

1149

2187

1903

Hepatite suppurada

(BREVE ESTUDO)

A. J.

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

POR

João da Costa Magalhães

ASPIRANTE A FACULTATIVO DO ULTRAMAR



PORTO

OFFICINA TYPOGRAPHICA

DO

INSTITUTO DE SURDOS-MUDOS ABAUJO PORTO

1903

116/8 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

Antonio Joaquim de Moraes Caldas

LENTE SECRETARIO

José Alfredo M. Magalhães



CORPO DOCENTE

LENTES CATHEDRATICOS

1. ^a Cadeira - Anatomia descriptiva e geral	Luiz de Freitas Viegas.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica.	Illydio Ayres P. do Valle.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa.	A. J. de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria.	Clemente J. dos S. Pinto.
6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos .	Candido A. C. de Pinho.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna	José Dias d'Almeida Junior.
8. ^a Cadeira—Clinica medica.	Antonio de Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica	Roberto B. do R. Frias.
10. ^a Cadeira - Anatomia pathologica . . .	Augusto H. d'A. Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal e toxicologia	M. A. d'Oliveira Lemos.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semeiotica e historia da medicina.	Alberto P. Pinto d'Aguiar.
13. ^a Cadeira—Hygiene privada e publica .	João L. da Silva M. Junior.
14. ^a Cadeira—Histologia	José Alfredo M. Magalhães.
15. ^a Cadeira—Anatomia topographica . .	Carlos Alberto de Lima.

LENTES JUBILADOS

Secção medica	José de Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica	{ Pedro Augusto Dias. } Dr. Agostinho A. do Souto.

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica	{ Vaga. } Vaga.
Secção cirurgica	{ Antonio J. Souza Junior. } Vaga.

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica	Vaga.
----------------------------	-------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da *Escola*, de 23 d'abril de 1840, art. 155.º)

A' saudosa memoria

DE MEU

TIO E PADRINHO

P.^e João Antonio Rodrigues

A meus queridos Pais

A minha mulher

A minha filha

A meus irmãos

A minhas irmãs

Ao Ill.^{mo} e Exc.^{mo} Sr.

Francisco d'Albuquerque

Ao Ill.^{mo} e Exe.^{mo} Sr.

Dr. José Joaquim da Costa Lima

AOS MEUS PARENTES

A meus cunhados

A minhas cunhadas

A minha sogra

Aos meus condiscipulos

Aos meus amigos

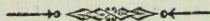
Aos meus contemporaneos

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE DE THESE

O Exc.^{mo} Snr.

Dr. Alberto Pereira Pinto d'Aguilar

HEPATITE SUPPURADA



Etiologia e pathogenia

A gravidade e a grande frequencia nos paizes quentes, da hepatite suppurada fizeram com que nós, na nossa qualidade de aspirante a facultativo do ultramar, a escolhessemos para assumpto da nossa dissertação inaugural.

Para explicar a raridade d'esta doença nos climas temperados, e pelo contrario a sua predilecção para os climas quentes, tem-se recorrido a diversas causas, entre ellas, á metereologia, á alimentação, habitos relativos aos paizes quentes e principalmente á dysenteria, e febres palustres doenças estas muito vulgares nos paizes quentes, e que acompanham quasi sempre a hepatite suppurada.

A predileção que o figado tem para a inflamação e suppuração nos paizes quentes, alguns auctores explicam-na do seguinte modo: Havendo uma eliminação menor de acido carbonico pelos pulmões, todas as vezes que ha au-

gumento de temperatura, resulta que o excesso de acido carbonico se accumula no organismo causando-lhe prejuizo; porém o figado encarrega-se da eliminação d'aquelle excesso, havendo portanto uma superactividade compensadora, que naturalmente se acompanha de um estado de congestão, que predispõe este órgão para a inflamação e suppuração. Effectivamente a experiencia prova que a diminuição d'acido carbonico eliminado está na razão directa da elevação da temperatura.

Todavia, se nos climas quentes, é menor a quantidade d'acido carbonico eliminado succede tambem que n'esses mesmos climas ha uma absorpção menor d'oxygenio; é claro que, n'estas condições, o organismo não fornece ao corpo comburentes senão uma quantidade menor de materiaes necessarios á combustão assim attenuada. N'estas condições para que viria o figado, creando uma superactividade nutritiva, compensar a elaboração intima dos elementos que se não exageram, e, portanto, se não accumulam nos tecidos? Se ha eliminação menor de acido carbonico ha tambem uma diminuição compensadora e equitativa, talvez, das combustões organicas.

Mais facilmente se poderia admittir, que a rarefacção do ar, produzida por uma alta temperatura, e trazendo comsigo uma oxygenação insufficiente do sangue acarretasse como consequencia, o figado receber materiaes mal elaborados, que ficassem fazendo o papel de substancias irritativas.

Experiencias feitas em animaes, submettidos á acção prolongada d'uma atmospherá bastante quente apresentaram na autopsia, um principio de degeneração granulogordurosa do contheudo das granulações hepaticas, a qual podia predispor notavelmente para a inflamação suppurativa. No homem acontecerá o mesmo?

Se só por si fosse sufficiente o calor para produzir

a hepatite suppurada, esta devia ser tanto mais frequente, quanto mais elevada fosse a temperatura.

Porém, as estatísticas mostram-nos que em diferentes paizes da zona torrida, é menos frequente que nos paizes, de temperatura relativamente menos elevada. Tem-se incriminado, tambem, como causa da hepatite suppurada a humidade atmospherica, e para o demonstrar, basta a raridade de abcessos hepaticos nos paizes onde a atmospherica é secca. A influencia mais positiva na pathogenia da hepatite suppurada parecem ser as variantes rapidas de temperatura.

Compreende-se facilmente esta influencia: durante o dia é grande a affluencia sanguinea para a pelle, em consequencia da excitação determinadã pelo calor; algumas horas depois, estabelece-se o movimento inverso, em virtude do qual o apparelho venoso abdominal, desprovido de valvulas, augmenta de calibre; o sangue estagna principalmente no figado, predispondo-o á inflamação.

A altitude, tambem parece ter alguma influencia sobre as hepaticas suppuradas. Assim, as estatísticas mostram-nos a raridade da hepatite na Algeria, que está situada mil metros acima do nivel do mar; no entanto apparece com frequencia no Mexico, que está dois mil e duzentos e setenta metros acima do nivel do mar, e onde a temperatura media não excede a vinte graus. Alguns auctores, ainda, como Cambay e outros, dizem ser a alimentação a causa da hepatite. Assim, os elementos irritantes e as bebidas alcoolicas, produzindo a hyperhemia do figado, pela sua acção continua, determinam a hepatite.

Se os excessos de alimentação e principalmente das bebidas alcoolicas são prejudiciaes em todos os climas, e a causa mais vulgar das doenças hepaticas, muito mais o devem ser ainda, nos paizes quentes; e em auxilio do

exposto, veem as estatisticas demonstrar que grande numero de individuos mortos de hepatites suppuradas, eram alcoolicos. Tambem se incrimina a dysenteria que marcha muitas vezes paralellamente com a hepatite suppurada; se em alguns casos não apparece a dysenteria, um interrogatorio cuidado do doente leva-nos a saber que ella precedeu o abcesso do figado.

As opiniões divergem porém, ao considerarem a hepatite como consecutiva da dysenteria, ou a dysenteria como consecutiva da hepatite.

Para alguns auctores como Annesley, a dysenteria é consecutiva á hepatite. Diz elle: a dysenteria é devida á acção da bilis viciada. Com effeito, é difficil admittir que, existindo no figado uma inflamação suppurativa as propriedades da bilis não sejam alteradas. Esta alteração faz com que os alimentos soffram mais facilmente fermentações anormaes, nos intestinos, e oppondo-se a que a mucosa elimine detritos epitheliaes, que n'ella se accumulam; d'aqui uma dupla causa d'irritação e inflamação dos intestinos. Porém, estes casos, são relativamente raros.

Para a maior parte dos auctores, como Budd a hepatite suppurada, é consecutiva á dysenteria, e é o que acontece quasi sempre.

A inflamação intestinal propagando-se da mucosa do intestino á dos canaes biliares, e d'estes ao parenchyma hepatico, seria a causa da hepatite; porém, nas autopsias de individuos mortos de hepatite, consecutivas á dysenteria, a ausencia de signaes inflammatorios nos canaes biliares, fez abandonar esta opinião.

Posta de parte, portanto, esta theoria, aventou-se a ideia que a inflamação se prolongava ao figado pelas veias, tendo por ponto de partida uma phlebite das veias que passavam proximo das ulcerações que caracterisam a dysenteria, propagando-se ao tronco da veia porta, e depois

ás ramificações d'esta veia no figado. Porém nas autopsias, rarissimas vezes, se tem encontrado a phlebite, do tronco da veia porta.

No entanto, para alguns auctores, a phlebite não se propaga ao tronco da veia porta; formar-se-hia na veia inflamada um coagulo, obturando-a.

Se o coagulo se forma perto d'uma colleteral, a sua extremidade, constantemente fustigada pela corrente sanguinea destaca-se, e levado atravez do tronco da veia porta, vae obstruir uma das suas ramificações hepaticas; a parte correspondente do figado fica anemiada, e a restante congestionada, ficando em condições aptas para a inflamação. Jaccoud por exemplo, evocando a especificidade do coagulo dysenterico explica a sua formação analogamente á formação dos abcessos metastaticos, na infecção purulenta.

Na dysenteria as ulcerações são gangrenosas, e batidas por productos septicos; a phlebite das veias da visinhança d'essas ulcerações produzida pelos productos septicos, é uma phlebite infecciosa, um fragmento do coagulo que se destaque não só vae produzir um infarctus, como tambem uma phlebite infecciosa no ponto onde pare.

A esta theoria, tem-se feito diversas objecções; assim: tem-se evocado a integridade das veias; o não apparecimento da hepatite no decurso das ulcerações tuberculosas e typhicas, e a raridade dos abcessos hepaticos, no nosso clima; a estas objecções responde-se que as veias embolisadas só se alteram onde o embolo pára, que a inocuidade das lesões tuberculosas e typhicas é relativa, e de causa diversa, e que a raridade dos abcessos nos nossos climas, no decurso da dysenteria, é devida á sua menor septicidade. E demais, quem nos diz a nós, que os coagulos são a causa, e não o effeito da hepatite suppurada?

A theoria que melhor satisfaz, parece ser a seguinte:

Sendo a dysenteria uma doença infecciosa, os liquidos segregados pelas ulcerações dysentericas, apresentam uma virulencia especial.

Admittindo-se, porém, que a genese dos abcessos metastaticos, se faz pelo transporte da causa morbifica pelos globulos brancos, desde o ponto onde se desenvolve, até ao menos affastado, onde vae originar a suppuração, porque não se admittre o mesmo mechanismo para explicar a genese dos abcessos hepaticos?

Encontram-se no figado todas as condições favoraveis, para a acção d'este mechanismo.

Effectivamente, existem á superficie do intestino grande quantidade de orgãos lymphoides em geral atacados pela ulceração, e, portanto, uma grande quantidade de globulos brancos, nas melhores condições para receberem o agente pathogenico; esses globulos doentes podem ser levados rapidamente ao figado pelos vasos; e logo sahidos d'estes vão contaminar as cellulas hepaticas, determinando uma heperpelasia, e d'ahi o primeiro passo para o abcesso.

Alguns auctores, como Cambay, Haspel, etc., notaram tambem a frequencia das hepatites com o impaludismo.

Para estes auctores, o impaludismo, dysenteria e hepatite suppurada eram manifestações differentes, d'uma mesma causa — o miasma tellurico.

Em absoluto, é opinião difficil de sustentar.

Todos sabem, que não ha antagonismo entre a dysenteria e as febres palustres; admittre-se perfeitamente que a dysenteria n'um individuo atacado de impaludismo, póde produzir o mesmo effeito, que um traumatismo qualquer, provocado por um accesso febril; demais a anemia palustre predispõe facilmente o individuo a contrahir a dysenteria.

E', porém, muitissimo difficil admittir, que a dysenteria seja uma das manifestações do miasma palustre; é

vêr, que se encontra a dysenteria muito frequentemente em logares, onde não apparecem as febres palustres, e que os saes de quinina tão efficazes contra o paludismo, são impotentes na dysenteria.

Todavia, em muitos casos, ha filiação entre a hepate, e os accidentes palustres.

Sabe-se que nos paizes onde reina a malaria, os accesos febris são acompanhados, ordinariamente, de congestão das visceras abdominaes, principalmente do figado e baço; ora é claro, que esta congestão, repetida e prolongada por bastante tempo, póde dar logar a perturbação do figado, predispondo-o para a inflamação, que uma causa transitoria, como por exemplo excesso de alimentação, um resfriamento, etc., póde exacerbar.

A idade e o sexo não tem influencia sobre o desenvolvimento da hepate, comtudo é mais frequente no homem, do que na mulher, naturalmente por causa da vida sedentaria d'esta.

Além de tudo que apontamos, teem grande importancia etiologica o traumatismo, os calculos biliares, os vermes, a hereditariedade e ainda outras causas talvez d'origem parasitaria.

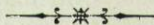
Calmette, admittiu, a hypothese, d'uma toxina necrosante, como a toxina do bacillo pyocyanico, que seria segregada pelo virus dysenterico, e que produziria a mortificação do tecido hepatico; porém o augmento diario do abcesso hepatico faz suppôr a origem d'uma causa animada, e não uma causa chimica, que produziria uma necrose estacionaria.

Além d'isso, é difficil admittir uma localisação tão circumscripta d'um producto chimico, porque em todas as intoxicações hepaticas o veneno generalisa-se em todo o tecido hepatico, tal com a degenerescencia phosphorada etc. E' necessario admittir, pois, que o abcesso é habitado

por um parasita especifico, que tem escapado a todas as investigações e que póde produzir uma toxina necrosante, sem auxilio de microbios pyogenicos.

E' uma hypothese, que póde explicar alguns casos, onde um abcesso do figado, esteril para os nossos meios de cultura, póde generalisar-se, e collonisar-se n'outro ponto com a forma de abcesso esteril, como era o abcesso original. Para explicar a genese dos abcessos do figado, podemos conceber a existencia d'um parasita, ainda não determinado, que póde produzir a dysenteria, e que no intestino póde enviar um embolo especifico ao figado e ahi colonisar.

Este embolo seria septico ou aseptico segundo contivesse ou não microbios pyogenicos.



Anatomia pathologica

E' difficil apontar as lesões iniciaes das hepatites, por isso que, os individuos em que se fazem as autopsias morrem n'uma phase adiantada d'essa doença, pois que ella raras vezes mata antes de chegar ao periodo suppurativo; no entanto em individuos autopsiados, mortos por dysenteria, tem-se encontrado algumas perturbações do parenchyma hepatico, que talvez sejam lesões iniciaes da hepatite suppurante, vista a correlação que ha entre as duas doenças, assim: o figado encontra-se mais ou menos volumoso, hyperhemiado, com manchas de côr variavel, segundo o grau de hyperhemia.

O parenchyma hepatico é molle, friavel; ao corte, veem-se varias granulações pouco pronunciadas, assim como se escôa um liquido sanguinolento misturado com serosidade amarellada, e algumas vezes purulenta, parecendo ser o estado de infiltração que precede a formação do abcesso. Se lavarmos bem a superficie de secção, notamos as ramificações da veia porta obliteradas por coagulos. A autopsia revela-nos tambem que a bilis é negra e viscosa.

Abcessos :

Relativamente ao seu logar de predilecção no figado, elles são mais frequentes no lobulo direito que no esquerdo, mais na face convexa do que na concava, e mais no bordo posterior do que no anterior. Durante bastante tempo, julgou-se que os abcessos formavam-se no exterior da substancia hepatica, isto é na camada cortical, immediatamente por baixo da capsula de Glisson, como os abcessos pyohemicos; e no entanto, algumas vezes assim acontece, como affirma Dutroulau, mas quasi sempre é em diversos pontos da parte mais profunda do parenchyma hepatico que se origina o abcesso tendo tendencia a ganhar a superficie, o que é natural, visto todos os órgãos tentarem expulsar os productos anormaes que contem; e esta tendencia, para abrir caminho para o exterior, é particularmente sensivel para a face convexa do figado, razão porque elles, na maioria dos casos são accessiveis ao tratamento cirurgico, e abandonados a si mesmos abrem-se muitissimas vezes na pleura.

Relativamente ao numero de abcessos, em 66 autopsias feitas por Dutroulau, elle encontrou em 41 um abcesso unico, em 16 encontrou dois abcessos, em 5 encontrou tres abcessos, e finalmente em 4 autopsias encontrou um grande numero de abcessos, d'onde pode concluir que o abcesso unico é o mais frequente.

O foco é muito maior nos abcessos multiplos. A forma concentrica e regular dos grandes abcessos, e a presença da membrana pyogenica, espessa, e densa, que os envolve parece provar, que não são formados á custa de pequenos abcessos, mas sim pela secreção do pus, que se faz constantemente, e pela pressão exercida, pela massa progressivamente crescente, d'esse pus, sobre as paredes do abcesso; no entanto, pode succeder, que varios pequenos

abcessos concentrados n'um ponto limitado, reunam-se para formar um só; mas aqui, as paredes são anfractuozas, apresentando appendices formados por vasos, tecido celular e canaes biliares; todavia, esta disposição só se observa nos abcessos recentes, de marcha rapida, não tendo ainda a sua membrana pyogenica. Esta membrana é da natureza das mucosas, branca, ou cinzenta, apresentando pregas reticuladas, molle, e tendo um epithelio facilmente destacavel; a sua espessura é tanto mais pronunciada quanto mais antiga, o seu papel principal é não só isolar mechanicamente o pus do resto do figado, como tambem uma acção indispensavel á marcha e terminação do abcesso; pois esta membrana, sendo constituida por um tecido embryonario, é que, mais tarde, fornecerá os elementos indispensaveis para a cicatrização definitiva, quer o pus seja evacuado, ou reabsorvido.

O volume dos abcessos varia, segundo Dotrouleau, desde o volume d'uma laranja, á cabeça d'um feto, sendo o volume medio o d'uma laranja. Em 60 autopsias foram encontrados 56 grandes abcessos, d'onde podemos concluir que as grandes collecções purulentas, são a regra nos paizes quentes.

Relativamente ao pus encontrado nos abcessos, a sua natureza é variavel, sendo algumas vezes espesso cremoso, outras vezes de cheiro e aspecto gangrenoso, outras de côr verde ao amarello; e quando o abcesso é recente, apresenta em geral uma côr vermelho carregado, contendo sangue em suspensão, á mistura muitissimas vezes de tebido hepatico.

Porém, quando o abcesso, se elimina pela pelle, nunca é misturado de sangue, e offerece um aspecto caracteristico, de chocolate; porém, quando se elimina pelo pulmão, o pus hepatico é sempre misturado de sangue.

Symptomatologia

Os symptomas do periodo prodromico são tão vagos, que é difficil caracterisal-os d'uma maneira precisa; pois se em alguns casos raros, a hepatite aguda principia por accessos de febre, com frio intenso acompanhados de vivas dôres no hypochondrio direito, com augmento rapido do volume do figado, e uma ligeira côr ictericia; n'outros ha, porém, em que o doente apresenta apenas perturbação gastrica, vomitos, diarrhea, anorexia, um mal estar geral sem febre, não nos chamando portanto a attenção para o lado do figado, ainda que alguma vez estes mesmos symptomas sejam acompanhados por algumas dôres fugitivas no hypochondrio direito, que nada teem de pathognomnico.

A duração d'este periodo prodromico, varia de dez a vinte dias, podendo durar mezes.

Continuando porém a evolução da doença, os symptomas vão se accentuando, assim como novos elementos vão apparecendo, caracterisando o periodo de estado, e de suppuração; taes como a dôr, febre, e augmento do volume do figado sendo acompanhados d'outros symptomas

de menor importancia, como diarrheia ou constipação, ictericia, dyspnea, etc.

A dôr é o symptoma mais importante para o diagnostico da hepatite; raras vezes falta, e a sua localisação varia; tem caracteres particulares, é viva, pungitiva, e algumas vezes d'uma intensidade tal, durante as exacerbações, que faz com que o doente soffra horrorosamente, tornando-se a respiração muito anciosa, curta, obrigando o doente a procurar posições proprias para evitar a tensão muscular, afim de não exercer qualquer pressão sobre o figado. Estes caracteres faltam no principio da doença onde a dôr é surda, faltando muitas vezes.

A dôr desaparece tambem com a formação do pus. N'esta occasião interrogando o doente sobre a localisação da dôr, elle indica-o d'uma maneira precisa, e segundo Drotrouleau, tão exactamente que dois ou tres centimetros fóra d'esse ponto, nada já sente.

Relativamente á localisação da dôr, ella varia consoante o ponto inflamado; assim: se é na face concava que existe o foco inflammatorio, a dôr faz-se sentir no rebordo das falsas costellas correspondente; se é na face convexa a dôr corresponde em um ponto de intervallo costal reactivo a essa face, contanto que ella não tenha descida bastante; porém, quando a dôr é vaga, não tendo posição fixa, deslocando-se segundo os movimentos do doente, podemos inferir que o foco inflammatorio, está na parte mais profunda do orgão; além d'isso a mobilidade da dôr, é indicio da existencia de varios focos de inflamação.

A dôr irradia muitas vezes tambem para o lado esquerdo, para a espadua direita e articulações coxo-femurales. Além d'isso, a intensidade da dôr, varia com a sua localisação.

Assim: quando o foco inflammatorio, se localisa na face connexa, a dôr é mais viva, mais pungitiva, os movimen-

tos respiratorios são muito difficeis, e acompanhados d'uma tosse secca, semelhante á da pleurisia. A dôr n'este caso irradia quasi sempre para a espadua direita; não ha ictericia e se a localisação do foco tem logar na face concava, a dôr é em geral menos intensa, menos viva, os movimentos respiratorios indolores, a não ser em inspiraçoẽs profundas que a dôr possa apparecer algumas vezes; ha ictericia.

Quando o foco inflammatorio occupa a parte profunda do parenchyma hepatico, a dôr é surda, mas n'estes casos, ha sempre ictericia, assim como perturbaçoẽs intensas do lado do estomago e dos intestinos, havendo os vomitos precoces, continuos, não cedendo muitas vezes á therapeutica e fazendo soffrer bastante o doente.

A hepatite, é raramente acompanhada de movimento febril em todos os seus periodos, a não ser quando é aguda, ou complicada de inflamação das serosas.

Muitas vezes quando a doença se conserva latente, apparecem accessos febris vesperaes, de forma quotidiana terça ou quarta, confundindo-se com a forma palustre, mas distinguindo-se d'esta ultima, porque os seus accessos são matinaes; no então, esta febre muda rapidamente de character, tornando-se os seus accessos semelhantes, e apparecendo varias vezes ao dia, até que se torna continua, com exacerbaçoẽs vesperaes.

Casos ha porém, que a febre que acompanha ao principio a inflamação desaparece, para reaparecer no periodo de suppuração, com o seu character semelhante e paroxystico, acompanhada de suores profusos, e exacerbação vesperal; tambem como complicação da hepatite, póde apparecer a febre intermittente verdadeira.

Relativamente ao augmento de volume do figado, elle torna-se bastante sensivel á inspecção, principalmente,

quando a collecção ou collecções purulentas estão já formadas.

Pela palpação, quando o figado ultrapassa o rebordo das falsas costellas, sente-se uma resistencia manifesta ao nivel da parte hypostnophiada; a mão não póde penetrar entre as costellas como o faria no caso do figado estar são.

Porém o logar onde se sente estas modificações, varia consoante a parte doente do figado. Assim: se é o lobulo medio que está doente, é na parte direita do epigastriaco que se sentem essas modificações, porém se no lobulo direito, é no hypocondrio direito que as sentimos.

Pela palpação tambem podemos reconhecer a fluctuação, se houver abcesso.

A percussão dá-nos tambem os meios de reconhecer os limites anormaes do figado, chegando a reconhecermos o som basso, ao nivel da fossa iliaca direita, quando existem grandes collecções purulentas, isto na parte inferior; porque na superior, póde encontrar-se o som basso, ao nivel da quarta e terceira costella esternal.

A auscultação sendo o complemento da percursão, deve sempre concordar com ella.

Assim: em todos os pontos onde existe som basso, não se ouve nenhum ruido respiratorio, nem vibrações da voz. Estes signaes physicos faceis de verificar na grande maioria dos casos, faltam algumas vezes ainda que raras no principio da doença, principalmente, quando a inflamação occupa a parte profunda do orgão.

Em toda a hepatite aguda intensa, observa-se uma dyspnea mais ao menos viva, devida na maioria dos casos á dôr intensa, que provocam os movimentos respiratorios, obrigando o doente, a supprimir quasi por completo esses movimentos, ou ainda á compressão do diaphragma pelo figado augmentado de volume; porém, quando a dys-

pnea apparece rapidamente, devemos sempre desconfiar d'uma peritonite, ou pleurisia.

Póde acontecer tambem, que em virtude do augmento de volume do figado, a veia cava inferior ou tronco da veia porta comprimidas por elle, traga como consequencia o apparecimento da ascite, e œdema dos membros inferiores. Póde succeder tambem, que a dyspnea, seja a consequencia d'alguma lesão pulmonar concomitante.

Porisso nunca devemos deixar de auscultar principalmente o pulmão direito, pois a ausencia de todo o signal pathologico é a prova, que as perturbações respiratorias relacionam-se com as lesões do figado; porém, se no principio a auscultação não nos dá signal algum, pódenos dar mais tarde, n'uma phase mais adiantada da evolução da doença, e ser um indicio precioso não só para a localisação do foco purulento, como da sua terminação por expectoração.

Assim: quando o foco inflammatorio se localisa n'algum ponto correspondente ao diaphragma, ouve-se na base do pulmão direito uma rala mucosa, acompanhada d'um pouco de bronchophonia; porém se o abcesso se forma, e contrahe adherencias com o diaphragma, e tem tendencia a abrir-se para o peito, então o ruido respiratorio cessa, e ouve-se um ruido de sopro, com rala mucosa de grossas bôlhas; quando porém é na pleura que o abcesso tende a abrir-se, não se ouve nem ruido respiratorio nem ralas de especie alguma; mas percebe-se facilmente a egophonia.

As perturbações das diversas funcções ligadas á hepate, nada teem de constante, nem caracteristico.

Se em muitos casos apparecem perturbações do apparelho digestivo taes como: lingua saburrosa, humida, outras vezes secca e fuliginosa, com sede ardente, constipação ou diarrhea, vomitos, ao principio biliosos, amarel-

lados, e no ultimo periodo verdes ou negros, casos ha porém em que este quadro symptomatico não apparece.

Muitas vezes o que predomina desde o principio da doença, é um estado de adynamia profunda que mata o doente em pouco tempo.



Marcha — Duração — Terminação

A marcha da hepatite não é sempre continua e regular; muitissimas vezes senão sempre, ha grande intermitencia nos symptomas apresentados, pois, a symptomas de grande intensidade, succede um periodo tal de calmaria que se suppõe ter a doença desapparecido, quando, passadas algumas semanas, ella recidiva, offerecendo todos os symptomas da formação do abcesso.

A duração da doença varia tambem muitissimo.

Quando termina pela resolução, que é o que acontece, principalmente, no tempo de epidemia simples, os seus limites variam entre quinze e vinte dias; a resolução é completa, principalmente se o foco purulento occupa o centro do orgão; porém, se o foco se encontra á superficie, pôde acontecer formarem-se adherencias peritoniaes com as partes visinhas, resultando muitas vezes perturbações funcçionaes.

Quando a terminação se faz por suppuração, é impossivel determinar a duração; porém, no caso de suppuração com gangrena, a duração varia de oito a dez dias.

Se o abcesso fica enkystado, a maduração é de mezes,

e até de annos. Todavia, a duração varia com o trajecto, que segue o pus, e com a importancia dos órgãos, cujas funções póde, pelo contacto, prejudicar consideravelmente.

A hepatite suppurada termina quasi sempre pela morte; se algumas vezes termina pela cura, esta é muitissimo demorada. A terminação dá-se pela resolução, ou suppuração. A primeira é a mais feliz, e a mais commum no tempo de endemia simples; porém, a terminação por suppuração é a regra, durante os periodos endemicos graves, ou epidemicos, ou ainda quando a hepatite é acompanhada de dysenteria grave.

Constituido o abcesso, e abandonado a si mesmo, elle póde ficar no interior do parenchyma hepatico, ou romper para o exterior.

No primeiro caso enkysta-se; o abcesso fica por muito tempo estacionario, reabsorvendo-se uma parte dos elementos liquidos do pus; porém, uma causa qualquer póde determinar uma inflammação das paredes kysticas, que envolvem a collecção purulenta, determinando o apparecimento dos symptomas da hepatite: n'outros casos, porém, a reabsorpção continua, cicatrisando o foco.

A tendencia a abrir-se para o exterior é a mais frequente.

As vias de eliminação dos abcessos hepaticos podem ser: cutaneas, supra-diaphragmaticas e infra-diaphragmaticas.

Vias cutaneas:

Os signaes principaes são: o abaulamento perihepatico um pouco acuminado apreciavel á vista; a dôr, ou pontada no hypocondrio direito; o œdema das paredes, correspondentea o foco purulento; o afastamento, ainda que

pouco sensível, dos espaços inter-costaes; e finalmente a fluctuação.

Muitas vezes, em logar de abrir-se directamente para o exterior, caminha no tecido cellular, emergindo na axilla, na coxa, ao nivel do quadrado dos lombos, etc.

Vias supra-diaphragmaticas :

Os abcessos da parte superior do figado tendem a abrir-se quer na pleura, quer no pulmão e rarisimas vezes no pericardio.

A auscultação faz-nos prever muitas vezes, a abertura do abcesso no thorax. Assim: auscultando a base do pulmão direito, ouvem-se cripitações finas, que não são modificadas pela tosse, e devidas ao attricto das duas paredes da pleura. Este attricto ouve-se principalmente atraz, ao nivel do sei-costo-diaphragmatico.

Quando o abcesso se rompe na pleura, sente-se uma dôr aguda, subita, semelhante á do pneumothorax, acompanhada d'uma dyspnea intensa.

Para ter a certeza completa do derramamento de pus, na pleura, lançamos mão de outros meios de diagnosticó, principalmente a punção exploradora. Se é no pulmão que o abcesso se abre, contacta-se, durante alguns dias, a expulsão de alguns escarros, purulentos, acompanhados de signaes clinicos d'um foco de pneumonia limitado, até que sobrevem uma vomica.

A abertura do abcesso no pericardio é tambem acompanhada de alguns symptomas particulares, taes como: dôr precordial, agonia, lipothymia, mas que nada teem de pathognomonicos.

Via infra-diaphragmatica :

Os abcessos da face interior do figado tendem a abrir-se na cavidade peritoneal, e, se se abre bruscamente,

póde produzir uma peritonite generalisada; porém se a marcha é lenta formam-se em geral adherencias entre o figado e os órgãos visinhos constituindo-se uma verdadeira cavidade fechada onde o abcesso se abre.

Póde acontecer que em virtude de adherencias que se formam entre o figado e um outro órgão, que o abcesso se abra n'uma viscera qualquer da visinhança, como o estomago, ou intestino, em razão d'uma fistula que se forma entre o abcesso e a viscera. Um dos pontos mais favoraveis para a formação d'uma fistula é a porção do colon transverso que está em relação com o figado.

Os abcessos podem abrir-se ainda no rim e bassinete, nos canaes biliares, na veia porta, veia cava inferior, e ainda nas veias supra-hepaticas contactando-se n'este caso a apoplexia pulmonar.

Eis o quadro da frequencia das diversas vias de eliminação dos abcessos hepaticos segundo a estatistica de Waring, Dutrouleau, Haspel e outros.

N. ^o de casos	ABERTURAS										
	<i>Pericardio</i>	<i>Pleura</i>	<i>Peritoneo</i>	<i>Colon</i>	<i>Estomago</i>	<i>Duodeneo</i>	<i>Canaes biliares</i>	<i>Veia cava</i>	<i>Pulmões</i>	<i>Rim</i>	<i>Regio-lombo-diaça</i>
159	1	31	39	6	8		4	3	59	2	6

Vê-se portanto, que a abertura mais frequente dos abcessos do figado são as vias respiratorias.

Diagnostico e prognostico

Da analyse dos symptomas que fizemos da hepatite suppurada, parece ser facil o seu diagnostico.

Casos ha porém em que elle se torna bastante difficil principalmente no inicio da evolução da doença. Assim: é quasi sempre impossivel no principio fazer o diagnostico differencial, entre a hepatite suppurada e a congestão do figado, pois os symptomas de suppuração não apparecem, senão quando a collecção purulenta apresenta um certo desenvolvimento, e só puncções precoces nos podem revelar a existencia da formação da collecção purulenta.

Outras doenças ha ainda em que a hesitação é manifesta; taes como: pleurisia purulenta, abcessos sob-phrenicos, cirrhose hypertrophica, cholecystite, kysto lydatico, febres biliosas remittentes, etc.

Se o diagnostico differencial na pleurisia purulenta é facil n'alguns casos, n'outros porém torna-se difficil quando sae o abcesso se abre na pleura. E' então, pelos movimentos que a respiração imprime ao trocart, que podemos fazer o diagnostico differencial. Assim: quando o

trocant penetra no fígado, é arrastado juntamente com esta viscera pelo diaphragma, elevando-se durante a expiração, e abaixando-se durante a inspiração; porém se o trocant estiver na pleura nada d'isto se dá.

Nos abcessos que se formam debaixo do diaphragma, e que são devidos a uma ulceração do estomago, ou do intestino, o aspecto do pus basta para fazer o diagnostico differencial; pois n'este caso o pus é branco ou verde, e quasi sempre fetido por causa da sua communicação com o tubo digestivo.

Na cirrhose lypertrophica a ictericia chronica é constante, e poucas vezes se encontra nos abcessos do fígado, e na cholicystite no caso de tumor é limitado á região da visicula biliar.

Nos kystos hydaticos do fígado a sua evolução é muito mais lenta, não sendo acompanhada de movimento febril; além d'isso não ha hypertrophia completa do fígado, como succede na hepatite suppurada; ouve-se tambem ainda que raras vezes o fremito hydatico; mas o que nos dá um diagnostico seguro, é a punção capillar com a seringa de Pravaz.

As febres remittentes biliosas acompanhadas de vivas dôres no hypocondrio direito poderia fazer-nos suppôr a existencia d'um abcesso no fígado.

Mas as remittentes biliosas são sempre acompanhadas de temperatura bastante elevada; o que não acontece na hepatite cuja temperatura é moderada, e raras vezes apparece a ictericia.

A hepatite primitiva e simples nada tem de grave; porém não acontece o mesmo, quando ella chega á suppuração e a sua gravidade é tanto maior, quanto o individuo a quem ella ataca, se acha esgotado por doenças anteriores; como cachexia palustre, dysenteria grave, etc., pois n'estes casos é quasi sempre fatal.

Além d'isso o prognostico varia não só com a rede do abcesso mas tambem com o logar em que se abre.

Se o abcesso está situado superficialmente no figado, uma punção feita a tempo póde curar; porém se está collocado profundamente, a gravidade dos symptomas geraes causados pela abundancia da suppuração torna o prognostico muitissimo mais grave.

A abertura do abcesso quer no pericardio quer no peritoneo é sempre fatal. A sua eliminação pelo pulmão é d'um prognostico grave; é pelo contrario benigno, quando se abre quer do lado da pelle quer no estomago ou no intestino.



Tratamento

Relativamente ao tratamento temos de considerar dois periodos — inflammatorio e suppurativo.

No periodo inflammatorio ou congestivo empregam-se revulsivos na região do figado, taes como: ventosas escarificadas, vesicatorios, etc. com o fim não só de oppôr uma barreira á inflamação como tambem evitar a sua extensão.

Com o fim tambem de produzir uma derivação para o intestino e por consequencia descongestionar o figado augmentando além d'isso a secreção biliosa, empregam-se tambem os purgativos e em particular os calomelanos.

Para Sachs, a apparição da salivação passados alguns dias da ingestão de calomelanos, deve considerar-se como um bom signal; mas alguns medicos das Indias Orientaes, segundo Van Lect, vão mais longe ainda affirmando que quando a salivação apparece, não chega a formar-se abcesso.

Dotrouleau, Haspel, Devox, etc, preconisam a dose de 1 gramma diario de calomelanos, todavia nos casos em que não ha constipação empregam-se doses mais peque-

nas, e se a dysenteria se acha associada á inflamação hepatica, devemos juntar aos calomelanos a ipecacuanha e o opio segundo diz Jaccoud.

Todavia quando o doente está bastante cachetico, ou tem perturbações gastricas bastante intensas, devemos regeitar os calomelanos.

Alguns auctores porém, não acreditando nas propriedades cholagogas dos calomelanos, empregam os purgantes salinos e entre elles o sulfato de soda que activa a secreção biliar e intestinal.

No tratamento da hepatite empregam-se tambem a quinina, a quina, o ferro, etc., mas dirigem-se mais aos symptommas geraes que locaes.

Relativamente á sangria preconisada entusiastamente por Dutrouleau no tratamento da hepatite, a não ser em individuos cacheticos ou alcoolicos, é hoje pouco usada, e alguns auctores rejeitam-na por completo, affirmando que tanto a dôr como a congestão são pouco modificadas por ella.

Não a admittindo systematicamente como Dutrouleau, eu creio, que a sangria local ou a phlebotomia hepatico attenuando a dôr, desengorgitando os vasos hepaticos, e obtendo como consequencia a diminuição do volume do orgão, traga um grande allivio ao doente.

Porém quando não possamos entrar a marcha da doença, e principiarem a tornar-se manifestos os symptommas de suppuração, limitaremos o tratamento medico a uma medicação tonica, acalmando os symptommas por meios adequados e examinando ao mesmo tempo a opportunidade d'uma intervenção cirurgica.

Alguns auctores, entre elles Budd, não são partidarios da intervenção cirurgica nos abcessos do figado, receando a infecção pela penetração do ar; porém a abertura espontanea expõe aos mesmos incidentes.

Todavia em defesa da intervenção cirurgica vem a estatistica apresentada pela Sociedade Medica de Alexandria, relativa a 123 casos; que a mortalidade foi de 80 % nos não operados, e 32 % nos operados.

Na estatistica apresentada por Dutrouleau relativa a 90 casos; a mortalidade foi de 70 % nos não operados e de 10 % nos operados.

Na abertura do abcesso do figado a indicação principal é evitar o derramamento do pus na cavidade peritoneal.

Com esse fim tem-se imaginado diversos methodos, sendo uns denominados lentos e tendo por fim, provocar adherencias entre o folheto parietal e o folheto hepatico do peritoneo; como o processo de Graves e Recamier; outros chamados processos rapidos, o abcesso é aberto immediatamente dando sahida ao pus esperando para mais tarde que as adherencias se formem; como são os processos de Combay, Stromeyer-Little e Fontan.

Nunca devemos demorar demasiado a intervenção cirurgica qualquer que seja o processo a applicar, visto que a suppuração progride constantemente, enfraquecendo as forças ao doente, destruindo o tecido hepatico e pondo em perigo a sua existencia, no entanto nunca devemos intervir quando se desconfiar de abcessos multiplos, quando o doente se encontrar n'um estado bastante grave, e ainda quando não se precisar a sede do abcesso d'uma maneira nitida.

Processos lentos:

Foi Recamier o primeiro que applicou este methodo servindo-se da potassa caustica até chegar a sentir nitidamente a fluctuação, abrindo finalmente ao bisturi o abcesso e dando em seguida sahida ao pus. Chegava por

este meio a determinar adherencias entre o tumor e a parede abdominal.

Porém o processo de Graves é um pouco mais rapido. Temendo talvez a inflamação diffusa do peritoneo leva a incisão até esta serosa, evita que a ferida feche, deixa-a suppurar, e depois de formadas adherencias é que abre o abcesso.

Todos estes processos tem por fim evitar a peritonite, mas pôde acontecer, que nem sempre assim succeda. Além d'isso estes methodos são muito morosos, bastante dolosos, e expõem a entrada do ar no foco purulento, e em virtude da mobilidade do figado as adherencias que se formam podem tornar-se perigosas, lacerando-se facilmente como tem acontecido muitas vezes segundo Dotrouleau.

Os processos lentos estão hoje abandonados, e são os rapidos, que offerecem as melhores garantias.

Cambay fazia uma punção ao nivel do ponto fluctuante por meio d'um trocart, deixando a canula no foco até se estabelecer adherencias; porém como muitas vezes se pôde errar o diagnostico, é conveniente fazer a primeira punção com um trocart fino comtudo não inferior a quatro millimetros, porque no caso contrario porções de tecido esphacelado podiam obstruir o orificio do trocart.

Hoje substitue-se a canula por um tubo de drenagem.

E' claro que o methodo de Cambay feito com uma asepsia rigorosa, com a immobilisação dos intestinos e abdomem por meios proprios, é o melhor dos até agora apresentados.

Se muitas vezes as punções ainda que repetidas nem sempre curam, servem no entanto, para estabelecer a sede do abcesso sem perigo para o doente.

Stromeyer-Little depois de determinar com a maior precisão possivel a sede da collecção purulenta por meio da punção capillar, servindo-se da agulha como condu-

ctor, abre largamente o abcesso com o bisturi, esvasia-o de tudo que contem exercendo pressão, sobre a face inferior do figado atravez das paredes abdominaes, introduzindo profundamente um tubo de drangem de grosso calibre, e observando todos os cuidados antisepticos. Os lugares de eleição, para a punção e incisão são segundo Stromeyer-Little o oitavo e nono espaço intercostal, no trajecto da linha axillar, porque é o ponto onde as costellas são mais espaçadas, permittindo operar mais facilmente sem interessar as costellas, evitando assim que ellas se possam inflammam e necrosar.

Para evitar este inconveniente, diz Joseph Fayer, deve fazer-se a punção abaixo das costellas.

Fontan segue o mesmo processo que Stromeyer-Little, mas considera tres casos typicos principaes na abertura do abcesso, que são: no ventre sem adherencias, no ventre ou no thorax com adherencias, e no thorax sem adherencias pleuraes, apresentando para cada um d'estes casos, uma technica especial.



PROPOSIÇÕES

Anatomia.—No figado ha um systema de veias portas accessorio.

Physiologia.—O figado é sentinella vigilante e defensiva do organismo.

Materia medica.—O dermatol é superior ao iodoformio no penso das feridas.

Pathologia geral.—O impaludismo é uma doença inoculada pelos mosquitos.

Anatomia pathologica.—O logar de predilecção dos abcessos do figado, é a face convexa e lobulo direito d'esta viscera.

Pathologia externa.—Devemos usar sondas grossas nos apertos da urethra.

Pathologia interna.—A hysteria não é exclusiva do sexo feminino.

Medicina operatoria.—Condemno a intervenção cirurgica nos epitheliomas da lingua implantados na parte fixa da mesma.

Hygiene.—Reprovo o uso do aperto de mão como cumprimento.

Partos.—A hemorrhagia que se declara abruptamente no 6.^o ou 7.^o mez da gravidez é dependente quasi sempre, da inercção viciosa da placenta.

Medicina legal.—A integridade da membrana hymem não prova virgindade.

Visto.

O PRESIDENTE

Alberto d'Aguiar.

Póde imprimir-se.

O DIRECTOR

Moraes Caldas.

ERRATA

Pag.	Onde se lê	Deve lêr-se
3	M. A. d'Oliveira Lemos	M. A. d'Oliveira Lemos
25	nos paizes,	nos paizes
25	incriminado, tambem,	incriminado tambem
28	provocado por um accesso	provocando um accesso
29	admittiu, a hypothese,	admittiu a hypothese
29	parisitaria.	parasitaria.
32	poude	podemos
33	tebido	tecido
35	côr ictericia	côr icterica
36	reativo	relativo
37	espadua direita;	espadua direita,
37	não ha ictericia,	e não ha ictericia;
37	no então	no entanto
37	similhante	—
38	hypestnophiada	hypertrophiada
42	correspondentea foco	correspondente ao foco
44	Dusdeneo	Duodeneo
44	Regio-lombo-diac	Região-lombo-iliaca
45	quando sae o	quando o
47	com a rede	com a sede
49	Devox	Debove
51	pentoneal	peritoneal
52	dolosos	dolorosos