

Alguns doentes
de
Clinica Medica

(Breves considerações sobre as connexões do fígado
e do baço)

144/5 EMC

ALVARO PIMENTA DE CASTRO

Alguns doentes
de
Clinica Medica

(Breves considerações sobre as connexões do figado
e do baço)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

144/5 ENC

PORTO — Imprensa Portugueza
Rua Formosa, 112 — MCMX.

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

AUGUSTO HENRIQUE D'ALMEIDA BRANDÃO

LENTE SECRETARIO

THIAGO AUGUSTO D'ALMEIDA



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 | José Alfredo M. de Magalhães. |
| 4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa | Carlos Alberto de Lima. |
| 5. ^a Cadeira—Medicina operatoria | Antonio J. de Sousa Junior. |
| 6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos | Candido Augusto C. de Pinho. |
| 7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna | José Dias d'Almeida Junior. |
| 8. ^a Cadeira—Clinica medica | Thiago Augusto d'Almeida. |
| 9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica | Roberto B. do Rosario Frias. |
| 10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica | Augusto H. Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira—Medicina legal | Maximiano A. O. Lemos. |
| 12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica | Alberto P. Pinto d'Aguar. |
| 13. ^a Cadeira—Hygiene | J. L. da S. Martins Junior. |
| 14. ^a Cadeira—Histologia e physiologia geral | Vaga. |
| 15. ^a Cadeira—Anatomia topographica | Joaquim A. Pires de Lima. |

LENTES JUBILADOS

- | | |
|----------------------------|---|
| Secção medica | { José d'Andrade Gramaxo.
Illydio Ayres Pereira do Valle.
Antonio d'Azevedo Maia. |
| Secção cirurgica | { Pedro Augusto Dias.
Dr. Agostinho A. do Souto.
Antonio J. de Moraes Caldas. |

LENTES SUBSTITUTOS

- | | |
|----------------------------|---|
| Secção medica | { Vaga.
Vaga. |
| Secção cirurgica | { João Antonio de Meyra.
José d'Oliveira Lima. |

LENTE DEMONSTRADOR

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| Secção cirurgica | Alvaro Teixeira Bastos. |
|----------------------------|-------------------------|

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 Meus Paes

AO ILL.^{MO} E EX.^{MO} SR.

Julio Francisco de Moraes

AO PROFESSOR DE CLINICA MEDICA

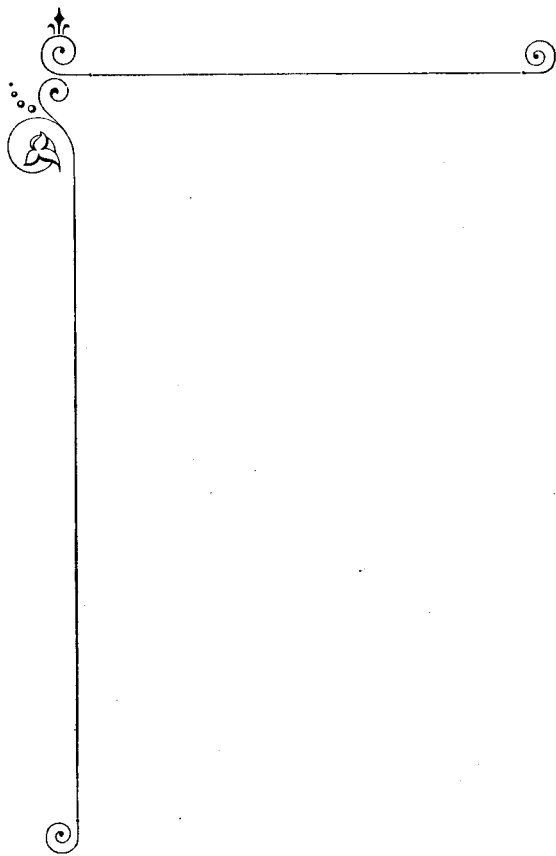
O ILL.^{MO} E EX.^{MO} SR.

Dr. Thiago Augusto d'Almeida

AO PRESIDENTE DE THESE

O ILL.^{MO} E EX.^{MO} SR.

Dr. José d'Oliveira Lima



Entre os variados typos morbidos que, este anno, passaram pelas enfermarias de Clinica Medica, cuja cuidadosa selecção obedeceu ao muito louvavel intuito de nos proporcionar valiosos recursos de ordem pratica que, tanto quanto possivel, nos adextrassem em face das doencas mais correntes e de algumas das variadissimas fórmas, pelas quaes ellas são susceptiveis de se nos apresentar, — dois grupos houve que, encarados sobretudo debaixo do ponto de vista das estreitas relações que a pathologia lhes assignala, feriram muito particularmente a nossa attenção a ponto de nos suggerirem assumpto para este modestissimo trabalho que, em cumprimento

da lei apenas, ouzamos apresentar como dissertação inaugural.

Em tres partes o dividimos:

A primeira destinada ás observações de alguns doentes.

Na segunda procuramos estabelecer, ainda que resumidamente, as conexões anatomicas, embryologicas e physiologicas que existem entre o figado e o baço.

Finalmente, a ultima reservamo-la para, em face das observações, fazermos umas ligeiras referencias ácerca das relações pathologicas correspondentes.

Á captivante amabilidade dos nossos condiscipulos, a quem foram distribuidos

os doentes de que nos occupamos, devemos um certo numero de dados que serviram de muito ao pretendermos reunir as oito observações que constituem, por assim dizer, a base d'este nosso trabalho.

Aqui exaramos a todos a expressão do nosso mais vivo reconhecimento.

Observações

I

Augusto Marques, de 22 annos de idade, solteiro, creado de lavoura, natural de Villa Nova de Gaya, entrou para a enfermaria de Clinica Medica a 21 de janeiro de 1910.

—Elementos fornecidos pelo exame directo:

Oedema generalisado, branco, molle, muito accentuado no scrôto e nas palpebras; ascite; arborisações venosas na parede abdominal anterior; anemia; urina turva, carregada, hemorrhagica, notavelmente diminuida (800 centimetros cubicos nas 24 horas); albuminuria ($2 \frac{1}{2}$ gr. por litro); tosse frequente; expectoração amarellada e abundante;

epistaxis; cephalêa; dôr lancinante no hypocondrio esquerdo, provocada pela pressão e pela tosse; no hypocondrio direito tambem dôr, á pressão; dôres lombares; falta de ar; alternativamente diarrhêa e constipação. Temperatura— 38°; 80 pulsações por minuto. Fígado e baço augmentados de volume, sobretudo este ultimo. (Fig. 1).

Quinze dias antes de entrar no hospital notou uma grande «inchação» nos «tornozellos» que se accentuava com a marcha e, a principio, desapparecia com o repouso. Teve dôres de cabeça, pouco intensas é certo, mas que lhe duravam todo o dia. Sentia muita sêde; urinava muitas vezes, mas pouco de cada vez; a urina, segundo elle refere, parecia sangue.

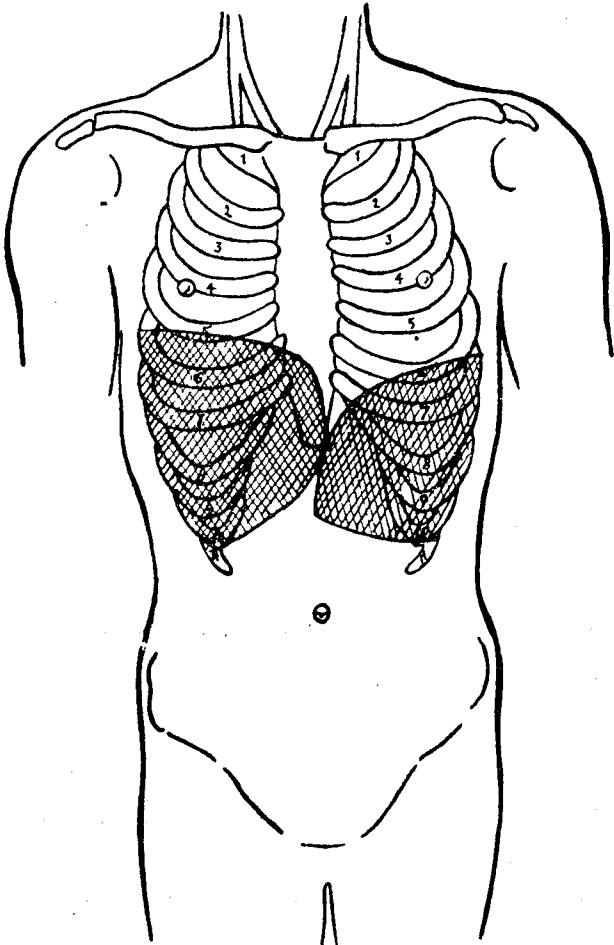


fig. 1

— Antecedentes pessoais:

Contrahiu a variola ha dez annos. Até aos quinze, tinha frequentes epistaxis, extremamente difficéis de debellar.

Ha tres annos, veiu ao Porto trazer hortaliça e apanhou muito frio. Consequentemente a este resfriado, inflammou-se-lhe o testiculo direito, inflammation esta que lhe desapareceu naturalmente, sem medicamentos de especie alguma. Sem embargo, algum tempo depois, sentiu umas pontadas no mesmo testiculo de que conseguiu tratar-se com o emprego de compressas quentes que lhe receitaram. Mais tarde, no emtanto, voltaram-lhe a apparecer e, segundo elle conta, passaram-lhe de vez com uns « chás de barbas de milho » que um visinho lhe aconselhou.

A 6 de fevereiro de 1908 embar-

cou para o Brazil, indo para uma povoação marginal do rio Madeira. Occupou-se, a principio, na construcção de uma linha ferrea.

Bebia agua por filtrar e passava noites em que não podia dormir com as picadas dos mosquitos.

Em pessimas condições hygienicas, logo ao fim da primeira quinzena teve febres, cujos accessos, de manhã sempre á mesma hora, lhe duraram onze dias consecutivos. Não lhe appetecia comer, sentia repugnancia pelos alimentos. Tomou quinina, purgou-se e melhorou.

Ainda na convalescença, porém, e passados apenas dez dias, voltou a sentir de novo grandes arrepios de frio, repetindo-se-lhe os accessos typicos, de manhã sempre á mesma hora. Duraram-lhe quatro dias. Teve, como da primeira vez, muito fastio e vomitos. Mas não se medicou.

Foi para o hospital, onde passou dez dias. N'este curto espaço de tempo não teve nenhum acesso, devido, sem duvida, á quinina que alli lhe ministraram. Sahiu do hospital com appetite e n'um estado bastante satisfactorio; mas, a breve trecho, entregando-se ás suas occupações, não tardou a ser victima de novos acessos, inchando-lhe tambem muito os pés e as pernas até ao joelho. Foi então para Manaus, onde esteve internado no hospital.

O oedema, então, tinha-lhe subido já até ao epigastro; mas, com o tratamento adequado que alli lhe instituiram, experimentou algumas melhoras.

E foi n'estas circumstancias que, por conselho do medico, regressou á terra natal.

Quando chegou a Leixões, vinha já sem oedemas. Mas o figado e sobretudo o baço trazia-os notavelmente hypertrophiados.

— **Antecedentes hereditarios:**

A mãe padece de rheumatismo. Os irmãos, quando mais novos, soffreram de epistaxis frequentes, difficeis de combater; um d'elles é escrofuloso. Tem sobrinhos que tambem apresentam aquella tendencia ás hemorragias persistentes.

— **Diagnostico:**

Impaludismo chronico, complicado de nephrite aguda.

— **Prognostico:**

Além de estar sob o dominio de uma cachexia palustre, a nephrite aguda d'este doente tende, tambem, para a chronicidade.

De sorte que o prognostico é grave.

II

Henriqueta Carolina, de 60 annos, mendiga, natural de Iseda, districto de Bragança, entrou para a enfermaria de Clinica no dia 26 de dezembro de 1909.

Queixava-se de dôres muito fortes no abdomen, principalmente do lado esquerdo; de diarrhêa; de fraqueza geral, mal podendo andar; e de augmento de volume abdominal.

—Exame do doente:

Á inspecção apresentava uma côr escura, quasi terrosa, da face, e uma pigmentação sub-icterica da sclerotica; o abdomen bastante volumoso, notando-se uma certa assymetria no hypo-

condrio e flanco esquerdos; uma extraordinaria magreza.

Passando em revista os diversos órgãos e aparelhos observava-se o seguinte:

Pelo que diz respeito ao aparelho respiratorio:—tosse; expectoração com escarros esbranquiçados, semi-fluidos; ralas humidas na inspiração, disseminadas nos dois pulmões, mais accentuadas nas bases; dispnêa; frequencia dos movimentos respiratorios (30 por minuto).

Quanto ao aparelho circulatorio:—o coração estava integro; o pulso hypotenso e frequente (80 pulsações por minuto).

Apparelho digestivo:—tinha vomitos; diarrhêa intensa e o liquido dejectado em abundancia era amarello e extremamente fetido.

O baço muito hypertrophiado occupando o hypocondrio e flanco es-

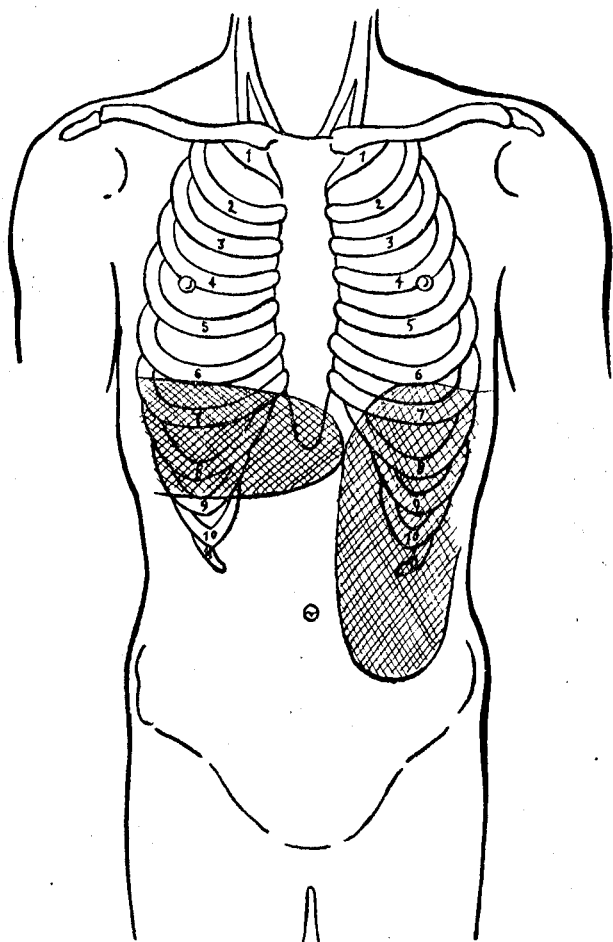


Fig. 2

querdos e parte da região umbilical; o fígado, pelo contrario, apresentava-se visivelmente atrophiado. (Fig. 2).

—Historia do doente:

Quando tinha trinta annos foi para Loanda, onde exerceu a profissão de lavadeira e engommadeira. Pouco tempo depois da sua chegada á Africa, foi surprehendida por uma doença que a impossibilitou de trabalhar, vendo-se na necessidade de ser internada no hospital. De dois em dois dias davam-lhe accessos de febre precedidos de arrepios; depois d'estes accessos ficava como que no estado comatoso. Tinha vomitos de côr verde e foi então que lhe começou a inchar, tornando-se muito doloroso, o hypocondrio direito. Além d'isso, a côr dos tegumentos de cada vez se tornava mais escura.

Passado algum tempo, sahio do hospital de Loanda quasi curada.

Aos trinta e nove annos voltou para Portugal, continuando a soffrer sempre, mais ou menos. Fixou residencia em Lisboa, onde mendigava por não poder trabalhar. E assim foi estando até que se accentuaram ainda mais os seus antigos padecimentos a ponto de recolher ao hospital Estephania, onde se demorou uns dois mezes.

— **Diagnosticó:**

Paludismo chronico, acompanhado de enterite e bronchite.

III

Rachel de Souza Nunes, de 40 annos de idade, casada, cosinheira, natural de Sernancelhe.

Entrou para a enfermaria de Clinica Medica no dia 12 de fevereiro de 1910.

—Etiologia:

Como elementos etiologicos a constatar, ha apenas os que se referem a ser esta doente uma alcoolica, mais ou menos inveterada, embriagando-se a miude, segundo se pode apurar, pelas informações da familia.

Além d'isso, accusa no seu passado morbido uma febre tiphoide aos deze-

sete annos, doença esta que, segundo parece, é susceptível de ter um papel determinante na genese das cirrroses biliares, e o sarampo.

Relativamente a antecedentes hereditarios, nada se notou de importante: a mãe morreu de parto e o pae en-doideceu pouco depois, morrendo passado um anno; os irmãos que tem são saudaveis.

—**Symptomatologia:**

Em primeiro logar e como symptoma predominante, revelava uma ictericia muito accentuada, que se traduzia por uma pigmentação muito intensa da pelle e das conjunctivas, sem, no emtanto, vir acompanhada das manifestações cutaneas, aliás muito frequentes, ligadas á cholemia, por exemplo, o prurido generalizado, digno de

menção aqui n'este caso, como symptoma negativo.

Apresentava, ainda, o abdomen bastante volumoso, com signaes evidentes de ascite, desenhando-se nas suas paredes com certa nitidez a cabeça de Medusa.

Queixava-se de dôres em todo o abdomen, sendo, porém, mais accentuadas no hypocondrio direito.

Tinha falta de appetite, diarrhêa e as dejecções eram muito frequentes, de uma côr amarella e bastante fetidas.

O figado estava hypertrophiado, attingindo o terceiro espaço intercostal (linha mamilar), como limite superior; inferiormente estendia-se approximadamente até 2 centímetros abaixo do rebôrdo costal. (Fig. 3).

O baço nada apresentava de anormal que clinicamente interessasse.

Tinha sensiveis perturbações pelo

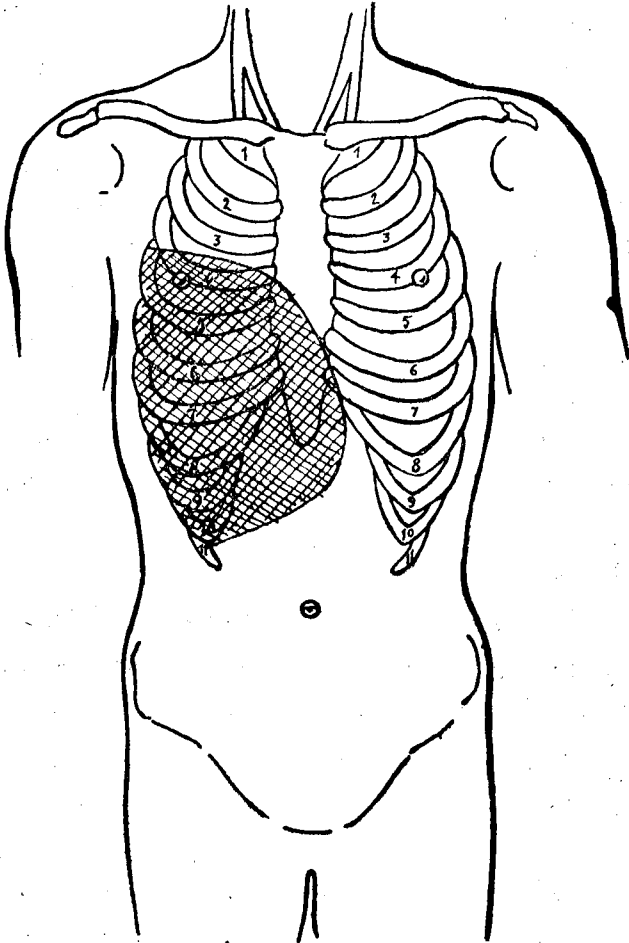


fig. 3

que respeita á secreção urinaria; oliguria (700 gr. em 24 horas) e as urinas bastante escuras e carregadas.

Accusava uma temperatura de 37°,5. O pulso era frequente e hypotenso.

Do lado do systema nervoso manifestava esta doente uma tendencia accentuada para a somnolencia.

O seu estado geral era revelador d'uma notavel magreza.

—Historia da doença:

Proximamente ha dois annos que tinha perdido o appetite, com certa repulsão pela carne, e começando a emmagrecer, não tardando tambem a ter frequentes epistaxis.

Conta que, a seguir a um periodo menstrual, lhe sobreveiu uma metrorrhagia que se manteve durante mais d'um anno, quasi diariamente, com

mais ou menos intensidade, desaparecendo depois. Naturalmente foi devido a isto que ella começou a sentir-se muito fraca e a emmagrecer de uma maneira consideravel.

Ao mesmo tempo, as conjunctivas iam-se pondo de uma côr amarella esverdeada, cada vez mais accentuada.

Foi n'estas condições que ella se resolveu a ir passar uma temporada á aldeia, não obtendo, no emtanto, nenhum resultado satisfactorio.

As dôres abdominaes apenas lhe tinham começado ha perto de mez e meio, acompanhadas de um augmento de volume do abdomen, estendendo-se, então, a coloração icterica, localisáda até ahi sómente nas conjunctivas, á pelle e a todas as restantes mucosas, com grande intensidade e rapidez.

Apenas, essa pigmentação da pelle, a principio de um amarello claro, se foi tornando cada vez mais escura, até

atingir o grau de tonalidade accentuadamente icterico, que a doente manifestava, quando entrou na enfermãria.

— **Diagnostico:**

Cirrhose biliar pigmentada de Hanot.

— **Prognostico:**

Muito grave, attendendo ao seu estado geral.

— **Evolução da doença:**

Durante o tempo que passou na enfermaria de Clinica Medica, esta doente, longe de aproveitar com o

tratamento que se lhe impôz, devido, sem duvida, ao estado muito adiantado das suas lesões hepaticas, viu cada vez mais aggravados todos os symptomas.

A cachexia, de que já era portadora, foi augmentando progressivamente.

Requisitada, n'esta occasião, para o laboratorio da Escola Medica, a analyse quantitativa do sangue, o resultado foi o seguinte:

— Fórmula leucocytaria:

Polynucleares neutrophilos. . .	90-91 %
» eosinophilos. . .	0,58 »
Grandes mononucleares. . . .	4,02 »
Myelocytos basophilos	0,11 »
» eosinophilos	0,11 »
Lymphocytos	4,25 »

No dia 27 entrou n'um estado semi-comatoso que progressivamente se

foi aggravando e assim se manteve durante dois dias consecutivos até que, a instancias da familia que assignou um termo de responsabilidade, ella sahiu do hospital, quasi que a expirar, com manifesto prejuizo, é claro, de ultteriores observações que muito vi-riam elucidar certos pormenores interessantes que só a autopsia podia fornecer.

Afinal, esta doente veiu a fallecer, em sua casa, poucas horas depois de ter deixado a enfermaria.

IV

Manoel Rodrigues Gomes, de 46
anos de idade, casado, negociante,
residente na Regoa.

Entrou para a enfermaria de Clini-
ca Medica a 3 de abril de 1910.

Como *symptomas actuaes* accusa os
seguintes:

Côr icterica, muito intensa, da pelle
e das mucosas; uma dôr mais ou me-
nos intensa, que augmenta com a pal-
pação, no hypocondrio direito; oligu-
ria—1:450 gr. nas 24 horas—sendo as
urinas muito escuras, fortemente có-
radas por pigmentos biliares; as fezes
notavelmente descóradas, por vezes
sanguinolentas; augmento de appetite;
prurido bastante accentuado, sobre-
tudo nos pés e nas mãos; diminuição

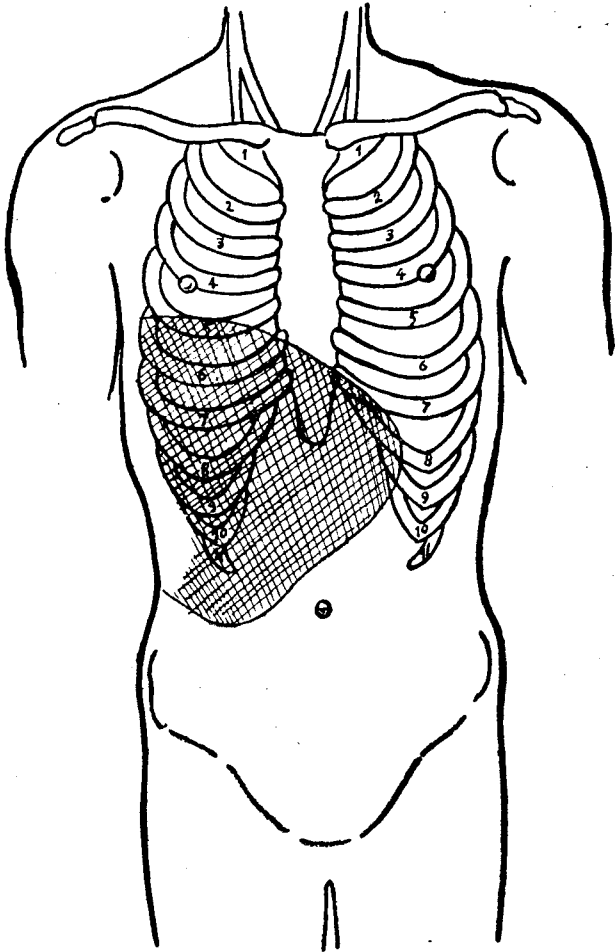


Fig. 4

da agudeza visual ao approximar-se a noite; uma grande hypertrophia do fígado, que é liso e de consistencia normal, estendendo-se nos seus limites, superiormente até á quinta costella, inferiormente até á altura do umbigo, e para a esquerda da linha média até muito perto da linha mamillar esquerda (Fig. 4).

Além d'isso, segundo elle diz, tem emmagrecido consideravelmente.

—Historia da doença:

Começou a sentir-se mal em junho de 1909, tendo como symptoma inicial uma dôr bastante intensa no hypocondrio direito, que irradiava para os membros inferiores, principalmente para o direito. Esta dôr manteve-se durante tres mezes (de junho a setembro) e, a seguir, coincidindo com o

seu desaparecimento, manifestou-se-lhe bruscamente a côr icterica, quasi já com a intensidade que agora offerece. As urinas, então, eram tambem muito escuras e as fezes muito descóradas. Tinha falta de appetite e soffria de constipação intestinal. Por varias vezes teve abundantes enterorrhagias e um prurido cutaneo, mais ou menos generalizado.

Sentia, a par d'isso, um aborrecimento e um mal estar consideravel.

Diz, porém, que em fevereiro ultimo, por vezes, as fezes eram córadas, quasi normaes.

—Antecedentes pessoaes:

Ha cinco annos teve sezões.

Não tem habitos alcoolicos.

—Antecedentes hereditarios:

Os paes já morreram. Tem uma irmã saudavel.

—Diagnostico:

Angiocholite seguida de cirrhose biliar hypertrophica.

V

José Ramos, de 27 annos, casado, jornaleiro, natural de Bragança.

Entrou para a enfermaria de Clinica Medica a 11 de fevereiro de 1910.

— Exame do doente:

Accusava os symptomas seguintes: Emaciação geral e facies anemico caracteristico. Grande hyperthermia. Dôres abdominaes, mais accentuadas no epigastro e hypocondrio esquerdo; arborescencias venosas (cabeça de Medusa) no abdomen e parte inferior do thorax; splenomegalia muito notavel e hepatomegalia (Fig. 5). Dejecções alternativamente diarrheicas e solidas;

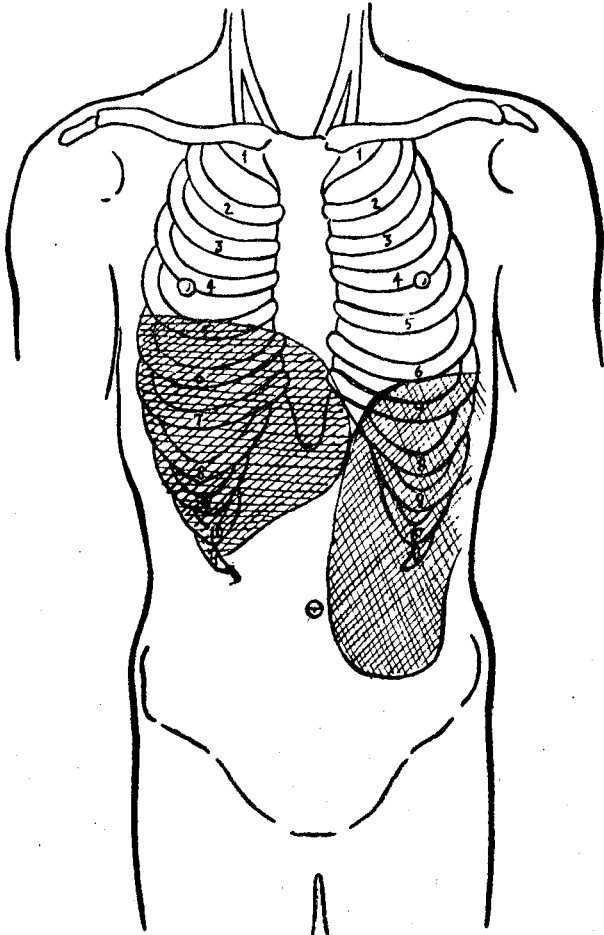


fig. 5

vomitos alimentares. Epistaxis abundantes. Voz rouca, alterada na sua tonalidade; alguma tosse; diminuição do murmúrio vesicular na base de ambos os pulmões, com ralas humidas disseminadas pelos vertices. Oligúria.

— **Antecedentes pessoais:**

Accusa no seu passado morbido, febres terçãs aos dez e onze annos de idade, contrahidas na terra da sua naturalidade. Ha quatorze mezes voltaram-lhe a repetir os accessos, achando-se cada vez peor, desde ha sete mezes, com frequentes epistaxis, muito difficeis de debellar.

— **Antecedentes hereditarios:**

Nada apresenta digno de menção.

— **Diagnostico:**

Splenomegalia palustre complicada de laryngite.

— **Prognostico:**

Grave, em face da sua cachexia, do seu estado geral bastante precario.

— **Evolução da doença:**

Com a medicação especifica que se lhe instituiu, o doente experimentou algumas melhoras, ainda que, na verdade, pouco sensiveis.

As epistaxis continuaram, sendo preciso, algumas vezes, recorrer á introdução de um tampão na parte anterior, para as sustar.

Sem embargo, o que se póde notar

é que, á medida que ellas se iam repetindo, o volume do baço ia diminuindo ligeiramente.

No dia 11, e consequentemente a um resfriado apanhado na enfermaria, os poucos symptomas de laryngite, que da primeira observação se tinham constatado, augmentaram em numero e intensidade a tal ponto que se resolveu submetter o doente a um exame laryngoscopico feito pelo especialista Dr. Teixeira Lopes. Este exame mostrou uma congestão das fauces e de toda a abertura da larynge com tumefacção das arythnoidêas; as cordas vocaes congestionadas tambem, estando a direita superior notavelmente hypertrophiada.

Accusava uma temperatura elevada a par de um estado de dyspnêa bastante angustioso que lhe augmentava ainda mais, quando pretendia erguer-se na cama.

Em poucas horas, toda esta symptomatologia se agravou consideravelmente, vindo a fallecer o doente no dia 13 de março.

Autopsia

— Exame externo:

Livôres. Emaciação geral. Circulação venosa muito notavel.

— Cavidade thoraxica:

Adherencias pleuraes, fortes, á esquerda. Pulmão direito congestionado no lóbo inferior, rangendo sob o escalpello; o esquerdo muito congestionado tambem. Ganglios hypertrophiados. Insignificante derrame na cavidade pericardica. O coração tinha o ventri-

culo esquerdo um tanto hypertrophiado.

—Cavidade abdominal:

Figado muito hypertrophiado, sobretudo o lóbo direito; aspecto mosqueado; duro e resistente; degenerescencia granulosa á palpação, caminhando para a adipose, tanto á superficie como ao córte em todo o tecido hepatico; adherencias da capsula de Glisson ao diaphragma. Baço hypersplenomegalico, congestionado, de aspecto violaceo, incompletamente lobulado; adherencias ao diaphragma.

Rins fortemente congestionados, tanto na região cortical como na medullar.

—Larynge:

Cordas vocaes inferiores com oedema; parte posterior da larynge pericricoida caseificada; notavel oedema supraglottico, da parte posterior das arythnoidêas. Ganglios hypertrophia-dos á direita da tracheia.

VI

Antonio Affonso, de 26 annos, maritimo, natural do Porto, entrou para o hospital no dia 4 de janeiro de 1910 e passou para a enfermaria escolar no dia 12 do mesmo mez.

— Historia da doença:

Aos treze annos foi para o Brazil (estado do Amazonas), onde esteve nove annos, sem voltar ao reino. Um mez depois de chegar ao Brazil, teve a febre amarella e, passados dois annos, foi atacado por outra febre de typo intermittente, cujos accessos diarios se manifestavam de tarde. Andava empregado, n'essa occasião, a bordo de

um vapor que fazia carreiras no rio Amazonas.

Ha quatro annos veiu ao Porto e, poucos dias depois de ter chegado, começou a sentir muita febre, segundo elle diz. Por esse motivo entrou para este hospital, onde esteve approximaadamente um mez.

Um anno depois, voltou de novo ao Brazil, regressando definitivamente ao Porto em novembro de 1909.

Durante este tempo que passou no Paraná teve febres que, a principio, eram quotidianas e depois passaram a ser terças, desde que começou a fazer uso da quinina. Esses accessos só lhe appareciam á tarde.

Antes de lhe darem, sentia-se muito mal disposto, sem forças e sem appetite; depois, começava a sentir uns arrepios tão grandes, que tremia todo e batia os dentes; seguia-se muito calor, durando este estado febril umas tres

horas, a seguir ao que cahia n'um grande somno, acordando sempre muito suado, mas, apesar d'isso, bem disposto.

Regressou do Paraná sem febres que, afinal, lhe tornaram a apparecer de novo, um mez depois de aqui chegar, sendo tambem os accessos á tarde e acompanhados dos mesmos symptomas prodromicos que tinha experimentado no Brazil.

— **Antecedentes hereditarios:**

O pae morreu, ainda elle era creança e a mãe gosa de saude.

— **Antecedentes pessoaes:**

Teve a febre amarella ao chegar ao Brazil e umas feridas que lhe des-

appareceram com o uso de umas injeções.

— Inspeção:

O doente está muito anemiado, de uma pallidez terrosa, muito magro e é portador de sarna e de uma blenorragia.

Apresenta nas pernas umas manchas arredondadas escuras muito pigmentadas, com o aspecto de syphilides.

— Palpação e percussão:

Tem o baço muito duro e notavelmente hypertrophiado (Fig. 6), descendo até 4 centímetros abaixo do rebôrd das costellas.

O figado, de consistencia normal e

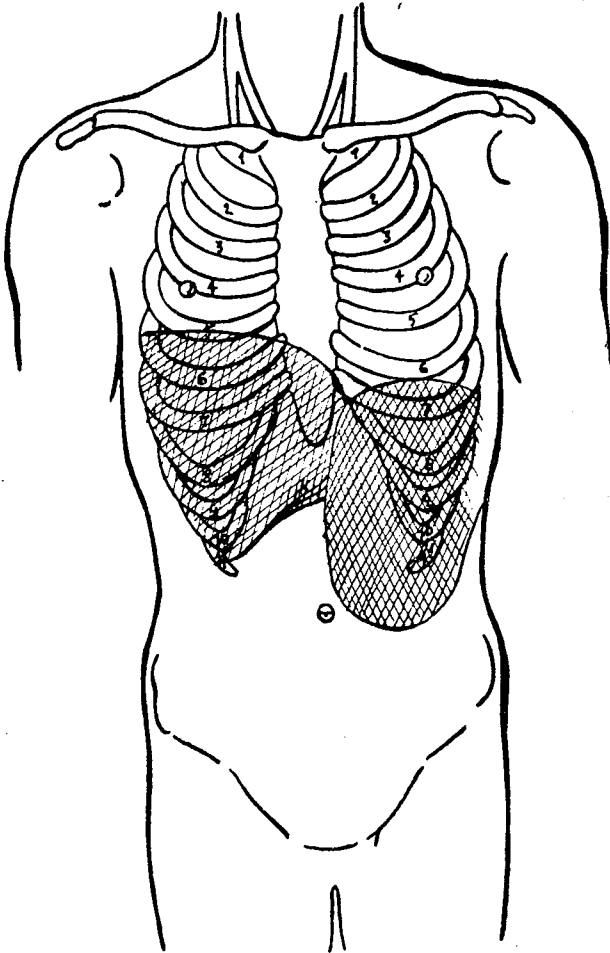


fig. 6

superfície lisa, está também um pouco aumentado de volume.

— **Auscultação:**

Nada apresenta de anormal.

— **Diagnostico:**

Splenomegalia palustre.

— **Prognostico:**

Favoravel desde que o doente siga um tratamento reconstituente.

VII

Horacio Pires, de 30 annos de idade, natural de Bragança, entrou a 23 de outubro de 1909 no hospital de Santo Antonio, para a enfermaria de de Clinica Medica.

—Observação do doente:

Manifestava uma profunda anemia que se notava á simples inspecção por um descórimento muito accentuado das mucosas labiaes e conjunctivas; e uma côr terrosa por todo o tegumento externo com um ligeiro tom sub-icterico.

Tinha o abdomen extremamente dilatado por uma grande ascite, dese-

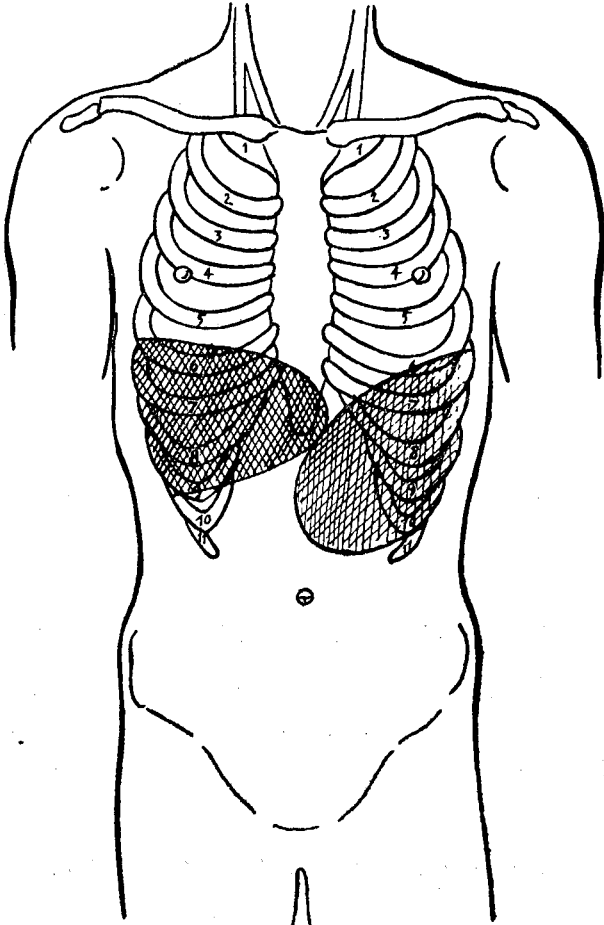


fig 4

nhando-se nas suas paredes uma intensa rêde venosa (cabeça de Medusa).

Estes symptomas fizeram convergir a atenção para o estado dos órgãos contidos na cavidade abdominal.

Assim, apresentava uma splenomegalia notavel, a par de uma atrophia intensa do figado, o que foi revelado pela palpação e percussão (Fig. 7).

— Historia da doença:

Refere o doente que, ha mais d'um anno, começou a inchar, perdendo simultaneamente o appetite. Teve, em seguida, epistaxis e appareceram-lhe tambem hemorrhoidas que lhe occasionaram algumas hemorrhagias.

Foi por esta altura que a ascite começou a desenvolver-se com grande intensidade, acompanhada de um prurido abdominal demasiado incommodo,

que desapareceu desde que lhe foi feita uma paracentese, cujos resultados foram pouco duradouros. Dentro em breve se desenvolveu novamente, affectando até um maior volume e apparecendo tambem, muito nitidamente desenhada, a caracteristica cabeça de Medusa, que de ordinario acompanha as lesões do figado que criam embaraços á circulação d'este orgão.

—Antecedentes pessoais:

O doente apresenta de importante no seu passado morbido varios accesos de febre que, a julgar pela descripção feita pelo doente e attendendo ainda ao local da sua naturalidade, eminentemente affecto ás infecções paludicas, devem ter sido febres palustres de typo intermittente e fórma

terçã. Repetiram-se estas durante mais d'um anno talvez, tendo sido attingido, pela primeira vez, aos quatorze annos, tão intensamente que por essa occasião lhe sobreveiu tambem um oedema generalisado.

Accresce mais que o doente fez uma viagem ao Brazil, onde novamente foi atacado de paludismo.

— **Marcha da doença e diagnostico:**

Durante toda a sua estada no hospital a marcha d'esta doença fez-se sempre apyreticamente.

A diurese insufficiente attingiu algumas vezes a cifra minima de 800 gr. e pela analyse da urina, feita no laboratorio da Escola, constata-se uma diminuição accentuada nos materiaes dissolvidos e, portanto, nos elementos mineraes e organicos, bem como uma

diminuição bastante sensível dos chloretos e isto acompanhado, ainda, de vestígios de albumina e glucose.

Tudo revela, pois, concumitaneamente, um defeito da filtragem renal, traduzindo-se no exame microscópico pela apparição de cellulas epiteliaes, leucocytos e globulos rubros.

Além d'isso, a aggravar as condições de defeza organica d'este doente está a natureza do terreno em que a doença evoluciona verdadeiramente arthritico, visto descender de um pae rheumatico e d'uma mãe soffrendo de « migraine ».

O conjuncto de todos os symptomas acima expostas auctorisa a fazer um diagnostico de *cirrrose atrophica de origem palustre* e que parece tomar uma marcha de prognostico sombrio.

VIII

Lucio Alves Monteiro, de 42 annos de idade, casado, sapateiro, natural do concelho de Sabrosa.

Entrou para a enfermaria de Clinica Medica no dia 23 de outubro de 1909.

—Exame do doente:

Apresentava uma coloração amarello-esverdeada muito accentuada não só da pelle mas tambem das scleroticas. Queixava-se da «ictericia», de dôres abdominaes, de dejecções muito frequentes, nauseas, vomitos alimentares e falta de appetite.

Á palpação havia uma dureza mui-

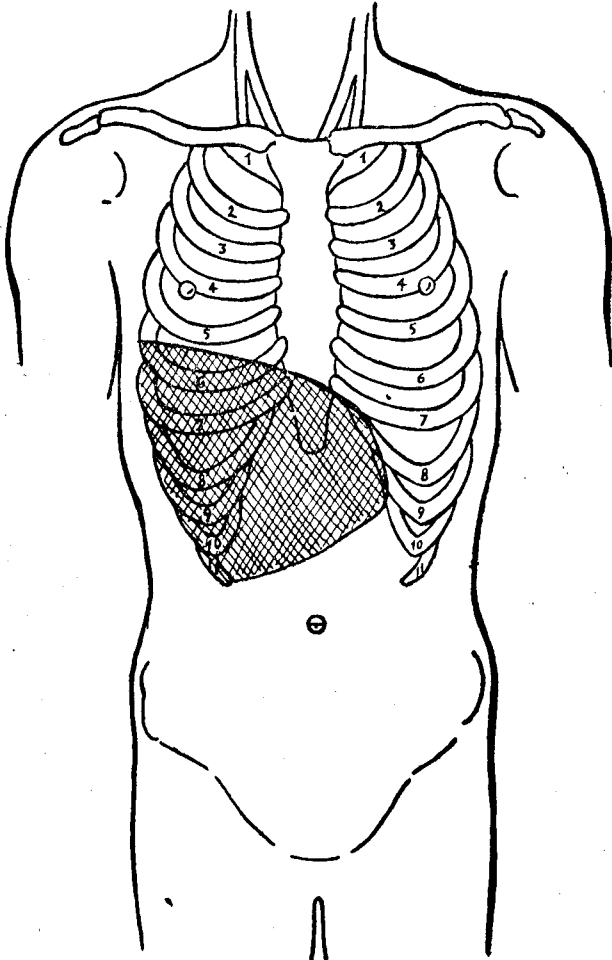


fig. 8

to consideravel em toda a parede abdominal. O figado estava muito hypertrophiado, visto o seu bôrdo inferior se afastar de uma maneira notavel da linha normal, ou seja do rebôrdo das costellas. A sua consistencia era bastante dura. Além d'isto a pressão fazia augmentar a intensidade das dôres abdominaes, mais exacerbadadas no hypochondrio direito e epigastro.

Limitada a área do figado, por meio da percussão convergente, mostrou-se de dimensões consideravelmente exaggeradas, como se pôde fazer ideia pela fig. 8, sobretudo no que diz respeito ao seu lóbo esquerdo.

Assim, poderam-se marcar bem os bórds superior e inferior, tomando as seguintes linhas de referencia:

Linha para-sternal { b. s.—3cm,5 acima do rebôrdo costal.
 esquerda..... { b. i.—3cm,5 abaixo do rebôrdo costal.

Linha média..... { b. s.— base do appendice xiphoideu.
 { b. i.—12cm abaixo.

Linha mamillar di- { b. s.—5.º espaço intercostal.
 roita { b. i.—13 cm abaixo.

Linha axillar direita { b. s.—8.ª costella.
 { b. i.—12cm,5 abaixo.

Linha escapular di- { b. s.—nivel da 10.ª vertebra.
 roita { b. i.—7cm abaixo.

Além d'isso, as urinas tinham o aspecto um pouco turvo e uma côr avermelhada escura. As fezes eram tambem escuras.

O pulso, hypotenso, um pouco mais frequente que o normal—84 pulsações por minuto. Accusava uma ligeira hyperthermia.

Os aparelhos circulatorio e respiratorio nada apresentavam de anormal, além das pequenas alterações já indicadas.

—Historia da doença:

Segundo refere, o doente bebia habitualmente certa quantidade de aguardente que, pelo que disse, não era pequena. Isto, já ha alguns annos, deixando depois a aguardente e passando a beber vinho fino.

Tambem fumava muito e, a esse proposito, conta elle que um medico da sua terra lhe dissera que o não curaria emquanto não deixasse de beber e de fumar.

Desde janeiro ultimo teve enteror-rhagias abundantes; em março suspenderam, para voltar depois, continuando em alternativas até que desapareceram completamente ha perto de tres mezes.

—Antecedentes pessoas:

Accusa no seu passado pathologico

uma pneumonia e perturbações cerebraes cuja natureza não foi possível precisar.

— **Antecedentes hereditarios:**

Tem paes vivos, robustos e sadios.

— **Diagnosticó:**

Cirrhose biliar hypertrophica ou doença de Hanot.

É certo que não apparece n'este caso um symptoma muito frequente, — a splenomegalia; mas esta falta será relativamente de somenos importancia, attendendo ao cortejo symptomatico que o doente apresenta.

— **Prognostico:**

O doente poderá viver assim alguns annos n'este estado, mas d'uma maneira geral, o prognostico é grave.

Em conformidade com o nosso programma, permittir-nos-hemos umas ligeiras referencias ás intimas e interessantes relações que mantem, debaixo do ponto de vista anatomico, embryologico e physiologico, o figado e o baço.

Em primeiro logar e no que respeita á anatomia, estão as duas glandulas situadas na parte superior do abdomen e occupam respectivamente, uma, as regiões do hypocondrio direito e do epigastro, outra, a parte do hypocondrio esquerdo denominada, mesmo, a região splenica.

A extremidade do lóbo esquerdo do

figado, no adulto, está ás vezes em relação immediata com o bôrdo anterior ou com a extremidade superior do baço; nas creanças e, sobretudo, no feto, cobre sempre o polo diaphragmatico d'este ultimo orgão.

Os dois orgãos são cobertos pelo mesmo folheto do peritoneu visceral.

São os braços de divisão da mesma arteria, o tronco coeliaco, que lhes levam respectivamente o sangue: a arteria hepatica e a arteria splenica.

Mas onde as relações anatomicas mais se evidenciam é no que se refere á circulação venosa. O sangue que sae do baço, antes de attingir o coração direito, passa pelo figado. A veia splenica, um dos tres ramos de origem da veia porta, conduz ao figado os differentes productos dependentes da actividade funcional do baço.

E debaixo do ponto de vista anatomico, nós podemos prevêr ainda que as

lesões do figado se teem de reflectir mais frequentemente sobre o baço do que as d'este orgão sobre o figado.

Assim, enquanto o baço, como glandula fechada, não possui senão uma veia e uma arteria, o figado, além da veia cava inferior e da arteria hepatica, é dotado d'uma segunda rede circulatoria, a veia porta, que lhe traz o sangue, respectivamente, do baço, pancreas e intestino.

Por outro lado, o figado, glandula biliar, está intimamente relacionado com o duodeno, por meio dos seus canaes excretores.

De sorte que estas disposições anatomicas constituem outras tantas portas de entrada no figado, para os agentes pathogenicos, aerobios e anaerobios, que, segundo os recentes trabalhos de Gilbert e Lippmann, vulgarmente o infeccionam, dando logar a que elle seja, muito mais facilmente e

frequentemente, attingido do que o baço.

Quanto á innervação d'estas duas visceras, os nervos do figado proveem do pneumogastrico esquerdo, do plexo solar e do phrenico direito; os do baço emanam exclusivamente do plexo solar.

Postas estas breves considerações sobre as relações anatomicas, duas palavras apenas, ácerca das relações embryologicas, que entre elles parecem existir.

O figado nasce por um botão endodermico, que se differencia em figado e pancreas, da face ventral do tubo digestivo, immediatamente para diante da inserção da vesicula umbilical n'este ultimo.

O baço, cuja origem é bastante me-

nos conhecida, para uns provém da mesoderme coelomica, para outros, tambem, da endoderme intestinal.

Entraremos agora na parte muito interessante das relações physiologicas.

O figado é um orgão ao qual a natureza confiou um certo numero de funcções e tão importantes que, segundo Glénard, é talvez, na escala physiologica, mais precioso do que o proprio cerebro.

Exerce uma proficua e notavel vigilancia sobre o interior da economia. E exerce-a de variadas maneiras por fórma a desempenhar um importantissimo papel.

Fabrics glycogenio, gorduras que, por sua vez, em determinadas circum-

stancias, fixa ou transforma, e certos fermentos dos quaes já se conseguiram especificar chimicamente uns sete. Desembaraça o organismo de elementos inuteis, residuos da desassimilação dos tecidos (lecitina, cholesterina, acidos gordos, pigmentos derivados da hemoglobina, etc.) ou resultantes da sua propria elaboração, como sejam a glicocola, a taurina, os acidos biliares, a urêa, etc.

Mantem, d'uma maneira notavel a integridade physiologica da economia, fixando os microbios (poder bacteriopexico), o que tambem se dá com o baço; fixando certas granulações pigmentares (poder granulopexico); e até cellulas cancerosas provenientes de outros órgãos (poder cytopexico).

Finalmente, liberta o organismo de numerosos principios toxicos ou, mesmo, medicamentosos, que destroe: por

exemplo, as toxinas absorvidas pelo intestino; ou armazena, obstando á sua disseminação perniciosa, como acontece em face do mercurio, do arsenio, etc. A maior parte dos alcaloides, nicotina, strychnina, atropina, morphina, curare, quinina, são, tambem, em grande parte neutralizados pelo figado.

De maneira que o figado, pelo que fica exposto, defende o organismo não só pelas suas secreções internas e externas, mas tambem pelas excreções de que elle está encarregado.

Porém, o mais curioso de tudo, é que a natureza o tivesse posto, tambem, em condições taes de poder defender-se a si proprio.

Assim, por estudos e experiencias recentes, chegou Glénard á interessante conclusão de que os seus respectivos lóbos vivem n'um estado de independencia physiologica de tal ordem que lhes permite funcionarem um após o

outro, substituirem-se um ou outro e compensarem-se mutuamente.

Como se vê, esta questão, que hoje se debate, é devéras interessante e curiosa e vem realçar notoriamente a constituição physiologica do figado.

O baço tambem é chamado a desempenhar um certo numero de funcções.

É uma glandula hematopoiética, que destroe os velhos globulos rubros e fabrica os leucocytos da série lymphatica.

De sorte que, debaixo d'este ponto de vista, está em completo antagonismo com a medulla ossea, cuja funcção, apesar d'isso, elle póde substituir em determinadas circumstancias.

Consequentemente, pois, de prevêr é o seu importante papel.

Assim, elle lucha, ainda que mais ou menos indirectamente, contra as

infecções e as intoxicações. A sua produção cellular explica, além d'isso, a participação que elle toma na renovação do sangue e o logar que desempenha no interessante capitulo da immunnidade espontanea e adquirida.

A sua constituição histologica permite-lhe contrahir-se e dilatar-se rapidamente, de sorte a poder conter uma quantidade de sangue maior ou menor. Ora, quando a tensão arterial da veia porta augmenta, durante o trabalho digestivo, o baço dilata-se, alojando uma maior quantidade de sangue; quando, pelo contrario, a tensão diminue, contrahe-se, expulsando das suas malhas o sangue que alli havia em excesso. De maneira que, pelo que fica dito, o baço é, por assim dizer, o reservatorio regulador da circulação dos órgãos abdominaes e muito particularmente do figado.

Mas a influencia do baço sobre a

physiologia hepatica não parece limitar-se apenas ao que fica exposto.

Sabe-se hoje que não é só á custa do sangue proveniente dos intestinos e do pancreas que o figado póde desempenhar os seus papeis glycogenico e biligenico. O sangue que lhe manda o baço, por meio da veia splenica, tem, debaixo d'esse ponto de vista, uma importancia capital.

Alguns physiologistas modernos, ao contrario do que pensavam os antigos relativamente ao papel distincto, unico, que o baço exercia sobre os globulos rubros do sangue parece estarem mais ou menos de accordo em lhe assignalarem tambem uma funcção diametralmente opposta, ou seja de neoformação e de regeneração das hematias. No emtanto, segundo abalisadas opiniões, esta neoformação é precedida por uma destruição, em maior ou menor escala, dos velhos globulos rubros,

dos quaes o baço aproveita certos materiaes, o ferro, sobretudo.

Ora, como resultado d'essa primitiva hemolyse, o sangue da veia splenica, além dos numerosos leucocytos novos que contém, arrasta para o figado as materias córantes dos globulos vermelhos que soffreram a acção dos elementos nobres do baço.

Posto isto e attendendo ao parentesco da hemoglobina e dos pigmentos biliars, somos levados a concluir que o baço deve desempenhar um papel importante na biligenese.

As experiencias, feitas em cães, de Charrin e Moussu, e as de Gauckler em coelhos, chegam effectivamente a um resultado mais ou menos comprovativo.

As oito observações que constituem a primeira parte d'este nosso despretencioso trabalho, encaradas ainda que tão sómente sob o ponto de vista clinico, são uma prova evidente das relações pathologicas existentes entre o figado e o baço.

E como tínhamos previsto ao tratarmos das suas connexões anatomicas, o que desde logo parece resaltar das referidas observações é que realmente, na maioria dos casos, a lesão primitiva tem de ser reportada ao figado e não ao baço.

Assim, os casos mais interessantes de splenomegalia, que tivemos occasião

de vêr nas nossas enfermarias, foram precedidos sempre de perturbações hepáticas, accusadas por uma symptomatologia mais ou menos complexa. O que, aliás, se explica perfeitamente, attendendo á influencia que tem nas hypertrophias splenicis o chamado — syndroma da hypertensão porta — a que já ligeiramente nos referimos ao tratarmos da physiologia do baço. Parece mesmo que este syndroma é a causa, senão unica, pelo menos a mais frequente, de todas as splenomegalias; isto é, a hypertrophia do baço é, na maioria dos casos, apenas uma manifestação clinica da hypertensão porta. E tanto que, quasi sempre, vem acompanhada por outras manifestações clinicas do mesmo syndroma, como sejam as hemorragias gastro-intestinaes, a circulação venosa, notavelmente exaggerada, da parede thoraco-abdominal, etc.

Só em casos muito restrictos, que alguns auctores mesmo contestam, é que a splenomegalia apparece, precedendo toda e qualquer lesão do fígado, com symptomas de anemia, e perturbações da formula sanguinea, constituindo as chamadas — splenomegalias primitivas ou doença de Banti — dependentes de certas neoplasias splenicis e de infecções chronicas intimamente relacionadas com a tuberculose e a syphilis. Mas, como dissemos, ainda mesmo n'estes casos, segundo a opinião auctorisada de Gilbert, nós podemos talvez filiar estas fórmis de splenomegalia em uma hepatite chronica syphilitica ou tuberculosa, ponto de partida para o baço hepatico, como acontece sobretudo nas cirrhoses atrophicis, etc.

Bem a pesar nosso não nos foi possivel acompanhar com os desejados promenores a observação dos paludi-

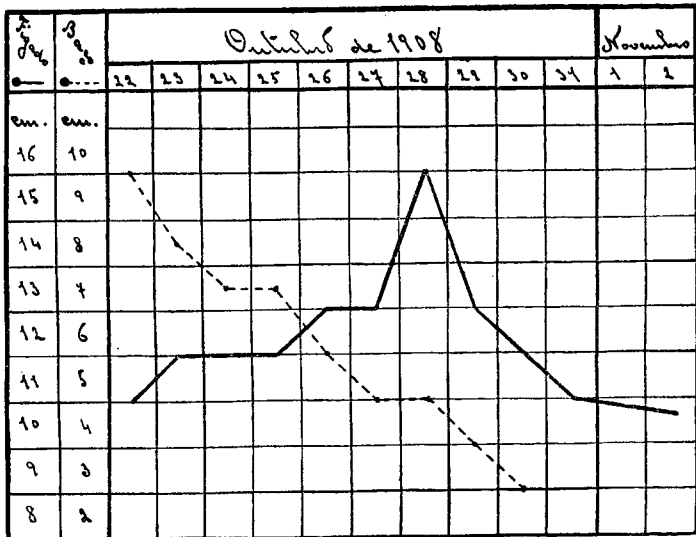
cos, que estiveram nas enfermarias de Clinica Medica, durante todo o tempo que alli permaneceram.

De sorte que nada pudemos apurar relativo ás particulares connexões que, por ventura, o figado manifestasse perante as modificações regressivas do baço, consequentemente ao tratamento especifico que lhes foi, desde logo, instituido.

Segundo Chauffard, em determinados paludicos póde-se considerar a hepatite por elles apresentada como sendo proveniente da splenopathia primitiva. E, assim, o baço infectado pelo hematosoario, torna-se, por sua vez, infectante para o figado. De maneira que, para elle, o figado palustre constitue um dos melhores exemplos das reacções hepaticas de origem splenica.

A seguir, apresentamos o seguinte quadro, muito interessante e curioso, extrahido, bem como as ligeiras con-

siderações acima expostas, de um trabalho de Chauffard publicado em 1909 na *Semaine Médicale*:



Sob a influencia da quinina o baço decresce, enquanto o diametro vertical do figado attinge o seu maximo. Sem embargo, como se póde constatar, esse augmento de volume do figado é passageiro e a glandula recupera as suas dimensões normaes

á medida que se approxima e se confirma a cura.

Agora o que tivemos occasião de constatar foi a falta de signaes clinicos splenicos em alguns dos doentes que apresentavam, como se póde vêr, o figado notavelmente compromettido.

As observações III, IV e VIII não se fazem acompanhar de nenhuns symptomas mais ou menos relacionados com qualquer perturbação morbida do baço; o que, aliás, é muito pouco frequente nas cirrroses biliares, sobretudo quando tendem para a fase de atrophia em que a tensão da veia porta, augmenta notavelmente.

Na doença de Hanot, por exemplo, o figado e o baço soffrem, de ordinario, uma hypertrophia equivalente.

Mas a verdade é que nós, em face dos respectivos doentes, podemos explicar facilmente a não existencia de

uma hypertrophia splenica clinicamente constatada, facto que, segundo o nosso modo de vêr, vem reforçar mais ainda a opinião do professor Gilbert, quando pretende considerar todas as splenomegalias como dependendo unica e exclusivamente da hypertensão porta.

A circumstancia de apresentar o baço o seu volume normal nos casos em que esteja compromettida a integridade anatomica ou physiologica do figado póde depender de variadas causas.

Assim, resultando, na maioria dos casos, a hypertrophia do baço d'um augmento da tensão sanguinea na circulação porta, todas as vezes que intervenham outros factores destinados a corrigir esse exaggero de tensão, independentemente do immediato curso do baço, facil se torna comprehender a não existencia de uma splenomegalia.

Ora, foi o que precisamente se deu com os tres doentes que tivemos occasião de observar.

A observação IV, por exemplo, mostra-nos o seguinte:

O doente teve antes de entrar para o hospital frequentes hemorragias intestinaes acompanhadas de outras manifestações clinicas da hypertensão porta. Ora, sabendo nós que a splenomegalia é susceptivel de attenuar-se, e até mesmo desapparecer, consequentemente a repetidas hemorragias, achamos justificada a circumstancia de elle não apresentar nenhum symptoma de hypertrophia do baço, apesar da sua ictericia notavelmente accentuada.

As observações III e VIII, em que tambem não apparecem symptomas splenicos, estão em identicas circumstancias.

Assim, vêmos que n'um dos casos

a doente, além de frequentes epistaxis, teve, no começo da doença, uma metrorrhagia que se manteve durante mais d'um anno quasi diariamente. E a este symptoma outros se lhe seguiram, como tivemos occasião de verificar, dependentes da hypertensão porta, principalmente a ascite e a diarrhêa.

Finalmente, o doente da observação VIII apresenta tambem na historia da sua doença, abundantes enterorrhagias que alternativamente appareciam e desappareciam.

Estas tres observações não são, pois, em desfavor da intervenção do syndroma da hypertensão porta na genese das splenomegalias.

O que provam, apenas, é que a intoxicação biliar, por si só, não é sufficiente, apesar da opinião de alguns auctores, para originar uma splenomegalia que elles consideravam

como sendo, n'estes casos, uma manifestação reaccional do organismo em face dos venenos biliaries.

Proposições

ANATOMIA DESCRIPTIVA—Em muitos dos casos não existe, propriamente, o triangulo de Labbé.

HISTOLOGIA—Os corpusculos de Malpighi são formações lymphoides.

PHYSIOLOGIA—A digestão faz-se acompanhar sempre, mais ou menos, por uma leucocytose, de que o baço se torna, em grande parte responsavel.

MATERIA MEDICA—Na lithiase biliar, ictericias catarrhaes, engorgitamentos hepaticos e certas splenomegalias a acção eminentemente curativa das aguas do Gerez, deve-se á sua notavel percentagem (0^{gr},022 por litro) de fluoreto de sodio.

PATHOLOGIA EXTERNA—Na algaliação de alguns prostaticos, a manobra do mandrim de Guyon, é a unica seguida de resultado satisfactorio.

PATHOLOGIA INTERNA—Nas crianças a congestão do figado e do baço, são symptomas muito frequentes de tuberculose incipiente.

PATHOLOGIA GERAL — Os órgãos em estado de dependência anatomica e physiologica participam conjunctamente dos mesmos processos pathologicos.

ANATOMIA TOPOGRAPHICA — A importancia cirurgica do triangulo de Petit, advem das suas relações anatomicas com o espaço de Grynfeldt.

OPERAÇÕES — A splenectomia só excepcionalmente deve ser tentada.

ANATOMIA PATHOLOGICA — A hypertrophia do baço está intimamente relacionado com o exaggero da sua actividade funcional.

PARTOS — A gravidez e o parto favorecem a infecção da arvore biliar.

HYGIENE — A puericultura, debaixo do ponto de vista da conservação da especie, constitue o capitulo mais importante da medicina.

MEDICINA LEGAL — O meio social é o unico responsavel de muitos casos de infanticidio.

VISTO.
O Presidente,
Oliveira Lima.

PÓDE IMPRIMIR-SE.
O Director interino,
Augusto Brandão.