

O doente curou-se e *nunca teve ascite*. A compressão, que já era antiga, permittira a circulação collateral.

No segundo caso, eram ganglios que comprimiam a veia porta; esta rompeu-se, durante a operação e foi ligada. O doente, *que não teve ascite*, ficou curado. Como pois explicar a ascite? Por enquanto, só existem hypotheses. Roger, no seu curso de 1916, mostrou que nas nephrites de typo parenchymatoso, o rim elabora substancias que tem a propriedade de reter, de fixar o sal.

E' provavel que nas cirrroses se trate tambem de substancias produzidas no figado e dispondo desta propriedade, pois é facto observado que, quando se observa ascite com edemas estes precedem geralmente não sendo pois dependentes da contrapressão da ascite sobre a veia cava inferior. Gilbert, que é partidario da theoria mecanica, viu esse facto, pois um de seus alumnos escreveu uma these sobre os edemas preasciticos na cirrrose.

No decurso das cirrroses, observa-se, geralmente, um grande *augmento de volume do baço*. A este respeito Roger vae combater as opiniões classicas. Estas dizem que o augmento do baço é devido ás perturbações da circulação porta.

O baço é um órgão muito contractil, dotado de movimentos rhythmicos de relaxação e contracção, graças aos quaes exerce verdadeira pressão sobre o sangue e favorece a circulação.

Uma pressão na veia porta determina augmento do baço e maior energia dos movimentos deste.

A ligadura da veia esplenica determina augmento de pressão na veia porta.

Banti descreveu a molestia que tem o seu nome, em 3 periodos:

1º — hypertrophia do baço que póde chegar a pesar de 1 a 1 1/2 kilos. O individuo se apresenta anemico. Este periodo dura de 2 — 4 annos.

2º — Perturbações gastro-intestinaes. Urinas raras, contendo muita uréa.

3º — O figado diminue de volume, realisando uma verdadeira cirrrose atrophica; estabelece-se uma circulação collateral, ascite, morte em dois mezes.

Si a esplenectomia é feita no 1º periodo o doente fica curado.

A lesão primitiva é, pois, no baço: a cirrrose é secundaria. Partindo d'ahi bem se póde pensar que haja certos cirrroses dependentes de lesões do baço. Em 1894 Popoff generalisou essa hypothese, dizendo que, em toda a cirrrose, a lesão primitiva está no baço. No paludismo, ha certa analogia com o que foi dito acima; no 1º periodo — o baço é enorme; no 2º — o figado apresenta uma fórma especial de cirrrose.

Le Play e Ameuille (1912) ligaram o pediculo esplenico e verificaram que ao fim

de 45 horas havia necrose do baço e phenomenos de auto-digestão eram manifestos: os productos derivados desse processo eram pouco a pouco reabsorvidos, o epiploon ficava cheio de sangue.

Ao fim de 8 dias appareceram alterações do figado e, ao fim de 21 dias perturbações hepaticas notaveis; congestão, suffusões ecchymoticas. N'uma segunda série de experiencias, elles ligaram o pediculo esplenico e ressecaram o grande epiploon, cujo papel protector é bem conhecido.

Os animaes emmagrecem e morrem em 25 - 30 dias com cirrrose hepatica notavel.

Si se injecta extracto esplenico nas veias, este localisa-se no figado, determinando congestão e cirrrose. Parece pois que nos productos da autolyse do baço ha substancias que, chegando ao figado, determinam a cirrrose.

— E' sabido que as cirrroses sobrevêm, geralmente, após molestias infecciosas, cuja acção sobre o baço, é sabida, ahi determinando acções autolyticas.

Si a cirrrose é frequente no alcoolista, ella sobrevêm geralmente após uma infecção, (principalmente tuberculose) e esta tem predilecção pelo baço.

Rendu e Vidal publicaram um caso de tuberculose massiva do baço com cirrrose venosa.

As lesões do baço podem, pois, em certas condições produzir uma cirrrose e esta secundariamente vae repercutir sobre o baço.

Para Roger, nos casos em que não ha ascite, as lesões do baço serão secundarias. Na molestia de Hanot sabe-se que o figado e baço crescem simultaneamente.

Gilbert descreveu uma forma de cirrrose esplenomegalica, em que o augmento de baço é mais rapido que o de figado. As lesões de baço determinam ainda, perturbações da secreção biliar.

Medicina pratica

Nas crises vasculares da *tabes dorsalis*, tal como a angina abdominal, aconselha-se o emprego de injectões de nitrito de sodio, em empôlas dosadas a 0,01 do sal para 1 cm.³ de agua destilada, repetidas 2 ou 3 vezes em 24 horas.

Bem assim, para as crises gastricas (vomitos) tão frequentes nessa doenca, suspender os alimentos e deglutir, a espacos curtos, fragmentos de gelo. De nada vale, em regra, outra medicação para o phenomeno sintomatico.