

## PSEUDO CIRROSE HEPATICA DE ORIGEM PERICARDICA

(Comentarios em torno de um caso clinico)

Prof. RAUL MOREIRA

(Catedrático de Clinica pediátrica medica e higiene infantil)

Não é muito prodiga a literatura medica pediátrica, a respeito de casos dessa natureza. Síndrome descrita por Hutinel como "Cirrose Cardiotuberculosa" e por Pick como "Pseudo cirrose hepatica de origem pericardica", não ha, nos anais da especialidade, mais que narrações bastante sucintas, motivo porque quiz trazê-lo á publicidade.

No dia 25 de Abril de 1934, baixou á 27.<sup>a</sup> enfermária da Santa Casa de Misericórdia (Clinica pediátrica medica e higiene infantil), o menino Leonidas, vindo das Minas de S. Jeronimo, com 5 anos de idade, de côr branca, brasileiro, natural do Rio Grande do Sul.

Foi amamentado ao seio materno até a idade de 1 ano, quando começou o desmame com leite de vaca, frutas etc.....

Firmou a cabeça com 3 meses, sentou-se com 7 meses e entrou a andar com 16 meses.

Saiu o primeiro dente com 1 ano.

Pais vivos, relativamente fortes. Houve 8 gravidês a termo, tendo morrido um dos irmãos de toxicóse alimentar.

O paciente nasceu de parto normal, a termo.

Teve, com 2 anos, sarampo. E' sujeito a gripes repetidas, apresentando tosse, ora seca ora humida, ao entrar na enfermária, motivo porque trazia a informação de sofrer de bronquite crônica. Nunca fez vacinações de especie alguma.

E' criança magra, de péle sêca, musculatura flácida, em visível desidratação. Zonas de hipertricose nos membros inferiores e dorso. Com 12.800 gramas, de pêso. Temperatura axilar de 38.<sup>o</sup>, ao entrar na enfermária. Apesar de bom apetite, a familia do pequeno começou a notar-lhe o emagrecimento que se processava lentamente. Ao mesmo tempo, perceberam franco aumento do ventre, com a presença de um tumor, localizado no flanco lateral direito. A tosse, sêca, tornava-se, cada dia, mais impertinente, mórmente á noite.

Com essa sintomatologia, baixou ao serviço medico de crianças da nossa Santa Casa, trazendo a indicação formal de intervenção ci-

\* Trabalho apresentado á "Sociedade de Pediatria", do Rio de Janeiro, em Junho de 1934.

rurgica, no tumor ventral, cada vez mais duro e mais volumoso.

Diante do estado precario de resistencia e o diagnostico ainda obscuro, contrariei a operação, para proceder a exames mais detalhados no pequeno observado, que já trazia excelente radiografia do aparelho digestivo. Feita no "Instituto de Radiologia Clinica", desta capital, aqui reproduzo um dos seus aspectos.

A interpretação, assinada pelo ilustre colega Pedro Maciel, assim rezava:

*Radioscopia e radiografia do estomago e intestino:*

*Estomago:* Estomago recalcado para cima, por compressão do colon transverso cheio de gazes. Contornos regulares. Mobilisavel. Transito pilorico sem obstaculo.

*Intestinos:* Transito sem obstaculo no intestino delgado. Grosso intestino (exame com cristel opaco). O liquido injetado penetrou facilmente, percorrendo todos os segmentos do colon, desde o réto até o céco. Ha sinais de compressão extrinseca do colon transverso. As outras porções do colon aparecem cheias e normalmente distendidas.

O aparelho respiratorio do paciente faz evidenciar um torax emagrecido, com desenho das costelas, recobertas de pele sêca.

Ha evidente encurtamento da onda de percussão, como sinal de nitida maciszez no hemi-torax esquerdo.

A escuta deixa salientar a presença, em ambos os lados, de estertores de medias e finas bolhas, mórmente na inspiração.

Diminuido o murmurio vesicular.

No periodo final da respiração, sobretudo do lado esquerdo — presença de atrito pleural.

Para o lado do aparelho circulatorio, notam-se ruidos de mistura com as bolhas cardiacas, lembrando sopros pericardicos, ao lado de bradicardia e taquicardia discretas. Pulso 130 por minuto.

Evidentemente, o que mais impressiona no

observado é o aspecto volumoso do ventre. Ha a presença de ascite, embora não muito abundante, o que, ao lado da hipertrofia notavel do figado, provoca visivel circulação colateral, ultrapassando o abdomen, e tambem visivel na região toracica.

Tal fenomeno está bem indicando o obstaculo na circulação da veia porta e da veia cava ascendente.

O ventre fórma uma saliencia notavel. A palpação e percussão do figado, quer na posição deitada, quer sentada, mostra que seu bordo anterior vai até á região umbelical, tomando conta quasi de todo o ventre, da esquerda para direita. A altura da maciszez hepatica, sobre a linha axilar anterior atinge cerca de 20 centimetros. O baço é ligeiramente palpavel.

As urinas são carregadas em côr, contendo, num dos exames: traços de albumina e de urobilina, sendo normais os resultados das outras pesquizas.

Foi feito um hemograma, infelizmente estraviado na enfermaria, mas que revelava, tão só, ligeira diminuição do numero de globulos vermelhos.

Egual destino teve a primeira radiografia do aparelho respiratorio, o que fazia ressaltar, afóra sombras hilares densas e espessadas, sinais de peribronquite, pericardite e pleuriz, na base do hemi-torax esquerdo.

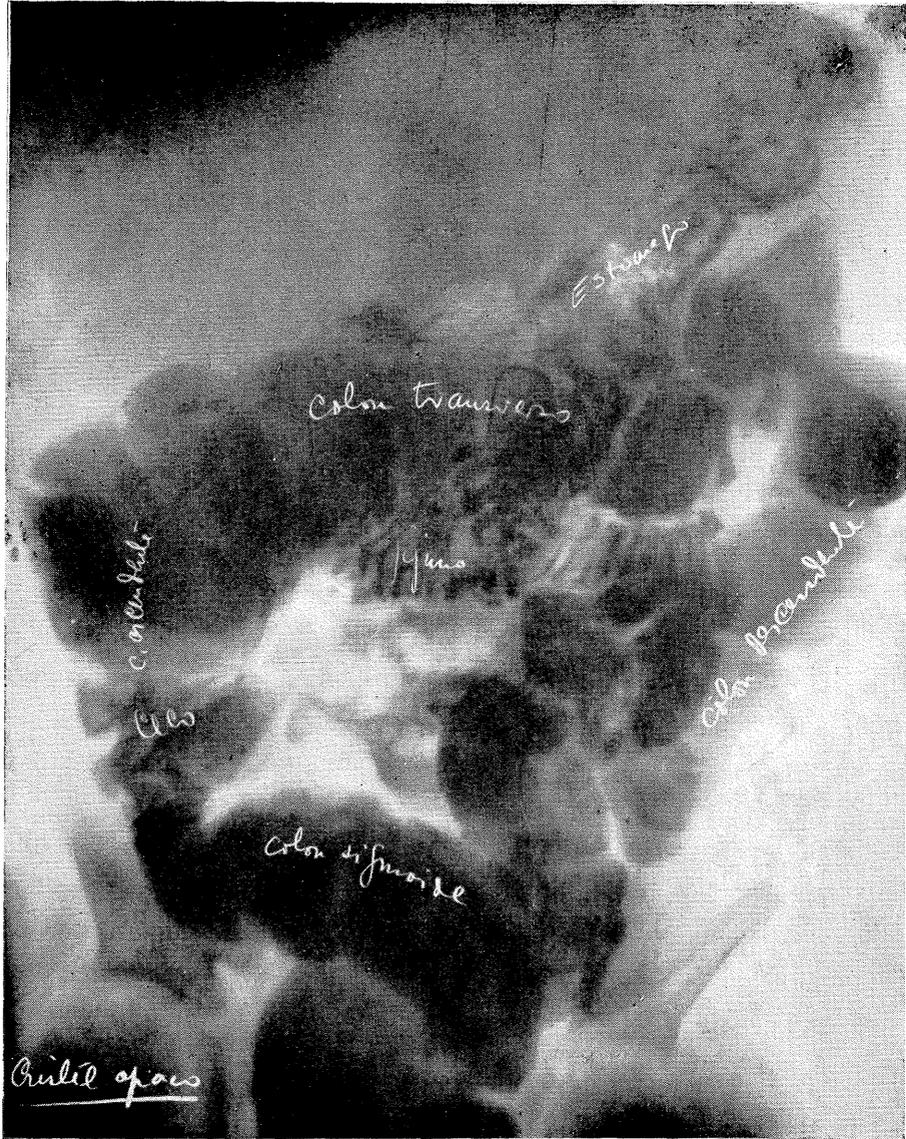
A segunda radiografia, feita em 24 de Abril de 1934, na Santa Casa, deu o seguinte resultado:

*Hemitorax direito:* Apice claro. Sombra hilar espessada. Arborescencia bronco-vasculares espessadas. Seio costofrenico permeavel. Excursões diafragmaticas amplas.

*Hemitorax esquerdo:* Apice claro. Sombra hilar espessada, de limites "flous". Arborescencias bronco-vasculares espessadas. Seio costofrenico permeavel. Excursões diafragmaticas amplas.

*Conclusões:* Adenopatia hilar bilateral, com reação peri-hilar, á esquerda.

Sinais de peribronco-lymfangite.



Radiografia do aparelho digestivo (Interpretação à pagina 76).

Segundo o grafico que acompanha esta observação vê-se que Leonidas entrou para a 27.<sup>a</sup> enfermaria com 12.800, tendo atingido, no dia 14 do mês seguinte, isto é, 19 dias depois, a 14 quilos.

No dia 7 de Junho, quando teve alta a pedido, sua cifra ponderal alcançava 15.700 gramas.

Foram feitas injeções alternadas de Calcio injetol e Gadusan; alimentação, preponderante, de frutas, mingaus, sopas de legumes, leite.

Sua temperatura oscilava entre 38.<sup>o</sup>, 37.<sup>o</sup> e meio, tendo descido, nos ultimos dias, a 36.<sup>o</sup> e meio e 37.<sup>o</sup>.

No dia 6 de maio foi feita a reação de Von Pirquet, cujo resultado foi francamente positivo.

No vasto campo da Clínica Pediatrica, não são poucos os casos, em que se evidencia a hepato-megalia, sintoma predominante e mais ostensivo no caso em questão.

E' bastante rico o conjunto dos sinais que lhe sustentam um doente portador da chamada *Síndrome de Hutinel* ou *cirrôse cardio-tuberculosa*.

Outras modalidades, em que ha aumento exagerado do figado, nos dão uma riqueza de sintomas que se afastam, em muitos pontos, da entidade morbida que nos ocupa.

Não poderá ser incluída, por exemplo, na *Cirrôse biliar infantil epidêmica dos países quentes*.

Quer pela evolução clinica, quer pelos dados anamnesticos e ainda pelas condições regionais, a enfermidade descrita por Manson, em epidemias que dominaram a India, mórmente em Calcutá, Bombaim e Madrasta, em determinadas famílias, afasta-se do mal do meu observado.

Atingia sobretudo crianças abaixo de 1 ano, raramente além de 3 anos.

Crê-se na origem parasitaria da afecção, conceito igualmente admitido por Stephanos e Karamitoas que desvendaram epidemias de caráter obscuro, no arquipelago grego, em lactentes e sob a fórmula de *cirrôse biliar*.

Ha outra síndrome, em que predomina a he-

patomegalia, e que aqui não poderia ser incluída, mesmo porque só a necropsia seria capaz de desvendá-la: é a forma descrita por Curschmann como *figado de açúcar candi*, onde a serôse hepatica, numa peri-hepatite crônica, exhibe espessamento luzidío, liso e branco.

Na *cirrôse cardiaca não tuberculosa* ha aumento consideravel do coração, abaulamento precordial, afóra a presença de sopros organicos característicos.

A *cirrôse biliar congenita*, com ou sem obliteração das vias biliares, apresenta-se nos primeiros dias e semanas da vida, de prognostico quasi sempre fatal, com ictericia, acoloria, hepatomegalia e esplenomegalia.

Entretanto, observamos, por vezes, o tipo classico de *cirrose hipertrofica biliar*, descrita por Hanot, muito mais frequente que a atrofica.

Notavel esplenomegalia, deformidade dos dedos, das mãos e dos pés (dedos hipocraticos ou de bagueta de tambor), artropatias que ostentam, não raro, a osteo-artropatia hipertrofiante de Marie. Junte-se a isso um infantilismo somatico, e é evidente o contraste entre o volume enorme do ventre com a estatura pequena e delicada.

Assinale-se a *cirrôse sifilitica*, de que pude observar, ha pouco, na minha enfermaria, em duas irmãs, vindas de Torres, o que serviu de assunto a varias aulas sobre hepatomegalias na infancia.

O volume do figado, nessas duas meninas, ultrapassava alguns centímetros abaixo da linha umbelical, afóra a presença de ictericia e ligeira esplenomegalia.

Ha mesmo, na infancia, como no adulto, certa vulnerabilidade do figado, para determinados venenos, em cujo numero predomina o alcool que pôde ser transmitido pela amamentação, pelo uso largo da nutriz de bebidas alcoolicas.

Emfim, toxicos, quer enterogeneos, quer heterogeneos são capazes de provocar fenomenos gastro-intestinais, com *cirrôse obscura*, o

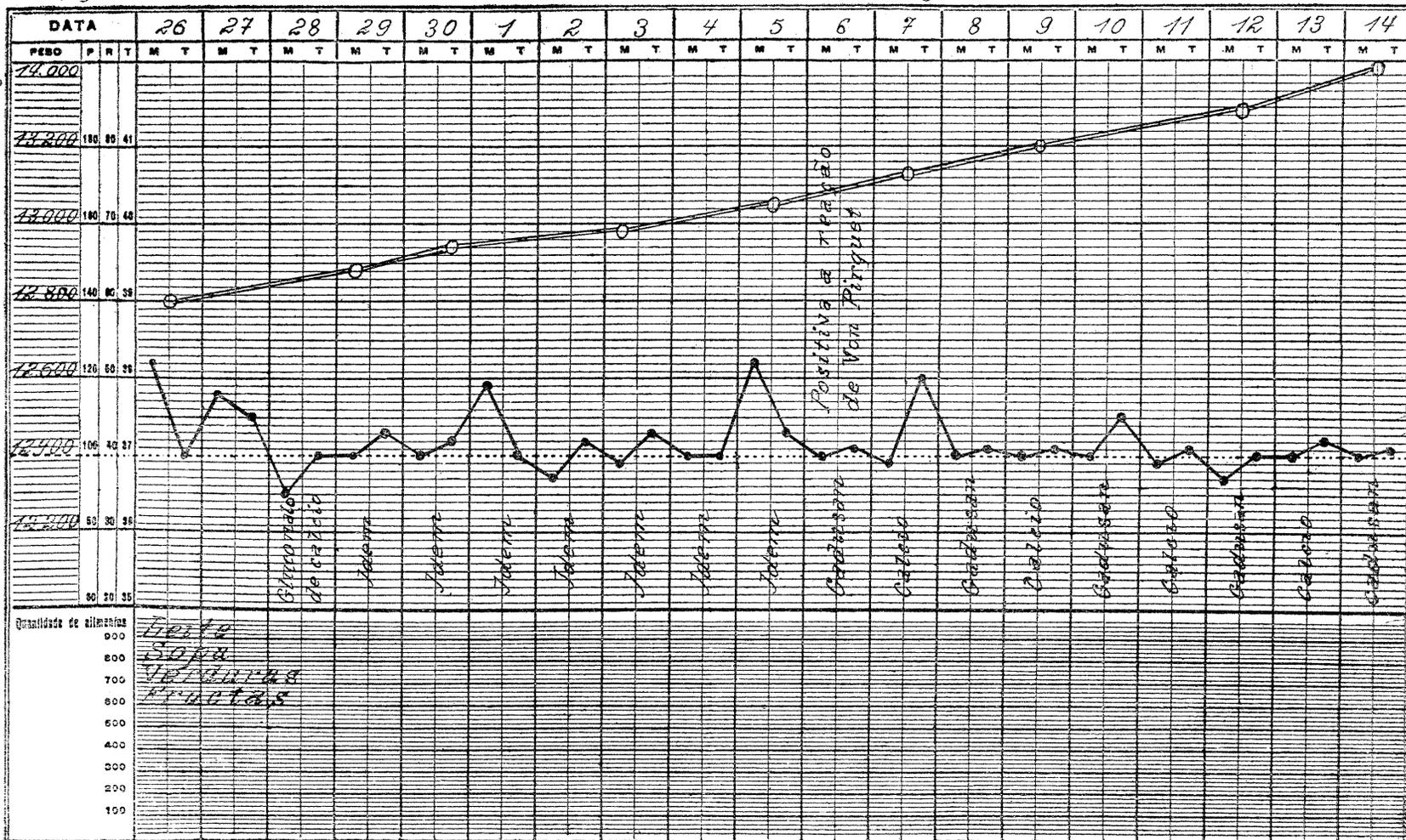


GRAFICO DE ALGUNS DIAS DE ENFERMARIA  
 Nome: Leonidas S. S. — Idade, 5 anos. — Início, 25-4-934  
 (O paciente entrou no dia 25 de Junho e saiu no dia 7 de Agosto)

que levou Mya a admitir uma *cirrôse dispeptica infantil*.

Pela distensão enorme do ventre, poderíamos pensar na *cirrôse atrofica vulgar* de Laennec, si não fosse, no meu caso, a palpavel hepatomegalia, precedida de sintomas claros de tuberculose de varias serôsas, mórmente da pleura e do pericardio.

Os sintomas da *cirrôse* de Laennec são os mesmos que do adulto, com periodo prodromico ou preascitico, seguido do periodo de estado ou de ascite livre.

Mas, acentua Olimpio Cozzolino: "la malattia ha um decurso quasi sempre piú breve che nell'adulto ed interrotto sovente da riacutizzazioni com febre, dispnéa intensa, rapido ingrandimento di volume del ventre per un brusco aumento dell'ascite e con la comparsa di emorragie (porpora, petecchie, epistassi, ecchimosi sottocongintivali melena, hematemesi), che accelerano la corsa del male, e per l'intervento di complicate sempre sfavorevoli: bronco-pneumonia, erisipela etc. Senza questi incidenti secundarii la morte subentra nel marasma per tossiemia epatica. La diagnosi de questa forma è assai difficile per la estrema rarità della malattia, laonde si pensa ordinariamente ad una peritonite tubercolare a forma ascitica". (Prof. Olimpio Cozzolino — Trattato di Pediatria).

Distingamos, tambem, do meu caso, a fórma de *cirrôse toxica*, de marcha crônica: a *fôrma esplenomegalica de Banti*, que, embóra bastante rara na criança, já tem os seus casos publicados, mais freqüentemente observados na terceira infancia.

Berghinz, sobretudo, descreve-a na Clinica pediátrica, ficando caracterizados tres periodos de sua evolução:

1.º periodo, chamado anemico ou esplenomegalico.

2.º periodo, intermediario, caracterizado pelo aumento de volume do figado, sub-ictericia, oliguria e sinais gastro-intestinais.

3.º periodo, denominado cirrótico: redução do volume do figado e ascite.

Finalmente, como diagnostico diferencial com

as *cirrôses*, lembro a *cirrôse portal* ou *multi-lobular*, de pouca freqüencia na infancia, aparecendo de 5 a 6 anos, com abaulamento do ventre, telangiectasia facial, epistaxis, e, por vezes, hematemeses. Embora a hipertrofia notavel do figado e a discreta do baço, o meu caso, evidentemente, não pertence á esta fórma de *cirrôse*.

Afóra esses tipos de hepatomegalia, passados, ligeiramente, em revista, acentúe-se, na produção desse tão grave sinal de sindromes da Pediatria, o raquitismo e, sobretudo, a sífilis, sendo ás vezes o unico sintoma da lues congenita adquirida.

Infecções agudas e crônicas, cardiopatias, intoxicações como a do alcool, e, mais raramente, degeneração gordurosa e amiloide do figado, causam hepatomegalias, em cujo numero estão as *cirrôses* de que já me referi.

O Prof. Mya admite que muitas inflamações hepáticas, nas crianças, ficam latentes, no seu decurso, reacendendo-se mais tarde, pela intervenção de novas causas patogenicas.

Por isso, assinala-se que a hepatite intersticial seguindo algumas doenças infecciosas agudas, como as eruptivas, pode transformar-se em *cirrôse* permanente.

Dest'arte, é de concluir-se o nosso caso como um doente de *Cirrôse cardio-tuberculosa* ou *Pseudo-cirrôse hepatica* de origem pericardica.

A primeira denominação foi dada por Hutinel, que a estudou detidamente e a segunda por Pick. Foi desvendada, na sintomatologia e evolução pelos trabalhos de Hayem, Tissier, Hutinel, Boisson, Venot e Pick.

Não faltaram ao meu doentinho os sinais reveladores da infiltração tuberculosa, como a anorexia, emagrecimento, suores noturnos, temperatura sub-febril... Depois a invasão das serosas, principalmente pericardica, pleural e, mais tarde, peritoneal. Ligeira ascite, aumento consideravel do ventre, pela hepatomegalia excepcional, a positividade franca da

reação de Von-Pirquet e veremos que o doente se enquadra nessa síndrome escassamente descrita pelos tratados.

Nele não se patenteou a polierrómenite, ou doença de Concato, verdadeira poliserosite pleuro-peritoneal, admitida pelas experiências biológicas e verificações anatómicas, como de origem tuberculosa, embora a probabilidade reumática de alguns autores. Afóra, no meu caso, outros sintomas ostensivos da Síndrome de Hutinel, vimos que a exsudação invadiu o pericárdio e foi bastante discreta, com absorção espontânea, sem punção.

A fôrma tuberculosa da pericardite tende sempre ás sinequias dos folhetos pericárdicos, fornecendo apenas insignificante quantidade de líquido.

Segundo Hutinel, Yemma, Di Cristina e outros, a pericardite tuberculosa é sempre resultado de um processo pleurítico, passado ou contemporâneo.

O processo de esclerose do pericárdio é seguido de graves distúrbios de circulação, que o coração procura compensar, o que provoca a notável hepatomegalia, pelo fígado de estase.

As toxinas tuberculosas são capazes de atuar sobre o fígado de predispostos indivíduos e estabelecer a proliferação do tecido conjuntivo periportal, dando nascimento á legítima cirrose.

Di Cristina, nas suas pesquisas originais sobre Tuberculose infantil, afirmava:

“Puó, inoltre, verificarsi la sclerosi, interstiziale pleurogena del pulmone o pulmonite interstiziale pleurogena accompagnata da una síndrome molto evidente che permette la rapida diagnosi. In questi casi generalmente il processo tuberculare ha una fisionomia particolare. Il liquido pleurico non contiene il bacillo tuberculare ordinario, ma solamente se innestato alla cavia ne mette in evidenza la potenza.

Anatomo-patologicamente non sempre si riesce a rilevare vere e proprie lesioni tubercolari pleuriche, ma si trovano altri focolai tubercolari ghiandolari, ovvero la lesione tuber-

colare iniziale. Come abbiamo ricordato queste forme sono sostenute dal virus tuberculare ultra-microscopico il quale va considerato come la fase non visibile del bacillo della tuberculosi.

Le pleuriti sierosi sono tutte di natura tuberculare, e l'errore in cui si cade, anche anatomo-patologicamente, di non considerarle tutte come tali è appunto dato dal fatto sopra ricordato del cambiamento morfologico del bacillo tuberculare, che si rende invisibile.”

No que tange á maneira de propagação do processo bacilar da pleura ao peritoneo, a maioria dos autores afirma a raridade dessas fôrmas, sendo muitos de opinião da Di Cristina, mórmente de Goepfert que, em 1904, escreveu nos “Archives de Médecine des enfants”, a sentença “que la tuberculose du péritoine est secondaire à la tuberculose de la plèvre”.

A cirrose cardio-tuberculosa, tal afirma o Prof. Yemma, tem, como carater clínico essencial e fundamental, a existencia de uma poliserosite e, como carater anatomo-patológico a tendencia á neoprodução conjuntival e a esclerose do tecido conjuntivo.

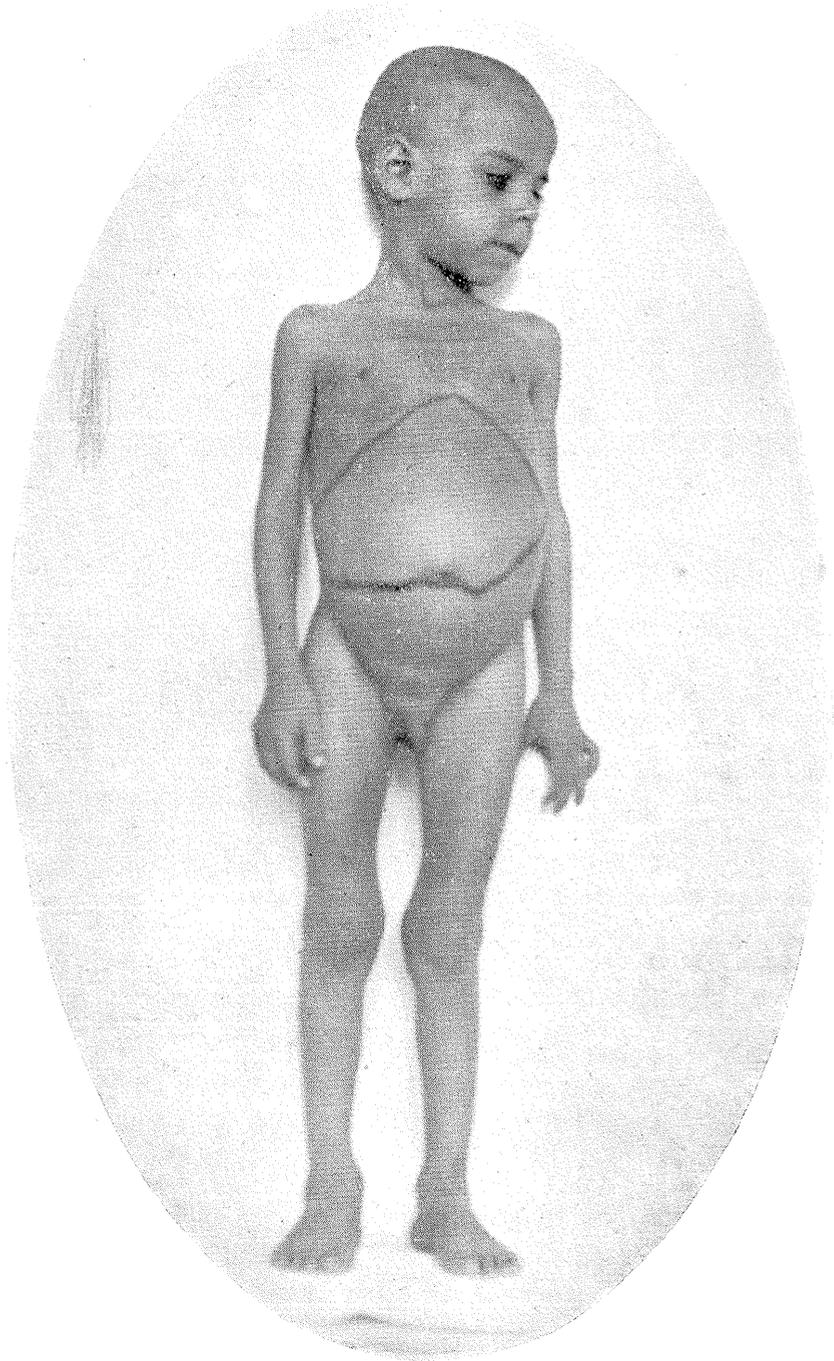
Como conclusão fisiologica ao mecanismo patogenico, conclue-se a propagação do processo tuberculoso de um fóco caseoso de ganglios mediastinais, provocando aderencias com o pericárdio.

Produzem-se, não raro, serias alterações do coração e do pulmão, com atelectasia, esclerose, hepatisação.

A estase hepática é resultado direto dos distúrbios funcionais do coração, evoluindo, depois, no fígado, o processo de cirrose, atingindo o territorio de veia porta e das suprahepáticas.

As necropsias deixam desvendar, na glandula hepática, varias produções tuberculosas, de estrutura incompleta, reduzidas a acumulo de corpusculos linfoides sem células gigantes.

A ascite, ás vezes, consideravel, ou é consequencia do processo pericárdico-pleural, antes assinalado, ou da estase na circulação da veia-porta.



Leonidas, quinze dias depois de baixar á 27.<sup>a</sup> enfermária.

Com o tratamento, instituído no meu caso, com injeções de cálcio e gadusan, aeração, repouso, alimentação rica em vitaminas, vimos o peso aumentar, cederem as altas pirexias, a volta do apetite.

Mas, nos casos de cirrose cardio-tuberculosa,

a medicação é, em geral, sintomática, tomando o mal tantas vezes o caminho da cronicidade.

Quasi sempre sobrem a morte ou por assistolia, com edemas generalizados ou por insuficiência hepática ou por agravação das lesões tuberculosas preexistentes.