

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO CLINICO DA SPLENOMEGALIA LEPROTICA

DR. ARGEMIRO RODRIGUES DE SOUSA
do Asylo Colonia de Pirapitinguy

O baço é uma glandula vascular sanguínea cujas funções ainda mal conhecidas se ligam á hematopoiese. Parece ser ao mesmo tempo um centro de producção para os leucocytos ou globulos brancos e um foco de destruição para os globulos vermelhos. Atribuiu-se-lhe, além disso, nestes ultimos tempos o papel importante de deter na passagem, para destruir, certos elementos pathogenios que caminham accidentalmente na corrente circulatoria.

Cabe-lhe lugar de destaque nas intoxicações e infecções agudas ou chronicas, por fazer parte integrante na elaboraçao de um grupo de cellulas mesenchymaes, que Aschoff e Landau erigiram em s'tema em 1913, e a que denominaram de systema reticulo-endothelial.

Aliás Aschoff, reconhece que Metchnikoff foi o primeiro a falar si bem que não explicitamente, de um systema de cellulas largamente distribuido no organismo, a que deu o nome de "systema dos macrophagos".

O nosso grande mestre, Prof. Raul Briguet, prefere esta denominação ás demais (systema metabolico reticulo-endothelial de Aschoff e Landau, aparelho hematopoietico dif fuso de Ferrata, systema histiocytico-trophico) porque nos dá o caracter da unidade funcional das cellulas desse systema.

Estas cellulas apresentam a dupla função de emigrarem pelos seus movimentos amiboides e de realizarem a inclusão granular em seu cytoplasma. empiricamente provada pelo methodo de coloração vital.

Nos mammiferos, é o baço, a principal sede desse systema. Todas as suas cellulas podem entrar para a circulação, seja por se destacarem do seu ponto de origem, como no caso das cellulas reticulo endotheliaes (cellulas reticulares em posição endothelial) ou por emigração directa, como no caso dos splenocytos histiocyticos.

Mallory fez um estudo completo sobre a participação dos seus leucocytos endotheliaes na phagocytose dos globulos vermelhos na febre typhoide, e dessa época para cá, numerosos pesquisadores têm demonstrado em outras doenças, esse mesmo facto.

E' commum encontrarem-se cellulas reticulo-endotheliaes da polpa splenica e do ligado dos passaros, armazenando ferro.

A -actividade phagocytaria, torna-se muito mais pronunciada sob a influencia directa de toxicos sanguíneos. Em passaros intoxicados pelo hydroge-

nio arseniado apparece enorme phagocytose de erythrocytos pelos elementos reticulo-endotheliaes.

Kirch assignalou a excreção renal de ferro augmentada em individuos esplenectomizados, mórmente quando ingeriam ferro apóz a esplenectomia.

Outra função que a maioria dos autores concorda em attribuir ao systema reticulo-endothelial é a producção de pigmento biliar.

A participação do baço e do systema reticulo-endothelial em geral na elaboração esperimental de outros corpos hemolyticos é facto estabelecido. Assim, Isaac e Bieling e depois Murata, observaram nitida diminuição na Formação de anti-corpos em animaes cujo systema reticulo-endothelial estava bloqueado Toxinas bacterianas, como a diphterica e tetanica são fixadas e absorvidas no baço, apparentemente pelo systema reticulo-endothelial. Von Schramlik e Hahn, mostraram como as cellulas de Kupfer intervem na Formação de corpos immunisantes.

Wyssokovitsch mostrou que bacterias injectadas endovenosamente são rapidamente englobadas pelas cellulas endotheliaes do baço, figado e medulla ossea.

Resumindo podemos dizer que, o baço constitue um orgão de defeza importantissimo para o organismo e mais uma garantia para o seu estado hygido.

O baço, para reagir aos diversos processos morbidos que directa ou indirectamente o attingem, augmenta de volume; constitue-se assim a esplenomegalia.

Esse augmento de volume é devido ou á hyperplasia de um dos elementos constituintes do baço (tecido lymphoide, myeloide, conjunctivo, endothelio vascular), ou determinada pela adjunção ao parenchyma splenico de um parasita (kisto hydatico), ou de cellulas extranhas (epithellomas ou sarcomas) ou enfim está sob a dependencia da congestão activa ou passiva deste orgão muito vascularizado.

As splenomegalias são pois frequentes, tanto na creança como no adulto.

Sob o ponto de vista clinico, qualifica-se de splenomegalia. todo baço não ptoado que é perceptivo] á percussão. (Ramond).

Comtudo Eichorst acha que, só se deve catalogar de splenomegalia o baço palpavel, divergindo, neste sentido as opiniões entre os grandes semeiologistas.

Por nosso lado, em nossos exames praticados no Asylo Colonia Pirapitnguy, foram considerados splenomegalicos, os baços tanto palpaveis como percutiveis, segundo a Escola de Ramond.

A projecção do baço normal sobre a parede costal é a seguinte: seu bordo superior é paralelo ao bordo superior da 9.º costella; seu bordo inferior segue o bordo inferior da 11.º costella; sua extremidade anterior ultrapassa um pouco a linha auxiliar mediana; sua extremidade posterior aflóra a linha scapular media.

Ora, nesta posição, o baço se acha interposto entre duas caixas de resonancia, collocadas uma, acima delle (lamina pulmonar que desce no seio costodiaphragmatico), a outra abaixo delle (estomago, intestino). . Muito delgado

para interceptar os sons é difficilmente accessivel á percussão no estado normal. Torna-se-o, pelo contrario, quando se hypertrophia.

A splenomegalia é muitas vezes transitoria, passageira, aguda (febre typhoide, impaludismo, septicemias); outras vezes é chronica e é sobre esta que faremos o nosso estudo e que mais de perto nos diz respeito.

De facto, a frequencia da splenomegalia na lepra é tal (31 % segundo nós) que não nos esquivámos ao desejo de apresentar-vos esta pequena, mas sincera contribuição.

EXAME DO BAÇO

Para o exame do baço, empregámos a inspecção, palpação e percussão associadas, para diagnostico certo da splenomegalia, abandonando o method° auscultatorio por, no momento não nos interessar (sopros e atrictos.)

A saliencia da região splenica, cotejada com a região hepatica, indica hypertrophia do baço. Ordinariamente a saliencia faz falta nas hypertrophias agudas do baço, com as das molestias infecciosas agudas (febre typhoide etc).

As lesões visiveis estão sob a dependencia de hypertrophias chronicas do baço; algumas vezes se traduzem á olho, mesmo sob a svestes. Quando os tumores splenicos não são muito volumosos, offerecem ainda dois caracteres pathognomonicos: a mobilidade nas mudanças de attitude e as excursões respiratorias. No decubito lateral direito, seu contorno se desloca para a direita: abaixa-se um pouco de pé. A' cada inspiração o tumor, comprimido pelo diaphragma, se abaixa para subir na expiração.

O baço são, quando occupa sua séde normal é inaccessible á palpação, mesmo em se collocando nas condições as mais favoravels. Não se consegue palpar o baço senão em dois casos: quando ha augmento de volume ou deslocamento do orgão. Nos casos de hypertrophias splenicas duras e muito volumosas, não é difficil de praticar a palpação do orgão, qualquer que seja a posição do corpo. Tornam-se necessarios. ao contrario, certos artificios quando o crescimento de volume não é muito consideravel e que o baço tem uma consistencia molle. Far-se-á tomar o doente a posição diagonal direita recommendada pela primeira vez por Schuster para a exploração do baço, isto é, uma posição intermediaria entre o decubito dorsal e o decubito lateral direito e na qual o doente repousa sobre a homoplata direita.

Ao mesmo tempo, este ultimo levanta o braço esquerdo e o colloca atrás da cabeça. O exame é mais facil quando o medico se posta atrás e á esquerda do doente. No momento de urna inspiração profunda sentir-se-á um corpo arredondado tocar nos dedos um pouco flectidos, para desaparecer em parte á cada expiração atrás das falsas costellas esquerdas.

A palpação é o melhor processo de investigação para o diagnostico dos tumores splenicos. O baço que, se sente pelo palpar e que não é deslocado, é um baço hypertrophiado. Os resultados de sua percussão, são ao contrario ás vezes duvidosos. Mas não basta estabelecer pelo palpar a existencia de um tumor splenico é preciso ainda obter ensinamentos mais detalhados sobre a Fórma, dimensões, consistencia, sensibilidade, mobilidade e o estado de sua superficie.

Os signaes e symptomatas variam muito segundo o grau de hypertrophia splenica.

a) — Pequena splenomegalia - Quando o baço é ligeiramente augmentado de volume fica inteiramente escondido atrás das falsas costellas; é inacessivel á palpação e muito pequeno para deFórmarm o hypochondrio; é somente revelado pela percussão que denota em seu nivel uma massicez mais ou menos extensa, mas sempre de fracas dimensões. Estas splenomegalias são pois exclusivamente percutiveis.

Todos conhecemos a maneira de percutir um baço. O doente é deitado sobre o lado direito ou de pé. O braço esquerdo é levantado acima da cabeça. Percute-se successivamente de cima para baixo sobre uma vertical extendida do vertice da axilla esquerda á espinha illiaca antero-superior do mesmo lado, e de diante para traz sobre uma linha transversal, perpendicular á precedente. Esta percussão sem ser muito fórte, para não fazer resoar a bolsa de ar estomacal, não deve ser muito leve, por causa da interposição do pulmão entre o baço e as costellas.

b) — Splenomegalia média - Quando a splenomegalia é mais importante, sem ser ainda consideravel, o baço, impedido em seu movimento para cima por causa do diaphragma, tem tendencia geralmente, salvo raras excepções. (kysto hydatico) a descer no abdomen para o qual é attrahido pelo peso e por achar caminho livre. E' onde elle se torna palpavel. Esta palpação, sobre a qual já nos referimos, se pratica no decubito dorsal ou lateral direito fazendo flectir as coxas sobre a bacia para relaxar a parede abdominal; palpa-se conduzindo a mão direita successivamente sobre a superficie e sobre os bordos do baço em diversas posições, ou em casos menos nitidos, procure-se enganchiar o bordo inferior do órgão, collocando-se á esquerda do doente deitado sobre o dorso, na altura de sua espadua, e em dirigindo as polpas dos dedos das duas mãos encurvadas sob o rebordo das falsas costellas esquerdas. Pode-se tambem proceder a um palpar bimanual analogo ao que se emprega para apreciar os tumores renaes e pode-se assim sentir por vezes nitidamente o rechaço splenico.

c) Grande splenomegalia -- Acontece, emfim, que a splenomegalia seja apreciavel á simples inspecção. Em realidade, o que apparece á vista, é a distensão do abdomen, generalizada ou predominante á esquerda, com bombeamento do hypochondrio e do flanco, ás vezes com rède venosa collateral. A palpação e a percussão são indispensaveis para affirmar que esta deFórmação é bem devida ao baço. Pertencentes a esta ultima cathegoria, encontramos em nossas pesquisas clinicas, 3 casos, 2 dos quaes com perturbações gastricas difficéis de remover: as demais splenomegalias pertenciam ás classes media e pequena.

SPLENOMEGALIA LEPROTICA

Sabemos que a syphilis, Irmã gêmea da lepra, produz não raro splenomegalia, tanto no adulto como na creança; constitue para esta até um signal seguro de heredo-lues. Conta-se a proposito uma passagem que se deu com o grande mestre Francisco de Castro a respeito de um diagnostico de affecção do baço que o diexou devéras embaraçado. Tratava-se de uma grande splenomegalia

em um padre da Provincia cujo diagnostico etiologico puzera-o em situação difficultosa; decorridos mais ou menos dois annos esse padre voltara a consulta completamente curado e interrogado a respeito assegurara que tinha feito, por sua alta recreação um tratamento mercurial. Pouco tempo depois surgiu na clinica do preclaro professor caso identico. Desde então estabeleceu a equação: splenomegalia + padre = syphilis. Perdoem-me o parenthesis pittoresco!

A tuberculose outra affecção chronica que tem innumerous pontos de contactos com a lepra, attinge o baço produzindo-lhe hypertrophia.

Assim pois a lepra, que ataca o baço não só no final da doença (precachexia e cachexia) em que ha invasão microbiana generalizada, mas tambem no inicio como tivemos occasião de constatar; fazendo parte integrante do systema reticulo-endothelial ou systema dos macrophagos, cuja nitida funcção de defeza esta universalmente proclamada, é o baço muito sensivel as excitações microbianas ou toxicas produzidas ao nivel da circulação; e elle reage se hyperplasando.

Roger diz: em casos avançados e agudos de lepra o baço pôde ser affectado. A affecção tem sua séde nos ramos arteriaes e nos corpusculos de Malpighi. Não é infrequente achar bacillos de lepra no baço e ligado, dos quaes resultam signaes clinicos persistentes, com diarrheia ou dysenteria por mau funcionamento desses orgãos.

Jeanselme em seus estudos anatomo-pathologicos diz: "o baço é quasi sempre augmentado de volume na lepra; a principio de consintencia mais molle que no estado normal, o baço torna-se mais ou menos duro em um periodo avançado, por predominio de sclerose".

O baço contem sempre bacillos mesmo que pareça absolutamente são. Em um caso de morte accidental no inicio da infecção, Babés achou bacillos acido resistentes isolados nas grandes cellulaq da polpa.

O nosso presado companheiro de trabalho Dr. Luiz Baptista, em uma autopsia realizada em Santo Angelo, de um doente do Sanatorio Padre Bento em condições de alta, encontrou lesões typicas de lepra nos cortes histo-pathologicos do baço.

No baço examinado por Doutrelepont e Walters, a maior parte das cellulas da polpa era augmentada de volume, vacuolisada e infiltrada de bacillos; viam-se alem disso, globias livres e bolas hyalinas Entra ou extracelulares, acido- resistentes. A luz dos vasos e seu endotheli continham bacillos. Os bacillos occupavam sobretudo as cellulas de Virchow, mas notavam-se-os, seja no estado isolado, seja sob a FORMade granulações de tamanho varlavel.

Hansen e Looft sobre um total de 89 autopsias de lepra tuberosa, revelaram as lesões seguintes: localizações leprosas splenicis muito pronunciadas, 64 vezes; localização tuberculosa 5 vezes; coexistencia de lesões leprosas e tuberculosas no baço, 8 vezes; os restantes com degenerescencia amyloide

Em 36 autopsias de lepra maculo-anesthetica, Hansen e Looft nunca revelaram lesões leprosas no baço: mas em 9 baços havia amyloidose e em 3 tuberculose. Todavia Bieller, sobre 9 autopsias da forma nervosa assignala 3 casos nos quaes havia no baço lesões leprosas ricas em bacillos.

O estudo que realizámos no Asylo Colonia Pirapitinguy foi só sob o ponto de vista clinico, não colligindo dados anatomo-pathologicos. Fizemos 412 exames clinicos de baço e encontramos cerca de 130 splenomegalias attingindo por conseguinte a uma percentagem de 31 %. Os doentes foram escolhidos indifferentemente segundo as fórmulas clinicas, notando-se todavia que, as grandes splenomegalias corriam a par com as fórmulas tuberosa e mixta; as fórmulas macula-anesthetica e nervosa pura, possuíam quando muito baços percutiveis.

Constatámos tres baços percutiveis na FOrmanervosa pura e 11 na fórmula macula-anesthetica.

Quando se conseguia palpar o baço este se apresentava com caracteres de splenomegalia chronica mais ou menos duro de superficie e bordos regulares acompanhando fielmente as excursões respiratorias; nunca encontrámos baço molle e pastoso como o da febre typhoide. A maior parte apresentava caracteristicos de baço paludico.

O encontro frequente de splenomegalia entre doentes de lepra só poderia fazer suppôr, pondo de parte a amyloidose, uma lesão de natureza especifica, semelhantemente á syphilis e a tuberculose com as quaes o parentesco é bem proximo.

Contudo, a intercorrencia morbida em doentes de lepra não é impossivel, como noutras affecções chronicas. Poderia esse augmento de volume do baço-correr por conta de affecções que lhe são peculiares ou que estejam sob sua dependencia directa; tumores malignos, abcessos, impaludismo, leucemia, syphilis, congestão passiva, cirrroses, Kala-azar, molestia de Gaucher (hyperplasia endothelial do baço) blastomycose, anemias, molestia de Vaquez, Kysto hydatico, tuberculose, amyloidose, etc.

Porem, a punção aseptica do baço velo mostrar que de facto este orgãoé attingido pela leprose, mesmo no inicio de seu ataque, o que procuraremos evidenciar mais adiante.

Punccionámos baços palpaveis e baços percutiveis, mostrando tendencia sempre a realizar a picada atravez do X ou XI espaço intercostal mais ou menos ao nivel da linha axillar média na zona provadamente massiça, de receio de ferir o estomago ou o angulo colico esquerdo.

A percussão deverá ser feita com relativo cuidado pois poder-se-á confundir uma repleção de colon ou estomago com massicez splenica; de uma feita pareceunos tratar-se de um baço percutivel em doente candidato á alta hospitalar; ao repetir-se o exame no dia immediato a massicez splenica tinha desaparecido.

No trajecto percorrido na punção intercostal a agulha atravessa sucessivamente a parede thoracica, em ponto insuspeito de lesão, a cavidade pleural e o diaphragma. Aliás é o unico meio pensámos nós, de se attingir um baço percutivel, cuja area de massicez é commumente muito restricta.

O doente é deitado em decubito diagonal direito, isto é sobre a espadua direita; repete-se a percussão ou palpação e marca-se o ponto de elecção; apóz asepsia prévia da região, com uma agulha de 4 centimetros usada para injecções oleosas, montada em uma seringa metallica de 2 centimetros cubicos, attinge-se o

orgão com a penetração perpendicular de 3 a 4 centímetros; pela aspiração vem à seringa sangue vermelho escuro, espesso, proprio da polpa splênica, entremeia- do às vezes de massas branco acinzentadas.

A dor accusada pelo paciente é insignificante e perfeitamente supportavel.

Não registramos nenhum accidente nas 30 punções por nós effectivadas.

A porcentagem de laminas positivas foi bem alta, como adiante veremos, aproveitando-se sempre uma ou duas laminas coradas pelo Leishman para pesquisa de hematozoários. Além disso, tratando-se o baço de um órgão eminentemente vascularizado como é, e levando em consideração que a bacillemia é encontrada na lepra, retirávamos sangue peripherico de região insuspeita (por exemplo no 1/4 ou 1/5 supero interno da coxa, no momento mesmo da punção splênica.

Interessante se torna, assignalar o facto de que mesmo nos doentes accusando Impaludismo em seu passado morbido, com baço grande, duro e indolor (baço paludico) a punção splênica nos fornecera copioso material bacteriologico de certeza, para diagnostico de splenomegalia leprotica.

OBSERVAÇÕES

Observação n.º 1 — E. S., 30 annos, branca, casada. Fôrma Clinica: C3 N2; baço palpavel a 3 dedos do rebordo costal. Punção através do espaço intercostal. Laminas: 2500-2501-2502 —. Numerosos bacillos intracellulares. 2504 — Leishman: negativo para hematozoários. 2505— Sangue peripherico: Negativo.

Observação n.º 2 — L. A., 19 annos, branca, brasileira, solteira. Fôrma Clinica: C2 N2. Baço palpavel a 2 dedos do rebordo costal. Punção através do espaço intercostal. Laminas: 2506: bacillos acido resistentes. 2507: negativa 2508: globias e bacillos acido resistentes esparsos, granulosos. 2496: Leishman negativo. 2495: sangue peripherico: negativo.

Observação n.º 3 — P. B., 16 annos, branca, brasileira, solteira. Fôrma Clinica: C3 N2. Baço palpavel a um dedo do rebordo costal. Punção através do espaço intercostal. Laminas: 2509 — 2510 — 2511 —. Notam-se algumas cellulas de Virchow carregadas de bacillos. 2474: Leishman: negativo. Sangue peripherico: negativo.

Observação n.º 4 — M. P., 40 annos, brasileira, viuva, domestica. Fôrma Clinica: C2 N2. Baço palpavel a dois dedos do rebordo costal. Punção através do espaço intercostal. Laminas: 2547 com numerosos bacillos intracellulares. 2548 — 2549 — 2550: bacillos esparsos. Leishman e sangue peripherico: negativos.

Observação n.º 5 — M. S., 23 annos, solteira, branca, brasileira. Fôrma Clinica: C3 N2. Baço percutivel mas não palpavel. Punção na região da massicez franca. Laminas: 2552— Rica: notam-se numerosos bacillos intra e extracellulares. 2553 2554 — 2555 —. Leishman e sangue peripherico: negativos.

Observação n.º 6 — C. S., 33 annos, brasileira, branca, solteira. Fôrma Clinica: C2 N1. Baço palpavel a um dedo do rebordo costal. Soffreu tres punccções sendo que a ultima somente forneceu resultado positivo. Laminas: 2591 — 2592 — 2594 Leishman e sangue peripherico: negativos.

Observação n.º 7 — M. G. P., 28 annos, branca casada, brasileira. Fôrma clinica: C2 N2. Baço palpavel a dois dedos do rebordo costal. Puncção através do espaço intercostal. Laminas. 2599 — 2599 — 2600, bacillos esparsos. Notam-se aqui tambem bacillos intracellulares phagocytados. Leis'hman e sangue peripherico: negativos.

Observação n.º 8 — L. B., 21 annos, branco, brasileiro, solteiro. Fôrma Clinica: C3 N2. Baço palpavel a dois dedos do rebordo costal. Puncção através do espaço intercostal. Laminas: 2623 — 2624 — 2625.—. Numerosos bacillos intracellulares phagocytados. Leishman e sangue peripherico: negabos.

Observação n.º 9 — J. P. P., 41 annos, branco brasileiro, casado. Fôrma Clinica: C2 N2. Baço palpavel a um dedo do rebordo costal Puncção através do espaço intercostal. Laminas: 2629 muito rica. Notam-se aqui igualmente numerosas cellulas de Virchow com cytoplasma desintegrado e occupado por bacillos conglomerados. 2636 -- Leishman e sangue peripherico: negativos.

Observação n.º 10 — D. P., 24 annos, brasileiro, branco, solteiro. Fôrma Clinica: C3 N2. Baço palpavel a um dedo, do rebordo costal. Puncção através do espaço intercostal. Laminas: 2638 — 2639 — 2640 — 2641 —. Neste caso encontrámos somente bacillos intracellulares numerosos, produzindo desintegração cytoplasmica e recalque do nucleo cellular para a periphèria. Leishman e sangue peripherico: negativos.

Observação n.º 11 — J. F. C., 48 annos, pardo, brasileiro, viuvo. Fôrma Clinica: C1 N3. (Fôrma predominantemente nervosa). Baço palpavel a tres dedos do rebordo costal, de consistencia lenhosa. Accusa impaludismo em seu passado morbido . Puncção através do espaço intercostal: sensação de dureza ã penetração da agulha no órgão. Laminas: 2643 — 2644 —. Grande quantidade de bacillos infra e extracellulares. Leishman e sangue peripherico: negativos.

Observação n.º 12 — L. C., 13 annos, branco, brasileiro. Fôrma Clinica: C3 N2. Baço palpavel a quatro dedos do rebordo costal. Puncção através do espaço intercostal. Laminas. 2650 — 2651 — 2652: Bacilos acido resistentes Leishman e sangue peripherico: negativos.

Observação n.º 13 — M. M., 31 annos, branco, solteiro, brasileiro. Fôrma Clinica: C2 N2 . Baço palpavel a quatro dedos do rebordo costal. Puncção através do espaço intercostal. Laminas. 2653 -- 2654 — 2655: bacillos esparsos. Numerosos bacillos infra cellulares phagocytados. Leishman e sangue periphèrico: negativos.

Observação n.º 14 — J. O., 36 annos, branca, brasileira, casada. Fôrma Clinica: C2 N1. Accusa impaludismo em seus antecedentes morbidos. Baço palpavel a tres dedos do rebordo costal Puncção através do espaço in-

tercostal. Laminas: 2661 — 2660 — 26559 —. Leishman e sangue peripherico. negativos.

Observação n.º 15 — A. C., 37 annos, branca, brasileira, casada. Fôrma Clinica: C3 N3. Baço palpavel a dois dedos do rebordo costal. Punção através do espaço intercostal. Laminas: 2670 — 2671 — 2668 —. Leishman e sangue peripherico: negativos.

Observação n.º 16 — C. M., 19 annos, branco, brasileiro, casado. Fôrma Clinica: C3 N2. Baço palpavel a dois dedos do rebordo costal. Punção através do espaço intercostal. Laminas: 2673 — 2676 2677 — Leishman e sangue peripherico: negativos.

Observação n.º 17 — J. C., 59 annos, branco, brasileiro, solteiro. Fôrma Clinica: N3. Fôrma nervosa pura. Baço com area de percussão insignificante. Punção nesse ponto. Laminas: 2689 -- 2690 —. Leishman e sangue peripherico: negativos.

Observação n.º 18 — J. S., 25 annos, branco, brasileiro, casado. Forma Clinica: C3 N3. Baço palpavel a dois dedos do rebordo costal. Punção através do espaço intercostal. Laminas. 2703 — 2704 2705 —. Numerosos bacillos infra-cellulares. Leishman e sangue peripherico: negativos.

Observação n.º 19 — J. F. V., 40 annos, branco, brasileiro, casado. Fôrma Clinica: C2 N2. Baço palpavel a 3 dedos do rebordo costal. Punção através do espaço intercostal. Laminas: 2703 — 2709 — 2710 —. Grande quantidade de bacillos intra e extracellulares, granulosos; alguns leucocytos incluíram em seu cytoplasma exclusivamente granulações. Leishman e sangue peripherico: negativos.

Observação n.º 20 — G. D., 45 annos, branco, brasileiro, casado. Fôrma Clinica. C3 N2. Baço palpavel a tres dedos do rebordo costal. Punção através do espaço intercostal. Laminas: 2713 — 2714 —. Cellulas litteralmente tomadas por bacillos conglomerados. Leishman e sangue peripherico: negativos.

Observação n.º 21 — A. B. S., 37 annos, pardo, brasileiro, casado. Fôrma Clinica: C2 Ni. Visivel dyspnéa de esforço. Baço palpavel a dois dedos do rebordo costal. Punção através do espaço intercostal. Laminas: 2717 — 2718 — 2719 —. Leishman e sangue peripherico: negativos. Congestão passiva?

Observação n.º 22 — A. C.. 42 annos, branco, brasileiro, casado. Fôrma Clinica. NI. Estava incluído em turma para alta hospitalar, quando soffreu uma reactivação da molestia com o reaparecimento de uma macula erythema- tosa no membro superior esquerdo. Seu baço estava ligeiramente augmentado de volume o que se evidenciava com uma percussão cuidadosamente levada a termo. No ponto exacto da massicez praticámos uma punção, fornecendo-nos o seguinte resultado: Laminas 2726 2727 — 2728 — 2729 —. Leishman e sangue peripherico: negativos.

Observação n.º 23 — M. E., 41 annos, branca, casada, portugueza. Fôrma Clinica: C1 N2. Accusa impaludismo em seu passado morbido. Actualmente seus exames de muco nasal têm resultado negativos. Baço palpavel a tres dedos do rebordo costal. Punção através do espaço intercostal.

Laminas: 3809 — 3810 —. Nota-se nesta preparação um aglomerado de granações acido resistentes com um bacillo typico ao lado, obedecendo a disposição das granações descriptas por Much. 3811 — 3813 — Leishman e sangue peripherico: negativos.

Observação n.º 24 — H. L. 48 annos, branco, italiano, casado. Fôrma Clínica: CI NI. Candidato a alta hospitalar. Cinco exames bacteriologicos seguidos mensaes negativos. Baço palpavel na inspiração forçada. Puncção atravez do espaço intercostal. Laminas- 3815 — 3816 —. Nota-se nesta preparação, ao lado de algumas globias, grande quantidade de bacillos granuloses. 3817 — 3813: tres bacillos acido resistentes. 3819 (bacillos granuloses) . Leishman e sangue peripherico: negativos.

Observação n.º 25 — A. M. M., 42 annos, branco, brasileiro, casado. Teve impaludismo. Fôrma Clínica: CI N1. Candidato a alta hospitalar. Quatro exames mensaes de muco nasal negativos. Baço palpavel na inspiração forçada. Puncção atravez do espaço intercostal. Laminas: 3861 — 3862: granações numerosas coradas em vermelho. 3863 —. Nesta preparação observam-se granações coradas em vermelho e azul e bacillos igualmente corados em vermelho e azul, todos conglomerados. 3865 Leishman e sangue peripherico: negativos.

Observação n.º 26 — L. S., 54 annos, branco, italiano, casado. Fôrma Clínica: NI. Já obteve alta hospitalar. Baço percutivei. Puncção através do espaço intercostal. Laminas. 4042 — 4043 — 4044 4045 — 4046 —. Leishman e sangue peripherico: negativos. Nosso desejo era praticar uma nova puncção, mas o doente passou a fazer tratamento em ambulatorio.

Observação n.º 27 — J. J., 25 annos, pardo, brasileiro solteiro. Fôrma Clínica CI NI. Syndrome hepatolienal. Baço palpavel a dois dedos do rebordo costal. Puncção atravez do espaço intercostal. Laminas: 4035 — um bacillo acido resistente. 4036 — 4037 — 2 B. A. R. 4039 —. Leishman e sangue peripherico: negativos.

De posse de todos esses resultados, colhidos no estudo clinico de 412 doentes de lepra, dentre os quaes destacamos mais de 30 puncções para finalidades diagnosticas, podemos concluir que o baço é um orgão que pede ser atingido precocemente pela infecção leptotica; que essa infecção lhe produz um augmento de volume directamente proporcional ao grau de Invasão baciilar; as Fôrmas tuberosas produzem maiores splenomegalias; que estas são encontradas igualmente em doentes candidatos a alta hospitalar, como tivemos oportunidade de verificar; que seria de bom aviso praticar a puncção splenica em taes casos para se acumularem as provas bacteriologicas do mesmo modo que se faz a puncção de um ganglio epitrocleano, cervical ou inguino-scrotal accessivel para positivar uma suspeita.