

DISSERTAÇÃO

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA MEDICA DE ADULTOS

Diagnosticos differencial entre as diversas especies de
cirrhoses hepaticas

PROPOSIÇÕES

TRES SOBRE CADA UMA DAS CADEIRAS DA FACULDADE

THESE

APRESENTADA A' FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

EM 24 DE SETEMBRO DE 1887

PARA SER SUSTENTADA

POR

Antonio Cavalcanti Sobral

NATURAL DA PROVINCIA DE MINAS GERAES

Afim de obter o grão de doutor em Medicina



Rio de Janeiro

TYPOGRAPHIA CARIOCA.—RUA THEOPHILO OTTONI 143

ESCRITORIO DO JORNAL DO AGRICULTOR

—
1887

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR.—Conselheiro Dr. Barão de Saboia
VICE-DIRECTOR.—Conselheiro Dr. Barão de S. Salvador de Campos.
SECRETARIO.—Dr. Carlos Ferreira de Souza Fernandes.

Doutores :

LENTES CATHEDRATICOS

João Martins Teixeira.....	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos.....	Chimica mineral medica e mineralogia.
João Joaquim Pizarro.....	Botanica e zoologia medicas.
José Pereira Guimarães.....	Anatomia descriptiva.
Antonio Caetano de Almeida.....	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire.....	Chimica organica e biologica.
João Baptista Kossuth Vinelli.....	Physiologia theorica e experimental.
José Benício de Abreu.....	Pathologia geral.
Cypriano de Souza Freitas.....	Anatomia e physiologia pathologicas.
João Damasceno Peçanha da Silva.....	Pathologia medica.
Pedro Afonso de Carvalho Franco.....	Pathologia cirurgica.
Conselh. Barão de S. Salvador de Campoa...	Materia medica e therapeutica, especial- mente brasileira.
Luiz da Cunha Feijó Junior.....	Obstetricia.
Visconde de Motta Maia.....	Anatomia cirurgica medicina operatoria e apparelhos.
Conselheiro Nuno de Andrade.....	Hygiene e historia da medicina.
José Maria Teixeira ...	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José de Souza Lima.....	Medicina legal e toxicologia.
Conselheiro Barão de Torres Homem.....	Clinica medica de adultos.
Domingos de Almeida Martins Costa.....	Clinica cirurgica de adultos.
Conselheiro Barão de Saboia.....	Clinica opthalmologica.
João da Costa Lima e Castro.....	Clinica obstetrica e gynecologica.
Hilario Soares de Gouvêa.....	Clinica medica e cirurgica de crianças.
Erico Mariinho da Gama Coelho.....	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
Candido Barata Ribeiro.....	Clinica psiquiatrica.
João Pizarro Gabizo.....	
João Carlos Teixeira Brandão.....	

LENTE SUBSTITUTO SERVINDO DE ADJUNTO

Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro.....	Anatomia descriptiva.
---------------------------------------	-----------------------

ADJUNTOS

.....	Physica medica.
.....	Chimica mineral medica e mineralogia.
Francisco Ribeiro de Mendonça.....	Botanica e zoologia medicas.
Genuino Marques Mancebo.....	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz.....	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho.....	Physiologia theorica e experimental.
Luiz Ribeiro de Souza Fontes.....	Anatomia e physiologia pathologicas.
.....	Anatomia cirurgica, medicina operatoria e apparelhos.
.....	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.
.....	Pharmacologia e arte de formular.
Henrique Ladislão de Souza Lopes.....	Medicina legal e toxicologia.
Benjamin Antonio da Rocha Faria.....	Hygiene e historia da medicina.
Francisco de Castro.....	Clinica medica de adultos.
Eduardo Augusto de Menezes.....	
Bernardo Alves Pereira.....	
Carlos Rodrigues de Vasconcellos.....	
Ernesto de Freitas Crissiuma.....	
Francisco de Paula Valladares.....	Clinica cirurgica de adultos.
Petio Severiano de Magalhães.....	
Domingos de Góes e Vasconcellos.....	
.....	Clinica obstetrica e gynecologica.
.....	Clinica medica e cirurgica de crianças.
Luiz da Costa Chaves de Faria.....	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
Joaquim Xavier Pereira da Cunha.....	Clinica opthalmologica.
Domingos Jacy Monteiro Junior.....	Clinica psiquiatrica.

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

INTRODUÇÃO



ENDO de deixar como ultimo adeus a esta Faculdade um trabalho que attestasse nossa passagem por ella, resolvemos a tomar por ponto o estudo do diagnostico differencial entre as diversas especies de cirrhose, estudo de summa importancia por ser uma molestia propria de nosso clima e contra a qual o clinico tem muitas vezes de lutar.

Dividimos nossa dissertação em quatro partes, constando :

A 1ª da *definição, historico divisão e anatomia pathologica.*

A 2ª da *etiologia, symptomatologia, marcha e prognostico.*

A 3ª do *diagnostico differencial entre as diversas especies de cirrheses hepaticas.*

A 4ª do *tratamento.*

Procurámos dar o maior desenvolvimento possivel a nosso ponto, de accordo com os estudos mais modernos ; entretanto, não temos a pretensão de apresentar um trabalho isempto de lacunas, em virtude da deficiencia do tempo e da pouca observação clinica, de que ainda dispomos.

DISSERTAÇÃO

DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL ENTRE AS DIVERSAS ESPECIES DE CIRRHOSSES HEPATICAS

PRIMEIRA PARTE

Definição, historico, divisão e anatomia pathologica

DEFINIÇÃO.



CIRRHOSE, na accepção etymologica da palavra, quer dizer amarello ou amarello-russo ; mas esta palavra foi empregada pela primeira vez por Laennec para dar ideia do aspecto que o figado apresentava n'uma autopsia que elle praticára e na qual encontrou este orgão amarellado e diminuido de volume.

Annos depois se estudou mais detidamente a natureza da molestia que imprimia ao figado o aspecto descripto por Laennec, e se chegou a conhecer que nem sempre a côr amarellada se patenteava e nem tão

pouco a atrophia do orgão era constante; mas, como diz Jules Arnould,— « o sentido das palavras segue exactamente o character das cousas, »— de maneira que a significação da palavra—cirrhose—se tornou mais extensiva, e hoje ella abrange todos os casos em que existe a lesão fundamental da fôrma observada por Laennec.

Assim a palavra—cirrhose— não traz absolutamente a significação de amarello ou amarello-russo, mas representa um estado pathologico bem definido : a hyperplasia do tecido conjunctivo intersticial do figado.

E tanto é assim que a inflamação hyperplasica do tecido conjunctivo de outros órgãos tem recebido o nome de cirrhose, sem que comtudo dê ao órgão affectado a côr amarellada.

Cirrhose do figado é, portanto, a inflamação chronica do tecido conjunctivo intersticial que tende, em virtude de sua proliferação, a substituir os elementos especificos da glandula hepatica.

Convindo que a palavra—cirrhose—não abrange todos os casos, se a considerarmos em sua significação etymologica, os auctores procuraram substituil-a, mas até hoje ainda não conseguiram, apesar das boas razões que apresentam.

Assim, notando-se que em todos os casos em que o tecido conjunctivo hepatico se inflamma, ha endurecimento do órgão, se propoz— para substituir ao nome de cirrhose—o de sclerose hepatica.

Hepatite intersticial é a expressão que melhor exprime a molestia que estudamos, por quanto dá ideia da natureza do processo pathologico e de sua evolução.

E' a esta expressão que cabe a definição de cirrhose que apresentamos.

HISTORICO

Por mais que o digam, não acreditamos que a cirrhose foi conhecida desde a mais remota antiguidade, porquanto sabemos que em 1819, quando Laennec sorprehendeu em uma autopsia o figado amarellado e diminuido de volume, ainda se ignorava a existencia d'esta molestia.

Façamos, portanto, o historico da cirrhose a contar de 1819.

Laennec, em 1819, dando conta de uma observação de pleurisia com hemorragia complicada de ascite, fez ver que na autopsia encontrou o figado reduzido ao terço de seu volume normal e que este órgão se achava, por assim dizer, occulto na região que occupa.

Commentando o caso, elle diz :— « Cette production est encore du nombre de celles que l'on confond sous le nom de squirrhe. Je crois

devoir la designer sous le nom de *cirrhose* à cause de sa couleur. Son développement dans le foie est une des causes les plus communes de l'ascite, et a cela de particulier qu'à mesure que les cirrhoses se développent, le tissu du foie est absorbé, qu'il finit souvent par disparaître entièrement et qui dans tous le cas un foie qui contient des cirrhoses perd de son volume au lieu de s'accroître d'autant. Cette espèce de production se développe aussi dans d'autres organes, et finit par se ramollir comme toutes les productions morbifiques. »

A citação que acabamos de fazer é encontrada em uma nota da — *auscultation mediate* — livro de Laennec, publicado em 1819. Ella demonstra á luz da evidencia que até então a cirrhose era completamente desconhecida, ou pelo menos não havia merecido a atenção dos pathologistas.

Laennec considerava a cirrhose como a causa mais frequente da ascite, assim como julgava que ella se dava em outros órgãos e acabava por amollescer-se.

Quanto ás duas primeiras opiniões, estamos perfeitamente de accordo, mas quanto á segunda, isto é, que a cirrhose acaba por amollescer-se, não podemos acceitar; e esta doutrina nada mais era do que a consequencia da theoria que Laennec formulou para explicar a cirrhose.

Assim, pensava elle que a cirrhose era uma producção heterogenea, isto é, que era o desenvolvimento no figado de uma substancia estranha á sua constituição.

Boillaud, em 1826, acreditando que no figado havia duas substancias, uma amarella ou glandular e outra vermelha ou muscular, procurou derribar a theoria da producção heterogenea e substituil-a por outra mais facil e mais attrahente.

Boillaud pensava que a cirrhose consistia na desorganisação da substancia amarella, ficando a vermelha em seu estado normal.

Andral e Bequerel, em 1829, modificaram a theoria de Boillaud e acreditavam, como elle, que havia duas substancias no figado, mas que a cirrhose era a hypertrophia da substancia vermelha e a atrophia da amarella.

Para Cruveillier, que não acreditava na existencia de duas substancias no figado, a cirrhose não passava da atrophia de uma parte da glandula e a hypertrophia da outra.

A successão rapida das theorias apresentadas para explicar a cirrhose, mostra que ellas repousavam sobre bases hypotheticas e que bastava portanto variar a hypothese para pôr por terra estas mesmas theorias.

O que seria então preciso para estabelecer uma theoria capaz de resistir a todas as objecções?— Era preciso estabelecer a histologia do figado e ver sobre qual dos elementos que entram em sua constituição se assestavam as lesões.

Foi o que fez Kiernan, em 1833 na Inglaterra, estudando, com o auxilio do microscopio, a histologia do figado.

Os estudos de Kiernan em breve se divulgaram e ainda hoje elles são aceitos. Elle mostrou que o figado era uma glandula composta de uma multidão de lobulos e que cada lobulo era formado pela reunião de muitas cellulas, sendo tanto as cellulas como os lobulos unidos entre si por tecido conjunctivo.

Em 1836, o mesmo Kiernan, mostrou que a cirrhose é devida ao desenvolvimento do tecido conjunctivo do figado.

Tão acertada como era a theoria de Kiernan, ella ainda hoje é aceita por todos os pathologistas; mas o seu conhecimento só se fez em França, depois do apparecimento da these de Gubler em 1853, que negou a existencia de duas substancias no figado e adoptou as idéas de Kiernan não só em relação á estrutura do figado, como á localisação da cirrhose no tecido conjunctivo que normalmente envolve e penetra o figado.

A existencia e a localisação da cirrhose, passaram de então em diante como um facto julgado; mas Gubler no mesmo trabalho fez ver que a cirrhose não affectava sempre a mesma fórma e fez sentir a necessidade da admissão de uma ou outra fórma.

Posta em discussão a dualidade da cirrhose, compareceram a discutir-a os mais competentes pathologistas.

Assim, em 1859, Charcot e Luys fizeram na Sociedade de Biologia, a exposição da leção especial da fórma hypertrophica.

Já em 1848, Requin tinha apresentado uma observação e em 1849 outra, ambas secundadas pela autopsia e referentes a figados cirrhoticos e hypertrophiados.

E' bem certo que Requin não teve em vista separar as duas fórmulas de cirrhose; elle quiz simplesmente mostrar que a cirrhose não era sempre ligada á atrophia, como julgavam Bequerel e Cruveillier.

Este facto da hypertrophia do figado e da cirrhose concomitantes passava com o primeiro periodo da molestia, isto é, dizia-se que só havia uma fórmula de cirrhose e que nos casos em que se encontrava o figado augmentado de volume, era porque a morte tinha sorprendido o individuo no primeiro periodo da cirrhose.

O Dr. Paul Olivier, em 1871, procurou demonstrar que o augmento de volume do figado cirrhotico não representava um estado imperfeito da cirrhose atrophica, como se julgava, e que devia ser considerado como uma fórmula diversa de cirrhose a *cirrhose hypertrophica*.

Depois do trabalho de Olivier, vieram os de Hayem, em 1874, e Cornil, em 1875, que confirmaram as opiniões de Olivier, Charcot e Luys; porém, cabe a Hanot a gloria de ter, em 1876, separado completamente as duas fórmulas de cirrhose.

De então por diante a dualidade da cirrhose não soffreu mais contestações, a não ser na Allemanha, onde até hoje bem poucos pathologistas admittem a fórmula hypertrophica da cirrhose.

Os estudos sobre a cirrhose tomaram, de 1876 em diante, grande incremento e grande foi o numero de auctores que procuraram estabelecer a differença entre as duas fórmulas, distinguindo-se d'entre elles o eminente Charcot, que em seu trabalho de 1882 sobre as molestias do figado, deixa fóra de duvida a dissimilhança que existe entre as duas fórmulas.

Como é natural, desde que se estabeleceram duas fórmulas de cirrhose, a coexistencia das duas fórmulas começou a ser suspeitada e uma nova fórmula de cirrhose do figado—*a cirrhose mixta*—começou a merecer a attenção de alguns clinicos. E' assim que Kelsch e Vannebraucq, em 1880, se occuparam, em um importante trabalho, da fórmula mixta da cirrhose do figado.

N'este rapido historico só temos citado aquelles trabalhos que imprimiram ao estudo da cirrhose uma nova phase, deixando de citar muitos outros, aliás importantes, porque elles nada mais fizeram do que confirmar os que aqui citamos.

Em 1881 appareceu a these de Talamon que veio confirmar a existencia da cirrhose cardiaca, já anteriormente descripta como uma complicação das affecções cardiacas.

Os trabalhos de Murchisson e de Frerichs merecem tambem ser mencionados.

DIVISÃO

A divisão da cirrhose é um assumpto de grande importancia e merece ser discutido com grande reflexão, por quanto, procurando nós estabelecer o diagnostico differencial entre as diversas especies de cirrhose, precisamos saber quantas e quaes são estas especies; por isso procuraremos tratar d'este assumpto com grande calma.

Pareceria á primeira vista que sendo a cirrhose do figado a inflamação do tecido conjunctivo que normalmente envolve e penetra este orgão, nenhuma variação poderia existir em sua manifestação; entretanto, como vimos quando nos occupamos com o historico da cirrhose, esta molestia não affecta sempre a mesma fórma, d'onde a necessidade de se estabelecer uma divisão para servir de base ao estudo do diagnostico differencial entre as diversas fórmas.

Quaes os meios de que poderemos dispôr para fazermos esta divisão?

Até hoje se tem recorrido á etiologia e á anatomia pathologica para estabelecer a classificação das cirrhoses.

Lanceraux recorre á etiologia para dividir as cirrhoses; elle declara que as hepatites intersticiaes só reconhecem tres causas: o alcoolismo, a syphilis e o impaludismo.

Assim, elle divide a cirrhose em tres especies, attendendo ás tres causas que as produzem, e admitte a cirrhose alcoolica (que se divide em vulgar ou de Laennec e gordurosa,) a syphilitica e a paludica. (*)

Admittindo que sejam só estas as causas da cirrhose, a classificação de Lanceraux não satisfaz, pelo contrario, ella é deficiente e erronea, por quanto ahi encontramos a cirrhose hypertrophica no grupo das cirrloses paludicas; ora, como sabemos, o impaludismo é uma das causas da cirrhose atrophica e se assim é não podemos classificar a cirrhose hypertrophica no grupo das cirrloses paludicas.

Accresce ainda que, para Lanceraux, não é preciso que os doentes tenham soffrido os insultos da intoxicação palustre para que apresentem a cirrhose hypertrophica.

A escola allemã acceita a classificação etiologica, e tanto isto é verdade que Magendorf, em um recente trabalho sobre a cirrhose biliar, assim se exprime:

« Parece-me que de modo algum estamos autorizados a classificar as cirrloses, segundo uma base anatomo-pathologica. E' bem possivel que trabalhos posteriores permittam semelhante classificação, mas por enquanto é preciso voltar á antiga classificação etiologica. »

A classificação etiologica póde, sem duvida, prestar alguns serviços, mas está longe de ser comparada com a anatomo-pathologica, que se assenta sobre bases muito mais seguras e positivas.

Esta classificação assenta sobre a localisação differente do tecido conjunctivo neo-formado no seio da glandula hepatica.

Assim, se a inflammação se limitar ao tecido conjunctivo que circumda os vasos sanguineos, nós teremos a cirrhose venosa ou atrophica; se, porém, a cirrhose se assestar no tecido conjunctivo que envolve os canaliculos biliares, a cirrhose é denominada—biliar ou hypertrophica.

E' a cirrhose atrophica extra-lobular, ao passo que a hypertrophica é—intra e extra-lobular.

Entretanto, estas duas fórmas, longe de se excluirem, podem, pelo contrario, coexistir e nós teremos então uma terceira fórmula—a cirrhose mixta.

(*) Revue de medecine (1882).

E' esta a classificação anatomo-pathologica ; ella ainda hoje soffre contestações e é insufficiente para dar conta de todas as modalidades clinicas sobre que a cirrhose póde-se apresentar.

Em nossa opinião, para termos uma classificação capaz de satisfazer as exigencias da clinica, deveremos combinar as duas classificações—a etiologica e a anatomo-pathologica.

Assim, tomando por base a classificação anatomo-pathologica, nós dividiremos a cirrhose em : atrophica, hypertrophica e mixta.

Mas, attendendo a que a cirrhose atrophica, produzida pelo alcool não é inteiramente semelhante á que reconhece por causa as lezões do coração, não só em relação ao processo anatomo-pathologico, como também pela differença na evolução de alguns symptomas, nós seremos obrigados a admittir uma outra fórma de cirrhose—a *cirrhose cardiaca*.

A syphilis, uma das causas da cirrhose, dá ao figado um aspecto diverso d'aquelle em que a molestia póde ser attribuida ao alcool ou ao impaludismo, de maneira que outra divisão da cirrhose atrophica é— a *cirrhose syphilitica*.

E' preciso notar que, quer seja o alcool ou o impaludismo, quer as lezões organicas do coração, quer a syphilis, a neo-formação conjunctiva se estabelece ao redor dos vasos sanguineos e por isso estas tres especies podem ser comprehendidas debaixo de uma só classe geral—a *cirrhose venosa*.

Cumpre advertir que a cirrhose que reconhece por causa a syphilis —nem sempre é venosa ; ella póde ser biliar ou mixta ; mas, como na maioria dos casos ella tem origem ao redor das radículas da veia porta, nós a classificaremos no numero das cirrhouses venosas. De mais, a retracção que experimenta o figado nos casos de cirrhose syphilitica é uma das razões que poderosamente influe para que a classifiquemos no grupo das *cirrhouses atrophicas*.

O impaludismo é também uma das causas mais frequentes da cirrhose e a elle attribue Lanceraux grande valor para a classificação das cirrhouses ; e tanto assim é que elle admittia uma especie de cirrhose a que denominava de— *paludica*.

Não foi só Lanceraux quem admittiu a cirrhose paludica como uma especie a parte; outros auctores a tem admittido, descrevendo-a com o titulo de *cirrhose hypertrophica sem ictericia*.

O nosso modo de ver sobre este assumpto irá consignado na segunda parte d'este trabalho, quando nos occuparmos das causas da cirrhose hypertrophica ou biliar; mas, podemos de ante-mão dizer que o impaludismo é causa da cirrhose atrophica e não da hypertrophica, como pensava Lanceraux.

E' sabido que os primeiros phenomenos da intoxicação palustre se traduzem no figado por congestões que trazem como consequencia o augmento de volume d'este orgão; é tambem sabido que a cirrhose paludica traz augmento do figado, mas ninguem ignora que a este augmento de volume succede a atrophia.

A cirrhose paludica traz ascite e diminuição do volume do figado em uma época adiantada, não é precedida nem seguida de ictericia; deve portanto ser classificada na classe da cirrhose atrophica.

Pelo que temos dito se deduz que, para nós, a cirrhose paludica não figura como uma especie distincta, porquanto ella se amolda perfeitamente na cirrhose que descrevemos sob o titulo de cirrhose atrophica vulgar, da qual não differe senão pela causa.

Assim, pois, recapitulando, podemos dividir a cirrhose em :

- Venosa ou atrophica.
- Hypertrophica ou biliar.
- Mixta.

Como a primeira d'estas especies admite duas variedades conforme a causa que a produz, nós teremos mais duas especies — a *cirrhose cardiaca* e a *cirrhose syphilitica*.

Temos, pois, cinco especies de cirrhose do figado :

1ª *Cirrhose atrophica* que póde ser : *alcoolica* ou *paludica*, *cardiaca* e *syphilitica*.

2ª *Cirrhose hypertrophica*.

3ª *Cirrhose mixta*.

Anatomia pathologica

CIRRHOSE ATROPHICA OU VENOSA

Para conveniencia do estudo das lesões anatomicas da cirrhose atrophica, os auctores dividem esta molestia em dous periodos.

PRIMEIRO PERIODO. — No primeiro periodo o figado acha-se em geral augmentado de volume, sua superficie é lisa ou apenas granulosa e sua fórma não soffre alteração alguma.

O figado acha-se hyperemiado, sua consistencia é augmentada e sua côr é quasi sempre normal.

Fazendo-se uma secção n'este órgão nota-se com o auxilio da lente que elle se acha impregnado de uma substancia liquida de côr cinzenta clara, que é formada de elementos conjunctivos muito delicados e de cellulas fusiformes; no meio d'esta substancia encontra-se o tecido normal em fórma de ilhotas mais ou menos salientes.

A superficie da glandula pequenas modificações apresenta, em geral, o involucro se torna mais opaco, e aqui e alli se encontram placas de proliferação conjunctiva na capsula de Glisson.

As cellulas hepaticas n'este periodo não apresentam alterações, de modo a levar alguns autores a não admittir este periodo; mas, as adherencias entre o figado atrophiado e o diaphragma denunciam a sua existencia.

SEGUNDO PERIODO. — N'este periodo o facto que mais attrahe a attenção do observador é a diminuição ou atrophia do figado.

Com effeito, o peso do figado que no estado normal é de 1450 grammas, pôde ser reduzido a 900 e mesmo a 800 grammas.

A fórma d'este órgão, que no estado normal é lisa, apresenta-se completamente bosselada e irregular; por toda a superficie se notam saliencias e depressões.

A cõr apresenta-se mudada ; ás vezes ella é amarella, outras amarello-esverdeada, e algumas parda e de aspecto pardacento.

Em uma superficie da secção nota-se que os lobulos se acham circumscriptos em uma especie de rêde que é formada pelo tecido conjunctivo hyperplasiado.

O tecido hepatico fórma as granulações, cujo tamanho e numero são variaveis ; ellas são formadas de alguns lobulos.

O tecido fibroso resultante da hyperplasia do tecido conjunctivo, que normalmente envolve o figado e o penetra, offerece resistencia á faca e sua secção nos dá uma sensação semelhante áquella que se experimenta quando se corta o couro ; a faca range, como se diz vulgarmente.

O tecido conjunctivo apprehende a substancia hepatica como se fõsse um anel e por isto se diz que a cirrhose atrophica é — annular ; deste anel principal partem para a parte central prolongamentos que muitas vezes são incompletos, e outras vezes elles atravessam o anel de um lado a outro e dividem a granulação principal em outras tantas granulações secundarias ; de maneira que podemos dizer que a cirrhose atrophica é — annular e multilobular.

Acontece algumas vezes que, em um periodo adiantado da cirrhose, cada lobulo tem o seu anel e então, como muito bem diz Charcot, a cirrhose atrophica é — annular, multilobular e extralobular.

As cellulas hepaticas, em virtude da compressão que soffrem pela retracção do anel fibroso, apresentam modificações que precisam ser estudadas.

Assim, pela secção do lobulo e com instrumentos de augmento, se conhece que as cellulas hepaticas já não offerecem a mesma disposição regular que se as vê affectar no estado normal ; ellas, em vez da fórma radiada que apresentavam, tornam-se amontoadas umas sobre as outras de modo a fazer desaparecer o aspecto symetrico e rectilineo que possuiam.

Ao mesmo tempo as fendas inter-cellulares desaparecem.

Se examinarmos cada cellula por sua vez, veremos que ellas se têm deformado, que não apresentam o achatamento que era de esperar, pela compressão que têm soffrido.

Todavia, com um pouco mais de attenção, acabamos por distinguir em alguns dos lobulos que formam as granulações, e antes nas partes centraes ou nas periphericas, um numero variavel de pontos, fôcos onde as cellulas, tendo conservado sua fôrma polygonal, tornaram-se de muito pequenas dimensões. (Charcot)

E' que as cellulas hepaticas tendem a desaparecer para serem substituidas pelo tecido conjunctivo.

O mecanismo pelo qual se dá esta desaparição da cellula é o da atrophia simples ; ellas apresentam uma pigmentação mais ou menos pronunciada, e de espaço em espaço se as encontra infiltradas de granulações gordurosas. Entretanto, esta granulação não é commum a todos os casos de cirrhose.

Outras alterações se dão no figado cirrhotico e estas são as mais importantes ; queremos nos referir áquellas de que os vasos hepaticos são a séde.

A cirrhose, diz Budd, é a consequencia de uma inflammção adhesiva do tecido areolar na vizinhança dos pequenos ramos da veia porta. Hoje, que a Histologia está mais adiantada, Klebs determinou que os elementos embryonarios do tecido conjunctivo se veem durante o primeiro periodo da molestia, na parede das veias e em sua vizinhança immediata, na capsula de Glisson.

A phlebite e a periphlebite porta intra-hepaticas são o ponto de partida do prosesso scleroso.

Resta saber em que parte dos ramos da veia porta se dá esta phlebite. Charcot acredita que não é nos mais finos ramos da veia porta que se dá a phlebite e nem tão pouco nos mais volumosos, mas sim nos intermediarios, isto é, n'aquelles a que denominou de pre-lobulares.

D'ahi começam as alterações que trazem em consequencia o embaraço da circulação, embaraço este que se traduz por congestões para os vasos intestinaes, e pela ascite.

A falta de ictericia é explicada por Charcot pelo modo por que se faz a destruição das vias biliares, isto é, o seu desaparecimento se dá do centro para a periphéria á medida que as cellulas hepaticas desaparecem.

Das alterações que se dão para os outros órgãos, a que mais chama a attenção é—a tumefacção do baço.

Os auctores explicam este augmento, pelo embaraço mecanico trazido á circulação intra-hepatica.

As outras alterações, pouco interesse têm e por isto as deixamos de lado para nos occuparmos com a anatomia da cirrhose hypertrophica.

CIRRHOSE HYPERTROPHICA OU BILIAR

O augmento de volume do figado é um facto constante na cirrhose biliar e este augmento cada vez mais se accentua, podendo o figado em alguns casos apresentar proporções consideraveis. O peso da glandula hepatica em geral é de 2,000 grammas, podendo entretanto attingir a 2,500, e 3,000 ou mesmo 3,500 grammas, como foi observado pelo Dr. Olivier.

A fórma do órgão não se modifica sensivelmente, e n'esta especie a superficie da glandula é lisa e os bordos cortantes ao contrario do que se observa na cirrhose atrophica cuja superficie apresenta granulações, depressões, saliencias, bridas, etc. E' verdade que na cirrhose hypertrophica podemos observar granulações, porém estas são inteiramente diferentes das que se observa na cirrhose atrophica.

Quando ha peri-hepatite, a capsula de Glisson acha-se espessa e adherente aos órgãos vizinhos; quando a peri-hepatite não se dá, a capsula é transparente e deixa vêr o tecido hepatico subjacente.

A còr do figado soffre modificações; assim elle pôde apresentar-se amarellado ou pardacento.

A côr amarella é devida á impregnação do parenchyma hepatico pela bilis, e conforme o gráo d'esta impregnação varia a intensidade da côr.

Quando se observa a côr amarellada ou pardacenta—é porque houve peri-hepatite.

A consistencia apresenta-se augmentada, porém não tanto como na cirrhose atrophica.

LEZÕES MICROSCOPICAS. — N'esta fôrma, como na cirrhose atrophica a primeira cousa que nos chama a attenção é o grande desenvolvimento do tecido conjunctivo; mas na cirrhose atrophica a neo-formação conjunctiva envolve o lobulo e não o penetra. Na cirrhose hypertrophica a inflammiação não se limita ao tecido conjunctivo que envolve o lobulo; ella começa n'aquelle que penetra o lobulo e d'ahi se propaga ao tecido conjunctivo inter-lobular; é por tanto, a cirrhose hypertrophica-intra e inter-lobular.

Um facto que chama a attenção do observador é o grande desenvolvimento dos canaliculos biliares inter-lobulares.—« Em todos os casos, encontra-se os espaços inter-lobulares sulcados por uma rêde de canaliculos biliares, bem desenvolvidos, tendo uma parede muito accentuada e cheia de cellulas epitheliaes cubicas. Uns têm uma disposição regular do epithelio, com luz central, em outros o calibre é obturado de algum modo pelas cellulas irregularmente dispostas ». — (Charcot.)

Uma questão importante é saber se estes canaliculos já existiam normalmente e são simplesmente dilatados, ou se sua presença é devida a uma formação nova.

A questão, para Cornil, foi resolvida pela primeira das hypotheses, isto é, elle acredita que os canaliculos biliares que se mostram na cirrhose hypertrophica, não são de nova formação e já existiam n'um estado mais rudimentar. Se examinarmos o tecido conjunctivo que envolve os canaliculos na proximidade dos lobulos, reconheceremos que é ao redor d'elles que se acham accumuladas as cellulas embryonarias.

Um facto não menos importante é que examinando o tecido conjunctivo que envolve os canaliculos biliares, reconhece-se que os indicios

anatomicos do processo inflammatorio são sobre tudo pronunciados na vizinhança immediata d'estes canaliculos. Ha pois,— *peri-angiocholite*.

O epithelio que se desenvolve no interior dos canaliculos biliares demonstra que estes canaliculos foram a séde de um catarrho. Ha portanto *angiocholite*.

A *angiocholite* e a *peri-angiocholite* se desenvolvem em toda a extensão da glandula hepatica e parecem affectar systematicamente as vias biliares inter-lobulares, não interessando as de maior calibre.

Os vasos sanguineos não experimentam modificações sensiveis, e isto nos explica a falta de ascite n'esta especie de cirrhose.

Em um periodo adiantado, as cellulas hepaticas soffrem alterações em razão da proliferação do tecido conjunctivo.

LEZÕES ACCESSORIAS. — O baço, do mesmo modo que na cirrhose atrophica, se acha augmentado de volume; mas na cirrhose hypertrophica não podemos, para explicar esta hypertrophia, appellar para o embaraço circulatorio.

RENDU pensa que o augmento de volume do baço é devido á mesma causa que produziu a cirrhose.

SURRE suppõe que a alteração do sangue goza de um papel importante na producção da splenomegalia.

A capsula do baço tambem soffre alteração; ella se apresenta espessada. A côr d'este orgão varia do vermelho vivo ao amarello violaceo, seu tecido ora é resistente, ora amollecido.

O peritoneo é muitas vezes séde de uma iuflammação, que ora é circumscripta, ora se estende ao resto do abdomen.

Os rins apresentam tambem algumas alterações, que podem ser attribuidas ao mesmo processo geral que determinou a cirrhose.

Algumas vezes nota-se as lezões proprias de um pleuriz em virtude da propagação da peri-hepatite.

O coração apresenta algumas modificações, cuja interpretação é difficil, porque ellas podem ser devidas ás causas que produziram a cirrhose e não á propria cirrhose.

CIRRHOSE MIXTA

Esta especie de cirrhose apresenta, como veremos mais adiante, duas fórmas : uma á que podemos chamar — *venosa-biliar* e a outra que póde receber a denominação de — *biliar-venosa*.

Em ambas se encontram as lesões das duas especies: atrophica e hypertrophica ; mas na primeira, isto é, na venosa-biliar, são mais accentuadas as lesões da cirrhose atrophica, ao passo que na segunda são as lesões da cirrhose hypertrophica que predominam.

Não precisamos nos deter, portanto, no estudo anatomo-pathologico d'estas duas fórmas.

CIRRHOSE CARDIACA

Em virtude do embaraço da circulação que se dá acima das veias supra-hepaticas, uma congestão passiva manifesta-se n'estas veias e d'ahi naturalmente para a veia central dos lobulos, de maneira que o primeiro phenomeno a observar em um figado cardiaco (se é que assim se o póde chamar) é a dilatação consideravel da veia central dos lobulos.

A congestão que se dá na veia central faz com que o centro do lobulo se torne muito mais vermelho que as partes periphericas ; em virtude da dilatação d'essas mesmas veias, as cellulas periphericas se acham comprimidas, e, portanto, anemiadas em relação á parte central. Estas duas circumstancias explicam a differença de coloração que existe entre a parte central, que é vermelha, e a parte peripherica do lobulo, que é acinzentada, e d'ahi a denominação de figado moscado, que os inglezes erroneamente deram ao figado cardiaco (1) pela semelhança que offerece com a noz moscada.

(1) A expressão—figado cardiaco—é má—porque dá uma idéa etiologica falsa.

O exame microscopico mostra que a veia central se acha dilacerada e que os capillares vizinhos se apresentam turgidos e dilatados.

As cellulas hepaticas apresentam modificações importantes; assim, as da parte central do lobulo são atrophias e tem o protoplasma cheio de granulações pigmentares e cristaes de hematóidina; as da parte peripherica apresentam granulações gordurosas.

Até aqui temos descripto as lesões do primeiro periodo, isto é, d'aquelle a que os auctores denominam — periodo congestivo.

No segundo periodo, em razão da retracção do tecido conjunctivo de nova formação, o figado se atrophia e sua superficie apresenta o mesmo aspecto que se observa na cirrhose atrophica vulgar ou alcoolica.

Em uma superficie de secção se observa as mesmas alterações que vimos affectar o figado na cirrhose atrophica, isto é, o grande desenvolvimento do tecido conjunctivo nos espaços inter-lobulares e se dirigir mais especialmente para o lado das ramificações da veia porta.

Os canaliculos biliares são em geral encontrados em bom estado.

A origem da neo-formação conjunctiva é, para a mór parte dos auctores, no tecido conjunctivo, intra-lobular e principalmente n'aquelle que circunda a veia central.

Talamon, em sua these sobre figado cardiaco, refuta esta opinião e demonstra que a cirrhose cardiaca é inter-lobular. Compartilham d'esta opinião Wickman, Legg e Rendu.

As demais alterações são inteiramente semelhantes ás da cirrhose atrophica vulgar.

CIRRHOSE SYPHILITICA

Na cirrhose syphilitica, a heperplasia do tecido conjunctivo não affecta em geral senão um dos lóbos, ou mesmo invade os dois, mas esta proliferação conjunctiva não se faz em todo o orgão; ella fica disseminada por placas aqui e alli, deixando entre as placas—zonas perfeita-

mente normaes ; de maneira que, depois da retracção, o figado se acha dividido em uma porção de lóbos secundarios, que dão á superficie da glandula aspecto irregular e nodoso.

Bridas consideraveis são observadas entre estes lóbos secundarios.

Os auctores dividem a cirrhose syphilitica em tres periodos, a saber: 1º periodo, ou aquelle em que ha augmento de volume do figado ; 2º periodo, ou aquelle em que o figado volta ao volume normal ; 3º periodo, ou aquelle em que o figado se acha atrophiado e deformado.

No primeiro periodo, a fórma do orgão não soffre alteração ; sua côr é amarellada.

No segundo, o figado apresenta granulações variaveis em numero e tamanho ; as gomas pôdem apparecer.

No terceiro, sua superficie é percorrida por sulcos, circumscrevendo os lóbos secundarios.

O facto que mais attrahe a attenção é a desigualdade do processo nos dous lóbos, sendo de observação que a cirrhose syphilitica affecta de preferencia o lóbo esquerdo e n'este tem por sêde de predilecção o bordo anterior.

LEZÕES MICROSCOPICAS.—Na superficie de secção nota-se que o tecido conjunctivo se acha consideravelmente desenvolvido, e que esta proliferação não se limita aos espaços inter-lobulares ; ella invade o interior do lobulo.

A cirrhose syphilitica, pelo que acabamos de referir, pôde comparar-se á cirrhose hypertrophica ; como esta, ella é extra e intra-lobular.

Entretanto, sob o ponto de vista da anatomia pathologica, ella guarda algumas relações com a cirrhose atrophica, porquanto um annel fibroso envolve, em certos pontos da glandula, o lobulo.

Quando fizemos a divisão, collocamos esta cirrhose na classe da cirrhose atrophica, por que, além da symptomatologia ser muito approximada da cirrhose vulgar,—o figado n'estas duas especies soffre a diminuição de volume.

As cellulas hepaticas soffrem as mesmas alterações já descriptas nas outras especies de cirrhose.

Os canaliculos biliares quasi sempre não soffrem alteração alguma ; mas os vasos sanguineos, em um periodo adiantado da molestia, acham-se alterados pela compressão sobre elles exercida em razão da retracção do tecido fibroso.

O resultado d'esta alteração é o embaraço da circulação da veia porta, que se traduz, aos olhos do clinico, pela ascite.

Qual será o ponto de partida da neo-formação conjunctiva ?

Será a phlebite porta ? Não, porque não só o exame microscopico não nos autorisa a aventar semelhante hypothese, como tambem a ausencia da ascite, que só em periodo adiantado apparece, demonstra que não são ramificações da veia porta o ponto de partida da neo-formação conjunctiva.

Será a rede de canaliculos biliares ? Não, porque as experiencias têm demonstrado que estes vasos são perfeitamente permeaveis.

Qual será então o ponto de partida da neo-formação conjunctiva ? Para Hayem, são as alterações dos lymphaticos que constituem o ponto de partida do desenvolvimento hyperplasico do tecido conjunctivo na cirrhose syphilitica. Esta opinião parece justificavel desde que Klebs, na Allemanha, encontrou quasi sempre pequenas gomas na vizinhança dos vasos lymphaticos.

LEZÕES ACCESSORIAS.— Como em todas as outras especies de cirrhose, os rins, o baço e outras glandulas soffrem alterações em consequencia da cirrhose syphilitica.

Os ossos tambem apresentam alterações, o que demonstra que é antes á causa que produziu a cirrhose do que á esta que se devem ligar essas alterações.

Algumas vezes, em lugar da hypertrophia do baço, encontramol-o pelo contrario — atrophiado.

SEGUNDA PARTE

Descrição das cirrheses

CIRRHOSE ATROPHICA

SYNONIMIA.—Cirrhose atrophica, endurecimento granuloso do figado, atrophia chronica, cirrhose alcoolica, hepatite intersticial atrophica, sclerose venosa ou vascular, cirrhose vulgar, cirrhose de Laennec.

ETIOLOGIA

Podemos dividir as causas da cirrhose atrophica em predisponentes e determinantes; entre as primeiras se destacam: a idade, o sexo, os habitos, as profissões, a constituição e certos estados especiaes, como sejam:— a prenhez e a diathese gottosa; nas segundas contamos: o alcool e o impaludismo.

Causas predisponentes

IDADE.—Sem que nenhuma idade seja respeitada, porquanto ella tem sido observada nas crianças e nos velhos, tem predileção, ou por outra, é mais vezes encontrada entre os 50 e 70 annos, segundo Frerichs, ao passo que Murchisson diz que ella é mais frequente entre 35 e 60 annos.

SEXO.—Ambos os sexos pagam o seu tributo, porém o masculino é mais victimado porque se expõe muito mais ás causas determinantes.

HABITOS.—Os individuos habituados ao uso do alcool, assim como aquelles que abusam da mustarda, pimenta e café muito carregado estão um tanto preparados para contrahir a molestia.

PROFISSÕES.—Das profissões, as que mais predispõem são aquellas em que o individuo manipula o alcool; taes são as de cervejeiro, licorista, e ainda aquellas que fazem com que esteja exposto ao frio e á humidade, pelo que elles procuram constantemente ingerir o alcool para prevenirem-se de molestias inherentes ás mudanças de temperatura, humidade, etc.

CONSTITUIÇÃO.—A constituição fraca concorre para o apparecimento da cirrhose atrophica.

DIATHESE GOTTOSA.—Murchisson admite que a gotta predispõe excessivamente para o apparecimento da molestia e que os individuos que soffrem da diathese gottosa estão muito sujeitos a tornarem-se cirrhoticos mediante a acção do alcool, ainda mesmo em fraca dóse.

PRENHEZ.—A influencia da prenhez é citada pelo Dr. Olivier, que explica sua acção pela congestão hepatica que ella determina.

Causas determinantes

No estudo das cirrroses os auctores se dividem, abraçam opiniões extremadas; o mesmo, porém, não acontece quanto tratam da acção do alcool no determinismo da cirrhose atrophica, que por esta razão recebeu o nome de cirrhose alcoolica.

Com effeito, todos elles se combinam quando põem em primeiro lugar nas causas determinantes a acção irritante do alcool.

Gubler é de opinião que o alcool de boa qualidade produz lezão da aorta, ao passo que é o ligado que soffre a acção do de má qualidade.

Esta opinião é compartilhada pelo sabio mestre o Exm. Sr. Barão de Torres Homem, de quem já a ouvimos, quando tratou do diagnostico da cirrhose no caso que observamos, e que irá consignado n'este trabalho.

Os vexames por que passam os individuos que se entregam ao abuso do alcool, sendo sempre apontados ridiculamente por todos, fazem com que o medico encontre da parte do doente a mais pertinaz negação quando trata de averiguar este dado etiologico.

Accresce ainda que a cirrhose póde ser determinada por quantidade de alcool insufficiente para produzir o alcoolismo, de maneira que muitas vezes o individuo chega a declarar que fazia uso do alcool, mas não quer que se attribua a isso a sua molestia, por que, diz elle : *não fazia excessos*.

Frerichs em 36 casos de cirrhose por elle observados encontrou 16 em que a molestia devia ser attribuida ao alcool ; quanto aos restantes, diz elle, que muitos d'entre elles eram suspeitos de abuso de alcool.

Me parece que a estatistica de Frerichs, que apresenta uma média de 44,5 % poderia tomar maior vulto se da parte do doente e da familia do mesmo não encontrasse o clinico os embaraços já acima apontados.

Murchisson (*) em seu tratado das molestias do figado, referindo-se á acção dos alcoolicos, diz :— « Il est très rare que la vraie cirrhose provienne d'un autre cause, car bien qu'on la rencontre parfois chez des jeunes enfants, il se peut dire que, dans beaucoup de ces cas, la maladie soit—unes des autres formes de l'atrophie chronique. »

Esta opinião é sem duvida exagerada e por nossa parte acreditamos que se o alcool tem grande importancia na producção da cirrhose, nem todos os casos podem por elle ser explicados, e tanto assim é que Frerichs, além de fallar em outras causas, de que em breve nos occuparemos, dedica a este estudo um paragrapho intitulado : *causas desconhecidas*.

Demonstrada pela observação a acção ethiologica do alcool, era preciso demonstrar o meio por que elle actua.

Pelas experiencias que se tem feito com o fim de desvendar o mecanismo d'esta acção se conclue que o alcool actua irritando as radículas

(*) Murchisson—« Traité des maladies du foie »—1878—pag. 291.

da veia porta, onde elle se acha, depois de sua passagem rapida pelas veias intestinaes.

Por sua acção irritante—o alcool produz, em contacto directo com esses vasos, uma acção tambem irritante ; essa irritação se propaga ao tecido conjunctivo que circumda os vasos hepaticos.

Outros explicam a acção do alcool pelas congestões que para o figado elle traz.

E' aqui occasião de fallar no modo de ingestão do alcool. E' claro que durante as refeições e sendo pouco concentrado—o alcool não póde ter influencia pronunciada na producção da cirrhose ; o mesmo, porém, não acontece quando elle é concentrado e ingerido em jejum, por quanto n'este caso a absorpção é rapida e o contacto com as paredes vasculares se estabelece de uma maneira mais pronunciada.

Não nos devemos esquecer de fallar de outras causas capazes de produzir a cirrhose atrophica.

As observações têm demonstrado que são capazes de produzir a cirrhose : o impaludismo, a syphilis, e as lezões do coração ; d'estas duas ultimas não fallaremos ; as cirrhoses por ellas produzidas serão tratadas em separado, porque, como já vimos, se affastam do typo vulgar da cirrhose atrophica.

Da mesma maneira que o alcool e o impaludismo actuam produzindo congestões para o lado do figado, estas congestões constantes, quando o individuo não se liberta da molestia que o affecta, vêm no fim de certo tempo determinar o apparecimento da cirrhose.

Este facto é muito commum em nosso paiz onde a malaria existe em abundancia, e de par com ella acha-se a circumstancia de estar o Brazil em uma zona torrida ; o que predispõe para as molestias do figado ; de sorte que o apparecimento da cirrhose reconhece aqui, quasi sempre, o elemento palustre como causa.

Já deixamos ver como actua o impaludismo na producção da cirrhose e não resta mais senão consignar a opinião de Cornil.

Pensa elle que o miasma palustre faz com que o sangue se carregue de granulações pigmentares; estas granulações determinam uma inflam-

mação da parede dos vasos portas e como consequencia vem a inflamação do tecido conjunctivo ou a cirrhose.

Ha ainda algumas outras causas que se referem á ingesta, e entre ellas figura o abuso do café.

Em nenhuma outra parte se abusa do café como no Brazil, entretanto a cirrhose é aqui uma molestia relativamente rara, e os casos observados reconhecem sempre por causa o alcool ou o impaludismo.

Talvez na Europa o café produza a cirrhose atrophica por se achar de mistura com outras substancias que sejam capazes de ao menos predispor o individuo a contrahil-a.

Terminado o estudo das causas, passemos ao estudo da symptomatologia.

SYMPTOMATOLOGIA

Dividiremos em dous periodos os phenomenos observados n'esta molestia, comquanto não sejam elles bem delimitados e passe muitas vezes despercebido o primeiro periodo.

E' nossa intenção procedermos com methodo e esta razão é bastante para que separemos cuidadosamente cada um dos periodos.

Primeiro periodo.—Os symptomas de uma simples perturbação da digestão, são muitas vezes os primeiros phenomenos observados. Passados que sejam estes symptomas os doentes podem se entregar ás suas occupaões habituaes, de maneira que só mais tarde, quando as perturbações gastro-intestinaes se têm tornado constantes é que os doentes recorrem ao medico.

Outras vezes, porém, assim não acontece e a attenção do doente só é despertada quando elle vê seu ventre augmentar de volume, isto é, quando a ascite já se tem estabelecido.

Nos casos em que as perturbações gastro-intestinaes abrem a scena, nota-se : nauseas, uma sensação especial de fraqueza, que desperta uma

necessidade imperiosa das bebidas alcoolicas, vomitos matutinos, repugnancia para a alimentação solida, flatulencia e sensação de tensão do ventre depois das refeições, lingua saburrosa e amarga, alternativas de diarrhéa e constipação, hemorrhoidas, urinas carregadas, muitas vezes perturbadas pela presença de uratos e contendo algumas vezes pigmento biliar, máo estar e abatimento. Estes symptomas manifestam-se intermitentemente, sendo que durante os intervallos os doentes sentem-se perfeitamente bem.

Em um periodo mais adiantado, o doente emmagrece, torna-se pallido, as maçãs do rosto e as azas do nariz tornam-se violaceas, devido isto ao desenvolvimento dos capillares sanguineos; outras vezes o primeiro symptoma é uma dôr surda que se produz no hypocondrio direito e se irradia algumas vezes até á espadua.

A molestia começa algumas vezes com mais gravidade e os symptomas observados são: febre, dôr na região hepatica, vomitos, ictericia e diarrhéa, podendo, entretanto, já existir o estado chronico e n'este caso o apparecimento dos symptomas acima referidos nada mais é que a expressão de um desvio no regimen, algum abuso do alcool, etc.

Um symptoma que algumas vezes é o primeiro a manifestar-se é uma secura da pelle e a supressão da transpiração.

Outras vezes temos como primeiro phenomeno a observar—gastrorrhagia ou enterorrhagia; este facto, porém, é poucas vezes observado.

O symptoma que mais chama a attenção e que tem grande valor é a ascite, que limita os dous periodos da molestia. Este symptoma deve ser estudado no segundo periodo.

SEGUNDO PERIODO.— Os symptomas do segundo periodo são mais limitados e caracteristicos; elles merecem um estudo mais detalhado.

O estudo dos symptomas da cirrhose atrophica póde ser dividido em 6 partes, a saber:

1^a. Estudo dos symptomas que se referem ao figado, seus caracteres physicos e materiaes.

2^a. Item dos symptomas que se referem ao baço — seus caracteres physicos e materiaes.

- 3ª. Item da ascite, suas causas e consequências.
- 4ª. Item da circulação suplementar.
- 5ª. Item dos caracteres chimicos e physicos das urinas.
- 6ª. Item das perturbações da nutrição.

1ª. CARACTERES PHYSICOS E MATERIAES DO FIGADO.—A percussão e a apalpação são os dois meios de que podemos lançar mão para conhecermos do estado do figado.

Se observarmos o doente no primeiro periodo, o que é muito raro, notaremos que a matidez hepatica está augmentada; o mesmo, porém, não acontece quando a molestia está no segundo periodo, isto é, depois da retracção do tecido conjunctivo hyperplasiado.

Acontece, nos casos em que a cirrhose reconhece por causa o impaludismo, que a retracção do tecido conjunctivo, só se faz tardiamente e aqui a persistencia de augmento de volume do figado conserva-se até os ultimos momentos da molestia.

Nos casos communs, a matidez póde ser reduzida a metade de sua extensão normal, ou ainda menos.

A atrophia é ordinariamente mais sensivel no lóbo esquerdo que no direito, cuja matidez póde desaparecer inteiramente. (Murchisson.)

Por enquanto limitamo-nos a passar ligeiramente sobre o estudo da percussão, reservando-nos para mais tarde nos occuparmos com os embaraços que geralmente se encontra em executar-a, assim como de seu valor diagnostico.

Resumidos d'este modo os signaes fornecidos pela—percussão, passemos ao estudo da—palpação.

Acontece raramente encontrarmos o figado augmentado de volume, ou porque o orgão esteja ainda no seu periodo da degenerescencia, ou porque elle esteja infiltrado de massas colloides. No primeiro caso a afecção em seus principios não póde ser reconhecida, senão quando, por uma excepção muito rara, se póde sentir com a mão granulações já desenvolvidas e salientes. No segundo caso o diagnostico por meio da palpação é mais facil. Com um pouco de habito reconhece-se facilmente,

fazendo pressão sobre o figado, que sua superficie tornou-se granulosa; pôde-se distinguir este estado das nodosidades que apresenta o figado carcinomatoso. (Frerichs).

Este signal de grande valor, infelizmente não é sempre observado e requer da parte do observador uma longa pratica, além de que, como diz o proprio Frerichs, elle está longe de fornecer sempre dados sufficientes para estabelecer-se o diagnostico; a diminuição do volume do figado que assim poderá ser demonstrada é muitas vezes mascarada por uma ascite consideravel ou um tympanismo persistente.

O exame directo do figado, requer, para ter algum valor, condições que na cirrhose não podem existir. Estas condições consistem na flacidez e pouca espessura da parede abdominal.

Na cirrhose a flacidez não se observa, porque as paredes do ventre acham-se distendidas pela ascite, que tambem por sua vez reflue o orgão para cima, de modo a impossibilitar o exame directo.

Depois da paracentese, e se a parede do ventre não é muito espessa, se reconhece que o figado tem mudado de fórma, que seu limite inferior é irregular, normal, muitas vezes bosselado, que sua superficie tornou-se granulosa e desigual.

N'estas condições o exame dos caracteres physicos do figado tem summa importancia e quasi por si bastaria para estabelecer-se o diagnostico.

Jaccoud não liga grande importancia ao estado granuloso do figado, porque este estado falha muitas vezes.

2ª. SIGNAES FORNECIDOS PELO BAÇO.—O exame do baço sem grande importancia por si só, pôde prestar grande serviço quando succede ao exame do figado.

E' de observação que, com a diminuição de volume do figado, coincide o augmento do baço e, ainda mais, o baço é tanto mais volumoso quanto o figado mais atrophiado está.

Entretanto, este facto do augmento de volume do baço, não é um facto constante, mas se elle existir pôde prestar grande auxilio, principalmente se houver ascite e diminuição do volume do figado.

Não é só no augmento do volume do baço que consiste toda a sua alteração; além de augmentado, torna-se duro e fibroso, assim como o doente sente dôr quando se o comprime.

3ª. DA ASCITE, SUAS CAUSAS E CONSEQUENCIAS.— Não é a ascite por si só que tem grande valor no diagnostico da cirrhose, mas sim o estudo de sua evolução e de seus caracteres é que deve ser feito com grande cuidado, porque se não basta para confirmar a existencia da cirrhose, serve ao menos para nos mostrar que é, ou não é de uma molestia do figado, o caso de que se trata.

Será a ascite um symptoma particular da cirrhose?

Certamente que não. Dependendo quasi sempre de um embaraço na circulação da veia porta, ella póde ser devida ainda a outras causas. Reconhecendo como causa um embaraço na circulação da veia porta, póde a ascite ser dividida em—ascite de causa mecanica directa e ascite de causa mecanica indirecta.

No primeiro caso o embaraço circulatorio se dá no figado e reconhece por causa a cirrhose, quasi sempre; no segundo, é um embaraço de que se recente toda a circulação e reconhece por causa uma molestia do coração ou dos pulmões.

Em um, como no outro caso, a ascite apresenta caracteres differenciaes que podem pôr fóra de duvida a causa que a produziu.

Nos casos em que a ascite é devida á molestia do coração ou dos pulmões, capaz de produzir um embaraço da circulação porta, nota-se que o ponto de partida da infiltração cedematosa é nos membros inferiores, e que dos pés a infiltração vae pouco a pouco ganhando caminho até chegar ao ventre e constituir a ascite.

Nos casos em que a ascite é devida a uma molestia dos órgãos abdominaes, ella tem seu ponto de partida no ventre, isto é, começa ali e muitas vezes não continúa nos membros inferiores, o que algumas vezes acontece.

Mas não é só nos casos em que a ascite é devida ao estado cirrhotico do figado que ella guarda esta evolução; de maneira que se a sua marcha basta para tornar bem patente se os symptomas que observamos reco-

nhecem por causa uma molestia cardiopulmonar ou uma molestia dos órgãos abdominaes, não é entretanto sufficiente para separar as causas da ascite abdominal, isto é, para nos levar a um diagnostico entre uma alteração do figado e um neoplasma do peritoneo (tuberculo, cancer).

A percussão nos fornece elementos para fazer esta distincção. Nos casos em que a ascite é devida a uma molestia do peritoneo, nota-se a falta de symetria no ventre, o que não se dá quando a alteração do figado é a causa ; mas é com o auxilio da percussão que se pôde chegar ao diagnostico perfeito ; assim traçando circulos concentricos na superficie abdominal distendida (para obter-se estes circulos faz-se centro na cicatriz umbelical e traça-se um primeiro circulo e depois vai-se augmentando o raio de maneira que o ultimo circulo passe pelo appendice xyphoide) nota-se que a matidez é completa nos circulos mais largos, ao passo que para os mais estreitos ella vai diminuindo nos casos em que é um embaraço da veia porta — a causa da ascite ; para obter-se o resultado desejado é necessario fazer o doente deitar em decubitus dorsal. Desde que o doente mude de posição, a direcção do som obtido pela percussão não guarda mais as mesmas relações ; de modo que a sonoridade se observa sempre para a parte mais elevada — nos casos em que a ascite é devida a um embaraço da circulação porta em virtude de uma alteração do figado. Este facto é devido á que o liquido, que é bastante fluido, procura occupar os pontos mais declives e faz com que os intestinos venham occupar a parte mais alta.

O mesmo porém não acontece, quando o desenvolvimento do ventre se dá em virtude de uma alteração do peritoneo, porque n'este caso o liquido não só é mais expesso do que no caso já referido, como tambem por que fica preso ás dobras do mesmo peritoneo e não pôde acompanhar os movimentos do corpo.

Feito assim ligeiramente o estudo da ascite em geral, passemos ao caso especial que estudamos, isto é, á ascite na cirrhose atrophica.

Sem ser um symptoma constante, é entretanto a ascite frequentissima na cirrhose atrophica. Ella apparece insidiosamente de modo que ao doente passa nos primeiros tempos completamente despercebida ; outras

vezes, porém, ella se dá rapidamente e desperta a attenção dos doentes pela pressão que sobre o ventre exercem as roupas que até então estavam perfeitamente justas.

N'este ultimo caso de ascite, além do embaraço da circulação, ha um certo gráo de peritonite que explica a rapidez com que o derramamento se dá.

O ventre se desenvolve symetricamente e póde tomar proporções consideraveis e n'este caso póde ter como consequencias pelo embaraço que traz ao diaphragma: *dyspnéa, cansaço, palpitações, oppressão, etc.*

Muitas vezes o volume do ventre duplica-se ou triplica-se chegando-se a retirar em uma só punção 15 a 20 litros de um liquido seroso, claro, um pouco amarellado e contendo albumina em grande quantidade.

4ª. ESTUDO DA CIRCULAÇÃO SUPPLEMENTAR.—Em virtude do embaraço circulatorio que se dá na veia porta, o sangue tem necessidade de procurar outro caminho para chegar ao coração, isto é, faz-se a circulação suplementar.

« — Entre a veia porta e as veias cavas existem communicações que, se se alargam, podem transportar directamente, sem passar pelo figado, uma grande parte do sangue da veia porta para o coração.

Entre estas vias collateraes nota-se: a anastomose da veia hemorroidaria interna com as hemorroidarias inferiores que se lançam na hypogastrica; a da veia coronaria com as veias oesophagianas e diaphragmaticas » — (Frerichs).

Segundo Sappey, uma communicação muito mais importante que as precedentes é fornecida por certos ramos accessorios da veia porta, que partem da parte inferior do diaphragma e da parede interna do abdomen para se dirigirem entre as folhas do ligamento suspensor até o figado, onde se anastomosam com os ramos da veia porta.

De outro lado ellas communicam em sua origem com as veias diaphragmaticas e sub-cutaneas thoraxicas, de modo que assim se póde estabelecer a communicação collateral.

Esta circulação collateral, porém, chama a attenção do clinico pela dilatação das veias abdominaes sub-cutaneas. Esta dilatação póde ser

explicada da seguinte maneira: as venulas que formam o grupo para—umbelical do systema porta—nascem da parte superior umbelical da parede anterior do abdomen e vão-se lançar em parte no ramo esquerdo da veia porta; anastomasando-se em suas raizes com as veias epigastricas e mammarias internas profundamente, e com as veias sub-cutaneas abdominaes—superficialmente, estabelecendo uma communição entre estas veias e o systema porta. (Dr. Vergueiro)

A existencia d'essa communição por um lado, e de outro o embaraço da circulação na veia porta são bastantes para explicar a dilatação das veias legumentosas abdominaes aos lados da linha mediana, entre o appendice xyphoide e o pubis.

Este desenvolvimento da circulação collateral, mais pronunciado do lado direito que do esquerdo, fórma, ao redor do circulo umbelical, arborisações que receberam o nome de cabeça de Medusa.

5°—DOS CARACTERES PHYSICOS E CHIMICOS DAS URINAS.
—A diminuição das urinas é um facto frequentemente observado nos individuos affectados de cirrhose atrophica. Mas não é só em relação á quantidade que a secreção urinaria se altera; em relação á sua qualidade nota-se tambem grandes alterações.

As urinas apresentam-se carregadas, de uma côr vermelho ou vermelho-escuro, em razão de ser eliminada pelos rins uma parte do pigmento biliar.

A concentração em que se acham as urinas, assim como sua diminuta quantidade, encontram explicação na presença da ascite, que actua, não só comprimindo os vasos renaes, como tambem pela quantidade de agua que este derramamento rouba ao organismo.

Além das alterações da quantidade e da côr, as urinas apresentam-se acidas e deixam depositar pelo resfriamento uratos de côr vermelho-vivo, ou vermelho-carregado.

Estes caracteres, diz Murchisson, são tão constantes que a eliminação de urinas claras, conservando-se claras depois do resfriamento, seria um argumento poderoso contra a origem hepatica de um caso dado de ascite.

A albuminuria tambem póde ser observada, porém ella representa quasi sempre a concomitancia do mal de Bright; entretanto, não é preciso invocar a alteração do rim para explicar a albuminuria; ella póde ser a consequencia da existencia de uma grande quantidade de liquido no peritoneo, e n'este a albumina desaparece desde que se faça a punção.

Não se limitam no que já foi dito as alterações da urina; a diminuição da uréa e a presença do assucar são dous factos que merecem ser estudados.

Antigamente se considerava a uréa o resultado das transformações organicas que se operam em cada um dos elementos anatomicos de todos os tecidos; hoje, porém, tende-se a considerar o figado como o orgão onde a uréa tem origem, se não em totalidade, ao menos em grande parte. Adoptando esta theoria, Murchisson explica a diminuição da uréa nas urinas pela destruição que se dá nas cellulas hepaticas em virtude da cirrhose.

Genevoix, em sua these de 1876, chegou á conclusão de que as desordens que não interessam seriamente o tecido da glandula hepatica, como a congestão hepatica e certas fórmulas de ictericia, produzem augmento da excreção da uréa; ao passo que aquellas que como o cancro, a cirrhose e a atrophia aguda, trazendo lezões graves — a augmentam consideravelmente.

A glycosuria, que algumas vezes se encontra nos individuos affectados de cirrhose atrophica, tem uma explicação facil e racional.

E' o figado o orgão encarregado de transformar o assucar que directamente recebe das vias digestivas; desde que a circulação porta é embaraçada, concebe-se que a glucose, não podendo chegar até ás cellulas hepaticas, atrophicadas ou destruidas, em grande parte passará immediatamente para a grande circulação por intermedio das veias supplementares e assim em excesso passará para as urinas.

6.^a.—ESTUDOS DAS PERTURBAÇÕES DA NUTRIÇÃO DEPENDENTES DA CIRRHOSE.—Como vimos, quando descrevemos o primeiro periodo, eram muitas vezes as perturbações da digestão que abriam a scena; estas perturbações mais se accentuam no segundo periodo

da molestia, de maneira que a nutrição torna-se diminuta e o doente emmagrece rapidamente.

Não é só da falta de digestão que o organismo se resente, elle soffre ainda pelas perdas de albumina que se fazem pelo liquido ascitico.

As perturbações digestivas do primeiro periodo vão cada vez tornando-se mais pronunciadas, o estado geral torna-se máo e o aspecto do doente denuncia uma cachexia profunda.

Em virtude do embaraço da secreção biliar, ha constipação de ventre nos primeiros tempos ; á esta constipação, porém, succede ordinariamente uma diarrhéa, que, segundo Itendu, é devida a uma alteração das secreções intestinaes.

Esta diarrhéa póde persistir e as fezes apresentam-se com uma côr amarello-pallido; sendo abundante, ella é sempre uma complicação séria porque concorre para o enfraquecimento dos doentes ; o contrario, porém, se dá se ella não fôr excessiva e por isso não deve ser cortada de subito, porque, como refere Murchisson, — elle viu a ascite se produzir pela applicação dos adstringentes.

Hemorrhagias de todo o genero se dão durante o curso da cirrhose atrophica ; estas hemorrhagias nada mais representam do que uma alteração na crase do sangue, e são sobretudo frequentes para o lado da mucosa gastro-intestinal, onde concorrem o augmento da dyscrasia do sangue e a turgecencia dos capillares d'essa região pelo augmento da tensão sanguinea.

Succedem-se em frequencia as epistaxis, a purpura, hemoptyses, petechias, echymoses e gengivorrhagias, sendo de notar que estas ultimas são rarissimas e só se manifestam nas ultimas semanas.

Podemos, pois, resumir os symptomas da cirrhose confirmada, nos seis seguintes :

- 1.º — Diminuição do volume do figado.
- 2.º — Augmento do volume do baço.
- 3.º — Ascite.
- 4.º — Diminuição da secreção das urinas, que se tornam carregadas.

5.º — Desenvolvimento das veias tegumentosas abdominaes.

6.º — Emmagrecimento rapido devido ás alterações da nutrição.

Além d'esses symptomas, em cujo detalhe já tivemos occasião de entrar, outros podem ser observados, e se elles não têm grande importancia por si, servem ao menos para corroborar mais o diagnostico, quando já se tenha alguma desconfiança da existencia da cirrhose.

No numero d'esses symptomas nós podemos contar: as hemorrhoidas, a ictericia, a dyspnéa, as desordens do apparelho circulatorio e as perturbações da inervação.

As *hemorrhoidas* — são a consequencia da obstrução da circulação da veia porta, e sendo assim devemos nos abster de operal-as, porque a operação póde ter resultados funestos.

A *ictericia*, — symptoma muito frequente na cirrhose hypertrophica, póde apparecer na cirrhose atrophica, porém em geral n'esta especie de cirrhose ella não passa de uma ligeira suffusão amarella das scleroticas.

Nos tempos em que se desconhecia a anatomia da cirrhose, este facto da não existencia da ictericia causava estranheza e todos os observadores voltavam para elle a sua attenção, procurando pelos meios racionaes explical-os do melhor modo possivel. Trousseau appellava para o habito em que o organismo se achava de diminuir a secreção da bile á medida que seus canaes de escorrimento tornavam-se mais estreitos.

Hoje que se sabe que a cirrhose atrophica em nada prejudica os canaes biliares, o facto tem explicação muito mais facil e natural, e deve ser estranhada a presença da ictericia na cirrhose venosa.

Quando ella existe, o que algumas vezes observa-se, devemos appellar para a existencia da cirrhose mixta ou para a co-existencia de uma angiocholite.

A *dyspnéa* só se observa quando a ascite tem tomado grandes proporções e isto se dá porque o liquido ascitico, não achando logar para desenvolver-se, recalca para cima o diaphragma e impede assim a respiração.

Este facto é tão verdadeiro, quanto sabemos que a dyspnéa cessa desde que se faz a paracentese e que pela sahida do liquido ascitico o diaphragma retoma sua posição normal.

A dyspnéa augmenta depois das refeições, por que a repleção do estomago ajuda a embaraçar os movimentos do diaphragma.

O orgão central da circulação resente-se tambem do recalcamto produzido pela ascite ao diaphragma e n'estes casos não é raro vêr-se os doentes queixarem-se de palpitações, mas independente d'este facto—o coração, assim como todo o apparelho circulatorio, póde apresentar lezões que, ou reconhecem as mesmas causas que determinaram o apparecimento da cirrhose, ou a ella são consecutivas.

Este ponto tem attrahido a attenção dos pathologistas e muitos trabalhos têm apparecido sobre o assumpto.

Em virtude do embaraço que se dá na circulação do figado, uma stase sanguinea se dá nos vasos que ficam além; d'essa stase, soffre as consequencias o coração direito.

Variadas são as modificações que ao coração impõem as molestias hepaticas.

Muitos trabalhos têm sido apresentados sobre este assumpto desde 1875 para cá, começando pelo de Gangolphe em 1885 e seguindo-se outros entre os quaes destacaremos os de Laurent, Potain, Rendu e Masset.

Laurent observou em indivíduos affectados de cirrhose, insufficiencia tricuspide e ruido de sopro que se assestavam em diversos focos; até nos vasos do pescoço observou o ruido de sopro. Elle acreditava que o estado de anemia era o productor d'esses sopros, porque notou que elles appareciam e desapareciam no mesmo individuo, apresentando assim os caracteres do sopro anemico.

Para o assumpto que vamos discutir basta que consignemos o facto; a sua discussão não nos aproveita.

Resta-nos fallar das perturbações da inervação. Muito raras, ellas podem entretanto apparecer e n'este caso se manifestam por delirio, convulsões, coma, tendencia irresistivel ao somno, etc.

MARCHA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO

Só em casos exepcionaes a marcha da cirrhose se precipita ; de ordinario ella caminha lenta e progressivamente. E' a cirrhose atrophica uma molestia chronica.

Sua duração é variavel; ella pôde durar muitos annos se uma complicação qualquer não vem perturbar a successão dos symptomas. Podendo durar um ou muitos annos a percorrer todas as suas phases, ella muitas vezes se apressa a chegar ao ultimo estadio para ali ficar estacionaria; outras vezes a sua duração é de dous a tres mezes.

E' difficil precisar a duração da cirrhose por que luctamos com difficuldade para determinar bem a epocha em que a molestia começou; mas podemos asseverar que nos casos em que a molestia termina de um modo rapido é porque houve uma complicação.

A terminação da cirrhose atrophica é um ponto cheio de contestações e d'ella nos occuparemos na 4.^a parte d'este trabalho, podendo desde já dizer que nos casos em que a morte sobrevem, ella tem logar pelos progressos do marasmo e da hydropsia geral em que lenta e progressivamente vão se accentuando; outras vezes ella reconhece por causa uma molestia intercorrente tal como ; a pneumonia, a dysenteria, a erysipela gangrenosa ao redor das picadas do trocater, uma peritonite etc.

PROGNOSTICO

Antigamente se julgava perdido o doente de cirrhose e por isto o prognostico era sempre fatal; hoje, porém, que factos de cura, ao menos temporaria, têm sido observados,— este exclusivismo não tem mais razão de ser, e o prognostico fica entre os dous extremos, isto é, nem é sempre benigno, nem sempre maligno; elle depende de muitas circumstancias que não vêm á pello discutir,

CIRRHOSE HYPERTROPHICA

Synonymia.—Hepatite intersticial hypertrophica.
Cirrhose hypertrophica com ictericia chronica.—Cirrhose hypertrophica biliar.—Sclerose hypertrophica,
Sclerose biliar, etc.

ETIOLOGIA

No estudo da cirrhose hypertrophica nenhum ponto se acha mais obscuro e incerto do que o conhecimento das causas que a produzem.

Os antecedentes do doente bem como as condições em que elle se acha quando é submettido a nossa observação, nada indicam para que se possa garantir que a molestia foi produzida por esta ou aquella causa.

A idade, o sexo, os habitos, etc., têm influencia no apparecimento da molestia e para isso elles têm sido estudados pelos auctores como causas predisponentes.

IDADE.— Comquanto não se possa considerar nenhuma idade como privilegiada, tem-se notado que a apparição d'esta molestia é mais frequente na idade adulta. Julien Decléty cita um caso de um menino de 14 annos affectado de cirrhose hypertrophica, e nas observações de Hanot ha uma que se refere a um homem de 55 annos de idade.

SEXO.— Ambos os sexos pagam o seu tributo; entretanto parece que o sexo femenino é mais sujeito.

HABITOS.— O uso das bebidas alcoolicas, assim como o de uma alimentação muito azotada e rica de condimentos, a vida sedentaria, são circumstancias que favorecem o apparecimento da entidade morbida que estudamos.

Outras circumstancias podem ser appelladas para explicar a predisposição do individuo á contrahir a cirrhose hypertrophica, e são: a per-

manencia nos climas quentes e pantanosos, as emoções vivas, as emoções moraes tristes, o susto, o terror e ainda certos estados diathesicos, como: a diathese urica, a tuberculosa, a cancerosa, e bem assim tambem certas manifestações morbidas do aparelho degestivo, como o catharrho gastro-intestinal, etc.

D'aquí por diante as causas que vamos passar em revista são consideradas pelos auctores como determinantes.

Entre as causas determinantes, nós podemos contar o impaludismo, a syphilis, o alcoolismo, a lithiese biliar.

IMPALUDISMO. — Ainda mesmo que aceitassemos o impaludismo como causa da cirrhose hypertrophica, teriamos duvida em collocar-o na classe das causas determinantes. Lanceraux, que divide as cirrhoses segundo as suas causas, liga grande importancia ao impaludismo, tanto que elle denomina de cirrhose paludica a cirrhose hypertrophica.

Por nós, podemos dizer que os diversos casos que temos observado e que reconhecem por causa o impaludismo, não pertencem ao grupo das cirrhoses hypertrophicas; elles têm apresentado os symptomas de cirrhose atrophica.

E' provavel que o impaludismo tenha importancia como causa predisponente da cirrhose hypertrophica; mas que elle actue como causa determinante é o que custamos á acreditar. D'esta opinião é Hanot que considera, depois de minucioso estudo sobre o assumpto, o impaludismo como causa predisponente.

Para Frerichs o intervallo que vae da manifestação do impaludismo até o começo da cirrhose hypertrophica — é bastante consideravel para que não se estabeleça uma relação directa entre estas duas molestias.

SYPHILIS. — Como já dissemos quando tratamos da cirrhose atrophica, esta causa será estudada convenientemente quando nos occuparmos da cirrhose syphilitica.

ALCOOLISMO. — A acção do alcool na producção da cirrhose hypertrophica, se não tem a importancia que merece na determinação de cirrhose atrophica, nem por isso deve ser negada. Se indagarmos cuidadosa-

mente dos antecedentes do doente, veremos que só excepcionalmente o alcool não figura como dado anamnésico.

Se para a cirrhose atrophica e a acção do alcool era difficil de explicar-se, para a cirrhose hypertrophica esta difficuldade cresce ainda mais.

O que é certo é que o mecanismo d'esta acção ainda não está explicado, pois as explicações até hoje apresentadas não satisfazem ao espirito e cahem por terra ao impulso da menor objecção.

O modo porque o alcool é ingerido tem grande influencia na producção da cirrhose hypertrophica; assim, é de observação que os individuos affectados de cirrhose hypertrophica, dependente do alcoolismo, usaram por muito tempo do alcool em jejum e em grande quantidade.

LITHIASE BILIAR.— A lithiase biliar gosa, para Hanot e outros pathologistas que com mais particularidade têm estudado esta especie de cirrhose, de papel importante no numero das causas determinantes.

Este determinismo é explicado pela obstrucção dos canaes biliares, pelos calculos que além d'isso irritam a parede d'esses mesmos vasos.

A inflammação se propaga ao tecido conjunctivo que os circumda e acaba por determinar a cirrhose.

Apresentamos estas causas como capazes de produzir a cirrhose hypertrophica; mas não só não sabemos explicar a sua acção, como tambem julgamos que este ponto, por demais confuso, merece ser estudado com mais cuidado.

Em falta de observação, contentamo-nos em referir estas causas como as encontramos nos compendios.

SYMPTOMATOLOGIA

Sem que phenomeno algum a annuncie, apparece a itericia que quasi sempre marca o principio da molestia; entretanto o estado geral do doente é bom e elle não se resolveria, muitas vezes, a consultar o medico se não fosse a ictericia que o afflige, porque lhe dá uma cor amarellada, cor que anteriormente não tinha. Este symptoma pôde ser o unico

por muito tempo, e como elle não causa encommodo, os doentes entregam-se em geral ás suas applicações ordinarias.

Entretanto, em virtude de novos accessos, a ictericia vae cada vez mais se pronunciando, até que a attenção do doente seja seriamente despertada por uma sensação de peso ao nivel do epigastro, muitas vezes sem sede precisa; algumas, ao nivel do hypochondrio direito; outras, na região splenica. Elles são obrigados a desapertar as roupas depois das refeições.

No fim de alguns mezes os doentes admiram-se do desenvolvimento de seu abdomen quando o resto do corpo não mudou ou tem, pelo contrario, emmagrecido. Se n'esta occasião nós examinarmos o doente é facil verificar que nem todo o abdomen tem augmentado de volume, que só a metade superior participa d'este augmento, ao passo que a porção infra-umbelical permanece nas condições normaes.

Nestas condições o exame do figado nos mostra que elle se acha hypertrophiado.

Até aqui temos visto que os primeiros symptomas da cirrhose hypertrophica são extremamente variaveis, e que dentre os mais constantes nós podemos contar a ictericia e o augmento do volume do figado.

Para methodizar o estudo dividiremos em duas phases a cirrhose hypertrophica; na primeira trataremos dos symptomas do principio ou que se observam antes da confirmação da cirrhose; na segunda nos occuparemos dos symptomas da cirrhose hypertrophica confirmada.

PRIMEIRA PHASE. — Em geral a molestia começa, ou pela ictericia, ou por uma dôr surda que se produz ao nivel do hypochondrio direito.

Antes que se observem estes symptomas já o doente tem soffrido as perturbações digestivas, que se traduzem por dyspepsias mais ou menos intensas; peso e dôr no epigastro, anorexia e falta de forças, etc.

Outras vezes a molestia começa por dôres na região hepatica acompanhadas de augmento de volume do figado, de ictericia e ás vezes de febre. Estes symptomas desaparecem para sobrevirem mais tarde, acontecendo que durante os intervallos o paciente parece nada soffrer, por-

quanto não só a ictericia desaparece ou diminue, como também porque elle readquire as forças; o appetite, que havia desaparecido, volta, e o individuo pôde entregar-se aos seus trabalhos habituaes.

Pôde também acontecer que a molestia dispa esta mascara de simples perturbações digestivas para se phantasiar com os symptomas mais apparatusos de uma congestão hepatica; então os phenomenos a observar são: uma dôr surda no hypochondrio direito, que se exaspera á pressão, acompanha de ligeiro augmento de volume do figado e de sub-ictericia.

Quer comece a molestia por esta ou aquella fórma, ella vae a pouco e pouco se accentuando em razão da repetição dos symptomas já descriptos. O intervallo dos accessos vae diminuindo, de maneira que a côr amarellada da pelle—devida á ictericia—torna-se persistente e mais se accentua durante as exacerbações das dôres hepaticas; o figado torna-se sensivel á pressão e pela palpação e percussão se reconhece que elle está ligeiramente augmentado, não só de volume como de consistencia; ha alternativas de diarrhéa e constipação de ventre.

Sob a influencia de novo accesso, estes symptomas se aggravam e depois de acalmados se reconhece que o figado apresenta-se mais volumoso e que a ictericia está mais pronunciada.

Pela repetição dos accessos as congestões para o figado tornam-se chronicas, a ictericia persistente e a molestia se acha constituida.

SEGUNDA PHASE. — Uma vez constituida a molestia apresenta symptomas de duas ordens: uns essenciaes, ou muito importantes, outros secundarios ou accessorios.

Os essenciaes ou muito importantes são: a ictericia, a hypertrophia do figado, a hypertrophia do baço e os caracteres offerecidos pelas urinas.

Os secundarios ou accessorios são: a ascite passageira, o ligeiro desenvolvimento das veias tegumentosas abdominaes, as hemorrhagias e os caracteres das fezes.

ICTERICIA. — De todos os symptomas da cirrhose hypertrophica — é a ictericia o mais constante; accommettendo desde o principio da molestia, ella não abandona o doente e o acompanha até á morte.

A sua intensidade, porém, nem sempre é a mesma ; ella pôde variar desde a simples suffusão sub-icterica até á ictericia negra.

Manifestando-se durante, ou pouco depois das dôres hepaticas, ella se mostra ao principio pouco accentuada, mais tarde, pela repetição dos accessos, a ictericia vae tornando-se cada vez mais intensa.

Durante o intervallo dos accessos a ictericia é apenas notada algumas vezes e se traduz por ligeira coloração da pelle.

Depois de um certo numero de accessos, a coloração amarella, não desaparece mais e vae augmentando de intensidade até á morte.

Esta manifestação da ictericia encontra explicação no embaraço que se apresenta ao curso da bile, ou pela compressão dos conductos biliares, ou melhor, pela formação no interior d'esses conductos, de calculos ou de cellulas epitheliaes proliferadas, que obstruindo ou diminuindo a luz d'estes vasos, impedem o livre curso da bile.

Na cirrhose hypertrophica ha consideravel desenvolvimento dos canaliculos biliares ; este facto faz com que a ictericia não conserve sempre a mesma intensidade, porque por estes canaes se dá a passagem da bile que chegando ao intestino pôde de novo ser absorvida e penetrando na torrente circulatoria determinar a ictericia.

Dos factos á que recorremos para explicar a ictericia, a proliferação das cellulas epitheliaes nos dá conta da variabilidade observada na intensidade da ictericia durante o percurso da molestia, porque a proliferação epithelial no interior dos vasos cresce na occasião dos accessos ; crescendo o embaraço, necessariamente a ictericia augmentará.

O escoamento da bilis para o intestino nos dá conta da coloração das fezes observada n'esta molestia.

HYPERTROPHIA DO FIGADO. — Quando estudamos o figado na cirrhose atrophica vimos que no principio d'essa affecção, o figado augmentava de volume, mas este augmento de volume logo desaparecia para dar logar ao apparecimento da atrophia.

O augmento de volume do figado na cirrhose atrophica fez com que se julgasse que nos casos em que o figado era encontrado hypertrophiado, a molestia não havia passado do primeiro periodo.

Mais tarde verificou-se que nenhuma relação havia nos dous casos, que a hypertrophia do figado ligada á ictericia, devia ser completamente separada da hypertrophia á que succedia a ascite, isto é, que uma desaparecia em pouco tempo, ao passo que a outra cada vez se tornava mais manifesta.

E' a hypertrophia do figado um symptoma tão manifestamente importante que servio para dar o nome de hypertrophica á cirrhose que estudamos; assim como foi esta hypertrophia que despertou a attenção dos auctores e lhes suggerio a ideia da dualidade da cirrhose.

Apresentando-se desde o começo da molestia, a hypertrophia vai cada vez mais se accentuando, podendo o figado tomar proporções enormes. A simples vista é muitas vezes bastante para apreciar este augmento de volume do figado.

Pela apalpação se reconhece que o figado offerece uma superficie resistente e liza, terminando por um bordo cortante, elle passa de muito o rebordo das falsas costellas e chega até á região umbelical, chegando algumas vezes até á fossa iliaca direita.

A hypertrophia do figado tem por causa a presença do tecido conjunctivo neoformado e o desenvolvimento anormal dos cananiculos biliares; ella persiste e tende sempre a augmentar, a não ser em um ou outro caso em que o figado soffre uma pequena retracção, sem que comtudo volte ás dimensões normaas.

A percussão nos revela que a area da matidez hepatica acha-se enormemente augmentada, podendo muitas vezes o figado obscurecer pela sua interposição o som tympanico fornecido pela percussão do estomago.

Mais acima dissemos que o figado se apresenta liso e resistente; nem sempre assim acontece e nós podemos encontrar sua superficie rugosa ou ligeiramente granulosa. E' isto devido, segundo Hanot, a bridas peritoneaes espessas que desenvolvendo-se em torno do figado são apreciaveis pelo tacto atravez da parede abdominal.

HYPERTROPHIA DO BAÇO.— A hypertrophia do baço é um phenomeno constantemente observado.

O augmento do volume do baço é tão pronunciado que pela apalpação se póde sentil-o atravez da parede abdominal ; o seu volume póde ser duplicado ou mesmo triplicado.

Os doentes accusam dôr á pressão.

A causa d'esse augmento de volume do baço—ainda não foi explicada ; aqui não se póde appellar, como na cirrhose atrophica, para o embaraço mecanico da circulação intra-hepatica.

A maioria dos auctores explica o augmento de volume do baço pela acção da causa que produzio a hypertrophia do figado.

Por nosso lado aventamos a hypothese de que esta hypertrophia não é mais do que uma perisplenite dependente da ictericia.

CARACTERES DAS URINAS.—Normaes quanto á quantidade, ellas apresentam-se com uma côr amarello ou amarello carregado. A differença de coloração corre incontestavelmente por conta do pigmento biliar. Em virtude do embaraço que soffre a bile em seu curso, ella é pouco a pouco reabsorvida e penetra na massa do sangue e d'ahi é em parte eliminada pelas urinas que então se apresentam com a côr já acima descrita.

Não contando essa alteração na côr das urinas, ellas tambem podem apresentar-se alteradas em relação á sua composição, isto é, a quantidade de uréa diminuida.

A glycosuria e a albuminuria podem apparecer.

Para explicar a diminuição na quantidade da uréa, Brouardel recorre ás perturbações que o figado tem soffrido sob a influencia da cirrhose, e que se acha portanto impedido de exercer convenientemente sua acção desassimiladora sobre as substancias albuminoides.

Attendendo a que o figado goza da funcção de fixar o assucar proveniente dos alimentos, isto é, da funcção glycogenica ; attendendo ainda a que na cirrhose hypertrophica as cellulas hepaticas se acham em grande parte profundamente alteradas, nós não podemos achar difficuldade para comprehender esta glycosuria.

Outro phenomeno que costuma apparecer é a albumina nas urinas ; mas para explical-o só podemos appellar para a concomitancia de uma lesão renal.

Com os caracteres da urina acha-se terminado o estudo dos symptomas princepas e por isso passemos a tratar dos accessorios ou secundarios.

SYMPTOMAS ACCESSORIOS.— ASCITE—A ascite raras vezes apparece e quando sobrevem não affecta grandes proporções; ella reconhece por causa a exsudação peritoneal consecutiva á peri-hepatite; differe da ascite da cirrhose atrophica por certos caracteres.

A ascite da cirrhose atrophica apparece antes que se tenha notado modificação sensivel no volume do figado; a ascite da cirrhose hypertrophica só apparece tardiamente, isto é, depois que o figado tem tomado grande desenvolvimento.

A ascite da cirrhose hypertrophica manifesta-se rarissimas vezes, e quando manifesta-se é durante os accessos hepaticos e é reabsorvida durante o intervallo dos accessos.

A ausencia de ascite é um symptoma negativo da cirrhose hypertrophica.

DESENVOLVIMENTO DAS VEIAS SUB CUTANEAS ABDOMINAES.— Este symptoma pôde apparecer em grão mais adiantado da molestia, mas não affecta as mesmas proporções que se o vê affectar na cirrhose atrophica.

Além d'esses phenomenos, os doentes podem apresentar grande tendencia para as hemorrhagias, como succede na cirrhose atrophica.

CARACTERES GERAES DA NUTRIÇÃO.—Sem alteração sensivel á saude dos doentes até certo tempo, ella se resente depois em um periodo adiantado da molestia pelas perturbações digestivas que sobrevem.

Accresce que nos ultimos tempos a diarrhéa apparece e contribue muito para o enfraquecimento do doente.

Antes, porém, que sobrevenha o periodo da cachexia, os doentes passam regularmente, principalmente no intervallo das crises; depois de certo tempo, pela repetição dos accessos elles vão cada vez se enfraquecendo mais e sua physionomia desfigurada toma um caracter especial; os tegumentos tomam a côr terrosa, a pelle torna-se secca e cobre-se de uma erupção muito semelhante ao acné.

A elevação da temperatura, o delirio e o coma fecham o livro negro d'essa entidade pathologica.

Um symptoma que é algumas vezes observado é o sopro systolico na ponta do coração.

MARCHA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO

Pela descripção symptomatica que acabamos de fazer, se deduz que a cirrhose hypertrophica caminha lenta e vagarosamente, que é portanto uma molestia chronica.

Apezar da ictericia e do augmento do volume do figado, os doentes podem passar regularmente e entregarem-se aos seus trabalhos habituaes.

Mais tarde, isto é, quando a ictericia se tem accentuado bastante e que as dores na região hepatica se têm tornado constantes—elles são obrigados a guardar o leito.

Algumas vezes, porém, os phenomenos se precipitam e a marcha é então muito mais rapida.

A duração da cirrhose hypertrophica, além de ser muito variavel, não póde ser bem limitada, porque, como acontece quasi sempre, os primeiros symptomas passam despercebidos e d'esta maneira é impossivel fixar a época em que a molestia começou.

A molestia póde durar cinco seis e mais annos, porém em termo médio sua duração é de seis annos.

Nos casos observados, ha alguns que se referem á cirrhose hypertrophica cuja duração é de nove annos, assim como em outros a morte sobreveio no fim de 18 mezes, mesmo um anno.

A terminação se faz quasi sempre pela morte, mas a natureza da morte apresenta grande variedade ; assim alguns doentes morrem em virtude de uma peritonite ; outros em consequencia da cachexia e outros enfim são victimas das complicações, mas a terminação mais frequente é pela ictericia grave.

PROGNOSTICO

Apezar da molestia durar muitos annos, sem grande incommodo para o doente, o seu prognostico é mais grave que o da cirrhose atrophica; quasi sempre a terminação é a morte, excepto quando se sorprehende a molestia em suas primeiras manifestações, porque por meio de uma therapeutica appropriada, podemos evitar que ella se estabeleça definitivamente.

CIRRHOSE MIXTA

Synonimia.—Sclerose mixta.—Hepatite intersticial mixta

Quando procuramos dividir as cirrroses, dissemos que as lesões anatomicas da cirrhose atrophica e as da hypertrophica podiam coexistir, e que n'este caso poderia ser admittida uma outra especie de cirrhose mixta.

Possuindo os elementos das duas especies de cirrhose já anteriormente estudadas, a cirrhose mixta não pôde apresentar-se sempre de baixo de um só typo clinico; ella apresenta variedades que estão em relação com o gráo de lezão de uma das duas fórmulas.

Quer isto dizer que a cirrhose mixta pôde subdividir-se em duas outras fórmulas, porquanto resultando ella das duas especies já descriptas acontece que ora uma, ora outra se accentua mais.

D'ahi duas especies de cirrhose mixta: atrophica mixta e hypertrophica mixta.

Passemos a tratar de cada uma d'ellas em particular.

**DA CIRRHOSE ATROPHICA MIXTA
OU CIRRHOSE ATROPHICA COM ICTERICIA
CHRONICA**

Quando fizemos a descripção etiologica nas duas fórmulas simples da cirrhose só tivemos em vista tirar d'ella os dados para estabelecer o diagnostico differencial entre as diversas fórmulas de cirrhose; tratando de uma fórmula que da fusão das outras resulta, a descripção etiologica não só não teria valor algum, como seria uma repetição fastidiosa do que já foi dicto; por esta razão passaremos ao estudo da symptomatologia.

SYMPTOMATOLOGIA

Em seu começo a cirrhose atrophica mixta póde affectar fórmulas diversas e então a confusão de symptomas é tal que ao clinico se torna impossivel determinar se com effeito é de cirrhose o caso de que se trata.

Em geral a molestia começa pelos symptomas da cirrhose hypertrophica, e sendo assim os primeiros phenomenos que apparecem são dyspepticos acompanhados de ictericia e de dor na região hepatica.

Outras vezes a hypertrophia do baço é o primeiro symptoma observado, de modo que uma cirrhose hypertrophica póde ser diagnosticada; mas no fim de certo tempo, a esta hypertrophia succede atrophia do figado, a ascite apparece, o baço augmenta de volume, as veias abdominaes sub-cutaneas desenvolvem-se, os membros inferiores apresentam-se oedemaciados, enfim, sobrevem a cirrhose atrophica com todo o seu apparatuso cortejo de symptomas.

A ictericia, porém, persiste, destoando assim do fundo do quadro escuro dos symptomas da cirrhose atrophica.

Algumas vezes os primeiros symptomas a observar são os da cirrhose atrophica—uma ascite que caminha lenta e vagarosamente, etc.

Em alguns casos a ictericia apparece em um tempo anterior á manifestação da ascite ; em outros sua apparição se faz tardiamente, ou, em outros termos, muito depois da manifestação da ascite.

Os demais symptomas não se affastam do quadro que traçamos quando nos occupamos da symptomatologia da cirrhose atrophica.

O augmento de volume do baço, a atrophia do figado, o desenvolvimento da circulação supplementar, etc., são em synthese os symptomas communs ás duas especies de cirrhose do figado—a atrophica e a atrophica mixta.

A ascite por si só não apresenta nada de notavel ; ella é inteiramente analoga nas duas fórmas já referidas.

As hemorrhagias observadas nas outras fórmas da cirrhose, são, na fórma que estudamos, muito frequentes, sendo que aqui ellas são sempre representadas pela epistaxis.

Ainda nota-se : alteração das fezes, alteração chimica e physica das urinas, perturbações gastro-intestinaes, enfim, todos os symptomas que decorrem das digestões perturbadas.

MARCHA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO

Apesar de lenta a marcha da cirrhose atrophica mixta torna-se relativamente apressada, quando comparada com a marcha de qualquer das fórmas simples que a compõem.

Não é de estranhar que a marcha da cirrhose mixta seja mais apressada, porquanto ao lado das lezões dos vasos portas intra-hepaticos se encontra a alteração dos canaliculos biliares, que se patenteia aos olhos do clinico pela ictericia chronica.

Não é possivel fixar a duração da molestia ; mas podemos, sem receio de errar, affirmar que, nos casos em que não ha complicações, o individuo affectado de cirrhose atrophica mixta póde viver alguns annos.

Sem recuar, a molestia vae pouco a pouco se accentuando cada vez

mais e termina, em geral, pela morte do individuo no estado de marasmo e cachexia.

Nem sempre a morte é o resultado da cachexia e do marasmo ; ella pôde ser a consequencia de uma molestia inter-corrente como : a peritonite, a pneumonia, etc. ; ou ainda, o que é mais raro, a morte se dá pela ictericia grave.

Não ha negar que a molestia que acabamos de descrever rapidamente tem os caracteres das duas fórmulas simples da cirrhose atrophica e a hypertrophica—mas não pôdemos deixar de reconhecer que os symptomas, a marcha, a terminação, etc., apresentam signaes mais caracteristicos da fórmula atrophica.

Cirrhose hypertrophica mixta ou com ascite

SYMPTOMATOLOGIA

N'esta especie de cirrhose mixta predominam os symptomas da cirrhose hypertrophica.

Como vimos, quando estudamos os symptomas d'esta ultima molestia, merecem grande attenção—a ictericia, o augmento de volume do baço, do figado, etc. ; pois bem, são estes symptomas que mais se destacam na cirrhose hypertrophica mixta.

Mas, ao lado d'elles, outros não menos importantes vêm collocar-se e estes são os symptomas da cirrhose atrophica.

Occupemo-nos mais detalhadamente de cada um d'esses symptomas, começando pelos da cirrhose hypertrophica.

A' ictericia compete, quasi sempre, abrir a scena ; sua intensidade, porém, varia durante o curso da molestia. Quer isto dizer que a ictericia persiste e vem a ser a nota dominante de toda a symptomatologia da cirrhose hypertrophica mixta.

Após a ictericia ou concomitantes com ella, apparecem a hypertrophia do figado, bem como a do baço; a primeira, isto é, a hypertrophia do figado—é um symptoma de grande valor, mas a sua apreciação é em geral embaraçada pela tensão das paredes abdominaes, pelo meteorismo e ascite.

A hypertrophia do baço é um symptoma constante na cirrhose hypertrophica mixta; nas observações de Surse elle não falha uma só vez.

São estes os symptomas que mais se salientam.

Os outros symptomas de menor importancia pertencem á cirrhose venosa, e são: a ascite, o desenvolvimento das veias tegumentosas abdominaes, as perturbações gastro-intestinaes, as hemorragias, os caracteres fornecidos pelas fezes, as urinas e a febre.

A ascite é sempre observada. Sua marcha apresenta n'esta fórma muita gravidade. Sua formação é rapida e ella se restabelece promptamente quando se pratica a paracentese; de modo que a punção não assegura ao doente senão algumas horas de allivio. Este facto mostra que a circulação intra-hepatica está muito mais embaraçada que nos casos de cirrhose atrophica; e, portanto, um symptoma valioso para o diagnostico.

O desenvolvimento das veias tegumentosas abdominaes é como na cirrhose atrophica, porém, como o embaraço circulatorio é maier na cirrhose hypertrophica mixta do que na atrophica, este symptoma é naquella muito mais pronunciado do que n'esta.

Como nas outras fórmas de cirrhose, em virtude da difficuldade de absorpção, as perturbações gastro-intestinaes apresentam-se na cirrhose hypertrophica mixta.

As hemorragias, dependentes das modificações na crase sanguínea e do embaraço da circulação, apresentam-se em muitos casos.

Os caracteres fornecidos pelo exame das fezes, assim como o das urinas, merecem toda a attenção.

As fezes apresentam-se descoradas e variam de consistencia.

As urinas fornecem os mesmos caracteres da urina dos individuos affectados de cirrhose atrophica, quanto á sua quantidade, ao passo que quanto á sua côr e alterações são identicas ás que se observa na cirrhose hypertrophica.

Observa-se quasi sempre a elevação de temperatura, como succede nos accessos de ictericia da cirrhose hypertrophica.

Além dos symptomas já descriptos, observa-se as perturbações de nutrição que se traduzem pelo emmagrécimento rapido e pela perda gradual e progressiva das forças do doente.

MARCHA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO

A marcha da cirrhose hypertrophica mixta se depreheende da exposição que acabamos de fazer de seus symptomas.

De todas as especies de cirrroses estudadas até aqui, é esta, sem duvida, a que com mais rapidez evolue.

A duração é tambem muito menor do que nas outras fórmulas; por quanto a evolução dos symptomas se faz com presteza, e a morte sobrevem em virtude do estado de cachexia, que ao doente trazem as alterações da nutrição, ou pela ictericia grave.

O prognostico é quasi sempre fatal, porquanto é a cirrhose hypertrophica mixta a reunião de duas molestias cujos prognosticos são bastante serios.

CIRRHOSE CARDIACA

Ha muito tempo se havia notado que certas molestias do coração tinham grande influencia sobre o estado do figado; mas os antigos auctores não deram grande importancia ás modificações do figado ligadas ás molestias cardiacas, e a cirrhose cardiaca só recentemente foi separada das

outras fórmulas. Elles limitam-se a considerar as molestias cardiacas e pulmonares como causa da cirrhose atrophica, sem verificar que a hepate intersticial por ellas produzida não podia entrar no quadro da sclerose hepatica atrophica.

Notaram que o figado scleroso em consequencia das affecções cardiacas e pulmonares—apresentava um aspecto diverso do do figado cirrhotico em consequencia do alcool, mas não procuraram explicar esta diversidade de aspecto.

Outros viam no figado cardiaco a concomitancia de duas affecções: uma cardiaca, outra hepatica, devidas ambas á mesma causa—o alcool.

Budde e Haudfield Jones separaram a cirrhose cardiaca da cirrhose atrophica; e Wichmann Legg e Talamon puzeram fóra de duvida a differença entre estas duas especies, separando completamente uma da outra.

Separadas anatomicamente as duas especies de cirrhose, restava separal-as clinicamente. E' o que hoje está perfeitamente estabelecido, graças aos trabalhos dos dous ultimos auctores citados.

Como o nosso ponto é essencialmente clinico, na descripção que vamos fazer só nos occuparemos com a etiologia, e symptomatologia, deixando de parte a anatomia pathologica.

ETIOLOGIA

Mais de uma vez temos dicto que são as affecções cardiacas e pulmonares a causa da cirrhose cardiaca; falta-nos, porém, dizer quaes são as affecções cardiacas e pulmonares que a produzem, porque d'essas molestias, nem todas são capazes de determinar a cirrhose cardiaca.

As lezões do coração que em estado adiantado pôdem produzir a cirrhose são as lezões dos orificios tricuspide e mitral, tendo o primeiro logar as lezões do orificio mitral.

As molestias chronicas dos pulmões são tambem capazes de a produzir.

Outras affecções podem ser causa da cirrhose e taes são : os tumores aneurismaticos ou de qualquer outra natureza que, por sua proximidade do coração, da aorta, ou da veia cava inferior, — façam pressão sobre estes órgãos de modo a trazer um embaraço circulatorio para o systema venoso das veias cavas. Ao embaraço circulatorio succede a stase na veia cava inferior; esta stase se propaga ás veias supra-hepaticas acarretando um embaraço na circulação do figado, embaraço este que se traduz pela dilatação das veias intra-lobulares.

Esta dilatação das veias intra-lobulares dá conta da coloração mais carregada que em seu centro apresenta o lobulo.

Estabelecida a stase sanguinea, ella se traduz no figado por congestões que são a origem da cirrhose cardiaca. (1)

As alterações que se passam nos rins dependentes de um estado generalizado de peri e endo-enterite, se dão algumas vezes no figado, e é por esta causa que hoje se pretende explicar o apparecimento da cirrhose cardiaca.

O alcool, sufficiente por si só para produzir a cirrhose, é uma causa das molestias do coração e das arterias; acha-se portanto representando um grande papel na etiologia da cirrhose cardiaca.

As outras causas que predispõem o figado a contrahir a cirrhose cardiaca, são as mesmas que já descrevemos quando nos occupamos da etiologia das cirrhoses atrophica e hypertrophica.

SYMPTOMATOLOGIA

No começo da molestia o doente accusa uma sensação de peso no hypocondrio direito e dôr na mesma região.

Pela percussão e apalpação se reconhece que o figado está augmentado de volume; nota-se ainda: vomitos, diarrhéa, perturbações da

(1) A palavra — «cirrhose» — é conservada em homenagem a Laennec; aqui ella não tem mais razão de ser.

digestão, dyspepsias e algumas vezes uma coloração levemente amarelada da pelle e das conjunctivas.

Ao lado d'esses symptomas vem aquelles que correm por conta da affecção que produziu a cirrhose e taes são: dyspepsias, anciedade, pulso frequente e forte, palpitações de coração.

Taes são os symptomas do periodo chamado de — congestão, isto é, aquelle em que o figado é a séde de uma congestão passiva em virtude do embaraço circulatorio.

Em um periodo mais adiantado, apparecem os symptomas da cirrhose confirmada, isto é, symptomas que muito se assemelham aos da cirrhose alcoolica.

Com effeito, como na cirrhose vulgar, nós encontramos o figado diminuido de volume, o baço hypertrophiado, a ascite, o desenvolvimento anormal das veias tegumentosas abdominaes, a diminuição na quantidade das urinas e as variedades de composição que as mesmas apresentam nos casos de cirrhose alcoolica.

Fóra d'esses symptomas, que todos pertencem á cirrhose alcoolica, nós encontramos a albuminuria, que algumas vezes complica a cirrhose alcoolica, e que é a consequencia da lesão cardiaca.

A evolução dos symptomas, porém, é differente nas duas especies de cirrhose, além das lesões anatomicas que apresentam grandes differenças nas duas especies—a cirrhose alcoolica e a cardiaca.

Reservamos o estudo da evolução dos symptomas da cirrhose cardiaca para quando fizermos o estudo do diagnostico differencial entre as diversas especies de cirrroses do figado.

Além dos symptomas já referidos, notamos hemorragias, que, ou são devidas ao embaraço circulatorio ou representam uma discrasia sanguinea; perturbações digestivas, dilatação das veias hemorrhoidarias e o estado de cachexia do doente, emfim todos symptomas da cirrhose atrophica vulgar.

A ictericia só rariissimas vezes apparece n'esta molestia; é portanto um symptoma negativo.

MARCHA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO

É relativamente rápida a marcha da cirrose cardiaca, porquanto ao lado das perturbações inherentes á hyperplasia do tecido conjunctivo, se collocam as que acarretam as molestias cardiacas.

Depois de estabelecida a hepatite intersticial, póde a affecção cardiaca que lhe deu causa, melhorar ou mesmo desaparecer, e n'este caso a marcha da cirrose segue as mesmas regras que estabelecemos para a cirrose atrophica de Laennec.

Sua duração está em relação com a gravidade da molestia que determina a sclerose.

A terminação se faz ordinariamente pela morte, excepto quando por uma therapeutica energica e bem dirigida se debella não só a causa da cirrose, como tambem esta molestia.

PROGNOSTICO

O prognostico da cirrose cardiaca é bastante grave, porquanto elle corresponde á duas affecções — uma cardiaca e outra hepatica — cada qual mais grave.

Não diremos que é fatal o prognostico porque a cura, como já dissemos, póde se dar; mas elle merece da parte do clinico as mais sérias reservas.

PATHOGENIA

Antes de passarmos ao estudo da cirrose syphilitica, devemos dizer algumas palavras sobre a pathogenia da cirrose cardiaca.

A theoria mais geralmente aceita faz consistir a cirrose cardiaca na hyperplasia do tecido conjunctivo intra-lobular; em virtude da di-

latação da veia central dos lobulos pela stase sanguinea—uma inflamação se estabelece n'essas mesmas veias e d'ahi se propaga ao tecido conjunctivo inter-lobular. É, portanto, para a maioria dos auctores, a cirrhose cardiaca—uma cirrhose intra-lobular,

Wickmann Legg, Rendu e principalmente Talamon não aceitam esta theoria e admittem que a cirrhose cardiaca é inter-lobular, isto é (2) se encontra nos espaços portas.

CIRRHOSE SYPHILITICA

Galeno considerava o figado o centro de todos os actos vitaes e da maior parte dos desvios pathologicos.

Segundo esta base os antigos attribuiam ao figado o papel de centro de todas as affecções syphiliticas e julgavam que todas as manifestações syphiliticas tinham origem n'este orgão.

Depois de estudos mais sérios sobre a anatomia e pathologia do figado se verificou que estas ideias não tinham razão de ser e nada mais eram do que o influxo da theoria de Galeno.

Emquanto reinava a theoria dictada sob o imperio das ideias de Galeno, appareceu uma outra theoria segundo a qual o figado seria affectado secundariamente pela corrupção progressiva dos humores primitivamente affectados nos orgãos genitales.

Esta theoria, comquanto não fôsse verdadeira, servio para chamar a attenção dos pathologistas sobre o assumpto, e de facto, grande foi o numero d'elles que se empenharam em dar uma ideia precisa sobre a relação entre a syphilis e as molestias do figado.

Apezar de aturado estudo sobre a questão, não foi possivel tirar completamente a duvida e até hoje a natureza syphilitica da cirrhose soffre contestações d'aquelles que não vêm na cirrhose chamada syphili-

(2) A hyperplasia do tecido conjunctivo.
Q. 10.—1887.

tica senão uma simples coincidência da syphilis e da cirrhose ; mas as lesões anatomicas, tanto em relação á sua fôrma como ao seu desenvolvimento, tornam bem patente que foi a syphilis a causadora d'essas desordens.

Feitas estas ligeiras considerações sobre a existencia tão contestada da cirrhose syphilitica, entremos na descripção de sua etiologia e symptomatologia.

ETIOLOGIA

Este capitulo pareceria escusado e superfluo senão fôra a necessidade de entrar em algumas considerações a respeito da syphilis no determinismo da cirrhose.

Que é a syphilis a causa principal da cirrhose syphilitica—é redundancia dizel-o ; mas em que periodo a syphilis produz esta molestia ? E' a esta interrogação que procuraremos responder.

Parece incontestavel que é a syphilis terciaria que produz a cirrhose; entretanto a cirrhose não é consequencia fatal e inevitavel da syphilis terciaria, por quanto em individuos que apresentavam todos os signaes da syphilis n'esse periodo, a autopsia nem sempre revelou a existencia d'esta affecção, assim como em individuos em que a syphilis primaria é a unica apparente, se tem verificado pelas autopsias—apresentarem o figado cirrhotico.

Entretanto a cirrhose devida á syphilis, não é uma molestia tão rara como se poderia suppôr ; nos 36 casos de cirrhose observados por Fre- richs—6 podiam ser attribuidos a esta causa.

A cirrhose syphilitica é mais frequente na infancia, e não é de estranhar este facto quando sabemos que o figado da criança é muito mais activo que o do adulto ; é como Gubler explica essa frequencia.

No numero das causas que concorrem para o apparecimento da hepate intersticial syphilitica, não devemos esquecer de mencionar o alcool que, ainda mesmo ingerido em pequena quantidade, muito auxilia a

syphilis na producção d'esta molestia pela irritação que elle traz aos vasos hepaticos.

A herança goza de um papel importante na cirrhose das crianças.

As outras circumstancias taes como: o sexo, as profissões, etc., têm a mesma influencia que para as outras especies de cirrhose.

SYMPTOMALOGIA

Como em todas as cirrroses, o primeiro periodo não apresenta um caracter bem definido.

Quasi sempre os primeiros symptomas se assemelham aos de uma simples congestão hepatica ou aos de uma dyspepsia flatulenta.

A syphilis não se localiza no figado, de modo que nós podemos observar os symptomas mais variados.

A syphilis invade o figado lenta e insidiosamente, de modo que, quando a attenção do medico é voltada para o lado do figado, já a molestia se acha em periodo adiantado.

Os vomitos e a diarrhêa são frequentes ; a albuminuria póde apparecer.

O œdema dos membros inferiores tambem não é raro e a ictericia falha quasi sempre, notando-se apenas uma coloração sub-icterica das scleroticas e em casos excepcionaes a ictericia apparece e traz como explicação uma compressão do canal choledoco por uma gomme, ou ainda por uma brida fibrosa retractil collocada ao redor do canal hepatico.

Nos casos em que as perturbações digestivas abrem a scena, nós observamos uma sensação habitual de peso no epigastro, anorexia, inapetencia, lentidão nas digestões.

Em um periodo mais adiantado, a cirrhose se confirma e symptomas mais definidos se apresentam.

A ascite apparece, e, posto que rara nos primeiros tempos da mo-

lestia, ella, uma vez estabelecida, ganha proporções consideraveis que reclamam a paracentese.

A reproducção da ascite se faz rapidamente e por isto a punção só traz para o doente um alivio de algumas horas.

Em alguns casos o figado se acha atrophiado, em outros normal, em outros hypertrophiado e, finalmente, elle póde apresentar desproporção entre os lóbos.

Nos tres primeiros casos nada de proveitoso se póde tirar do exame directo do figado; no ultimo, porém, isto é, quando o figado apresenta desproporção entre os lóbos,—o exame directo d'elle é de grande alcance, porquanto esta desproporção entre o volume dos lóbos é um phenomeno quasi exclusivo da syphilis.

A hypertrophia do baço—é um symptoma que não deve ser esquecido, porquanto offerece grande valor quando se trata de formar o diagnostico.

O exame das urinas—nos mostra que ellas têm diminuido de quantidade e apresentam-se carregadas, sedimentosas, offerecendo além d'isto notavel diminuição na proporção da uréa.

Ainda podemos notar a elevação da temperatura, principalmente quando a syphilis vem acompanhada de accidentes osseos.

Na infancia é a regra apparecer a febre.

Os symptomas que acabamos de traçar ligeiramente, indicam quanto é difficil ao clinico ligal-os á syphilis hepatica; elles merecem uma observação cautelosa para pôr fóra de duvida, que se trata de uma cirrhose syphilitica e não de outra qualquer molestia chronica do figado.

MARCHA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO

Como vimos, a molestia affecta tanto ás crianças como aos adultos, e sendo assim é preciso vêr se se trata de uma criança ou de um adulto para poder determinar a marcha da molestia.

A cirrhose syphilitica é uma molestia de marcha chronica e progressiva nos adultos ; nas crianças ella marcha mais rapidamente.

A duração da molestia não pôde ser precisa, porquanto a cirrhose syphilitica passa por muito tempo despercebida ao clinico.

Entretanto podemos dizer que a duração d'esta molestia oscilla, nos adultos, entre trez a quatro annos.

A terminação se faz ordinariamente pela morte ; entretanto com uma therapeutica bem dirigida pôde-se muitas vezes obter a cura. Nas crianças, porém, a cura é mais difficil e a morte sobrevem no estado de collapsus.

PROGNOSTICO

O prognostico da cirrhose syphilitica é grave e merece reservas da parte do clinico.

Se, porém, o medico a reconhece em tempo, antes mesmo que a ascite se apresente, por meio de um tratamento bem dirigido, elle pôde levantar o doente,

Um elemento que torna mais grave o prognostico — é a alteração dos rins produzindo a albuminuria.

Para as crianças o prognostico é ainda mais grave, pois quasi sempre é a morte a consequencia da cirrhose syphilitica n'essa idade.



TERCEIRA PARTE

Diagnosticos differencial entre as diversas especies de cirrroses hepaticas

Pela descripção dos symptomas, que acabamos de fazer, bem podiamos ficar dispensados de fazer o diagnostico differencial entre as diversas especies de cirrroses, se não fosse esse o ponto principal d'este trabalho e a necessidade de synthetisar os symptomas e accentuar mais certos factos que na descripção rapida dos symptomas não se tornaram bem claros.

Na primeira parte d'esta these dividimos a cirrhose em duas classes fundamentaes, segundo o processo anatomo-pathologico; vimos mais que estas classes podiam apresentar sub-divisões em razão de differenças anatomicas e clinicas que tinham sido observadas.

Temos portanto de fazer o diagnostico differencial entre as duas fórmulas typó—a venosa e a biliar, e depois estabeleceremos a differença entre as outras fórmulas secundarias.

Diagnosticos entre a cirrhose atrophica e a hypertrophica

Recordando os symptomas d'essas duas affecções, nós vemos que os da cirrhose atrophica confirmada são: atrophica do figado, hypertrophica do baço, ascite, desenvolvimento anormal das veias abdominaes, alteração das urinas, emmagrecimento rapido, etc.; os da hypertrophica são: hypertrophica do figado, augmento de volume do baço, ictericia, ausencia

de ascite, ausencia de desenvolvimento das veias abdominaes, e alteração das urinas.

Examinemos detalhadamente cada um d'estes symptomas, para passarmos depois ao estudo dos symptomas secundarios.

Em primeiro lugar, nós demos na cirrhose atrophica a atrophica do figado; este symptoma é de grande valor quando pôde ser observado; mas acontece que quando a cirrhose atrophica reconhece por causa o impaludismo—o figado fica por muito tempo augmentado de volume, de maneira que o exame do figado não nos dá o character differencial entre as duas especies de cirrhoses.

Segue-se o augmento de volume do baço que é um symptoma de grande valor para o diagnostico da cirrhose, mas nenhum valor tem quando se trata de separar as duas fórmas, porquanto tanto na atrophica como na hypertrophica—elle é observado.

A ascite vem em terceiro lugar; é o principal symptoma da cirrhose atrophica e serve perfeitamente para distinguir a cirrhose atrophica da hypertrophica, porquanto ella falha nesta ultima, tanto que a ausencia da ascite é signal negativo de grande valor no diagnostico simples da cirrhose hypertrophica.

O desenvolvimento anormal das veias abdominaes—é um symptoma proprio da cirrhose atrophica, porque elle traduz o embaraço da circulação da veia porta; entretanto, em um periodo adiantado da cirrhose biliar, elle pôde apparecer, mas neste caso é o desenvolvimento das veias pre-abdominaes muito menor e facilmente se distingue do que é causado pela cirrhose atrophica.

Os caracteres fornecidos pelas urinas devem merecer toda a attenção porquanto, estabelecido o diagnostico da cirrhose, o exame das urinas é sufficiente para nos dizer que se trata ou da fórma atrophica ou da hypertrophica.

Com effeito, nós vimos que na cirrhose atrophica—as urinas são pouco abundantes, são de côr carregada e mais densas; ellas deixam depôr, pelo resfriamento, sedimentos uraticos; a proporção da uréa diminue.

Na cirrhose hypertrophica—as urinas se apresentam em quantidade normal, são de cor amarellada em virtude do pigmento biliar que ellas contém em maior ou menor proporção, a quantidade da uréa é pouco diminuida, e, como facto raro, se tem notado a albiminuria, que é explicada por uma alteração dos rins, e em um periodo adiantado da molestia alguns auctores tem encontrado a—glycosuria.

Por aqui se vê que só a analyse das urinas é de um valor incomparavel para estabelecer-se o diagnostico entre as duas fórmulas fundamentais da cirrhose.

O emmagrecimento rapido—é um symptoma muito mais pronunciado na cirrhose atrophica que na hypertrophica, porém não é um symptoma de grande valor.

A ictericia, um dos principaes symptomas da cirrhose hypertrophica, falha completamente nos casos de cirrhose atrophica; é por isso um symptoma de grande alcance no diagnostico differencial dessas fórmulas de hepatite intersticial.

Não nos referimos ao diagnostico no primeiro periodo, porque elle é completamente impossivel desde que a cirrhose nesse periodo não tem symptomas determinados; ella se mascara quasi sempre com os symptomas da congestão hepatica, ou então é tomada por simples perturbações digestivas.

Não recorremos á etiologia no diagnostico differencial que procuramos estabelecer, porque, como vimos, quando nos occupamos com a etiologia da cirrhose hypertrophica, as causas desta affecção são completamente desconhecidas e os auctores fazem-n'a depender, mais ou menos, das mesmas causas que determinam a cirrhose atrophica.

Outros symptomas se apresentam que merecem ser comparados; é delles que nos vamos occupar.

As hemorragias se observam nas duas fórmulas de cirrroses; são porém mais communs na cirrhose atrophica do que na hypertrophica.

Na cirrhose atrophica—as fezes são apenas descoradas; na cirrhose hypertrophica—ellas apresentam-se amarelladas.

A diarrhéa quasi sempre apparece no começo da cirrhose atrophica.

phica, ao passo que na cirrhose hypertrophica—ella é um dos ultimos symptomas.

A cirrhose atrophica—progride lenta e gradualmente; a cirrhose hypertrophica começa em geral por um accesso de ictericia acompanhado de febre; passado o accesso, o doente volta ao seu estado normal, conservando apenas uma leve coloração amarella dos tegumentos; repetem-se os accessos e a ictericia se torna mais pronunciada, de maneira que sua evolução é feita por saltos, o que não acontece com a cirrhose atrophica que apresenta-se com uma marcha continua.

A duração da molestia é mais curta na cirrhose atrophica, do que na hypertrophica.

A terminação pela cura é mais provavel na cirrhose atrophica do que na hypertrophica.

O prognostico da cirrhose é menos grave na cirrhose atrophica do que na hypertrophica, apesar de sabermos que o individuo affectado de cirrhose hypertrophica pôde durar mais tempo do que o affectado de cirrhose atrophica.

A morte se dá quasi sempre na cirrhose hypertrophica, ao passo que na atrophica ella é a consequencia do marasmo.

Para resumirmos, apresentamos aqui o quadro do Dr. Cyr, com algumas modificações, porquanto elle assignala as differenças clinicas e anatomo-pathologicas destas duas especies de cirrhoses e nós só queremos encarar a questão pelo lado clinico.

Eis o quadro do Dr. Cyr por nós modificado :

CIRRHOSE VENOSA OU ATROPHICA	CIRRHOSE BILIAR OU HYPERTROPHICA
Geralmente—ascite.	Mui raramente—ascite.
Raramente—ictericia.	Quasi sempre—ictericia.
Frequencia das hemorrhagias.	Raridade das—hemorrhagias.
Diminuição da quantidade das urinas.	Quantidade normal das urinas.
Urinas escuras e densas.	Urinas amarelladas pelo pigmento biliar.
Descoramento das fezes.	Coloração amarella das fezes.
Geralmente—atrophia do figado.	Hypertrophia do figado.
Duração relativamente curta.	Duração relativamente longa.
Geralmente termina pelo marasmo.	Terminação frequente por ictericia grave.

Tendo diante dos olhos este quadro, a confusão entre a cirrhose atrophica e a hypertrophica não pôde existir, e por esta razão damos por terminado o estudo do diagnostico differencial entre estas duas especies de cirrhoses.

Mas, como vimos na primeira parte d'esta these, as duas fórmas fundamentaes podem coexistir e então temos uma outra especie de cirrhose—a cirrhose mixta, que por sua vez se divide em duas fórmas.

Façamos o diagnostico differencial primeiramente entre a cirrhose atrophica e cada uma d'essas fórmas da cirrhose, e depois d'estas com a cirrhose hypertrophica.

Diagnostico differencial entre a cirrhose atrophica vulgar e a cirrhose mixta com ictericia chronica

Em seu primeiro periodo a cirrhose atrophica mixta — não pôde ser diagnosticada, porque ella se apresenta com os symptomas da cirrhose atrophica.

Mais tarde, quando ella se confirma, nós então podemos fazer o diagnostico.

— A cirrhose atrophica mixta se distingue da cirrhose atrophica vulgar pela presença da ictericia que aquella apresenta e esta não tem.

— Pela differença de coloração e qualidades das urinas, que na mixta são amarelladas e na atrophica simples — são escuras.

— Pela presença dos accessos, que pertencem á cirrhose mixta e a simples não tem.

— Por sua marcha muito mais ligeira se distingue a cirrhose atrophica mixta da cirrhose atrophica vulgar.

— A cirrhose atrophica mixta pôde terminar pela ictericia grave ; a cirrhose atrophica simples raramente termina por esta fórma.

Diagnostico differencial entre a cirrhose atrophica e a cirrhose hypertrophica mixta

Quando tratamos da cirrhose hypertrophica mixta deixamos bem claro que, n'esta fórma, eram os symptomas da cirrhose hypertrophica que dominavam.

Assim, a ictericia e a hypertrophia do figado são os principaes symptomas da cirrhose hypertrophica mixta, e a estes symptomas vem se juntar a ascite, o desenvolvimento das veias sub-cutaneas abdominaes, o augmento de volume do baço, etc.

Supponhamos que se nos apresente um individuo em que, pela observação, nós chegamos a estabelecer o diagnostico da cirrhose ; supponhamos mais que elle nos refere que a sua molestia começou pela ictericia ao mesmo tempo que a parte superior do abdomen augmentava, que só mais tarde é que a formação do liquido em seu ventre se deu, etc., poderemos nós diagnosticar uma cirrhose atrophica ?

Por certo que não. Bem que a ascite seja um dos principaes symptomas da cirrhose atrophica vulgar, ella deixa este caracter quasi pathognomônico quando se junta ao augmento de volume do figado.

Mesmo a época em que se dá a ascite é um bom signal para estabelecer-se o diagnostico differencial entre as cirrhoses : atrophica vulgar e hypertrophica mixta.

Na cirrhose hypertrophica mixta, o apparecimento da ascite se faz em uma época affastada das primeiras perturbações digestivas que, como vimos, indicam quasi sempre o começo da molestia.

Na cirrhose atrophica o contrario se observa, isto é, a distancia que vae do principio da molestia ao apparecimento da ascite — não é grande.

A marcha da molestia, assim como a sua terminação apresentam algumas dissemelhanças.

Diagnostic differencial entre a cirrhose hypertrophica e a cirrhose atrophica mixta

Difficilmente se confundirá a cirrhose hypertrophica com a cirrhose atrophica mixta; porquanto tirando a ictericia, que é um symptoma importante da cirrhose hypertrophica, e a hypertrophia do figado, que se observa algumas vezes no primeiro periodo da cirrhose atrophica mixta, — os outros symptomas pertencem á cirrhose atrophica vulgar.

Assim, a cirrhose atrophica mixta tem ascite; a cirrhose hypertrophica não tem; na cirrhose atrophica mixta o figado augmenta de volume algumas vezes, mas este augmento de volume do figado desaparece quando a ascite sobrevem; ao passo que na cirrhose hypertrophica o augmento de volume do figado, não só persiste como ainda torna-se cada vez mais pronunciado.

A marcha da cirrhose atrophica mixta é muito mais apressada que a da cirrhose hypertrophica.

As fezes apresentam os caracteres já descriptos quando nos occupamos de cada uma destas entidades morbidas.

Diagnostic differencial entre a cirrhose hypertrophica e a cirrhose hypertrophica mixta

No primeiro periodo é completamente impossivel fazer-se o diagnostico entre estas duas especies de cirrroses; só mais tarde, isto é, depois que a ascite apparece. Com effeito, a cirrhose hypertrophica mixta apresenta todos os symptomas da cirrhose hypertrophica simples, isto é, como n'esta nós notamos a ictericia, a hypertrophia do figado, a hypertrophia do baço, os caracteres fornecidos pelo exame das urinas; mas desde que a ascite apparece nenhuma duvida póde mais restar em nosso espirito de que se trata de um caso de cirrhose hypertrophica mixta.

Quando acima nos referimos á ascite, tivemos em vista não a ascite de qualquer natureza, simplesmente queremos fallar da ascite dependente da cirrhose, cujos caracteres differenciaes já estudamos quando nos occupamos com os symptomas da cirrhose atrophica.

Pelo que temos dito se comprehende que o unico caracter differencial entre a cirrhose hypertrophica mixta e a hypertrophica, é a ascite, com todas as suas consequencias, isto é, a diminuição na quantidade normal das urinas, o enfraquecimento do doente, etc.

O desenvolvimento anormal das veias subcutaneas abdominaes, tambem serve para estabelecer ou pelo menos confirmar o diagnostico differencial entre estas duas especies de cirrhoses, mas o seu apparecimento ou se faz com a ascite ou pouco depois d'ella.

A marcha da ascite é rapida; ella—uma vez começada—evolue com grande presteza, e quando se retira pela punção o liquido ascitico elle se reproduz em algumas horas.

A duração da molestia é mais curta na cirrhose atrophica mixta do que na hypertrophica.

Diagnostico differencial entre as duas fórmulas de cirrhose mixta

O diagnostico entre as duas fórmulas de cirrhose mixta offerece difficuldade no principio da molestia, pois, quer se trate da cirrhose atrophica mixta, quer da hypertrophica mixta, em geral o primeiro symptoma é a ictericia, se bem que—na primeira d'estas fórmulas—a ictericia apparece algumas vezes depois que a ascite está declarada.

O volume do figado, que é a pedra de toque no diagnostico differencial entre estas duas cirrhoses, não tem grande valor no primeiro periodo da molestia, porquanto n'este periodo o augmento de volume—é a regra.

Implicitamente temos dito que o diagnostico differencial entre estas duas cirrhoses, em seu primeiro periodo, offerece difficuldades; mas não

queremos dizer que elle seja impossivel. Assim, quando a ictericia é o primeiro symptoma e persiste só por muito tempo, nós podemos desconfiar que se trata de um caso de cirrhose hypertrophica com ascite, se este ultimo symptoma apparece. Se, porém, a molestia começa pelos symptomas da cirrhose atrophica e depois o doente é acommettido de ictericia,—nós temos razão bastante para suppôr que temos em vista um caso de cirrhose atrophica com ictericia chronica.

No segundo periodo—o diagnostico differencial torna-se mais facil, porquanto já se acha completamente confirmado.

Os symptomas d'essas duas fórmas no segundo periodo—são os mesmos, á excepção de alguns á que recorreremos para estabelecer o diagnostico differencial entre as duas cirrhoses mixtas.

O exame do figado é que nos indica á qual das duas cirrhoses mixtas pertence o caso que observamos. Como sabemos, em qualquer dos casos o primeiro phenomeno observado para o lado do figado—é um ligeiro augmento de volume d'este orgão; pois bem, este augmento cede o passo á atrophia do orgão se se tratar da cirrhose atrophica mixta, e pelo contrario torna-se mais pronunciado se a fórmula que observamos é a hypertrophica mixta.

N'esta ultima fórmula o exame do figado torna-se facil, e a ascite, bem como o desenvolvimento das veias abdominaes—guardam certa distancia entre o principio da molestia e a sua appareição; o contrario se observa na cirrhose mixta atrophica.

A hypertrophia do baço é um symptoma commun ás duas fórmas; porém é muito mais constante na cirrhose hypertrophica mixta, e tanto assim é que Surre diz tel-a encontrado em todos os seus doentes.

A marcha é quasi a mesma nas duas fórmas, de modo que é impossivel tirar d'ella um caracter differencial.

Resumindo, o unico caracter verdadeiramente differencial—é o volume do figado que se apresenta com os caracteres já descriptos.

Devemos passar ao diagnostico differencial entre a cirrhose atrophica e as duas especies de que ainda não fallamos—a cardiaca e a syphilitica.

Como sabemos, estas fórmas são sub-divisões da cirrhose atrophica e d'esta ultima foram separadas em razão da diversidade de therapeutica

que cada uma requer, como também por pequenas diferenças anatómicas, e ainda pela marcha e prognóstico que a cada uma compete.

E' claro que sendo as cirrroses syphilitica e cardiaca sub-divisões da cirrhose atrophica, se procurassemos fazer o diagnostico differencial entre essas duas especies de cirrroses e a cirrhose hypertrophica, iriamos repetir o que já dissemos quando fizemos o diagnostico differencial entre a cirrhose atrophica vulgar e a hypertrophica.

Passemos a fazer o diagnostico differencial entre a cirrhose atrophica vulgar e a cirrhose cardiaca; em seguida nos occuparemos da cirrhose syphilitica comparada com a cirrhose atrophica, por ultimo faremos o diagnostico differencial entre as duas fórmulas de cirrhose—syphilitica e cardiaca.

Diagnostico differencial entre a cirrhose atrophica classica e a cirrhose cardiaca

Quando fizemos a descripção da etiologia de cada uma das especies de cirrhose de que nos occupamos, tivemos em vista tirar d'ella elementos que nos auxiliassem no estudo do diagnostico differencial d'essas mesmas especies; até aqui, porém, a etiologia não nos tem auxiliado n'este estudo e só á symptomatologia, marcha, duração e prognóstico, temos recorrido.

Quando se trata, porém, da cirrhose cardiaca, o caso muda de figura, e a etiologia goza de importancia incontestavel no diagnostico d'esta molestia.

A cirrhose cardiaca, como sabemos, reconhece por causa uma molestia do coração ou dos pulmões; a cirrhose atrophica vulgar é determinada pelo abuso do alcool, pelo impaludismo, etc.

Nos casos em que a affecção que determina a cirrhose cardiaca ainda existe, pôde o clinico verificando-a attribuir a ella a manifestação da cirrhose e differenciar a da cirrhose commum pela ordem em que os symptomas appareceram.

Sem um exame attencioso se pôde chegar á conclusão de que se trata de um caso de cirrhose cardiaca quando houver coincidência da cirrhose commum com uma affecção cardiaca; e não precisa que haja coincidência, pois sabemos que as affecções do figado, principalmente aquellas que trazem em resultado um embaraço da circulação, como acontece com a cirrhose atrophica, tem grande influencia sobre o coração; esta influencia é mais notada para o lado do coração direito.

A cirrhose cardiaca, uma vez estabelecida, evolue independentemente da affecção cardiaca que lhe deu causa e, se é assim, podemos encontrar a cirrhose cardiaca sem que o exame do coração ou dos pulmões nos traga esclarecimento em razão de ter desaparecido a leção d'estes órgãos; n'estes casos só a anamnese nos pôde orientar sobre a natureza da causa que produziu a cirrhose. Nada diremos sobre a natureza da cirrhose cardiaca, porque não é só pelo estudo das causas que nós podemos chegar ao diagnostico differencial entre as duas cirrhoses.

A evolução dos symptomas é de grande alcance no diagnostico differencial entre as duas especies da cirrhoses.

Como sabemos, ambas têm os mesmos symptomas com pequenas differenças; mas o modo por que estes symptomas evoluem—é de grande importancia.

Na cirrhose cardiaca como na atrophica vulgar, a ascite se dá; mas o apparecimento da ascite succede ao oedema dos membros inferiores na cirrhose cardiaca, ao passo que na cirrhose atrophica vulgar—ella segue o caminho opposto, isto é, a infiltração dos membros inferiores succede ordinariamente á ascite.

O desenvolvimento das veias abdominaes é muito mais accentuado na cirrhose cardiaca do que na cirrhose atrophica classica.

A cirrhose cardiaca traz a albuminuria; a cirrhose vulgar não traz, e se ella se apresenta deve ser explicada por uma complicação renal.

Os demais symptomas nenhum caracter differencial podem trazer.

O emmagrecimento é mais rapido na cirrhose cardiaca e a cachexia é observada com mais brevidade do que na cirrhose vulgar.

A marcha da molestia é menos lenta na cirrhose cardiaca do que na outra ; o prognostico é menos grave n'esta do que n'aquella.

Em resumo : a marcha da ascite, a anamnese e a albuminuria nas urinas—são os caracteres que mais valor têm no diagnostico differencial entre a cirrhose cardiaca e a cirrhose atrophica vulgar.

Diagnostico differencial entre a cirrhose atrophica vulgar e a cirrhose syphilitica

Se para o diagnostico differencial entre a cirrhose atrophica e a cirrhose cardiaca nós recorremos com alguma vantagem á etiologia, esta vantagem cresce quando se trata do valor da etiologia no diagnostico differencial entre a cirrhose atrophica e a cirrhose syphilitica.

A cirrhose syphilitica—é uma molestia difficil de ser diagnosticada em seu principio ; geralmente accomette insidiosamente o individuo e não é conhecida do medico senão em uma época muito adiantada, de maneira que o seu diagnostico é quasi impossivel no começo da molestia.

Depois de confirmada a molestia, isto é, depois que o diagnostico da molestia está feito, a differenciação entre a fórma syphilitica e a vulgar—torna-se mais facil.

Assim, recorrendo á etiologia, nós vemos que a causa da cirrhose syphilitica—é a syphilis (e esta causa pôde ser perfeitamente conhecida, ou por que o doente tenha ainda vestigios de diathese syphilitica, ou ainda pela anamnese), ao passo que a cirrhose vulgar reconhece por causa o alcool, o impaludismo, etc.

A idade tambem pôde fornecer alguns dados, se não de muito valor, ao menos para a probabilidade ; assim a cirrhose syphilitica é mais commum na infancia e a cirrhose vulgar é mais commum na idade adulta.

Em seguida, vem a herança ; em individuos affectados de cirrhose do figado e oriundos de pais syphiliticos—devemos suppor a existencia da cirrhose syphilitica.

Como na cirrhose vulgar, a ascite apparece na cirrhose syphilitica ; os seus caracteres, porém, são os mesmos, de modo que de seu estudo não podemos tirar perfeito diagnostico differencial d'estas duas molestias.

Quando tratamos da symptomatologia da cirrhose syphilitica, vimos que o exame do figado não era de grande alcance no diagnostico differencial ; que algumas vezes nós encontravamos o figado hypertrophiado, outras normal, outras, ainda, atrophiado, e não raras vezes apresentando desproporções entre os lóbos ; quando se encontra esta desproporção entre os lóbos — o diagnostico torna-se muito mais facil, por quanto este facto é quasi exclusivo á syphilis. Póde-se notar que o figado apresenta sulcos em sua superficie em razão da grande retracção do tecido conjunctivo.

No periodo cachetico da cirrhose syphilitica, é frequente observar-se a febre, principalmente nas crianças, e quando a syphilis se acompanha de lezão dos ossos; na cirrhose atrophica vulgar—não se observa a febre.

Jules Simon notou em todos os seus doentes exacerbação dos symptomas ao anoitecer, nos casos de cirrhose syphilitica ; elle recommenda este signal como de grande importancia para o diagnostico ; este signal não é observado na cirrhose atrophica vulgar.

O iodureto de potassio, assim como os outros anti-syphiliticos, dá bom resultado nos casos de cirrhose syphilitica ; o mesmo porém não se dá na cirrhose atrophica, e como, *naturam morborum curationes ostendunt*, nós temos que o emprego dos anti-syphiliticos póde servir para distinguir a cirrhose syphilitica da cirrhose vulgar.

Entretanto, póde a syphilis affectar a glandula hepatica produzindo-lhe a cirrhose, e não haver durante a vida signal que a traduza ; n'este caso só a autopsia é que póde nos patentear a cirrhose.

Em resumo : o diagnostico differencial entre a cirrhose atrophica vulgar e a cirrhose syphilitica só póde ser feito attendendo-se ao historico do doente e ao resultado do tratamento.

Ainda assim elle ficará muitas vezes duvidoso.

Passemos ao diagnostico differencial entre as duas cirrhoses—cardiaca e syphilitica.

Diagnostic differencial entre a cirrhose cardiaca e a cirrhose syphilitica

O diagnostico differencial entre a cirrhose syphilitica e a cirrhose cardiaca, offerece as mesmas difficuldades que entre aquella cirrhose e a atrophica.

A etiologia, aqui, como no diagnostico differencial entre a cirrhose atrophica e a cirrhose syphilitica,—continua a prestar grandes serviços.

Como sabemos, a cirrhose cardiaca depende de uma lezão de coração ou dos pulmões, á qual ordinariamente succede; a cirrhose syphilitica é sempre dependente da localisação no figado da diathese syphilitica; de modo que a escuta do coração e dos pulmões associada ao historico do doente, dá em geral ideia da especie de cirrhose de que se trata.

A ascite na cirrhose cardiaca é muito mais pronunciada do que na cirrhose syphilitica; ella succede ás perturbações digestivas (que como sabemos marca quasi sempre o começo da molestia) na cirrhose cardiaca; na cirrhose syphilitica ella apparece tardiamente.

O exame do figado nos mostra, nos casos já estudados de cirrhose syphilitica, os mesmos caracteres differenciaes que apresentam para a cirrhose atrophica.

A albumina nas urinas é um facto frequente na cirrhose cardiaca, ao passo que ella póde deixar de existir na cirrhose syphilitica.

Emfim, os caracteres differenciaes entre a cirrhose cardiaca e a cirrhose syphilitica se resumem no historico do doente, ou, para melhor dizer, no conhecimento da causa que produziu a molestia.

Os outros caracteres differenciaes, como já dissemos, são os mesmos que os que separam a cirrhose atrophica da cirrhose syphilitica.

Eis terminado o estudo do diagnostico differencial entre as diversas especies de cirrhoses; para que sejamos claros devemos dizer qual o processo que seguiremos no leito do doente para distinguir as cirrhoses.

Em primeiro lugar diferenciaremos a cirrhose atrophica da hypertrophica ou procuraremos ver se as duas fórmas fundamentaes se ajuntaram para formar a cirrhose mixta.

Se se tratar da cirrhose mixta, separaremos a cirrhose atrophica mixta da hypertrophica mixta.

Em seguida separaremos a cirrhose mixta observada de cada uma das fórmas fundamentaes.

Se a cirrhose observada fór a atrophica nós temos de distinguil-a em primeiro lugar da cardiaca, depois da syphilitica, e por ultimo separaremos as duas sub-fórmas da cirrhose atrophica, isto é, a cirrhose syphilitica e a cardiaca.

QUARTA PARTE

Tratamento das cirrheses

Dividiremos o tratamento das cirrheses em hygienico e curativo.

TRATAMENTO HYGIENICO

O tratamento hygienico consiste em aconselhar aos doentes a habitação em bom clima, isto é, elles devem evitar os climas quentes e humidos. A razão d'este conselho é facilmente explicada pela tendencia que em taes climas tem o figado para as congestões. O exercicio moderado, o uso de uma alimentação branda, são outros tantos conselhos que não devem ser esquecidos.

A alimentação deve constar de leite, substancias amylaceas de facil digestão, vegetaes, carnes brancas, ovos, etc., mas o que ha de importante aqui é o regimen exclusivamente lacteo, de que mais adiante fallaremos, não o fazendo já porque tal assumpto acha inteiro cabimento no artigo do tratamento curativo.

Um outro conselho de grande importancia — é a prescripção absoluta das bebidas alcoolicas, assim como de todas as substancias irritantes e indigestas taes como : a pimenta, a mustarda, o vinagre em excesso, o café muito forte, a gordura e as substancias muito assucaradas.

São estes os meios hygienicos de que dispomos e que se applicam á todas as especies de cirrheses.

TRATAMENTO CURATIVO

Será a cirrhose uma molestia curavel ?

É esta a questão que mais interesse desperta áquelles que se dedicam ao estudo das molestias do figado.

Este assumpto tem merecido grande importancia e já serviu de ponto para a these inaugural do Dr. Ribeton, de Pariz, em 1885, — que me parece ter cabalmente demonstrado que a cirrhose é uma molestia curavel, se não em absoluto, ao menos relativamente.

De que argumentos podemos lançar mão para demonstrar que a cirrhose é uma molestia curavel ?

Para esta pergunta só temos uma resposta : — a observação.

É portanto o problema determinado, e desde que a observação por si só basta para pôr fóra de duvida a curabilidade da cirrhose, nós nos julgamos habilitados a affirmar que a cirrhose é curavel.

Na these do Dr. Ribeton, elle cita doze observações das quaes só quatro tiveram fatal terminação e entre estas, duas foram devidas a accidentes.

Por nossa parte podemos garantir que não tendo a molestia affectado toda a glandula hepatica, é susceptivel de cura, o que mais de uma vez observamos.

Para procedermos com methodo, faremos em separado o estudo do tratamento de cada especie de cirrhose.

CIRRHOSE ATROPHICA

Todos os auctores dividem o tratamento da cirrhose atrophica em tratamento do primeiro periodo e tratamento do segundo periodo.

Por nossa parte julgamos, se não escusada, ao menos superflua esta divisão, porquanto nem ao medico é dado observar a molestia em seu

primeiro periodo, e se a observa n'este periodo toma-a por uma simples congestão hepatica, como tambem em geral o tratamento da congestão hepatica não differe muito do aconselhado para a hepatite intersticial atrophica em seu primeiro periodo; de maneira que podemos dizer que a molestia em seu primeiro periodo é combatida do mesmo modo que a congestão hepatica, isto é, a medicação consiste no emprego de largos vesicatorios na região hepatica, e bem assim em embrocações de tinctura de iodo, fricções de pomada mercurial, de iodureto de potassio e emplastros de timbó, etc.

Quando a congestão hepatica fôr consideravel, devemos recorrer ás emissões sanguineas locaes, prescrevendo ao mesmo tempo e internamente os purgativos salinos, como o sulfato de sodio ou de magnesia na dóse de 40 a 60 grammas. As aguas mineraes de Vichy, Carlsbad, Sedlitz e outras, são tambem de bom conselho.

Os cholagogos têm tambem indicação e prestam reaes serviços; assim é commum o emprego do calomelanos na dóse de 60 centigrammas, ou pouco mais, e seguido do oleo de ricino duas horas depois; o aloes, o rhuibarbo e a podophylina, etc.

Além d'estes meios, nós podemos lançar mão das preparações que têm por fim activar a funcção digestiva.

São estes, resumidamente, os meios de que dispomos para combater o elemento congestão que é quasi sempre o primeiro periodo da cirrhose.

Depois que os symptomas se accentuam e que a cirrhose se acha constituida, o facto que mais chama a attenção tanto do doente como do clinico é — a ascite.

Na verdade, a primeira idéa que salta ao espirito é combater a ascite que para o doente representa toda a sua molestia, e para o medico é a traducção fiel do embaraço circulatorio no systema porta.

O enfraquecimento do doente, que vê suas forças se abaterem gradualmente, é tambem um facto que merece grande attenção da parte do medico, porquanto elle nada mais representa que a deficiencia da nutrição e quando a nutrição é má ou insufficiente — a vida periga.

Sobre estas bases repousa o emprego da medicação que vamos aconselhar; porém, antes do mais, devemos fazer algumas considerações sobre os meios de que dispomos para combater estes dous symptomas.

Para combater a ascite só dispomos dos purgativos e dos diureticos; os purgativos são perigosos, porque se elles conseguem diminuir o derramamento peritoneal, produzem ao mesmo tempo hyperimia para o tubo intestinal, hyperimia esta que se torna perigosa em razão da superactividade que muitas vezes já existe em virtude do embaraço intra-hepatico.

O emprego dos purgativos, deve, portanto, ser feito com muita precaução, se não quizermos ver como consequencia d'esse meio uma enterorrhagia grave.

Os diureticos têm o inconveniente de augmentar o enfraquecimento do doente e concorrer para a cachexia; são, entretanto, de alguma vantagem para combater a ascite.

Sem duvida causará reparo não havermos ainda fallado da paracentese; mas para fallar d'esta operação precisamos desviar-nos um pouco da ordem de considerações em que tinhamos entrado; por isto reservamos a critica de semelhante assumpto para depois das conclusões que procuramos tirar.

O outro elemento contra o qual temos de dar batalha vem a ser o enfraquecimento do doente que cada vez mais se accentuará se forte barreira não puzermos aos seus agigantados passos.

Para combatel-o só ha um meio e este consiste no regimen alimentar que deve ser feito com substancias de grande valor nutritivo e ao mesmo tempo de facil digestão.

Em vista das considerações que vimos de fazer, parece-nos que um grande agente therapeutico encontramos no leite e, ainda mais, no regimen lacteo absoluto.

Com effeito, o leite por suas qualidades diureticas é capaz de combater a ascite e não hesitamos em aconselhal-o desde que sabemos que, ao lado de sua acção diuretica, elle é um alimento completo e, ainda mais, de facilima digestão.

Foi sem duvida baseado n'estes principios que o illustrado professor da 2ª cadeira de clinica medica da Faculdade do Rio de Janeiro, o Dr. Martins Costa, attendendo ás exigencias de seu espirito m'eramente progressista, tentou em doentes da enfermaria á seu cargo, o tratamento da cirrhose pela dieta lactea, tratamento já anteriormente aconselhado na Europa.

Os mais esplendidos resultados coroaram o esforço do illustrado professor, que viu á sua enfermaria concorrer grande numero de cirrhoticos.

Tão brilhante triumpho em bem da humanidade não podia passar despercebido ao mundo scientifico e o Dr. Martins Costa se apressou em relatar na sessão de 3 de Setembro de 1884, da Imperial Academia de Medicina, os successos da medicação lactea no tratamento da cirrhose, dizendo que havia obtido a cura completa em dous casos de cirrhose, molestia cuja curabilidade é ainda hoje posta em duvida por alguns pathologistas.

Outro caso de cura quasi completa pela dieta lactea, foi na mesma sessão referido pelo Dr. Luiz Lobo.

Entretanto, ao lado das vantagens que offerece o leite no tratamento da cirrhose, alguns obstaculos apparecem e entre elles figura a repugnancia que alguns doentes manifestam depois de alguns dias de seu uso.

Outras vezes é a diarrhéa o inconveniente que nos faz suspender o uso de tão heroico meio therapeutico.

O Dr. Martins Costa emprega o leite em larga escala, chegando os doentes a ingerir muitos litros por dia. Em geral a dóse é de 5 ou 6 litros por dia.

O mesmo illustre professor faz acompanhar a esta medicação, sob o titulo de—medicação coadjuvante, o iodureto de potassio, o citrato de cafeina e a manipoeira.

Em nossa opinião o iodureto de potassio é mais do que coadjuvante, porquanto sabemos que este medicamento tem a propriedade de favorecer a transformação dos neoplasmas e sua absorpção.

Se assim é, não podemos deixar de aconselhar o emprego do iodureto de potassio ao lado da dieta lactea, porquanto se esta combate a ascite e o enfraquecimento, aquelle combate as suas causas.

D'este enthusiasmo pela medicação lactea no tratamento da cirrhose, não participa o Exm. Sr. Barão de Torres Homem que faz consistir a sua medicação em purgativos, tónicos e estimulantes, o iodureto de potassio, etc, como se verá em uma das observações que vem consignada n'este trabalho.

Falta-nos fallar da paracentese.

A paracentese, que tem por fim desembaraçar o doente da grande quantidade de liquido ascitico, é aconselhada, por alguns, em um periodo pouco adiantado da molestia, ao passo que outros são de opinião que ella só deve ser feita quando por suas proporções consideraveis affectar seriamente a função respiratoria.

E' esta a nossa opinião e julgamol-a bem fundada desde que sabemos que a falta de pressão na cavidade do peritoneo facilita a reprodução da ascite que traz como consequencia uma grande perda de albumina, precipita a cachexia e contribue para a reprodução mais rapida da ascite.

Em geral a bussola para a época em que se deve praticar a paracentese é a luxação do appendice xiphoide.

A paracentese offerece alguns accidentes que podemos obviar desde que nos cerquemos dos cuidados necessarios. Devemos usar de um trocater fino e deixar que a evacuação do liquido se faça naturalmente, isto é, sem fazer pressão sobre as paredes abdominaes.

Não devemos tambem esvasiar completamente a cavidade peritoneal, porque a descongestão brusca dos vasos abdominaes póde se dar e como consequencia um desequilibrio da circulação.

São estes os meios de que podemos lançar mão para combater a cirrhose atrophica, mas falta-nos fallar dos meios de debellar as complicações.

Assim, a gastrorrhagia e a enterorrhagia são combatidas pelo gelo e os adstringentes energicos, como o tannino, perchlorureto de ferro, o alumen, a ergotina, etc.

Para combater o grande desenvolvimento de gases no estomago e nos intestinos aconselhamos o carvão vegetal, o creosoto, o aniz, o ether e a terebenthina.

TRATAMENTO DA CIRRHOSE HYPERTROPHICA

O tratamento da cirrhose hypertrophica pouco differe daquelle que aconselhamos para combater a cirrhose atrophica, convindo notar que os diureticos têm aqui maior applicação por causa do accumulo de bile no sangue, bile esta que precisa ser eliminada.

No tratamento da cirrhose atrophica não demos o emprego do sulfato de quinina, que, segundo alguns auctores, tem na cirrhose hypertrophica inteira indicação, porquanto elles julgam que o elemento palustre é uma das causas d'esta especie de cirrhose.

Já fizemos ver o nosso modo de pensar a este respeito e só nos falta dizer que este heroico medicamento tem mais applicação na cirrhose atrophica.

O leite associado ao iodureto de potassio é n'esta especie, como em todas, o medicamento por excellencia, aquelle á que devemos sempre recorrer.

Não fallaremos no tratamento da cirrhose mixta, porque isto seria repetir o que já temos dicto sobre o tratamento das fórmas atrophica e hypertrophica, e por isto passaremos immediatamente a nos occupar com o tratamento da cirrhose cardiaca.

TRATAMENTO DA CIRRHOSE CARDIACA

A primeira indicação a preencher no tratamento da cirrhose cardiaca é demover a causa que a produziu, sem o que toda a medicação prescripta contra esta molestia será improficua.

Restabelecer a circulação embaraçada, no coração ou nos pulmões, é descongestionar as veias supra hepaticas e, por conseguinte, remover

a causa da dilatação da veia central intra-lobular e a peri-phlebite que a acompanha e produz a cirrhose.

Não podemos entrar no estudo dos meios capazes de produzir este effeito, porque isto nos levaria ao estudo das molestias cardiacas e pulmonares e nos obrigaria a sahir do assumpto deste trabalho.

Em tudo o mais o tratamento é semelhante ao da cirrhose atrophica.

TRATAMENTO DA CIRRHOSE SYPHILITICA

Além do embaraço circulatorio que temos de combater, não devemos nos esquecer de atacar a causa desta especie de cirrhose.

A dieta lactea tem aqui tanto mais valor, quanto sabemos que na cirrhose syphilitica a cachexia é muito mais pronunciada e que portanto a alimentação é muito mais difficil.

De mais, tendo de combater o elemento syphilis, nós teremos de recorrer aos mercuriaes, e é facto conhecido que o leite facilita a ingestão d'estes medicamentos.

O Dr. Martins Costa aconselha que antes de lançar mão dos mercuriaes se empregue o iodureto de potassio na dóse de 1, 2, 3 até 6 grammas por dia.

Como quasi sempre o doente se acha completamente cachetico, devemos, ao iodureto de potassio, associar as preparações tonicas, como o iodureto de ferro e os preparados de quina.

Potain faz ver que o mercurio em uso interno deve ser regeitado e que empregado externamente elle não offerece garantias, por isto elle aconselha o uso das injeções de peptonato de mercurio nas creanças affectadas de cirrhose syphilitica.

O xarope de Gibert é de boa indicação nos casos de cirrhose syphilitica.

Além destes meios devemos lançar mão de todos aquelles que tem por fim levantar as forças do doente.

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO PRIMEIRA

Francisco Gavinho Torres, branco, de 43 annos de idade, portuguez, de constituição fraca, solteiro, marinheiro, morador no Patacho *Felix*, entrou para a 9ª enfermaria de clinica medica, á cargo do Dr. Martins Costa, em 30 de Novembro de 1885.

ANAMNESE.—Tem soffrido muito de febres intermittentes, já teve molestias syphiliticas e abusa das bebidas alcoolicas.

Está doente ha 7 mezes mais ou menos; seu ventre começou a crescer progressivamente até tomar proporções assustadoras, ao mesmo tempo notou que se enfraquecia cada vez mais e que emmagrecia, sendo por isto forçado a recorrer ao hospital.

ESTADO ACTUAL.—E' um individuo magro, pallido, com as mucosas muito descoradas; a côr da pelle é de um amarello intenso; nota-se algumas cicatrizes arredondadas. Sens musculos estão atrophiados e flacidos; tem o ventre muito desenvolvido com uma enorme ascite. A lingua está um tanto saburrosa, o doente tem pouco appetite, tem tido vomitos de sangue (hematemese.) O figado está muito diminuido de volume e um pouco doloroso.

O baço normal; urinas diminuidas, não apresentando, entretanto, alteração em sua composição; ellas não contêm nem albumina, nem assucar. O coração não está augmentado de volume, ouve-se o sopro anemico.

Nos pulmões, stertores sub-crepitantes disseminados, mas confluentes nas bases posteriormente.

Tem tido dores de peito e tosse com pequena expectoração.

DIAGNOSTICO--Em vista dos symptomas que acabamos de descrever, não ha duvida que se trata de um caso de cirrhose atrophica vulgar.

Não se trata de um caso de cirrhose hypertrophica, porque a ictericia e o augmento de volume do figado faltam completamente, além de que o doente apresenta a ascite, que é um symptoma negativo de grande valor.

Não se trata tambem de um caso de cirrhose cardiaca, porque o doente não accusa ter soffrido de affecções cardiacas ou pulmonares.

Não se trata de um caso de cirrhose syphilitica, apesar de sabermos que elle já teve manifestações syphiliticas, porque a molestia não se apresenta com a confusão de symptomas propria da cirrhose syphilitica e ainda elle esteve por muito tempo sujeito á acção de duas causas poderosissimas da cirrhose atrophica vulgar—o alcool e o impaludismo.

TRATAMENTO.—O doente foi submettido ao tratamento pela dieta lactea absoluta e auxiliada pelo citrato de caféina. Seu estado foi apresentando sensiveis melhoras até o dia 16 de Julho de 1886, em que teve alta a pedido, em mui boas condições.

A ascite muito diminuida é quasi imperceptivel, o estado geral é excellente.



OBSERVAÇÃO SEGUNDA

Adão Luiz Gotthmann, branco, de 54 annos, constituição fraca, casado, morador á rua Farani, cocheiro, brasileiro. Entrou para o hospital da Misericórdia no dia 14 de Junho de 1886, indo occupar um leito na enfermaria a cargo do Dr. Martins Costa.

ANAMNESE.—Refere o doente que já teve ictericia ha muitos annos, teve febres intermittentes, manifestações venereas e abusou de bebidas alcoolicas.

Ha um mez notou que o seu ventre estava crescendo ; não sentia dores, mas tinha sensações de peso no ventre, praticaram-lhe a paracentese e retiraram uma bacia de banho cheia de liquido. Depois da operação o ventre começou a crescer.

ESTADO ACTUAL.—O doente apresenta uma ascite consideravel, os membros inferiores muito delgados não tem traços de oedema. Queixa-se de dores na região umbilical e nota-se grande desenvolvimento das veias tegumentosas n'essa região. Tem appetite e as suas evacuações são normaes, porém sente-se muito affrontado depois das refeições. O figado, doloroso pela pressão, se acha notavelmente reduzido de volume. A lingua além de saburrosa está muito vermelha ; as urinas são pouco abundantes, não contém nem albumina nem assucar.

Para o lado do apparelho circulatorio, nada de anormal se encontra; apenas as bolhas cardiacas um pouco surdas e abafadas. No apparelho respiratorio notamos stertores sub-crepitantes disseminados posteriormente em ambos os pulmões. Não ha dispnéa ; temperatura e respiração normaes ; pulso pequeno, filiforme.

DIAGNOSTICO.—Cirrhose atrophica.

TRATAMENTO.—Citrato de caféina—60 centigrammas.

Q. 14.—1887.

Para tomar em duas doses.

Leite—2 litros por dia.

Além do leite, o doente alimentava-se de canja de arroz e frango.

A temperatura conservou-se sempre normal, excepto no dia 21 de Junho á tarde, em que observamos um augmento de $0^{\circ},7$.

Desde o dia da entrada o estado do doente foi se aggravando cada vez mais vindo a fallecer em 4 de Julho.

OBSERVAÇÃO TERCEIRA

Afonso Manoel Lourenço, chinez, com 60 annos de idade, livre, trabalhador, solteiro, residente nas margens do rio do Ouro; entrou para o hospital da Misericordia no dia 16 de Maio de 1887, onde veio occupar o leito n. 6 da 4ª enfermaria de medicina, a cargo do Exm. Sr. Barão de Torres Homem.

ANAMNESE.—Refere o doente que ha oito annos, pouco mais ou menos, soffrera de febres palustres adquiridas nas margens do rio do Ouro, onde exerce a profissão de pedreiro. As febres desappareceram depois de algum tempo que não pôde precisar.

Continuando a trabalhar na mesma localidade começou a notar, ha cerca de 9 mezes passados, que o ventre augmentava de volume, experimentando desde então a sensação de um liquido na cavidade abdominal.

Tempos depois os membros inferiores foram invadidos por cedemas, que não compromettiam nem os escrôtos nem o penis.

Em virtude d'este estado e da fraqueza geral em que se achava, resolveu recolher-se ao hospital da Misericordia em fins do mez passado, sendo medicado na 9ª enfermaria de medicina, onde lhe foi praticada duas vezes a paracentese, dando sahida ao liquido ascitico.

Vendo-se desembaraçado da collecção liquida, pediu alta, que lhe foi concedida.

Mas, como reapparecessem os mesmos symptomas, que já o haviam levado à 9ª enfermaria, procurou de novo o hospital, sendo enviado para a 4ª enfermaria de medicina, onde o encontramos.

Não accusa antecedentes syphiliticos, mas confessa abusar de bebidas alcoolicas.

ESTADO ACTUAL.—É um individuo de constituição fraca, apresentando as conjunctivas extremamente descoradas e a face bastante pallida.

O que immediatamente attrahiu a nossa attenção foi a proeminencia, não muito consideravel, do abdomen. Depois de descrevermos circulos concentricos desde a cicatriz umbelical até ás partes mais lateraes das paredes abdominaes, procedemos á percussão seguindo as linhas concentricas e observamos em toda a porção declive do abdomen, som obscuro, que variava quando o doente mudava de posição, em virtude da facil mobilidade do liquido ascitico, e que ia-se tornando mais claro á medida que nos approximavamos das partes mais elevadas, onde tornava-se evidente o som tympanico.

Era franca a fluctuação ou sensação de ondas liquidas na cavidade abdominal.

Nas paredes do ventre não se desenhava veia alguma ou rede venosa pre-umbelical.

A apalpação não determinava absolutamente dor. O ventre era completamente symetrico.

O thermometro de Peter applicado em diversos pontos da parede abdominal não accusou augmento local da temperatura.

A percussão dos hypochondrios revelou augmento de matidez nas areas hepatica e splenica.

Para o lado do apparelho digestivo, notamos apenas a lingua pouco saburrosa ; não havia diarrhéa nem anorexia.

No apparelho respiratorio, notamos ligeiro oedema para a base de ambos os pulmões. No circulatorio, a auscultação revelou sópro anemico nos quatro focos cardiacos e nas arterias do pescoço.

As urinas conservam-se normaes.

DIAGNOSTICO.—Cirrhose atrophica paludica.

TRATAMENTO.—No dia 17 lhe foi prescripto, pelo professor Dr. Torres Homem :

Uso externo — Um vesicatorio na região hepatica.

Uso interno :

Sulphato de ferro	}	aná 4 grammas
» » quinina		
» » strychnina.		

F. S. A. 30 pillulas : tome 3 por dia.

Agua ingleza.

Vinho quinado	100 grammas
Iodureto de potassio.	5 decigrammas

No dia 26 apresentando-se o ventre do doente bastante desenvolvido de maneira a dificultar a respiração, foi praticada a paracentese, retirando-se 6 1/2 litros de liquido.

Em 5 de Junho fez-se outra punção e retirou-se 6 litros.

Em 12,—retirou-se mais 6 1/2 litros.

OBSERVAÇÃO

Este doente soffreu cinco vezes a paracentese e foi uma vez acommettido de um accesso palustre, facilmente combatido pelo sulphato de quinina.

Actualmente elle se acha quasi completamente curado, a ascite tem diminuido muito, as suas forças voltam e o seu estado geral é bastante satisfactorio.

NOTA

Na 4ª enfermaria de clinica medica existem outros dous doentes de cirrhose cujas observações não consignamos porque quando elles entraram já estavamos com este trabalho quasi concluido.

O mesmo se deu na 9ª enfermaria onde ha outros dous cirrhoticos.



PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

CADEIRA DE PHYSICA MEDICA

Da electrolyse medico-cirurgica.

I

A palavra electrolyse foi creada por Faradey.

II

A electrolyse constitue em cirurgia um processo de grandes recursos na therapeutica dos estreitamentos da urethra.

III

A's experiencias de Davy e Dumas se deve o conhecimento da acção chimica das correntes continuas sobre os tecidos.

CADEIRA DE CHIMICA MEDICA E MINERALOGIA

Do mercurio e seus compostos.

I

O mercurio póde ser encontrado no estado nativo, porém ordinariamente se extrahe do sulfureto de mercurio.

II

Os compostos chlorados, iodados e oxigenados, são os mais empregados.

III

Em medicina aproveita-se, ora a sua acção anti-syphilitica e dyscrasica, ora a antiseptica e purgativa.

CADEIRA DE CHIMICA ORGANICA E BIOLOGICA

Pylocarpina e seus saes.

I

A *pylocarpina* é um alcaloide extrahido do *pylocarpus pinatus*, planta brasileira conhecida sob o nome de *jaborandy verdadeiro*, familia das *Rutaceas*.

II

Dos saes da *pylocarpina* os mais frequentemente prescriptos são : o chlorydrato e o nitrato de *pylocarpina*.

III

O chlorydrato de *pylocarpina* em injeções hypodermicas é o diaphoretico mais prompto e energico de que dispõe a therapeutica.

CADEIRA DE BOTANICA E ZOOLOGIA

Da influencia das correntes aéreas sobre a polinisação e disseminação das sementes.

I

O ar athmospherico representa um papel importante na fecundação das plantas.

II

Nas plantas monoicas as correntes athmosphericas se incumbem de levar o polen da planta masculina para pôl-o em contacto com a planta feminina, mesmo que esteja a grande distancia.

III

O apparecimento de certas plantas, habituaes em uma região qualquer, em uma região differente, é explicado pela immigração das sementes levadas pelas correntes aéreas.

CADEIRA DE ANATOMIA DESCRIPTIVA

Coração.

I

O coração é um musculo ôco, situado no mediastino anterior entre os dois pulmões, obliquamente dirigido da direita para a esquerda e de traz para diante.

II

Este órgão se acha envolvido por uma serósa denominada — pericardio.

III

As cavidades esquerdas do coração estão em relação com o sangue arterial e as direitas com o sangue venoso.

CADEIRA DE HISTOLOGIA THEORICA E PRATICA**Serviços prestados pela hystologia á pratica da medicina e da cirurgia.**

I

O exame histologico dos tumores é a melhor base do diagnostico differencial entre elles.

II

Os adiantamentos em relação á natureza de diversos estados pathologicos têm-se feito graças á *Histologia*.

III

Para exactidão dos exames histologicos e suas conclusões, é necessario bastante profisciencia na technica microscopica e educação do órgão visual.

CADEIRA DE PHYSIOLOGIA THEORICA E EXPERIMENTAL**Irritabilidade muscular.****I**

A irritabilidade muscular é a propriedade em virtude da qual o musculo se contrahe sob a influencia de um excitante qualquer.

II

Esta propriedade é inherente ao tecido muscular.

III

Para que esta propriedade exista é indispensavel o perfeito estado da fibra muscular.

CADEIRA DE ANATOMIA E PHISIOLOGIA PATHOLOGICAS**Anatomia e physiologia pathologicas da febre amarella.****I**

As alterações mais importantes d'esta pyrexia se encontram no apparelho digestivo.

II

O estomago apresenta alterações as mais variaveis.

III

Na fórma hemorrhagica é frequentissimo encontrar-se no estomago um liquido negro, analogo ao que é expellido pelo vomito.

CADEIRA DE PATHOLOGIA GERAL

Epidemia.

I

Dá-se o nome de epidemia á manifestação de uma molestia em uma localidade qualquer accommettendo grande numero de individuos.

II

A maior parte das molestias epidemicas são contagiosas.

III

O calor excessivo gera muitas epidemias e em particular as que têm por séde anatomica—a pelle e a mucósa intestinal.

CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA**Chlorose.**

I

A *chlorose* é uma anemia frequente na mulher.

II

A *chlorose* occasiona perturbações variadas no organismo feminino.

III

Os tonicos, principalmente os ferruginosos, são de um grande valor no tratamento d'esta anemia.

CADEIRA DE PATHOLOGIA CIRURGICA

Das septicemias cirurgicas.

I

Os phenomenos morbidos, a que os antigos denominavam — podridão, são hoje designados pelo termo—*septicemia*—mais apropriado.

II

A *septicemia cirurgica* resulta da intoxicação especial determinada pela penetração e multiplicação no organismo do microbio descripto por Pasteur sob o nome de *microbio-septico*.

III

Graças ao estudo d'este eminente sabio, sabe-se que o vibrião septico é anaerobio; é o inverso do que se dá com o bacillo do carbunculo.

CADEIRA DE MATERIA MEDICA E THERAPEUTICA, ESPECIALMENTE BRAZILEIRA

Medicação revulsiva.

I

Dá-se o nome de *revulsivos* aos medicamentos que têm a propriedade de determinar uma irritação local.

II

Elles são denominados rubefacientes ou vesicantes, conforme produzem rubefacção da pelle ou determinam formação de phlyctenas.

III

Os principaes revulsivos são : a mostarda negra, ammonca liquida, o oleo de croton, as cantharidas e a resina de thapsia.

CADEIRA DE PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

Estudo chimico-pharmacologico das umbelliferas medicinaes.

I

As plantas da familia das *umbelliferas medicinaes* podem ser divididas em tres grupos e vem a ser : *aromaticos, gomas rezinas e virosas.*

II

Ao primeiro grupo pertencem as plantas excitantes, tendo como exemplo o aniz verde (*Pimpinella anisum*). Ao segundo pertencem os medicamentos anti-spasmodicos, exemplo — a *assa-fetida* (*ferula-assa fetida*) e ao terceiro grupo pertence a cicuta (*conium maculatum*).

III

O principio activo da cicuta é a *conicina*, alcaloide extremamente venenoso. Pouco soluvel n'agua, muito soluvel no alcool. O ether dissolve 1/6 do seu peso de *conicina*; os oleos fixos e certos oleos volateis dissolvem proporções notaveis d'esta base.

CADEIRA DE HYGIENE E HISTORIA DA MEDICINA

Das circumstancias que explicam a mortalidade das crianças na cidade do Rio de Janeiro.

I

A fraqueza congenita é uma causa importante da mortalidade das crianças no Rio de Janeiro.

II

A má qualidade da alimentação concorre para a mortalidade das crianças no Rio de Janeiro.

III

As bruscas mudanças de temperatura, produzindo affecções do apparelho respiratorio, muito concorrem tambem para a mortalidade das crianças no Rio de Janeiro.

CADEIRA DE ANATOMIA CIRURGICA, MEDICINA OPERATORIA E APPARELHOS

Talha hypogastrica.

I

A *talha hypogastrica* — é a operação que tem por fim extrahir um calculo vesical atravez de uma abertura praticada na região hypogastrica.

II

A mais terrivel complicação da *talha hypogastrica*—é a infiltração da urina.

III

Dos diversos processos empregados na *talha hypogastrica* o de Peterson é o mais vantajoso.

CADEIRA DE OBSTETRICIA**Eclampsia.**

I

A *eclampsia* constitue uma das molestias mais terriveis a que o parteiro é chamado para combater.

II

Ordinariamente a morte sobrevem n'esta molestia por esgotamento e asphyxia.

III

A theoria uremica não abrange a explicação de todos os factos que n'ella se observam.

CADEIRA DE MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

Therapeutica geral dos envenenamentos. Do antidotismo e do antagonismo em toxicologia.

I

O envenenamento é uma causa de morte violenta.

II

Na therapeutica dos envenenamentos ha quatro indicações a preencher: a expulsão, eliminação, neutralisação e, finalmente, combater o estado morbido produzido pelo veneno.

III

A phenomenisação morbida produzida pela absorpção dos venenos será combatida por meios diversos.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA MEDICA DE ADULTOS

Do diagnostico e tratamento do tabes dorsalis.

I

O *tabes dorsalis* é uma molestia do systema nervoso, de marcha essencialmente chronica e progressiva.

II

Seu diagnostico, algumas vezes facil, pôde, entretanto, apresentar difficuldades em vista da multiplicidade de symptommas com que se pôde manifestar.

III

O seu tratamento é variavel em cada caso, conforme sua causa productora, seus symptommas e o estado do systema nervoso.

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA MEDICA DE ADULTOS

Das amyotrophias de origem peripherica.

I

Por *amyotrophia de origem peripherica* comprehende-se as atrophias musculares consecutivas ou ás lezões dos nervos ou ás alterações dos musculos.

II

As lezões dos nervos produzem *amyotrophias* supprimindo a acção trophica da medulla.

III

Como meio therapeutico de mais efficacia contra as *amyotrophias de origem peripherica* occupa logar proeminente a electricidade.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA DE ADULTOS

Do tratamento das fracturas expostas.

I

O curativo antiseptico veio realisar um grande progresso no tratamento de taes fracturas.

II

Tem modificado o prognostico e modo de proceder em relação a estas entidades morbidas.

III

Conseguio pôr termo á luta, que durou longo tempo entre os sectarios da *amputação* e da *conservação*.



Hypocratis Aphorismi

I

In longis intestinorum difficultatibus cibi fastidia malum denunciant et cum febre pejus.

(Sect. VI, Aph. III).

II

Somnus, vigilia utraque modum ascendentia malum denunciant.

(Sect. I, Aph. II).

III

Quae increscunt plurimum calorem innotum obtinent plurimo igitur indigent alimento, alioqui absumitur.

(Sect. I Aph. XIV).

IV

Cibus et potus paulo peior, suavior tamen, melioribus quidem, sed minus gratis anteponendus.

(Sect. II, Aph. XXXVIII).

V

Ubi copiosior præter naturam cibus ingestus fuerit, id morbum creat, quod etiam curatio indicat.

(Sect. II Aph. XVII).

VI

Quibus jecur vehementer dolet, iis succedens febris dolorem solvit.

(Sect. VII, Aph. LII).

V. 18
V. 16/148 v

Esta these está conforme os estatutos. — Faculdade de Medicina, 24 de Setembro de 1887.

Dr. José Maria Teixeira.

Dr. Domingos de Góes e Vasconcellos.

Dr. Bernardo Alves Pereira.
