

Dissertação

SECÇÃO MEDICA. — Do diagnostico das molestias do figado e seu tratamento

Proposições

SECÇÃO ACCESSORIA. — Da asphyxia por submersão

SECÇÃO CIRURGICA. — Operações reclamadas pela collecção de liquidos nas cavidades pleuríticas.

SECÇÃO MEDICA. — Dysenteria.

THESE

APRESENTADA

A FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

NO DIA 30 DE SETEMBRO DE 1874

E PERANTE ELLA SUSTENTADA

NO DIA 14 DE DEZEMBRO DO MESMO ANNO

(sendo approvada com distincção)

PELO

DR. MARCOS MANSO MONTEIRO DA COSTA REIS

NATURAL DE MINAS-GERAES

FILHO LEGITIMO

DO

Tenente-coronel José Maria Manso da Costa Reis

E DE

D. Francisca de Assis Monteiro Galvão de S. Martinho

RIO DE JANEIRO

Typographia — Academica — rua Sete de Setembro n. 73

1874

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

O Ilm. e Exm. Sr. conselheiro Dr. Visconde de Santa Izabel

VICE-DIRECTOR

O Ilm. e Exm. Sr. Dr. Barão de Theresopolis

SECRETARIO

O Ilm. Sr. Dr. Carlos Ferreira de Souza Fernandes

LENTES CATHEDRATICOS

PRIMEIRO ANNO

Os Illms. Srs. Dntores:

F. J. do Canto e Mello Castro Mascarenhas	Physica em geral e particularmente em suas applicações a medicina.
Manoel Maria de Moraes e Valle	Chimica e mineralogia.
Conselheiro José Ribeiro de Souza Fontes	Anatomia descriptiva.

SEGUNDO ANNO

Joaquim Monteiro Caminhoá (examinador)	Botanica e zoologia.
Domingos José Freire Junior	Chimica organica.
Francisco Pinheiro Guimarães	Physiologia.
Conselheiro José Ribeiro de Souza Fontes	Anatomia descriptiva.

TERCEIRO ANNO

Francisco Pinheiro Guimarães	Physiologia.
Conselheiro Antonio Teixeira da Rocha	Anatomia geral e pathologica.
Francisco de Menezes Dias da Cruz (presidente)	Pathologia geral.

QUARTO ANNO

Antonio Ferreira França	Pathologia externa.
Antonio Gabriel de Paula Fonseca	Pathologia interna.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Partos, moléstias de mulheres peçadas e paridas e de crianças recém-nascidas.

QUINTO ANNO

Antonio Gabriel de Paula Fonseca	Pathologia interna.
Francisco Praxedes de Andrade Pertence	Anatomia top., medicina operatoria e appallies.
José Thomaz de Lima	Materia medica e therapeutica.

SEXTO ANNO

Antonio Corrêa de Souza Costa	Hygiene e historia da medicina.
Barão de Theresopolis	Medicina legal.
Ezequiel Corrêa dos Santos	Pharmacia.

Vicente Candido Figueira de Saboia	Clinica externa (3º e 4º anno).
João Vicente Torres Homem (examinador).	Clinica interna (5º e 6º anno).

OPPOSITORES

Agostinho José de Souza Lima	} Secção de sciencias accessorias.
Benjamin Franklin Ramiz Galvão	
João Joaquim Pizarro	
João Martins Teixeira	
Luiz Pientzenauer (examinador)	} Secção de sciencias chirurgicas.
Claudio Velho da Motta Maia	
José Pereira Guimarães	
Pedro Affonso de Carvalho Franco	
Antonio Caetano de Almeida	} Secção de sciencias medicas.
José Joaquim da Silva	
Albino Rodrigues de Alvarenga	
João Damsaceno Pecanha da Silva	
João José da Silva	
João Baptista Kossuth Vinelli	

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

A' SAUDOSA MEMORIA

DE MINHA IRMÃ

D. Anna Ricarda Manso Monteiro da Costa Reis

E DE MEU IRMÃO

José Carlos Manso Monteiro da Costa Reis

AOS MANES

DE MEUS AVÓS

DE MINHA MADRINHA E DE MEUS PADRINHOS

DE MINHAS TIAS E DE MEUS TIOS

DE MEUS PARENTES

DE MEUS AMIGOS

DE MEUS COLLEGAS

V.4/60LV

A' meus queridos pais

A gloria que acabo de colher pertence principalmente a vós; portanto aceitai este primeiro fructo de meu trabalho, como penhor de sincera gratidão e do mais profundo respeito.

A'S MINHAS CARAS IRMÃS

D. Maria Agostinha Manso Monteiro da Costa Reis

D. Ignez de Castro Manso Monteiro da Costa Reis

E A MEUS PREZADOS IRMÃOS

Valeriano Manso Monteiro da Costa Reis

Manoel Manso Monteiro da Costa Reis

Bernardo Manso Monteiro da Costa Reis

Francisco de Assis Manso Monteiro da Costa Reis

João Carlos Manso Monteiro da Costa Reis

Penhor de amizade fraternal.

A MEU IRMÃO E COLLEGA

Dr. Antonio Romualdo Monteiro Manso

Companheiro constante de infancia, de collegios e de academia, não posso deixar de gravar no primeiro fructo de meu trabalho o teu nome, e archivar nelle o testemunho da nossa amizade, fazendo votos para que ella nunca se torne fraca.

A'S MINHAS PREZADAS CUNHADAS AS EXMAS. SRAS.

D. Luiza Thereza Diniz da Costa Reis

D. Maria José de Miranda Monteiro da Costa Reis

E A MEU PREZADO CUNHADO

O Illm. Sr.

José Antonio Monteiro da Silva

Muita amizade.

A' MINHAS SOBRINHAS
E
A MEUS SOBRINHOS

Amizade.

A' MINHA QUERIDA TIA

A Exma. Sra.

D. Ignez de Castro Monteiro Galvão de S. Martinho

A vós, minha segunda mãe, consagro este trabalho em testemunho de muita gratidão e profundo respeito.

A'S MINHAS PREZADAS TIAS

As Exmas. Sras.

D. Maria da Purificação Monteiro Galvão de S. Martinho

D. Margarida Eufrasia Monteiro Manso

D. Maria do Carmo Monteiro de Barros

D. Rosa Ursula Monteiro de Barros

D. Maria do Carmo Monteiro Nogueira da Gama

Muita consideração.

AOS MEUS TIOS

Os Illms. Srs.

Tenente-coronel Antonio Augusto Monteiro Galvão de S. Martinho

Capitão Querino Ribeiro de Avellar Rezende

Amizade e consideração.

A MEU PRIMO

O Illm. Sr.

Dr. José de Rezende Monteiro

A' sua Exma. Esposa a Prima Sra.

D. Francisca de Paula Monteiro Galvão de S. Martinho

e á sua Exma. Família.

Gratidão e amizade.

A MEUS PRIMOS

e especialmente os Illm. Srs.

Dr. Bernardo Cisneiro da Costa Reis
Dr. Lucas Antonio de Oliveira Catta-Preta
Querino Ribeiro Monteiro de Rezende
Americo Antonio de Castro Lacerda
Coronel Francisco de Paula de Bulhões Carvalho
Major Romualdo Baptista Monteiro Nogueira da Gama
Coronel José Cesario Monteiro de Miranda Ribeiro
Antonio Augusto Monteiro de Castro
Antonio José Monteiro de Rezende
Dr. José Cesario de Castro Monteiro de Barros
Dr. José Cesario de Miranda Monteiro de Barros
Antonio Joaquim Vieira
José Cesario de Gouvêa

A' SUAS EXMAS. FAMILIAS

E A MEUS PRIMOS

Os Illms. Srs.

Romualdo Manso Monteiro da Costa Reis
Valeriano Manso da Costa Reis
Dr. Antonio Xavier Monteiro da Silva
Dr. Pedro Sanches de Lemos
Alberto Moretz Sohn
Manoel José Lobato Monteiro Galvão de S. Martinho

Muita consideração e estima.

AO EXM. SR.

BARÃO DE MESQUITA

Muita consideração.

AOS ILLMS. SRS. DRS.

Hilario Soares de Gouvêa
Manoel Rodrigues Monteiro de Azevedo
Henrique Nægeli
Carlos Amazonio Ferreira Penna
Affonso Arthur Cisneiro de Albuquerque
Manoel de Araujo da Cunha Alvarenga

Consideração e sympathia.

A meus amigos e especialmente aos Illms. Srs.

Manoel Alves de Lemos

Evaristo de Oliveira e Souza

Lembrança.

Ao Illm. Sr. Dr. José Alexandre Gurgel do Amaral

E A SUA EXMA. FAMILIA

Consideração.

A meus companheiros de casa

Romão Augusto Corrêa de Lacerda

Joaquim de Souza Monteiro de Barros

Roberto Jorge Haddock Lobo

Matheus Herculano Monteiro Nogueira da Gama

Arthur da Costa Pires

Arthur Carneiro da Cruz Machado

José Mariano Alves da Silva

Saudade.

A MEU COLLEGA E AMIGO O ILLM. SR. DR. LUCAS
TAVARES DE LACERDA

E A SUA EXMA. FAMILIA

Consideração e amizade.

AOS MEUS COLLEGAS

e particularmente aos Illms. Srs. Drs.

Henrique Cesar de Souza Vaz

Ambrozio Vieira Braga

Nuno Teixeira Lage

Antonio Furtado de Campos Junior

Augusto Cesar de Miranda Azevedo

Laurenço Justiniano Vieira

Camillo Maria Ferreira da Fonseca

Gabriel Antonio Pimenta

Cesario Gabriel de Freitas

Aureliano Gonçalves de Souza Portugal

Domingos José Nogueira Jaguaribe Filho

João da Matta Machado Junior

Samuel Dutton Brandão de Souza Barros

Joaquim Pedro Villaca Junior

Cypriano Barbosa Bettamio

Amizade.

A meus contemporaneos academicos

e especialmente aos Illms. Srs.

Alfredo Carneiro Ribeiro da Luz
Cypriano José de Souza Freitas
Antonio Vieira de Rezende
Jacintho José de Carvalho
Antonio Luiz Monteiro da Silveira
Cornelio Pereira de Magalhães
Carlos Dias Delgado de Carvalho
Joaquim Gonçalves Ramos Filho
Alfredo José Ramos
José Belizario de Lemos Cordeiro
Manoel Rodrigues de Figueiredo
Carlos Pereira de Sá Fortes
Miguel Archanjo de Sant'Anna
Garcia Neves de Macedo Forjaz

Saudade.

Ao Illm. Sr. F. Pockles

Amizade.

A meu mestre de instrução primaria

O Illm. Sr. Angelo Lopes dos Reis

A meus mestres de preparatorios e particularmente aos Illms. Srs.

Francisco de Paula Brasileiro
Eduardo Rodrigues Vianna
Dr. José Augusto Nascentes Pinto
Dr. Augusto Cesar Nogueira dos Reis
Reverendo Padre Dr. Patricio Moniz
Joaquim Verissimo da Silva

Estima e consideração.

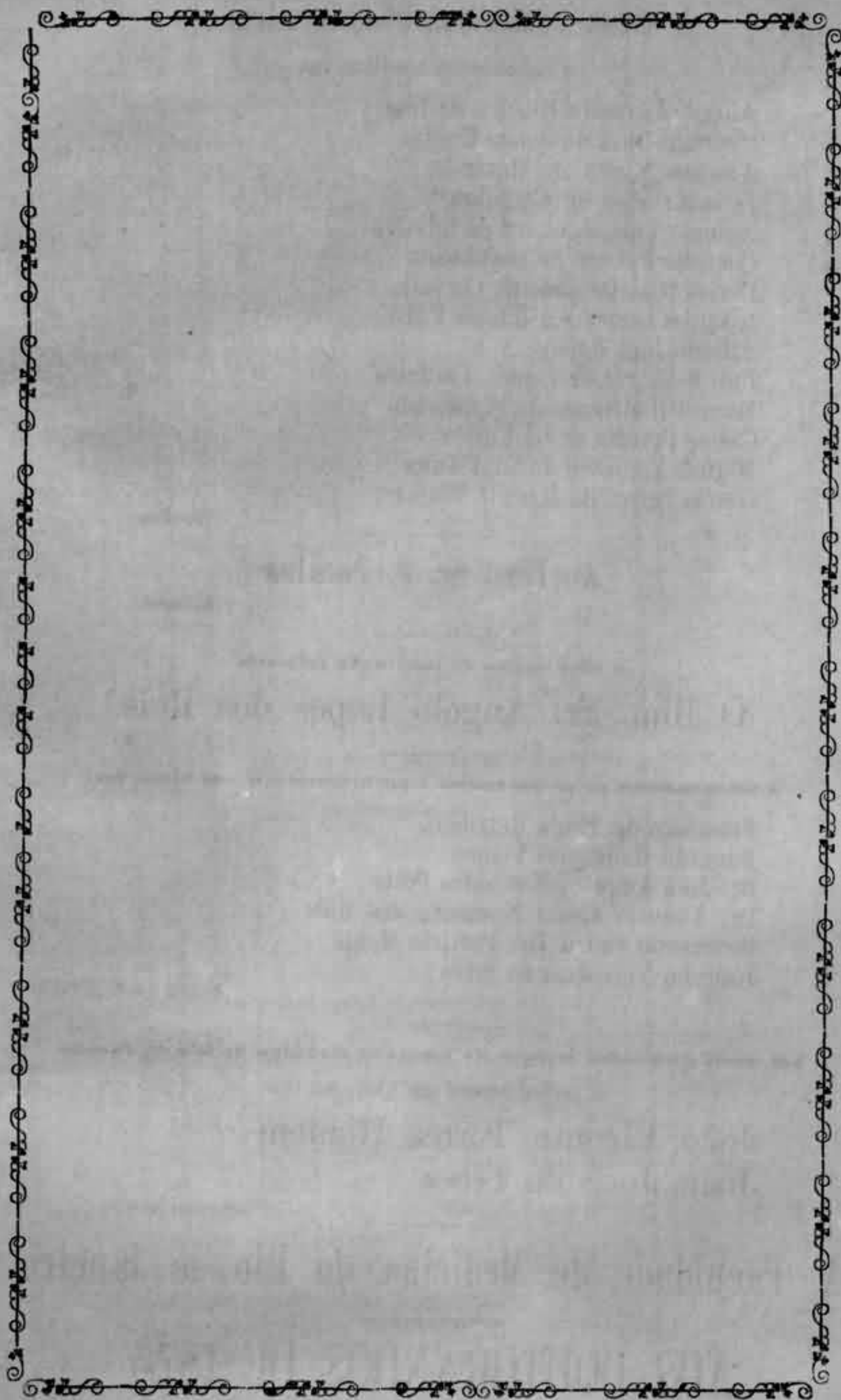
Aos meus Illustrados mestres da Escola de Medicina do Rio de Janeiro
e particularmente aos Illms. Srs. Drs.

João Vicente Torres Homem
João José da Silva

Muita consideração.

A' Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

AOS DOUTORANDOS DE 1875



INDICAÇÕES BIBLIOGRAPHICAS

Os auctores, cujas obras principalmente consultámos para confeccionarmos os diversos artigos do nosso trabalho, são os seguintes :

- ANDRAL.—Clin. med. Paris, 1839.
 GRISOLLE.—Traité de path. int. Paris, 1869.
 TROUSSEAU.—Clin. med. Paris, 1873.
 WOILLET.—Dicc. de Diag. med. Paris, 1870.
 GRAVES.—Leçons de Clin. med. Trad. de Jaccoud. Paris, 1871.
 MONNERET ET FLEURY.—Comp. de med. prat. Paris, 1841.
 J. CRUVEILHIER.—Traité de anat. path. Paris, 1849.
 VIRCHOW.—La path. cell. Trad. de Picard. Paris, 1861.
 DURAND-VARDEL.—Traité prat. des mal. chron. Paris, 1863.
 FANCONNEAU-DUPRESNE.—Précis des mal. du foie et du pancreas. Paris, 1860.
 IDEM.—La bile et ses maladies. Extrait des mem. de l'Acad. Imp. de med. Tome XIII, 1847.
 FRERICHS.—Traité des mal du foie. Trad. de Dumenil et Pellagot. Paris, 1866.
 NIEMEYER.—Traité de path. int. Trad. française. Paris, 1869.
 JACCOUD.—Traité de path. int. Paris, 1871.
 JULES SIMON.—Nouveau dicc. de med. et chir. pratique. Paris, 1872.
 ROUIS.—Recherches sur les sup. end. du foie. Paris, 1866.
 MONNERET.—Du cancer du foie. Ext. des Arch. gen. de med. Paris, 1855.
 DUGELLIER.—Etude clin. sur la tumeur à echinocoque multiloculaire. Paris, 1868.
 LOUIS.—Recherches anatomico-pathologiques-Paris, 1826.
 LITTRÉ ET ROBIN.—Dicc. de med., chir. etc. Paris, 1873.
 GENOUVILLE.—De l'ictère grave essentielle. Thèse de Paris, 1859.
 DUTROULEAU.—Maladies des Européens. Paris, 1868.
 AD. GUBLER.—Mem. sur une nouvelle aff. du foie liée à la syphilis hered. chez les enfants du prem. âge. Paris, 1852.
 E. LANCEREAUX.—Etude sur la degen. graisseuse des elemens actifs du foie, des reins, etc. dans l'empoison par le phosph. Paris, 1863.
 LOUIS PONTOU.—Recherches sur les kistes hydatiques du foie chez les enfants. Thèse de Paris, 1867.

Da braucht es wohl Entschuldigung
Wenn dieses Kleine Erstlingswerk
In das Geräusch des Tages tritt

(MIRZA.)

Escolhendo para ponto de These o Diagnostico e tratamento das molestias do figado, não tivemos em vista esclarecer os innumeraveis problemas que encerra esta parte da pathologia. Nosso intento foi unicamente conciliar o cumprimento da lei com o estudo de molestias que são muito frequentes em climas como o nosso, em que o figado, encarregado de supprir as lacunas da hematose imperfeita, exagera suas funcções, e em virtude de causas diversas torna-se mais facilmente séde de tantas affecções que affligem a humanidade.

Para facilidade do estudo, desejavamos fazer uma classificação regular das affecções segundo sua natureza ou suas principaes manifestações ; mas, a ausencia de phenomenos, que por sua constancia servissem de base de classificação, impossibilitou-nos de cumprir nosso desideratum.

Apezar de não termos descripto as molestias segundo um plano de classificação regular, procurámos o mais que nos foi possivel approxima-las, conforme sua natureza ou semelhança, d'alguns de seus symptomas.

Tratámos sómente das principaes molestias do figado propriamente dito e de algumas das vias biliares, porque é impossivel em trabalho como este descrever todas as lezões do figado considerado em seu conjunto.

INTRODUÇÃO HISTORICA

The unsatisfactory state of our knowledge of these diseases (do figado) will scarcely be wondered at, if we reflect that many circumstances have conspired to render the study of them pecuniary difficult.

(GEORGE BUDD.)

A physiologia e a pathologia do figado, desde os tempos primitivos da Medicina, têm occupado a attenção dos observadores ; entretanto a falta de conhecimentos anatomicos tem produzido a serie de theorias erroneas que observamos, percorrendo os annaes da sciencia, e que felizmente têm sido derrocadas pelos estudos anatomo-physiologicos, que devem ser proseguídos para removerem muitas difficuldades que ainda offerecem o funcceionalismo complicado e as variadas perturbações d'esta glandula importante.

Hippocrates, estatuinto as bases da Medicina scientifica, tomou o figado como a origem de todos os vasos, e fonte da bilis amarella e negra, considerada como causas de muitas molestias, quer agudas, quer chronicas.

Galeno aceitou as idéas de Hippocrates e desenvolveo-as dando muita importancia ao figado como centro do calor animal, da conversão do chylo em sangue, etc. Estas doutrinas permanecerão até que em 1622 Asselli descobrindo os chyliferos, e em 1647 Pecquet achando o canal thoracico fornecirão dados de que Bartholin se utilisou para destruir a importancia do figado, ao qual fez o seu celebre epitaphio, ignorando que os estudos ulteriores condemnarião a precipitação do seu juizo.

Harvey mostrando as relações da circulação hepatica com a cardio-pulmonar veio abalar ainda mais as doutrinas Galenicas.

Boerhaave e G. E. Sthal continuando a considerar a circulação da veia porta como independente do coração, derão os seus embaraços como causa de todas as molestias abdominaes.

Estava reservado ao nosso seculo resolver certos problemas de primeira importancia. Assim Magendie demonstrou que as veias do systema porta, absorvem alimentos no canal digestivo, e Frudmann e Gmelin demonstrarão a propriedade que tem o figado de assimilar substancias sahidas directamente do tubo intestinal.

Quanto á via de destribuição das materias proteicas, os physiologists não estão de accordo ; assim Cl. Bernard e outros dizem que ella se faz pelas veias, Lehmann e outros não menos distinctos dizem que é pelos chyliferos. Cl. Bernard e Mialhe sustentão que as substancias hydro-carbonadas e albuminoides soffrem acção especial para serem transformadas em sangue.

Reichert, Weber e Kolliker, pelo contrario, dizem que os corpusculos sanguineos são formados mesmo no parenchyma glandular.

Ainda em 1853 uma nova funcção foi descoberta por Claude Bernard, isto é, a funcção glycogenica, que, se não é exclusiva do figado, como quer o seo descobridor, ao menos é principalmente exercida por elle ; e com esta restricção é aceita tambem por Longet.

Emquanto estes progressos se fazem na physiologia, os estudos sobre a pathologia do figado tambem progridem.

Desde os principios da sciencia até o seculo XVI, as doctrinas physiologicas ainda muito atrasadas e a observação clinica sem meios de verificação erão o unico criterio para a classificação das molestias e particularmente das do figado ; assim as perturbações da secreção biliar erão uma causa frequente de molestias, a bile amarella produzia molestias agudas e febris, como a erysipela, etc : a bile negra as molestias chronicas e as apyrecticas, como as convulsões, a loucura, etc., e das molestias do figado sómente a hepatite suppurativa era a mais bem conhecida dos antigos.

No XVI seculo os estudos anatomicos encetados por André Vésalo, continuados por Faloppio, Glisson (1659), Th. Bonet (1679) que apresenta nos *Sepulchresum anatomicum* observações sobre os abcessos, sobre calculos biliares, kistos, etc., e por Morgagni, estabelecerão bases positivas para que a physiologia, cuja resenha já fizemos, progredisse e fornecesse mais dados ao estudo clinico feito principalmente por Boerhaave e G. Sthal, que ainda forão dominados pelas idéas antigas quanto

á influencia que tinha a veia porta na producção da plethora abdominal, etc.

Incontestavelmente foi Morgagni que no seculo XVIII, pelos seus estudos anatomo-pathologicos e clinicos, aproveitando o que havia de util nas idéas de seus antepassados, traçou o melhor caminho a seguir no estudo das molestias em geral e particularmente das do figado, em que foi seguido por medicos do nosso seculo como Portal, Andral, Cruveilhier, Rokitanski, etc.

A hepato-pathologia si não está completamente desenvencilhada das difficuldades que a rodeião, acha-se em gráo relativamente elevado pelos estudos anatomo-physiologicos e pathologicos auxiliados pelo microscopio e pela chimica, e o que nos dizem Bamberger, Virchow, Frerichs e Niemeyer na Allemanha, Monneret, Trousseau e Jaccoud na França, Haspel e Rossis na Argelia, Anceley na India, Dutrouleau e outros, constitue o estudo d'esta parte da medicina, que precisa ainda muitos esforços para attingir o gráo de perfectibilidade que devemos desejar, quer quanto á precisão do diagnostico, quer quanto á efficacia do tractamento, que infelizmente parece depender de longos annos.

ESBOÇO DA ANATOMIA DO FIGADO

O figado acha-se situado na parte superior da cavidade abdominal e occupa todo o hypochondrio direito, onde é mantido pelas pregas peritoneaes, chamadas ligamentos suspensores do figado e ligamento coronario, que o ligão ao diaphragma; por uma grande camada de tecido cellular e pela veia cava inferior que o ligão á columna vertebral, onde é apoiado pelo estomago, pelo colon transverso, e protegido exteriormente pelas 7 ou 8 ultimas costellas.

O figado, grosseiramente comparado a uma pyramide truncada, apresenta uma face superior convexa, uma inferior concava, um bordo anterior cortante, outro posterior espesso, e duas extremidades—direita e esquerda—, e é dividido, embora arbitrariamente, em trez lobos: o grande lobo ou direito, o medio ou esquerdo, separados pelo ligamento falciforme, e o pequeno ou de Spigel, formado por uma eminencia da face

inferior limitada pelos sulcos transversos, antero-posterior e pelo da veia cava inferior.

Suas relações pela face convexa são mediatas com o coração e pulmão direito, de que uma lamina se interpõe ao diaphragma e á base do thorax cobrindo uma parte do figado na extensão de 2 centímetros; e pela inferior tem relações immediatas com o estomago, colon transversos e o rim direito, ao qual offerece uma pequena depressão para se alojar. E' n'esta face que se acha a vesicula fellea, e o sulco transversos por onde penetrão os vasos afferentes e nervos, e emergem o canal choledoco e os vasos lymphaticos.

O volume do figado normal é muito variavel, conforme a idade, o sexo, a alimentação, os movimentos respiratorios, etc., e por isso suas dimensões não podem ser fixadas com exactidão; entretanto, segundo Cruveilhier, a media oscilla do modo seguinte: 27 a 32 centímetros para o diametro transversos, 16 a 19 para o antero-posterior, e 11 a 14 para o vertical, ao nivel do bordo espesso.

O peso relativo ao do corpo é de 1:36 segundo Bartholin e segundo Heller 1:25; o absoluto é de 1500 a 2000 grammas segundo Cruveilhier: Frerichs em 800 cazos achou o relativo variando entre 1:17 e 1:50 e o absoluto entre 0,^k82 e 2,^k1.

A cor é vermelho-parda mais ou menos carregada. A consistencia é compacta e friavel, de modo que elle não póde ser comprimido sem se despedaçar.

O figado compõe-se: 1º, de uma membrana externa, delgada, que o cobre em toda a superficie, menos no bordo posterior: é a membrana peritoneal; 2º, de uma *fibroza propria* — a capsula de Glisson, a qual envolve todo o orgão formando sua carpentaria, e cerca os vasos afferentes, bem como os canaes biliares, os lymphaticos e os nervos; 3º, de um *parenchyma*; 4º, de vasos; 5º, de nervos; e 6º, de conductos biliares.

Os vasos afferentes são constituídos pela arteria hepatica, ramo direito do tronco coeliaco, e pela veia porta, formada da reunião das veias que partem dos orgãos abdominaes, menos as renaes, vesicaes, uterinas, e ovaricas.

No homem a capsula de Glisson acompanha as ramificações dos vasos, dos quaes é separada por tecido cellular, e cerca incompletamente

os lobulos hepaticos ou ilhotas no dizer de Kolliker. Cada lobulo ou ilhota tendo o diametro transverso de 1 millimetro, e o longitudinal de 1 a 2 millimetros, compõe-se : 1º, de cellulas hepaticas, justapostas, apenas separadas por ligeira camada de tecido connectivo, de fórma arredondada ou polygonal, tendo o diametro variavel entre 0,^{mm}015 a 0,^{mm}025 ; 2º, de capillares sanguineos, dos quaes uns, os afferentes, ultimas ramificações da veia porta e arteria hepatica, interlobulares de Kiernam, cercão os lobulos e depositão nas cellulas o sangue levado por estes vasos para os misteres do functionalismo glandular ; outros efferentes, primeiras radículas das veias supra-hepaticas, se reúnem no centro do lobulo e constituem um tronco, veia intralobular de Kiernam, veia central de Krukenberg, que, reunindo-se ás outras, tirão da glandula o sangue que já não serve e o lanção na veia cava inferior ; 3º, de capillares biliares, aos quaes uns negão paredes proprias, e outros concedem : seja como fôr, elles partem das cellulas e vão constituindo canaes mais grossos, acompanhando sempre os ramusculos da veia porta, até que formem o canal hepatico que, unido ao cystico, toma o nome de choledoco que vae abrir-se no duodeno, onde deposita a bile para os misteres da digestão ; 4º, os vasos lymphaticos, muito numerosos no figado, são superficiaes ou profundos ; estes acompanhão os ramos da veia porta, hepatica, e tanto uns como outros vão ter aos ganglios hepaticos e lombares e finalmente ao canal thoracico ; 5º, os nervos que presidem aos actos vitaes da glandula hepatica são de duas especies : nervos da vida animal, ramos sahidos do pneumogastrico esquerdo abaixo do diaphragma, os quaes seguem a veia porta até a periphéria dos lobulos onde se perdem de vista ; e nervos do systema ganglionar emanados do plexus solar, constituindo o plexus hepatico, cujos ramos acompanhão a arteria hepatica.

PRIMEIRA PARTE

Symptomatologia das molestias do figado em geral

As molestias que affectão o figado muitas vezes passam despercebidamente durante algum tempo, em muitos casos se traduzem por symptomas que se confundem com os das molestias, cuja séde são os órgãos situados em sua vizinhança; entretanto ha um grupo de signaes que, combinados de muitas maneiras, podem indicar não só a séde da molestia no figado, como também caracterizar a sua natureza.

Apresentar estes symptomas em um quadro geral e mostrar de passagem as lesões de vizinhança que podem possuil-os, impondo-se por uma affecção hepatica, é o fim d'esta primeira parte.

A exemplo de Andral dividiremos estes symptomas em locaes e geraes, constituindo os do 1º grupo : a dôr e as modificações no volume e fórma do órgão ; e os do 2º : a ictericia, as perturbações da digestão, da circulação, da respiração, das secreções, da innervação e da nutrição.

SYMPTOMAS LOCAES.—1.º A dôr é um dos phenomenos mais constantes das lesões hepaticas ; varia muito de séde, é assim que ora reside n'uma grande extensão da região normalmente occupada pelo figado ou se limita a um ponto circumscripto, como o epigastro, o rebordo costal direito, a parte inferior, lateral ou posterior direita do thorax ; ou algum ponto da região abdominal, occupado pelo figado augmentado de volume, como os flancos, o umbigo, etc. ; ora se fixa por sympathia em algum ponto afastado do órgão, como a dôr da espadua direita, que desde os tempos hippocraticos tem recebido exagerado valor diagnostico por alguns auctores, mas que hoje é considerada como inconstante, e de significação dubia quando existe. A dôr sympathica pôde se assestar no braço e na mão do lado direito ou passeiar sobre um e outro braço dando sensação de formigamento, como Andral cita um facto ; ás vezes

ella existe na cabeça. Estas dôres sympathicas em muitos casos existem exclusivamente em uma affecção do figado sem que n'este haja dôr.

A intensidade e o character da dôr são tambem mui variaveis ; desde a simples tensão até a dôr lancinante a mais aguda, se notão diversos grãos apresentando duração óra continua, óra intermittente. Algumas vezes o doente a sente espontaneamente, outras vezes pela pressão ou algum movimento impresso ao orgão na marcha, na equitação, em carro, em decubito, ou ainda pelas vestes apertadas, etc.

Assim como a dôr pôde ser o unico symptoma da lezão hepatica, apresentando-se periodicamente e ás vezes constituindo por si só a molestia intitulada colica hepatica, assim em muitos casos deixa de existir apezar da grave lezão do orgão. Convem que não se refira ao figado algumas dôres que se assestão em orgãos visinhos ; na pleurizia muitas vezes pôde-se ser illudido, maximè quando é diaphragmatica e acarreta alguma ictericia; o mesmo se dá na peritonite circumscripta nos limites do figado, na nephrite direita, na colica nephritica, nos tumores do pyloro, do epiploon, etc., mas os phenomenos proprios d'estas lezões e a ausencia dos que caracterisão as do figado removem o erro na maioria dos cazos.

As molestias do figado que mais vezes trazem dôr são as agudas e o inverso tem lugar nas chronicas como as congestões lentas, etc. ; exceptua-se o cancro, onde a dôr é mais constante e ás vezes caracteristica para alguns.

2.º As modificações no volume do figado são variaveis ainda no estado physiologico, por isso convem estabelecer pela media os seus limites fornecidos pela percussão; para isso tomamos como guia o resultado obtido por Frerichs em suas 800 mensurações.

Communmente admittem-se trez linhas em que se marcão os pontos de limite: a *axillar*, a *mamillar* e a *sternal*, todas parallelas á linha mediana do corpo ; os limites superiores são : na linha axillar o 7º espaço intercostal ou a 7ª costella ; na mamillar o 5º espaço ou 5ª costella, e na sternal, onde a obscuridade jecoral se confunde com a do coração, o limite é estabelecido por uma linha que, perpendicular á sternal, sahe da parte inferior direita da obscuridade precordial até a porção correspondente do lado esquerdo. Os limites inferiores são : na axillar o 10º

espaço ou 9ª costella, na mamillar o rebordo costal ou á 2 centímetros abaixo, e na sternal um pouco acima do meio da linha que vai do umbigo ao appendice xiphoide. O lobo esquerdo excede 7 centímetros á esquerda da linha mediana.

Algumas molestias do figado trazem augmento de volume do orgão, outras atrophia, e ainda em outras o volume permanece o mesmo. Quando o augmento é exagerado, pela simples inspecção se reconhece por causa do levantamento do hypochondrio direito; quando o orgão desce para a cavidade abdominal a apalpação faz perceber-lo, quer tendo suas fórmias e consistencia variaveis conforme a lesão, quer deformações no rebordo cortante ou saliencias e depressões na parte perceptivel; e isto é de grande importancia para o diagnostico; quando o augmento se dá para o thorax só a percussão póde limita-lo; tambem por ella e pela apalpação tem-se um dado diagnostico importante e é a resistencia maior que offerece o hypochondrio respectivo, quando o orgão está augmentado.

Diversas causas podem embarçar a determinação do volume do figado, assim uma grande ascite recalcando-o para o thorax, os seus limites inferiores são perdidos; para obviar a este inconveniente o Dr. Fournet propoz o *balouçamento*, que póde fazer distinguir até os tumores da glandula; mas, como muito bem dizem Monneret e Fleury, esta sensação só podem ter as organizações privilegiadas.

Muitas lesões dos orgãos contidos no thorax podem trazer embaraço serio ao diagnostico deslocando o figado; é assim que os derramamentos da pleura esquerda e do pericardio deprimem a glandula para a direita, e os do lado direito a levão para a esquerda; é assim que o emphysema exagerado dos pulmões produz o mesmo resultado. Neste ultimo a distincção é facil porque a area obscura é deslocada, mas conserva suas dimensões normaes; os derramamentos liquidos da pleura direita, ao contrario, confundem-se facilmente com certas affecções hepaticas, que trazem todos os seus symptomas; entretanto a anamnese do doente, a disposição do nivel superior da obscuridade, a succussão hippocratica e quiçá a punção exploradora podem differença-las.

Certas lezões abdominaes tambem embaraço muitas vezes o diagnostico deslocando a viscera; entre estas causas se notão a distensão

gazosa do colon por estreitamento do recto, a ascite, os tumores do peritoneo, do rim direito, do ovario, etc.; mas os signaes proprios d'estas molestias comparados com os das lesões do figado servirão de distincção na maioria dos casos.

Os tumores da parede abdominal anterior se confundem com a hypertrophia do figado e outros tumores d'este orgão, mas a mobilidade maior dos primeiros, a alteração da pelle que os cobre e a falta de impressão na economia que sóe causar a lesão hepatica serão elementos para distingui-los.

PHENOMENOS GERAES.—A *ictericia*, cuja etymologia pertence á lingua grega, corresponde n'ella ou ao nome de uma especie de doninha, cujos olhos são amarellos, ou ao do passaro verdelhão de plumagem verde-amarella, que, no pensar dos antigos, curava os ictericos que para elle olhavão, ou ainda ao nome do milhafre, por causa da cõr amarella dos seus olhos.

E' ella o estado caracterisado pela coloração amarella mais ou menos intensa da pelle, das scleroticas, das urinas, do suor e outras excreções e pelo descoramento das materias fecaes.

Considerada como causa de molestia até ao seculo XVI, deixou depois de representar este papel por ter muito pouca importancia na economia, segundo Paracelso, e por ser balsamo da vida, segundo Van Helmont.

Até este tempo não se indagou como se originava a ictericia.

D'ahi em diante alguns auctores estabelecerão sua pathogenia encarando as perturbações de secreção como causa immediata, e admittião a preformação da bile no sangue; outros, pelo contrario, a explicavão pelos embarços na excreção, e alguns admittião a formação de principios semelhantes aos da bile á custa do sangue com o auxilio do figado.

Hoje está fóra de duvida que os principios da bile não existem previamente no sangue, e para explicar este estado de amarellidão ha duas theorias: 1ª, a que explica a ictericia pela absorpção em consequencia de embarço na sua excreção; 2ª, a que admite a transformação do pigmento sanguineo em principios semelhantes ás materias corantes da bile, ou, segundo dizem Jaccoud e Niemeyer, ha uma ictericia verda-

deira ou hepatogenica e outra falsa ou hematogenica, ou hemopheica de Gubler.

A distincção entre estas especies de ictericia é importante debaixo do ponto de vista do diagnostico, por isso entraremos em algumas considerações a respeito do seu apparecimento.

Quaes são as condições em que se dá a reabsorpção biliar ?

Frerichs divide-as em 3 grupos :

No 1º, colloca todas as causas que embaraço a progressão da bile nos canaes excretores. As lesões que se assestão sobre os canaes hepatico e choledoco, fechando sua *luz*, obrão mecanicamente e são demonstraveis pela anatomia ; mas ha casos em que a bile estagna nos canaes e é reabsorvida sem que haja lesão material apreciavel ; n'estes casos tem-se explicado o facto pelos spasmos dos canaes biliares delgados, entretanto estes não têm fibra contractil, que só existe nos escretores, onde os spasmos não bastão para explical-a, e na vesicula. Outros dizem que é por paralysis dos canaes excretores ; porém Frerichs sectionou os dous nervos splanchnicos do gato, extirpou grande parte do grande ganglio coeliaco, e apenas encontrou o figado hyperhemiado sem traços de ictericia apesar de ter o animal sobrevivido 3 dias; de mais é incrível que a bile só pela *vis à tergo* não progrida em seu curso.

O 2º comprehende tudo o que é capaz de diminuir a pressão do sangue nos vasos intrahepaticos : com effeito, havendo depleição dos vasos sanguineos, os canaes biliares distendem-se e facilmente a bile é reabsorvida; é assim que a *pylephlelitis* da veia porta traz consigo a ictericia e que a ictericia dos recém-nascidos se apresenta algumas vezes (não fallamos da *côr amarella* que se apresenta 3 ou 4 dias depois do nascimento).

O 3º grupo finalmente é constituído pela absorpção dos acidos biliares, que em contacto com o ar nos pulmões transformão-se em *chromogeneos*, que por sua vez se convertem em corpo semelhante á *materia corante* da bile. Isto Frerichs provou por meio de reacções chemicas em laboratorio e 29 experiencias sobre animaes, dos quaes 19 apresentarão as excreções pigmentadas e 10 derão resultado negativo.

A pathogenia da ictericia hemopheica é differente da precedente ;

ella se apresenta quando a economia absorve algum principio que tem acção dissolvente sobre a hematosina, o que Virchow provou por meio de experiencias, injectando substancias diluentes dos corpusculos sanguineos. D'esta sorte produz ictericia nos envenenamentos pelo ether, chloroformio, curare, nas mordeduras de serpentes, na pyohemia, etc., nas febres intensas, como na febre amarella, puerperal, etc.

Quando a ictericia é hepatogenica, depois de absorvidas as materias corantes da bile, a côr da pelle torna-se amarella, a principio nos labios, no mento, na face, e assim progressivamente pelas partes onde o tegumento é mais delgado, e n'estas partes sente-se um prurido incommodativo, ás vezes desenvolvem-se papulas, escamas, vesiculas; as scleroticas ficam amarellas, ás vezes os doentes vêem os objectos amarellos. A digestão umas vezes fica intacta, outras vezes se altera, o doente sente a bocca amarga, tem dejecções endurecidas, descoradas; não ha febre, porém o pulso retarda-se chegando em alguns casos a bater 21 pulsações por minuto, ás vezes ha cephalalgia intensa. As secreções da urina, do suor e outras apresentam a côr de açafrão; com o acido azotico mono-hidratado apresentam as urinas vermelhas ou pardas a serie de côres caracteristicas, assim passam pela verde, azul, violeta, vermelha, laranja e finalmente amarella suja. Esta mudança de côr se observa tanto na ictericia de origem biliar como na que provém da dissolução da hematina.

Deve-se distinguir a côr amarella da ictericia da produzida por certas cachexias. Assim não se deve confundir com ella a côr de palha secca, mais ou menos amarrellada, propria da cachexia cancerosa, nem a côr amarello-branca semelhante um pouco á flôr do algodoeiro inherente á chlorose e á hypohemia intertropical, nem a côr amarello-acinzentada, plumbea da intoxicação saturnina, nem tão pouco á côr amarello-escura, bronzeada da infecção palustre, etc. Em todas estas cachexias as conjunctivas e as secreções não são coradas pelos pigmentos biliares, e nem estas ultimas mudão de côr pelo acido nitrico, além d'isto nas cachexias encontram-se phenomenos proprios que as caracterizam.

Conhecida a ictericia cumpre ligal-a á molestia hepatica que a produz. Por si só a ictericia é um symptoma de valor diagnostico precario, porque pôde estar ligada a affecções de outros orgãos, e pôde falhar em

quasi todas as molestias do figado, assim como pôde acompanhar a todas ou existir *per se* constituindo a ictericia essencial. Mas, reunida a outras, tem grande importancia ; ella acompanha as inflammções agudas e as congestões irritativas do figado, a pylephlelite obliterante da veia porta, ou as lesões da glandula, que produzem catarrho biliar ou compressão dos canaes excretores da bile.

Convém que o medico esteja prevenido contra as molestias de outros órgãos acompanhadas de ictericia ; por isso deve prestar muita attenção para não tomar como affecção hepatica uma pleurizia supradiaphragmatica, uma gastro-enterite, uma peritonite perihepatica, os tumores do pyloro, do epiplon gastro-hepatico, ou ainda uma encephalite, uma meningite, lesões que muitas vezes acarretão ictericia por propagação irritativa ou por acção reflexa. Mas quasi sempre estas molestias se distinguem facilmente das hepaticas pelos seus symptomas proprios e pela ausencia do cortejo dos que rodeião estas ultimas.

PERTURBAÇÕES DA DIGESTÃO. — As intimas relações que ha entre o figado e o tubo digestivo, quer de contiguidade, quer de continuidade pelo canal choledoco e pelos ramos da veia porta, mostram *à priori* a influencia reciproca que ha entre elles. Demais as observações de todos os auctores provão que a alteração dos elementos hepaticos, trazendo muitas vezes modificação na secreção da bile, e esta desviando-se do seu typo physiologico vae causar perturbações na digestão estomacal, produzindo estado saburral da lingua, bocca amarga, nauseas, vomitos de origem sympathica constituídos por materias alimenticias, mucosas ou biliosas, outras vezes de origem mecanica constituídos por sangue que estagna nos capillares gastricos em virtude de embaraço na circulação da veia porta.

A digestão intestinal tambem soffre ; porquanto apparece, ora diarrhéa, ora constipação de ventre rebelde com desenvolvimento de gazes ; d'ahi todos os incommodos causados pela falta de circulação das materias contidas em sua cavidade. Vice-versa, as lesões do tubo gastro-intestinal, como a gastro-duodenite, as diarrhéas, as dysenterias, etc., por continuidade da mucosa no canal choledoco, ou por intermedio dos ramos do systema porta podem se propagar á glandula e trazer diversas affecções. Em vista desta influencia reciproca é muitas vezes difficil julgar em qual dos órgãos a molestia se assestou primitivamente ; é assim que

Andral cita o facto de uma mulher que apresentou repentinamente perturbações digestivas que durarão seis semanas e forão combatidas por um medico como se o figado nada soffresse; a doente julgava-se boa quando de novo apresentão-se os mesmos phenomenos e d'esta vez com um uma dôr no hypochondrio direito; a molestia não cedêo e a authopsia revelou a existencia do cancro hepatico. (2º vol. de Clinica, pag. 299.)

PERTURBAÇÕES RESPIRATORIAS. — Mediatamente em relação com a pleura e o pulmão direitos, o figado lesado imprime modificações na respiração. Já Hippocrates conhecia a influencia que produz a hepatite sobre o pulmão, e considerou a tosse como um dos seus symptomas (tussis arida, sicca, quidem molesta, sed rara). Algumas vezes a inflamação propaga-se á pleura e ao pulmão e embaraça os movimentos respiratorios; outras vezes é só pela dôr sympathica que este phenomeno se produz. Mecanicamente ha perturbação, quando o figado muito augmentado de volume recalca o pulmão, ou quando pela ascite o mesmo phenomeno se dá.

PERTURBAÇÕES CIRCULATORIAS. — Estas são sympathicas e mecanicas. As sympathicas se referem á alteração das impulsões cardiacas, cujo espelho é o pulso. Só na hepatite aguda ha constantemente frequencia de pulso acompanhada de augmento de temperatura constituindo o que se chama febre; em todas as outras molestias do figado ella é rara, porém pôde apparecer, óra affectando o typo continuo com exacerbações vespertinas, óra o typo intermittente, simulando perfeitamente uma febre palustre; o typo intermittente terção é mais commum nas inflammções chronicas. A's vezes apparece um individuo com uma febre d'estas, cephalalgia, algumas perturbações digestivas, sem que nenhum phenomeno local chame a attenção para o figado; foi em um caso desta ordem que Andral só reconhecêo pela authopsia um abcesso hepatico; muitos outros factos registrão os annaes scientificos. Por isso convém examinar todos os orgãos, e caso não se encontre lesão local que explique o aparelho febril deve-se experimentar os anti-periodicos como pedra de toque, mas sempre com attenção para o figado, principalmente nos paizes quentes e palustres; nos casos de abcesso o sulfato de quinina apenas transtorna a ordem

dos accessos ; nós, mesmo este anno, na enfermaria de clinica, observámos um caso d'este genero que durante a vida não apresentou phenomeno positivo de abcesso, e verificado pela authopsia. Outras vezes o pulso é frequente sem augmento de temperatura, ou é retardado, como acontece na ictericia, no cancro, etc.

As perturbações meanicas da circulação dão em resultado a ascite em 1º lugar e consecutivamente o oedema dos membros inferiores ; este facto é interessante para a distincção entre as lesões hepaticas e as cardiacas em periodo de assistolia, porque aqui a infiltração serosa começa nos membros inferiores pela stase do sangue no systema da cava inferior e consecutivamente stase nas veias hepaticas, veia porta e d'ahi a ascite. Outro facto importante é que os individuos de lesão cardiaca ficam infiltrados em todo o corpo e têm um *facies caracterisco*, ao passo que os de lesão hepatica infiltrão-se na metade inferior do corpo e apresentam um verdadeiro contraste na parte superior.

A ascite precedendo a qualquer outra infiltração serosa é um symptoma de grande valor, porque restringe o campo do diagnostico ás lesões dos órgãos contidos na cavidade abdominal, e ahí são principalmente as do figado que a produzem. Convem excluir a ascite dependente da peritonite *à frigore*, que é rara e ataca individuos de constituição robusta; a proveniente de sub-peritonite tuberculosa, que muitas vezes se fórma insidiosamente, a do cancro do peritoneo, bem como a de tumores collocados no trajecto da veia porta abdominal, como aconteceu em um facto narrado por Andral (Vol. 2.º de Cl. pag. 315), em que a authopsia mostrou accumulo de massas tuberculosas, produzindo grande ascite, que foi tomada como expressão de lesão cardiaca ; depois de excluidas estas causas de ascite pelos outros symptomas que acompanhão estas ultimas molestias, ainda cumpre distinguir as affecções hepaticas que dão o mesmo resultado. A ascite de causa hepatica communmente depende do aniquilamento das ultimas radículas da veia porta hepatica, o que se observa principalmente na atrophia simples e cirrhotica, etc. ; mas outras lesões, como os tumores que se implantão no trajecto da veia afferente do sangue, podem trazer compressão e embaraço na circulação abdominal ; n'estes casos, porém, a ascite é menos desenvolvida, porque o embaraço quasi nunca se dá no tronco mesmo da veia. Outro

tanto não podemos dizer do thrombus da veia porta em que a distincção é mais difficil, como veremos em occasião opportuna.

Comquanto seja a ascite mais commum em certas lesões do figado, nem por isso nos devemos admirar da sua ausencia, porquanto a natureza, sempre providente em seus arcanos, estabelece logo uma circulação suplementar, fazendo a veia porta desaguar directamente na cava inferior e creando anastomoses das hemorroidarias interna e inferiores com a hypogastrica e da coronaria esquerda com as oesophagianas e diaphragmaticas. Sappey descreve mais uma anastomose nos casos de embaraço da circulação porta; é a que tem lugar entre o ramo do systema desta veia, formado pelas veias da parede abdominal anterior, que passam pelo ligamento falciforme, e a epigastrica e a mamaria interna.

Outras vezes não se dá uma circulação collateral bem desenvolvida, mas vem uma gastrorrhagia, uma enterorrhagia ou um grande fluxo diarrheico, que acarretão a parte fluida do sangue; portanto a serosidade, que teria sido lançada na cavidade peritoneal, sahe por estas vias.

Muitas vezes a ascite não depende exclusivamente da lesão hepatica, o coração tambem toma parte na sua formação; então o horizonte escurece um pouco, tanto mais quanto a affecção hepatica é ordinariamente uma atrophia, que não póde ser percebida em virtude mesmo da ascite; então a evacuação do liquido peritoneal pelos hydragogos, pela paracentese, etc., remove o obstaculo ao exame directo, que esclarece a situação, se a lesão fôr bem caracterisada.

PERTURBAÇÕES DAS SECREÇÕES.— Commummente as affecções do figado trazem perturbação nas secreções.

A secreção urinaria é a que mais frequentemente se altera, porquanto os rins são um philtro vivo por onde se liberta a economia dos principios contidos no sangue, que não podem ser utilizados pelas forças organicas; a bile reabsorvida e espalhada na arvore circulatoria elimina-se pelos rins, por isso os reactivos chimicos lançados sobre as urinas revelão então a existencia de materia corante biliar quando ha ictericia, e o microscopio a existencia de elementos morphologicos como crystaes de tyrosina, globulos de leucina, etc. As outras secreções nos mostrão os principios corantes biliares; é assim que estes se encontrão no suor, onde muitas vezes existem independentes da colo-

ração amarella da pelle, no muco da bocca e dos bronchios, nas lagrimas, no sperma, etc.

Qual o valor diagnostico da perturbação das secreções em uma affecção do figado? Até o presente não se conhece modificação alguma, que sirva de caracter ás affecções do figado, é em vão que se tem procurado saber se as agulhas de tyrosina e os globulos de leucina acompanhão sempre a hepatite parenchymatosa diffusa; Frerichs em muitos casos deixou de encontra-los.

PERTURBAÇÕES DA INNERVAÇÃO. — Só pelos conhecimentos anatomicos que possuímos sobre as relações nervosas que ha entre o figado e os centros nervosos podemos fazer idéa da influencia reciproca que ha entre estes órgãos; além d'isto a observação desde os antigos até nossos dias a demonstra; assim é que Platão collocava no figado a séde dos desejos; os aruspices consultavão antes o figado do que as entranhas. Todos conhecemos o mytho de Promethêo, cujo figado foi roído por um abutre, como castigo de seu crime. Em nossos dias Cl. Bernard demonstrou experimentalmente que a picada do bulbo rachidiano congestiona o figado e a pathologia nos refere muitos casos de molestias hepaticas, cuja etiologia se refere unicamente a emoções moraes.

Por conseguinte a reciproca é verdadeira, e a historia das hepatites e da acholia ahi está para no-la demonstrar.

E' commum modificar-se o character dos individuos que soffrem do figado; assim elles tornão-se tristes, impertinentes nos soffrimentos chronicos, o delirio acompanha algumas vezes a hepatite suppurativa aguda, outras vezes apresenta-se durante a marcha das chronicas com abcessos, quasi sempre quando ha ruptura e derramamento do puz. Nas hepatites diffusas, em seu 2º periodo, as perturbações nervosas sóbem de ponto, apparecem convulsões, delirio e finalmente coma seguido de morte. Estes phenomenos têm grande valor diagnostico, principalmente na hepatite diffusa.

PERTURBAÇÕES DA NUTRIÇÃO. — Diz Andral que a nutrição se altera profundamente na maioria das molestias chronicas do figado, mas nunca se observa este marasmo *esqueletico* que se nota na phtysica pulmonar. Os antigos comprehendião debaixo do nome de phtysica hepatica muitas lesões chronicas que trazião o marasmo; hoje esta palavra não é muito usada, embora em muitos casos possa ser bem empregada. Esta reper-

cussão das molestias do figado sobre os outros órgãos prova que elle é um élo importante da grande cadeia organica e que a natureza quando o collocou em um dos cantos do abdomen não foi a esmo e sim por conveniencia; portanto não imitemos a Bartholin diminuindo a importancia do figado e trabalhemos para que sua historia higida e pathologica fique solidamente estabelecida.

SEGUNDA PARTE

I

Da congestão

A riqueza vascular do figado, suas relações com o tubo digestivo e com seus appendices, com os órgãos thoracicos, com os centros nervosos, são condições favoraveis ás hyperhemias d'esta glandula, as quaes se dividem em hyperhemias por *fluxão* e por *stase*, segundo o modo por que se produzem, e em hyperhemias *aguda* e *chronica*, segundo a duração.

A fluxão aguda produz-se sob a influencia de uma das causas seguintes : o traumatismo da região hepatica diminuindo a resistencia do parenchyma glandular sobre os capillares dos vasos, as inflammções visinhas, os ingesta em grande quantidade, ou muito irritantes, como os condimentos, o alcool, os miasmas palustres, certos venenos, como o phosphoro, o chumbo, etc., a suppressão do fluxo catamenial ou hemorrhoidario, a gota, a syphilis (Jules Simon), as emoções moraes, enfim tudo aquillo que augmenta a pressão do sangue no systema porta de um modo rapido dá em resultado uma fluxão aguda. Estas mesmas causas produzindo repetidas congestões, ou actuando lentamente sobre os vasos sanguineos, como acontece o mais das vezes na cachexia palustre, dão em resultado as fluxões chronicas.

A congestão por stase pelo contrario produz-se quasi sempre de um modo lento e em consequencia de embaraço da circulação cardio-pulmonar ou da veia cava inferior; assim, no coração, as lesões mais frequentes, que trazem esta consequencia, são : a insufficiencia e o estreitamento mitraes, que acarretam embaraço na circulação pulmonar, stase nas cavidades direitas do coração e finalmente turgencia da cava, das supra-hepaticas e do figado; pelo mesmo mecanismo se produzem as dependentes de affecções pulmonares figurando em primeira linha o emphysema com catarrho asthmatico, em seguida os vastos derramamentos pleuríticos, a tuberculose, etc. Tambem a mesma cousa succede com o estreitamento da veia cava e das veias supra-hepaticas, porém aqui sómente se póde conhecer a causa *post mortem*.

Os symptomas da fluxão aguda começam por um peso ou tensão no hypochondrio direito, raras vezes ha dôr, que, quando existe, é confusiva ou gravativa; estas sensações se incrementão pela pressão ou quando o doente faz movimentos bruscos, principalmente se anda a cavallo ou em carro; o decubito lateral esquerdo e as vestes apertadas causão encommodo.

O orgão augmenta de volume, ás vezes excede o rebordo costal de 3 centímetros (Monneret); a simples inspecção pôde perceber a dilatação do hypochondrio. Pela apalpação e percussão sente-se a resistencia e tensão do hypochondrio, assim como a superfície lisa e o rebordo da glandula abaixo de seus limites; outras vezes a area jecoral passa além dos limites superiores. A ictericia é um phenomeno raro, o é menos a sub-ictericia que se revela por ligeira coloração das scleroticas e da face; Ebstein diz que ella só existe quando ha catarrho biliar.

O apparelho digestivo soffre algumas alterações, o doente sente inapetencia, nauseas, algumas vezes vomitos, constipação ou diarrhéa. A respiração é ás vezes um pouco embaraçada, ha alguma tosse como phenomeno reflexo ou por compressão. Ordinariamente não ha febre; pôde haver cephalalgia, algum delirio quando ella é intensa. A excreção urinaria carrega-se um pouco na côr, mas não tem signal algum caracteristico.

Nas congestões chronicas, quer fluxionarias, quer por stase, notão-se menos phenomenos sympathicos; mas, como o figado toma grande desenvolvimento e pôde soffrer alguma alteração em sua nutrição, este estado pôde perturbar outras funcções; é assim que se observão perturbações gastro-intestinaes, como dyspepsia, diarrhéa algumas vezes rebelde, principalmente se é de origem palustre; embaraço na respiração trazendo cansaço, tosse. Se a congestão é de longa data o figado soffre em sua nutrição, e nos casos de stase passa para o estado *muscade* dos francezes, e atrophia-se trazendo ascite.

Com estes elementos podemos em muitos casos separar da congestão outras affecções que se lhe assemelhão; assim, a hepatite aguda se distingue pela intensidade dos seus symptomas, principalmente pela febre, e, quando houver alguma duvida, o tratamento, que é o mesmo, no principio combate mais facilmente a congestão do que a hepatite, e a marcha da molestia esclarecerá o diagnostico; a hypertrophia se distingue pela

pouca reacção sobre a economia, a hepatite chronica apresenta quasi sempre algum accesso erratico de febre, dôr e um estado mais ou menos cachetico, que a fazem excluir.

Cumpre além de tudo que se attenda para as causas, que muito concorrem para o esclarecimento do diagnostico.

II

Hypertrophia

Sob esta denominação erão conhecidas antigamente muitas lesões hepaticas, que trazião augmento de volume do orgão; mas hoje só se póde empregar este termo nos casos em que o figado estiver volumoso em consequencia do desenvolvimento excessivo quer nas dimensões, quer no numero das cellulas hepaticas.

Um certo gráo de hypertrophia é commum nos climas intertropicaes, onde o orgão exagera as suas funcções para completar o acto da hematoze. Mas, a que constitue um estado pathologico, é consequencia de certas affecções, assim ella se apresenta com a diabete, a leucemia, depois de repetidas congestões provenientes do miasma palustre, etc.

Os symptomas da hypertrophia são mui limitados : pela apalpação e pela percussão reconhecemos o figado occupando uma area maior, porém tendo sua fórma normal, sem ictericia, salvo a complicação de catarrho das vias biliares; a funcção digestiva quasi nunca soffre, algumas vezes apparece um catarrho gastro-duodenal, que póde levar o doente ao marasmo, como no facto citado por Andral ; o doente tem sensação de peso no hypochondrio direito e no epigastro, algum cansaço e embaraço na respiração, sem que haja febre ou outra perturbação.

O diagnostico póde se confundir com a congestão e a hepatite chronica ; mas, as causas e a pouca resistencia ao tratamento na primeira, a marcha, as perturbações das outras funcções na segunda excluirão a hypertrophia, não só da congestão e da hepatite chronica, mas tambem do cancro generalizado e dos kystos.

Das hepatites

Os antigos tinham uma idéa muito vaga da inflammação do figado, dando lhe como caracter, uns a suppuração, outros o amollecimento ou o endurecimento.

No seculo XVII a applicação do microscopio aos estudos medicos abriu nova senda, cujos estorvos têm sido removidos em grande parte e hoje, sob a denominação acima, estão comprehendidas todas as molestias do figado que apresentam como caracter anatomo-pathologico o exsudato inflammatorio.

A inflammação do figado conforme os elementos atacados constitue especies morbidas de um mesmo genero as quaes passamos a estudar :

1.º HEPATITE PARENCHYMATOSA DIFFUSA, ICTERICIA GRAVE, MALIGNA (OZANAM), ICTERICIA TYPHOIDE (LEBERT), ICTERICIA HEMORRHAGICA (MONERET), ATROPHIA AMARELLA AGUDA (ROKITANSKY E FRERICHS). — Sobre a natureza d'esta affecção muitas hypotheses têm sido emittidas. Rokitski a considera consequencia de colliquação da bile que enche o systema vascular do figado e destróe os seus elementos ; Henoeh admite a supersecreção da bile e sua stase consecutiva; Dusch a paralysis dos conductos biliares ; Buhl o estado typhico ; Budd um veneno desconhecido em sua natureza, e finalmente Bright foi o primeiro que reconheceu a sua natureza inflammatoria, que hoje é acceita pelos medicos allemães e por alguns francezes. Resta provar se este estado do figado é primitivo ou consecutivo a alguma infecção geral.

Frerichs, apesar de reconhecer que a atrophia amarella aguda e a hepatite parenchymatosa diffusa são termos que exprimem a mesma molestia, comtudo descreve em separado com o primeiro titulo a hepatite em seu periodo de atrophia, conservando o segundo para os casos em que o orgão fica augmentado de volume.

Tendo em vista a opinião do proprio Frerichs e a descripção d'esta molestia feita no Diccionario de Jaccoud, por Jules Simon, consideraremos a atrophia aguda como o gráo mais adiantado da mesma lesão do figado, e por isso não separaremos o seu estudo.

A sua etiologia ainda não está bem determinada, mas os factos bem observados, que a sciencia registra, nos auctorisam a considerar como causas predisponentes mais frequentes : o sexo feminino, o estado de gravidez em que se tem notado sempre o gráo atrophico, a idade de 20 a 30 annos ; e, como determinantes : as emoções moraes vivas e deprimidas, as vigílias prolongadas, os excessos venereos, a syphilis, o abuso do mercurio, do alcool, a influencia de certas localidades, como se vê nos tres factos de Griffin, citados na these de Genonville, o typho (Frerichs), a pyohemia, etc.

Os symptomas iniciaes quasi sempre são os mesmos que apresenta a ictericia simples, a gastro-duodenite com ictericia. Assim, o doente apresenta máo estar geral, tristeza; depois apparece ictericia acompanhada de cephalalgia, prostração, insomnia, inappetencia, nauseas, vomitos, constipação ou diarrhéa biliosa, pouca ou nenhuma fébre com retardamento do pulso, e no fim de 2 a 5 dias apresenta-se a scena terrivel, em que os phenomenos acima se incrementão ; então declara-se dôr intensa, surda, profunda e vaga no hypochondrio e epigastro, exacerbada pelos movimentos e pela pressão; o doente tem soluços, evacuações descoradas, febre de 40°, o pulso torna-se frequente. A area jecoral em alguns casos conserva-se normal ou mesmo augmentada, em outros diminue mais ou menos, ficando ás vezes reduzida a um terço de extensão ; o baço tambem augmenta de volume ; as urinas diminuem e tornão-se de côr carregada, os reactivos descobrem nellas pigmentos biliosos, pelo microscopio observão-se ás vezes agulhas de tyrosina, globulos de leucina, que substituem a uréa diminuida, bem como os phosphatos e as materias extractivas. Hemorrhagias apresentão-se, a lingua fica fuliginosa, ha hematemese, enterorrhagia, poucas vezes hematuria e metrorrhagia. Symptomas ataxo-dinamicos se põem em campo ; ha delirio furioso, convulsões, trismus, ora alternando com o coma, ora seguido por este, interrompido de quando em vez por sobresaltos dos tendões e profundos gemidos até que a vida se extingue.

Outras vezes os ultimos phenomenos se apresentão desde o começo e a scena torna-se mais rapida.

As perturbações nervosas n'esta molestia têm sido diversamente interpretadas. Frerichs julga-se auctorisado por experiencias a admittir a innocuidade da bile injectada no sangue, e considera que a cessação do

funcionalismo do órgão traz acholia e por conseguinte permanencia no sangue dos principios que devião ser separados, e d'ahi excitação anormal dos centros nervosos. Outros ao contrario admittem que a absorpção dos principios biliares causa a cholemia. O Dr. Picot (de Tours) na Gazetta hebdomadaria de Medicina Cirurgica n. 1 de 1870, publicou a opinião do Dr. A. Flint, professor de Bellevue, apresentada em New-York no *The American Journal of the medical science* em 1862, que considera a cholesterina habitualmente separada pelo figado, e expellida sob a fórma de stercorina ou serolina (de Boudet), como causa da molestia por sua retenção no sangue, produzindo a cholesteremia. Na mesma Gazetta cita o Dr. Picot o resultado das experiencias feitas por Grollemund em 1869, presididas pelo professor Feltz, em que estes virão grande quantidade de acidos biliares injectados produzir sobre o systema nervoso effeitos analogos aos da ictericia grave. A' vista de opiniões tão diversas e contradictorias, deve-se esperar do tempo a solução d'este problema.

O diagnostico no 1º periodo é impossivel, porque nada revela a catastrophe eminente; entretanto, no 2º periodo, a situação é menos embaraçadora e quasi sempre não resta duvida sobre a natureza do mal. Ha molestias que podem trazer alguma confusão, é assim que as febres biliosa, amarella e typhoide pôdem impôr-se por uma hepatite parenchymatosa; mas a fórma francamente remittente da febre biliosa e o augmento de volume do figado, bem como o apparelho febril intenso, desde o começo, a excluem; este ultimo symptoma, o character epidemico da febre amarella, a albuminuria e a anuria, que mais communmente a acompanhão, servem para excluil-a; na febre typhoide geralmente os phenomenos não se precipitão tanto, a ascensão e a descida regular da columna thermometrica, assim como as sudaminas e mais que tudo a raridade extrema da ictericia, removem a supposição de sua existencia; quanto á pyohemia acompanhada de ictericia, que tambem deve figurar no quadro do diagnostico, só a existencia de um fóco purulento serve para distinguil-a.

Entre a hepatite parenchymatosa com hypermegalia e a atrophia amarella aguda só ha a differença de volume do órgão, todos os outros symptomas são os mesmos.

2.º HEPATITE CIRCUMSCRIPTA OU SUPPURATIVA. — A hepatite suppurativa, verdadeira dos auctores allemães, é, segundo as observações de

todos os auctores, mais commum nos climas quentes, não por causa do calôr, como elemento isolado, porquanto as observações de abcessos do figado, colhidas por Louis em climas temperados e em mezes mais frios, bem como as de Rouis na Argelia, onde nem sempre elle notou maior numero de hepatites, coincidindo com a temperatura elevada, e o facto de não apresentar-se frequentemente na Ilha Mauricia esta molestia, senão depois de alguns progressos da civilisação, com os quaes apparecerão as febres de accesso, o provão bem. Por isso admittimos com Dutroulau, Rouis e outros pathologistas a influencia do elemento palustre mais commum nas regiões calidas principalmente n'aquellas em que ha bruscas mudanças de temperatura durante o dia e a noite, e outras causas que vamos enumerar.

E' racional que o traumatismo da região hepatica possa produzir a inflammção do figado, mas os factos desta ordem são raros; Frerichs diz que Budd em 62 casos de hepatite encontrou apenas 2 em que actuou esta causa e que o mesmo acontecêo a Morehead que em 318 achou 4 sómente. Rouis, que observou em grande escala na Africa, não a apresenta na etiologia da sua obra *Des suppurations endémiques du foie*. Depois de operações cirurgicas acompanhadas de suppuração na periphéria do côrpo, ou no baixo ventre, e em consequencia de certas feridas da cabeça, tem-se notado hepatites, para cuja explicação, ainda obscura, tem-se trazido a doutrina das metastases e a formação de thrombus nas veias hepaticas (Magendie), na arteria hepatica (Virchow), ou na veia porta.

Pelas intimas relações que ha entre o figado e o tubo gastro-intestinal, tem-se referido as inflammções e ulcerações d'este ultimo como causa das hepatites, e d'alguma fórma a observação tem confirmado estas vistas theoricas, aliás bem racionaes.

Sobre o modo de actuar esta causa é que ha grande divergencia entre os auctores; C. Broussais admite a gastro-duodenite como uma das causas mais communs da hepatite, por propagação nos canaes biliares, e Andral corrobóra esta theoria com dous factos; Ribes acceita a propagação pela veia porta; entretanto muitos casos de hepatite têm sido observados sem que haja inflammção gastro-duodenal ou da veia porta.

A dysenteria pelo contrario é muitas vezes seguida de hepatite a ponto de ter sido exagerada a sua influencia, porém em muitos casos esta apresenta-se sem aquella: quando ha hepatite acompanhando a dysen-

teria o Dr. Jaccoud acha muito racional a transmissão da inflamação por particulas ulcerativas do intestino, que se depositão nas finas ramificações da veia porta; porém Dutrouleau, Rouis, Sigaud e outros aceitão as duas lesões como expressão differente da mesma molestia dependente de causa especifica—a infecção palustre.

Calculos biliares angulosos, altritando com mais ou menos força a mucosa dos conductos por onde passão, determinão hepatite, como se vê em observações de Louis e de outros. Vermes lombricoides forão achados em abcessos do figado por alguns observadores, entre outros Kiskland; tambem tem-se encontrado corpos estranhos, como sementes de cereja, etc., nos conductos biliares de individuos fallecidos de abcessos e por isso tem-se os considerado como causas desta molestia.

Os alimentos muito excitantes, e em grande quantidade, o abuso das bebidas alcoolicas, etc., são outras tantas causas que concorrem para a hepatite suppurativa. A idade de 20 a 40 annos, os temperamentos sanguineo e bilioso, a constituição forte, o sexo masculino, as profissões fatigantes, a habitação em lugares baixos e humidos, são condições favoraveis ao desenvolvimento da molestia, como mostrão as estatisticas de Rouis e Dutrouleau.

Os symptomas da hepatite aguda podem apresentar-se de modo franco, imprimindo muita gravidade á molestia desde o começo, ou de modo insidioso caracterisando-se mal e revestindo a fórma sub-aguda. No primeiro caso, segundo Dutrouleau, 9 vezes sobre 10 o doente, como phenomeno inicial, sente calafrios mais ou menos prolongados, quebra-mento de forças, dôr aguda generalisada no hypochondrio direito e epigastrio ou mais accentuada em um ponto desta região, de character contusivo ou lancinante, profunda ou superficial, ás vezes estendendo-se á espadua, ácima ou ábaixo da clavicula, no musculo trapezio ou deltoide, propagando-se ao braço e á mão direita.

Perturbações digestivas se notão: bocca amarga, pastosa, lingua saburrosa, anorexia, sede mais ou menos intensa, nauseas, algumas vezes vomitos mucosos ou biliosos, constipação ou diarrhéa biliosa ou branca. A respiração torna-se curta, offegante, apresenta-se tosse (*tussis arida et sicca*) de Hippocrates, dependente de propagação ou de movimento reflexo. A febre augmenta de intensidade com o typo intermittente ou remittente; o pulso torna-se frequente, duro e cheio á principio e mais

tarde torna-se depressível. A ictericia poucas vezes apresenta-se no começo; só depois de 3 ou 4 dias é que ella desenvolve-se, e revela-se pela côr amarella das conjunctivas e da vizinhança dos pomos, que ficão mais rosados. As urinas diminuem e tornão-se carregadas e pigmentosas; ás vezes ha delirio, cephalalgia, somnolencia, agitação. Depois de 36 ou 48 horas o figado augmenta de volume e torna-se perceptivel á inspecção; a apalpação e a percussão permitem verificar o augmento de volume do orgão; esse exame exaspera as dôres, facto que se dá igualmente quando o doente executa movimentos ou traz as vestes apertadas; o decubito mais supportavel ao doente é o dorsal inclinado para o lado direito. Na 2.^a fórma ou sub-aguda notão-se os mesmos phenomenos, porém em gráo menor; é assim que dôres menos accentuadas se apresentam com caracter vago, trazendo uma sensação de constricção em derredôr do ventre, perturbações digestivas, respiração difficil, pouca febre com o mesmo typo que na 1.^a fórma, ictericia, cansaço ao menor exercicio, abatimento, etc.

Quer uma, quer outra fórma, póde terminar-se pela resolução, pela abcedação ou ainda passar á chronicidade.

3.^o HEPATITE CHRONICA.— Precedida das fórmas agudas, ou desenvolvendo-se *ab initio* com os caracteres da chronicidade, esta fórma da hepate apresenta um quadro symptomatico muito limitado.

Voillez tambem reconhece a descripção defeituosa que encontramos em todos os auctores, que aliás não merecem censura, attendendo ao modo por que se desenvolve esta molestia, fóra dos casos em que ella é consequencia das fórmas agudas; tambem muitos não admittem hepate chronica.

Os individuos que soffrem d'esta molestia sentem ligeira tensão do hypochondrio direito, ás vezes dôr contusiva, acompanhada de ligeira ictericia, perturbações gastro-intestinaes, modificação da respiração, revelada por tosse secca, dyspnéa depois de qualquer exercicio ou quando se deita do lado esquerdo; em geral não ha febre; mas, quando se fórma a suppuração, apparecem accessos de typo intermittente quotidiano, em que se nota um suor frio, que, segundo Dutroulau, é distincto do suor quente do periodo agudo. A febre muitas vezes não apresenta typo regular, apparece em horas differentes, o suor é mais commum durante as horas do somno e á noute, o doente tambem sente calôr nas palmas das

mãos e nas plantas dos pés. Em muitos doentes o processo morbido se estabelece insidiosamente e só mais tarde, quando se fórma o puz, elle se revela pelos symptomas proprios da obcedação.

ABCESSOS.— Nos casos de hepatite aguda convém não se illudir com as melhoras que muitas vezes se notão depois de alguns dias, porque na maioria d'elles os phenomenos de reacção se apresentam indicando quasi sempre abcedação.

Segundo as observações de Rouis e de Dutroulau os abcessos se fórmão na grande maioria dos casos no lobo direito, algumas vezes no lobo esquerdo e muitas vezes no lobo de Spiegel, de modo que a posição d'elles é proporcional ao volume das differentes partes do figado; tambem é mais commum na face convexa do que na concava. Muitas vezes só se percebem os abcessos pela authopsia; mas, quando elles se revelão, os seus symptomas são constituídos por dôr local, exasperada pela pressão, algumas vezes sympathica na espadua, acompanhada de calafrios irregulares, de febre intermittente quotidiana ou tercã, suores durante o somno, principalmente á noute; ao mesmo tempo o doente tem dyspnéa que se exagera com o decubito lateral esquerdo, tosse secca, cephalalgia, insomnia, agitação, urinas vermelhas ou amarelladas quando ha ictericia; esta, não muito constante, depende de compressão dos canaliculos biliares pelos exsudatos; o apparelho digestivo tambem soffre, ora são phenomenos de embaraço gastrico, como bocca pastosa e dyspepsia; ha oppressão epigastrica e soluços; ora são intestinaes manifestados por diarrhéa ou dysenteria, que se apresenta em muitos casos mais ou menos tempo antes, outras vezes apresenta-se conjunctamente com o abcesso ou mesmo o segue; estas perturbações se aggravão quando o abcesso comprime algum ramo de maior calibre da veia porta, e então o baço augmenta de volume e pequena ascite se desenvolve.

No meio d'estes phenomenos o figado póde conservar o seu volume normal se o abcesso ou abcessos fôrem pequenos, ou augmentar-se para o thorax ou abdomen; n'este caso o abcesso póde ser sensivel atravez da parede abdominal, e muitas vezes quando se acha fluctuação, é ella um precioso signal diagnostico. O abcesso póde apresentar pulsações transmittidas pelo coração ou pela aorta.

Depois de formado o abcesso, algumas vezes é o pús absorvido ficando em seu lugar o tecido cicatricial, o que Louis não aceita, embora

sem razão, porque, além de ser muito racional este facto, elle foi notado por Dutroulau e outros observadores de conceito; entretanto, na maioria dos casos, os abcessos do figado tendem á romper-se.

A ruptura espontanea d'estes abcessos pode fazer-se para o exterior, para algum órgão visinho, communicando com o exterior ou não, e para as cavidades fechadas; em qualquer dos casos a gravidade é extrema, mas, quando o abcesso se abre para o exterior, para o tubo gastro-intestinal ou para os bronchios, ainda resta alguma esperanza, porquanto os phenomenos, que então se observão, são sómente constituidos pela evacuação prompta do pús, em quantidade mais ou menos consideravel; se a suppuração diminuir ha geralmente tendencia ao restabelecimento, no caso contrario o depauperamento organico é gradualmente maior, e por causa d'estes estragos os phenomenos de gangrena do pulmão e de marasmo tardão a manifestar-se sobrevindo a morte; quando a abertura do abcesso tiver lugar para a pleura, para o pericardio (Graves) ou para o peritoneo, a inflammation super-aguda d'estas serosas se põe em scena e a morte é a sua consequencia inevitavel.

O diagnostico da hepatite suppurativa é muitas vezes difficil em razão da inconstancia dos seus symptomas, e da presença de alguns em outras molestias do mesmo órgão, ou em molestias dos órgãos visinhos; mas a reunião dos symptomas locaes e geraes, ligada a uma das causas que enumeramos, faz-nos geralmente chegar a estabelecê-lo. Algumas molestias podem-se confundir com a hepatite suppurativa, é assim que a phlegmasia da pleura direita ou do pulmão correspondente, acompanhada de ictericia, pode ser tomada por hepatite aguda; mas, tendo-se em vista as causas, os phenomenos intestinaes desta molestia e a ausencia dos signaes fornecidos pela escuta, proprios d'aquellas, sahe-se do embarço. A gastrite não deve ser confundida com a hepatite do lobo esquerdo, porque ella não traz embarços na respiração e dôr na espadua, como esta ultima, que, pelo contrario, é acompanhada de menores perturbações da digestão.

A congestão activa de grande intensidade simula perfeitamente uma hepatite e por isso muitas vezes se vê esta figurar como mais commun do que o é na realidade; é facto que, durante a vida, nem sempre se pode distinguir onde acaba a hyperhemia e onde começa a hepatite, só

pelo tratamento que, o mesmo em ambas, triumpho melhor da primeira do que da segunda.

A hepatite diffusa distingue-se da circumscripta por seu principio insidioso seguido logo de phenomenos graves, ataxo-adynamicos, hemorrhagicos, etc. A cholecystite é sempre precedida de cólicas hepaticas, o que não se observa na hepatite. A hepatite chronica, sem ser acompanhada de dôres, é difficil de distinguir-se da congestão chronica e da hypertrophia, as quaes entretanto deteriorão menos o organismo.

Os abcessos d'esta glandula podem ser tomados pelo cancro encephaloide quando este apresentar alguma bóssa amollecida dando a sensação de fluctuação ; mas, no cancro, ha geralmente diversas elevações, sendo umas duras e outras pouco amollecidas ; além d'isto a ausencia de cachexia cancerosa, a fêbre de accessos quotidianos ou tercãos, a diarrhêa e a preexistencia da hepatite com seus caracteres, são signaes de abcessos que excluem o cancro.

Os kystos serosos e hydaticos por sua indolencia e outros caracteres, que veremos depois, se excluem facilmente.

Quando estes signaes não bastão podemos recorrer á punção exploradora pelo apparelho de Dieulafoy, que nos revelará a existencia do pús, se houver abcesso. Entretanto cumpre notar que, se a punção nos dá conta do pús colleccionado, outro tanto não acontece quando elle infiltra o tecido hepatico, como aconteceu em dous factos de infiltração purulenta, verificada pela autopsia, citados pelo Sr. Dr. Torres Homem na lição oral de 14 de Setembro do corrente anno, tendo sido observados, um por elle e o outro pelo Sr. Dr. João da Silva.

A retenção da bile na vesicula felea se distingue pelo tumor fluctuante desde o principio da molestia, pelos precedentes de cólicas, e nenhum augmento de volume do figado.

Dutroulau e outros auctores fazem diagnostico differencial entre a hepatite da face convexa, a da face concava e a da porção profunda ; mas, sobre ser difficil tal diagnostico, esta distincção é de pouco alcance pratico e por isso não nos occuparemos com ella.

3.º CIRRHOSE (LAENNEC) GIN DRINKER'S LIVER (DOS INGLEZES,) SCLEROSE (JACCOUD), HEPATITE DIFFUSA CHRONICA, HEPATITE INTERSTICIAL (DOS AUCTORES).

Esta molestia, indicada vagamente nas obras antigas, foi descripta, ainda que imperfeitamente, por Morgagni. Foi Laennec quem primeiro lhe deu o nome de *cirrhose*, por causa da côr loura ou amarellada que apresenta o figado em taes condições, e fez d'ella uma descripção mais completa ; sobre a sua natureza, porém, avançou idéas que hoje não pôdem ser acceitas. Monneret e Grisolle têm-se occupado com esta lesão e a considerão uma perturbação da nutrição produzindo hypertrophia do tecido conjunctivo e atrophia das cellulas secretoras ; assim tambem pensão Andral, A. Becquerel e Cruveilhier. Actualmente Frerichs, Gubler, Durand-Fardel, Niemeyer, Jaccoud e a maioria dos auctores a considerão como hepatite intersticial.

A etiologia da cirrhose hepatica não está ainda bem estabelecida para todos os casos ; mas, na maioria d'elles, a molestia pôde ser attribuida á causas bem manifestas.

Todos os auctores estão de accordo em reconhecer as bebidas alcoolicas como causa mais frequente d'esta molestia, sobretudo sendo ellas concentradas ou muito alcoolisadas ; é muito natural que o alcool, levado em natureza ao interior do figado, ahi actue irritando constantemente o órgão, produzindo congestões repetidas, e d'ahi o ponto de partida da molestia. Na classe dos ingesta ainda ha outras substancias que figurão como causas d'esta molestia, os condimentos muito irritantes, etc.

A syphilis visceral, que hoje representa um grande papel no quadro nosologico, é outra causa reconhecida da cirrhose hepatica, visto como ella vae actuar directamente sobre o tecido fibroso interlobular e determina a formação de exsudatos mais ou menos semelhantes aos produzidos pela acção do alcool.

Ainda entre estas causas deve ser collocada a infecção palustre que, entretendo uma congestão irritativa na glandula hepatica, faz depositar exsudatos albumino-fibrinosos em alguns casos, e na maioria d'elles produz atrophia simples com endurecimento.

As lesões organicas do coração, determinando a stase sanguinea nas veias supra-hepaticas e consecutivamente nos vasos afferentes do figado, podem produzir igualmente a cirrhose. Esta opinião é sustentada por A. Becquerel e pela maioria dos medicos francezes, porém Frerichs e quasi todos os medicos allemães sustentão o contrario, dizendo que n'este caso

ha só atrophia simples com endurecimento, e dão á este estado o nome de pseudo-cirrhose.

As outras condições em que se desenvolve a sclerose hepatica são pouco importantes. Quanto á idade, em todos os periodos da vida ella póde apresentar-se ; assim, Ferdinand Weber encontrou cirrhotico o figado de um recém-nascido e Frerichs observou dous casos em velhos de 81 annos ; porém esta molestia é mais frequente dos 50 aos 70 annos, segundo as estatisticas de Frerichs e dos auctores do Compendium de Medicina. Em relação ao sexo, o masculino é mais predisposto, provavelmente em razão de sujeitar-se mais ás suas causas productoras. Os climas parecem não exercer uma influencia especial em sua producção, porquanto muitos casos são observados, tanto na Europa, como entre nós.

Além d'estas causas apresentadas pelos auctores, ha uma que sómente vimos indicada no annuario de clinica de 1868, organizado pelo Sr. Dr. Torres Homem : é a propagação da inflammacão da pleura diaphragmatica direita ao figado, cuja influencia este professor demonstrou pela ausencia de outra causa e pelos dados anatomo-pathologicos, que fornecêo a autopsia da mulher, objecto da sua 26.ª observação no referido annuario.

Os symptomas iniciaes da cirrhose hepatica são muito analogos aos da hyperhemia, á principio quasi sempre a molestia passa desapercibida pelo doente, outras vezes apparece uma tensão no hypochondrio direito, ou ligeira dôr, que é muito raro apresentar grande intensidade, o doente sente cansaço, oppressão, algum embaraço gastrico ou intestinal. Pela percussão sente-se o figado augmentado de volume e, quando é accessivel á apalpação, nota-se grande dureza do seu tecido ; são estes os unicos phenomenos do primeiro periodo, do periodo de congestão e exsudação plastica.

No segundo periodo, ao passo que os exsudatos se organisão e se transformão em tecido fibroso inodular, as cellulas hepaticas propriamente ditas, bem como as finas ramificações vasculares, vão-se destruindo, e então se apresenta a molestia francamente.

Se a massa de tecido interlobular comprime numerosos canaliculos biliares e respeita as cellulas secretôras, ligeira ictericia se manifesta ; esta, porém, logo desaparece com o aniquilamento dos elementos formadores da bile, sendo substituida a ictericia por uma côr amarella terrea

sobre a face e o pescoço. E' preciso notar que a ictericia é um phenomeno rarissimo e a côr terrea commun. A obstrucção progressiva dos ramusculos da veia porta no parenchyma hepatico determina stase sanguinea nos seus ramos abdominaes e d'ahi augmento de volume do baço, que, ás vezes, participa da lesão do figado, e em outros casos conserva-se no seu estado normal, se a sua capsula fôr espessada ou alguma fluxão descarregar as veias do systema porta. Commummente o estomago é séde de catarrho e apresenta-se uma dyspepsia, em consequencia da turgencia dos seus vasos, que em alguns casos se rompem e dão lugar a hematemese; os intestinos estão no mesmo caso e hemorrhoidas ou diarrhéa, ás vezes enterorrhagias, tem lugar. Emquanto os diversos órgãos soffrem, a transudação serosa se faz no peritoneo e a ascite, precedendo a qualquer outro cedema, se apresenta com intensidade, comprime os órgãos abdominaes e recalca o diaphragma, embaraçando assim a respiração, que torna-se curta e anciosa; a compressão, tendo lugar no principio da veia cava e nos seus grossos ramos, determina infiltração dos membros inferiores.

Apezar de ser um symptoma muito commun da cirrhose, a ascite pôde falhar, em razão da compensação ao embaraço circulatorio, que a natureza estabelece pela circulação colleteral, á custa das anastomoses de que já fallámos por occasião de tratar da ascite, as quaes, trazendo dilatação disforme das veias da parede abdominal, forão chamadas *cabeça de medusa*. A cabeça de medusa, deformidade das paredes do ventre, produzida pelo engurgitamento das veias superficiaes d'essa região, que se tornão muito salientes, é o phenomeno que então se observa. Com esta disposição da circulação venosa pôde-se ver grandes ascites desaparecerem e os individuos passarem regularmente durante um tempo mais ou menos longo podendo morrer de qualquer outra molestia.

As ourinas, óra são claras, óra mais ou menos carregadas, e contêm materias córantes anormaes e grande quantidade de uratos; algumas vezes são albuminosas; o seo exame, porém, não apresenta um só signal que sirva para caracterizar a molestia.

No periodo avançado da molestia, quando os elementos secretôres estão quasi todos destruidos, apresentam-se algumas vezes phenomenos cerebraes revelados por delirio, convulsões, coma, que quasi sempre precedem de poucos dias a morte. Aqui apparece de novo a questão de

saber qual a origem d'estes phenomenos, se a cholemia sustentada modernamente por Grolemond, se a cholesteremia do Dr. Flint ou a acholia de Frerichs. Quanto á primeira não a devemos aceitar em virtude da falta de secreção biliar ; a segunda é uma hypothese que precisa ainda de demonstração mais positiva, e a terceira finalmente tem a seu favor o facto do aniquilamento de um órgão importante e conclusões muito racionais, baseadas na physiologia. Os signaes fornecidos pela apalpação e pela percussão do órgão são : a dureza e as granulações, quando o figado é accessivel ao primeiro meio de exame, e quasi sempre diminuição de obscuridade em sua área ; nunca o doente sente dôr, quer espontanea, quer pelo exame, salvo quando ha uma perihepatite concomitante.

A nutrição geral, privada de um órgão importante, necessariamente altera-se, por isso nota-se no individuo affectado de cirrhose já adiantada a metade superior do corpo emmagrecida contrastando com a inferior infiltrada de serosidade ; este estado prolonga-se mais ou menos tempo e o individuo acaba pelo marasmo, pela *phtysica hepatica*.

O diagnostico no primeiro periodo da molestia é difficil, porque a congestão chronica simples tem os mesmos caracteres; entretanto póde-se presumir uma cirrhose se houver grande dureza do figado, abuso do alcool e ausencia de lesões cardio-pulmonares.

No segundo periodo convem separar a ascite cirrhotica da dependente de lesão cardio-pulmonar ; para isso deve-se attender ao desenvolvimento do derramamento antes do œdema dos membros inferiores e á ausencia dos phenomenos revelados pelo exame directo do thorax, que excluirão a sua dependencia de lesões dos órgãos thoracicos, assim como aos phenomenos proprios da cirrhose, já descriptos, que mostram a sua existencia. Quando ha complicação com alguma affecção dos órgãos thoracicos, então deve haver muita attenção em discriminar-se os symptomas da outra affecção.

A cirrhose hepatica póde ser confundida com a peritonite tuberculosa e com o cancro do figado ; mas, segundo a lei de Louis, *sempre que ha tuberculos em um órgão, os ha tambem no pulmão* (á qual não concedemos valôr absoluto, antes a aceitamos como regra geral ao menos no adulto), a ausencia de tuberculos no pulmão e demais a falta dos phenomenos proprios da peritonite tuberculosa, como a dôr em quasi todo o ventre, que se torna pastoso, a diathese tuberculosa, etc., a excluem ; o

cancro se distingue pelos phenomenos locaes de dôr, augmento de volume, ascite pouco exaggerada, e pelos phenomenos geraes que acompanhão a cachexia cancerosa. As molestias do estomago, trazendo vomitos sanguineos, não devem ser confundidas com a cirrhose, porque não são acompanhadas de augmento de volume do baço, atrophia do figado, nem de ascite.

A inflammção adhesiva da veia porta, trazendo ascite quasi sempre intensa, é difficil de se distinguir ; mas, a instantaneidade no apparecimento dos symptomas da lesão d'esta veia, precedida de dôr, comparada com a lentidão, na maioria dos casos de cirrhose, e o estudo attento das causas de ambas, podem esclarecer a situação ; no mesmo caso está a trombose da mesma veia, que produz rapidamente exaggerada ascite e que alguns auctores considerão impossivel de se distinguir da cirrhose. Em alguns casos pôde dar-se esta confusão, como em um que presenciámos este anno, cujo diagnostico foi de thrombose da veia porta, mostrando a autopsia uma cirrhose hepatica. Muitas vezes chega-se a distinguir estas affecções pelo estudo attento e comparativo das causas e da marcha de ambas.

Durante a vida é quasi sempre impossivel distinguir a cirrhose da atrophia simples ; só o estudo muito attento das causas e a rara felicidade de perceber as granulações, poderão separar as duas molestias, cujas alterações anatomicas são muito differentes. Felizmente, esta confusão em nada prejudica ao doente em relação ao tratamento.

Depois de reconhecida a cirrhose cumpre determinar a sua especie. Esta será alcoolica quando houver antecedente manifesto de alcoolismo, signaes de gastrite chronica e tremôr com ou sem delirio alcoolico ; será maremmatica se a lesão apparecer em individuo victima de *empaludismo* ; e finalmente syphilitica se, além dos antecedentes, houver manifestações d'esta diathese em outras partes do organismo, e se ao mesmo tempo estiverem affectados o baço e os rins, que quasi sempre se degenerão em substancia amyloide sob sua influencia.

4.º HEPATITE SYPHILITICA. — Já os antigos tinham formado idéas sobre a influencia da syphilis no figado, considerando alguns este orgão o ponto de partida d'esta diathese, acreditando outros que elle soffria em consequencia da alteração de certos humôres ; porém alguns auctores se oppuzerão á existencia de manifestações syphiliticas para o figado, e só

depois dos estudos de Ricord sobre as affecções visceraes é que a attenção foi de novo despertada e apparecêrão observações sobre ellas e em particular sobre as do figado. E' assim que Gubler na França publicou em 1852 a sua memoria sobre a hepatite syphilitica da primeira idade e Dittrich na Allemanha em 1848 os seus estudos sobre a mesma molestia no adulto ; d'ahi para cá muitos trabalhos têm apparecido no mesmo sentido, e hoje está fóra de duvida que esta especie de hepatite occupa lugar distincto no quadro nosologico.

A hepatite syphilitica ou é diffusa e caracterisada por exsudatos, que se depositão no tecido fibroso interlobular, continuação da capsula de Glisson, ou é parcial e constitue tumôres, chamados *syphilomas* por Vagner ou *gommas* por Virchow. A primeira especie distingue-se da cirrhose por não atacar todos os elementos e poupar os vasos e canaes biliares.

A hepatite syphilitica na maioria dos casos apresenta-se por symptomas vagos, principalmente nos adultos ; tratando desta lesão na infancia, eis o que nos diz Gubler : « Les enfants commencent à geindre, agitant leurs membres abdominaux, et suivant la remarque de Trousseau, pleurent sans verser des larmes. Il survient de vomissements, de la diarrhée ou de la constipation, le ventre se météorize, la moindre pression exercée sur cette région provoque des plaintes et de l'agitation, le pouls s'accélère et devient très petit ; la peau conserve pendant quelque temps une température moyenne. Bientôt le visage s'altère profondément, les traits s'effilent, les yeux s'excavent et s'entourent d'un cercle bleuâtre, l'abattement devient extrême, les membres se glacent et les petits malades ne tardent pas à succomber ».

No adulto os phenomenos não são tão poucos e nem tão intensos ; diversos symptomas pôdem traduzir a molestia ; assim se, em um individuo que apresenta antecedentes syphiliticos, herdados ou adquiridos, e revelados por ulcerações da mucosa da garganta principalmente, notar-se emba raço gastro-intestinal com ligeira ictericia algumas vezes, em outros casos mais communs a pelle côr de café com leite (*bistrée*), mais carregada nas arcadas superciliares e no mento, acompanhada de alguma dôr no hypochondrio direito, e algumas vezes augmento de volume do figado, trazem alguma reacção febril para a noite, deve-se acreditar que tudo depende da hepatite syphilitica.

O diagnostico póde ser confundido com o do cancro, quando a hepate se manifestar sob a fórma de tumores ; mas as bóssas cancerosas são mais desenvolvidas, ha depauperamento mais rapido da economia e isto serve para distinguir uma molestia da outra.

IV

Atrophia chronica simples

Em seu Tratado de Molestias do figado o professor Frerichs traz diversas observações de individuos que quasi sempre apresentavão o quadro symptomatico da cirrhose ao passo que a autopsia revelava n'elles atrophia chronica simples.

Esta affecção se produz por alteração da textura do orgão em consequencia de compressões externas, como as do espartilho, e internas, como as dos tumores do figado, e as de outros orgãos visinhos em que se assesta alguma lesão, como no estreitamento do colon descendente com dilatação do transverso e do descendente. N'estes casos a atrophia é quasi sempre parcial e não tem valor clinico.

A atrophia geral do orgão depende : ou da inflammação da capsula de Glisson, levada até as finas ramificações vasculares, produzindo dilatação nas tunicas venosas, que com a capsula espessada comprimem o parenchima hepatico ; ou do estreitamento das arterias, por conseguinte da atrophia por destruição das cellulas e falta de sangue arterial ; ou da obliteração da veia porta, que alguns auctores querem considerar como causa de cirrhose, só por terem coincido estas duas affecções algumas vezes, sem explicarem o módo por que actuou a causa ; ou então da obliteração dos capillares hepaticos por massas pigmentosas.

Os symptomas d'esta molestia não differem dos da cirrhose senão pela atrophia progressiva desde seu principio ; notão-se as mesmas perturbações dos outros orgãos e os mesmos phenomenos locaes, á excepção do augmento de volume do figado no primeiro periodo da cirrhose, e das granulações d'esta quando accessiveis á apalpação.

O diagnostico é quasi impossivel ; só o conhecimento profundo das causas e a observação do doente desde o principio da molestia ou a rara felicidade de observar-se as granulações na cirrhose podem esclarecer se se trata da atrophia simples ou da cirrhotica.

Degenerescencias do figado

Segundo Littré e Robin (Dicc. art. degenerescencias) entende-se por degenerescencia a mudança que soffre um corpo organizado debaixo de circumstancias anormaes que lhe tirão o character generico e o fazem adquirir fórmas e propriedades differentes das produzidas pelas circumstancias habituaes. Como se vê d'esta definição e da leitura do citado artigo, os elementos do órgão soffrem modificações em suas propriedades, podendo chegar algumas vezes a serem destruídos na degenerescencia amyloide ou substituídos na gordurosa. Sob esta denominação estudaremos o figado gorduroso, o amyloide e o pigmentado.

1.º DEGENERESCENCIA GORDUROSA.—Este estado apresenta-se no figado de dois modos : ou como infiltração das cellulas hepaticas, sem que estas soffrão essencialmente, como diz Frerichs ; ou decahindo ellas de sua gerarchia organica, soffrendo um processo regressivo, e verdadeira necrobiose, no dizer de Virchow, não deixando por sua morte nenhum vestigio de si e sendo substituidas por cellulas gordurosas, tambem sem signaes das que lhes precederão.

O figado gorduroso se encontra em diversas condições causaes, quer physiologicas, quer pathologicas. Entre as primeiras causas se nota a ingestão de substancias gordurosas que, immediatamente absorvidas, vão accumular-se nos capillares da veia porta hepatica; a alimentação copiosa, principalmente de substancias hydro-carbonadas, que se transformão em materia graxa. A disposição constitucional, sobre tudo, é condição essencial, porquanto ha individuos que vivem em condições favoraveis para serem gôrdos e são magros e vice-versa ; o mesmo se dá com o figado. A estas causas se ajuntão : a idade média da vida, o sexo feminino, os climas temperados, a época da gravidez e do aleitamento na mulher, etc.

Entre as segundas figura em primeira linha a pthysica pulmonar por causa do embaraço da hematose, segundo uns, ou pela reabsorpção do tecido cellular de reserva, segundo outros (Meckel e Frerichs), ou ainda

por estas causas combinadas. Frerichs em sua obra apresenta uma estatística pela qual se vê que elle sobre 466 autopsias de individuos tendo o figado gorduroso, encontrou 127, com a qual elle proprio compara o resultado de Louis, que observou, sem auxilio do microscopio, em 230 autopsias de individuos mortos de diversas molestias apenas 9 figados gordurosos, dos quaes 7 pertencião a pthysicos, e sobre 127 pthysicos encontrou 40 com a mesma degenerescencia. Outras consumpções produzem este estado, porém em menor escala, como as dependentes do emphysema pulmonar, da pleurizia chronica, etc.

A febre amarella, a febre typhoide (S. Chedevergne, these 1864), a pyohemia, a molestia de Bright, etc., trazem communmente esta degenerescencia ; o mesmo acontece nos envenenamentos por certas substancias mineraes, como o phosphoro (Lancereaux, mem. 1863), o arsenico, o antimonio, o acido sulphurico, etc. Em todos estes casos, sobre que tocámos, dá-se a infiltração gordurosa ou deposito de gordura, que se faz á principio proximo dos capillares da veia porta chegando poucas vezes á veia central do lobulo, o que dá o pontilhado vermelho do tecido hepatico.

As causas localisadas no figado como : a cirrhose, o cancro, a degenerescencia amyloide, os focos inflammatorios, as cicatrizes, etc., dão em resultado a necrobiose das cellulas hepaticas, sobre cujas ruinas surgem as cellulas gordurosas, e a este estado é que Frerichs dá o nome de degenerescencia propriamente dita.

A symptomatologia d'esta lesão é ainda obscura, porque quasi sempre está ligada á uma affecção grave que encobre ainda mais os phenomenos já por si pouco manifestos ; entretanto os que se apresentam são locais e geraes. No habito externo de um individuo com steatose do figado, nota-se a pelle algumas vezes córada de amarello claro semelhante á cêra e unctuosa ao tocar ; o descoramento das mucosas é bem sensivel e ha uma apparencia cachetica.

No apparelho digestivo observa-se anorexia, eructações, digestão laboriosa, em alguns casos repugnancia absoluta dos alimentos gordurosos ; quasi sempre o embaraço da circulação da veia porta no figado produz diarrhéa, algumas vezes constipação de ventre, sendo as fezes, óra amarelladas óra cinzentas ; debaixo da acção da mesma causa appa-

recem hemorrhoides, outras vezes ligeira ascite, conservando o baço o seu volume normal.

No principio da affecção o figado quasi sempre é augmentado, em alguns casos normal, raras vezes diminuido, na maioria dos casos é accessivel á apalpação, que mostra o bordo anterior arredondado e a superficie tocada macia e lisa ; no fim a diminuição do orgão é mais commum, quasi sempre indolente, pode entretanto ser acompanhada de ligeira dor.

O diagnostico funda-se principalmente na etiologia e nas impressões fornecidas pelo exame local e geral ; é algumas vezes difficil distinguir a steatose dos grandes abcessos ; mas estes são quasi sempre revelados por fébre, suores, dôres, maior augmento de volume, etc., e tendo em vista a etiologia, evita-se a confusão.

2.ª DEGENERESCENCIA AMYLOIDE.— Esta degenerescencia foi chamada lardacea por Portal e pela escola de Vienna, colloide por Opolzer, ceruminosa pela escola de Edimburgo em virtude do seu aspecto exterior, lardacea ou cholesterinica por Meckel e amyloide animal por Virchow, em razão de suas propriedades chimicas, segundo estes auctores.

A questão de natureza ainda não está resolvida ; porquanto a coloração amarella desta materia pelo iodo, transformada em violeta azulada pela addição do acido sulphurico, observada primeiramente por Virchow, destróe a doutrina de Meckel e approxima a natureza da materia da do amido vegetal de que se distingue porque a primeira não se transfórma em outros hydrocarburetos, como o assucar, etc., ao passo que essa transformação tem lugar na segunda. Ultimamente Friedreich e Kekulé bem como Schmidt, citados por Frerichs, achavão semelhança da materia amyloide do baço com os albuminatos, que entretanto têm propriedades especiaes. Como quer que seja, esta materia infiltrando o tecido hepatico, principalmente os capillares da arteria hepatica, torna aquelle homogeneo, brilhante e avermelhado e dá pelo reactivo iodo-sulfureto a côr amarellada e azul caracteristica.

As suas condições etiologicas são diversas : o sexo masculino tem sido mais affectado, assim sobre 68 individuos houve 53 homens e 15 mulheres. Na idade dos 10 aos 50 annos é mais observada, mas tem-se verificado esta lesão em diversas epocas ; os recém-nascidos e os velhos de 70 annos têm sido affectados d'esta molestia.

Effeito de uma perturbação de nutrição, esta degenerescencia suc-

cede quasi sempre ás grandes e prolongadas suppurações, quer dos ossos, quer das partes molles, como na carie das vertebras, no periodo de excavação pulmonar, na tuberculose, nas ulceras antigas, etc.

A syphilis constitucional, o rachitismo e outras affecções escrophulosas são suas causas communs; pelo contrario é rara a sua producção por influencia palustre. Como causa da degenerescencia de que tratamos tem sido apontado o mercurio pelos inglezes e a ingestão de grande abundancia de alimentos amylaceos por Virchow; entretanto a alteração encontrada em crianças, filhas de paes syphiliticos, sem terem usado do mercurio, e as experiencias de Mac Donnell, citadas no Dicc. de Jaccoud por Jules Simon parecem excluir tanto a primeira, como a segunda causa.

Os symptomas locaes d'esta degenerescencia se traduzem na maioria dos casos por augmento de volume do figado, que fica liso e de grande consistencia, determinando por seu peso uma tensão que embarça os doentes; raras vezes ha dôr, que deve ficar por conta da perihepatite concomitante. A ictericia é rara, o mesmo se dá com a ascite que depende antes da peritonite do que do embaraço na circulação porta.

A molestia, atacando a individuos mais ou menos enfraquecidos por molestias anteriores, que lhe derão origem, apresenta phenomenos geraes, cuja procedencia não pôde ser bem discriminada; assim, as perturbações gastricas se manifestam por inappetencia, nauseas, vomitos, etc., e as intestinaes por diarrhéa dependente dos accumulos de materia amyloide em torno dos capillares arteriaes e outras partes da mucosa dos intestinos. O baço, quasi sempre degenerado, augmenta de volume; o mesmo acontece com os rins, cuja alteração se conhece ou se traduz ordinariamente pela albuminuria, segundo Braun, citado por Jules Simon, pela existencia de corpusculos ou cellulas do epithelio renal, transformados em materia amyloide e verificados por um microscopio, que augmente 420 diametros, e com o reactivo iodo-sulfurico.

Em virtude da molestia primitiva e da degenerescencia dos órgãos hemato-poieticos, os individuos cahem em marasmo, que os leva ao tumulo, se alguma affecção, como a pneumonia ou outra, não apressarhes a existencia.

No diagnostico deve-se excluir: a hypertrophia, por sua pouca reacção no organismo; a cirrhose em primeiro periodo, pelas causas e pelo augmento de volume, que na degenerescencia amyloide chega mais

tarde, e por causa da maior dureza do figado lardaceo ; o cancro generalizado, se distingue pelas dôres, pelas bóssas que apresenta a glandula em sua superficie e pela cachexia especial ; as congestões de origem palustre, pelos antecedentes de febres de accesso, pela habitação em regiões pantanosas e pela ausencia das causas communs da alteração ceruminosa; e a degenerescencia gordurosa pelo estado normal do baço, dos rins e pela ausencia da cachexia tão pronunciada na amyloide.

3.º FIGADO PIGMENTADO OU MELANEMICO. — Desde os tempos primitivos da Medicina, conhecia-se a existencia da materia negra que se depositava no figado, nos pulmões, no cerebro, etc., produzindo graves perturbações, mas julgava-se depender tudo isso da bile negra. Boerhaave e Van-Swieten, segundo Frerichs, acreditavão na diminuição da parte liquida do sangue e na condensação da solida em substancia negra, que ia depositar-se na veia porta, onde adquiria propriedades corrosivas e, transformada em bile negra, era levada ao figado, aos pulmões, ao cerebro, etc. Algumas outras hypotheses forão estabelecidas até que, em 1837, Meckel reconheceo a existencia de granulos de pigmento no sangue contido no baço, que explicava a côr escura dos órgãos ; Virchow, pouco depois, encontrou cellulas de pigmento no sangue, no baço, no cerebro e no coração de um individuo fallecido de febre intermittente e, confessando ter observado só este facto, disse na sua *Pathologia cellular* (pag. 185): « Je ne puis donc pas me prononcer d'une manière certaine sur les rapports qu'on prétend démontrer entre l'altération du sang et les modifications secondaires ; souvenez-vous [seulement, et j'insiste sur ce point, que l'altération du sang provient d'un organe, qui, comme pour la leucémie, est encore la rate ».

Frerichs diz que ella depende da demóra do sangue em alguns órgãos, principalmente nos alveolos do baço, porém sob a influencia de modificações desconhecidas impressas pela febre palustre;vão então os granulos depositar-se nos capillares da veia porta, penetrando algumas vezes os lóbulos até a veia central, e passando para os outros órgãos. Este auctor explica as perturbações que se notão pelo embaraço mecanico do pigmento ; mas J. Simon, não acceitando este modo facil de explicação, espera do tempo a demonstração d'este facto, que lhe parece antes ligado á força vital.

A melanemia é uma affecção geral que, óra traz perturbações pre-

dominantes no cerebro, óra nos rins, e óra no tubo gastro-intestinal e nas glandulas annexas, principalmente no figado. Os granulos de pigmento, depositando-se nas ramificações da veia porta e da arteria hepatica, ou penetrando nas cellulas, como quer Virchow, alterão a bile, que torna-se albuminosa e passa á conter leucina, e embaraço a circulação porta trazendo vomitos mucosos ou sanguineos, diarrhéa ou dysenteria de forma intermittente, ascite, que algumas vezes torna-se consideravel, e dór em poucos casos.

Perturbações da audição a acompanhão quasi sempre e o mesmo se dá para a visão ; ha cephalalgia, convulsões, paralysisia e coma.

Na maioria dos casos ha albuminuria, em poucos apparece hematuria e anuria ; granulos de pigmento sahem na urina, que deve ser examinada com o microscopio. A pelle toma uma côr cinzenta ou parda intitulada melanodermia por Woillez.

O elemento mais importante é a febre, que a principio é intermittente quotidiana ou dupla terçã, depois remittente ou continua.

O diagnostico se funda principalmente no exame directo do sangue pelo microscopio e além d'isto no character da febre, que na Europa se confunde com o typho ; entre nós a febre typhoide e outras especies de febres se distinguem pelos symptomas especiaes a cada uma.

VI

Echinococos. Kystos hydatikos do figado

Nos tempos primitivos da Medicina encontramos noticia dos effeitos d'estes animaes parasitas. Assim na septima secção de seus aphorismos diz Hippocrates: «Omibus hepar aqua repleta ad omentum eruperit venter aqua impletur et moriuntur ». Em Galeno encontrão-se passagens semelhantes ; mas é do seculo XVI que datão as melhores observações ; Vega (1586), Felix Plater (1625), Hortmann na Allemanha (1686), Tyson na Inglaterra, Ruysch (1701) forão os primeiros que se incumbirão d'esta tarefa ; Hortmann deo ás hydatides o nome de vermes vesiculares. Só em 1706 é que Pallas descrevêo a verdadeira natureza da hydatide do boi e do carneiro e a denominou *Tœnia hydatigenica*. Mais tarde Rudolphi estu-

dou-a sob o nome de Echinococo e descobrio tres especies : E. hominis, E. senio e E. veterinorum.

Em 1804 Laennec em sua memoria sobre a hydatide, descrevêo-a com a denominação de acephalocysto, que ainda hoje Ch. Robin e outros naturalistas considerão como synonymo da primeira. No decurso do seculo actual é que estudos mais profundos pelo microscopio e pela chimica feitos por Kuchenmeister, Siebold, Davaine e outros, nos fazem conhecer este ponto importante da historia natural. Tambem o conhecimento das alterações produzidas no organismo por estes vermes parasitas nos é dado pelos auctores que se occupão da clinica, como Andral, Frerichs e outros.

O echinococo forma-se por gemmação (bourgeonnement) e por geração alternante ou heteromorpha e procede da Tænia Nana ou T. Echinococus, que existe nos intestinos do cão no estado sexuado (strobile), cujos ovos ingeridos pelo homem se transformão em contacto com os alimentos, abrem-se, depositando os embryões (proseolex) com seus 6 diminutos colchetes (hexacanto) e penetrão no figado, pulmão, etc., no estado de scolex por intermedio dos vasos.

Considerando o kisto hydaticeo no figado, façamos ahi o seu estudo, que, á exemplo de Cruvelhier, será dividido em 4 partes :

1.ª O kisto adventicio : é uma membrana serosa que, a principio, separando a hydatide do tecido hepatico, vae com o tempo se espessando e transformando-se em fibrosa, cartilaginosa, calcarea ou ossea, sempre adherente por sua face externa ao parenchyma do figado, com que se communica por meio de vasos de formação accidental, e facilmente destacavel da hydatide por sua face interna que é rugosa, aspera, e ás vezes dilacerada.

2.ª A hydatide ou acephalocysto que é uma vesicula livre, tem vida propria e não pede ao animal n'ella confido senão o lugar, o calôr, e os productos por elle exhalados. Esta vesicula, de tamanho variavel entre um grão de linhaça e a cabeça de um foeto á termo ou maior, tem paredes delgadas, homogeneas, sem fibras, quasi sempre incolores, transparentes, algumas vezes opalinas e leitosas; ella é tremula, gelatiniforme, sem communicação vascular com os tecidos visinhos. A hydatide é esteril ou fertil; n'este ultimo caso ella contém uma outra membrana

delgada e homogenea, encerrando gottas de oleo, chamada *fertil* por Ch. Robin e *granulosa* por Jules Simon.

3.^a O liquido contido no acephalocisto é claro, incoagulavel pelos acidos e pelo calôr, possui elementos solidos constituídos por chlorureto de sodio, succinato de sôda, sulphato de potassa, e é as vezes tincto por bile, que sahe de algum canal aberto nas paredes do kisto.

4.^a O echinococo ou antes scolex de echinococos; estes existem óra em suspensão no liquido, óra adherentes á vesicula mãe em numero variavel. Examinado ao microscopio, cada scolex tem uma cabeça muito semelhante á da tœnia, que lhe dão origem, na qual se nota: na parte superior uma saliencia mamilliforme, chamada *trompa*; mais atraz duas ordens de colchetes corneos, amarellos e falciformes em numero de 32 (Laennec) ou 44 (Livois), formando uma corôa; mais atraz 4 ventosas ovaes ou circulares; um corpo espheroidal ligado á cabeça por uma porção estreitada; e finalmente um pediculo que prende o corpo á membrana mãe, da qual muitas vezes se separa e toma a fórma de fundo de garrafa. O echinococo, pouco mais ou menos do tamanho de uma semente de papoula, tem, contando-se todas as tres partes 0^{mm},3, mas algumas vezes a sua cabeça invagina-se e elle torna-se de 0^{mm},20 a 0^{mm},25.

Ainda não se descobrio órgãos sexuaes nos que se encontrão no homem, mesmo quando se lanção no intestino, mas alguns auctores dizem que deglutidos pelo cão, elles transformão-se em estrobilo no intestino d'este animal e apresentam órgãos de reproducção.

Uma das questões mais importantes debaixo do ponto de vista clinico é a do seu desenvolvimento no homem. Infelizmente este ponto está ainda por elucidar. Alguns dizem que nas fezes do cão sahem ovos, que se depositão em hervas, ou aguas mornas, onde encontrão condições de vida e d'ahi transmittem-se aos homens que se servem de taes hervas ou aguas, o que se dá principalmente na Islandia.

Outros dizem que o *Cysticercus*, encontrado no porco, no carneiro, etc., ingerido com a carne crua d'estes animaes é a sua causa.

O que nenhum auctor contesta é a influencia das localidades; todos estão de accôrdo que os paizes frios favorecem o seo desenvolvimento, principalmente a Islandia; diz Frerichs que as hydatides se observão mais na Silesia e em Breslau do que em Berlim, Gœttingue e Kiel; mais

em Rouen do que em Pariz, e que são raras na India, na America e no Egypto.

A idade dos 20 aos 40 annos é a epoca em que se tem observado, mais vezes kystos hydaticos; mas em todas as outras podem-se encontrar; Cruveilhier encontrou um kysto d'esta ordem em uma creança de 12 dias; Trousseau encontrou nos annaes da sciencia apenas 18 casos em individuos abaixo de 15 annos, sendo 9 desenvolvidos no figado; porém o Dr. Louis Ponton em sua these inaugural de 1867 dá a lista dos auctores que observarão estes kystos na infancia, cujo numero eleva-se a 46, sendo 22 no figado; d'ahi elle conclue que a raridade não é tão grande como quer Davaine.

Das profissões a que menos predispõe para a molestia em questão é a de marinheiro, e este facto está de accôrdo com as duas hypotheses sobre a sua origem.

A má alimentação, o uso exclusivo dos vegetaes, e das carnes cruas, a habitação em lugares humidos, são causas dadas como predisponentes.

Os symptomas do kysto hydatico do figado pouco desenvolvido são nullos; á proporção que elle cresce, o orgão augmenta de volume, invadindo, ou o lado direito do thorax, muitas vezes até a segunda costella, ou a cavidade abdominal, em alguns casos até a fôssa iliaca direita. Nos casos de augmento consideravel de volume, pela inspecção se conhece a saliencia das falsas costellas direitas e a falta de symetria entre os dous lados. Quando o orgão desce para o abdomen o tumor acumina-se na parede abdominal; então pela apalpação se percebe a dureza ou molleza do kysto e o seu numero; tambem póde-se sentir a fluctuação, o fremito hydatico, que não é commum, collocando-se a mão esquerda atraz no hypochondrio direito e com a direita imprimindo-se movimentos bruscos ao figado, segundo Jules Simon, ou segundo o methodo de Briançon e Piorry, descobridôres d'este symptoma, collocando-se sobre o tumor o plessimetro em que se dá uma pancada secca com o dedo medio da mão direita, que se demora para receber a impressão, ou ainda a pancada é dada na mão esquerda sobre o dedo medio, cujos visinhos recebem a impressão; este signal é inconstante, porém muito valioso quando existe.

A dôr é quasi sempre nulla, porém nos grandes kystos a tracção

sobre os ligamentos e talvez a compressão dos nervos hepaticos, produzem uma sensação de peso e tensão, que ás vezes transforma-se em dôr surda, que se torna pungitiva, lancinante quando se inflammão ; n'este caso ella tem o character das que acompanhão o abcesso.

E' raro haver ictericia. A respiração pôde ser embaraçada pela compressão do pulmão, que traz alguma dyspnéa e losse; a compressão do coração produz palpitações ; a do estomago e intestinos commumente é acompanhada de nauseas, vomitos, constipação de ventre e a do figado, trazendo atrophia do tecido vizinho, compromette algumas vezes a circulação da veia porta, por conseguinte nóva fonte de perturbações gastro-intestinaes, em alguns casos manifestadas por diarrhéa. O embaraço da circulação, que se dá na veia porta, traduz-se por ligeira ascite, que aliás é rara; o da veia cava manifesta-se por ligeiro oedema mallear, que algumas vezes toma grandes proporções.

A nutrição é conservada por muito tempo ; mas, tornando-se o kysto muito grande, os embaraços das funcções organicas produzem alterações capazes de matar o doente, se antes sua abertura não se fizer para algum órgão visinho determinando um pleuriz, um hydro-pneumothorax, uma gangrena pulmonar, uma peritonite ou profunda lesão do estomago, quasi sempre mortaes ; no caso de abertura é uma felicidade para o doente que ella se faça para o exterior ou para o intestino, o que é muitas vezes uma táboa de salvação.

O diagnostico é impossivel quando o kysto fôr pequeno, pela falta de signaes. Quando elle apresentar grande desenvolvimento, os symptomas que acabamos de descrever chegão para nos fazer admittil-o ; mas cumpre que excluamos as molestias que trazem quasi o mesmo quadro symptomatico. Excluiremos : a congestão chronica, pelo estudo das causas, como o embaraço na circulação cardio-pulmonar, a intoxicação palustre em virtude de habitação em lugares pantanosos, accessos intermittentes e côr especial á cachexia ; a hypetrophia não trará confusão, porque n'esta não ha tumor acuminado, nem fremito e fluctuação no figado ; os abcessos são precedidos quasi sempre de diarrhéa ou dysenteria, de febre, dôres, e tem marcha rapida, o que não se dá com os kystos hydaticos que, inflammando-se, podem-se confundir com elles ; todavia a anamnese bem estudada esclarece a situação ; no carcinoma o figado apresenta-se com elevações e depressões (bosselé), mais ou menos

duro, ha grande perturbação na nutrição geral do doente e, se a duvida existir, a punção exploradora, inoffensiva como é, removerá todo o obstaculo; o abcesso da vesicula se distingue por sua posição e pelos precedentes de colicas e ictericia; a degenerescencia amyloide não trará confusão attendendo-se bem ás suas causas, ao exame directo, que encontra o figado liso e duro, e ás urinas, cuja analyse revela a presença da albumina; quando o kysto fôr pulsatil, excluir-se-ha o aneurysma da aorta, pelo isochronismo das pulsações d'esta com as do coração e outras raterias, e pela dôr; o derramamento enkystado do peritoneo é precedido de phenomenos de peritonite e não apresenta fremito, por isso deve ser excluido.

E' mais difficil distinguir o kysto que invade o lado direito do thorax de um pleuriz com derramamento, porque quasi todos os symptomas são communs a ambas as molestias; porém a obscuridade causada pelo derramamento, fica ao mesmo nivel das linhas vertebral, axillar e sternal, ao passo que sóbe mais na linha axillar do que nas outras nos tumôres acephalocysticos. Nos derramamentos pleuríticos não se percebe fremito hydatico, porém a succussão hippocratica fizer sentir o movimento do liquido na pleura; além d'isto a punção exploradora nos deixa ver colchetes, vesiculas e liquido especial, se houver hydatide.

Quando a ruptura do kysto se fizer em algum orgão vizinho deve-se procurar minuciosamente pela anamnese a causa da lesão consecutiva, o que se consegue facilmente se se observar algum fragmento do kysto nas materias expellidas pelo doente, que n'estas condições se acha proximo ao tumulo.

VII

Kystos hydáticos alveolares ou multiloculares

Estes tumôres forão confundidos por muito tempo com o cancro colloide alveolar do figado, de que forão distinctos em 1852 por Buhl, que attendeo sómente aos caracteres anatomo-pathologicos e não dêo conta dos acephalocystos. Zeller ao contrario em 1854 descobrio os Echinococos, mas considerou-os como simples habitantes do cancro colloide. Só em 1856 é que Virchow traçou completamente a differença entre o

tumôr chamado por elle Echinococo multilocular e o cancro colloide. D'ahi para cá diversos estudos têm sido feitos sobre esta especie nosologica, principalmente com o fim de indagar a causa por que os mesmos entozoarios, introduzidos no orgão, quasi não produzem alteração geral da economia, quando formão o kysto simples, e pelo contrario a deteriorão, quando constituem o alveolar; á este respeito são formuladas diversas hypotheses baseadas na séde do kysto.

Depois de ingeridos os germens do entozoario pelo mesmo modo que os do echinococo ordinario, as vesiculas parasitarias tomão por ponto de partida os vasos lymphaticos, segundo Virchow, as vias biliares, segundo Friedreich, os vasos sanguineos, segundo Leukart. Nimeyer transcrevêo o trecho de uma carta a elle dirigida por Küchenmeister em que este naturalista apresentou sua opinião, cujo resumo vamos expôr: « o kysto multilocular se fórma, ou pela falta do envoltorio fibroso do embryão hydatico, ou por sua perfuração, dando sahida ao parasyta que, podendo desenvolver-se livremente, procura as partes menos resistentes e por isso pôde ser encontrado em qualquer dos vasos hepaticos ácima citados; d'esta maneira se achão conciliadas as observações dos tres sabios dignos de toda a fé, mas insufficientes ainda para resolver a questão do modo por que elles actuão sobre o organismo. »

O numero dos casos observados é pequeno para tirar-se conclusões latas. O Dr. Ducellier (de Genebra) em sua obra intitulada *Etude clinique sur la tumeur à echinocoques multiloculaire du foie et des poudons* (1868) diz que, dos 20 casos observados, nenhum terminou pela cura, porém somente a autopsia foi praticada em 13, cujo quadro synoptico elle apresenta.

O módo de transmissão é o mesmo em ambas as especies do kysto. Os casos de kysto alveolar têm sido observados entre 30 e 68 annos. Ao inverso do simples, é mais frequente no homem do que na mulher, e quanto ao clima, nunca o da Islandia fornecêo um facto.

A symptomatologia á principio é obscura, algumas vezes nota-se logo pêso, ligeira dôr, ictericia, pouco augmento de volume do orgão, perturbações gastricas e intestinaes passageiras; outras vezes o principio é completamente scilencioso e um pouco mais târde declara-se dôr, que pôde ser até lancinante, e propagar-se á todo o lado direito. O figado augmenta de volume, invade o thorax e o abdomen, apresentando aqui bóssas

mais ou menos duras, ás vezes com a consistencia de pedras ; pelo exame local não descobre-se fremito hydatico, nem fluctuação, que só é observada quando ha collecção purulenta. A ictericia é mais commum nesta especie do que na simples. As perturbações gastro-intestinaes são frequentes, assim ha anorexia, nauseas, vomitos, diarrhéa, etc. O baço 11 vezes sobre 13 torna-se hypertrophiado. A temperatura conserva-se normal no principio, mas, apparecendo a suppuração do fóco, a febre se declara ; hemorragias se apresentam sob a influencia da alteração do sangue e do embaraço na circulação hepatica ; algumas vezes se declaram por epistaxis, purpura ; outras por hematemese, enterorrhagia ; em alguns casos tem-se observado ascite, em outros, œdema dos membros inferiores. As urinas tingem-se de bile, algumas vezes contêm albumina. A nutrição se deteriora e o individuo morre em marasmo, ou por uma complicação dependente da ruptura do kysto suppurado em algum órgão visinho.

O diagnostico é muitas vezes difficil. Quando os doentes vêm queixar-se ao medico já a molestia se revela por alguns symptomas, assim distingue-se o kysto, acompanhado de ictericia, da ictericia essencial, porque nesta ha precedentes de cólica seguida logo da cór amarella, ás vezes apresentando-se com intermittencias, ao passo que no kysto hydatico a cór amarella se mostra lentamente, acompanhada de dôres surdas, prolongadas, no hypochondrio direito, onde se percebe o figado augmentado de volume. O carcinoma do figado facilmente se confunde com o kysto alveolar ; mas n'este observa-se commummente augmento do baço e uma duração de mais de 6 mezes, algumas vezes de annos, ao passo que, no canero, o baço conserva-se normal, e sua duração quasi nunca passa de 6 mezes ; além disso os estragos da economia, produzidos por este, são mais promptos do que pelo kysto.

A congestão chronica, a hypertrophia, não serão confundidas, attendendo-se bem ás causas, á reacção sobre o organismo e ao exame local.

A syphilis do figado, produzindo deformações no órgão, póde se confundir, se se julgar sómente pelo exame local ; porém a ausencia de antecedentes syphiliticos e outros signaes da syphilis, assim como em alguns casos, a fluctuação do kysto, removerão as difficuldades.

Quando se apresentar ascite a molestia póde impor-se pela cirrhose,

mas ainda aqui os antecedentes alcoolicos, o começo por augmento do órgão e depois a sua diminuição, esclarecem a situação.

A differença entre as duas especies de kysto são sensiveis, porque no ordinario só se observa alteração no organismo já no fim, e pelo exame local nota-se fluctuação e o fremito hydatico, ao passo que no alveolar o estado geral é mais depressa comprometido e os phenomenos locaes não se revelão pela fluctuação senão em alguns casos e nunca pelo fremito, porém pela dôr e dureza. Em todo caso quando estes signaes não servirem para esclarecimento do diagnostico, ha ainda o recurso da punção exploradora, cuja innocuidade está verificada.

VIII

Cancro do figado

Esta producção heteromorpha era conhecida pelos antigos, quando se desenvolvia na glandula mammaria ou em qualquer outra parte externa do corpo ; mas, quando existia em algum órgão interno, particularmente no figado, ella era completamente desconhecida. Esta ignorancia persistio por muitos seculos na sciencia até que Bayle, como primeiro, em 1812, apresentou sobre esta affecção algum estudo que em 1834 elle aperfeçoou. D'ahi para cá Andral, Cruveilhier, Monneret e outros tem-se occupado minuciosamente com o seu estudo e hoje o conhecimento das diversas especies cancerosas tem chegado a um grão bem elevado quanto á anatomia-pathologica e á symptomatologia, sendo ainda infelizmente quasi nullo em relação á eteologia e ao tratamento.

Diversas especies canserosas pôdem desenvolver-se no figado : o cancro hematodo, o melanico, o cystico e o colloide, que são muito raros ; o encephaloide e o scyrrho são os que se encontrão com mais frequencia.

O carcinoma do figado pôde existir debaixo da fórmula de infiltração ou de tumores, que pôdem ser superficiaes ou profundos. As causas são ainda obscuras ; todos os auctores os referem á diathese cancerosa, mas o que esta seja e como actua, é o que ainda não pode dizer a sciencia. Entre as condições que favorecem a manifestação d'esta diathese no figado nota-se : a idade entre os 40 e os 60 annos, sendo muito raro o seu appa-

recimento antes dos 20 e depois dos 70 ; a outra condição é a existencia de um foco canceroso em outro ponto da economia.

Os seus symptomas devem ser considerados no principio e no meio da molestia. Segundo Monneret, os signaes fornecidos no começo pelas perturbações gastricas são, antes de qualquer phenomeno, os primeiros a se revelarem ; o doente, no gozo da melhor saude, começa a sentir a digestão difficil, indisposição para a comida, que muitas vezes é levada a um grão extremo de repugnancia, nauseas, eructações e vomitos de materias alimentares, mucosas, biliosas, algumas vezes sanguineos. A lingua, normal no principio, torna-se quasi sempre secca e fuliginosa no fim.

A constipação de ventre é quasi constante, em alguns casos alterna com a diarrhéa ; as evacuações quasi sempre conservão sua côr normal, algumas vezes tornão-se argillosas, o que succede quando ha ictericia.

O baço raras vezes sahe do seu estado normal ; nos casos em que apparece ascite elle póde augmentar de volume. A ascite depende na maioria dos casos de subperitonite cancerosa e em alguns de embaraço na circulação da veia porta ; o derramamento ascítico, quasi sempre seroso, póde ser em alguns casos sanguinolento, em consequencia da ruptura de um vaso de nova formação, como aconteceu em um preto entrado no corrente anno para a Enfermaria de Clinica.

Depois dos primeiros phenomenos de perturbação digestiva, signaes locaes vão se desenvolvendo ; é assim que o doente começa a queixar-se de dôr intermittente, pungitiva ou lancinante, de uma sensação de peso e tensão no hypochondrio direito ; a dôr muitas vezes propaga-se ás partes anterior e posterior do thorax, chegando em poucos casos até á espadua (Monneret).

Ao lado da dôr vem o augmento de volume do figado, que póde chegar á proporções colossaes, já no lóbo direito, já e mais frequentemente no esquerdo (Monneret) ; pela autopsia do canceroso já citado, tivemos occasião de verificar esta asserção.

Quando o carcinoma não é infiltrado ou profundo, observa-se communmente pela apalpação bóssas de tamanho variavel, mais ou menos molles, no cancro encephaloide, que póde ser tomado por abcesso hepatico. O desenvolvimento do cancro, fazendo-se para o interior do figado,

póde, pela compressão dos canaes biliares, produzir ictericia, como a dos ramos da veia porta produz a ascite, mas são phenomenos raros.

A respiração altera-se pela compressão que faz o figado volumoso no pulmão direito ou pela irritação da pleura que ás vezes se inflamma.

A circulação soffre modificações mais notaveis, porquanto o sangue alterado em sua composição tende a extravasar-se; d'ahi epistaxis, gengivorragias, petechias, etc.; a mesma causa, unida á compressão da veia cava inferior, determina œdema dos membros inferiores, que póde ser acompanhado ou não de ascite; o pulso, quasi sempre retardado, bate 50 ou 60 vezes por minuto; mas, quando se declara o apparelho febril de typo intermittente, como observou Monneret, sua frequencia oscilla entre 80 e 120. As urinas, salva a alteração que soffrem pelos elementos da bile, e os sedimentos que depositão, nenhuma outra modificação apresentam.

Para o lado da innervação não se nota mais do que insomnia, hypochondria e impertinencia do doente, que só á ultima hora póde apresentar algum delirio.

Sob a influencia de uma molestia diathetica, como o cancro, que traz perturbações de tantas funcções importantes, a nutrição não póde ficar illesa. O infeliz escolhido para o theatro de devastação d'esta cruel e impassivel enfermidade, lutando contra ella mais ou menos tempo, commummente de 15 dias a 6 mezes e raras vezes 2 annos, apresenta logo a côr amarella de palha secca e um emmagrecimento progressivo, phenomenos proprios da cachexia cancerosa, e cahe vencido sem que o proprio genio na medicina possa fornecer-lhe o menor recurso para sua salvação.

O diagnostico do carcinoma do figado ficaria estabelecido com os signaes que apresentamos, se outras molestias não podessem apresental-os; procuremos distinguil-os

A congestão e a hypertrophia do figado devem ser excluidas em vista de sua etiologia conhecida, da sua reacção relativamente insignificante sobre a economia, e sobre tudo pelo exame local, que deixa perceber a superficie lisa do orgão, sem excitar dôr, como no cancro. Entretanto no Dicc. de Jaccoud (art. cancro), é citado um facto de confusão de uma congestão com um cancro, dado com um medico notavel.

Os abcessos hepaticos se distinguem pelos precedentes de inflam-

mação, de ictericia, e da dôr, pela diarrhéa, febre, e pelos phenomenos locais de fluctuação.

A hepatite syphilitica, produzindo deformações do órgão, podia ser confundida com elle; mas os antecedentes e os signaes actuaes de syphilis, assim como a marcha mais longa e menos nociva e a dureza nas bóssas syphiliticas, fazem a sua exclusão.

A degenerescencia ceruminosa, causando augmento de volume e dureza do órgão, pôde ser tomada por cancro; mas ainda aqui as causas, a ausencia das bóssas na degenerescencia assim como a albuminuria, o augmento do baço, etc., servem de distincção.

A cirrhóse tem alguns pontos de contacto, como o augmento do figado no primeiro periodo, a ascite; mas a intensidade da ascite e a insignificancia da dôr, assim como a ausencia da côr de palha na cirrhose a excluem facilmente.

A dilatação da vesicula biliar não se desconhece em vista da fluctuação *ab initio* e da falta de cachexia, por isso evita-se o engano.

O kysto hydatico simples, por sua fluctuação e fremito especial, por sua longa duração e falta de cachexia, não se confunde com o cancro.

Outro tanto não acontece com o kysto multilocular em periodo adiantado, com que se tem confundido muitas vezes o cancro e vice-versa; porém no kysto é mais commum a ictericia e, demais, suas bóssas não são tão sensiveis e nem a dôr tão intensa; caso ainda reste alguma duvida, a punção exploradora a removerá com a sahida do liquido, ou com alguma parte da hydatide.

O cancro do epiploon se distingue por sua collocação e pela falta de dôres se propagando ao hypochondrio e ás cóstas; no caso de adherencias com o figado só a menor intensidade das perturbações d'este e da digestão poderão fazer admittil-o.

O cancro do estomago e do lóbo esquerdo do figado, existindo quasi sempre ao mesmo tempo, são de difficil diagnostico; mas no do estomago predominão os phenomenos gastricos, principalmente a hematemese e não ha grande obscuridade pela percussão da região epigastica.

Frerichs cita ainda o cancro do rim direito e a existencia de fezes accumuladas no intestino como causa de erro, mas a posição do primeiro e a raridade do seu grande augmento de volume excluem-n'o, assim

como um purgativo exploradôr, dissipa a duvida libertando o intestino no segundo caso.

E' ainda aqui o lugar de fazer uma distincção entre o cancro hepatico e o tumor adenoide que Rokitansky primeiramente estudou no cadaver, e de que Griesinger depois observou no vivo um caso longamente relatado por Frerichs.

Este tumor se distingue do cancro por sua marcha longa e sem reacção sobre o organismo, salvo no fim, quando o grande augmento de volume produz embaraço ao curso da bile e ao do sangue na veia porta.

IX

Inflamação das vias biliares

A inflamação das vias biliares pôde ser catarrhal ou fibrinosa. Esta ultima acompanha quasi sempre as febres graves e não apresenta differença da primeira senão *post mortem*; por isso, apresentando a symptomatologia especialmente da catarrhal, que é mais commum, estudamos tambem a da fibrinosa.

Quando a inflamação ataca sómente a vesicula chama-se cholecystite, e quando se limita aos canaes, angiocholite.

O catarrho das vias biliares, quasi sempre ligado ao catarrho gastro-duodenal, reconhece commummente as mesmas causas que este, assim as indigestões, os alimentos excitantes, as bebidas espirituosas, o resfriamento, etc; entretanto pôde apresentar-se isolado, provocado por corpos estranhos, como calculos biliares, vermes lombricoides, etc., ou por outras affecções do figado.

Os symptomas d'esta molestia, quasi sempre ligados á gastro-duodenite, principião por dôr na região epigastica estendendo-se para o lado direito; bocca amarga, lingua saburrosa, amarellada, nauseaas e mesmo vomitos mucosos ou biliosos, constipação de ventre ou diarrhéa. Ligeira reacção febril se manifesta, ficando o pulso frequente antes de declarar-se a ictericia; esta, consequencia de reabsopção da bile, cujos canaes excretores ficam obstruidos pelo catarrho, apparece em tempo variavel, tingindo de amarello os sólidos e os liquidos, começando pelas scleroticas,

pelo tegumento externo da face, thorax e verilhas, e ás vezes por toda a pelle ; mostra-se nas urinas, que se tornão vermelhas ou amarellas, no suor, nas lagrimas, etc. O doente fica abatido, sem forças, com tendencia ao somno, em alguns casos declara-se a xanthopsia que, entretanto, segundo todos os auctores, é phenomeno raro.

Na região do figado algumas vezes sente-se a vesicula excedendo o bórdo delgado do figado, fluctuante e doloroso, que póde em certos casos abcedar-se e dar em resultado phenomenos graves ; isto succede nos casos de grandes calculos biliareos ou ainda na inflammacão fibrinosa e ulcerosa. Na maioria dos casos a inflammacão, depois de 5 a 8 dias, se resolve, deixando apenas a ictericia, cuja duracão se estende a 2 ou 3 septenarios e termina-se benignamente. No catarrho dependente de calculos seu apparecimento é intermittente e sempre precedido de cólicas. O que está ligado a uma lesão do figado tem duracão dependente d'ella.

O diagnostico do catarrho das vias biliareos é geralmente facil, attentos os dados que apresentámos ; mas convém examinar-se minuciosamente o figado para que não seja tomada por inflammacão idiopathica das vias biliareos, alguma lesão grave de que ella seja apenas um symphoma.

A hepatite circumscripta distingue-se d'ella facilmente por sua reacção mais intensa e pelos phenomenos locais de augmento de volume, dór, etc.

A hepatite parenchymatosa diffusa em seu primeiro periodo confunde-se perfeitamente com a ictericia catarrhal ; o unico meio de fazer a distincção é o periodo grave da primeira.

Os calculos biliareos, trazendo inflammacão das vias biliareos e todas as suas consequencias, podem ser tomados pela ictericia catarrhal simples ; mas, a ausencia dos precedentes de cólicas hepaticas e a falta d'elles nas fézes, anteriormente expellidas, excluirão a sua existencia.

X

Calculos biliâres

As concreções calculosas das vias biliareos forão observadas pela primeira vez por J. Kentmann, em 1565, segundo alguns, ou por J. Tornamina e Gentilis de Foligno na mesma epoca, segundo Marcellus

Donatus. D'ahi em diante diversos observadores se occuparão com ellas e Morgagni em sua 37ª carta (pag. 341) se exprime do modo seguinte : « Je crains fort que ce qui avait lieu du temps de Fernel n'ait lieu encore de nos jours et à l'avenir, c'est à dire, qu'on ne trouve pas des caractères evidents, au moyen desquels ces corps puissent être reconnus d'une manière certaine et facile, et que nous ne restions dans des soupçons, comme nous l'avons vu pour l'ictère. »

Ainda hoje vigóra a sentença que acabámos de transcrever, porquanto a causa primeira, o diagnostico, e o tratamento dos calculos biliares não estão esclarecidos, ápezar do conhecimento de suas propriedades physicas e chimicas, bem estudadas em nosso seculo.

As analyses chimicas mostram que os diversos elementos da bile se ajuntão e se concretão de maneira que produzem os calculos em que predomina, óra uma, óra outra substancia. Assim encontrão-se quasi sempre em grande quantidade a cholesterina e as materias córantes, como : a cholepyrrhina, a cholechlorina e suas modificações.

Os acidos biliares em grande parte combinados com a cal, formando glycholatos e cholatos de cal, assim como os acidos graxos, óra livres, óra combinados com a mesma base, são frequentemente encontrados, porém em pequenas proporções.

O muco e o epithelio da mucósa das vias biliares são encontrados pelo microscopio quasi sempre no nucleo dos calculos.

A existencia do acido urico nos calculos biliares, notada por alguns observadores, é posta em duvida pelos auctores, por falta de conhecimento da verdadeira procedencia dos calculos analysados por aquelles.

Substancias inorganicas, como : os oxydos de ferro e de manganez, o mercurio, os carbonatos, phosphatos e sulphatos de cal, bem como os saes de potassa e sóda, têm sido encontrados em diminutas proporções. Estas substancias, óra constituem calculos de media grandeza, que existem em numero variavel de 5 a 40, óra são pequenos e seu numero póde elevar-se em um caso a 7802 ; outras vezes, existindo solitarios, o seu volume tem chegado a 5 pollegadas de extensão e 4 de circumferencia, como o calculo que Meckel encontrou enchendo a vesicula felea de um hydropico.

Os calculos no principio têm a fórma espherica, depois vão-se amoldando aos canaes e tornão-se cylindricos ou prismaticos ; os da

vesicula são quasi sempre ovoides. A sua cor varia geralmente do amarello ao verde escuro ; porém tem-se encontrado de muitas outras cores, desde o branco até o preto ; Andral observou um calculo branco.

Os calculos são simples ou compostos; os primeiros são constituídos por cholesterina e materias corantes, são homogeneos ; os segundos são formados de muitos elementos, e apresentam diversas partes : o nucleo, a camada media e a externa. O nucleo quasi sempre formado de cholepyrrhina e cal ligadas ao muco, póde ser constituído por um corpo estranho, como : vermes lombricoides, sementes de ameixa, fragmentos de agulhas, etc.

A camada media é constituída por depositos quasi sempre de cholesterina, que vão adherindo ao nucleo, tomando a fórma estriada.

A parte externa é formada quasi sempre por cholesterina, que cobre as camadas lisas, horizontaes, separadas por pigmento biliar. Algumas vezes é um composto de cholepyrrhina e cal que a constitue, outras vezes é carbonato de cal, mais ou menos misturado de pigmento.

Muitas vezes encontram-se calculos biliares debaixo da fórma de crystaes, tão pequenos ou pulverulentos e amorphos, que são antes arêas das vias biliares, como as das vias urinarias.

A causa interna do desenvolvimento dos calculos é desconhecida ; uns os attribuem ao excesso de cholesterina, ou de saes calcareos, ou de principios corantes, outros á diathese gotosa, como nos calculos urinarios ; porém todas estas hypotheses precisam de provas.

As condições que parecem favorecer o seu apparecimento são : a idade avançada, o sexo feminino, a vida sedentaria, as molestias do figado ; emfim tudo o que demora o curso da bile póde auxiliar a disposição existente.

Quando os calculos existem nas finas ramificações dos canaes biliares, não apresentam quasi phenomenos que os revelem, são dôres vagas na região do figado, ou accessos que simulão uma febre intermitente, sem trazer ictericia, nem outros signaes de affecção do figado ; o mesmo se dá quando elles existem no canal hepatico sem o obstruirem. No caso de obstrucção deste canal os phenomenos dolorosos e ictericos se apresentam por accessos e fazem crêr em calculos.

Mais communmente os calculos biliares se depositão na vesicula, que depois de cheia de bile, ou por qualquer abalo, contrahe-se e os

expelle para o canal cystico, onde se os nota, se elles passam livremente ; mas, ficando encravados, excitão dôres atrozes que se irradião para a região umbelical, lado direito do thorax e espadua direita, raras vezes para a região lombar direita ; estas dôres terebrantes, lancinantes, desesperão os doentes, que se movem para todos os lados sem o menor allivio ; algumas vezes excitão convulsões do lado direito, outras vezes trazem calafrios seguidos de calor e suor, syncopes e raras vezes a morte ; a ictericia não apparece senão quando o canal choledoco é obstruido. N'este caso, além dos phenomenos dolorosos, observa-se ictericia intensa ; os canaes biliares se dilatão, bem como a vesicula, que apparece no abdomen como um tumor pyriforme, fluctuante, doloroso. Vomitos se declarão, óra mucosos, óra biliosos ; antes do desprendimento do calculo ha constipação que é logo seguida de diarrhéa biliosa, quando elle passa para o intestino.

Estes paroxismos, que constituem a cólica hepatica, podem durar pouco tempo e repetir-se mais ou menos vezes em 24 horas, deixando o doente, óra tranquillo, óra em prostração, ou podem algumas vezes ser prolongados, mesmo durante mezes. Geralmente a cólica hepatica é apyretica, porém em alguns casos observados por Frerichs, a temperatura elevou-se até 40°; o pulso torna-se pequeno e frequente, é concentrado em relação com a energia da dôr. Quando o calculo passa para o intestino geralmente sahe com as fézes, mas algumas vezes pára em um ponto e então produz phenomenos de oclusão intestinal ou inflammação perfurante do cœcum ou do appendice vermicular. Quando, pelo contrario, elle fica nas vias biliares, produz phenomenos tambem geraes ; assim, obstruindo o canal cystico, a vesicula enche-se de muco e torna-se ás vezes de um volume colossal, constituindo o que se chama hydropesia da vesicula, outras vezes inflamma-se, abceda-se e rompe-se no interior, produzindo peritonite mortal, ou atravez das paredes abdominaes formando uma fistula por onde sahem os calculos de tempos a tempos, o que pôde ser uma salvação para o doente. A obstrucção, dando-se no cana choledoco, além de trazer os phenomenos já apontados, pôde acarretar inflammação ulcerativa de qualquer ponto do canal, e abrir-se uma fistula no estomago, no intestino, na veia porta, etc., trazendo quasi sempre a morte ou a gangrena, revelada logo por uma prostração geral seguida

de morte. Felizmente todas estas terminações graves, que apresentamos, são raras.

O diagnostico dos calculos biliares é quasi sempre difficil, porque os phenomenos proprios de cólica raras vezes se apresentam todos e de modo claro ; elle se funda principalmente na presença de concreções nas fêzes, que devem ser examinadas pela lavagem em agua corrente sobre uma pe-neira, ainda 5 dias depois da colica ; quando, pelo exame da região hepatica, se perceber a sensação do ruido que J. L. Petit comparou com o produzido pelo attrito de nozes dentro de um sacco, o diagnostico é facil ; este phenomeno, porém, é raro.

A cólica hepatica calculosa, prolongando-se e produzindo engurgitamento do figado, póde ser tomada por hepatite suppurativa, como acontecêo com o professor Trousseau, que reconheceo o engano pela autopsia, mas isto é muito raro. Igual erro confessa Frerichs ter praticado, tomando os accessos dependentes de calculos por accessos intermittentes.

Mais communmente póde-se confundir a cólica hepatica com a colalgia, a gastralgia, a cólica nephretica e a hepatalgia; porém a primeira é caracterizada antes por dôres no lado esquerdo e constipação não seguida de diarrhéa, a segunda apresenta dôres no epigastro, sem indicação para a direita e longe das refeições, sem constipação nem diarrhéa; a cólica nephritica apresenta dôres, prolongando-se aos ureteres, sem ictericia, nem grandes perturbações nos intestinos. A hepatalgia ou nevralgia essencial do figado é rara, e apresenta-se por dôres menos atrozes do que as da cólica calculosa em individuos sujeitos a outras nevralgias, como : gastralgia, nevralgia facial, etc. ; além disto, a maior perturbação intestinal, bem como a presença de calculos nas materias fecaes dos calculosos são phenomenos que a excluem.

TERCEIRA PARTE

Do tratamento das molestias do figado

Depois de conhecida a molestia que tem sua séde na glandula hepatica, cumpre-nos apresentar os meios de removel-a. Infelizmente a therapeutica, ápezar de seus progressos, em muitas molestias d'este orgão é completamente inefficaz; entretanto vejamos os seus recursos e os applicuemos ás diversas affecções do figado, seguindo a mesma ordem por que estas forão apresentadas.

A) TRATAMENTO DA CONGESTÃO.— Aqui devemos ter em vista a causa productora da hyperhemia para dirigir contra ella, sempre que fôr possível, os nossos recursos; por isso, nas congestões dependentes de abusos da mesa, quer quanto ás iguarias, quer quanto ás bebidas alcoolicas, deve-se aconselhar a sobriedade e mesmo a abstenção do alcool e dos condimentos excitantes; nas produzidas pelos climas de altas temperaturas e pelos miasmas palustres, a mudança para regiões menos quentes e no caso de impaludismo o uso da quinina. Quando ella se apresentar em estado agudo, como na traumatica, emissões sanguineas por meio de 12 a 20 sanguesugas á margem do anus, de ventosas escharificadas na região hepatica devem ser postas em pratica, assim como os derivativos sobre o tubo gastro-intestinal representados pelos purgativos salinos, como o sulfato de magnesia, etc., cuja acção deve ser continuada por algum de acção mais demorada, como o rhuibarbo, o áloes, etc.; os calomelanos, por sua acção descongestionante especial, prestão real serviço.

No estado chronico essencial applicão-se ligeiros purgativos e repetidos, quasi sempre sob a fórmula de aguas alcalinas naturaes ou artificiaes, auxiliadas de boa hygiene, principalmente da hydrotherapia; nos casos mais rebeldes, o emprego de revulsivos na região hepatica, como as embrocações de tintura de iodo, os vesicatorios e o sedenho, conjurão o mal. Em outros casos de hyperhemia fluxionaria, dependente de venenos, como o phosphoro, o chumbo, etc., o tratamento especial d'estes envenenamentos a removerá.

Nas congestões por stase o tratamento só póde ser symptomatico, e

isto mesmo quando o estado do figado o exigir; o mais é feito por conta da affecção que lhes dá origem, e consiste em restituir a circulação normal aos órgãos que são sua séde; porem, como bem considera Jules Simon, não se deve empregar as aguas alcalinas nas lesões adiantadas do coração e do pulmão, por serem prejudiciaes. Na hyperhemia passiva dependente de atonia dos vasos, como no scorbut, o tratamento deve ser dirigido contra a molestia principal.

B) TRATAMENTO DA HYPERTROPHIA HEPATICA. — O tratamento d'esta affecção deve ser dirigido contra a molestia que a produz e ainda aqui a hydrotherapia methodica, as aguas alcalinas, os purgativos salinos serão aconselhados com vantagem; em geral é o tratamento da congestão chronica o que convem nos casos de hypertrophia hepatica.

C) TRATAMENTO DA HEPATITE PARENCHYMATOSA DIFFUSA. — Ainda incompleto o conhecimento d'esta molestia e não havendo numero sufficiente de factos de cura bem provados, portanto privada de bases, a sciencia ainda não prescreveu meios curativos sancionados pela experiencia, que possam constituir um methodo de tratamento. Mas, como tem o medico necessidade de intervir por qualquer fórma, elle deverá ter em vista os principios geraes da analogia e um ou outro facto, que se diz seguido de cura. A' principio, quando apenas se tem posto em campo os phenomenos da ictericia catarrhal, são os meios applicados a esta que serão aconselhados; calomelanos, purgativos salinos, etc.

Quando começam os phenomenos graves a apparecer, uma medicação mais energica deve ser empregada; se houver phenomenos de hyperhemia hepatica, podemos empregar as emissões sanguineas, sanguesugas ao anus, ventosas escharificadas ao hypocondrio e em alguns casos até a phlebotomia, como se vê na 3ª observação de Hanlon citada na obra de Graves, que, unida a outros meios, conseguiu debellar a molestia. Em todo caso deve-se ter muita parcimonia em tirar sangue.

Os drasticos, principalmente os aconselhados pelos Inglezes, como o sene, a coloquinthida, a jalapa, fazendo grande derivação no tubo intestinal, devem ser usados, bem como os acidos que modificão a massa do sangue; Frerichs diz que o unico facto de cura, que teve em sua pratica, foi devido aos drasticos unidos aos acidos. O mesmo auctor diz que Carville na epidemia de ictericia grave (1859) parece ter colhido bom resul-

tado do vinho e da quina; Grisolle e Jaccoud achão acertado o emprego d'estes medicamentos. Alguns aconselham os vomitorios desde o principio. As hemorragias devem ser combatidas pelos acidos, pelos adstringentes e pelo gèlo *intus et extra*.

Os phenomenos cerebraes merecem attenção especial e devem ser combatidos os comatosos pelos excitantes do cerebro, como o almiscar, o castoreo, as affusões frias, etc.; as sanguesugas às apophyses mastoi-deas pódem ter seu lugar, libertando o cerebro da compressão. Eis os meios que o medico deve empregar em taes casos, porém sempre com muita prudencia.

C) TRATAMENTO DA HEPATITE SUPPURATIVA.— Quando se apresentar francamente esta molestia em sua fórma aguda, em individuos robustos, póde-se empregar com energia a medicina expoliativa, principalmente quando ella fôr de causa traumatica; então serão applicadas sanguesugas ao anus, ventosas escharificadas ao hypochondrio, às vezes a phlebotomia, e os purgativos, principalmente os calomelanos e os salinos (em primeiro lugar), a vêr se a inflammacão não chega á suppuração; em seguida, se aquelles meios não bastarem, continuar-se-ha com os purgativos e fricções com pomada mercurial. Nos casos de muita febre o uso da digitalis unida aos calomelanos é aconselhado pelo Dr. Rouis. Alguns aconselham os vomitivos esperando d'elles o effeito mecanico sobre o figado. Quando fôr a fórma sub-aguda que se apresentar, já a energia do tratamento deve enfraquecer, porque quasi sempre são os individuos de constituição fraca que são atacados d'essa fórma, e então cumpre lançar mão dos derivativos sobre o tubo intestinal, e ainda aqui o protochlorureto de mercurio tem seu lugar, assim como os purgativos salinos e tambem alguns amargos, como o rhuibarbo, o áloes, etc.

Quando a hepatite fôr acompanhada de dysenteria, as difficuldades augmentão; entretanto é preciso attender a ambas as affecções e para isso tem-se aconselhado as pilulas de Segond compostas de calomelanos, jalapa e opio, outros aconselham os calomelanos dados alternadamente com o opio e os adstringentes e tambem as cataplasmas quentes sobre o ventre e ventosas sarjadas, seguindo a direcção do colon. Não se deve deixar de empregar as bebidas emollientes e diureticas, as poções gom-mosas, as de herva tostão, etc., que serão aproveitaveis. Depois de passado o periodo de maior reacção inflammatoria, convém sustentar as

forças do doente por meio dos tónicos, vinho, quina e ferro, e por alimentação branda e analaptica; a quinina será applicada quando houver accessos intermittentes; ao mesmo tempo, attendendo ao estado local, applicaremos a pomada mercurial em fricções, a tintura de iodo em embrocações, e quasi sempre deveremos lançar mão dos vesicatorios.

Nos casos chronicos *ab initio* o tratamento tonico e pelas aguas mineraes, assim como os revulsivos sobre a região hepatica, constituídos pelos duchas, pelos epispaticos, etc., são de grande proveito.

A suppuração não podendo ser impedida, a cura torna-se difficil; mas, se os recursos sós da medicina propriamente forem inuteis, os da cirurgia não o serão totalmente e os doentes adquirem muitas probabilidades de cura, porém é preciso que o pús se colleccione e fórme abcesso. Este tende quasi sempre a romper-se, ou para o lado do pulmão, sahindo pela expectoração, e então temos de administrar, além da medicina tonica, os narcoticos, principalmente os opiaceos; ou para a cavidade da pleura, cuja collecção purulenta será evacuada pela thoracentese; ou para o paritoneo seguindo-se quasi sempre a morte, apesar das altas doses de opio que se deve aconselhar.

Quando a fluctuação fôr accessivel através das paredes thoraco-abdominaes, a operação deve ser praticada sem demora, mas, para isso, é preciso que se tenha ao menos probabilidades de adhesão entre as paredes do abcesso e o folheto peritoneal. Diversos methodos ha para se chegar a este resultado; os principaes são: o de Graves, o de Begin e o de Récamier; descrevemos estes dous ultimos porque o de Graves é uma ligeira modificação do segundo.

Begin procede do modo seguinte: colloca o individuo em posição conveniente e faz uma incisão de 6 a 8 centímetros sobre a pelle e vae incisando camada por camada as aponevrozes e os musculos até chegar ao folheto peritoneal, que é respeitado, faz o curativo da ferida por meio de pano crivado, fios, compressas e uma fxa em torno do corpo; deixa o apparelho por espaço de tres dias para que se faça a adhesão desejada e no fim dos quaes pratica a abertura do fóco, deixando correr o pús naturalmente e por ligeira compressão do órgão. N'este processo póde não se dar a adhesão desejada, como bem nota Rouis, nos casos de abcessos que não são bem acuminados. Para estes o processo de Récamier é mais seguro, eis o seu resumo: colloca-se 20 ou 30 centigrammas de potassa

caustica sobre a parte do abdomen em que o tumor faz saliencia e em uma extensão de 3 a 4 centimetros de diametro ; depois de formada a eschara, ou se deixa que ella caia, ou se faz sua excisão conforme a necessidade, colloca-se nova porção de potassa, até que no fim de 15 ou 20 dias as partes corroidas e extrahidas deixão vêr a parte do figado que se queria pôr a descoberto e, tendo-se feito a adhesão, pratica-se a abertura para sahir o pús. Este processo foi accusado por Boyer e Velpeau de produzir peritonite generalizada, mas as experiencias de Cruveilhier sobre animaes e os factos clinicos desmentem formalmente as apprehensões ; o maior inconveniente que tem este processo é o de ser muito demorado.

A punção pelo trocater, acceita com enthusiasmo por Cameron, é recusada pela maior parte dos auctores e tanto Frerichs como Jules Simon estão n'este numero.

Depois de dilatado o abcesso cumpre deixar aberta a incisão para não impedir o curso do pús, e fazer lavagens simples e deterrentes ; no fim, quando o liquido se tornar seroso, deve-se curar a ferida com ceroto simples.

Quando o abcesso se abrir para o exterior espontaneamente, o proceder do medico é o mesmo que no caso precedente, se tiver de respeitar a abertura natural ou modificá-la ligeiramente.

Quando o abcesso se abrir para os intestinos ou para qualquer outro ponto deve-se aconselhar o repouso maior possivel e sustentar as forças ; isto se consegue pelos tonicos amargos, a quina principalmente, e pelos analepticos.

E) TRATAMENTO DA CIRRHÓSE. — Rarissimas vezes conhecida em seu principio, quando ha grandes probabilidades de cura, esta molestia em seu segundo periodo é da ordem d'aquellas em que o papel do medico se limita a adiar o momento de desfechar-se o golpe fatal á vida do doente. Se este tiver a rara felicidade de ser observado em principio da lesão, eis o que convem fazer-se-lhe: o primeiro passo á dar é a remoção das causas productoras, a abstenção do alcool, etc., e em seguida applicar-se-lhe os revulsivos, como, vesicatorios e sedenhos, e sobre a região hepatica, sanguesugas á margem do anus, e internamente os purgativos salinos, os drasticos e os calomelanos, que darão bom resultado ; o uso das aguas mineraes de Carlsbad, Marienbad, etc., é de grande vantagem, maximè quando se poder ir ás suas fontes.

Se a scleróse tiver origem syphilitica deve-se começar o tratamento pelos mercuriaes combinados com os iodados e depois passar ao uso do iodo sob a fórma de iodureto de potassio ou de ferro.

No periodo atrophico o tratamento se dirigirá sómente aos symptomas, assim : a preguiça do estomago será combatida pelos tonicos amargos, os vomitos, nos que têm abusado do alcool, pela noz-vomica, e em todos deve-se empregar as preparações calmantes de belladona, de morphina e os cyanhydricos em doses diminutas ; contra a hematemese empregão-se os adstringentes, o tannino, o perchlorureto de ferro, etc. Deve-se manter a liberdade do ventre pelo rhuibarbo, áloes, etc.; quando houver diarrhéa deve-se combatel-a pelos adstringentes, pela calumba e pela noz-vomica. A enterorrhagia cederá aos mesmos meios aconselhados na hematemese. A ascite, que é o symptoma mais encommoativo do doente, não deve ser combatida pelos diureticos e pelos hydragogs, porque devemos poupar aos doentes grandes perdas e, quando ella estiver produzindo grande embaraço ás outras funcções, então deveremos recorrer á paracentese, que tambem não deve ser muito repetida, porque nova quantidade de liquido se accumula no peritoneo com prejuizo da parte albuminosa do sangue.

A's vezes os doentes queixão-se de grande desenvolvimento de gazes no estomago e nos intestinos; contra elles serão prescriptas as preparações de aniz e mesmo o ether. Em resumo, o tratamento desta molestia consiste em attender ao symptoma que mais cuidado reclamar.

F) TRATAMENTO DA HEPATITE SYPHILITICA. — Quando esta affecção se der nas creanças, o tratamento anti-syphilitico deve ser instituido, porém com muitas precauções ; deve-se empregar os mercuriaes principalmente debaixo da fórma do licôr de Van-Swieten directamente em leite e o iodureto de potassio por intermedio da ama. Quando houver diarrhéa abundante, é rasoavel combatel-a primeiramente pelos meios apropriados e se, a despeito dos esforços empregados, ella ameaçar a vida da creança, cumpre seguir o conselho de Jules Simon combatendo-a pelo licôr de Van-Swieten, visto como ella é de natureza especifica. Mas, para maior segurança, é util começar pelo emprego externo dos anti-syphiliticos em fricções nas axillas e outras partes facilmente absorventes. No adulto o tratamento é mais facil de ser empregado ; aconselha-se os ioduretos de potassio ou de ferro e de vez em quando os preparados mercuriaes.

Quanto aos outros phenomenos que pôde apresentar um individuo sujeito á esta molestia, só a occasião permittirá combater pelos meios lembrados no momento.

Não se deve deixar de applicar as aguas sulphurosas, em duchas e banhos e reunir ao tratamento uma boa hygiene.

G) TRATAMENTO DA ATROPHIA CHRONICA SIMPLIS. — Trazendo sempre as mesmas consequencias que a cirrhóse, esta molestia não tem um tratamento especial; sendo puramente symptomatico, como o d'ella, nada diremos, considerando perfeitamente applicavel aqui o que já foi dito por occasião do tratamento da sclerose.

H) TRATAMENTO DA DEGENERESCENCIA GORDUROSA. — Aqui, sendo a lesão quasi sempre subordinada á outras affecções, o tratamento deve ser dirigido contra estas.

Quando o estado gorduroso se ligar ao abuso das bebidas alcoolicas estas devem ser abolidas completamente; se a ingestão das gorduras poder ser accusada como causa, o seu uso deve ser proscripto e substituido pelo dos fructos acidos, pelos farinaceos em que predominem os principios albuminoides, pelas carnes magras, etc.; o exercicio em pleno ar deve ser adoptado, assim como a hydrotherapia. A medicação que mais convem é a alcalina, porque activa as funcções do figado e a bile segregada reage sobre os depositos de gordura; quando não houver diarrhéa o uso das aguas alcalinas, é de grande vantagem.

As funcções gastro-intestinaes, fazendo-se mal pela atonia de seus órgãos, devem ser estimuladas; para isso empregão-se os amargos, como a calumba, a genciana, o rhuibarbo, etc. A anemia se combate tambem pelos ferruginosos: o carbonato, o lactato e o proto-iodureto de ferro, devem ser preferidos.

Se a degenerescencia depender de molestias diathesicas, como as escrophulas, a tuberculose, a syphilis, deve ser combatida a molestia principal pelos meios adequados a estas affecções e tambem pelos meios directos ao estado local, que já indicámos.

I) TRATAMENTO DA DEGENERESCENCIA AMYLOIDE. — Como no caso precedente, deve-se attender á molestia que produz esta affecção. O tratamento tem tanto melhor exito quanto mais no principio da molestia fôr empregado; ao menor signal d'esta lesão em individuo syphilitico, deve-se-lhe logo oppôr os ioduretos de potassio e ferro, os tonicos amargos, as

aguas alcalinas ou sulphurosas que, excitando as funcções gastro-intestinaes, levão sua acção benefica até ao figado; as aguas mineraes de Carlsbad, Marienbad, de Ems, e de Weilbach são muito acreditadas na Europa. Jules Simon gaba muito o uso dos banhos de mar e funda-se nos magnificos resultados que colhem os doentes do hospital de Berck no Pas de Calais obtendo muitos a cura radical da sua degenerescencia dependente de suppurações prolongadas de natureza escrophulosa; comprehende-se que, quando a molestia primitiva não poder ser debellada, o tratamento não será senão palliativo; e já não é pouco prolongar-se a existencia de uma organização em descalabro.

Os saes alcalinos de acidos vegetaes, e os saes neutros dão muitas vezes bons resultados; Budd aconselha muito o chlorydrato de ammonia na dóse de 25 a 50 centigrammas 3 vezes por dia, porque obteve a cura de um caso que não cedêo aos medicamentos iodurados e mercuriaes empregados.

Em resumo, o tratamento d'esta affecção consiste no emprego dos iodatos, dos tonicos amargos e reconstituintes, dos alcalinos, dos banhos thermaes e maritimos, auxiliados pela boa hygieue.

J) TRATAMENTO DO FIGADO PIGMENTADO. — Sendo a pigmentação consequencia da intoxicacão palustre, a medicacão essencial á instituir-se é a anti-periodica, tão bellamente representada pela quinina, cujo emprego deve ser feito, não só na epoca em que apparecem accessos, como depois d'elles e por muito tempo; Jules Simon não se cança em insistir sobre este ponto, dando importancia muito secundaria ao estado local do figado. Frerichs, pelo contrario, julga que deve-se combater os accessos febris depois de parar o fluxo intestinal produzido pelo catarrho gastro-intestinal; segundo este auctor a hyperhemia do figado e do baço cedem á quinina, como a febre; mas, caso continuem, deve-se empregar com ella as preparações ferruginosas, como o chlorato de ammonia e ferro, o lactato e o citrato de ferro, etc., e quando o figado se conservar augmentado deve-se usar do rhuibarbo, do álces, dos saes neutros como excitantes da circulação d'este orgão.

Contra a albuminuria, a hematuria e outras hemorrhagias que acompanhão os accessos febris, serão prescriptos tambem os saes de quinina e quando persistirem depois da febre, a quina e outros adstringentes. Quanto á anemia e ao enfraquecimento do organismo empregão-se os

tonicos amargos e reconstituintes. Quando o figado, os intestinos e os rins não estiverem profundamente alterados, póde-se esperar bom exito do tratamento; mas, no caso contrario, o resultado é quasi sempre negativo.

K) TRATAMENTO DOS KYSTOS HYDATICOS. — Contra os kystos, bem como contra os abcessos do figado, o tratamento medico tem só por fim attenuar as dôres e as consequencias da inflammação; mas, fazer desaparecer as hydatides por medicamentos, como o mercurio, o kousso, o iodureto de potassio, etc., propostos por alguns medicos, é o que hoje ninguem julga possivel. Só da cirurgia podemos esperar resultado definitivo.

Tendo em vista a evacuação do liquido e a mórte da vesicula, diversos processos operatorios têm sido propostos. Ainda aqui sempre deve-se operar havendo adhesão entre as paredes do kysto e as paredes abdominaes, para evitar derramamento de liquido no peritoneo ou na pleura, cuja inflammação torna-se perigosa á vida do doente.

A punção simples por um trócatere fino (capillar) ou de grossura media tem sido praticada sem perigo algum quando ha adherencias do tumor com as paredes do ventre, mas alguns casos de mórte tem havido quando faltão essas adherencias; por isso é prudente tirar-se a canula vagarosamente e ao mesmo tempo procurando manter as relações entre a abertura do kysto e a do ventre, até que a primeira se oblitere, o que se consegue pela compressão, á principio com a mão, e depois com uma faixa apertando o ventre, fazendo o doente conservar o maior repouzo possivel. Quando o kysto tiver paredes delgadas e contiver liquido com poucas vesiculas, a punção feita uma ou mais vezes póde bastar para trazer a cura; mas, nos grandes kystos, ella é insufficiente. A punção seguida de injeccão é quasi sempre applicada aos kystos de muitas vesiculas; n'este caso é preciso recorrer-se á canulas de maior calibre e, para não correr-se grande risco, convem deixar no lugar a canula ou uma sonda por 24 ou mais horas; é facil de ver-se que ha aqui uma pequena adhesão que protege o doente dos perigos. Os liquidos que têm sido injectados são diversos: o alcool diluido, a tintura de iodo, mais ou menos diluida em agua distillada e uma pequena parte de iodureto de potassio, e finalmente a bile de que Trousseau receia as consequencias más sobre o tecido celular e o peritoneo, e que Frerichs acon-

selha; porém o seu emprego, como bom meio curativo, precisa de novas provas. O aparelho que serve para estas injeções é uma seringa de bomba de duplo effeito, que vem descripta na obra de Frerichs. Applicando-se aos kystos hydatikos o aparelho asperativo de Dieulafoy, modificado por Potain, pôde-se extrahir o liquido com facilidade; mas, para se fazer as injeções, é natural que se preste bem o aparelho de Potain, modificado por Castiaux, o qual serve para as injeções nas cavidades pleuríticas.

Sendo as adherencias a base de segurança da punção, convem que sempre procuremos produzi-las; Trousseau nos dá um meio muito simples pela *acupunctura* multipla, que consiste em fazer atravessar a parede abdominal, no ponto correspondente á saliência do tumor, por um certo numero de agulhas (30 ou 40), atravez de um pedaço de camurça ou borracha; d'este modo faz-se um circulo de 2 ou 3 centímetros de diametro, limitado por agulhas com cabeça de iacre, mantidas no lugar por espaço de 24 ou mais horas e depois praticão-se as punções convenientes.

Com o systema das agulhas e sobre ellas descargas electricas, diz Frerichs, os habitantes da Islandia curão-se muitas vezes das hydatides.

O processo de Récamier pela potassa caustica, ou ainda melhor, pela pasta de Vienna, é o mais seguro, embóra demorado e incommodo; Jules Simon o aconselha de preferencia aos outros; entretanto a sua applicação tem tido tambem seus revezes.

O processo da incisão pôde ser empregado segundo o systema de Begin, que já espuzemos por occasião dos abcessos, mas é indicado quando houver urgencia da operação; assim mesmo pôde em muitas circumstancias ser substituido pela punção.

A intervenção cirurgia será sempre indispensavel quando se tratar dos kystos hydatikos? Não registra a sciencia muitos factos de cura espontanea e muitos revezes pela operação?

E' incontestavel que um kysto hydatico pôde permanecer muitos annos no figado, sem que a economia soffra de modo patente, é verdade que a natureza algumas vezes por seus unicos recursos reage contra elles e os faz desaparecer. Mas tambem é certo que quando se conhece o kysto já é em uma época em que a vida do paciente é ameaçada, e a

observação tem mostrado que d'esta época á da morte inevitavel, se o organismo não fôr auxiliado pela arte, medeia um pequeno espaço de tempo (1 a 4 annos).

Além d'isto não podemos saber quando a natureza está disposta a encarregar-se da cura e só esta duvida auctoriza a operação, que felizmente não é tão mortifera.

Diante de considerações d'esta ordem não hesitaremos em intervir com a cirurgia; quanto ao methodo, as circumstancias da occasião nos aconselharão a punção ou o methodo de Récamier.

L) TRATAMENTO DO KYSTO MULTILOCULAR.— Dependendo da mesma causa que os precedentes parece que se devia applicar aqui tambem o mesmo tratamento cirurgico, porém é um engano, porque alguns exemplos próvão contra elle, apressando antes o termo fatal. O unico tratamento a empregar é o symptomatico: deve-se regularisar o tubo gastrointestinal por laxativos brandos, levantar as forças pelos tonicos e acalmar os phenomenos locaes por cataplasmas emollientes e fomentações narcoticas. Ainda não consta haver um facto de cura desta molestia.

M) TRATAMENTO DO CANCRO.— Nas mesmas circumstancias que a affecção precedente o seu tratamento é puramente symptomatico. Acalmar as dôres pelos narcoticos, regularisar o ventre pelos laxativos brandos e tonificar pelos amargos e por uma alimentação analeptica de facil digestão, eis o unico proceder do medico, compativel com o estado actual da sciencia. Quando houver ascite, deve ser respeitada o mais possivel, só em caso urgente se dirigirá contra ella e assim mesmo pela paracentese, porque os outros meios são mais nocivos.

Debalde se tem propalado meios curativos d'esta affecção; nem a cicuta, nem o condurango, etc., tem colhido resultado algum de cura.

N) TRATAMENTO DA ICTERICIA CATARRHAL.— Se ella depender do catarrho duodenal, o tratamento é o mesmo que o d'esta affecção; contra o estado saburral das primeiras vias applicar-se-ha o tartaro emetico, que será repetido conforme a necessidade, os purgativos salinos, a ipecacuanha, os acidos citrico e nitrico em limonadas; a agua regia em muitos casos tem dado bom resultado. Quando o catarrho biliar não estiver ligado ao gastro-intestinal, aconselhar-se-ha o repouzo, os ligeiros purgativos, as bebidas acidas, e os pós de Douwer. Os banhos mornos e uma alimentação branda, sem gorduras, são de grande vantagem; a

estes meios ajuntão-se o uso dos succos vegetaes como o do taraxaco, os cozimentos conhecidos por desobstruentes, como o de grama, o da herva lostão, etc. Quando o catarrho biliar se repetir muitas vezes e se tornar chronico, dever-se-ha empregar contra elle os tonicos amargos; o rhuibarbo e o áloes quando houver constipação de ventre; a quina, quando o ventre estiver livre; é de grande vantagem o uso dos purgativos salinos, principalmente debaixo da fórma d'aguas mineraes, como as de Carlsbad, Vichy, Ems, Marienbad, etc.

Convem lembrar que, quando o catarrho biliar depender de lesão incuravel do figado, o uso das aguas mineraes, além de ser inutil, pôde aggravar o estado do doente.

O) TRATAMENTO DOS CALCULOS BILIARES.— O tratamento d'esta molestia consiste em combater a cólica e procurar destruir a formação dos calculos. Consegue-se o primeiro fim pelos narcoticos, como a morphina em poção ou em injeções hypodermicas, a belladona internamente e em fricções sobre a região hepatica. As inhalações de chloroformio são de utilidade; o seu uso interno e o do ether tambem presta serviços. A sangria geral nos individuos plethoricos e as sanguesugas á margem do anus nos que não são muito fórtes, os banhos mornos prolongados são outros tantos meios que acalmão as dôres. Os vomitivos e os purgativos na occasião da cólica devem ser proscriptos como perigosos, porque pôdem determinar ruptura das vias biliares.

A segunda indicação é mais difficil de preencher; entretanto aconselhão-se alguns meios. O remedio de Durand, composto de 3 partes de ether sulfurico e 2 de essencia de terebenthina, tem gosado de grande reputação; hoje modifica-se a sua fórmula por causa de ser difficilmente tolerado, então dá-se a mesma medicação em perolas de ether e essencia de terebenthina; alguns substituem o ether pelo chloroformio. Os alcalinos dados em aguas thermaes; como as de Carlsbad, de Vichy, Ems, etc., são muito empregados; mas, como nem sempre se tem estas aguas, por isso deve-se recorrer a outros meios. Bouchardat aconselha muito os saes alcalinos de acidos vegetaes; o bicarbonato de sôda pôde ser applicado, mas com pouco proveito. Os alcalinos actuão excitando a secreção da bile, cuja facil expulsão impede as concreções; Trousseau aconselha os alcalinos alternados com o ether e a terebenthina. Além d'esta medi-

cação é preciso instituir-se um regimen mixto de carnes e vegetaes herbaceos, com abstenção de substancias muito gordurosas e excitantes ; além d'isto são indispensaveis os exercicios corporaes em pleno ar.

QUADRO N. 2

Resumo estatístico dos doentes affectados de molestias do fígado, tratados no Hospital da Misericórdia e nas enfermarias publicas á elle annexas, desde o dia 1º de Julho de 1861 até 30 de Junho (exclusivo) de 1866, extrahido dos mappas estatísticos do respectivo relatorio do mesmo estabelecimento.

MOLESTIAS	SEXO	TOTAL NOS DOENTES	IDADE			NACIONALIDADE		ESTADO			CONSTITUIÇÃO				TEMPERAMENTO					TERMINAÇÃO	
			Forte	Adoles.	Excessiva	Brasileira	Estrangeira	De menos de 15 annos	De 15 a 35 annos	De 35 a 100 annos	Forte	Regular	Fraco	Agitada	Relaxada	Apoplectica	Biliosa	Nervosa	Opuntia	Cura	Morte
Hepatitis	Masculino	1113	1017	62	145	278	1163	77	1012	115	101	64	251	167	626	231	106	....	147	1127	97
	Feminino	113	42	41	60	74	96	5	136	29	47	3	41	72	46	42	1	....	71	409	64
Gastritis hepatica	Masculino	247	131	17	20	17	226	8	245	15	63	27	34	19	171	14	22	....	19	217	40
	Feminino	30	125	17	10	64	78	1	134	27	83	3	7	10	95	8	....	....	39	100	36
Hemato-hepato-enteritis	Masculino	99	49	15	12	19	78	2	72	34	35	8	21	10	55	16	17	....	16	61	27
	Feminino	34	12	17	15	42	25	1	32	1	47	21	....	10	47	25	....	....	25	35	3
Gastritis-hepato-splenitis	Masculino	146	122	11	13	16	96	1	132	12	101	8	2	22	96	12	3	....	22	129	7
	Feminino	4	21	14	6	21	30	1	32	3	13	....	11	17	13	11	....	....	17	41	....
Hepato-splenitis	Masculino	139	144	22	14	66	132	29	173	6	115	8	26	66	95	37	39	....	40	178	21
	Feminino	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Hepato-enteritis	Masculino	1	1	....	....	1	....	....	1	....	1	....	....	....	1	....	....	....	....	....	1
	Feminino	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Hypertrophia do fígado	Masculino	1	3	1	1	1	4	....	3	....	1	....	2	2	1	2	....	....	2	....	2
	Feminino	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Hypertrophia do fígado e do baço	Masculino	5	5	....	1	2	4	....	6	....	3	....	2	5	2	2	1	....	1	6	....
	Feminino	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Lithiasis	Masculino	42	26	3	3	8	34	2	39	1	26	7	3	2	23	13	4	....	2	38	4
	Feminino	2	2	....	....	....	2	....	2	....	....	....	2	....	....	2	....	....	....	2	....

NOTA.—O numero total dos doentes tratados neste estabelecimento no periodo acima referido foi de 63,284, sendo 42,141 da secção medica e 18,143 da secção cirurgica.
No periodo acima haute apenas dilataçao de 1 abcesso frio do fígado de um doente que se restabeleceu.

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO ACCESSORIA

Da asphyxia por submersão

CADEIRA DE MEDICINA LEGAL

I

A asphyxia por submersão se dá quando um individuo conserva seus órgãos externos da respiração dentro de qualquer liquido, de modo que fique impedida a passagem do ar para os pulmões.

II

Qualquer quantidade de liquido desde o Oceano até o contido nos pequenos vasos dos aposentos póde ser theatro de submersão.

III

A primeira questão a resolver-se em um caso de submersão é saber se estava morto ou vivo o individuo, antes de ser encontrado o liquido.

IV

Os dados fornecidos pela autopsia de individuos submersos podem ser positivos sómente antes da putrefacção.

V

O cadaver encontrado em grande massa liquida não traz signal infalível de vida ou morte anterior á submersão ; porém póde trazer muitos signaes, cuja reunião nos induz muitas vezes á certeza.

VI

O aspecto da pelle, semelhante á de gallinha (chair de poule), as exco-
riações dos dedos, o limo e as areias nas unhas são signaes externos que
pódem indicar vida anterior á submersão.

VII

A espuma encontrada na trachéa e bronchios dos cadaveres de sub-
mersos é signal mais valioso de vida anterior á submersão.

VIII

Para Casper o augmento de volume dos pulmões é signal tão valioso
da asphyxia por submersão que este auctor o considera *thanognomonic*.

IX

A existencia de liquido no estomago do cadaver é signal presumivel de
asphyxia por submersão ; sendo, porém, o liquido encontrado no estomago
da mesma natureza d'aquelle em que se encontra o cadaver, este signal
adquire muito maior importancia.

X

Os signaes de hyperhemia do cerebro e dos órgãos abdominaes têm
valór muito relativo.

XI

Reconhecida a asphyxia por submersão deve-se indagar se ella se dêo
por accidente, ou com o fim de suicidio ou de homicidio.

XII

Deve-se procurar determinar o tempo que o cadaver esteve no liquido;
os signaes que levão o perito á esse resultado são diversos e de fraco
valór.

— 79 —

XIII

O exame medico-legal da asphyxia por submersão no recém-nascido é ainda mais difficil.

XIV

Esta submersão se faz commummente em pequenas massas liquidas.

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO CIRURGICA

Operações reclamadas pelas collecções de líquidos nas cavidades pleuríticas

CADEIRA DE MEDICINA OPERATORIA

I

Thoracentese é a operação que tem por fim a evacuação de líquidos ou gases contidos nas cavidades pleuríticas ; ella comprehende dous processos principaes : a *puncção* e a *incisão*.

II

Qualquer que seja a natureza do liquido derramado na cavidade pleurítica, a thoracentese é indicada quando symptomas asphyxicos ameaçarem a vida do doente (operação de necessidade).

III

A thoracentese póde ser indicada sem que haja phenomeno de asphyxia, e n'este caso é chamada operação de utilidade.

IV

Nos casos de pleurizia com derramamento seroso esta operação deve ser geralmente praticada depois da sedação dos phenomenos febris.

V

A febre da reacção não é contra-indicação absoluta da thoracentese; nos casos de asphyxia imminente a operação é o unico meio de salvar o doente.

VI

No hydrothorax symptomatico é geralmente um meio palliativo que allivia o doente.

VII

Nos derramamentos sanguineos traumaticos a thoracentese é raras vezes indicada, porque a collecção sanguinea é geralmente um meio hemostatico.

VIII

Nos derramamentos purulentos póde-se praticar a operação do empyema propriamente dito ou a thoracentese por aspiração, empregando-se n'este caso injeccões deterrentas.

IX

As lavagens e injeccões deterrentas da pleura devem ser prescriptas no tratamento dos derramamentos purulentos.

X

A incisão do thorax deve ser praticada em casos muito especiaes.

XI

De todos os aparelhos aspiradores, os melhores são os de Potain e Castiaux, modificações do de Dieulafoy.

XII

O uso das canulas de demora tem seus inconvenientes.

XIII

A utilidade do drainage, aconselhado por Chassaignac, nos derramamentos purulentos, ainda não está bem provada.

— 83 —

XIV

O siphão de Potain é util, porém é inferior aosapparelhos aspiradores.

XV

A syncope é um accidente que se póde dar na thoracentese, porém não é commum.

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO MEDICA

Dysenteria

CADEIRA DE PATHOLOGIA INTERNA

I

A dysenteria é uma molestia infecto-contagiosa, caracterizada anatomicamente por lesões nos grossos intestinos, consistindo em inflamação com tendencia á gangrena.

II

Esta affecção apresenta-se em estado sporadico, epidemico ou endemico.

III

A alimentação inconveniente e o resfriamento são as causas occasionaes mais communs da dysenteria, que depende principalmente de condições telluricas e climatericas.

IV

E' mais provavel que as emanções putridas de materias animaes sejam a origem d'esta affecção, do que os effluvios palustres.

V

Na fórma epidemica é muito commun a gangrena das duas tunicas internas do intestino.

VI

Em alguns casos perfurão-se as tres tunicas e uma peritonite mortal arrebatá o doente.

— 86 —

VII

O figado, recebendo o sangue alterado das veias mesentericas, torna-se em alguns casos séde de abcessos, que muitas vezes passam despercebidos.

VIII

A dôr no ventre, as repetidas evacuações sanguinolentas acompanhadas de tenesmos, e uma reacção febril mais ou menos intensa, são os symptomas principaes d'esta affecção.

IX

Os phenomenos ataxo-adynamicos, que se apresentam em certas dysenterias, são quasi sempre dependentes de absorpção putrida.

X

O diagnostico da dysenteria é facil.

XI

Se houver embaraço gastrico, o tratamento deve ser iniciado por um vomitivo de ipecacuanha.

XII

O tratamento da dysenteria consiste principalmente em evacuantes.

XIII

A ipecacuanha empregada segundo o methodo brasileiro, a infusão de pericaria internamente, e o seu succo em clysteres, são excellentes antidysentericos.

XIV

A pratica dos clysteres adstringentes, principalmente dos de sulphato de cobre e nitrato de prata, é bem aconselhada, sobretudo na infancia.

XV

O regimen moderado durante a molestia e a convalescença é condição essencial para o bom exito do seu tratamento.

HIPPOCRATIS · APHORISMI

I

Intestinorum difficultas si ab atra bile ortum duxerit, lethalis.
(Sec. 4^a, Aph. 24.)

II

Quibus biliosæ sunt dejectiones hæ oborta surditate cessant, et quibus adest surditas, his ex ortis biliosis dejectionibus finitur. (Sec. 4^a, Aph. 28.)

III

Quibus perfectum fuerit cerebrum, iis febrem et bilis vomitionem succedere necesse est. (Sec. 6^a, Aph. 31.)

IV

Si lingua derepente incontinens, aut aliqua copiosis pars siderata evadat, id atram bilem indicat. (Sec. 7^a, Aph. 40.)

V

Quibus jecur vehementer dolet, iis succedens febris dolorem solvit.
(Sec. 7^a, Aph. 52.)

VI

Quibus jecur aqua plenum in omentum emperit, iis venter aqua impletur et moriuntur. (Sec. 7^a, Aph. 55.)

V. 41

Esta these está conforme os estatutos.
Em 30 de Setembro de 1874.

Dr. *Pedro Affonso Franco.*
Dr. *João Martins Teixeira.*
Dr. *João José da Silva.*

ERRATA

Deixando de parte os pequenos erros typographicos de intuitiva correcção, apenas notaremos os que alteram a significação dos termos e o sentido das proposições:

PAG.	LIN.	EM VEZ DE	LEIA-SE
6	3	Frudmann	Tiedmann
"	31	<i>Sepulcresum</i>	<i>Sepulchretum</i>
7	14	Rossis	Rouis
"	"	Anneeley	Annesley
11	33	sahe	vae
13	19	ao seculo XVI, deixou	ao seculo XVI, a bile deixou
15	4	produz ictericia	produz-se ictericia
16	3	a outras	a outros
18	3	e verificado	que foi verificado
24	15	depois de	e depois de
31	3	obcedação	abcedação
"	10	e muitas vezes	e muito poucas vezes
32	14	tardão	não tardão
40	20	da atrophia	ha atrophia
42	3	encontrou 127,	encontrou 127 phthysicos,
44	3	pulmonar, na tuberculose	pulmonar da tuberculose
"	26	albuminuria,	albuminuria ;
46	24	Omibus	Quibus
48	26	elucidar	elucidar-se
51	9	raterias	arterias
"	18	fizer	faz
60	30	póde	poude
63	20	indicação	irradiação
68	32	sedenhos, e sobre	sedenhos sobre
78	7	<i>thanognomonico</i>	<i>thanalognomonico</i>