ordens de affecções abdominaes de um lado, affecções gastricas em particular; de outro lado, certas affecções thoraxicas, casos de pneumophymia aguda, de asthma, de insufficiencia mitral que todas produzem um excesso de tensão no systema da arteria pulmonar; têm-se, pois o direito de suppôr que nas affecções hepaticas o mecanismo da modificação na sonoridade do segundo ruido da arteria pulmonar se effectue por um modo analgo.

Esta interpretação que parece tão razoavel, tão de accôrdo com os factos não é completamente acceita pelo professor Fabre que diz, referindo-se a ella : « Se se ausculta o coração depois de ter mandado o individuo fazer um movimento forçado de inspiração, evidentemente, então a tensão terá diminuido no systema de arteria pulmonar, e a resonancia do segundo ruido, se ella é devida a um excesso de pressão sobre as valvulas, deverá diminuir. Eu fiz esta experiencia, repeti-a em nosso doente, ella deu-me rezultados negativos e é o que me leva a crêr que a resonancia do segundo ruido é devida a propria dilatação e não a tensão exagerada que é d'ella a causa. Fla, pois, esta opinião divergente e opinião muito valiosa que lançaria uma grande contusão na resolução do problema, se aos factos clínicos, não se viessem unir experiencias physiologicas incontestaveis e feitas com grande cuidado por Arloinge-Morel no laboratorio dephysiologia de Chauveau. D'estas experiencias nos occuparemos quando tratarmos da pathogenia das molestias hepaticas sobre o orgão central da circulação.

Ruido de galope. Esta modificação particular do rythmo é perceptivel a apalpação e a escuta. A mão applicada sobre a região precordial experimenta a sensação de uma ondulação ligeira e mesmo por vezes de um ligeiro choque precedendo o levantamento do espaço intercostal durante a systole ventícular. A' escuta ouve-se tres ruidos: os dois ruidos normaes e um outro adiccionado a estes, porém fraco, surdo, mal pronunciado e precedendo o primeiro ruido normal. Resulta disso um rythmo especial composto de dois ruidos curtos e de um ruido longo, rythmo analogo ao anapeste dos antigos (duas breves e uma longa) e que é conhecido pelo nome de ruido de galope — (Barié.)

A percepção de um ruido de galope na região precordial póde nos trazer a ideia ou de um desdobramento dos ruidos normaes, ou de um desdobramento pathologico d'esses mesmos ruidos. Em que classe se achará aquelle que acabamos de descrever? Como distinguil·o d'estes ultimos?

Qual o seu mecanismo ? E' o que agora vamos vêr.

O ruido de galope que se observa no decurso de uma molestia hepatica não póde ser devido a um desdobramento dos ruidos normaes, diz Barié, porque estes acham-se em relação intima com os movimentos respiratorios, e se manifestam no fim da inspiração e no começo da expiração para o ruido diastolico, no fim da expiração e no começo da inspiração para o ruido systolico; ao passo que o ruido de galope cardiaco hepatico não guarda relação alguma com os movimentos respiratorios.

Tambem elle não póde ser incluido nos desdobramentos pathologicos, porque o do primeiro ruido, que mais facilmente se poderia confundir com elle, visto que tem tambem como typo harmonico o anapeste, é ligado, a uma hypertrophia do ventriculo esquerdo, coexistindo com albuminuria ou com a nephrite intersticial. Demais este ruido de galope brightico tem o seu maximo de intensidade principalmente na ponta e ao longo do bordo esquerdo do sterno; na dilatação do coração direito ao contrario, o ruido predomina para o epigastro, na extremidade inferior do sterno, isto e, em um ponto correspondente ao bordo direito e a face anterior do ventriculo direito do coração.—(Peter.)

Além d'isso os dois tons que o constituem são muito approximados um do outro e o primeiro começa exactamente com a systole ventricular.

Com o desdobramento pathologico do segundo tempo, também não pode haver confusão possível; porque este desdobramento, pathognomonico da stenose mitral é constante n'esta lesão e não se annuncia mais pelo typo de anapeste, mas pelo de chamada de tambôr como o quer Bouillaud ou pelo ruido de dactylo (uma longa e duas breves) como o diz Peter. Demals o ruido de galope da stenose mitral é acompanhado de outros phenomenos proprios d'esta lesão, os quaes o collocam ao abrigo de qualquer erro.

Assim pois o ruido de galope dependente de uma dilatação do coração direito não é um desdobramento, é antes uma impressão tactil percebida pelo ouvido do que um ruido musical: impressão tactil que reconhece o mecanismo seguinte, conforme o diz Potain: no estado normal quando o ventriculo acaba de se depletar e que o coração entra em dyastole, a vis a trego e os movimentos respiratorios precipitam na cavidade ventricular o sangue venoso accumulado para traz, durante a systole precedente; resulta d'isso que quando a auricula vae-se contrahir a repleção do ventriculo será complet.a

Porem sob a influencia de certas condições pathologicas quando a tensão arterial é exagerada e a tensão intra-venosa enfraquecida, o ventrieulo durante a diastole recebe uma fraca quantide de liquido; também quando a auricula contrahindo-se vae projectar sua onda sanguinea, o ventriculo semi vasio experimentará uma brusca mudança de tensão que se manifestará por um ligeiro levantamento; ferindo a parede thoraxica um pouco antes de choque systolico da ponta. Para Potain, portanto, o ruido de galope é um phenomeno correspondente a diastole do coração, porem o ruido adiccionado pode apparecer em diversos periodos da phase diastolica.

Elle occupa a presystole nos casos em que as pulsações cardiacas são frequentes e a diastole curta, porque o ventriculo não tendo tempo de se encher, o sangue lançado pela auricula acha a cavidade vasia e o choque produzido pela brusca mudança de tensão intraventricular corresponde a systole da auricula isto é, a presystole ventricular.

Ao contrario se a phase da diastole é longa, é possivel que sob certas influencias produza-se na cavidade do ventriculo uma columna sanguinea oscillando com mais ou menos rapidez e cuja chegada brusca produz um ruido de galope diastolico.

Este phenomeno que se parece muito com o dicrotismo arterial foi chamado dicrotismo diastolico. — (Barié.)

Potain affirma que seja qual for o momento de sua apparição elle é sempre o signal da dilatação das cavidades direitas do coração quando ó n'ellas que elle se ouve; porque, como nós vimos, o ruido de galope correspondente ao ventriculo esquerdo, denota sempre uma hypertrophia d'este dependente, segundo Peter, da arterio sclerose generalisada.

Eis pois dois phenomenos de alto valôr diagnostico, reunindose para nos demonstrar a existencia de uma das lesões assignaladas por Picot na serie por elle estabelecida — dilatação do ventriculo direito. — Com effeito, depois do que acabamos de dizer, escudado em opiniões tão auctorisadas, é incontestavel que, quando em um doente affectado de molestia hepatica, nós encontramos exagero na resonancia do segundo ruido da arteria pulmonar e ruido de galope com o seu maximo de intensidade na zona correspondente ao coração direito, nós podemos affirmar sem receio algum que existe uma dilatação do ventriculo direito.

Mas qual a influencia d'esta dilatação sobre o prognostico da molestia hepatica? Se se trata de uma dilatação simples, sem sopro algum que denote a existencia de insufficiencia tricuspide, e se a molestia hepatica é susceptivel, de ser debellada pelos meios apropriados, a dilatação pouca influencia terá; porque logo que se remover a causa que a originou ella tenderá a desapparecer depois de um tempo mais ou menos longo. Alem d'isso estes phenomenos denunciadôres da dilatação do ventriculo direito podem se manifestar apenas durante o accesso cardio-pulmonar e desapparecerem completamente depois de terminado o accesso; o que quer dizer que a dilatação é passageira e temporaria dependente apenas do excesso de tensão no systema da arteria pulmonar cujo maximo tem lugar durante a crise dyspneica. D'ahi a necessidade de não se confiar absolutamente no diagnostico feito durante a crise e a precisão imprescindivel de

obter a contraprova por um exame feito no intervallo dos accessos com o fim de verificar a realidado ou não da lesão.

Ruido de sopro. — Até aqui nos encontramos phenomenos que nos denunciam a existencia de uma dilatação do ventriculo direito, nós temos visto tambem que esta dilatação pode ser temporaria e desapparecer logo que se remove a causa que a originou; pois bem supponha-se agora que a lesão hepatica é de tal natureza que os meios-therapeuticos empregados contra ella nada conseguem, que ella se torna persistente e chronica e que o coração vae com isto soffrendo incessantemente; o resultado será que essa dilatação até então perfeitamente curavel, tornar-se-ha permanente, irremediavel, irreparavel e como ella não se dá em pontos limitados da parede ventricular, mas em toda a sua extensão, e os bordos do orificio auriculo-ventricular direito entram como parte integrante d'essa parede, o que acontece é que tambem elles dilatam-se, tornam-se muito mais amplos; porem as valvulas tricuspidianas que forma talhadas para obturar o orificio no estado physiologico, e não se podem mais acommodar ao orificio largamente dilatado, visto que ellas não se distendem como a parede do ventriculo, não poderão, de modo algum determinar a occlusão do orificio tricuspide, isto é realisarão uma insuficiencia tricuspide, isto é, uma lesão orica do orificio auriculo ventricular do coração direito. Desde que este facto se effectue novos phenomenos se manifestarão dando -nos a conhecer a existencia da lesão tricuspide. D'entre estes phenomenos ha um principalmente, perceptivel a auscultação, que prende a attenção — é o ruido de sopro característico da insuficiencia tricuspide que, como se sabe, é um ruido systolico, curto, suave, cujo maximo de intensidade tem lugar no nivel da parte inferior do bordo esquerdo do sterno ou da base do appendice xyphoide, tendendo a propagar-se segundo uma linha obliqua que, da região onde elle tem mais intensidade, se dirige para a parte interna da clavicula direita antes de chegar-se ao nivel do terceiro espaço intercostal onde elle se extingue.

A este signal vem, muitas vezes, unir-se mais dois outros que constituem o cortejo quasi que constante da insuficiencia tricuspide; taes são o pulso venoso jugular e o pulso hepatico. Nós dizemos que o pulso venoso jugular é um phenomeno quasi que constante da insufficiencia tricuspide; porque, como Jaccoud teve occasião de observar, a insufficiencia tricuspide pode existir sem pulso venoso, e o pulso venoso pode existir sem insuficiencia tricuspide; logo o pulso venoso pode existir sem insuficiencia tricuspide; logo o pulso venoso não é um signal sufficiente de inoclusão tricuspidiana. Elle só tem uma significação directa e absoluta; é que exprime constantemente a insufficiencia das

valvulas jugulares. Acredita-se geralmente que o pulso venoso systolico indica sempre insufficiencia da valvula tricuspide; assim não é; o pulso venoso systolico não prova a insufficiencia tricuspide se não se acha associado a um sôpro do primeiro tempo no nivel do appendice xyphoide. O pulso venoso systolico sem insufficiencia tricuspide é devido a aorta e a pressão que esta arteria exerce sobre a veia cava. Este pulso venoso de origem aortica é mais forte que o de origem auricular e menos forte que o de origem ventricular. Este ultimo, symptomatico da insufficiencia tricuspide, é o unico que seja claramente apreciavel ao dêdo como a vista; é este pulso venoso visivel e tangivel que Testa designou sob o nome de arterialidade das veias.

Seja como for, o que é exacto é que a insufficiencia tricuspide no decurso de uma molestia hepatica, estabelecendo-se de um modo permanente e adquirindo uma individualidade propria, não é muito frequente; pois que em 47 observações tomadas por Barié ella apenas se manifestou 6 vezes; na proporção de 11 a 12 por cento pouco mais ou menos; porem mais raro do que a insufficiencia tricuspide e muito mais é a insufficiencia mitral assignalada pela primeira vez por Gangolphe nos casos de ictericia e admittida depois por Fabre e por mais alguns auctores que tiveram occasião de observal-a; máo grado as asserções de Potain e seus discipulos que entendem que em caso algum lesões gastro-hepaticas podem determinar o apparecimento de uma lesão mitral; tanto que Barié, refutando a douctrina da acção dos saes biliares sobre as fibras musculares do coração, invocada por Gangolphe para explicar a pathogenia do sopro mitral que algumas vezes se pode perceber como consequencia de uma lesão hepatica, diz : « A clinica vem apoiar estas considerações pela observação directa do doente. Em todos os casos em que se fallou de sopro mitral na ictericia, vé se que se trata geralmente de um ruido ligeiro, transitorio, de timbre suave, tendo sua sede na visinhança da ponta e prolongando-se pouco ou mesmo nada para a axilla; ora não são estes os caracteres do sopro mitral que é quasi sempre intenso, de timbre agudo, sibilante, propagando-se para a axilla, com sua sede na ponta e persistindo indefinitamente. E' pois impossivel admittir que o sopro systolico da ponta ou: vido nas ictericias tenha sua sede no coração esquerdo.

Eis agora o que nos diz o professor Fabre em suas lições de clinica: « Emquanto se admitte muito facilmente as insufficiencias relativas da tricuspide, primeiro porque ellas existem, depois porque se apresentam sob a dupla protecção de Parrot e Potain, mostra-se muito mais sceptico a respeito das insufficiencias relativas e funccionaes da mitral. Tambem, Durozier pelo

menos, não podendo negar a existencia de ruidos systolicos da ponta na ictericia, que elle mesmo demonstrou, os attribuio a anemia, como se a anemia produzisse ruidos da ponta sem produzir ao mesmo tempo um ruido systolico da base e ruidos vasculares, como se a anemia produzisse ruidos da ponta sem determinar previamente uma dilatação atonica do coração com abaixamento da ponta. >

Em outro ponto Fabre ainda é mais positivo, quando, referindo-se ao sôpro mitral na ictericia, sem abaixamento da ponta e dilatação do ventriculo esquerdo, nos affirma que este sôpro systolico da ponta existe em alguns casos de ictericia e demonstra a existencia de um estado morbido do coração esquerdo, de uma insufficiencia funccional da mitral.

Para corroborar esta opinião de Fabre, ja por si bastante valiosa, o celebre professor de Bordeaux - Picot - refere tres Observações em que o sopro mitral se manifesta francamente e em que a existencia de uma insufficiencia mitral não pode, de modo algum, ser posta em duvida porque não se trata somente de interpretar phenomenos clinicos onde cada um pode fazer a apreciação que lhe parece mais rasoavel, mas de lesões postas em evidencia pela autopsia dos individuos que d'ellas foram victimas. Das tres observações referidas por Picot, uma é constituida por cirrhose atrophica de origem alcoolica, na qual a ictericia não tome parte alguma, facto de grande importancia, porque elle vem demonstrar que não só nos casos de ictericia, como também n'aquelles em que ella não se manifesta a insufficiencia mitral consecutiva a uma affecção hepatica pode ter uma existencia real. Nós vemos ainda n'estas observações um outro ponto de muito interesse, qual o de persistencia da lesão mitral; porque assim fica demonstrado que a insufficiencia mitral, n'estas circumstancias, pode ou ser simplesmente funccional ou dependente de uma lesão definitiva do orificio auriculo-ventricular do coração esquerdo.

E nem se diga que a lesão cardiaca foi primitiva que a affecção hepatica foi consecutiva, porque os caracteres do tigado cirrhotico cardiaco são felizmente bem conhecidos para que se possa confundil-o com o figado affectado de uma cirrhose atrophica de origem alcoolica.

Depois do que acabamos de referir, não se comprehende bem, porque os discipulos de Potain se mostrem tão refractarios a ideia de insufficiencia mitral de origem hepatica, a não ser que o mecanismo d'esta insufficiencia, não podendo ser explicado pela douctrina nervosa por elles creada, os forcem a pôr em duvida a probidade scientifica de clinicos cujo saber justamente avaliado por todos nada fica devendo ao de outros que se nos apresentam como muito parciaes na questão; pois que procuram submetter os factos a uma theoria da qual são auctores. Negar um facto porque seu mecanismo não póde ser convenientemente explicado por uma theoria, é inverter a ordem natural das cousas, é procurar fazer com que os phenomenos morbidos se adaptem, se accommodem a theoria, quando esta é que tem obrigação restricta, para ser bem acceita, de explical-os com claresa.

Não é que deixemos de acceitar a theoria nervosa, porque ella se acha bem fundamentada em factos clinicos e experimentaes; mas desde que ella não explica, como deve, todas as perturbações cardiacas, é que não comporta todos os dados do problema, é que é deficiente e insufficiente apezar de verdadeira e que portanto se deve procurar um outro factor que explique as circumstancias que ella não esclarece; mas nunca pôr em duvida a existencia d'estas circumstancias.

Alem do sópro característico da insufficiencia tricuspide, alem do sópro proprio da insufficiencia mitral, alem do ruido de galope, do exagero na resonancia do segundo ruido da arteria pulmonar que nos encontramos, tanto nas observações de Rendu e Picot, como, nas de Barié, este ainda descreve um sopro extracardiaco que só elle menciona e cujos caracteres podem ser assim resumidos: 1º existencia do sopro acima e não no nivel da ponta, com o seu maximo de intensidade ao longo do bordo delgado da lamina pulmonar que cobre o coração; 2º ausencia do ruido em toda região em que o coração está a descoberto; 3º o sópro não é exactamente systolico; começa pelo meio da systole invade o pequeno silencio do qual elle occupa toda a duração; 4º o seu mecanismo é o seguinte : durante a systole no mesmo tempo que a ponta é projectada para diante, produz-se uma ligeira retracção da base do coração (mais ou menos no nivel do infundibulum da arteria pulmonar) acompanhada de uma pequena depressão da parede thoraxica limitada a zona correspondente. Durante esta retracção o coração afasia-se um pouco da parede thoraxica; uma lamina delgada do pulmão vem então precucher o vacuo que ella abandona na depois durante a diastole para occupal a de novo na systole seguinte.

Produz-se assim uma especie de movimento de aspiração rysthmada pelo coração. Comprehende-se porque o sopro extracardiaco não se ouve na ponta e tem sua sede mais alto, na região onde se produz a retracção. O traçado cardiographico confirma estas vistas, 5º o sopro extracardiaco só se percebe bem no decubitus dorsal; quando o doente se acha inclinado para diante ou está em pé, elle desapparece ou se attenúa consideravelmente. Este facto se explica porque n'estas ultimas posições, o pulmão é comprimido de um modo continuo entre o coração e a parede thoraxica, não ha então estas alternativas de compressão e decompressão necessarias a sua producção. 1º existe emfim um caracter menos importante do que as outras e sujeito a numerosas excepções: em geral o sôpro extracardiaco é de um timbre suave, velado; elle se distingue assim do sopro de insufficiencia mitral agudo, sibilante, algumas vezes rude e estertoroso; do da insufficiencia tricuspide, em geral, mais surdo e mais grave.—(Barié.)

Barié entende que o tigado nada influe sobre este sopro, que não ha mais do que uma coincidencia, que não se póde tirar nenhum valor prognostico, de sua ausencia ou de sua co-existencia com a dyspepsia gastro-hepatica e que nada se sabe sobre a causa que o produz.

Os caracteres que o pulso nos fornece são, de alguma sorte, o reflexo das perturbações que se passam para o lado do coração; assim, quando se trata de desordens puramente funccionaes e de motilidade, o pulso torna-se rapido, podendo chegar mesmo a 120 pulsações por minuto, pequeno, irregular e intermittente, conforme emfim se effectuam as contracções cardiacas; entre tanto é notavel que muitas vezes esta pequenez do pulso não está de accordo com a força da systole cardiaca, o que muito provavelmente é devido a que a onda sanguinea projectada no systema arterial não está em relação com a contracção do coração — (Picot.)

E' evidente que tudo isto só se observa durante o accesso, porque logo que este cessa o pulso volta ao estado normal; salvo se se trata de uma lesão permanente da tricuspide ou da mitral, porque então elle conservará sempre os caracteres proprios d'estas lesões, quer durante os accessos, quer no intervallo d'estes ; salvando, em todo o caso a opinião de Murchison que nos diz o seguinte : « Quando a intermittencia do pulso coexiste com uma affecção valvular, ella parece, algumas vezes, devida antes a uma perturbação hepatica do que a lesão cardiaca. » Para melhor esclarecer esta proposição Murchison suppõe um exemplo de insufficiencia aortica; « lesão em que, diz elle, o rythmo do pulso é ordinariamente regular, porem em casos raros é irregular e intermittente. O pulso pode tornar-se regular depois do exercicio, quando elle deveria ser mais intermittente; e a intermittencia pode desapparecer completamente sob a influencia da mesma medicação que da bom resultado quando não ha molestia do coração. Não é admiravel que a intermittencia do pulso seja inde

pendente da lesão cardiaca em questão quando se recorda que o atheroma arterial que é a principal causa da insufficiencia aortica sobrevindo em idade media ou avançada, e a intermittencia do pulso podem ambos ser o resultado da dyserasia urica. » J. Cyr traductor de Murchison diz que não se recorda ter encontrado a intermittencia do pulso na insufficiencia aortica de origem rheumatica.

Barié, que se occupa detidamente dos phenomenos elínicos dependentes de desordens cardiacas de origem hepatica, faz nos ver que o accesso cardio pulmonar é muitas vezes acompanhado de phenomenos geraes que ora precedem o accesso a semelhança de uma aura e ora manifestam-se ao mesmo tempo que o accesso.

Estes phenmenos são muito variaveis e algumas vezes se traduzem por uma cephaléa, por uma vertigem, desfallecimentos, tendencia ao somno, symptomas emfim que demonstram que o cerebro entra em jogo; outras vezes são perturbações vaso motoras caracterisadas pelo rubor das faces, jactos de calór depois das refeições, etc. No momento dos accessos estes phénomenos adquirem, por vezes, uma importancia tal que assombra o medico, se este não tem em vista o resultado ordinariamente favoravel da crise; assim, as palpitações tornam-se violentas, os suores pro fusos e gelados, a face cyanosada, a peripheria muito resfriada, o aspecto geral é de um cholerico; os oihos são profundamente enterrados nas orbitas e circulados de negro, o nariz afilado, a voz extincta, o facies livido, etc algumas vezes dilatação pupillar, amblyopia, dischromatopsia, etc. (Barié)

Forma de angina do peito. Terminando a forma cardio pulmonar que é de todas a mais commum, nós vamos agora
nos occupar de outra especie de accesso em que o quadro que se
desenrola sob as vistas do medico é o da angina do peito. Os
nuctores lembram se de certos caracteres para se estabelecer um
diagnostico differencial entre a verdadeira angina de peito e
o pseudo o angor pectoris; assim é que Barié nos diz a este respeito: « a pseudo angina do peito se mostra em todas as idades e em
todos os sexos. O accesso é menos violento e as vezes muito
mais longo, a dôr é mesmo adiante do coração e não abaixo do
sterno, a sensação é a de plenitude, antes que de constricção ha
antes anhelação, que dyspnea. Durante o accesso as pulsações
não são sempre retardadas, por vezes precipitam-se, ha dilatação do coração direito. Emfim a dilatação do coração direito é
a causa unica da angina do peito.

Entretanto quando se lé as observações de alguns clinicos

sobre os accessos da pseudo angina do peito fica-se impressionado pela semelhança enorme que existe entre ella e a verdadeira;
é um individuo, por exemplo, victima de orthopnéa horrivel, em
cujo rosto se acha estampado o terror e os signaes evidentes de
de uma dôr intensa atraz do sterno, (Picot) assim como na região do pescoço, com irradiações para a espadua e braço esquerdo acompanhada de um sentimento de angustia profunda. Seja
como for, o que é exacto é que o medico ficara muitas vezes
perplexo para estabelecer o diagnostico differencial se elle não
prestar bastante attenção aos symptomas apresentados e sobretudo
se ligando muita importancia ao estado do coração ell e deixar
de examinar o apparelho gastro-hepatico, fonte de todas as desordens e contra o qual deve ser dirigido toda a medicação.

Para melhor mostrar-se a semelhanga que existe entre estes dois casos basta ler-se a seguinte observação de Seter, e comparal·a com os factos que observados nos casos de verdadeira angina do peito: « Eu observei d'estes factos de simples nevralgias do plexo cardiaco: em um caso muito claro sobrevindo no começo de uma refeição (de uma refeição notai este facto), depois da ingestão de alguns bocados sómente, o doente foi tomado de um sentimento de angustia dolorosa, na região retrosternal superior; não havia dor nos braços, porém elles estavam como que entorpecidos; havia pallidez excessiva da face, resfriamento das extremidades e tendencia a syncope. Quando eu cheguei, alguns minutos depois do começo do accidente, o rosto não era somente de uma excessiva pallidez, porém os olhos eram um pouco escavados, como por um attaque de cholera; a voz era extincta, a pelle fria, coberta de um suor abundante e viscoso, o pulso filiforme e retardado, hatendo 50 vezes somente. Uma dor surda existia ainda na região do plexo cardiaco, com sentimento de embaraço, de contricção e de plenitude obrigando por vezes o doente a fazer grandes inspirações e a emittir suspiros .- (Peter - Lições de clinica.)

Como se vê a semelhança é perfeita e pertence ao medico colleccionar bem os symptomas a que já nos referimos para poder firmar o seu diagnostico.

Forma Trusta. — Esta fórma, que vem descripta por Barié como uma fórma distincta de perturbações do orgão central da circulação, dependentes de uma affecção hepatica, não tem muita razão de ser; visto que ella nada mais é do um estado rudimentar d'aquellas que acabamos de descrever, isto é, em estado tal que os phenomenos cardio-pulmonares, que vimos mostrarem-se com tão grande intencidade que assustava ao me-

dico e ao doente, são apenas esboçados. E' antes uma das fórmas precedentes abortada.

Recapitulando os factos que acabamos de expor, nós vemos um quadro symptomatologico caracterisado por desordens nervosas do centro circulatorio, nos casos mais livres; por uma dilatação remediavel do coração direito e por ultimo a insufficiencia tricuspide ou mitral se desenvolverem com os predicados que lhe são proprios. Agora, resta-nos fazer vêr que estas insufficiencias podem ser puramente funccionaes e manifestarem-se, apenas, durante o accesso para desapparecerem depois d'este, deixando sómente como vestigios de sua existencia uma dilatação do coração direito acompanhada de resonancia exagerada do segundo ruido da arteria pulmonar e o ruido de galope direito, para a insufficiencia tricuspide; ao passo que para a insufficiencia mitral alguns auctores que a observaram, como Fabre por exemplo, affirmam que não ha dilatação do ventriculo esquerdo e nem abaixamento da ponta; outros dizem ter encontrado esta dilatação no ventriculo esquerdo. Seja como for, o que é verdade é que esta lesão denuncia-se em vida por symptomas que lhe são proprias e que nós já tivemos occasião de assignalar.

A causa productora d'estas desordens persistindo e os accessos tornando-se frequentes, aquillo que era periodico e passageiro acaba por adquirir uma individualidade propria e então quer o exame se faça no momento dos accessos, quer no intervallo d'estas, sempre elle nos demonstrará que existem lesões irreparaveis seja do orificio tricuspide, seja do orificio mitral.

Comprehende-se que n'estas circumstancias o coração que até então desempenhava um papel secundario na melestia hepatica, toma uma importancia de primeira ordem e passa, por sua vez, a exercer a influencia que assignalamos, a proposito das molestias cardiacas sobre o figado; de modo que a scena morbida muito complicada, parece um verdadeiro circulo vicioso, cujo ponto de partida se acha no figado e cujo ponto terminal é ainda o proprio figado.

Tambem n'estas circumstancias a therapeutica não póde ser dirigida somente contra as affecções gastro-hepaticas, mas ao mesmo tempo contraa lesão cardiaca.

Ella deve ser dirigida contra a affecção gastro-hepatica afim de diminuir o mais possível o numero de accessos cujas consequencias são tão funestas e deve ser dirigida contra a lesão organica do coração afim de impedir que as desordens acarretadas por ella se manifestem muito rapidamente.

Não termina aqui a influencia nefasta do figado sobre o orgão central da circulação; phenomenos de natureza francamente inflammatoria podem-se apresentar, como o facto se evidencia em um individuo da elinica de Picot, onde a par de uma insuffitiencia tricuspide consecutiva a uma cirrhose hypertrophica da glandula hepatica desenvolveu-se uma endocardite vegetante com todo o seu cortejo de phenomenos gravissimos que determinaram a morte do individuo que foi d'elles victima Comquanto seja este o unico facto actualmente conhecido - de uma endocardite vegetante consecutiva a uma molestia hepatica - todavia elle offerece um interesse tal e encerra circumstancias tão instructivas que nós não podemos deixar de transcrever as considerações que sobre elle faz o professor clinico de Bordeaux; diz elle: · Trata-se, com effeito, de um doente no qual o abuso dos liquidos alcoolicos; mais particularmente do vinho, produz uma cirrhose hypertrophica com ictericia e os outros symptomas classicos.

Sob a iuflencia da molestia biliar, a repercussão a mais habitual para o coração sobrevem ; o ventriculo direito se dilata consecutivamente se estabelece uma insufficiencia tricuspide ligeira que nos é revelada por seu symptoma o mais constante : o sopro systolico para o bordo esquerdo do sterno. As cousas marcham assim durante um certo tempo, durante o qual nós podemos demontrar não só a presença de saes biliares na ourina, como a diminuição constante de urca nesta secreção. Achava-se demonstrado pelo facto que sob a influencia da molestia do figado o meio interno não apresentava mais, de uma parte, os actos de desassimilação que devem assegurar a integridade da depuração organica, e que, de outra parte, elle estava viciado pela presença dos saes biliares. O sangue desde então ainda, que não houvesse albuminuria, achava-se collocado em condições chimicas analogas áquellas em que se acha durante os ultimos periodos d'este processo morbido; elle era de mais alterado pelos materiaes de desassimilação; elle estava viciado pelos saes da bile. Ora, vós sabeis, este estado dyscrasico é dos mais favoraveis a producção das inflammações endo-pericardicas. A pericardite uremica é, com effeito, das mais frequentes; muitas vezes ella apresenta-se nos ultimos periodos da molestia de Bright, quando o rim profundamente alterado, deixou de satisfazer as necessidades da depuração organica. Nos sabemos tambem que a endocardite, e especialmente a endocardite vegetante é, as mais das vezes ligada a um estado discrasico do meio interno, nós sabemos, e Peter o demonstrou perfeitamente, que esta endocardite vegetante é o resultado do envenenamento do organismo pelos productos creatinicos armazenados.

De outro lado ha muito tempo que as pesquizas de Murchison e de Brouardel fizeram do figado um orgão gozando de um papel dos mais importantes no acto da depuração da economia, actuando, segundo toda a probabilidade na transformação em uréa da maior proporção dos produetos intermediarios da oxydação das substancias albuminoides. Quaesquer que sejam os actos chimicos que se effectuem na intimidade da glandula hepatica sob este ponto de vista, ha um facto certo, é que, nas molestias do figado, em que a estructura do orgão se acha alterada, demonstra-se uma diminuição notavel, por vezes mesmo consideravel, na proporção de uréa emittida pelas ourinas. Desde então parece racional admittir-se que esta diminuição é devida a falta de transformação em uréa, no figado, dos productos intermediarios de que se trata e desde então seu accumulo no sangue deve ser a consequencia d'esta suppressão da funcção do figado.

Ora é precisamente o que nós encontramos em nosso doente cujas ourinas não continham nas 24 horas senão uma proporção de uréa metade menor que a porporrção physiologica. Depois d'este facto, unico é verdade em nossas observações, porem bem notavel, parece me possivel admittir que certas molestias do figado, produzindo a retenção dos mareriaes de desassimilação no meio interno, podem determinar pericardites graves, endocardites vegetantes e talvez mesmo endocardites ulcerosas.

E' esta uma nova influencia das molestias do figado sobre o coração que parece-me merecer toda a attenção dos clinicos. ⇒ (— Picot —).

Nós não poderiamos fazer nada melhor do que transcrever textualmente estas considerações de Picot sobre a origem provavel da endocardite vegetante nas motestias hepaticas; afim de tornar bem patente que a ideia de uma substancia anormal no sangue, substancia proveniente de nma perturbação profunda do funccionalismo hepatico e susceptivel de actuar sobre o coração provocando o apparecimento de lesões diversas, não está ainda aniquillada; ella ainda encontra deffensor em Picot, como vemos, em Murchison quando invoca o auxilio de uma substancia toxica para explicar o retardamento e a intermittencia do pulso nas lesões hepaticas; este auctor approxima-se muito de Picot quando se exprime por esta forma: * E' possivel que o retardamento e a intermittencia do pulso sejam produzidos pela presença no sangue de acidos biliares não decompostos, mesmo nos casos em que não ha ictericia; porem é mais provavel que a intermittencia deva ser attribuida a quiquer outro produeto de decomposição da albuminuria, tanto mais quanto nós a encontramos muitas

vezes em relação com a uricemia ou a gotta, e que ella desapparece frequentemente sob a influencia das pilulas azues, dos laxativos salinos e do regimen. » Fabre é tambem partidario da
ideia de um principio toxico no sangue, porem elle entende que
este principio só se apresenta quando ha ietericia, o que não
está de accordo com os factos pois que nós sabemos que as desordens cardiacas manifestam-se no decurso de uma affecção
hepatica, quer esta seja acompanhada de ictericia ou não.

Taes são as diversas manifestações pathologicas que nos fornece o coração durante a evolução de uma molestia hepatica; para produzil·as o figado recorre a meios indirectos, pede emprestado o auxilio do systema nervoso e por seu intermedio vae infligir ao coração, castigo identico ao que elle soffre quando esta viscera se acha sob a influencia de um processo morbido.

Entretanto não quer isto dizer que a acção morbigenica do figado sobre o coração só se faça mediante o systema nervoso, porquanto são bem conhecidos os factos de deslocamentos do orgão central da circulação em consequencia de um augmento exagerado do volume do figado; sobretudo quando este augmento de volume é devido a existencia de um tumor volumoso (como por exemplo, o cancer hepatico, o kysto hydatico, as vastas collecções purulentas, etc.), desenvolvido sobre a face convexa da glandula hepatica. Comprehende-se perfeitamente que estes deslocamentos cardiacos alterando as relações que esta viscera guarda com os orgãos visinhos influam de um modo mais ou menos notavel sobre o seu funccionalismo.

Finalmente a ninguem é desconhecido que um abcesso do figado ou um kysto hydatico pode abrir-se no pericardio, provocando na grande maioria dos casos, uma pericardite suppurada, que embaraça o funccionalismo do coração e que é sempre acompanhada da um sequito symptomatologico ao qual raras vezes o doente pode offerecer tenaz resistencia.

Porem não são estes factos por demais conhecidos, e que se podem manifestar entre dois orgãos quaesquer susceptiveis de por-se em contiguidade, sem que entretanto existam entre elles laços mais intimos os que tem conseguido prender a attenção dos clínicos, e sim aquelles que descrevemas com detalhes, porque elles vieram revelar correlações intimas entre o figado e o coração, as quaes, se é verdade que tinham sido recnhecidas e determinadas pelo anatomista e pelo physiologista, não deixa tambem de ser exacto que ainda não tinham recebido a confirmação clínica unico alvo a que tendem todos os estudos de physiologia experimental; pois que é tambem ella que lhe con-

cede esta importancia que é hoje tão justamente apreciada. O estudo d'estas correlações morbidas enriqueceu a cardio-pathologia com uma nova classe de cardiopathias secundarias, aliás já perfeitamente conhecidas nos casos de lesões renaes. Este estudo demonstra ainda que assim como entre os differentes orgãos existe uma synergia funccional physiologica, assim tambem se encontra entre elles uma synergia morbida: de tal sorte que os soffrimentos de uma viscera quasi nunca se acham isolados no organismo; mas ordinariamente acompanhados dos de outras que trazem para o campo pathalogico o seu contingente de phenomenos morbidos, mascarando assim a lesão primitiva, o que custa, muitas vezes, ao clínico uma bôa somma de paciencia e perspicacia na descoberta do ponto inicial do conjuncto pathologico que elle tem em vista.



CAPITULO III

Pathogenia das desordens cardiacas de origem hepatica

A genese das desordens cardiacas de origem hepatica tem passado por metamorphoses diversas, conforme a concepção que cada auctor fazia sobre o mecanismo possivel da influencia que o figado podia exercer sobre o centro circulatorio; e como é muito natural foram as theorias mais simples as que primeiro fotam emittidas para dar conta dos laços que prendiam entre si estas duas visceras; depois, a medida que se ia verificando a

deficiencia das hypotheses propostas, novas outras foram surgindo até que a theoria nervosa imaginada por Potain e convenientemente modificada por seus discipulos recebesse a sancção dos factos experimentaes e clínicos como depois veremos.

O primeiro auctor que pela primeira vez se occupa da questão foi Portal que reduzio o problema a um simples facto de mecanica, consistindo na compressão que o figado muito augmentado de volume devia exercer sobre o coração que assim via o seu funccionalismo completamente perturbado. Nem foi outra a circumstancia que Portal invocou para explicar as violentas palpitações sobrevindas no decurso de colicas hepaticas em uma senhora na qual a autopsia demonstra um figado muito volumoso. A outro expediente não recorre Portal na interpretação de palpitações e ataques de angina do peito coexistindo com lesões valvulares e dilatações do coração direito em um individuo em quem o exame necropsico faz reconhecer um figado consideravelmente volumoso e endurecido.

Ora que o augmento de volume do figado fosse tão exagerado que pelo simples facto de uma compressão mecanica podesse produzir perturbações cardiacas nervosas, comprehende-se; mas que chegasse a determinar lesões valvulares e alterações do myocardio é o que parece mais difficil admittir-se e se é certo que o auctor d'esta douctrina não cogitou n'estes factos, não deixa tambem de ser exacto que uma tal maneira de raciocinar não poderia satisfazer hoje aos espiritos ainda mesmo os menos rigorosos, tanto mais quanto as desordens cardiacas se manifestam em consequencia de molestias que, longe de determinar augmento no volume do figado, arrastam, pelo contrario, a sua atrophia, como nos casos de sclerose atrophica.

Verificada a insufficiencia da theoria mecanica de Portal, era mister que se descobrisse uma outra que podesse explicar sufficientemente os factos, mormente porque elles começavam a attrahir a attenção dos clínicos. Encarregou-se da tarefa, Gangolphe que tendo observado a existencia de ruidos de sôpro na região precordial durante casos diversos de ictéricia, conhecendo as experiencias de Grollemund, de Feltz, Ritter e de Kleinpeter a respeito da acção paralysante que os saes biliares exerciam sobre o musculo cardiaco e vendo que os ruidos de sôpro desappareciam quando a ictericia desapparecia, formulou a sua theoria do modo seguinte: os sopros cardiacos que são percebidos na evolução da ictericia acham-se sob a dependencia de perturbações funccionaes censecutivas a paralysia dos musculos papillares determinada pelo contacto dos saes biliares que circulam no meio interno, durante esta affecção; tanto que quando a eli-

minação dos saes biliares começa a effectuar-se o sopro morbido desapparece completamente. Esta douctrina assim exposta tinha realmente muita razão para attrahir os espiritos e com effeito Fabre a defende com certo ardor suppondo realisada uma myocardite subordinada exclusivamente a ictericia, isto é, ao accumulo de bile no sangue; myocardite que affectando os musculos papillares perturba o seu funccionalismo, d'onde insufficiencia funccional da mitral, e invadindo depois a parede ventricular, diminue a energia de suas contracções, d'onde sopro da ponta, fraqueza do primeiro ruido normal e diminuição da impulsão cardiaca. Porem por mais attractiva que fosse esta hypothese ella devia cahir, porque surgiram logo certas difficuldades que ella não poude remover convenientemente. Com effeito, se é verdade que a ictericia tinha o poder que lhe concedia Gangolphe, as perturbações cardiacas deverião manifestar-se em quasi todos os casos de ictericia e só depois que os phenomenos de impregnação biliar se achassem bem confirmados. De outro lado tanto mais profundas serião as desordens quanto mais pronunciada fosse a impregnação biliar.

Ora a clinica demonstra que o coração se conserva impassivel diante de um grande numero de ictericias bem averiguadas e que sérias desordens funccionaes se effectuam para o lado do centro circulatorio antes que phenomenos ictericos se tenham manifestado; de modo que não parece absolutamente haver relação alguma de causa a effeito. Alem de tudo isto, é hoje um facto perfeitamente liquido que os desarranjos cardiacos podem se mostrar no decurso de molestias hepaticas das quaes a ictericia não faz parte, como o demonstram as observações de Potain, Rendu, Laurent, Picot e Barié.

Por todos estes motivos a douetrina de Gangolphe não se póde sustentar e pensou-se então que a dôr resultante seja da molestia do estomago, seja da molestia hepatica era dotada de um poder bastante para intervir como elemento pathogenico das perturbações cardiacas, tanto mais quanto a clinica já ha muito havia demonstrado que palpitações, arythmias cardiacas e mesmo a syncope corriam muitas vezes por conta do elemento—dôr. Mas surgia, apenas uma difficuldade que derribava como depois derribou todo este castello, era que a dôr não se encontrava em certas molestias hepaticas, como a hypertrophia e a atrophia que todavia faziam sentir sua influencia sobre o coração.

Depois, impressionava muito este facto, que as molestias as mais dolorosas como a hepatite intersticial, como certos casos de cancer, eram as que menos vezes se acompanhavam de desordens cardiacas, para que a theoria da dôr se mantivesse por muito tempo.

Cançou-se prematuramente, em procurar no figado a genese das molestias cardiacas que appareciam durante a evolução de um estado morbido d'aquella glandula e lançou-se as vistas para o estomago que era susceptivel de dilatar-se consideravelmente pelo accumulo de gazes e perturbar mecanicamente o funccionalismo cardiaco; tal qual como o figado na hypothese de Portal; porem como explicar o facto da impassibilidade do motor da onda sanguinea quando o estomago se achava excessivamente dilatado pelos gazes provenientes da administração da poção de Reviére, e de sua demencia quando o estomago recebia apenas uma taça de leite? Era um obstaculo sério a esta hypothese e tão sério que foi preciso abandon d-a.

Foi então que Potain estabeleceu as bases da theoria nervosa, que conta hoje o maior numero de adeptos depois das modificações que ella recebeu; porque ella resulta do estudo attento dos factos clinicos apresentados pela maior parte dos doentes, tanto fóra das erises cardio-pulmonares como no momento d'estas erises.

O funccionalismo do coração depende de um certo equilibrio mantido pelo antagonismo dos nervos que em sua intimidade enviam filetes; portanto desde que este funccionalismo se perturba, é que houve ruptura do equilibrio normal, é que os nervos foram de alguma sorte desviados do terreno physiologico. Eis um primeiro facto que não passou despercebido a Potain que igalmente verificou que em certas crises os phenomenos de angina do peito se tornavam preponderantes e dominavam a scena; ora Peter demonstrou peremptoriamente que os accessos de angor pectoris são devidos a um processo morbido assestado sobre os nervos cardiacos, logo, mais um motivo para que estes nervos chamassem sobre si a attenção de Potain.

Finalmente o exame attento do apparelho pulmonar convenceu a Potain que o accesso dyspneico não corria por conta deficiencia de ar no interior dos pulmões, que esta penetrava livremente nos alveolos e que portanto era preciso procurar-se em outro ponto o factor do accesso dyspneico.

Do outro lado as experiencias de Claud Bernard e Schiff que então eram correntes em sciencia, emprestavam ao pneumogastrico propriedades vaso motoras que se manifestavam por edemas, congestão e hemorrhagias pulmonares quando se seccionava estes nervos e quando, por conseguinte se determinava a paraysia dos musculos dos vazos pulmonares.

1/13/361

Tendo tudo isto em consideração Potain deixou entrever que se podia explicar o mecanismo das desordens cardiacas, mediante a intervenção do pneumogastrico; com effeito dada uma lesão hepatica, esta actua sobre as extremidades hepaticas do pneumogastrico que manifesta a excitação que recebeu provocando a contracção das fibras musculares dos pequenos vasos pulmonares, isto é, produzindo uma diminuição consideravel no calibre destes vases; desde então a tensão sanguinea no systema da arteria pulmonar augmenta-se; mas este augmento da tensão sanguinea na arteria pulmonar é um obstaculo contra o qual tem de lutar o coração direito e de facto elle luta e luta energicamente; d'ahi as perturbações funccionaes cardiacas; d'ahi a dilatação do ventriculo direito, que persistindo arrasta comsigo a inoclusão do orificio tricuspide, isto é, a insufficiencia da valvula tricuspide. Assim se acha explicada a resonancia do segundo ruido no foco da arteria pulmonar pelo augmento da tensão sanguinea neste vaso; assim se acha explicado o ruido de galope pela dilatação do ventriculo direito e finalmente assim se explica o ruido de sópro característico da insufficiencia tricuspidiana.

Tudo isto era perfeitamente concebido, tudo isto estava de perfeito accordo com os factos clinicos, restava, porem saber se a physiologia experimental confirmava a theoria que a clinica ja tinha sanccionado. E antes de tudo era preciso demonstrar se realmente havia augmento de tensão no departamento da arteria pulmonar. Encarregaram-se de responder a esta questão Arloing e Morel. Eis como elles procedem. Em um animal curarisado praticam a respiração artificial e poem a descoberta o coração e o figudo. Isto feito praticam uma pequena fenda no pericardio no nivel da arteria pulmonar e introduzem n'esta um trocater ou antes uma canula que por meio de um tubo de caouthchouc communica com um frasco tritubulado cheio de uma solução de carbonato de sodio. Do frasco partem dois outros tubos de caouthchouc, um cheio tambem da solução de carbonato de sodio, termina-se em um manometro registrador, o outro tubo cheio de ar partindo de um sphygmoscopio fixo sobre a tubulura mediana do frasco termina em um tambor de alavanca. Tomadas as precauções necessarias colloca se sobre o figado ou sobre o estomago ou sobre os intestinos dois electrodes de um apparelho de inducção e desde que a corrente atravessa a bobina o apparelho registrador mostra immediatamente accrescimo e accrescimo consideravel na tensão sanguinea da arteria pulmonar. E' bom notar que o traçado do sphygmoscopio obtido no apparelho registrador seguia as mesmas curvas que o traçado da tensão arterial. A experiencia repetida muitas vezes deu sempre

o mesmo resultado, portanto a physiologia experimental vinha confirmar a vista the rica de Potain.

Apparecia porem uma nova questão: seria mesmo o pneumogastrico o nervo encarregado da excitação peripherica, ou antes, a via centripeta da excitação hepatica seria mesmo representada pelo pneumogast ico?

Teissier foi o primeiro que poz este facto em discussão no Congresso aberto em Montpellier; porque muitas vezes tinha elle observado as desordens cardincas consecutivas a molestias hepaticas; mas tambem muitas vezes observou as em consequencia de affecções dolorosas dos intestinos e dos ligamentos largos, isto é, em consequencia de molestias que tinham sua séde em departamentos alheios ao dominio do pneumogastrico. Desde então era preciso alongar-se mais o quadro e procurar-se em outra parte a via centripeta; foi o que fez Tessier, elle pensou que a scena se passava no dominio do grande sympathico, porque tinha observado em uns doentes a indigo-e urinaria que, segundo as observaçõeo de Gubler, se encontra principalmente nas lesões do grande sympathico. M via centripeta portanto, era para Teissier, o grande sympathice, porem a centrifuga era ainda o pneumogastrico. Faltava a experiencia physiologica para sanccionar a theoria; mas esta não se fez esperar muito, porque em uma serie de experiencias sobre este assumpto Arloing e Morel em um cão curarisado seccionaram os pneumogastricos, excitaram o figado, o estomago e os intestinos e viram a tensão augmentar-se da mesma fórma na arteria pulmonar. Ficava assim confirmada a primeira parte do problema em que se suppunha que era o grande sympathico o encarregado de levar as excitações aos centros nervosos.

Restava ainda saber se o pneumogastrico era a via centrifuga d'estas excitações.

Mesmo durante a communicação de Teissier no Congresso de Montpellier, François Franck contestou a influencia dos pneumogastricos sobre os vasos pulmonares. « Paul Bert, disse elle, demonstrou a acção dos pneumogastricos sobre os musculos bronchicos; porem nada auctorisa a admittir que estes nervos tenham tambem uma acção vaso-motora constrictiva. » Pouco tempo depois Henocque baseando-se nas experiencias de Brown Sequard que tinham demonstrado que os pneumogastricos não são os vaso-motores dos pulmões; visto que de uma parte as perturbações attribuiveis aos nervos vaso-motores que são as mais faceis de verificar (congestões, hemorrhagias parenchymatosas) não existem immediatamente depois da secção dos pneu-

mogastricos, e que de outra parte estes effeitos são constantes, quando se determina lesões, mesmo ligeiras, em certas partes do encephalo; taes como a ponte de Varola e os pedunculos cerebellosos, partes estas que actuam mediante o ganglio thoraxico superior: Henocque, dissemos nós, veio se filiar a opinião de François Franck, tanto mais quanto Vulpian em suas lições sobre o apparelho vaso-motor recusa aos pnemugastricos uma acção sobre os vasos; porque em cães curarisados, a secção dos dois pneumogastricos não produz nenhuma modificação de côr nos pulmões postos a descoberto. Estas vistas foram ainda confirmadas por experiencias de Arloing e Morel que chegam a conclusão de que a via de retorno do reflexo se faz pela medulla cervical primeiro, depois pelos filetes que se dirigem da medulla espinhal aos ganglios thoraxicos superiores e finalmente pelas fibras nervosas que d'este ganglios se dirigem ao plexo cardiopulmonar.

Expôr os factos por esta fórma, é quasi que localisar a priori, o centro do reflexo no bulbo ou na protuberancia; e de facto estes dois observadores excitam o figado em um animal collocado nas condições das experiencias precedentes; a tensão pulmonar se eleva. Seccionando os peneumogastricos nenhuma modificação se observa no traçado graphico; elles cortam então a medulla alongada acima da origem dos pneumogastricos, immediatamente a pressão pulmonar se abaixa bruscamente, o que prova que a secção supprimiu a via centripeta e a via centrifuga.

Assim pois, a experiencia veio imprimir a theoria nervosa um cunho de veracidade incontestavel; ella veio demonstrar de um modo palpavel que dada uma molestia hepatica os filetes do grande sympathico tornam-se portadores da excitação morbida, levam n'a a medulla alongada, que por intermedio dos filetes que emanam do ganglio cervical superior produz a constriçção dos nervos pulmonares, dando lugar a diminuição do calibre d'estes, ao augmento por conseguinte da tensão sanguinea na arteria pulmonar, augmento de tensão que exige da parte do coração direito um exforço mais consideravel que dá em resultado sua dilatação e finalmente insufficiencia tricuspide.

Tal é em summa a doutrina hoje acceita para explicar as desordens cardiacas consecutivas as affecções do apparelho gastro-hepatico; e se é verdade que ella recebeu a sancção clinica, se é verdade que a experiencia physiologica confirmou-a cabalmente; não deixa de ser muito exacto também que o exame muito attento dos factos nos demonstra que ella não comporta todos os dados do problema, que ha certas lacunas que devem ser

preenchidas e que esta theoria por si só não pode explicar tudo satisfactoriamente. Com effeito, ella suppõe sempre que as desordens cardiacas só se podem effectuar depois que o coração direito for chamado a lutar contra o excesso de ten-ão sanguinea no departamento da acteria pulmonar, isto é, que as perturbações cardiacas são sempre consecutivas as perturbações pul non tres; mas se assim é, porque nunca se poude observar em muitos casos estes excessos de tensão nas crises caracterisadas apenas por palpitações, irregularidades e intermittencias cardiacas? Porque é que em certos casos nós observamos accessos cardiacos independentes de accessos pulmonares? Qual a razão porque o coração esquerdo é muitas vezes o affectado quando o coração direito, que de preferencia deveria ser attacado se conserva indemne? Qual a razão d'esta endocardite vegetante observada por Picot em um de seus clientes? São outros tantos factos que a theoria nervosa, tal como a exposemos deixa sem explicação conveniente.

Tambem reconhecendo a insufficiencia d'esta theoria, Rendu acceita-a com restricções, como se pode verificar d'este trecho em que elle aprecia as theorias propostas para o caso recente: « Se a demonstração experimental parece concludente, não se deve esquecer que ella não esclar c: senão estes casos nos quaes demonstra se a dilatação do coração direito e o augmento da tensão pulmonar. Ora, nós vimos que o problema clínico é m: is complicado. Ao lado d'estes fectos de sopro systolico e ruido de galope do coração direito, que acham sua explicação nas experiencias precedentes, ha aquelles nos quaes sob a influencia de uma molestia do figado, demonstram-se perturbações funccionaes do coração, irregularidade e arythmia cardiacas, sem augmento apreciavel da tensão na arteria pulmonar.

Ha uma cathegoria inteira de doentes que tem perturbações de innervação serias do coração por occasião das molestias hepaticas e como n'elles não se demonstra, nem ruido de galoje, nem accentuação do segundo ruido pulmonar, não se está no direito de concluir que as desordens cardiacas são a consequencia das modificações da tensão sanguinea na pequena circulação; parece mais logico admittir que a impressão partida do figado retumba d'emblée sobre os filetes nervosos cardiacos sem intermediario dos nervos vaso-motores pulmonares.

Barié é ainda mais explicito, porque elle invoca a excitação dos pneumogastricos para explicar estes desarranjos cardiacos sem perturbações pulmonares : porque não são poucas as synergias morbidas de orgãos innervados pelos pneumogastricas.

Picot fundamenta bem o porque não se deve considerar o

pneumogastrico completamente alheio a estes factos; eis como elle exprime-se: « As experiencias de Heidenhaim sobre o pneumogastrico demonstram que a excitação d'este nervo produz uma diminuição da tonicidade muscular do coração e em certos casos uma acceleração das pulsações do orgão. As de Gaskell estabelecem que o estimulo feito com correntes fracas sobre o pneumogastrico pode produzir effeitos exactamente oppostos: a diminuição e augmento da força das contrações, a acceleração e retardamento do rythmo, o augmento e o abaixamento da tonicidade muscular.

De um outro lado está hoje bem estabelecido que o pneumogastrico é o nervo trophico do coração. Em suas pesquisas,
Knoll vio a secção d'estes nervos produzir frequentemente uma
myocardite tendo os mesmos caracteres histologicos que a myocardite do homem e Wassilieff depois de ter seccionado estes
mesmos nervos, ou antes, depois de ter determinado uma irritação capaz de produzir peri-nevirte e nevirte circumscriptas,
observou retardamento, acceleração das pulsações cardiacas e
emfim uma tumefacção e uma alteração gordurosa das fibras
musculares d'este orgão, principalmente para o coração esquerdo.
Vós vêdes que a questão é eminentemente complexa e difficil;
não é possível recusar-se tode o papel ao pneumogastrico nos
phenomenos tão variados que estudamos.

Eu não creio se possa hoje especificar as vias de transmissão da repercussão sobre o coração nas molestias do figado; porem estou persuadido que ellas são multiplas e que o sympathico como o pneumogastrico com ou sem intervenção dos nervos vasculares do pulmão devem representar um papel. As extremidades nervosas comprehendidas nas lesões hepaticas, não poderião tornar-se o ponto de partida de uma nevirte ascendente produsindo com a continuação perturbações trophicas da fibra muscular do coração?

Eu estabeleço simplesmente o problema que não posso resolver por falta de provas». (Picot.)

Alem d'estas considerações feitas sobre o papel que o pneumogastrico desempenha em certas circumstancias, Picot baseado nas experiencias de Lepine, Laurent, Quinquad e em suas proprias que denotam uma discrasia profunda do sangue nas molestias hepaticas, nas de Beau, de Wunderlich, Friedreich, Bamberger, Stack e Heitler que mostraram que havia uma associação da dilatação com ligeira hypertrophia cardiaca á este estado do sangue; dilatação que se faz tanto sobre o ventriculo direito como sobre o ventriculo esquerdo e que pode dar como consequencia uma insufficiencia tricuspide ou mitral conforme o ponto em que ella se assesta; baseado também no facto da endocardite vegetante, Picot suppõe que as modificações da constituição chimica e anatonica do sangue nas molestias do figado exercem uma influencia muito notavel sobre a musculatura cardiaca e que ellas devem gosar um papel impo tante na dilatação de um ou de outro dos ventriculos d'este orgão e por consequencia na apparição da insufficiencia tricuspide ou mitral e dos sópros reveladores d'estas lesões.

Assim pois a diversidade de aspectos, que se encontra nas manifestações morbidas experimentadas pelo orgão central da circulação em consequencia de affecções hepaticas, não nos permitte admittir exclusivamente a theoria nervosa para explicar a pathogenia d'estas cardiopathias de origem hepatica e nós somos forçados a appellar para um outro factor, creado pela alteração do figado, que nos dê conta de algumas d'essas perturbações cardiaças.

Qual seja, porem esse factor, eis o que ainda não se conseguio determinar de um modo inconcusso, comquanto a opinião de uma discrasia sanguinea, exposta pela primeira vez por Murchison seja aquella em torno da qual se acham agrupadas maior numero de adhesões; mão grado as objecções de Rendu que só admittiria sua exequibilidade se ella podesse satisfazer a uma d'estas tres condições:

- 1º Que o sangue alterado da veia porta exerça uma acção paralysante sobre o musculo cardinco e sobre as paredes do ventriculo direito;
- 2º Que o sangue alterado produza uma obstrucção mecanica dos pequenos vasos capillares do pulmão e embárace por conseguinte inderectamente o funccionalismo do coração direito;
- 3º Que actue sobre o systema nervoso central provocando uma constricção dos capillares pulmonares, d'onde dilatação ventricular e finalmente a insufficiencia tricuspide.

Como porem a hypothese de Murchison não realisa nenhuma d'estas circumstancias, conclue Rendu pela sua improcedencia, como se as affecções hepaticas actuassem apenas sobre o coração direito, como se o coração esquerdo se conservasse impassivel diante das molestias do figado.

Com effeito, a conclusão de Rendu verdadeira quando se trata de interpretar as alterações que experimenta o coração direito, falseia ou antes é incompleta e não abrange os casos em que as perturbações consecutivas a molestias hepaticas se assestam no coração esquerdo, e nós vimos que era justamente para estes casos, inexplicaveis pela doutrina nervosa, que Picot, appellava para a hypothese de Murchison; era tambem para os casos de endocardite vegetante que não podem ser previstos e nem comprehendidos na theoria nervosa que se recorria ao auxilio da theoria de Murchison a qual de accordo com o que nos ensina Peter sobre o origem da endocardite vegetante, nos dava e nos dá conta de sua manifestação no decurso de uma affecção hepatica.

Portanto, mais uma vez ainda, nós nos vemos obrigados a condemnar o exclusivismo scientifico, a abandonar os meios systematicos de defender theorias, a admittir o eccletismo e a interpretar os factos como elles na realidade se passam e não como nós, em nossa imaginação, entendemos que elles devam ter lugar.



PROPOSIÇÕES

CADEIRA DE PHYSICA MEDICA

· DO GALVANO-CAUTERIO THERMICO

I

Todo o apparelho galvano-cauterio thermico compõe-se de duas partes fundamentaes ligadas por dois fios conductores: 1.º um geradôr ou pilha: 2.º um cauterio munido de um cabo iso-lador destinado a dirigil-o e a regular a sua temperatura.

П

A multiplicidade deformas que se pede imprimir aos cauterios galvanicos e a possibilidade de concentrar-se o calôr somente nas partes que se põe em contacto com os tecidos a cauterisar, tem permittido que se lance mão do galvano cauterio thermico mesmo nos casos, em que se faz míster penetrar no fundo de uma cavidade; como, por exemplo: nos estreitamentos, no sacco lacrymal, etc,.

Ш

Uma das vantagens do galvano-cauterio thermico é a possibilidade de obter-se uma temperatura alta, concentrada em umamassa relativamente fraca, o que evita, de alguma sorte, os effeitos da irradiação sobre as partes visinhas d'aquellas que se quer destruir e o que facilita muito as cauterisações que se exerce sobre superficies pouco extensas, situadas na visinhança de orgãos delicados ou na profundidade de algumas cavidades naturaes.

CADEIRA DE CHIMICA MINERAL E MINERALOGIA DO OXYGENIO E SUAS APPLICAÇÕES EM MEDICINA

I

A obtenção do oxygeno pela decemposição do chlorato de potassio deve ser preferida a qualquer outro processo de preparação, attendendo-se ao preço d'este sal e a quantidade relativamente grande de oxygeno que elle pode produzir. Um kilo de chlorato de potassio pode dar 274 litros de oxygeno.

H

As inhalações de oxygen o constituem um recurso precioso no tratamento da apoplexia, sobretudo quando esta é devida a uma suffocação accidental, tal como a estranguláção, a submerção ou nos casos de envenenamento pelos gazes ou vapôres toxicos.

Ш

As recentes observações de Mayor e Huchard tendem a

considerar o oxygeno como um excellente meio no tratamento dos vomitos sobrevindos nos primeiros tempos da prenhez.

A administração foi sempre em inhalações.

CADEIRA DE CHIMCA ORGANICA E BIOLOGICA CHOLESTERINA CHIMICA-BIOLOGICAMENTE CONSIDERADA

I

A cholesterina é um alcool mono atomico que forma a quasi totalidade dos saes biliares. Ella cristalisa-se em laminas nacaradas, incolores, insipidas e máis leves que a agua. E' soluvel no alcool fervendo, no ether, no oleo de petroleo, no chloroformio e nos tauro-cholat s.

 Π

Na opinião de Augusto Flint a cholesterina é um producto excrementicio do cerebro que se elemina com a bile e que se transforma no intestino, em stercorina ; d'ahi a razão porque não a encontramos nas feses.

111

Se os tauro-cholatos dissolvem a cholesterina e se elles existem na bile, é muito natural que a cholesterina os reconheça como vehiculo que a leva para o interior do tubo intestinal; de tal sorte que quando lesões hepaticas impeçam o funccionalismo da glandula a cholesterina fique retida no sangue.

CADEIRA DE BOTANICA MEDICA E ZOOLOGIA

DOS EFFEITOS DA FUNCÇÃO DA CHLORO PHILA SOBRE O AR ATMOSPHERICO

T

O unico phenomeno relativo a funcção chlorophylica que durante muito tempo chamou a attenção dos botanicos — é a absorpção de acido carbonico do ar pelas plantas verdes expostas a luz e a climinação consecutiva de oxygeno pelas mesmas plantas.

П

A decomposição do acido carbonico da athmosphera pelas partes verdes das plantes e o desprendimento consecutivo de oxygeno, não é senão a manifestação palpavel de actos, sem duvida muito complexos que se effectuam na intimidade do corpusculo chlorophlyano.

Ш

Concorda-se geralmente em admittir que no corpusculo chlorophyliano o carbono proveniente da decomposição do acido carbonico da atmosphera se combina com os elementos da agua tirados no sólo e com outros elementos mineraes da mesma origem para produzir corpos mais complexos.

CADEIRA DE PHAMACALOGIA E ARTE DE FORMULAR

DOS MEDICAMENTOS FERRUGINOSOS CHIMICO -PHARMACOLOGICAMENTE CONSIDERADOS

I

Os preparados de ferro são muito numerosos e podem ser empregados externa e internamente, conforme se queira utilizar de suas propriedades topicas.

H

O perchlorureto de ferro tomado internamente, em pequenas déses, combina-se com as materias albuminoides e penetra sob esta forma no torrente circulatoria. Tambem a solução albuminosa de perchlorureto de ferro é, segundo Gubler, um excellente reparado que rouba ao sal ferrico sua acção irritante e caustica.

III

O ferro reduzido pelo hydrogenio é um preparado muito empregado, preferivel em certos casos, a limalha de ferro, por ser mais soluvel.

Administra-se na dose de 10 a 15 centrigrammas, ne combeo das refeições. Pode se incorporal o em pastilhas, ou drageas contendo as mesmas proporções.

CADEIRA DE ANATOMIA DESCRIPTIVA DO ORGÃO CENTRAL DA CIRCULAÇÃO

O coração é um musculo ôco que se acha situado no thorax, acima do diaphragma e entre as duas pleuras. Elle compõe se de quatro cavidades: duas superiores ou auriculas e duas inferiores ou ventriculos.

H

As auricalas communicam-se com os ventriculos por moio pos orificios auriculo-ventriculares, cuja occlusão se effectua a cada contracção ventricular por meio das valvulas tricuspide e mitral.

Ш

As auriculas não se communicam durante a vida extra uterina; porem são separadas pelo septo inter-auricular.

Os ventriculos são também separados um do outro pelo septo interventricular que em tempo algum offerece solução de continuidade.

CADEIRA DE HISTOLOGIA

DA CELULOGENESIS

1

Para explicar a formação das cellulas duas theorias es acham em presença; a do blastema e a da cellula pela cellula.

11

A the ria do blastema que suppõe que as cellulas nada mais são que acondensação de grannlações disseminadas no seio de uma materia amorpha, e sustentada por Charles Robin e está hoje quasi que abadonada.

Ш

A theoria da cellula pela cellula, defendida por Wirchow, è bascada no seguinte principio: Omnis cellula cellulă (Toda a, cellula provem de outra cellula) e é tambem a mais geralmente acceita; porque está mais de accordo com os factos de observação microscopica

CADEIRA DE PHYSIOLOGIA

DA INNERVAÇÃO CARDIACA

I

Além dos ganglios nervosos, que existem na espessura do coração, ha, principalmente dois nervos — pneumogastrico e grande sympathico — que presidem nos movimentos d'essa viscera.

H

O nervo de Cyon, ramo do pneumogastrico, é um nervo de sensibilidade que tem sua origem no proprio coração. A excitação da extremidade central d'este nervo seccionado é dolorosa e produz uma diminuição notavel de pressão no systema arterial, como se verifica em um manometro para esse tim applicado na arteria carotida.

III

Os movimentos, que se manifestam no coraçãe depois que este foi arrancado do peito, corrém por conta dos ganglios automotores

CADEIRA DE ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHO-LOGICAS

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS DA CIRRHOSES

I

A neoformação de tecido conjunctivo é o facto predominante nas cirrhoses, mas não é o unico porque o tecido proprio do orgão sclerosado póde apresentar alterações mais ou menos notaveis.

H

Uma das condições capazes de produzir a cirrhose de qual quer viscera é a endo e peri-arterite proliferante,

III

E' em consequencia de irritação que se effectúa a neoformação de tecido conjunctivo em qualquer viscera e o alcool é quasi sempre accusado d'esta irritação.

CADEIRA DE PATHOLOGIA GERAL

DA ICTERICIA

T

Um obstaculo qualquer que ponha embargos a secreção ou excreção da bile determina necessariamente a retenção d'esta no sangue e o apparecimento, por conseguinte dos phenomenos característicos da ictericia. Isto quer dizer que a ictericia é um symptoma e não uma molestia,

H

Certos processos morbidos attacam tão energicamente a crase sanguinea que destroem um numero consideravel de hemathias, cuja materia corante impregnando os tecidos do organismo imprime ao doente o aspecto de uma verdadeira ictericia-biliar.

III

Segue-se, pois, que ha duas especies de ictericia: uma bilipheica e outra hemapheica. Esta ultima foi assignalada por Gubler que primeiro a explicou convenientemente. A ictericia hemapheica sendo produzida por causas muito mais numerosas e frequentes do que a bilipheica é por isso mesmo mais vezes encontrada do que esta ultima.

CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA. LESÕES ORGANICAS DO CORAÇÃO

1

As lesões organicas do coração assestam se sobre os orificios articulo-ventriculares ou sobre os orificios ventriculo-arteriaes e se mostram ora sob a forma de insufficiencia, ora sob a forma de stenose.

П

Em estado adiantado, no periodo de asystolia, congestões visceraes, se manifestam, que complicam seriamente a marcha do processo morbido.

III

Uma das visceras que mais frequentemente se congestiona, é o figado, o qual póde ser o ponto de partida da ascite e ter sobre ella influencia predominante.

CADEIRA DE MATERIA MEDICA E THERAPEUTICA, ESPECIAI MENTE A BRAZILEIRA

SUDORIFICOS BRASILEIROS

I

Entre os sudorificos brazileiros o que goza de mais importancia é, sem duvida, o jaborandy que foi introduzido na therapeutica per Coutinho em 1874

II

Do jaborandy têm se extrahido um principio activo — a pilocarpina — que na dose de um a dois centigrammas em injecções hypodermicas produz effeito igual ao de 3 ou 4 grammas de uma ingestão estomacal de jaborandy.

Ш

Alem do jaborandy encontra se na flora brazileira muitos outros sudorificos destinados, talvez a representar papel bem importante na therapeutica, porém ainda não introduzidos na clinica por falta de estudos especiaes.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA DAS LUXACÇÕES FM GERAL

T

A luxação nada mais é que o deslocamento permanente das superficies artculares dos ossos unidos por diarthrose.

II

Os signaes fornecidos pelas luxações ou são commemorativos ou racionaes ou physicos.

111

O tratamento deve precucher as seguintes medicações; redusir a luxação; immobilisar o membro até a reparação das desordens produzidas pelo traumatismo; restabelecer os movimentos.

CADEIRA DE ANATOMIA TOPOGRAPHICA E MEDI-CINA OPERATORIA EXPERIMENTAL

DAS OPERAÇOES RECLAMADAS PELOS CORPOS ESTRANHOS EM GERAL

I

As operações reclamadas pelos corpos estranhos variam conforme o ponto em que se acham elles assentados.

П

Se os corpos estranhos se detem em um ponto qualquer dos conductos naturaes os processos para a sua extracção podem ser directos, indirectos, por prehenção e duplicatura ou por secção e fragmentação.

Ш

N'estes casos ainda, porem muito mais frequentemente nos casos contrarios faz-se mister, em algumas circumstancias, a pratica de vias artificiaes para a extracção dos corpos extranhos.

Em um ou outro caso, o cirurgião deve sempre lembrar se que é melhor desembaraçar o organismo dos corpos extranhos vindos do exterior do que abandonal-os a natureza; salvo quando ha alguma contra indicação.

CADEIRA DE OBSTETRICIA

HEMORRAGIAS PUERPERAES

1

As hemorrhagias dos tres ultimos meses da prenhez correm quasi sempre por conta de uma inserção viciosa da placenta.

Π

Esta hemorrhagia é sempre externa, manifesta-se bruscamente, sem symptomas precursores e tem uma marcha essencialmente intermittente.

Ш

O tampão convenientemente applicado é o meio por excellencia no tratamento das hemorrhagias por placenta previa.

CADEIRA DE HYGIENE E HISTORIA DE MEDICINA

DAS CAUSAS DESENVOLVIMENTOS DA TUBERCU-LOSES NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

T

As recentes pesquizas do Dr. Kock, tendentes a filiar a tuberculose pulmonar ao baccillus tuberculi, são hoje acceitas pela quasi totalidade do mundo medico; sendo de notar se a importancia d'essa descoberta para a questão do contagio (e por conseguinte da prophyllaxia) e do tratamento pathogenico, enjos representantes mais poderosos serão futuramente tirados do grupo dos asepticos.

П

As numerosissimas causas predisponentes que, produzindo a hypotrophia constitucional e a miseria organica, cream um terreno azado à proliferação do baccillus e favorecem a eclosão tuberculosa, encontram se de mãos dadas na cidade do Rio de Janeiro geran lo essa especie de —en lemia phymatogenica— que enluta annualmente grande numero de familias.

Ш

Entre as principaes citaremes: 1. O clima quente e humido, cuja influencia debilitante sobre as grandes funcções do organismo, é como que o ara-lo que amanha a terra onde tem de germinar o tuberculo; 2. A grande quantida le de poeira na atmosphera, os vapores irritantes das fabricas e chaminés e es germens morbidos, emanados de um terreno de humidade e materias organicas, concorrem para o mesmo fin: 3. A ventilação imperfeita das vivendas, seja em consequencia das disposições topographicas, seja pela estreiteza das ruas, seja emfim pela vida claustral das familias da Corte com todos os inconvenientes do ar confinado e da falta de exercicio. Alem d'estas causas temos outras não menos poderosas: 1. O abuso dos prazeres genesicos, correlativos do ardor da imaginação e da exaltação da phantasia nos povos tropicaes; 2. A facilidade dos resfriamentos em uma zona onde o corpo banha se constantemente em suor; 3. O grande numero de molestias diathesicas. ou outras frequentes em uma clima quente e humido. Finalmente. sem fallar em outras causas, diremos que a transmissão hereditaria, crescendo á medida que se multiplicam os casos adquiridos, constitue um dos elementos mais poderosos de desenvolvimento d'esse flagello.

CADEIRA DE MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

LEI ATOMICA OU THERMICA APPLICADA A' TOXICOLOGIA

I

A lei atomica ou thermica foi pela primeira vez enunciada pelo Sr. Rabuteau do modo seguinte: os metaes são tanto mais activos quanto seu peso atomico é mais elevado.

II

Tomando-a como base, pode se pois garantir que o calcio que tem um peso atomico muito inferior ao baryo é muito menos toxico do que este.

Ш

O cobre parecia fazer excepção a esta regra, porem sabe-se hoje que elle não é tão toxico como se suppunha e que sua actividade subordina-se ainda a lei atomica.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA MEDICA

DO DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DAS PYREXIAS PALUSTRES

I

A anamnese, as congestões hepatica e splenica, assim como a splenalgia e a hepatalgia são phenomenos de alto valor no diagnostico das pyrexias palustres.

П

O modo pelo qual se manifestaram os symptomas predominantes e a marcha que elles seguem adquirem, muitas vezes, tanta importancia que só isso basta para nos convencer da natureza palustre da molestia.

111

O sulfato de quinina é o meio especifico empregado no tratamento de todas as pyrexias palustres, mas não é o unico porque elle combate a causa e é preciso tambem attender-se a forma da molestia.

1.º CADERA DE CLINICA CIRURGCA

DOS POLYPOS NASO PHARYNGEANOS E OPERAÇOES QUE ELLES RECLAMAM

I

Os polypos naso-pharingeanos assestam se de preferencia na parte posterior das fossas nazaes e no pharynage. Elles apresentam uma textura fibrosa.

H

Os processos empregados para a extirpação dos polypos fibrosos são incluidos em dois methodos geraes. No primeiro a extirpação se faz pelas vias naturaes; no segundo por vias artificiaes.

III

Os processos do primeiro grupo são: a ligadura, a trituração, a excisão, a ruginação e a cauterisação.

Os do segundo consistem na dilatação das fossas nasaes, ou na da via buccal ou na de ambas, simultaneamente.

Ex Hypporcratis Aphorismis



1

Cibus, potus, venus omnia moderata sint.

(Sect. II. Aph. 2).

I

Morbo regio laborantibus jecur durum fieri, malum.

(Sect. VI. Aph. 42).

Ш

In medicamentorium purgantium uso, qualia etiam sponte produntia utilia sunt, talia et corpore educere convenit quæ vero contrario modo prodeunt cohibere.

(Sect. IV. Aph. 2)

IV

Hydropisis tussio si supervenerit, malum.

(Sect. VI. Aph. 35).

V

Si lingua de repenté incontinens aut antiqua copiosis pars siderata, id atrum bilem indicat.

(Set. VI. Aph. 40.

VI

Ad extremos morbos, extrema remedia exquesite optima.

(Sect. I. Aph. b).

Esta these está conforme os estatutos. Rio de Janeiro 1 de Outubro de 1885.

Dr. C. Barata.

Dr. P. S. de Magalhães.

Dr. Bernardo Alves Pereira.

N. B. As circumstancias em que foi impressa esta these, deixaram escapar alguns erros typographicos, que facilmente serão correctos pelo leitor.